

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENTS
SUPÉRIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE
DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2008-2009

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



Thèse N°...

Titre

URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CENTRE
DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE KOULIKORO (MALI)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le2009 Devant la faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par **Mr Pathé SAMASSEKOU**

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

JURY

Président : Pr. Nouhoum ONGOIBA

Membre : Dr. Seydou TOGO

Codirecteur : Dr. Saidou GUINDO

Directeur de Thèse : Pr. Abdoul Karim TRAORE Dit Diop

Dédicaces

Je dédie cette thèse à :

❖ **DIEU le tout puissant, le tout miséricordieux, le très miséricordieux par sa grâce j'ai pu mener ce travail**

❖ **Au prophète MOHAMED paix et salut sur lui**

❖ **A mon père** feu AMADOU BABA SAMASSEKOU

Cher père, c'est le moment pour moi de me prosterner sur ta tombe. Tu nous as quitté très tôt. L'amour, le pardon, le travail bien fait, voici ces souvenirs que je retiens de toi et qui restent vivaces dans mon esprit. J'aurais souhaité partager cet instant de joie avec toi mais hélas, DIEU en a décidé autrement. Tu resteras toujours dans notre mémoire. Paix à ton âme, que DIEU t'accueille dans son paradis. Amen !

❖ **A ma mère** FAYEL TALL

Ce travail est le couronnement de tes souffrances, de ta patience. Nous avons bénéficié auprès de toi toute la tendresse qu'une mère doit à ses enfants. Ton soutien moral et matériel ne nous a jamais fait défaut même à distance. Puisse ALLAH le tout puissant te fasse bénéficier du fruit de ta patience. Amen

❖ **A mon oncle** feu BADRA SAMASSEKOU

Vous êtes plus qu'un père pour moi. Vous êtes pour moi comme un océan pour un poisson, un arbre pour un oiseau, une forêt pour un lion. Que DIEU vous accorde son paradis. Amen !

❖ **A mon beau frère SALOUM SYLLA**

Le moment est venu pour moi de vous remercier, la sagesse de vos conseils, la confiance et l'attention avec lesquelles vous m'avez assisté me resteront inoubliables. Jamais je ne saurai vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis. Trouvez ici toute ma gratitude. Que DIEU vous donne longue vie. Qu'ALLAH le tout puissant guide vos pas pour le restant, qu'il vous assiste et vous protège. Amen !

❖ **A mon beau frère BOUREMA SISSAO**

En ce moment solennel de ma vie, il me manque les mots pour exprimer ma reconnaissance et mon attachement à vous. Votre gentillesse, votre disponibilité et votre esprit de sacrifice nous ont beaucoup marqué. Qu'ALLAH le tout puissant vous préserve longtemps à nos cotés. Amen !

❖ **A mes frères et sœurs**

Garba, Tenkoutou, Pama, Nene, Dado, Abdoulaye, Daffson votre grande affection et votre soutien inestimable ont été capitale. Ce travail est le votre.

❖ **A mes amis et collègues**

Dr HANNA, Dr Drissa COULIBALI, Boubacar DJIRE dit BOB, Koura DIOP, Dady TANGARA. Merci pour votre soutien moral et votre sympathie.

❖ **A mes Amis et aînés de Badalabougou**

Abou Dia, Tos, Mohamedjan, Vankotos, Vieux Dicko, Ladj Bah, Sidia, AT, KOUYATE. Merci pour tout.

A mes amis d'enfance

Ousmane, Allaye PETIT, Baba, Papa, Mamane. Merci pour votre gentillesse.

REMERCIEMENTS

❖ **A tout le corps professoral de la FMPOS.**

❖ **Au personnel de la chirurgie du CSRef**

Mamadou MALLE, Boubacar MAIGA merci pour l'enseignement de qualité que nous avons reçu de vous.

