

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N°.....

THESE

**URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le **02/12/2019** devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. Seydou SANGARE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

JURY

Président : Pr. Drissa TRAORE

Membre : Dr. Kassoum OUATTARA

Co-directeur : Dr. Idrissa TOUNKARA

Directeur : Pr. Lassana KANTE

DEDICACES

Je dédie cette thèse à...

Allah.

Nous rendons grâce à Allah, le Tout Puissant, le créateur de l'univers, qu'il nous éclaire de sa lumière divine et nous implorons sa grâce. AMEN !

Son Prophète Mohamed (Paix et Salut sur Lui).

Ma mère : Ouaraba SANGARE

Femme exemplaire, courageuse et humble. Tu nous as inculqué les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse.

Tu es toujours dévouée pour nous. Tu nous as entouré d'une attention particulière et d'une affection qui nous ont toujours apporté réconfort et consolation. Tu as toujours su répondre à notre appel dans les moments difficiles. Tu n'as jamais cessé de te soucier de notre avenir grâce à tes multiples conseils et tes bénédictions.

Que Dieu le Tout Puissant t'accorde longue vie, bonne santé et qu'il nous donne la santé et les moyens nécessaires pour que nous puissions toujours nous battre pour toi dans la vie, Amen !

Mon père : Souleymane SANGARE

Papa, grâce à ta sagesse et à ta qualité d'homme modèle, tu as cultivé en nous le sens du respect, de l'honneur, de la dignité, de la responsabilité, de l'amour et de l'endurance dans le travail. C'est avec toi que nous avons appris à aimer notre patrie et à apporter notre pierre pour la construction de l'édifice. Tes prières ont été pour nous un grand soutien moral tout au long de nos études. Puisse Allah le Tout Puissant te préserver du mal, te comble de santé, de bonheur et t'accorde longue et heureuse vie.

Trouve ici, cher père la récompense de vos immenses sacrifices.

Mon épouse : Ouassa SANGARE

Chérie, ce travail est le couronnement de ta patience et de ton encouragement. Nous avons bénéficié auprès de toi toute la tendresse qu'une femme doit à son mari. Merci pour tout le soutien que tu nous as apporté. Je prie le Tout Puissant de fructifier davantage nos relations. Amen !

Mon oncle : Diakalia SANGARE

Arraché très tôt de notre affection, nous avons pensé à toi à chaque instant de ce travail. Que ton âme repose en paix ! Amen !

REMERCIEMENTS

Remerciements :

A Dieu le Tout Puissant, le clément, l'omniscient, l'omnipotent, le miséricordieux, pour nous avoir guidé et donné la force et le courage de réaliser ce modeste travail.

A mes frères et sœurs : Yacouba, Moussa, Mamadou, Abou, Diata, Naminata, Inza, Djibril, Diarah, Biba, korotoumou, Mariam et tous les membres de la famille que nous n'avons pas cités ; votre soutien inestimable et votre grande affection ont été capitale. Ce travail est le vôtre.

A mes tantes et tontons : Massa SANGARE, Bognan SANGARE, Sitan DIALLO, Kadiatou SANGARE, Bema SANGARE, Tièkoyi SANGARE, Siaka ZERNI depuis le village, Awa SANGARE et Sitan OUEDRAOGO à Bamako. Vos soutiens moral et financier ne nous ont jamais fait défaut. Trouvez ici notre profonde gratitude.

A mes beaux-parents : Feu Bamanakè, Tiemoko, Kalifa, Dr. Nouhoum SANGARE, Karim, Seguenan, Afou, Mamou et tous les ressortissants de Katioloni, il n'y a pas de mots pour manifester notre reconnaissance. Que le seigneur vous bénisse et vous comble ! **MERCI !**

A tous les habitants du village de Korédougou : la meilleure récompense est auprès de Dieu. Ce travail est le vôtre.

A tous mes Maîtres de l'école primaire particulièrement M. Lamine DEMBELE jusqu'à la

FMOS/FAPH : la qualité de l'enseignement, vos leçons d'humilité m'ont impressionné.

Merci, le cœur plein d'émotion et de reconnaissance. J'espère que ce travail vous rendra fier de moi.

A mes amis : Dr Fodé KOUYATE, Dr KONE J., Dr MAIGA A., Abdoulaye BERTHE, Falaye KANTE, Gaoussou SAMAKE et MAGADJI, Moumine TRAORE, Youssouf KONE, Doh SYLLA, Souleymane OUATTARA et tous ceux que j'ai omis. Grâce à vous, je crois en l'amitié véritable et les mots me manquent pour vous remercier. Que Dieu vous donne longue vie et perpétue nos liens !

A mes camarades de la 1^{ère} Promotion de l'école communautaire de Korédougou, et du lycée Namakoro SANGARE de Zégoua en passant par le 2^{ème} cycle « A » de Zégoua.

A toute la 9^e promotion du Numerus Clausus, la route a été longue et très fatigante mais nous avons pu relever le défi sans oublier notre responsable de classe **feu Bamody KONE** que son âme repose en paix ! **Amen !**

Aux différentes associations : RASERE, CESKA, JTP, AEERKO, CEJDSF, ADKO et la coordination nationale des thésards du Mali.

Au Médecin chef du CSRéf de la Commune II du District de Bamako.

Au personnel du CSRéf de la commune II du District de Bamako, à savoir :

- **Les Médecins du Service de chirurgie-urologie** : Dr. Idrissa TOUNKARA, Dr. Bakary B. COULIBALY ; Dr. Dabéré Ives DEMBELE et Dr. SYLLA S.
- **Les autres médecins** : Dr. Seydou Z, Dr. TRAORE B.A, Dr. Sackoba K., Dr. KOUYATE Y., Dr. COULIBALY I., Dr. Siaka K., Dr. OUTTARA K., Dr. DEMBELE.
- **Les Internes** : Moussa T., Moussa L., Assana KONE ; POUDIOUGO A., DEMBELE A., SANGARE B., BOITE A., SISSOKO M., DJIGUIBA, Mohamed T., BORE A.
- **Les Externes, les Infirmiers et le Major** Daba DIARRA.

A l'Etat malien pour tous les efforts consentis pour notre formation.

Et enfin, à tous ceux dont leurs noms n'ont pas été mentionnés.

**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury :

Professeur Drissa TRAORE

- **Chirurgien praticien Hospitalier au CHU du point G.**
- **Maître de conférences agrégé de Chirurgie générale à la FMOS.**
- **Secrétaire général de la société de chirurgie du Mali(SOCHIMA).**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre courage, votre rigueur, votre sens social élevé ne sont que quelques-unes de vos qualités. Nous garderons de vous l'image d'un homme de science et d'un enseignant soucieux de la formation de ses élèves.

Soyez en remerciés du fond du cœur et recevez cher Maître nos sentiments de reconnaissance, de respect, et de profonde sympathie. Que Dieu vous accorde longue vie pleine de santé !

AMEN !

A notre Maître et membre du jury :

Docteur Kassoum OUATTARA

- **Praticien hospitalier.**
- **Spécialiste en anesthésie réanimation.**
- **Chef de service de l'anesthésie réanimation du CSRéf commune II.**
- **Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali.**

Cher Maître,

Nous ne saurions trouver assez de mots pour témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à ce travail, mais aussi la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger parmi ce jury. Votre simplicité, votre gentillesse, votre esprit scientifique, votre capacité de décision lucide et votre savoir-faire font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés.

Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre profond respect. Que dieu le tout puissant vous accorde sa grâce, longévité, paix et santé ! AMEN !

A notre Maître et co-directeur de thèse :

Docteur Idrissa TOUNKARA

- **Praticien hospitalier.**
- **Ancien interne des hôpitaux.**
- **Chirurgien généraliste.**
- **Chef de service de chirurgie générale du CSRéf commune II.**
- **Maître -assistant à la FMOS.**
- **Membre de la SOCHIMA.**

Cher Maître ;

Nous sommes honorés par la confiance que vous avez placée en nous, en nous confiant ce travail. Nous avons bénéficié de vos qualités pédagogiques et humaines durant notre séjour au CSRéf de la commune II. Votre disponibilité, votre rigueur, votre assiduité dans le travail et vos qualités d'homme de culture et de recherche font de vous un homme admiré de tous et un exemple à suivre. Nous avons été séduits par votre qualité d'accueil et d'encadrement.

Veillez trouver dans ce travail notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et directeur de thèse :

Professeur Lassana KANTE

- **Spécialiste en Chirurgie générale.**
- **Maître de conférences agrégé de Chirurgie générale à la FMOS.**
- **Chargé cours Ibode a l'INFSS.**
- **Membre de la SOCHIMA.**

Cher Maître,

Ce travail est sans doute le fruit de vos efforts.

Votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture et votre amour pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre. Soyez rassurés que vos nombreux conseils et enseignements ne seront pas vains et nous sommes très fiers d'être comptés parmi vos élèves. Nous garderons de vous l'image d'un homme de science, d'une extrême ténacité et d'un enseignant soucieux de la formation de ses élèves. Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes dans la réalisation de ce modeste travail.

Veillez recevoir ici cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

Liste des abréviations :

ASP : Abdomen Sans Préparation.

ATB : Antibiothérapie.

BPO : Bilan Pré Opératoire.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CII : Commune II.

Cm = Centimètre.

CmHg : Centimètre de mercure.

CSRéf : Centre de Santé de Référence.

FID : Fosse Iliaque Droite.

FIG : Fosse Iliaque Gauche.

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomalogie.

g /dl : gramme par décilitre.

GEA : Gastro Entero Anastomose.

GEU : Grossesse Extra-Utérine.

H : Heure.

IMC : Indice de Masse Corporelle.

INFSS : Institut Nationale de Formation en Science de la Santé.

IOT : Intubation Oro Trachéale

NFS : Numération Formule Sanguine.

SAMU : Service d'Assistance Médical Urgente.

SOCHIMA : Société de Chirurgie du Mali.

TR : Toucher Rectal.

TV = Toucher Vaginal.

Table des matières

I-INTRODUCTION :	2
II. OBJECTIFS	4
1. Objectif général :	4
2. Objectifs spécifiques :	4
III. GENERALITES :	6
IV.METHODOLOGIE	34
V-RESULTATS :	39
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	60
VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	69
VIII-BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXES	75
Fiche signalétique.....	76
Fiche d'enquête :	77

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION :

L'urgence est une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement [1].

Les urgences chirurgicales digestives représentent selon **MONDOR**, France ,1928 [2] des affections digestives, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou peu de jours. La douleur constitue le maître des symptômes et le principal motif de consultation. Les urgences chirurgicales sont des pathologies qui occupent une place importante en chirurgie par : leur fréquence élevée, leur prise en charge difficile, leur taux de mortalité et de morbidité élevé [3].

- Sur une étude réalisée Aux USA en 2004 par **BROWER** [4] chez 1000 malades ayant un abdomen aigu, six étiologies chirurgicales (Appendicites aiguës, cholécystites aiguës, occlusions intestinales aiguës, ulcère duodéal, kyste de l'ovaire, anévrysme) ont été retrouvées.
- Au Maroc sur une étude réalisée par **Hassan MM.** [5] en 2013, les cinq premières étiologies des urgences chirurgicales digestives ont été : les appendicites aiguës, les cholécystites aiguës, les occlusions intestinales aiguës, les péritonites aiguës et les traumatismes abdominaux.
- Au cours d'une étude réalisée à DAKAR en 2011 par **Diop PS.et all** [6] sur 503 urgences non traumatiques de l'abdomen, cinq étiologies (appendicites aiguës, occlusions intestinales aiguës, péritonites aiguës G.E.U rompue, éviscération) ont été retenues.
- A l'hôpital national de Zinder, en 2014 **I.A. Magagi et coll.** [7] a trouvé un taux de morbidité post opératoire de 38,10% sur 622 urgences chirurgicales digestives.
- En 2008, **BERTHE I.D.** [8] a réalisé une étude au Mali sur les abdomens aigus qui a rapporté un taux de mortalité de 3,74%.
- En 2009, **OUOLOGUEM O.M.** [9] a fait une enquête à l'hôpital de Sikasso au cours de laquelle les urgences chirurgicales digestives ont constitué **32,1%** de l'ensemble des interventions chirurgicales.
- A Koulikoro en 2009, **SAMASSEKOU P.** [10] une étude menée sur les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital de Koulikoro a permis d'établir une fréquence de 15,79%.

Certaines raisons contribuent à justifier l'intérêt que nous devons porter aux urgences chirurgicales digestives au CSRéf de la commune II de Bamako. Ce sont :

- la diversité des problèmes de prise en charge des urgences chirurgicales digestives ;
- au CSRéf de la Commune II, elles n'ont jamais fait l'objet d'une étude.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les urgences chirurgicales digestives reçues et traitées dans le service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la commune II du district de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- 2.1. déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives ;
- 2.2. décrire les aspects cliniques et para cliniques dans la prise en charge des urgences chirurgicales digestives ;
- 2.3. décrire l'aspect thérapeutique des urgences chirurgicales digestives ;
- 2.4. analyser les suites opératoires des malades opérés en urgences.

GENERALITES

III. GENERALITES :

III.a. Définition :

Les urgences chirurgicales digestives représentent selon **MONDOR**, France ,1928 [2] des affections digestives, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou peu de jours.

III.b. Intérêt :

Les urgences chirurgicales digestives sont des urgences médico-chirurgicales, d'étiologies multiples et de fréquences élevées. Elles constituent **32,1%** de l'ensemble des interventions chirurgicales à Sikasso en 2009 [9]. La morbidité post opératoire a été de **38,1%** à l'hôpital national de Zinder en 2014[7]. Au cours d'une étude réalisée au CHU du Point G [8], leur taux de mortalité a été de **3,74%**.

III.c. Rappels anatomiques :

III.c.a. Rappels anatomiques de l'abdomen [11] :

L'abdomen contient la majeure partie de l'appareil digestif. L'appareil digestif comprend l'ensemble des viscères, qui sont destinés à la nutrition et rendent assimilables les aliments. Il se compose :

- **d'un tube musculo-membraneux**, qui depuis l'orifice buccal traverse la face, le cou, le thorax, l'abdomen pour se terminer par l'anus. Au niveau de ce tube digestif on distingue les segments suivants : la bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin ;
- **des glandes digestives** : Les glandes salivaires, le foie, le pancréas, et la rate, sont les annexes à ce tube digestif. Ces organes sont contenus dans la cavité péritonéale ;
- **d'un péritoine** : Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne, à la partie diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito-urinaire. On reconnaît au péritoine, comme toute membrane séreuse : **un feuillet pariétal ; un feuillet viscéral et les replis membraneux** qui relie le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Les replis du péritoine sont de plusieurs sortes et portent suivant le cas, le nom de méso, d'omentum ou de ligament. On appelle méso les replis péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif. Le méso s'appelle mésogastre, méso duodénum, mésentère ou méso colon suivant qu'il est en

connexion avec l'estomac, le duodénum, le jéjunum et l'iléum ou le colon. On donne le nom d'omentum aux replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra-abdominaux. Le péritoine viscéral, le péritoine pariétal, le méso, l'omentum et les ligaments sont des parties d'une même membrane. Ils limitent une cavité virtuelle : La cavité péritonéale. Le péritoine assure le soutien des organes de la cavité abdominale les suspendant et les fixant à la paroi. Le péritoine assure enfin la résorption des liquides intra-péritonéaux, cette résorption normale se faisant vers les hypochondres surtout à droite au-dessus du foie, à travers le diaphragme vers les lymphatiques du médiastin par des pertuis.

III.c.b. RAPPELS ANATOMIQUES DE L'APPAREIL DIGESTIF [11] :

Il comprend les segments suivants :

1-1-L'ŒSOPHAGE :

Il constitue le premier segment du tube digestif, c'est un conduit musculo-membraneux de 25 cm environ compris entre le pharynx en haut et l'estomac en bas, c'est la voie de passage du bol alimentaire. Il traverse la partie thoracique et se termine dans la partie supérieure de l'abdomen (portion abdominale), cette triple topographie fait que les rapports anatomiques de l'œsophage sont complexes. Il est situé en position médiane devant la colonne vertébrale, en arrière de la trachée puis de l'oreillette gauche, sa position abdominale oblique à gauche et en arrière du lobe gauche du foie. L'œsophage est le siège de plusieurs pathologies telles que les sténoses, les cancers, méga-œsophage, son abord chirurgical classique est parfois délabrant et très douloureux.

1-2-L'ESTOMAC :

L'estomac est un réservoir musculéux de 1000cc environ interposé entre l'œsophage et le duodénum où le bol alimentaire sous l'effet du suc gastrique et des contractures musculaires de l'estomac se transforme en un mélange liquide, le **chyme**. C'est un organe thoraco-abdominal occupant la plus grande partie de la loge sous phrénique gauche, situé dans la partie supérieure de la cavité abdominale (épigastre, hypochondre gauche) dans l'étage sus méso colique, sous le diaphragme et au-dessus du colon transverse et de son méso. Comparé à la lettre **J**, il comporte : une portion verticale formée par le corps de l'estomac surmonté par le pôle supérieur ou fundus (grosse tubérosité) occupé par la poche à air gastrique ; une portion horizontale ; deux faces antérieure et postérieure ; deux bords ou courbures :

- la petite courbure, droite présente une portion verticale et une portion horizontale séparées par un angle : l'incisure angulaire ;

- la grande courbure, gauche est convexe.

Deux orifices :

- l'orifice supérieur œsophagien ou cardia est ovalaire, il est situé à droite et au-dessus du fundus, entre le bord gauche de l'œsophage abdominal et le fundus se place l'incisure cardiaque (angle de HIS) ; elle repère le cardia et forme à l'intérieur une valvule ; le pli cardinal.
- L'orifice inférieur duodénal ou pylore est entouré par un sphincter. L'estomac répond à une double fonction de conduit et de réservoir ; c'est le canal gastrique que suivent les liquides arrivant par le cardia. Ce canal les dirige directement vers le fond de l'estomac puis vers l'antra et le pylore et de là vers le duodénum ; les deux plis de la muqueuse qui délimitent le canal sont soulevés par les fibres longitudinales de la << cravate de suisse>>et se terminent par la production d'un bol alimentaire.