❖ **Au Dr TRAORE Djénébou KONE**

Les mots me manquent, j'ai beaucoup appris auprès de vous. Votre courtoisie, votre esprit de partage et votre générosité font de vous une personne admirée et admirable. Soyez rassuré de ma sincère reconnaissance, que le tout puissant vous aide pour tout ce que vous faites pour ce pays.

❖ **Au Dr Mamadou Désiré KEITA**

Votre générosité, votre gentillesse, votre affection, votre disponibilité et votre rigueur dans le travail nous ont beaucoup marqué. Que Dieu vous donne longue vie.

❖ **A tout le personnel du CSRef**

Merci pour votre collaboration et votre respect.

❖ **A la famille DIA et KEITA à Badalabougou**

Merci de votre soutien moral et votre respect.

A notre maître et directeur de thèse

- ❖ **Professeur Abdoul kader TRAORE dit Diop,**
- ***Professeur de chirurgie générale à la FMPOS,***

Cher maître,

En acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance. Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionné par votre simplicité, votre grande disponibilité et votre amour de travail bien fait. Nous avons été également comblé par vos qualités humaines, par les enseignements de qualité dont nous avons bénéficié à vos cotés, vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tout étudiant.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

A notre maître et juge

❖ **Docteur Seydou TOGO**

- ***Medecin chirurgical Cardio-Thoracique au service de Chirurgie Général au CHU du point G ;***
- ***Praticien hospitalier au CHU du point G.***

Cher maître,

Nous sommes très ému de votre présence dans ce jury.

Votre simplicité, votre disponibilité, votre sagesse en plus de vos compétences scientifiques font de vous un maître exemplaire.

Vous êtes et resterez un modèle à suivre.

Recevez ici cher maître l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et Co-Directeur de thèse

❖ Docteur Saidou GUINDO

- ***Médecin-Chirurgien au centre de santé de référence de Koulikoro ;***
- ***Médecin-chef adjoint et chef de service de la chirurgie au centre de santé de référence de Koulikoro.***

Cher maître,

Permettez moi de vous appeler grand frère, je suis honoré par la confiance que vous avez placée en moi, en me confiant ce travail. Nous avons bénéficié de vos qualités pédagogiques et humaines durant notre ce jour au CSRef de Koulikoro, qui font de vous un homme connu et admiré de tous. Nous avons été marqué par votre courtoisie, votre amour, votre disponibilité permanente. Nous avons été également séduit par votre qualité d'accueil et d'encadrement.

Recevez cher maître, l'expression sincère de mes profonds respects et reconnaissances.

A notre maître et président du jury

❖ **Professeur Nouhoum ONGOIBA**

- ***Professeur d'Anatomie humaine et d' Organogenèse ;***
- ***Spécialiste en chirurgie pédiatrique ;***
- ***Maître de conférence à la FMPOS.***

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Nous apprécions chez vous l'homme de science modeste et calme. Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait et votre capacité de transmettre vos connaissances font de vous un maître exemplaire. Soyez rassuré de ma profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

TA : Tension Artérielle

TR : Toucher Rectal

TV : Toucher vaginal

NFS : Numération formule sanguine

FID : Fosse Iliaque Droite

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

HTA : Hypertension Artérielle

UGD : Ulcère Gastro-Duodéal

HIE : Hernie Inguinale Etranglée

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ATB : Antibiotique

AG : Anesthésie Générale

ALR : Anesthésie Locorégionale

AL : Anesthésie Locale

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
1. GENERALITES	10
1.1. Urgences digestives principales	10
2. METHODOLOGIE	20
2.1. Type et période d'étude	20
2.2. Site d'étude	20
2.3- Phase d'étude	23
2.4. Patients et méthodes	24
2.5. Gestion et analyse des données	24
3. RESULTATS	25
3.1. Fréquence	25
3.2- Aspects cliniques et données selon les diagnostics:	30
3.3. Traitement	36
3.3.1 Traitement médical	36
3.4. Données selon le coût de la prise en charge	40
4. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	41
5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	49
6. BIBLIOGRAPHIE	50
7.ANNEXES	52

INTRODUCTION

L'expression d'urgence chirurgicale est ambiguë « stricto sensu ». Elle désigne une affection requérante qui nécessite sans retard un geste chirurgical [1]. Les urgences chirurgicales représentent selon MONDOR, France, 1928 [2] des affections, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en quelques jours. La définition la plus simple est celle de ETIENNE, 1998 [3] : l'urgence est ce cas nécessitant des soins sans délai. En précisant le délai pour l'urgence abdominale, selon FLAMONT [4] une douleur abdominale est dite aigue lorsqu'une semaine au maximum s'écoule entre le début des symptômes et la consultation du malade.

Les étiologies des urgences chirurgicales sont multiples. Aux USA, 19 étiologies dont 6 chirurgicales (appendicite, cholécystite aiguë, occlusion intestinale, ulcère duodénal, kyste de l'ovaire, anévrisme) ont été retrouvées chez 1000 malades ayant un abdomen aiguë [5]. En Europe, 5 des 10 premières étiologies des urgences abdominales en France étaient chirurgicales (appendicite aigue, cholécystite aigue, occlusion intestinale aigue, ulcère perforé, pathologies néoplasiques) [6]. En 1988, Dargent en France a trouvé que l'échographie abdomino-pelviennne est un examen obligatoire et toujours prioritaire dans la prise en charge de l'urgence chirurgicale, abdominale en dépit des réserves liées à l'existence de faux positif ou négatif [7]. Domergue en France étudie l'apport de la cœlioscopie dans les urgences chirurgicales abdominales et considère que devant un abdomen aigu sa réalisation est un raccourci diagnostique et parfois un acte thérapeutique partiel (réalisé à minima) ou complet [8].

En Afrique, Padonou en 1979 à Dakar a trouvé 5 étiologies (occlusion, péritonite, appendicite, grossesse extra-utérine, éviscération) [9]. A Lomé en 1994, plusieurs étiologies des urgences chirurgicales ont été retrouvées dont les 5 principales sont : occlusion intestinale, péritonite, traumatisme du foie, pancréatite, appendicite [10]. A Abidjan les urgences chirurgicales abdominales représentent 33,31% de l'ensemble des urgences chirurgicales [11]. Au Niger, elles représentent 25,6% des urgences chirurgicales [12].

Le pronostic des urgences chirurgicales est grave [13]. Cette gravité serait liée au retard de diagnostic conséquence d'une consultation tardive, au mauvais état des malades à l'admission, à la mauvaise préparation des malades en pré-opératoire faute de matériel.

Si en Europe et aux USA, les avancées ont été considérables dans la prise en charge des urgences chirurgicales digestives par une réduction importante de décès au cours de ces 25 dernières années, de nombreuses études parues dans la littérature internationale montrent que les pays en voie de développement notamment ceux au sud du Sahara restent en marge de ces progrès cela à cause des insuffisances en moyen matériel et en personnels qualifiés. En Afrique, le taux de mortalité et de morbidité reste toujours anormalement élevé dans la prise en charge des abdomens aigus. Au Mali une étude sur les abdomens aigus en 1996 a rapporté un taux de mortalité de 17 % [14].

La sous médicalisation des régions africaines a été mise en cause dans l'état médiocre des indicateurs de santé. C'est pour remédier à cet état de fait que le Mali a entrepris depuis le tournant des années 1990 une réforme de son système de santé basée entre autre sur l'extension de la couverture sanitaire (CSCOM) et le renforcement de la référence sanitaire (CSRef). Presque *vingt ans* après le début de la réforme, peu d'études ont été faites pour évaluer sa mise en œuvre.

Dans la région de Koulikoro en particulier, les urgences chirurgicales digestives n'ont jamais fait l'objet d'une étude. C'est ainsi que nous nous proposons de mener ce travail.