1-3 - L'INTESTIN GRELE :

C'est un organe musculo-membraneux long et étroit du tube digestif qui s'étend de l'estomac au gros intestin (colon). Sa limite inférieure est marquée par un sillon (sillon iléo-cæcal) et une valvule iléo-cæcale (valvule de Bauhin). A son niveau se fait la plus grande partie de la digestion, le chyme gastrique se transforme en chyle et l'absorption des aliments.

1-3-1- LE DUODENUM :

C'est la portion initiale, portion fixe de l'intestin grêle mesurant 25 cm de long et 3 à 4 cm de diamètre. Il s'étend du pylore à l'angle duodeno-jéjunal. Il forme un anneau incomplet ouvert en dedans et à gauche. Il entoure les 3 /4 de la tête du pancréas. Il comprend 4 parties :

- Une partie supérieure ou D1** : fait suite au pylore, légèrement ascendante de gauche à droite, sa portion initiale dilatée est l'ampoule duodénale (bulbe duodénal), siège des ulcères ;
- Une partie descendante ou D2** : reçoit l'abouchement des conduits biliaires et pancréatiques sur sa partie médiane au niveau des 2 papilles duodénales ;
- Une partie horizontale ou D3** : croise la colonne vertébrale à la hauteur de L4,
- Une partie ascendante ou D4** : se termine au niveau de l'angle duodeno-jéjunal, à gauche de la colonne vertébrale.

1-3-2 - LE JEJUNO -ILEON :

Il représente les deuxièmes et troisièmes parties mobiles de l'intestin grêle qui s'étendent de l'angle duodéno-jéjunal au cæcum (fosse iliaque droite). Il mesure 6,5m. Son calibre varie entre 2-3cm. Le jéjuno-iléon forme des flexuosités, les anses intestinales (15-16) ; les premières anses supérieures gauches sont horizontales, les dernières anses inférieures et droites sont verticales. Le jéjuno-iléon est rattaché au plan postérieur par le mésentère qui

détermine un bord mésentérique, un bord libre (anti mésentérique) et 2 faces. Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'iléon.

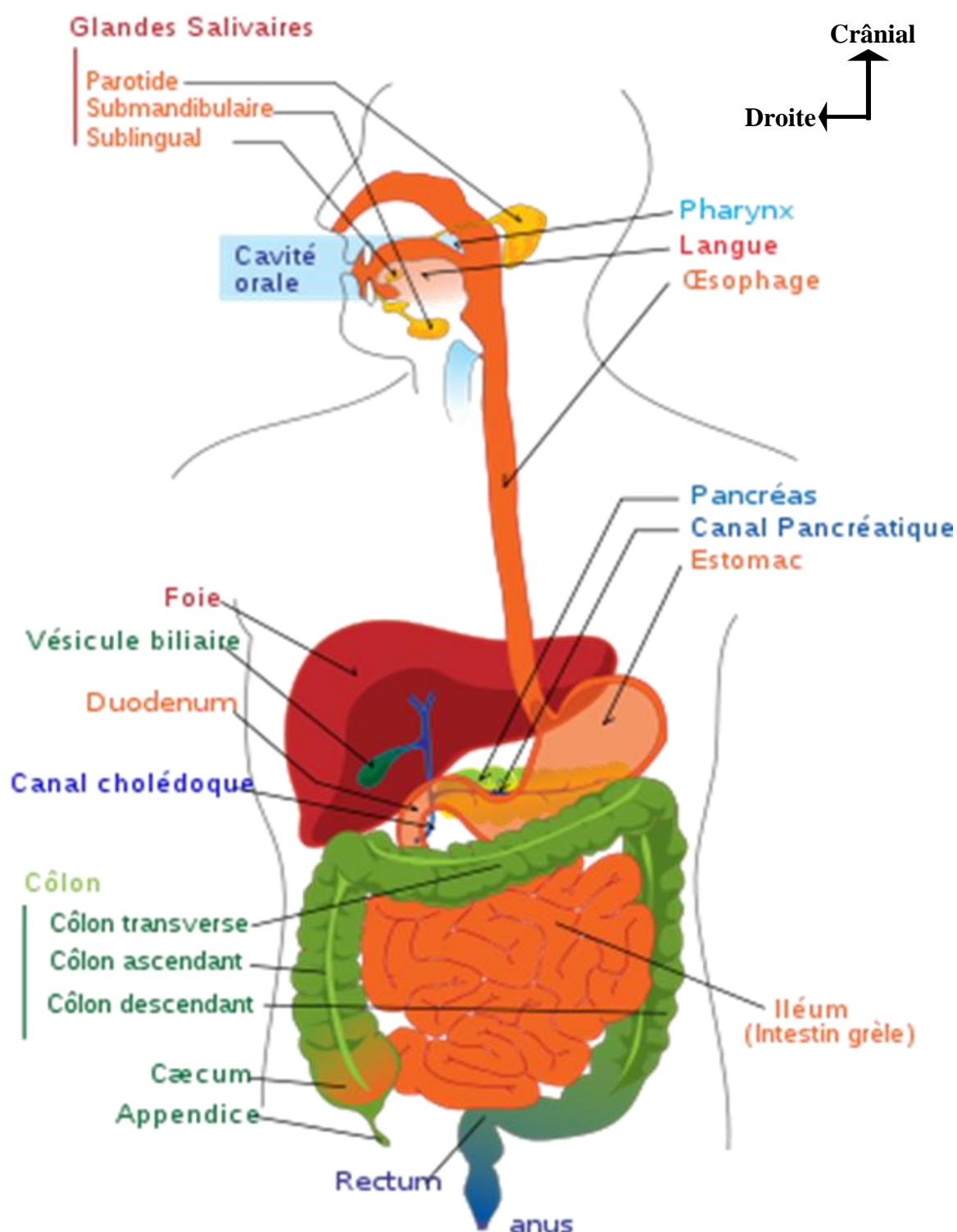


Figure 1 : appareil digestif [11]

1- 4 -LE GROS INTESTIN :

Portion terminale du tube digestif de 1,5 m de long qui s'étend de la fin de l'iléon à l'anus, il est formé par le **cæcum**, le **colon ascendant**, **colon transverse**, le **colon descendant**, **colon sigmoïde** et le **rectum**.

Dans son ensemble il forme une boucle qui encadre les anses intestinales. Il contient les résidus alimentaires non absorbés au niveau de la grêle. Dans sa portion initiale sont réabsorbés l'eau et les sels, les résidus dégradés par des bactéries sont convertis en matières fécales évacuées au dehors par les contractures du gros intestin. Sa surface est irrégulière marquée par des saillies, les bosselures (haustrations) limitées par les incisures et des bandelettes longitudinales.

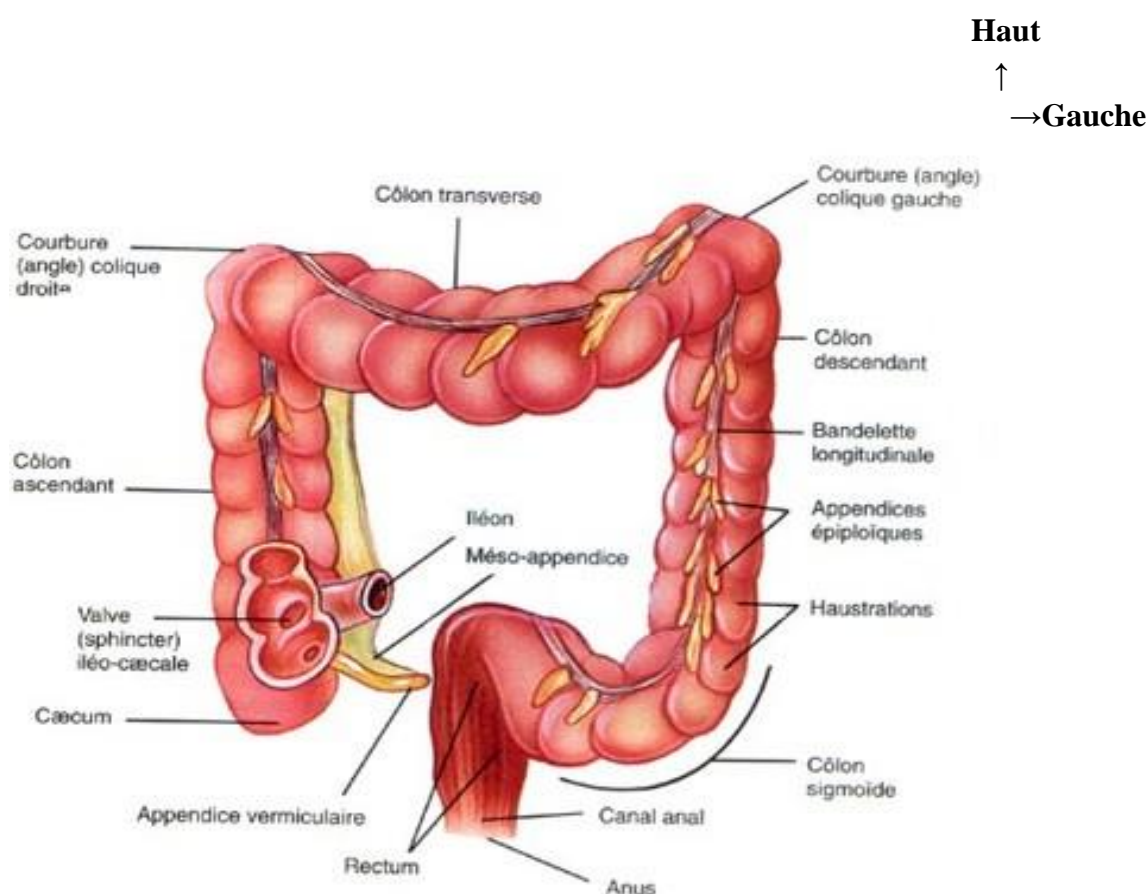


Figure2 : colon-rectum-canal anal [11] :

1-5 -LES GLANDES ANNEXES :

1-5-1-FOIE : le foie est le plus volumineux des glandes de l'organisme indispensable à la vie par ses fonctions métaboliques (stockage du glucose sous forme de glycogène, fonction de détoxification, élaboration de la bile etc....).

C'est un organe thoraco-abdominal situé sous le diaphragme, dans l'étage sus méso colique : l'hypochondre droit, l'épigastre et en partie dans l'hypochondre gauche. Il joue un rôle

important dans la digestion puisque tout ce qui est élaboré au niveau de la grêle lui parvient par le système porte. La bile rejoint l'intestin par les voies biliaires : excrétée en permanence par le foie, elle est stockée dans la vésicule biliaire et excrétée au moment de la digestion.

1-5-2 – LE PANCREAS :

Le pancréas est une glande volumineuse, retro-péritonéal avec ses fonctions exocrines et endocrines dont la sécrétion externe, le suc pancréatique contient des enzymes essentielles à la digestion. En relation étroite avec le duodénum, il s'étend transversalement, au-devant de la colonne vertébrale lombaire, dont il épouse la saillie antérieure, et celles des gros vaisseaux de l'abdomen. Il est légèrement oblique en haut et à gauche depuis la partie descendante du duodénum jusqu'à la rate et se place en grande partie en arrière de l'estomac. On lui décrit trois portions : la tête, le corps, et la queue. La tête est inscrite dans le cadre duodénal, dont elle est indissociable, c'est à ce niveau que sa sécrétion externe se déverse dans l'intestin grêle par l'intermédiaire du canal de Wirsung et du canal de Santorini.

1-5-3- LA RATE :

La rate un organe lymphoïde connecté au système porte. La rate joue un rôle très important dans la fabrication et le stockage des éléments figurés du sang. Elle intervient également dans la lutte contre les infections microbiennes. Elle est dans la loge sous phrénique gauche derrière la grosse tubérosité de l'estomac. La rate se projette sur la paroi thoracique.

2 -STRUCTURE GENERALE DU TUBE DIGESTIF :

A partir de l'œsophage jusqu'au rectum, le tube digestif possède une paroi organisée en tuniques concentriques qui sont de l'intérieur vers l'extérieur :

-Une couche interne muqueuse : qui a selon des endroits, un rôle de sécrétion ou un rôle d'absorption par l'intermédiaire des capillaires ou des chylifères sous muqueux. Un tissu aréolaire formant la sous muqueuse, comporte un épithélium, une lamina propria (chorion), une muscularis mucosae et des glandes.

-Une couche musculaire moyenne ou musculieuse : formée de deux (2) couches de fibres musculaires lisses : les fibres musculaires circulaires en profondeur et les fibres longitudinales en superficie.

-Une couche externe ou séreuse : soit une couche fibreuse (l'adventice) ; soit une couche séreuse (le péritoine) ; formée par un mésothélium reposant sur un tissu conjonctif lâche, n'existe que dans le trajet abdominal du tube digestif.

2.1. Quelques urgences chirurgicales digestives

2.1.1. Hernie étranglée [12]

2.1.1.1. Définition

L'étranglement herniaire se définit comme la striction serrée et permanente d'un viscère à l'intérieur du sac herniaire. Il constitue le risque évolutif majeur de toute hernie, justifiant systématiquement la cure chirurgicale préventive.

2.1.1.2. Physiopathologie

Une hernie non compliquée est indolore (elle entraîne tout au plus un simple gêne) et son contenu est facilement repoussé dans l'abdomen par simple pression. Parfois, au décours d'un effort par exemple, la hernie n'est plus réductible par les manœuvres habituelles. Le collet de la hernie est devenu trop étroit et constitue un anneau d'étranglement rigide qui empêche la réduction, comprime le viscère incarcéré et compromet sa vascularisation (d'abord le retour veineux puis la vascularisation artérielle).

Par définition, une hernie étranglée est donc une hernie devenue douloureuse et irréductible. Cet étranglement a plusieurs conséquences :

- la douleur liée à l'ischémie du viscère étranglé, qui est le plus souvent l'intestin grêle, parfois le côlon, l'appendice, l'épiploon ou l'ovaire.
- la nécrose ischémique du viscère ainsi étranglé peut-être rapide (quelques heures à un ou deux jours selon les cas).
- l'obstacle causé par l'étranglement d'une anse intestinale provoque une occlusion intestinale mécanique d'évolution rapide et grave. On comprend donc pourquoi il s'agit d'une urgence absolue.

2.1.1.3. Quelles sont les hernies qui risquent de s'étrangler ?

Quels que soient leur taille et leur type anatomique, toutes les hernies peuvent s'étrangler un jour ou l'autre ; certaines sont plus rapide que d'autres.

Ce sont surtout les hernies inguinales congénitales, dites encore obliques externes. Elles sont de loin les plus fréquentes, notamment en Afrique surtout chez l'enfant et l'adulte jeune. Elles traversent la paroi abdominale en suivant le canal inguinal et leur collet est étroit, d'où le risque d'étranglement.

La hernie crurale dont le collet est également étroit et fibreux est souvent diagnostiquée au stade d'étranglement. Elle se voit surtout chez les femmes âgées.

Les hernies inguinales directes, dites de faiblesse, à collet large et les hernies ombilicales s'étranglent moins souvent.

2.1.1.4. Qu'est-ce qu'une hernie irréductible ?

Avec le temps et en dehors de tout accident aigu et douloureux, la hernie devient progressivement irréductible, du fait de son volume et des adhérences qui se créent au sein d'un sac épaissi et remanié. La hernie reste cependant peu douloureuse et n'est pas étranglée. Le risque d'étranglement et d'occlusion à bas bruit est cependant élevé et l'intervention s'impose dans un délai bref.

2.1.1.5. Signes cliniques

Dans les formes typiques, le diagnostic de la hernie étranglée est facile. Les signes cliniques sont dominés par la douleur.

Elle apparaît brutalement ou de façon progressive au niveau d'une hernie en général connue et indolore jusqu'à ce jour.

A cette douleur isolée au début s'associent plus ou moins précocement des signes d'occlusion : Une douleur abdominale diffuse d'évolution paroxystique, des nausées et vomissements, l'arrêt des matières et des gaz.

L'examen physique retrouve la douleur provoquée à la palpation de la voussure herniaire. Cette douleur est maximale au niveau du collet de la hernie. La hernie est irréductible et n'est plus expansive à la toux. Sa matité à la percussion dénonce la présence du liquide d'épanchement dans le sac herniaire. Le toucher rectal provoque une douleur du côté de la hernie.

Les signes généraux sont modestes : température normale, pouls régulier un peu accéléré, souvent une agitation, mais l'état général est conservé.

L'évolution en l'absence de traitement chirurgical peut se faire vers la mort. Le phlegmon Pyo stercoral est une éventualité évolutive : localement la hernie devient chaude, rouge, douloureuse, la peau œdématiée. La rupture de l'anse étranglée à la peau réalise une fistule.

Cette fistule peut entraîner une dénutrition rapide lorsqu'il s'agit d'une anse grêle.

Trois variétés évolutives sont à retenir :

- Formes suraiguës : elles sont l'apanage des petites hernies au collet très serré.

Ici l'évolution est très rapide et la symptomatologie est assez bruyante : Syndrome hyperalgique, vomissement fécaloïdes précoces, signes toxi-infectieux.

L'évolution en l'absence d'intervention chirurgicale se fait vers la mort en 24 à 48 heures. Parmi ces formes suraiguës le choléra herniaire est marqué par la prédominance des signes digestifs : vomissements répétés, et surtout une diarrhée continue entraînant une déshydratation rapide.

Ces formes se voient au cours d'un pincement latéral de l'anse intestinale étranglée. D'autres formes sont marquées par l'existence de crampes musculaires voire de crises convulsives réalisant les formes éclamptiques.

Ces aspects sont rares dans les hernies inguinales étranglées.