OBJECTIF GENERAL

Etudier les urgences chirurgicales digestives au centre de santé de référence de Koulikoro.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives.
2. Décrire les aspects cliniques.
3. identifier les étiologies.
4. Décrire le traitement.
5. Evaluer le coût de la prise en charge des urgences chirurgicales.

1. GENERALITES

1.1. Urgences digestives principales

1.1.1. Les péritonites Aiguës [16, 17, 18,19]

1.1.1.1. Définition :

Une péritonite est une inflammation aiguë de la séreuse péritonéale qui peut être généralisée à la grande cavité péritonéale (cas le plus fréquent et aspect clinique le plus éloquent) ou localisée (loges sous phréniques ; gouttières pariéto-coliques; cul de sac de Douglas).

1.1.1.2. 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 importante .Il s'agit :

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

1.1.1.3. Etiologies :

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

- Péritonites primitives ;
- Péritonite appendiculaires ;
- Péritonite par perforation d'ulcère gastrique ou duodéal
- Péritonite typhiques ;
- Péritonite d'origine génitale ;
- Péritonite biliaires ;
- Péritonite par perforation colique ;
- Péritonites postopératoires.

1.1.1.4. Traitement :

Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps :

- Temps préopératoire ;
- Temps opératoire proprement dit ;
- Temps post-opératoire.

1.1.1.4.1. Le traitement médical est double :

- Anti-infectieux par l'antibiothérapie dont l'objectif principal est d'éviter ou de contrôler une diffusion de l'infection ;
- Réanimation hydro-électrolytiques pour compenser les pertes

Le traitement chirurgical est le centre de la démarche. Il consiste à traiter la cause, à évacuer et à drainer la collection purulente.

C'est le point important du traitement anti-infectieux lui-même, qui seul interrompt l'évolution et autorise le retour à un fonctionnement normal du péritoine et des anses intestinales.

1.1.1.4.2. Principes du traitement chirurgical :

La chirurgie utilise deux techniques :

- Le traitement de l'organe responsable ;
- Le traitement de la cavité péritonéale (évacuation de l'épanchement péritonéal, toilette péritonéale 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 en cause.

Le traitement de l'organe dépend de l'étiologie de la péritonite.

1.1.2. Les appendicites aiguës [20, 21, 22, 23]

1.1.2.1. Définition : C'est l'inflammation aiguë de l'appendice.

Epidémiologie : L'appendicite est plus fréquente chez l'enfant (7 à 15 ans) et rare chez l'adulte

1.1.2.2. 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 stagnent au fond et vont se multiplier d'où une infection.

- Soit à une infection hématogène, ce qui est le plus fréquent.

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*).

1.1.2.3. Anatomie pathologique :

Il y a 3 grandes catégories d'appendicite :

1. L'appendicite catarrhale : c'est un appendice inflammatoire ;
2. L'abcès appendiculaire est une appendicite purulente ;
3. L'appendicite perforée: elle peut entraîner une péritonite cloisonnée, un plastron ou une péritonite généralisée.

L'appendicite peut évoluer plus ou moins rapidement de la forme catarrhale à la péritonite en 24-72 heures.

1.1.2.4. Les signes fonctionnels :

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

- Les vomissements.

Les signes généraux

- La Température à 37,5-37°C.

La TA est normale.

La langue est saburrale.

Au stade de début l'état général est bon.

1.1.2.5. Les signes physiques

- A l'inspection, le ventre respire.
- La palpation révèle une douleur accompagnée d'une défense de la FID.
- A l'auscultation les bruits abdominaux sont normaux au début
- Le TR et le TV trouvent une douleur à droite dans le Douglas

1.1.2.6. Les signes para cliniques :

- La NFS montre une hyper leucocytose (15000 à 20 000) surtout à polynucléaires neutrophiles.

1.1.2.7. Principes du traitement :

1.1.2.7.1. Appendicite catarrhale :

Le seul traitement est l'appendicectomie plus l'antibiothérapie, ce traitement est une urgence. Il n'y a pas de traitement médical.

1.1.2.7.2. L'abcès appendiculaire nécessite :

- Une appendicectomie
- Une évacuation de l'abcès
- Un drainage de la poche de l'abcès
- Une antibiothérapie

1.1.2.7.3. La péritonite nécessite :

- Une réanimation médicale pré, per et post opératoire jusqu'à la reprise du transit intestinal.
- Une mise en place d'une sonde gastrique aspirative
- Une appendicectomie
- Une toilette péritonéale
- Un drainage de la Fosse Iliaque Droite
- Une antibiothérapie proposée par beaucoup d'auteurs

1.1.2.7.4. Le plastron appendiculaire nécessite :

- Une réanimation médicale
- La glace sur la Fosse Iliaque Droite
- Une antibiothérapie
- Une surveillance médicale rigoureuse

- Si les troubles disparaissent totalement, appendicectomie après 8 à 12 semaines.

- Si les troubles persistent, appendicectomie «main forcée ».

Cette appendicectomie sera difficile à cause des adhérences.

1.1.3. Occlusions intestinales aiguës : [24,25, 26,27]

1.1.3.1. Définition : L'occlusion intestinale est un arrêt brutal, complet et persistant du transit (des matières et des gaz) dans un segment intestinal.

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

• **Occlusion organique** (mécanique) elle peut être occasionnée par :

- strangulation (exemple volvulus intestinal, invagination intestinale aiguë).

- obstruction.

- compression.

Une strangulation est un étranglement de l'intestin.

Elle peut être due à :

- une hernie étranglée

- un volvulus intestinal

- une invagination intestinale

Elle entraîne tôt des troubles ischémiques de l'intestin, c'est donc une véritable urgence chirurgicale.

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 étranglée. Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ou une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre hydro électrolytique.

La strangulation favorise la fermentation des matières dans l'intestin ou production des gaz qui vont s'accumuler à la partie supérieure de l'anse étranglée alors que le liquide reste à la partie inférieure. A l'ASP, 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 prise en charge de la compression et de l'obstruction est moins urgente que celle de la strangulation, car les deux premières n'entraînent que tardivement des troubles ischémiques.

- **Occlusion fonctionnelle** : se fait par inhibition du péristaltisme.
- **Occlusion mixte** est l'association de l'occlusion fonctionnelle et de l'occlusion mécanique. En général elle est due à des infections.

1.1.3.2. Les signes cliniques :

- **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
 - Arrêt des matières et des gaz.
- **Les signes généraux** sont caractérisés par :
 - une chute de la TA (tardive)
 - Une accélération du pouls
 - Les signes de déshydratation
 - Une température qui est fonction de l'étiologie
- **Les signes physiques** sont caractérisés par :
 - A l'inspection : un météorisme abdominal, parfois une cicatrice abdominale, un péristaltisme qui traduit la lutte intestinale contre l'obstacle.
 - A la palpation : une douleur provoquée dont le siège est 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.

- A l'auscultation : la présence et l'accentuation de bruit hydroaérique.
- Aux touchers pelviens (TR – TV) : la présence des signes qui sont fonction du siège et de l'étiologie de l'occlusion.
- La palpation des orifices herniaires recherche une hernie étranglée.

1.1.3.3. Les signes para cliniques :

La radiographie de l'abdomen sans préparation debout de face ou assis de face ou même couché de profil montre des niveaux hydroaériques. Un seul niveau hydroaérique suffit pour poser le diagnostic d'occlusion. Il est important de préciser le nombre, le siège et l'aspect des niveaux hydroaériques. Le lavement baryté est important pour rechercher le siège et la cause de l'occlusion du colon.

Le transit du grêle effectué en dehors des périodes de vomissement peut montrer un obstacle sur l'intestin grêle.