- Formes subaiguës : elles sont rares et réalisent le tableau classique de l'engouement herniaire. Elles se voient au cours des étranglements peu serrés. Ici l'arrêt des matières et gaz est peu marqué, les signes physiques sont moins nets : légère impulsion à la toux, pas de douleur au collet du sac. L'évolution peut se faire vers la guérison ou l'étranglement serré. La limite entre engouement et étranglement herniaire n'est pas très nette. La différence entre ces deux entités cliniques n'a pas d'intérêt pratique et tout engouement doit être considéré comme un étranglement et traité chirurgicalement sans délai.
- Formes latentes (étranglement latent) : elles se voient volontiers chez les personnes affaiblies, les vieillards et les obèses. Les signes fonctionnels sont vagues : constipation opiniâtre, vomissement, arrêt des gaz peu net.

2.1.1.6. Les examens complémentaires :

- L'ASP (Abdomen Sans Préparation) debout de face : montre des niveaux hydro-aériques.
- L'échographie : Elle montre un épaissement de la paroi intestinale et une stase liquidienne dans le segment intestinal étranglé.
- Les examens biologiques : l'hématocrite, la numération globulaire donnent la mesure de l'hémoconcentration.
- L'ionogramme précise le degré de perturbation électrolytique, l'hypo chlorémie est la plus importante modification et la plus facile à compenser.

2.1.1.7. Diagnostic positif

Le diagnostic de la hernie étranglée est essentiellement clinique, trois signes caractérisent l'étranglement herniaire :

- La douleur : elle est maximale au niveau du collet de la hernie ;
- L'irréductibilité de la hernie ;
- La hernie n'est plus impulsive ou expansive à la toux.

2.1.1.8. Diagnostic différentiel

2.1.1.8.1. La péritonite herniaire

En l'absence de tout étranglement, une complication septique peut survenir au niveau d'un viscère herniaire (appendice, sigmoïde ou diverticule de Meckel).

Quelle que soit l'étiologie, le tableau réalisé est celui d'une suppuration locale au niveau d'une hernie faisant porter l'indication opératoire avec le plus souvent le diagnostic de hernie

étranglée ou de phlegmon Pyo stercoral. C'est alors l'intervention qui permettra un diagnostic lésionnel précis.

. 2.1.1.8.2. L'engouement herniaire

C'est lorsqu'une hernie simple devient douloureuse et irréductible puis se réduit spontanément. Ici la douleur exquise au niveau de collet n'est pas nette.

En théorie il n'est pas un étranglement mais son potentiel évolutif est l'étranglement.

. 2.1.1.8.3. Les adénites inguinales

Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile.

. 2.1.1.8.4. Les anévrysmes de l'artère iliaque externe

Ils sont rares, de consistance plus molle, d'expansion systolique à la palpation et présentent un souffle systolique à l'auscultation.

. 2.1.1.9. Traitement chirurgical d'urgence : principes généraux et indications

But :

- Lever la striction ;
- Faire le bilan et la réparation des lésions viscérales ;
- Prévenir les récurrences.

Les complications liées au traitement :

Elles sont nombreuses et souvent graves :

- Complications per opératoires :
 - compression ou lésion des vaisseaux fémoraux (surtout de la veine fémorale) ,
 - lésion d'une corne vésicale, de l'artère épigastrique inférieure lors des manœuvres,
 - d'agrandissement de l'incision d'inguinotomie.

- Complications postopératoires :

Elles sont les plus fréquentes :

- hématome au niveau de la plaie opératoire ;
- œdème des bourses par lésion des veines et vaisseaux lymphatiques
- infection de paroi ou abcès profond ;
- lâchage de fil de suture des plans profonds ;
- occlusions intestinales fonctionnelles ou par prise d'une anse intestinale dans un nœud de suture ;
- les péritonites postopératoires ;
- fistule digestive ;
- névralgie inguinale.

2.1.2. Les péritonites aiguës [13]

2.1.2.1. Définition :

Une péritonite est une inflammation aiguë de la séreuse péritonéale qui peut être soit généralisée à la grande cavité péritonéale (cas le plus fréquent et aspect clinique le plus Éloquent), soit localisée (loges sous phréniques, gouttières pariéto-coliques, Cul de Sac de Douglas)

. 2.1.2.2. Physiopathologie générale

La physiopathologie des péritonites résulte essentiellement de deux phénomènes qui, cumulés peuvent induire un état de choc à composante septique plus ou moins important ;

Il s'agit :

- d'une hypo volémie, résultant de la création d'un troisième secteur liquidien et de la majoration des pertes non mesurables ;
- d'un syndrome infectieux, lui-même cumulé de phénomènes complexes.

2.1.2.3. Formes cliniques :

2.1.2.3.1. Les formes cliniques communes dites sthéniques de l'adulte jeune :

Les signes cliniques sont ici typiques et permettent pratiquement seuls, de faire le diagnostic de péritonite. L'installation du syndrome peut dépendre de l'étiologie mais la phase d'état (quelques heures après le début) est en générale commune à l'ensemble des étiologies.

La symptomatologie clinique typique est caractérisée par la douleur, les troubles du transit (vomissements, arrêt des matières et des gaz) et les signes physiques abdominaux (météorisme, hyperesthésie cutanée, contracture ou défense).

L'ensemble survient dans un contexte de syndrome infectieux plus ou moins intense. Tous ces signes sont précoces. Les modifications typiques de faciès (faciès péritonéal classique) sont plus tardives. La contracture abdominale, quand elle est présente, est pathognomonique.

2.1.2.3.2. Les formes asthéniques :

Ce sont des formes particulières que l'on trouve chez les sujets âgés mais aussi chez les malades de réanimation ou les immunodéprimés. Schématiquement, on peut décrire deux tableaux : celui d'une occlusion fébrile, d'installation plus ou moins rapide et nette dans l'arrêt du transit et dans l'évolution de la fièvre et celui d'un choc toxi-infectieux inaugural.

C'est le tableau de choc toxi-infectieux qui pose le plus souvent des problèmes diagnostiques. Les signes généraux dominent la symptomatologie, alors que l'examen physique est pauvre : douleur abdominale peu intense ou absente, contracture et défense rares, météorisme indolore, touchers pelviens peu démonstratifs.

Ici, l'imagerie peut faire appel à l'échographie (épanchement liquidien péritonéal) si le météorisme n'est pas trop important à la TDM ou encore aux opacifications digestives utilisant des produits hydrosolubles. L'échographie et la TDM peuvent encore guider la ponction de l'épanchement (intérêt diagnostique et bactériologique).

. 2.1.2.3.3. Etiologie :

L'étiologie peut modifier sensiblement la présentation clinique et l'évolution de la péritonite.

Ce sont ces aspects étiologiques qui sont sous-cotés :

- péritonites primitives ;
- péritonites appendiculaires ;
- péritonites par perforation gastroduodénale ;
- péritonites typhiques ;
- péritonites d'origine génitale ;
- péritonites par perforation colique ;
- péritonites postopératoires.

. 2.1.2.3.4. Traitement :

Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps :

- le temps préopératoire,
- le temps per opératoire ;
- le temps post-opératoire.

Le traitement médical est double :

- réanimation hydro électrolytique, hémodynamique et calorique pour compenser les conséquences de l'inflammation péritonéale (hypovolémie, perturbations électrolytiques, catabolisme majoré...)
- un traitement anti – infectieux par l'antibiothérapie dont l'objectif principal est d'éviter ou de contrôler une diffusion de l'infection.

Le traitement chirurgical est le centre de la démarche. Il consiste à traiter la cause et à évacuer et drainer la collection purulente. C'est le point important du traitement anti-infectieux lui-même.

2.1.2.3.4. Principes du traitement chirurgical :

La chirurgie utilise deux grands moyens :

- le traitement de l'organe responsable ;
- le traitement de la cavité péritonéale (évacuation de l'épanchement péritonéal, nettoyage péritonéal et drainage de la cavité).

De plus une évacuation de l'intestin fonctionnellement occlus peut s'avérer indispensable. En pratique, on évacue d'abord la cavité abdominale, puis on traite l'organe, avant de parfaire la toilette péritonéale. Le traitement de l'organe dépend de l'étiologie de la péritonite.

2.1.3. Les appendicites aiguës (14)

2.1.3.1. Définition :

C'est l'inflammation aiguë de l'appendice iléocæcal. C'est une urgence chirurgicale.

2.1.3.2. Epidémiologie :

Il semble que l'appendicite est plus fréquente dans les pays développés qu'en Afrique. L'appendicite est plus fréquente chez l'enfant (7 à 15 ans) et rare chez l'adulte.

2.1.3.3. Etio-physiopathologie

L'appendicite est due :

- soit à une obstruction de la lumière appendiculaire (les germes circulent dans un appendice normal). Si l'appendice est bouché par un corps étranger les germes vont stagner au fond et vont se multiplier d'où infection ;
- soit à une infection hématogène, plus fréquente. Tous les germes peuvent entraîner l'appendicite. Les plus fréquents sont les colibacilles, le streptocoque, le staphylocoque. On peut même y trouver des parasites (comme le schistosoma mansoni)

. 2.1.3.4. Anatomie Pathologie :

Il existe une grande variété anatomo-pathologique d'appendicite :

- L'appendicite catarrhale : elle correspond à une inflammation de l'appendice (appendice rouge).
- L'appendicite phlegmoneuse : c'est un appendice turgescant couvert de fausses membranes avec du pus dans sa lumière et une nécrose suppurée de sa paroi.
- L'appendicite gangréneuse : quand l'appendice est couvert de plages nécrotiques s'étendant parfois jusqu'au cæcum.
- L'abcès appendiculaire : est une appendicite purulente avec du pus autour de l'appendice. L'abcès peut prendre une forme particulière appelée plastron quand les viscères de voisinage (anses grêles, épiploon, vessie) viennent s'accoler au contact du foyer inflammatoire.
- La péritonite appendiculaire : c'est l'abcès appendiculaire avec du pus qui a diffusé dans la grande cavité péritonéale.

L'appendicite peut évoluer plus ou moins rapidement de la forme catarrhale à la péritonite en 24-72 heures. Donc l'appendicite est une urgence chirurgicale.

L'abcès appendiculaire, le plastron, la péritonite appendiculaire sont des complications de l'appendicite catarrhale.

2.1.3.5. Etude clinique

2.1.3.5.1. Les signes fonctionnels :

- La douleur de la fosse iliaque droite sourde progressive et permanente, sans irradiation ;
- Les vomissements ;

2.1.3.5.2. Signes généraux :

La température 37- 37,5°C. Si au début on a une température supérieure à 40°C, c'est qu'il ne s'agit pas d'une appendicite récente. La tension artérielle est normale, la langue est saburrale. Au stade de début l'état général est bon.

2.1.3.5.3. Signes physiques

A l'inspection le ventre respire. La palpation révèle une douleur accompagnée d'une défense de la fosse iliaque droite. Le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent une douleur à droite dans le Douglas. A l'auscultation : les bruits abdominaux sont normaux au début.

2.1.3.5.4. Signes para cliniques

La Numération Formule Sanguine (NFS) montre une hyperleucocytose (1.500 à 20.000 GB/mm³) surtout à polynucléaires neutrophiles.

L'échographie peut parfois montrer un gros appendice à parois épaisses ou un épanchement péri appendiculaire.

. 2.1.3.5.5. L'évolution

Elle est imprévisible. Une régression spontanée peut survenir après la crise d'appendicite, mais cette régression spontanée est rare.

La plupart du temps l'évolution se fait vers l'aggravation en quelques jours ; parfois cette aggravation est entrecoupée d'une accalmie traîtresse. L'aggravation peut se faire vers l'abcès ou vers la péritonite.

- **L'abcès (est une complication de l'appendicite catarrhale).**

Signes fonctionnels : sont les même que dans les formes typiques

Signes physiques : la fosse iliaque droite est le siège d'une masse fluctuante douloureuse.

Signes généraux : souvent une altération de l'état général, une température à 38–38,5°C (fièvre oscillante).

La NFS montre une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

L'évolution sans traitement se fait vers la perforation réalisant alors une péritonite généralisée.

- **Le plastron (est une complication de l'appendicite catarrhale).**

Il est souvent favorisé par une antibiothérapie abusive, fait au début de la d'appendicite.

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans le cas typique

Signes physiques : la fosse iliaque droite est le siège d'un blindage dur, douloureux, mal limité, le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent une douleur du douglas à droite.

Signes généraux : la température est à 38°c ou plus, le pouls est accéléré.

Signes para cliniques : La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydro-aériques.

L'évolution peut se faire vers la régression ou vers la péritonite.

- **La péritonite (est une complication de l'appendicite catarrhale)**

Signes généraux :

Température élevée à 40° c

Pouls accéléré

Signes physiques :

Contracture abdominale généralisée dite contracture en ventre de bois et maximum dans la fosse iliaque droite.

Le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent une douleur partout dans le Douglas.

Signes para cliniques :

Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS.

La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydro-aériques.

L'évolution sans traitement se fait vers la mort en quelques heures.

. 2.1.3.6. Diagnostic différentiel :

L'appendicite peut faire évoquer beaucoup de pathologies chirurgicales et médicales.

Les pathologies médicales les plus fréquemment évoquées sont :

Le paludisme : il est parfois caractérisé par :

- une douleur de tout le flanc droit ;
- une fièvre à 39-40°c avec des frissons ;
- des vomissements, sans arrêt des matières ni des gaz ;
- le toucher rectal et le toucher vaginal sont sans douleur ;
- la goutte épaisse est souvent positive.

L'hépatite virale : elle peut faire croire à une appendicite si elle se révèle par :

- une douleur de tout le flanc droit,
- des vomissements,

- une fièvre.

Le siège de la douleur est haut. Il y a un subictère et les transaminases sont élevées, notion de contagé.

L'adénolymphite mésentérique :

Une inflammation des ganglions mésentériques sans atteinte de l'appendice ; l'examen clinique ne permet pas de la distinguer de l'appendicite à coup sûr.

Il faut hospitaliser le malade et suivre l'évolution, soit faire une intervention exploratrice.

La colique néphrétique droite peut faire penser à une appendicite devant :

- une douleur du flanc droit ;
- des vomissements ;
- une constipation.

Mais les douleurs commencent dans la fosse lombaire, elles irradient dans la fosse iliaque droite et vont dans les organes génitaux externes et la racine de la cuisse. Elles sont paroxystiques.

Il y a une pollakiurie, des brûlures mictionnelles. Il n'y a pas de défense de la fosse iliaque droite. La NFS est normale.

L'échographie montre la stase dans les voies urinaires voire le calcul.

La pneumopathie de la base droite : peut faire penser à une appendicite quand elle se révèle par des douleurs de flanc droit, la fièvre ; mais il y a une toux, des signes d'atteinte du poumon droit à l'examen.

Les douleurs d'ovulation : peuvent faire penser à une appendicite quand ces douleurs sont dans la fosse iliaque droite. Mais ces douleurs surviennent au 14ème jour du cycle.

Les douleurs d'endométriose : peuvent faire penser à une appendicite lorsqu'elles siègent dans la fosse iliaque droite. Mais ces douleurs sont rythmées par les menstruations.

La colite : peut se révéler par une douleur de la fosse iliaque droite, une nausée, une fièvre. Mais il n'y a pas de défense de la fosse iliaque droite. Souvent il y a une diarrhée.

Les pathologies chirurgicales :

Presque toutes les pathologies chirurgicales digestives peuvent se révéler par un syndrome pseudo appendiculaire. En principe la mise en observation du malade doit pouvoir orienter le diagnostic ainsi que les examens complémentaires. Mais dans certains cas c'est l'intervention chirurgicale qui redresse le diagnostic à condition d'explorer le ventre minutieusement.

Il faut savoir éliminer :

Chez la femme : une salpingite droite, une GEU droite, une complication d'une tumeur ovarienne droite (dans ce cas, le toucher vaginal et l'échographie peuvent mettre en évidence la tumeur).

Chez le vieillard : un cancer du caecum.

Chez l'enfant : un diverticule de Meckel.

Chez la vieille femme : une lithiase vésiculaire.

2.1.3.7. Formes cliniques

2.1.3.7.1. Formes selon le terrain

L'appendicite du nourrisson : caractérisée par sa rareté et son évolution rapide (la péritonite peut apparaître en moins de 24h).

Elle est grave parce que le diagnostic peut être posé tard et la contracture n'est pas toujours retrouvée en cas de péritonite.

L'appendicite du vieillard : se caractérise par une évolution lente en général.

Un syndrome pseudo-occlusif fébrile (d'où le diagnostic différentiel avec les occlusions, et cancer du caecum). Dans le cancer du caecum il y a une douleur de la fosse iliaque droite, un amaigrissement une anémie, une image typique au lavement baryté.

L'appendicite de la femme enceinte est caractérisée par :

Au 1^{er} trimestre peu de différence avec l'appendicite typique.

Au 3^{ème} trimestre : La douleur appendiculaire est plus haute. La défense est moins nette. Un problème de diagnostic différentiel se pose avec la pyélonéphrite de la femme enceinte.

La pyélonéphrite est caractérisée par :

- des douleurs du flanc droit (surtout lombaires) ;
- des nausées ;
- une constipation ;
- une température de 38°-39°c avec des frissons parfois ;
- des troubles urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles).

2.1.3.7.2. Formes selon le siège

L'appendicite pelvienne :

Elle se voit surtout chez la femme non enceinte, elle est caractérisée par :

- des douleurs basses dans la fosse iliaque droite ;
- des nausées ;
- une constipation ;
- une température de 37°c – 37,5°c ;

- un pouls accéléré ;
- une douleur provoquée à la palpation de la partie basse de la fosse iliaque droite ; le Toucher rectal et le toucher vaginal provoquent des douleurs aiguës à droite. Dans ce cas il faut éliminer une salpingite, une grossesse extra utérine.

L'appendicite sous-hépatique :

Elle est caractérisée par :

- des douleurs dans l'hypochondre droit ;
- des nausées voir des vomissements ;
- une constipation ;
- une douleur, voir une défense provoquée dans l'hypochondre ;
- une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

L'appendicite rétro-caecale : est caractérisée par des douleurs lombaires droites à différencier de la colique néphrétique.