Les signes biologiques des troubles hydro électrolytiques : L'occlusion entraîne une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acide base. Ces troubles hydro électrolytiques souvent fonctionnels sont constatés sur l'ionogramme (souvent une hypernatrémie), l'azotémie, ou la créatinémie (souvent une hyperazotémie ou hypercréatinémie).

Il faut effectuer un bilan général du malade.

1.1.3.4. Formes cliniques :

a- En fonction de siège :

Tableau N° I : Signe en fonction du siège de l'occlusion

SIGNES	GRELE	COLON
Douleur	Douleur	Idem
Vomissements	Précoce	Tardif
Arrêt des matières et gaz	Tardif	Rapide
Altération de l'état générale	Rapide	Tardive
Déshydratation	Rapide	Tardive
Météorisme	Absent	Important
Niveaux Hydroaériques	Plus larges que hauts à bord fins centraux	Plus hauts que larges à bord périphérique
Lavement baryté	Normal	Montre le siège, le mécanisme de l'occlusion

b- En fonction du mécanisme :

L'occlusion par volvulus du sigmoïde est caractérisée par :

- des douleurs brutales de type 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
- Antécédent d'alternance de diarrhée et de constipation /ou de méléna et de rectorragie.

c-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
- l'immaturité 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 aigue
- les brides par mal rotation

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

- Le diverticule de Meckel
- L'appendicite aigue
- L'invagination intestinale aigue

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

- Le volvulus du sigmoïde
- Le volvulus du grêle sur bride
- La hernie étranglée

Chez le vieillard, les principales causes sont :

- Le cancer du colon
- Le volvulus du sigmoïde
- L'appendicite du vieillard.

1.1.3.5. Traitement des occlusions :

Le traitement des occlusions est une urgence. Il est médical et chirurgical.

1.1.3.5.1. Le traitement médical :

Il consiste surtout : en une réanimation hydro électrolytique c'est à dire :

-une perfusion de cristaalloïdes : perfusion de macromolécules, de sérum bicarbonaté, voire transfusion.

-La mise en place d'une sonde nasogastrique aspirative.

1.1.3.5.2. Le traitement chirurgical :

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

Pour le volvulus du sigmoïde, il faut faire 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 les volvulus sur bride, il faut faire en urgence :

-une laparotomie

-la section de la bride

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

-une laparotomie

-si possible une résection du cancer sinon, on est obligé de faire un anus artificiel qui sera suivi secondairement par une amputation abdomino-périnéale (AAP).

2. METHODOLOGIE

2.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée de mars 2007 à mars 2008 (soit 12 mois).

2.2. Site d'étude

L'étude s'est déroulée au service de Chirurgie générale du centre de santé de référence (CSREF) de Koulikoro.

Carte sanitaire :

La couverture socio sanitaire du cercle de Koulikoro est assurée par un Centre de Santé de Référence et par 14 Centres de Santé Communautaires. La carte sanitaire du cercle prévoyait initialement dix-sept aires de santé. Actuellement quatorze centres de santé communautaire sont fonctionnels. La politique de décentralisation, qui a vu la création des communes, a entraîné la révision de la carte sanitaire compte tenu de l'inadéquation de certains sites de CSCOM avec les chefs lieux des communes. Aussi la création de nouveaux CSCOM des cercles limitrophes a entraîné le démembrement des villages adhérents à certaines aires. D'une manière générale la configuration des aires sanitaires est dynamique du fait des affinités culturelles, politiques et de convenance des villages qui composent l'aire. Les activités du paquet minimum d'activités sont disponibles dans tous les CSCOM du district sanitaire.

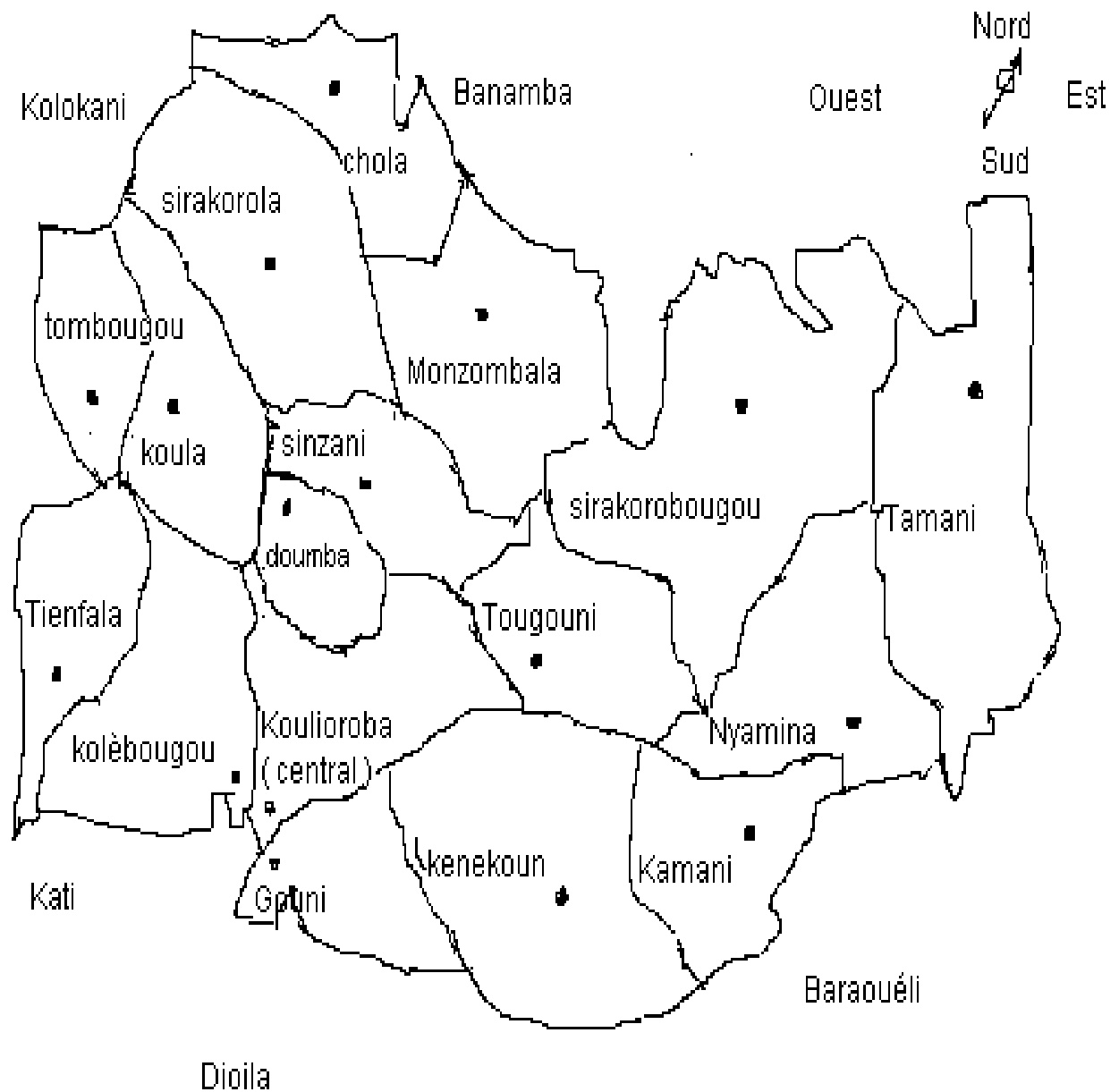




Figure 1: Carte Sanitaire du Cercle de Koulikoro

Légende :

- Limite des aires de santé 
- Chef lieu des aires de santé 

2.2.1. Présentation du centre de santé de référence de Koulikoro

Le csref de Koulikoro occupe le 2^{ème} niveau de référence selon la pyramide sanitaire de notre pays.