Appendicite méso cœliaque : caractérisée par :

- des douleurs péries ombilicales ;
- un syndrome pseudo occlusif (où le diagnostic différentiel avec une gastro entérite).

Appendicite de la fosse iliaque gauche : est exceptionnelle, elle survient chez un sujet dont le colon n'a pas subi de rotation.

2.1.3.7.3. Principe du traitement des appendicites aiguës :

Le seul traitement est l'appendicectomie.

2.1.3.7.3.1. L'abcès appendiculaire nécessite :

- une appendicectomie ;
- une antibiothérapie.

2.1.3.7.3.2. La péritonite nécessite :

- une réanimation médicale pré, per, post-opératoire, jusqu'à la reprise du transit intestinal ;
- la mise en place d'une sonde nasogastrique aspirative et d'une sonde urinaire ;
- une appendicectomie ;
- une toilette péritonéale ;
- un drainage de la fosse iliaque droite ;
- une antibiothérapie.

2.1.3.7.3.3. Le plastron appendiculaire : son traitement comporte :

- une réanimation médicale (perfusion, diète total) ;
- la glace sur la fosse iliaque droite ;
- une antibiothérapie ;

- une surveillance médicale rigoureuse ;

Si les troubles disparaissent totalement il faut faire l'appendicectomie après 4 - 8 semaines.

2.1.4. LES OCCLUSIONS INTESTIALES AIGUËS (15)

2.1.4.1. Définition :

L'occlusion intestinale est un arrêt brutal complet et persistant du transit (des matières et des gaz) dans un segment intestinal. C'est une urgence chirurgicale.

Il existe des occlusions organiques, des occlusions fonctionnelles et des occlusions mixtes.

2.1.4.2. Physiopathologie :

2.1.4.2.1. L'occlusion organique est une occlusion mécanique. Elle peut être occasionnée par :

- une obstruction ;
- une compression ;
- une strangulation.

Une strangulation est un étranglement de l'intestin. Elle peut être due à :

- une hernie étranglée ;
- un volvulus ;
- une invagination intestinale.

Elle entraîne tôt des troubles ischémiques de l'intestin.

Dans les strangulations, la circulation est d'abord perturbée sur le retour veineux alors que l'artère continue à amener le sang dans la zone strangulée. Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ; d'où une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre hydro-électrolytique. La strangulation favorise la fermentation des matières dans l'intestin d'où production de gaz qui va s'accumuler à la partie supérieure de l'anse strangulée alors que le liquide reste à la partie inférieure.

L'air et le liquide seront séparés par un niveau qui est toujours horizontal. A la radiographie, l'air sera perçu comme une image noire avec un niveau blanc (clair) horizontal inférieur.

Une élévation de pression des gaz dans l'intestin en amont de l'obstacle peut entraîner une perforation de l'intestin, c'est la perforation diastatique.

La compression et l'obstruction sont moins urgentes que la strangulation, car les deux premières n'entraînent que tardivement des troubles ischémiques.

2.1.4.2.2. L'occlusion fonctionnelle se fait par inhibition du nerf intestinal.

2.1.4.2.3. L'occlusion mixte : est une association de l'occlusion fonctionnelle et de l'occlusion mécanique. En général, elle est due à une infection.

2.1.4.3. Signes cliniques :

2.1.4.3.1-Les signes fonctionnels sont caractérisés par :

- des douleurs abdominales brutales ou progressives dont, le type est fonction de l'étiologie ;
- des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et enfin fécaloïdes (au stade tardif) peuvent être tardifs ou précoces (en fonction du siège de l'occlusion) ;
- l'arrêt des matières et des gaz est le signe majeur de l'occlusion. Il peut être précoce ou tardif en fonction du siège de l'occlusion. Cet arrêt peut être masqué par une vidange du bout distal au début de l'occlusion.

2.1.4.3.2-Les signes généraux sont caractérisés par :

- une chute de la tension artérielle (tardive) à cause des vomissements et des déperditions plasmatiques dans la lumière intestinale ;
- une accélération du pouls ;
- des signes de déshydratation ;
- une température qui est fonction de l'étiologie.

2.1.4.3.3. Les signes physiques sont caractérisés par :

A l'inspection :

- un météorisme abdominal ;
- Parfois, une cicatrice abdominale (qui fait suspecter l'étiologie) ;
- un péristaltisme qui traduit la lutte intestinale contre l'obstacle.

A la palpation :

- une douleur provoquée dont le siège traduit la zone de souffrance de l'intestin ;
- une absence de contracture ;
- une tuméfaction qui n'est retrouvée que dans certains cas.

A la percussion : La présence d'un tympanisme, souvent tardif.

A l'auscultation : La présence et l'accentuation de bruits hydro-aériques.

Aux touchers pelviens (Toucher Vaginal –Toucher Rectal) :

La présence de signes qui sont fonction du siège et de l'étiologie de l'occlusion.

La palpation des orifices herniaires recherche une hernie étranglée.

2.1.4.3.4. Les signes paracliniques :

- La radiographie de l'abdomen sans préparation, debout de face ou assis de face ou même couché de profil montre des niveaux hydro-aériques. Un seul niveau hydro-aérique suffit pour poser le diagnostic d'occlusion. Il est important préciser le nombre, le siège et l'aspect des niveaux hydro-aériques.

- Le lavement baryté est important pour rechercher le siège et la cause de l'occlusion du colon.
- Le transit de la grêle effectué en dehors des périodes de vomissements peut montrer un obstacle sur l'intestin grêle. Les signes biologiques des troubles hydro-électrolytiques. Car l'occlusion entraîne une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acide-basse. Ces troubles hydro-électrolytiques souvent fonctionnelles sont constatés sur l'ionogramme (souvent une hyper natrémie), l'azotémie ou la créatinémie (souvent une hyperazotémie ou un hyper créatinémie).

Il faut effectuer un bilan général du malade (clinique).

2.1.4.4. Formes cliniques

2.1.4.4.1. En fonction du siège

Signe d'occlusion	Siège de l'occlusion	
	Grêle	Colon
Douleur	Idem	Idem
Vomissements	Précoces	Tardifs
Arrêt des matières et des gaz	Tardif	Précoce
Altération de l'état général	Rapide	Tardif
Déshydratation	Rapide	Tardive
Météorisme	Absent	Abondant
Niveaux hydro-aériques	Plus larges que hauts	Plus hauts que larges
Lavement baryté	Normal	Montre le siège, le mécanisme et la cause
Transit du grêle	Montre le siège de l'occlusion	Normal

2.1.4.4.2. En fonction du mécanisme

L'occlusion par volvulus du sigmoïde est caractérisée par :

Des douleurs brutales à type de colique chez un sujet jeune antérieurement en bon état général avant l'occlusion.

L'occlusion par cancer du sigmoïde qui atteint surtout le vieillard est caractérisée par :

- des douleurs progressives continues ;

- une altération de l'état général avant l'occlusion ;
- une fièvre avec parfois une anémie un antécédent d'alternance de diarrhée et de constipation. Une tumeur à la palpation parfois.

2.1.4.4.3. En fonction de l'étiologie et de l'âge :

- Chez le nouveau-né, les occlusions les plus fréquentes sont pour le colon :

L'imperforation anale : diagnostiquée à l'inspection du périnée à la naissance ;

La maladie de Hirschprung ;

L'immaturation du colon pour le grêle ;

Les brides par mal rotation de l'intestin qui entraînent souvent un volvulus.

- Chez le nourrisson, les causes les plus fréquentes sont :

- l'invagination intestinale aiguë ;
- maladie Hirschprung.

- Chez l'enfant les causes les plus fréquentes sont :

- le diverticule de Meckel ;
- l'appendicite ;
- l'invagination intestinale aiguë.

- Chez l'adulte, les causes les plus fréquentes sont :

- le volvulus du sigmoïde (surtout au Mali) ;
- le volvulus de la grêle sur bride qui est provoqué par les séquelles de la laparotomie.

La présence de bride est presque toujours secondaire à une intervention chirurgicale antérieure.

- Chez le vieillard : les principales causes sont :

- le cancer du côlon qui est le plus fréquent ;
- le volvulus du sigmoïde ;
- l'appendicite du vieillard : c'est une occlusion fébrile avec douleurs dans la fosse iliaque droite ;
- l'iléus biliaire rare au Mali, plus fréquent en Europe ;
- les hernies internes (exceptionnelles).

Diagnostic différentiel avec les occlusions fonctionnelles.

Les occlusions fonctionnelles sont caractérisées par :

Signes Fonctionnels : des douleurs abdominales diffuses, des vomissements, une constipation sans arrêt franc des matières et des gaz.

Signes Généraux : qui sont fonctions de la cause

Signes Physiques : résumés par un météorisme important diffus

Radiographie de L'Abdomen Sans Préparation Débout de face prenant les coupes diaphragmatiques : montre une dilatation gazeuse diffuse (sur le grêle, le colon) avec peu de niveau hydro-aériques.

Les principales causes de ces occlusions fonctionnelles sont les neuroleptiques, les antimitotiques, etc....

. 2.1.4.5. Traitement des occlusions

Le traitement des occlusions est une urgence, il est médical et chirurgical

Le traitement Médical

Il consiste en :

- une réanimation hydro électrolytique :
- une perfusion de sérum salé et glucosé ; perfusion de macromolécules, de sérum bicarbonaté voir transfusion,
- la mise en place d'une sonde nasogastrique aspirative et d'une sonde urinaire.

Le traitement chirurgical :

Il est fonction de l'état général, du siège, de la cause, et du mécanisme de l'occlusion.

Pour le volvulus du sigmoïde il faut pratiquer en urgence :

- une laparotomie ;
- une détorsion du sigmoïde ;
- une sigmoïdectomie.

Dans certains cas une détorsion du sigmoïde est possible par voie endoscopique, sans faire de laparotomie.

Pour le volvulus sur bride, il faut pratiquer en urgence :

- une laparotomie ;
- la section de la bride.

Pour l'occlusion par cancer du sigmoïde il faut faire :

- la laparotomie ;
- si possible une résection du cancer.

Sinon faire une colostomie qui sera suivi d'une résection du cancer. Dans le cas particulier des occlusions avec nécrose intestinal, il est toujours nécessaire de réséquer la zone nécrosée.

Après 40 à 60 jours d'évolution on effectuera le rétablissement de la continuité digestive si l'état général du malade le permet.

2.1.5-La thrombose hémorroïdaire [16] :

La maladie hémorroïdaire est une affection fréquente même si son épidémiologie et sa physiopathologie ne sont pas parfaitement connues. Les principaux facteurs de risque clairement identifiés sont les troubles du transit et les épisodes de la vie génitale féminine, les autres facteurs communément incriminés n'ont pas une implication démontrée. Ses modes d'expression cliniques sont multiples, un malade sur dix, seulement, nécessite une intervention chirurgicale, les autres sont traités efficacement par le traitement médical.

2.1.5.1. Rappel anatomique

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales, On distingue :

-Le réseau hémorroïdaire externe tributaire de l'artère pudendale.

-Le réseau hémorroïdaire interne dépendant de l'artère rectale supérieure.

Leur fonction : contribuent à la continence anale « fine », interviennent dans la discrimination selles/gaz et solide/liquide et participent au tonus de base du canal anal.

Le retour veineux se fait par les veines rectales supérieures, moyennes et inférieures vers la circulation porte et cave inférieure.

2.1.5.2. Les manifestations cliniques :

2.1.5.2.1- La thrombose hémorroïdaire interne :

2.1.5.2.1.1- La thrombose hémorroïdaire interne non extériorisée :

En fait rare, elle se manifeste par une douleur vive, permanente, intra canalaire.

Le toucher rectal la perçoit sous la forme d'une petite masse arrondie, dure, douloureuse, bleutée à l'anuscopie.

2.1.5.2.1.2- La thrombose hémorroïdaire interne prolabée :

La thrombose hémorroïdaire interne prolabée peut être circulaire ou plus localisée. Elle se manifeste par une vive douleur associée à un prolapsus tendu qui devient irréductible, œdémateux, violacé, voire noirâtre en son centre. L'évolution peut se faire vers le sphacèle ou vers la régression lente avec parfois des marisques résiduelles.

2.1.5.2.2-La thrombose hémorroïdaire externe :

La thrombose hémorroïdaire externe est la seule manifestation des hémorroïdes externes : petite tuméfaction bleutée, dure, douloureuse, le plus souvent unique, située sous la peau de la marge anale. Il peut exister une réaction œdémateuse. L'évolution spontanée se fait soit vers la nécrose avec énucléation du thrombus, soit vers la résorption du caillot en quelques semaines, laissant comme séquelle un « sac » cutané vide appelé « marisque ».

2.1.5.3. Traitement :**2.1.5.3.1- Traitement médical :****2.1.5.3.1.1- Les règles hygiéno-diététiques :**

Les recommandations classiques concernant l'éviction des épices, de l'alcool, du tabac, du café, etc. ne reposent sur aucune base scientifique valide. L'utilisation du froid et de bains de siège, préconisée par certains, n'est pas davantage fondée sur des preuves.

2.1.5.3.1.2- Les topiques :

L'efficacité de ces spécialités est mal évaluée ; elles paraissent efficaces sur la douleur peut-être en raison de leur excipient lubrifiant ou de la présence d'un protecteur mécanique facilitant la défécation, ou grâce au dérivé corticoïde qu'elles contiennent.

2.1.5.3.1.3- La régularisation du transit :

La correction des troubles du transit et en particulier de la dyschésie est importante. La prescription d'un mucilage et/ou l'augmentation de la ration quotidienne en fibres alimentaires est conseillée pour le traitement à moyen terme des symptômes de la maladie hémorroïdaire.

2.1.5.3.1.4- Les veinotoniques :

Le rationnel de l'utilisation des veinotoniques repose sur leur effet vasculotrope et, pour certains, anti-inflammatoire. De nombreux produits sont disponibles et proposés pour le traitement de la maladie hémorroïdaire (diosmine, ginko-biloba, troxérutine, rutoside, etc.). Leur prescription très répandue dans les manifestations aiguës de la maladie contraste avec le peu de données scientifiques validant leur efficacité.

2.1.5.3.1.5- Les antalgiques et les anti-inflammatoires :

- Les antalgiques périphériques de classe 1 et 2 sont efficaces sur les douleurs des thromboses hémorroïdaires ;
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont probablement les médicaments les plus efficaces sur la douleur des thromboses hémorroïdaires en raison de leur action antalgique et anti-œdémateuse.

2.1.5.3.2- L'excision de thrombose hémorroïdaire :

- L'excision consiste à réséquer le caillot, l'ensemble du sac vasculaire et une partie de son revêtement cutané ;
- La plaie résultante de l'intervention cicatrise en 2 à 3 semaines, avec parfois un suintement séro-hématique ;
- Une application de topiques à visée cicatrisante et la prise d'antalgiques de classe 1 pendant 48 heures sont prescrites après la procédure ;

- L'incision ou l'excision de thrombose hémorroïdaire interne sont contre-indiquée du fait du risque hémorragique.

2.1.5.3.3- Traitement instrumental :

Les trois principaux traitements instrumentaux utilisés et validés dans la littérature sont :

- l'injection de sclérosant : chlorhydrate double de quinine urée (Kinurée H) ;
- la photo-coagulation par infrarouge ;
- la ligature élastique.

2.1.5.3.4- Traitement chirurgical :

Les principaux traitements chirurgicaux utilisés et validés dans la littérature sont :

- Les gestes portant sur le tissu hémorroïdaire : hémorroïdectomie pédiculaire ;
- Les gestes portant sur le sphincter interne : la sphinctérotomie interne a été proposée comme seul traitement du prolapsus hémorroïdaire circulaire thrombosé ;
- Les gestes visant à réduire le prolapsus et à traiter la composante vasculaire :

Hémorroïdopexie par agrafage circulaire ou technique dite « de Longo ».

« Hemorroidal arterial ligation » (HAL) Doppler, « recto anal repair » (RAR).

2.1.5.3.5- Les indications thérapeutiques

-Le traitement médical est généralement très efficace sur la douleur. La thrombose peut cependant persister 2 à 3 semaines avant de se résorber, en laissant éventuellement une marisque, ce dont le malade doit être informé ;

-Les thromboses uniques, externes et non œdémateuses sont efficacement traitées par excision.

-Les poly-thromboses ou les thromboses très douloureuses ou œdémateuses relèvent de la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

-Le traitement instrumental et à fortiori les topiques et les veinotoniques sont inefficaces pour prévenir les récurrences des thromboses hémorroïdaires.

-La prescription de fibres peut être conseillée. En cas de thromboses invalidantes et récidivantes, une hémorroïdectomie pédiculaire peut être conseillée.

-Cette intervention peut être réalisée sans difficulté ou complication particulière en urgence devant un prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé sphacélé ou résistant à 48 heures de traitement médical.

Conclusion

La maladie hémorroïdaire est une affection fréquente aux modes d'expression cliniques multiples. Les principaux facteurs de risque identifiés sont les troubles du transit et les épisodes de la vie génitale féminine. Un malade sur dix, seulement, nécessite une intervention

chirurgicale, les autres sont traités efficacement par le traitement médical et surtout instrumental.

METHODOLOGIE

IV.METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude.

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2018, soit une durée totale de 12 mois.

2.Cadre d'étude :

Le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de la commune II (CSRéf CII) a servi de cadre à notre étude ; l'un des six centres de santé de références du District de Bamako situé chacun par commune (Annexe 8).

3. Historique de la commune II :

L'histoire de la commune II est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les NIAKATE sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développé au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier LASSA fût créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent SIBIRIBOUGOU en 1980.

La commune II a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako (Annexe 8) (Annexe 9) par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 28 août 1978 fixant les Limites et le nombre des communes
- la loi N° 95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ; le Centre de Santé de Référence de la commune II fut installé à MISSIRA depuis 1997 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

Il déménage dans le quartier sans fil en 2015 pour insuffisance de place.

Le CSREF CII compte plusieurs services :

- 1- Service de chirurgie générale et urologie
- 2- Service d'Ophtalmologie
- 3- Service d'ORL (Oto-rhino-laryngologie)
- 4- Service de Médecine (médecine générale, Cardiologie, Endocrinologie (diabétologie), infectiologie (USAC)
- 5- Service de gynéco-obstétrique
- 6- Service de Pédiatrie et néonatalogie
- 7- La kinésithérapie
- 8- Service biomédical (laboratoire et pharmacie)

9- Imagerie médicale (radiographie et échographie)

10- Anesthésie et réanimation

11- Odontostomatologie

3.1. Les locaux.

Le **CSRéf CII** est situé au Quartier Téléphonie sans Fils(**TSF**) non loin de la grande mosquée de ce quartier.

Dans l'enceinte de cet établissement, le service de chirurgie est situé à différents niveaux :

- Le bureau de consultation chirurgicale est le premier situé juste à l'entrée du bloc de consultation externe
- La petite chirurgie située au rez-de-chaussée en plein centre contiguë à la salle d'injection.
- Les salles d'hospitalisations sont au nombre de 4 pour la chirurgie générale dont la salle femme sise au niveau du bloc d'hospitalisation chirurgicale à l'Est du centre contenant 06 lits, la salle homme située à l'étage entre les salles de la médecine avec 05 lits et 2 salles V.I.P.
- 1 bureau des médecins contigus au bloc.
- 1salle de garde (pour internes et pour infirmiers).

Le bloc opératoire situé vers le côté nord du centre et comprend deux salles d'opérations (le bloc à froid et le bloc d'urgence), une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil, une salle de réanimation et un bureau pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CSRéf CII.

3.2. Le personnel.

- Le personnel permanent :
 - 2 Chirurgiens généralistes.
 - 1 Urologue.
 - 3 Techniciens supérieurs de la santé.
 - 1 Aide-soignant.
 - 3 Techniciens de surface ou manœuvres.
- Le personnel non permanent comprend : des médecins, des étudiants et des infirmiers stagiaires.

4. Les activités.

Les consultations externes, les staffs et les malades programmés pour les interventions se font tous les jours ouvrables, par contre les urgences sont opérés tous les jours. Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes. Les thésards sont répartis de telle

sorte qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et l'hospitalisation.

5. Echantillonnage.

Nous avons recensé **120 patients** pendant notre période d'étude, qui répondaient aux critères d'inclusion.

➤ Critères d'inclusion.

Tout patient ayant consulté dans l'unité de chirurgie générale du CSRéf commune II du district de Bamako, opéré et hospitalisé dans le service pour urgences chirurgicales digestives.

➤ Critères de non inclusion.

- Tout patient présentant une urgence chirurgicale extra digestive.
- Toute urgence chirurgicale digestive non opérée dans l'unité.
- Tout patient ayant un abdomen aigu chirurgical décédé avant l'intervention.
- Toute urgence digestive médicale.

6. Méthodes et patients.

Tous les malades à l'admission, ont eu un examen clinique complet. Au terme de cet examen, ceux dont le diagnostic d'urgence chirurgicale digestive était évident ont eu un Bilan Préopératoire (B.P.O.) et ou d'imagerie. Les interventions chirurgicales ont été réalisées par un chirurgien qui décidait de la technique opératoire.

➤ Les variables.

Nous avons étudié les variables suivantes :

- variables sociodémographiques : âge, sexe, profession, résidence ;
- signes cliniques ;
- signes paracliniques ;
- diagnostic : pré et peropératoire ;
- traitement : avant et après admission (opérateur, technique, Anesthésie, gestes effectués) ;
- complications : per et post opératoire ;
- suivi post opératoire : suites à un et à trois mois.

➤ Traitement.

- Anesthésie : l'anesthésie générale + IOT (Intubation Orotrachéale) et la rachianesthésie ont été utilisées au cours de notre étude.
- Traitement chirurgical : la majorité des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical par laparotomie. La voie d'abord variait d'un diagnostic à un autre et modifiable en peropératoire selon les cas.

➤ **Suivi des patients :**

Le suivi des malades a été effectué au service sur rendez-vous, ou par appel téléphonique après l'intervention. Le temps minimal de suivi a été de trois mois.

7. Supports :

Les supports utilisés étaient :

- des dossiers médicaux des malades ;
- des registres d'hospitalisation ;
- des registres consignants les comptes rendus opératoires ;
- des fiches d'enquêtes individuelles ;
- des registres de consultations externes ;
- le protocole d'anesthésie.

8. Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et traitées aux logiciels Microsoft Excel 2016, SPSS 20.

La comparaison des résultats a été faite par le test statistique de Chi2 avec comme seuil de signification $P < 0,05$.

9. Considérations éthiques :

Tous nos patients ont bénéficié d'un counseling associé au consentement éclairé verbal avant l'intervention chirurgicale. Tous ceux qui ont été opérés, ont tous acceptés de participer à notre étude.

RESULTATS

V-RESULTATS :

1- Fréquence des urgences chirurgicales digestives par rapport aux autres activités du service :

Sur une période de 12 mois, nous avons recensé **120 cas** d'urgences chirurgicales digestives sur 2067 consultations soit **5,80%** et **44,80%** des patients opérés (**268**).

2 - Répartition des patients selon l'âge

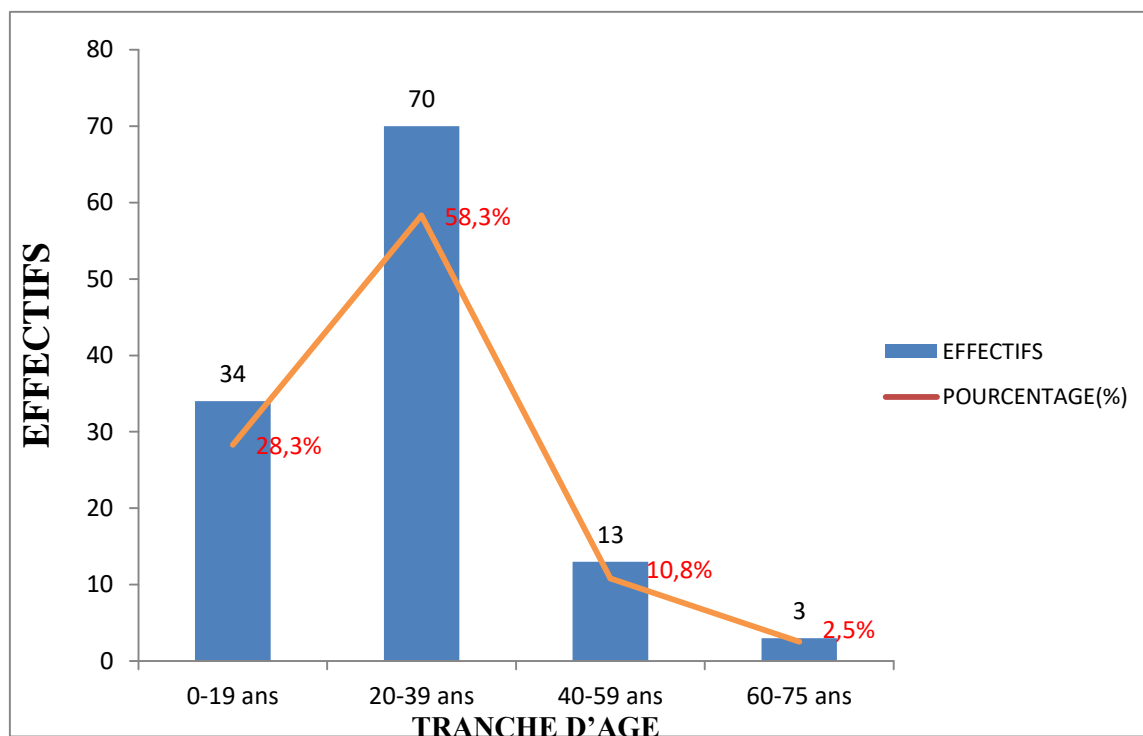


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

La majorité de nos patients, soit **58,3%** avait un âge compris entre **20-39 ans**.

La moyenne d'âge a été de **27,5 ans**. Les extrêmes étaient de **1 an** et de **75 ans**.

Ecart type = **13,45**

3-Répartition des patients selon le sexe

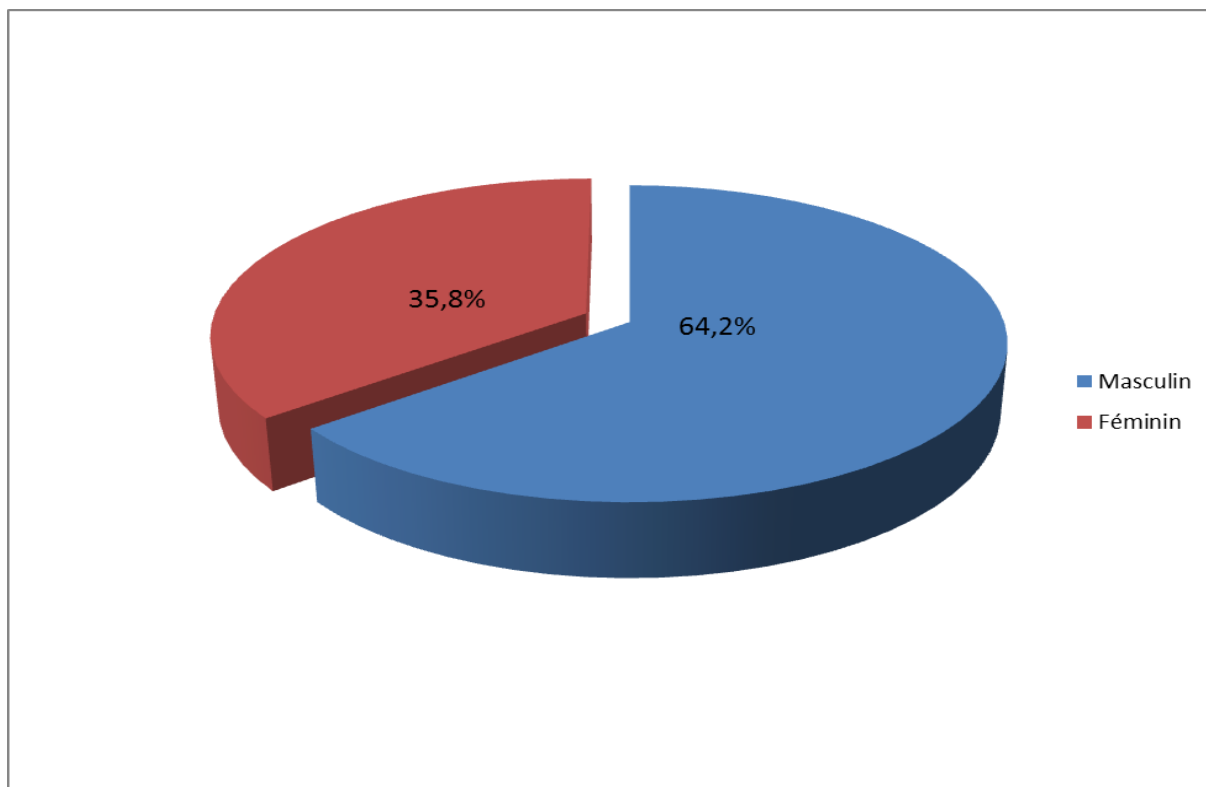


Figure2 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin a été majoritaire avec **64,2%(n=77)**.

Le sex-ratio a été de **1,80** en faveur des hommes.

Tableau I : Répartition des patients selon la provenance

PROVENANCE	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Commune1	16	13,3
Commune2	60	50
Commune3	3	2,6
Commune4	7	5,8
Commune5	7	5,8
Commune6	10	8,3
Hors de Bamako	17	14,2
TOTAL	120	100,0

La plupart de nos patients provenait de la commune II avec **50 % des cas**.

4-Répartition des patients selon la nationalité

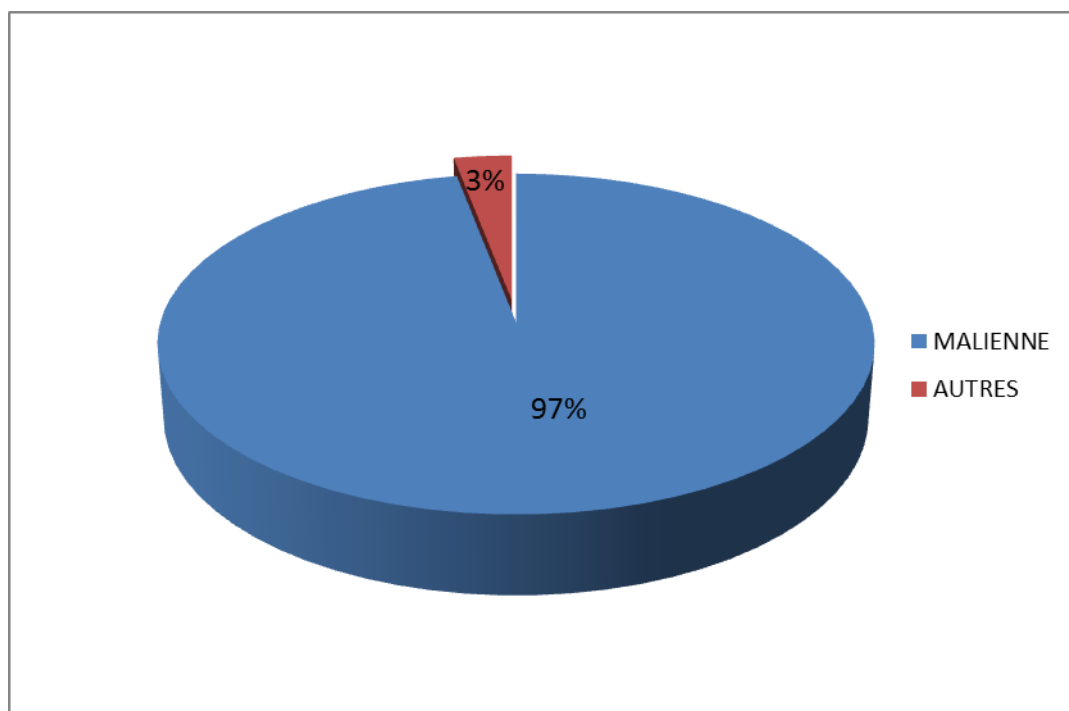


Figure3 : Répartition des patients selon la nationalité

La nationalité malienne était la plus représentée avec **97%(n=116)**.

NB : les autres nationalités étaient constituées **d'Ivoirienne et de Burkinabé**

Tableau II : Répartition des patients selon la profession

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
Fonctionnaire	22	18,3
Commerçant	13	10,9
Cultivateur	8	6,7
Femme au foyer	16	13,3
Elève/étudiant	37	30,8
Autres	24	20
Total	120	100,0

Autres : manœuvre ; tailleur ; aide-ménagère ; diplômé sans emploi

Fonctionnaire : enseignants, médecins, militaires, infirmiers, comptables.

Les élèves /étudiants représentaient **30,8%** de nos patients.

Tableau III : Répartition des patients selon le mode d'admission

ADRESSE PAR	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Médecin	70	58,3
Infirmier	16	13,3
Lui-même	34	28,4
TOTAL	120	100,0

Environ trois quart de nos patients ont été référés soit **71,6%**.

Tableau IV : Répartition des patients selon le mode de transport

MODE DE TRANSPORT	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Taxi	85	70,8
Moto	25	20,9
Voiture personnelle	10	8,3
TOTAL	120	100,0

Le taxi a été le moyen de transport le plus utilisé avec **70,8%**.

Tableau V : Répartition des patients selon la durée entre la référence et l'entrée

DUREE	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Moins de 30 minutes	20	23,3
Entre 30 minutes et 12 heures	61	70,9
Entre 12 et 24 heures	5	5,8
TOTAL	86	100

La majorité des patients ont été admis entre 30min et 12h de leurs références soit **70,9%**.

Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation

MOTIF DE CONSULTATION	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Douleur abdominale	96	80
Tuméfaction douloureuse	14	11,7
Douleur anale	10	8,3
Total	120	100

Le motif de consultation était dominé par la douleur abdominale soit **80%**.

Tableau VII : Répartition des patients selon les antécédents médico-chirurgicaux

ANTECEDENTS	EFFECTIFS	POURCENTAGE (%)
Médicaux	HTA	5 4,1
	VIH/SIDA	2 1,7
	Diabète	2 1,7
	HTA + diabète	2 1,7
	Asthme	2 1,7
	Drépanocytaire	1 0,8
	Tuberculose	1 0,8
	Aucun	105 87,5
Chirurgicaux	Myomectomie	2 1,7
	Hernie	5 4,1
	Adénomectomie	2 1,7
	Appendicite aigue	2 1,7
	Césarienne	1 0,8
	Aucun	108 90

Seulement **12,5%** des patients avaient des antécédents médicaux.

Dix pour cent (10%) des patients avaient un antécédent chirurgical.

Tableau VIII : Répartition des patients selon les caractéristiques de la douleur

CARACTERISTIQUES		EFFECTIFS	POURCENTAGE (%)
Siège	FID	72	60
	Hypogastre	5	4,2
	FIG	3	2,5
	Ombilicale	6	5
	Epigastre	9	7,5
	hypochondre gauche	2	1,7
	Diffus	13	10,8
	Région anale	10	8,3
Mode de début	Brutal	71	59,2
	Progressif	49	40,8
Type	Brulure	41	34,2
	Piqûre	54	45
	Torsion	10	8,3
	Poignard	6	5
	Indéfini	9	7,5
Intensité	Modérée	15	12,5
	Forte	88	73,3
	Très forte	17	14,2
Evolution	Permanente	105	87,5
	Intermittente	15	12,5

La douleur localisée dans la FID, de début brutal, a type de piquûre, d'intensité forte, d'évolution permanente était la forme la plus fréquente.

Tableau IX : Répartition des patients selon l'arrêt des matières et des gaz

ARRET DES MATIERES ET DES GAZ	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Précoce	3	2,5
Tardive	4	3,3
Non	113	94,2
TOTAL	120	100,0

Seulement **5,8%** des patients ont faits un arrêt des matières et des gaz.

Tableau X : Répartition des patients selon la survenue des nausées ou des vomissements

NAUSEES / VOMISSEMENTS		EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Alimentaire	Précoce	94	78,3
	Tardive	4	3,3
Bilieux	Précoce	2	1,7
	Tardive	0	0
Non		20	16,7
TOTAL		120	100,0

La majorité des patients ont présenté des nausées ou des vomissements soit **83,3%**.

Tableau XI : Répartition des patients selon les signes généraux

SIGNES GENERAUX	CONSTANTES	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Température °C	<37.5	35	29,1
	[37.5-38.5[50	41,7
	[38.5-39.5]	20	16,7
	>39.5	15	12,5
Pouls(pouls/min)	[60-80 [7	5,9
	[80-100]	85	70,8
	>100	28	23,3
Fréquence respiratoire (cycle/minute)	[14-22]	88	73,3
	>22	32	26,7
Tension Artérielle (cmhg)	non prise	17	14,2
	<10/6	24	20
	[10/6-14/9 [76	63,3
	>14/9	3	2,5
Indice de Karnofsky	80%	35	29,2
	70%	70	58,3
	60%	11	9,2
	50%	4	3,3

La majorité des patients soit **41,2%** avaient une température comprise entre **37,5°C** et **38,5°C**.

Le pouls était normal chez **70,8% des patients**.

La majorité des patients avait une fréquence respiratoire normale avec **73,3% des cas**.

La tension artérielle était normale chez **63,3% des patients**.

L'indice de Karnofsky était coté à **70%** chez 70 patients.

Tableau XII : Répartition des patients selon la défense ou la contracture abdominale

DEFENSE OU CONTRACTURE	SIEGE	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Défense	FID	65	54,2
	Epigastre	6	5
	Inguinale	6	5
	Ligne blanche	3	2,5
	Ombilicale	5	4,2
Contracture	Diffuse	25	20,8
Aucune défense ni contracture		10	8,3
Total		120	100

La défense abdominale a constitué **70,9%** des patients et la fosse iliaque droite a été son siège prédominant avec **54,2%**.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le résultat de la percussion

PERCUSSION	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Matité	40	33,3
Tympanisme	14	11,7
Normale	66	55
TOTAL	120	100,0

La percussion a été normale dans **55%** des cas suivie de la matité avec **33,3%**.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le résultat de l'auscultation abdominale

AUSCULTATION	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Bruits hydro-aériques normaux	72	60
Bruits hydro-aériques diminués	39	32,5
Silence abdominal	9	7,5
TOTAL	120	100,0

Les bruits hydro aériques étaient normaux dans **60%** des cas.

Tableau XV : Répartition des patients selon le résultat du toucher pelvien

T.R./T.V.	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Normal	25	20,8
Douleur à droite	58	48,3
Douleur à gauche	1	0,8
Masse à droite	1	0,8
Douglas bombé	23	19,3
Douleur diffuse	10	8,3
Non fait	2	1,7
TOTAL	120	100,0

Le **Toucher pelvien** a révélé chez **48,3%** des patientes une douleur à droite.

Tableau XVI : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine

HEMOGLOBINE	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
<10g/dl	8	6,7
>10g/dl	110	91,7
Non faite	2	1,6
TOTAL	120	100,0

Plus de neuf sur dix des patients avait un taux d'hémoglobine **>10g/dl** soit **91,7%** des cas.

Tableau XVII : Répartition des patients selon le taux d'hématocrite

HEMATOCRITE	EFFECTIFS	POURCENTAGE (%)
<35%	9	7,5
>35%	109	90,8
Non faite	2	1,7
TOTAL	120	100,0

Le plus grand nombre des patients avait un taux d'hématocrite normal soit **90,8%**.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le groupage sanguin / rhésus

GROUPAGE/RHESUS	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
A positif	27	22,5
A négatif	7	5,8
B positif	32	26,7
B négatif	4	3,3
AB positif	16	13,3
AB négatif	4	3,3
O positif	24	20
O négatif	5	4,1
TOTAL	120	100,0

La majorité des patients avait un groupage / rhésus B positif avec **26,7% des cas.**

Tableau XIX : Répartition des patients selon la glycémie

GLYCEMIE	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Hypoglycémie	9	7,5
Normale	67	55,8
Non fait	44	36,7
TOTAL	120	100,0

La glycémie était normale chez **55,8% des patients.**

Tableau XX : Répartition des patients selon le résultat de l'ASP

RESULTATS	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Niveaux hydro-aériques	3	2,5
Pneumopéritoine	4	3,3
Grisailles diffuses	3	2,5
Non fait	110	91,7
TOTAL	120	100,0

Le pneumopéritoine a été retrouvé chez **3,3% des patients.**

Tableau XXI : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie

RESULTATS	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Normale	7	5,8
Epaississement de la paroi appendiculaire	49	40,8
Epanchement péritonéal	25	20,8
Abcès appendiculaire	9	7,5
Non faite	20	16,7
Autres	10	8,4
TOTAL	120	100,0

La majorité des patients avait un épaissement de la paroi appendiculaire a l'échographie soit **40,8%**.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire

DIAGNOSTICS	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Appendicite aiguë	51	42,5
Péritonite aiguë	25	20,8
Occlusion intestinale aiguë	7	5,8
Hernie étranglée	14	11,7
Thrombose hémorroïdaire	10	8,4
Abcès appendiculaire	13	10,8
TOTAL	120	100

L'appendicite aigüe a été majoritaire avec **42,5%**.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le type d'anesthésie

TYPES	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Rachianesthésie	60	50
Anesthésie générale + IOT	60	50
Total	120	100,0

L'anesthésie générale et la rachianesthésie ont été les types d'anesthésies les plus utilisés avec 50% chacune.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la voie d'abord

VOIES	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Point de mac Burney	65	54,2
Inguinale	5	4,2
Médiane sus ombilicale	7	5,8
Médiane sous ombilicale	5	4,2
Médiane sus et sous ombilicale	24	20
Ombilicale	4	3,3
Anale	10	8,33
TOTAL	120	100,0

Le point de Mac Burney a été le plus utilisé avec **54,2%** des cas.

Tableau XXV : Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire

DIAGNOSTICS	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Appendicite aiguë	52	43,3
Péritonite aiguë	25	20,8
Hernie étranglée	14	11,7
Abcès appendiculaire	13	10,8
Occlusion intestinale aiguë	6	5
Thrombose hémorroïdaire	10	8,4
TOTAL	120	100

L'**appendicite aiguë** a été la pathologie la plus fréquente avec **43,3%** des cas.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la forme d'appendicite

FORMES	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Catarrhale	20	30,8
Phlegmoneuse	27	41,5
Abcès appendiculaire	13	20
Gangrène	5	7,7
TOTAL	65	100

L'**Appendicite phlegmoneuse** a été la forme la plus fréquente avec **41,5%**.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon l'étiologie des péritonites

ETIOLOGIES	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Perforation gastrique	6	24
Péritonite appendiculaire	14	56
Péritonite postopératoire	3	12
Perforation iléale	1	4
Pyo ovaire rompu	1	4
TOTAL	25	100

Les péritonites étaient d'origine appendiculaire dans **56%** des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'étiologie des occlusions intestinales aiguës

ETIOLOGIES	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Tumeur gastrique sténosante	2	33,3
Tumeur colique sténosante	2	33,3
Volvulus du sigmoïde	2	33,3
TOTAL	6	100

Les tumeurs ont constitué **66,6%** des étiologies des occlusions intestinales aiguës.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la position des paquets hémorroïdaires.

POSITIONS	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
3H ;7H ;11H	7	70
7H ;11H	1	10
3H ;7H	1	10
Couronne	1	10
TOTAL	10	100

La position **3H ;7H ;11H** a été retrouvé dans **70%**des cas.

Tableau XXX : Répartition des patients selon les types de hernie étranglée.

TYPES	EFFECTIFS	POURCENTAGE (%)
Hernie inguinale	6	42,8
Hernie ombilicale	5	35,7
Hernie de la ligne blanche	3	21,4
TOTAL	14	100

La hernie inguinale étranglée a été le type de hernie la plus fréquente avec **42,8%**

Tableau XXXI : Répartition des patients selon la durée entre le début des symptômes et l'admission.

Pathologies	24H	24H-48H	48H-72H	>72H
Appendicite aiguë	17	25	5	5
Péritonite aiguë	0	3	15	7
Abcès appendiculaire	0	6	4	3
Hernie étranglée	4	3	4	3
Occlusion intestinale aiguë	0	2	0	4
Thrombose hémorroïdaire	0	0	0	10
Total	21	39	28	32
pourcentage(%)	17,5	32,5	23,3	26,7

Environ 1/3 des patients ont consulté entre 24 H et 48 H du début des symptômes.

Tableau XXXII : Répartition des patients selon le délai entre l'admission et l'intervention

TEMPS	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Moins de 30 minutes	27	22,5
Entre 30 minutes et 12 heures	90	75
Entre 12 heures de 24 heures	3	2,5
TOTAL	120	100,0

La plupart des patients ont été opéré entre 30 min et 12 heures de leur entrée au service soit **75%**.

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le traitement reçu avant l'admission

TRAITEMENTS	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Médical	74	61,7
Traditionnel	36	30
Aucun	10	8,3
Total	120	100

La majorité des patients ont reçu un traitement médical avant l'admission soit **62,5%**.

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le traitement préopératoire

TRAITEMENT	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Réhydratation	36	30
Antalgiques	10	8,3
Antibiotiques	41	34,2
Réhydratation + antalgique + ATB	22	18,3
Aucun	11	9,2
Total	120	100,0

Une antibioprofylaxie seule a été administrée chez **34,3%** des patients.

Tableau XXXV : Répartition des patients selon le traitement post opératoire

TRAITEMENT	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Réhydratation + antalgique + ATB	108	90
Antalgique	2	1,7
Bain de siège +ATB + antalgique +réhydratation	10	8,3
Total	120	100,0

La majorité des patients soit **98,3%** ont reçu le traitement :

Rehydratation+Antalgique+antibiotique.

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon les gestes effectués

GESTES	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Appendicectomie	52	43,3
Cure de la hernie	14	11,7
Résection/anastomose	6	5
Iléostomie	1	0,8
Colostomie	2	1,7
Appendicectomie +toilette péritonéale	27	22,5
Suture de la perforation+ toilette péritonéale	6	5
GEA	1	0,8
Hémorroïdectomie Selon Milligan et Morgan	10	8,3
Annexectomie	1	0,8
TOTAL	120	100,0

L'appendicectomie et l'appendicectomie + toilette péritonéale ont été les gestes les plus effectués avec respectivement **43,3%** et **22,5%**.

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon les complications peropératoires

COMPLICATIONS	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Hémorragie	3	2,5
Décès	1	0,8
Aucune	116	96,7
TOTAL	120	100,0

La complication peropératoire la plus fréquente a été l'hémorragie avec **2,5%** suivi d'un cas de décès.

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon les suites opératoires pendant l'hospitalisation

PATHOLOGIES	SUITES	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Péritonites aiguës	Suites simples	15	12,5
	Suppuration pariétale	10	8,3
Thrombose hémorroïdaire	Simple	6	5
	Hémorragie	2	1,7
	Rétention urinaire	2	1,7
Occlusion intestinale aiguë	Suites simples	4	3,3
	Fistule digestive	1	0,8
	Décès	1	0,8
Hernies	Suites simples	14	11,7
Appendicite aiguë	Suites simples	65	54,2
TOTAL		120	100

La suppuration pariétale a été la complication la plus fréquente pendant l'hospitalisation avec **8,3%** des cas.

Tableau XXXIX : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation (en jour)

PATHOLOGIES	0-10	11-20	20-30	Décès
Appendicite aiguë	51	1	0	0
Péritonite aiguë	20	3	1	1
Abcès appendiculaire	13	0	0	0
Hernie étranglée	14	0	0	0
Occlusion intestinale aiguë	3	2	0	1
Thrombose hémorroïdaire	10	0	0	0
Total	111	6	1	2
pourcentage(%)	92,5	5	0,8	1,7

La plupart des patients, soit **92,5%** avait une durée d'hospitalisation comprise entre **0 et 10 jours**. La durée moyenne d'hospitalisation a été de **10,6 jours**.

Tableau XL : Rapport des suites opératoires après 1 mois en fonction des pathologies

PATHOLOGIES	SUITES OPERATOIRES A 1MOIS			
	Simple	suppuration pariétale	Eviscération	décès
Appendicite aiguë	51	1	0	0
Péritonite aiguë	13	10	1	1
Occlusion intestinale aiguë	4	1	0	1
Hernie étranglée	14	0	0	0
Thrombose hémorroïdaires	10	0	0	0
Abcès appendiculaire	10	3	0	0
Total	102	15	1	2
Pourcentage(%)	85	12,5	0,8	1,7

La suppuration pariétale a été la complication la plus fréquente à 1 mois post opératoire avec 12,5%.

Tableau XLI : Répartition des patients selon les suites opératoires à 3 mois

SUITES	EFFECTIFS	POURCENTAGE(%)
Simple	110	91,7
Éventration	1	0,8
Décès	3	2,5
Non vue	6	5
TOTAL	120	100

Les suites opératoires ont été simples chez la plupart des patients soit 91,7% après trois mois d'opération. Six patients n'ont pas été revus pour suivis, soit 5% des cas. Une patiente ayant subi l'hystérectomie a fait une éventration.

5- La fréquence globale des décès en fonction des pathologies

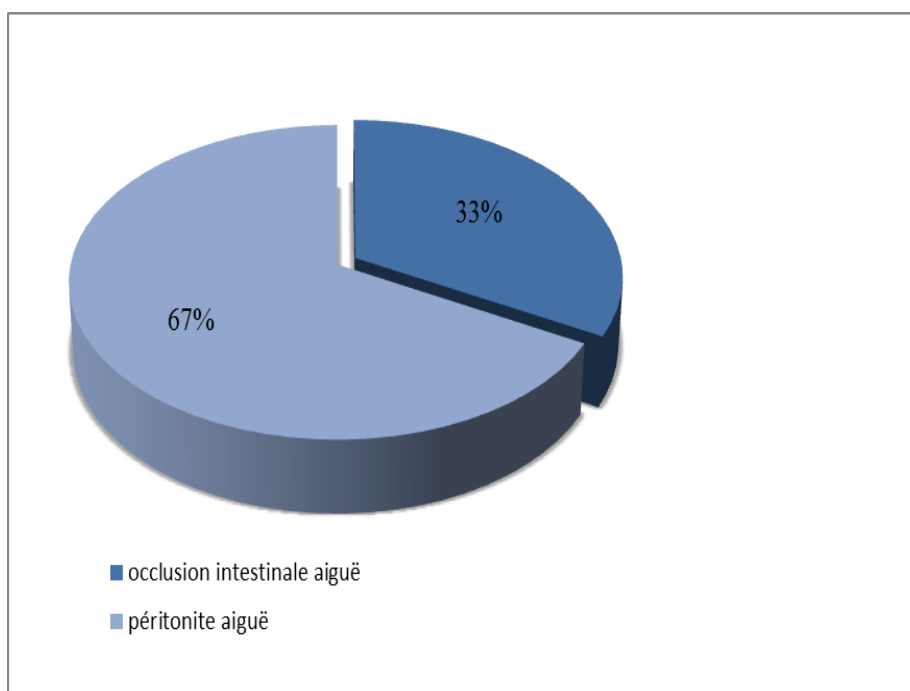


Figure 4 : la fréquence globale des décès en fonction des pathologies.

La péritonite aiguë a été la pathologie qui a entraîné la plupart des décès par septicémie avec **67%(n=2)** des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Méthodologie :

Notre méthodologie a été avantaagée car l'enquêteur lui-même examine le malade, ceux qui a permis d'avoir des résultats fiables et exploitables. Nos informations ont été recueillies à l'aide des dossiers des malades, les registres du bloc opératoire, les registres d'hospitalisation, les registres consignnant les comptes rendus opératoires, les fiches d'anesthésie et les fiches d'enquête individuelle.

Cependant nous avons rencontré certaines difficultés à savoir :

- L'insuffisance du suivi pendant l'hospitalisation des patients opérés due à l'insuffisance du personnel soignant.
- Une salle de réanimation non équipée.
- L'insuffisance du suivi post-opératoire due au non-respect des rendez-vous par les patients.
- Le manque de moyen financier empêchant les patients non-inscrits à une assurance maladie à subvenir correctement au coup de la prise en charge de leur maladie.

2.frequence :

Au cours de notre étude, l'urgence chirurgicale digestive avait constitué **44,80%** de l'ensemble des interventions chirurgicales au CSRéf de la commune II du district de Bamako.

Ce taux était superposable à une étude menée au CHRU de Montpellier en France en 2003 [4] qui avait retrouvé **42,63%** .

Des études menées au service de chirurgie A au CHU du point G en 2008[8], à l'hôpital préfectoral d'Inezgane en 2014-2015[16] et au CSRéf de Bougouni au Mali 2009[20] avaient retrouvés respectivement des taux différents notamment **19,32%, 36,68% et 9,70%**.

Cette baisse du taux par rapport à notre étude s'expliquerait par le lieu et la durée de l'étude.

3. Age

Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentée avait été de **20 à 39** ans, avec un taux de **58,3 %**.

Ce résultat était comparable à celui de Diafara B. [8] qui avait trouvé dans sa série la même tranche d'âge mais avec un taux sensiblement plus bas notamment **48,6%** (**P : 0,532**).

Dans la littérature les urgences chirurgicales digestives avaient concerné l'adulte jeune.

Nous sommes du même avis que ces auteurs car l'âge moyen de nos patients ont été **27,5ans**.

4. Sexe

Le sexe masculin a été majoritaire dans notre étude, soit **64.2%** avec un sex-ratio de **1,80** en faveur des hommes.

Ce résultat est comparable à celui de SAMASSEKOU P. [10] en **2009** à Koulikoro qui a trouvé un sex-ratio a **2** en faveur des hommes (**P : 0,0531**).

Dans la littérature Africaine, Asiatique, Européenne [17, 18, 19, 20], les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin.

5. provenance

Nous avons remarqué que **85,8 %** des patients venaient de Bamako dont **50%** en commune II. Les autres étaient repartis entre les autres localités du pays et les non nationaux.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que Bamako a été le lieu de l'étude et plus précisément la commune II du district.

6. profession

Dans notre série, les élèves /étudiants, les patients qui exerçaient d'autres professions et les fonctionnaires ont été majoritaires avec respectivement **30,8% ; 20% et 18,3%(P : 0,220)**.

Cette situation n'a aucune valeur scientifique car les urgences chirurgicales digestives ne sont pas liées à une activité professionnelle définie.

7. Mode d'admission

La majorité de nos patients ont été évacués, soit **71,6%**. Cela se justifie par la situation du CSRéf au deuxième niveau de la pyramide sanitaire du Mali.

8. Temps écoulé entre l'admission et l'intervention

10 % des patients ont été opérés entre 12heures et 24heures de leur admission puis **71,7%** ont été opérés entre **30min et 12 heures** après leur admission. Ceci s'expliquerait par les faits suivants :

- les problèmes financiers des familles pour l'exécution de certains examens (biologie et radiologie) et des frais d'ordonnances.
- Certains examens complémentaires ne sont pas disponibles en urgence au CSRéf.
- L'insuffisance de matériels et des personnels soignants.

9. L'examen clinique

La douleur a été le premier motif de consultation chez tous les patients de l'étude. Ceci montre que l'urgence digestive chirurgicale se ramène le plus souvent au diagnostic et à la prise en charge d'une douleur abdominale aigue.

Ses caractéristiques sémiologiques et les autres signes associés ont permis dans tous nos cas, l'orientation diagnostique.

Cette douleur a été rapportée dans la littérature comme motif de consultation le plus fréquent.

Mabiala – Babela J.R. et coll. [21] ont trouvé **100 %** des cas de douleur dans leur série.

Padonou N. et coll. [18] ont eu **100 %** des cas de douleur dans leur série.

M. KONATE [22] a rapporté **100 %** des cas de douleur dans son étude.

- Toucher pelvien (le toucher rectal et vaginal)

Il a été systématique et essentiel pour l'orientation diagnostique.

Dans notre série au toucher rectal, la douleur à droite du cul de sac de Douglas était trouvée dans **52,5 %** des cas, elle était localisée partout dans le Douglas dans **12,5 %** des cas et absente dans **15%** des cas.

Le toucher vaginal a été normal chez **34,9 %** de nos patientes.

10. Contribution des examens para cliniques au diagnostic

- Biologie

Nous avons réalisé le groupage rhésus chez tous nos malades. Cela s'expliquerait par la présence d'une équipe de garde et un plateau technique disponibles pour cet examen.

Nous n'avons pas pratiqué le taux d'hémoglobine et d'hématocrite chez 2 patients soit **1,8 %**.

Ceci est dû au fait que ces patients ont été reçus avec des fiches consignant ses résultats.

- Echographie

L'échographie a une place importante dans le diagnostic des urgences chirurgicales digestives. Au cours de notre étude, elle a été l'imagerie la plus réalisée chez nos patients soit **83,3 %**. La pratique de cet examen en urgence, obligeait un déplacement du patient hors du CSRéf par ses propres moyens ; d'où le retard à la prise en charge thérapeutique due à l'absence d'une équipe de garde à l'unité d'imagerie.

Certains de nos patients ont été référés avec un résultat d'échographie.

Elle a aidé au diagnostic dans **83 cas**. Dans **17 cas**, soit **17 %**, elle est apparue non contributive au diagnostic comme dans une étude faite au Maroc Abi F. et coll. [23] : dans **48 cas** de réalisation, l'échographie n'a pas aidé au diagnostic dans 17 cas soit **35,42 %**.

On peut en conclure que le diagnostic d'un abdomen aigu est surtout clinique et ne doit pas être retardé en l'absence d'échographie.

- ASP

Nous avons réalisé l'ASP chez **8,3 %** des patients au cours de l'étude. Il n'a pas été contributif dans **30%** des cas. Il a montré **30%** des cas de niveaux hydro-aériques et **40%** des cas de pneumopéritoinés.

Ces résultats de l'ASP se rapprochent à ceux de **Karim MAJ** à l'hôpital préfectoral d'Inezgane à Marrakech [16] qui a trouvé dans sa série le pneumopéritoine à l'ASP dans **36,22%** des cas (**P : 0,00875**). Il était absent dans **14,49 %** des cas.

L'ASP ne montre pas toujours le pneumopéritoine. On peut en conclure que l'ASP ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique des péritonites.

- Le scanner

Dans notre série, un patient a bénéficié d'un scanner. Ce qui objectivé une tumeur gastrique perforée.

La place du scanner dans le diagnostic des douleurs abdominales aiguës chirurgicales est actuellement reconnue primordiale [18, 24].

11- Répartition des 4 premières urgences digestives par ordre de fréquence

Rhône France 2003 [25]	Williams burg USA 2004 [26]	Dakar 2016 [18]	Bougouni Mali 2009 [10]	Tiznit Maroc 2004-2005 [27]	Hôpital préfectoral d'Inezgane 2014-2015[16]	notre étude 2018
Appendicite aiguë	Appendicite aiguë	Occlusion Intestinale	Péritonite aiguë	Appendicite aiguë	Appendicite aiguë	Appendicite aiguë
Cholécystite aiguë	Cholécystite aiguë	Péritonite aiguë	Occlusion intestinale	Cholécystite aiguë	Cholécystite aiguë	Péritonite aiguë
Occlusion intestinale	Occlusion intestinale	Appendicite aiguë	Appendicite aiguë	Occlusion intestinale	Occlusion intestinale aiguë	Hernie étranglée
Péritonite aiguë	Péritonite aiguë	Traumatis me abdominal	Hernie étranglée	Péritonite aiguë	péritonite aiguë	Abcès appendicu- Laire

Les étiologies des urgences abdominales chirurgicales sont variées : dans les séries africaines, à Bougouni, la péritonite aiguë occupe la première place, à Dakar, elle constitue la deuxième cause après les occlusions intestinales aiguës contrairement aux séries menées aux USA, en Europe et au Maroc où l'appendicite aiguë a été la première cause des urgences chirurgicales suivie de la cholécystite, puis les occlusions intestinales et la péritonite en dernier lieu.

Dans notre série l'appendicite aiguë est la première, suivie de la péritonite puis de la hernie étranglée et l'abcès appendiculaire.

Cette différence est liée au lieu de réalisation de l'étude et à la fréquence de ces pathologies (Péritonites aiguës, appendicites aiguës, occlusions intestinales aiguës et traumatismes abdominaux).

12- Fréquence des urgences chirurgicales digestives

12.1. Appendicite aiguë

Au cours de notre étude, le diagnostic d'appendicite a été posé dans **52 cas**.

Nos malades étaient reçus en urgence par une équipe médicale constituée par les internes, les stagiaires et un chirurgien. Dans tous les cas le diagnostic d'appendicite a été posé et dans la majorité des cas en l'absence d'examens morphologiques.

Ces données ont été rapportées dans les littératures Européenne [2, 28, 29] et Africaine [30, 18].

On pourrait en conclure que le diagnostic d'appendicite est clinique et ne doit pas attendre un examen paraclinique pour se déterminer à porter une indication opératoire.

Le taux d'appendicite dans notre série était de **43,3 %** ce taux se rapproche de celui obtenu à l'hôpital préfectoral d'Inezgane 2014-2015 [16] et de celui de Cassina en 1996 en Allemagne [20] qui sont respectivement de **43,41%** et **47,4%(P =0,002)**.

Comme dans notre étude, l'appendicite aiguë est considérée en Europe comme la première cause des urgences chirurgicales abdominales [29]. Dans les autres séries africaines [31, 32], elle occupe la troisième place après l'occlusion et la péritonite. Ceci pourrait être lié au fait que : notre centre de santé est une structure hospitalière de deuxième niveau.

12.2. Péritonite aiguë :

Dans notre étude, le diagnostic de péritonite a été posé dans 25 cas en préopératoire, et en peropératoire le même diagnostic a été retrouvé. Dans **6 cas**, l'ASP a contribué à porter l'indication opératoire.

Seulement dans **2 cas**, il n'a pas été contributif (présence de grisaille diffus dû à la présence de gaz dans le cadre iléo colique retrouvé dans la péritonite).

Dans la littérature, les auteurs [18, 30, 13, 33] apportent que l'ASP est l'examen morphologique de choix dans le diagnostic de péritonite.

La péritonite a occupé la deuxième place (**20,8%**) des urgences chirurgicales digestives après l'appendicite aiguë dans notre pratique. Ce résultat est légèrement inférieur à celui de Harouna Y. et All au Niger [24] **28,2%(P = 0,2)**. Contrairement aux séries menées aux USA, en Europe et au Maroc où elle a été la quatrième cause des urgences chirurgicales digestives

avec respectivement **6,09%** ; **4,04 %** et **9,01%**. Ceci s'expliquerait par la fréquence dans notre étude de la complication de l'appendicite aigue et l'automédication par la prise d'anti-inflammatoire.

12.3. Hernie étranglée

La hernie étranglée a un taux de **11,7%** dans notre série. Ce taux est superposable à celui de Gbessi Dansou Gaspard au Benin [34] qui a eu **15,38%**. Ce taux est supérieur à celui de Harouna Y. au Niger [24] qui a eu **9,8 %** des cas (**P = 0,1938**).

Il est inférieur à celui de Mabilia-Babela J.R. et coll. [21] Congo **24,75 %** (**P = 0,5272**). Il est moins élevé en Europe **1/1500** cas pour Papagrigroriadas S et Coll. [35], **1 %** pour Bargy F et Coll. [36]. Cela pourrait s'expliquer par la prise en charge précoce des hernies en Europe qu'en Afrique.

12.4. L'abcès appendiculaire :

C'est une complication de l'appendicite aigue. Comme celle-ci ; son diagnostic est clinique et ne doit attendre aucun examen paraclinique pour sa prise en charge. Sa fréquence a été de **10,8%** des cas dans notre série. Ce taux est inférieur à celui de BERTHE I.D. [8] au Mali avec **18,18%**. Cette différence pourrait être liée au retard de consultation ou de diagnostic dans leur étude.

12.5. Occlusion intestinale aiguë :

Au cours de l'étude, nous avons retenu en préopératoire le diagnostic d'occlusion dans **7 cas**. Dans **99 %** des cas, le même diagnostic a été retrouvé en peropératoire. Un cas d'appendicite mésocolique a porté diagnostic différentiel avec l'occlusion soit **1% des cas**. Dans **3 cas**, l'ASP a aidé au diagnostic. Il n'a pas été demandé dans **4 cas**. Nous en concluons que l'ASP contribue à compléter la clinique dans le diagnostic des occlusions intestinale aiguë.

L'occlusion intestinale aiguë occupe la sixième place des étiologies des urgences chirurgicales digestives de notre étude.

- Mécanisme des occlusions

Dans notre étude, le mécanisme le plus fréquent a été l'obstruction tumorale avec **66,66 %** contre **33,34 %** pour la strangulation de l'ensemble de notre échantillon.

Nous sommes du même avis que certains auteurs qui ont trouvé l'obstruction plus fréquente que la strangulation : **74 %** contre **26 %** pour Adloff [37] sur **109** cas et **77 %** contre **23 %** pour Abi F. [23] sur **100** cas.

Ce constat est contraire à celui d'autres auteurs africains : Harouna Y. (Niger), Sidibé (Mali) [24, 38] qui ont trouvé dans leurs séries une fréquence des occlusions par strangulation plus élevée que les autres mécanismes.

Chez nous comme à Dakar et en Europe prédominent les occlusions par tumeurs colorectales ou par brides selon T.M.M et all [39], Adiadia G [40] et Roscher [17].

Alors que chez beaucoup d'auteurs africains Harouna Y [24] Padonou [18] la hernie étranglée et le volvulus ont été les causes de strangulation les plus fréquentes.

Cette différence pourra s'expliquer par le fait que les hernies étranglées ont été étudiées à part dans notre série.

- Le diagnostic peropératoire

. Volvulus du sigmoïde

Le volvulus du sigmoïde, dans notre étude, a un taux de **33,34 %**. Ce taux est supérieur à celui de Boubacar [41] **24 %** et de Malick [42] au Mali **26,2 % (P = 0,2725)**.

12.6. La thrombose hémorroïdaire

Au cours de notre étude, **10 cas** de thrombose hémorroïdaire ont été enregistrés soit **8,3%** de l'ensemble des urgences digestives. Le diagnostic est clinique et ne doit attendre aucun examen paraclinique pour poser l'indication opératoire car c'est une urgence chirurgicale. L'hémorroïdectomie selon Morgan et Milligan a été la technique utilisée pour tous nos patients. Ce résultat est statistiquement supérieur à une étude menée à l'hôpital préfectoral d'Inezgane [16] qui a trouvé **3,33% (P=1,4924)**. Ceci pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon.

12.7. Suites opératoires

La morbidité post opératoire a été dominée par les infections pariétales ; celle-ci se rencontre surtout au cours des péritonites et contribue à allonger la durée du séjour des patients à l'hôpital. Elles sont amputables à une aseptie et à des mesures d'hygiène déficientes.

Dans notre étude, les suites opératoires se sont compliquées d'infection pariétale dans **12,7 %** dont **9,1 %** pour les péritonites.

Ce taux élevé a été rapporté dans d'autres études :

Madiassa [22] au Mali CHU Gabriel TOURE : **18,75%** ; Mabilia-Babela J.R. [21] au Congo : **20,11% (P = 0,4525)**.

Les suites opératoires ont été simples dans **84,5 %** des cas avec une durée moyenne d'hospitalisation de **10,6 jours**. Cela s'expliquerait par le taux élevé de suites opératoires simples.

Au cours de l'étude, nous avons constaté **3 décès** soit **2,72 %** contre **3,74%** chez BERTHE I.D. [8] et **4,46 %** chez Boubacar [41]. Ce taux de mortalité faible dans notre série serait dû à

la précocité de la prise en charge d'une part et à l'exactitude de l'indication thérapeutique d'autre part. La péritonite aigüe a été la principale cause de décès soit (**66,33 %**) des cas.

Contrairement aux études menées par M Konaté [22] au Mali CHU Gabriel Touré et Harouna Y. [24] au Niger où l'occlusion intestinale aigüe a été la principale cause de décès avec respectivement **65 %** et **50%**. Cela pourrait s'expliquer par la fréquence moins élevée des tumeurs dans notre série.

La majorité de nos patients (**99,1%**) a été revue après un mois de leur intervention. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patients (**84,5 %**) résidait à Bamako ville.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place importante en chirurgie de part leur fréquence élevée et du fait qu'elles concernent l'enfant et l'adulte jeune. Au CSRéf de la commune II, les étiologies sont multiples qui sont entre autre les appendicites aiguës, les péritonites aiguës, les hernies étranglées, les occlusions intestinales aiguës et les thromboses hémorroïdaires d'où la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire. Le retard à l'intervention augmente le cout et le délai de la prise en charge ainsi que le risque de complication. L'examen clinique est la clef du diagnostic dans notre contexte et suffit à lui seul à mettre en route un traitement approprié.

VII- RECOMMANDATIONS

A la fin de notre étude, nous recommandons :

A la population

- De consulter sans délais, dans un centre de santé devant toute douleur abdominale aiguë.
- D'observer une bonne hygiène alimentaire et corporelle, individuelle et collective.
- D'éviter l'automédication.

Aux centres de santé de la périphérie

- D'éviter l'administration prolongée d'antalgiques.
- De référer en temps opportun les patients et leur préparation pour une bonne évacuation.
- De redynamiser la caisse de solidarité du système de référence–évacuation.
- De faire la formation continue du personnel.

Au CSRéf de la commune II

- De faire la formation continue du personnel.
- De mettre au point des Kits d'urgence chirurgicale.
- De doter la salle de pansement et de réanimation en matériels adéquats de qualité et de quantité.
- De créer une unité d'urgence au sein du centre.
- De créer un système de sécurité sociale.

Aux autorités sanitaires

- De former en nombre suffisant de spécialistes de chirurgie viscérale, de réanimation et de radiologie.
- D'équiper les structures de santé en moyens matériels diagnostics (radiographie, échographie, scanner), thérapeutiques (produits médicamenteux de première nécessité et de première urgence) et personnels.
- De mettre au point un système de SAMU (Service d'Assistance Médicale Urgente).
- De renforcer les centres de santé de deuxième niveau en personnel adéquat et suffisant (personnel médical et paramédical).
- D'élaborer un programme d'information ; d'éducation et de communication à l'intention des populations sur la gravité et les dangers de l'automédication et du traitement traditionnel en matière d'urgences chirurgicales abdominales.

BIBLIOGRAPHIE

VIII-BIBLIOGRAPHIE

1. **Larousse Médical.** Larousse (paris), 2010 ; ISBN-10 :2035849489. P1 151.
2. **Mondor H.** Diagnostic urgent abdomen. Paris Masson, 1965 : 119.
3. **Encycl. Méd Chirurgicale.** Elsevier Masson SAS. (Paris) 2004 ; ISBN :9782842990312.
4. **Brower** Ency Med Chir Urgences (Paris) 2004; 2: 24048B10.
5. **Hassan MM.** Guide pratique des urgences chirurgicales viscérales. Thèse médecine. FES,2013 ;307p
6. **Diop PS, Ba PA, Ka I, N'doye JM, Fall B.** prise en charge diagnostique des abdomens aigues non traumatiques au service des urgences de l'hôpital général de Grand –Yoff : à propos de 504 cas. Bull Med Owendo 2011 ;13(37) :42-46.
7. **I.A. Magagi, H. Adamou, O. Habou, A. Magagi, M. Halidou, K. Ganiou** urgences digestives en Afrique subsaharienne :étude prospective d'une série de 622 patients a l'hôpital national de Zinker,Niger. bull. Soc.Pathol. Exot. (2017) 1101 :191.
8. **Berthe ID.** Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du point G. Thèse médecine Bamako, 2008, p102
9. **Ouologuem OM.** Urgences chirurgicales digestives non traumatiques à l'hôpital de Sikasso. Thèse Med –Bamako,2009
10. **SAMASSEKOU P.** Urgences chirurgicales digestives au centre de référence Koulikoro.2009
11. **CHEVREL J P, GUERAUD. J, LEVY. B :** Appareil digestif. Masson 1986 ; 223 :119-123.
12. **Diallo G, Ongoïba N, Yéna S, Diakité I, Traoré DAK, Koumaré AK.** Hernie inguinale étranglée à l'hôpital de point G. Mali Médical 1996; (XI), 3- 4, 39- 41.
13. **Barbier J, Carretier M, Rouffineau J et al.** Péritonites aiguës Encycl. Chirurgie urgence, 24048 B10. 2-1988. 18 P.
14. **Donnelly NJ, Semmens JB, Fletcher Dr, Holman CD.** Appendicectomy in west Australia: Profil and trends: 1981 – 1992. MJA 2001 ; 175 : 15p.
15. **Encyclopédie Médico-Chirurgicale.** Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. Urgences médico- chirurgicales (EMC) 240 59 A10. 1984.10p.
16. **Karim MAJ.** Bilan d'activité des urgences chirurgicales digestives de l'hôpital préfectoral d'Inezgane sur 2 ans 2014 – 2015, Thèse méd. Marrakech, 2017,189p.
17. **Roscher R, Frank R, Baumane A, Berger HG.** Results of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine Abteilung fur al legemme in chirurgie universitat Uim. Donau. Chir 1991 ; 62(8) : 641-649.

18. **Padonou N et al.** Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au C.H.U de Dakar. Dakar Med 2016 ; 24(1) :30-37.
19. **Padonou N, Diagne B, N'Diaye M, Cherbonnel GM, Noussaume O.** Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques des quatre années (1973-1976) Dakar medical, 1979, 24,190-197.
20. **Samoura L.** Prise en charge des urgences chirurgicales viscérales au CS Réf de Bougouni. Juin 2011
21. **Mabiala–Babela JR, Pandzou N, Koutaba E, Ganga-Zandzou S, SengaP.** Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Brazzaville (Congo). Med Trop 2006; 66: 172- 176.
22. **Konate M.** Urgences Chirurgicales à H.G.T. Thèse de Méd- Bamako, 2005 : 91; 238.
23. **Abi F, El fares F, Nechad M.** Unité de chirurgie viscérale des Urgences, CHU. Ibnou Rochd Casablanca. Maroc J. chir (Paris) 1987 Aug- Sep ; 471-474.
24. **Harouna Y.** Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) ; Médecine d'Afrique Noire 2001, 42 (2) p.
25. **Ency Med Chir (EMC) Urgences** (Paris) 2004; 2: 24048B10.
26. **FANYO G et AL:** Acute abdomen calls for considerable resources analyses of 3727 in patients in the country of Stockholm during quarter of 2001 zakartiding en 2003;(37): 4002-4012.
27. **SAJRADI BRAHIM.** Bilan des urgences chirurgicales viscérales à l'hôpital provincial de Tiznit au cours de 2 années (2004-2005).2013
28. **Etienne JC.** Diagnostic des urgences chirurgicales Encycl. Méd. Chirurgie (Paris) urgences 1995, 24-039B : 27.
29. **Adelain TB.** Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service polyvalent d'anesthésie et de réanimation du CHU de Cotonou. Thèse Med Cotonou 1994, N°616.
30. **Abdou Raouf O, Guikoumbi JR, NDinga JP et Coll.** Les urgences chirurgicales au centre hospitalier de Libreville. Med Trop 2002; 62: 281p.
31. **Chiche B.** Appendicite aiguë. Encycl Med chir (Paris France) urgence, face 24050 A10 (4304) 1984.
32. **Mungadi IA, Jabo BA, Agwu NP.** A review of appendicectomy in Sokoto, North-Western Nigeria. Niger J Med 2004; 13 (3): 240- 243.
33. **Camara S.** Problème d'anesthésie et réanimation posé par la chirurgie abdominale d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré ; thèse médecine Bamako (Mali) 1989, 68.

34. **Gbessi DG1, Dossou FM1, Ezin EFM, Hadonou A, Imorou-Souaibou Y, Lawani I, Mehinto DK, Olory Togbe JL, Bagnan KO.** Prise en charge des urgences chirurgicales abdominales à l'hôpital de zone de Comè au Bénin à propos de 169 cas. RAMUR Tome 20 - N°2-2015.56p
35. **Papagrigoriadas S, Browse DJ, Howard ER.** Incarceration of umbilical hernias in adult: a rare but importane complication. Urgences int 1988; 4: 231- 236.
36. **Bargy F, Baudoin S.** Hernies de l'enfant et de l'adulte. Rev Prat 1997 ; 47 : 289 - 294.
37. **Adloff M.** Occlusion intestinale aiguë de l'adulte : Encycl. Med. Chir, (Paris France), urgences 20459 A10 10-1984 : 20 P.
38. **Sidibé MB.** Aspect épidémiologique, clinique et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques. Thèse de méd, Bamako 2003. 94p.03M62.
39. **Wade TMM, Ba PA, Diao ML, Diop B, Cissé M, Konaté I.** Urgences chirurgicales digestives non traumatiques chez le sujet âgé au CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar : à propos d'une série de 110 cas J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. (2016) 10 :190-193 DOI 10.1007/s12157-016-0678-4.191p
40. **Adiadia G.** Contribution à l'étude de péritonites aiguës généralisées chez l'enfant à propos de 100 observations au CHU de Dakar (Sénégal), thèse médecine, Dakar ; 1985 N0 45.
41. **Dembélé BB.** Urgences chirurgicales digestives à l'Hôpital régional de Kayes (Mali) à propos de 112 cas. Thèse Méd –Bamako, 2005 : 61 ; 234
42. **Dembélé M.** Les abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital de point G,273 cas. Thèse méd. 98-M-58.

ANNEXES

Fiche signalétique**Nom :** SANGARE**Prénom :** Seydou**Titre :** urgences chirurgicales digestives au Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako.**Secteur d'intérêt :** service de chirurgie générale du CSRéf CII.**Pays :** Mali.**Ville de soutenance :** Bamako.**Année :** 2018-2019.**Lieu de dépôt :** bibliothèque de la FMOS.**RESUME**

Les urgences chirurgicales digestives représentent selon **MONDOR**, France ,1928 [2] des affections digestives, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou peu de jours. Cependant la diversité des problèmes de leurs prises en charge et surtout qu'elles n'ont jamais fait l'objet d'une étude au CSRéf de la Commune II, nous ont motivés à porter un intérêt à ce sujet. Nous avons réalisé une étude prospective descriptive allant du **1^{er} Janvier au 31 Décembre 2018** avec comme objectifs de déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives ; de décrire les aspects cliniques et para cliniques dans la prise en charge des urgences chirurgicales digestives, d'évaluer l'aspect thérapeutique des urgences chirurgicales digestives et d'analyser les suites opératoires des malades opérés en urgences.

Nous avons recensé **120 patients** opérés pour urgences chirurgicales digestives ce qui correspond à **5,80%** des consultations globales et **44,80% de l'ensemble** des interventions chirurgicales. Le sexe **masculin** était le plus représenté avec un ratio de **1,80**. La moyenne d'âge a été de **27,5 ans**. La majorité des patients provenait de Bamako. La douleur abdominale a été le motif de consultation dans **80%** des cas. Le diagnostic était essentiellement clinique et paraclinique dans les cas douteux. Il s'agissait de l'échographie, l'abdomen sans préparation et parfois le scanner abdominal. L'appendicite aiguë a été la pathologie la plus représentée avec **42,5%**. L'anesthésie générale et la rachianesthésie ont été utilisées avec **50 %** chacune. La majorité des patients ont été opérés entre **30minutes** et **12h** de leurs entrées au service soit **71,7%**. La péritonite aiguë a constitué **67 %** de décès par septicémie. La technique opératoire était décidée en fonction de la pathologie et du choix du chirurgien. Les suites opératoires ont été simples dans la majorité des cas. Le pronostic est bon lorsque la prise en charge est précoce. Le traitement est médico-chirurgical.

Mots clés : Urgences chirurgicales, Tube digestif, chirurgie générale CSRéf CII.

Fiche d'enquête :

Q1. Numéro de la fiche :/.../.../.../

Q2. Numéro du dossier :/.../.../.../

Q3. Date de consultation :/.../.../.../

Q4. Nom et prénom :

Q5. Age (année) :/...../

Q6. Sexe 1=M 2=F /.../

Q8. Contact à Bamako :.....

Q9. Provenance:.....

Q10. Nationalité : 1=Maliennne 2=Autres /.../

9.Si autres à préciser :.....

Q11.Profession:...../.../

1=fonctionnaire 2=commerçant 3=cultivateur 4=ménagère 5=élève/étudiant 7=autres

9.Si autres à préciser :.....

Q12.Mode de recrutement : 1=urgence 2=consultation ordinaire /.../

Q13.Adresser par :1=médecin 2 : infirmier 3=lui-même 4 :autres/.../

9.Si autres à préciser :.....

Q14.Date de référence :

Q15. Moyen de transport :

1 : Ambulance 2 : Taxi 3 : autres...../...../

Si autres à préciser :

Q16. Durée entre la référence et l'entrée:.....

Q17. Motif de consultation ou de référence :...../...../

1=douleur abdominale 2=arrêt des matières et de gaz 3=météorisme

4=vomissement ou nausées 5=fièvre 6=autres

9.Si autres à préciser :.....

Antécédents :

Q18.Médicaux: 1=oui 2=non /...../

9.Si oui à préciser :.....

Q19.Chirurgicaux: 1=oui 2=non /...../

9.Si oui à préciser:.....

Q20.Familiaux: 1=oui 2=non /...../

9.Si oui à préciser:.....

Q21.Gynéco-obstétriques : 1=oui 2=non /...../

9.Si oui à préciser:

Les signes:

Les signes généraux :

Q22.Plis de déshydratations : 1=oui 2=non /...../

Q23.conjonctives et téguments :...../...../

1=pâles 2=colorées 3=ictériques 4=autres

9.Si autres à préciser :.....

Q24.Température en degré Celsius...../...../

1=<37,5 2=[37,5-38,5[3=[38,5-39,5] 4=>39,5 5=non quantifiée(cause) :.....

Q25.Pouls en pulsation par minute:...../...../

1=<60 2=[60-80[3=[80-100] 4=>100

Q26.Fréquence respiratoire en cycle par minute :...../...../

1=<14 2=[14-22] 3=>22

Q27.IMC :...../...../

1=<18,5 2=[18,5-25[3= \geq 25

Q28.Tension artérielle(en cm Hg) :...../...../

1=<10/6 2=[10/6-14/9[3= \geq 14/9

Q29.Score de Glasgow :...../...../

1=<8 2= \geq 8

Les signes fonctionnels:

Douleur abdominale :

Q30. siège de la douleur :...../...../

1=FID 2=hypogastre 3=FIG 4=flanc droit 5=flanc gauche 6=péri ombilicale 7=hypochondre droit 8=épigastre 10=hypochondre gauche 11=diffus 12=autre 99=indéterminé

9.Si autres à préciser:.....

Q31.Les irradiations :...../...../

1=non 2= oui

9.Si oui à préciser:.....

Q32. L'installation de la douleur: 1=brutale 2=progressive /...../

Q33. Type de la douleur/...../

1=brûlure 2=piqûre 3=torsion 4=pesanteur 5=poignard 8=autres

9.Si autres à préciser:.....

Q34.la durée d'une crise douloureuse :...../...../

Q35.Intensité : 1=faible 2=modérée 3=intense 4=très intense /.../

Q36. Evolution: 1=Permanente 2=intermittente /...../

Q37.Facteurs d'exacerbation:...../...../

1=non 2=oui

9.Si oui à préciser:.....

Q38.Facteurs d'accalmie:...../...../

1=non 2=oui

9.Si oui à préciser:.....

Q39.Arrêt de matières et de gaz : 1=oui 2=non /...../

Q40.Vomissement : /...../

1=non 2=oui

9.Si oui à préciser:.....

Q41.Ballonement abdominal : 1=oui 2=non /...../

Les signes physiques :

Inspection :

Q42.Abdomen distendu : 1=oui 2=non /...../

Q43.Respiration abdominale : 1=oui 2=non /...../

Q44.Plaie abdominale : 1=oui 2=non /.../

9.Si oui préciser : -La localisation :.....

Q45.Présence de cicatrices opératoires sur l'abdomen :1=oui 2=non /...../

9.Si oui préciser le siège :.....

Q46.Tuméfactions abdominales: 1=oui 2=non /...../

9.Si oui préciser le siège:.....

Palpation :

Q48. Douleuruse : 1=oui 2=non /...../

Q49.Défense abdominale :...../.../.../

1=oui 2=non

9.Si oui préciser le siège :.....

Q50. Contracture abdominale :...../.../.../

1=oui 2=non

9.Si oui préciser le siège :.....

Q51.Présence de masse abdominale: 1=oui 2=non /.../

Q52. Percussion: 1=matité 2=tympanisme /.../

Q53.Auscultation:...../.../

1=bruits hydro-aériques normaux 2=bruits hydro-aériques diminués

3=bruits hydro-aériques augmentés 4=silence abdominal

Q54.Toucher pelvien :...../...../...../

1=fait 2=non fait

9.Si fait ; résultat:.....

Examens Complémentaires :

Q55.Hémoglobine...../...../

1=<10g/dl 2=>10g/dl

1=<35% 2=>35%

Q56.Groupe sanguin et rhésus...../...../

1=A+ 2=A- 3=B+ 4=B- 5=AB+ 6=AB- 7=O+ 8=O-

Q57. Glycémie: 1=hypoglycémie 2=normale 3=hyperglycémie/...../

Q58. ASP :...../...../

1=non fait 2=Normal 3=niveaux hydro-aériques 4=opacités

5=croissant gazeux 6=autres

9.Si autres à préciser :.....

Q59. Echographie abdominale :...../...../

1=non fait 2=normale 3= anormale

9.Si anormale, résultat :.....

Q 60. Scanner abdominal/...../

1=normal 2=anormal

Si anormal ,résultat :.....

Diagnostic :

Q61.Diagnostic préopératoire :...../...../

1=appendicite 2=cholécystite 3=péritonite 4=occlusion 5=imperforation anale 6=hernie étranglée 7=hémopéritoine 8=sténose hypertrophique du pylore 9=thrombose hémorroïdaire 10=autres 11=indéterminé

12.Si autres à préciser :.....

Q62. Diagnostic per opératoire :...../...../

1=appendicite 2=cholécystite 3=péritonite 4=occlusion 5=imperforation anale 6=hernie étranglée 7=hémopéritoine 8=sténose hypertrophique du pylore 9=thrombose hémorroïdaire 10=autres 11=indéterminé

12.Si autre à préciser :.....

Q63.Delai entre l'admission et l'intervention:.....

Traitement :

Traitement reçu avant l'admission:

Q64.Moderne: 1=oui 2=non /...../

9=Si oui à préciser :.....

Q65.Traitement traditionnel : 1=oui 2=non /...../

9.Si oui à préciser:.....

Traitement reçu après admission :

-Médical :

Q66. Traitement préopératoire :

.....

Q68.Traitement postopératoire :.....

.....

- Chirurgical :

Q69.Operateur :...../...../

1=Chirurgien 2=DES/Interne 3=Etudiant hospitalier

Q70.Type d'anesthésie :...../...../

1=locale 2=locorégionale 3=A.G

Q71. Technique opératoire :.....

.....

Q72. Voie d'abord :...../...../

1=au point Mc Burney 2=inguinotomie 3=para rectale 4=sous costale 5=médiane sus ombilicale 6=médiane sous ombilicale 7=médiane sus et sous ombilicale 8=autres

9.Si autres à préciser :.....

Q73.Gestes effectués :...../...../

1=appendicectomie 2=cholécystectomie 3=résection/anastomose 4=colectomie 5=iléostomie
6= Splénectomie 7=Section des brides 8=Suture de la perforation digestive 10=Colostomie
11=Lavage péritonéal 12=hemorroïdectomie

13=autres

9.Si autres à préciser :.....

Q74.Mise en place d'un drain/...../

1=oui 2=non

Si oui préciser le type/...../

Complications :

Q75. Complications peropératoires :...../...../

1=oui 2=non

9.Si oui à préciser :.....

Complications post opératoires :

Q76. Pendant

l'hospitalisation...../.../

1=oui 2=non

9.Si oui à préciser :.....

Q77. Date de sortie :/...../...../...../

Q78.Durée d'hospitalisation post opératoire en jour :

Suivi post opératoire :

Q79.Suites à un mois :...../...../

1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive

5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres 10=indéterminées

9. Si autre à préciser

Q80. Suites à trois mois :/...../

1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive

5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres 10=indéterminées

9. Si autre à préciser

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence **des Maîtres de cette faculté**, de **mes chers condisciples**, devant **l'effigie d'Hippocrate**, je promets et je jure, au nom de **l'Être Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes **soins gratuits** à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des **considérations de religion, de nation, de race, de Parti** ou de **classe sociale** viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine **dès la conception**.
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales **contre les lois de l'humanité**. Respectueux et **reconnaissant** envers mes maîtres, je rendrai à **leurs enfants** l'instruction que j'ai reçue de **leur père**. Que les hommes m'accordent **leur estime** si je suis fidèle à **mes promesses**. Que je sois couvert **d'opprobre et méprisé** de mes confrères si **j'y manque**.

Je le jure.