Il est doté d'infrastructures suivantes :

- 1- deux blocs opératoires
- 2- d'une salle de stérilisation
- 3- d'un service de gynécologie et d'obstétrique
- 4- d'un service de chirurgie générale
- 5- d'un service de médecine
- 6- d'un service d'ophtalmologie
- 7- d'un laboratoire
- 8- des salles d'hospitalisation
- 9- d'une pharmacie
- 10- d'une morgue
- 11- d'un service social
- 12- d'un service de soins et d'accompagnement VIH/SIDA
- 13- d'une unité hygiène/assainissement.

2.2.2. Le personnel est composé de :

- 1- trois médecins spécialistes (1 chirurgien, 1 gynécologue obstétricien, 1 ophtalmologue)
- 2- trois médecins généralistes
- 3- deux assistants médicaux (1 anesthésiste, 1 radiologue)
- 4- quatre sages-femmes
- 5- un comptable
- 6- un gestionnaire
- 7- un agent d'assainissement
- 8- cinq manœuvres
- 9- quatre chauffeurs
- 10- Une secrétaire
- 11- trois gardiens

Activités du service de chirurgie

C'est un service qui se compose de 18 lits avec 5 salles d'hospitalisation. Au cours de l'étude, nous avons pris part à toutes les activités du service : visites, consultations externes et enfin les interventions chirurgicales. Les visites se déroulent chaque matin à partir de 7h 30mn en présence de tout le personnel de la chirurgie. Les consultations externes ont lieu les lundi, mercredi et vendredi. Les jours d'opération pour les interventions à froid sont : mardi et jeudi. Les patients programmés pour le bloc opératoire sont hospitalisés la veille de l'intervention.

Equipements des différents blocs

Chaque salle d'opération dispose :

- * D'un aspirateur (en panne)
- * D'une table opératoire avec scialytique
- * D'un chariot d'anesthésie
- * D'un appareil d'anesthésie avec évaporateur de gaz qui navigue entre les deux blocs en cas d'intervention.

2.3- Phase d'étude

Les malades nous ont été adressés par toutes les formations sanitaires du cercle de Koulikoro. Le recrutement concerne les malades des deux sexes et de tout âge.

Critères d'inclusion :

- Tout patient opéré en urgence pour diverses affections chirurgicales abdominales (occlusion, péritonites, appendicites aiguës et hernie étranglée).
- Les malades qui, bien que présentant une urgence chirurgicale abdominale ont été refroidis et opérés secondairement.

Critères de non inclusion :

- ✓ Tout patient opéré hors du service de chirurgie.
- ✓ Toute douleur abdominale ne nécessitant pas une intervention.
- ✓ Les urgences obstétricales
- ✓ Les urgences urologiques

2.4. Patients et méthodes

Tous les patients ont été recrutés dans le service de Chirurgie Générale. Nous avons élaboré une fiche d'enquête dans le but de prendre en charge les questions relatives à nos objectifs, elle a été corrigée par le directeur de thèse.

En post opératoire immédiat, les patients étaient transférés dans le service de chirurgie générale.

2.5. Gestion et analyse des données

Les logiciels SPSS version 11.0 et EPI INFO version 6.0 ont servi à la saisie et l'analyse des données.

3. RESULTATS

3.1. Fréquence

3.1.1. Fréquence globale

Au cours de cette étude, nous avons reçu 10 313 patients en consultation. Pendant la même période il a été effectué 380 interventions chirurgicales dont 63 urgences chirurgicales digestives. Les urgences chirurgicales digestives ont donc représenté 0,61% des consultations globales et 15,79% des interventions chirurgicales.

3.1.2 Fréquence selon le sexe

Parmi les 63 malades, 21 étaient des femmes (Tableau II)

Tableau N° II: Répartition des malades selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	42	66,67
Féminin	21	33,33
Total	63	100

Le sexe ratio est de 2 en faveur du sexe masculin.

3.1.3 Fréquence selon l'âge

La tranche d'âge de 20 à 49 ans était de 65,08% (tableau III).

Tableau N° III: Répartition des malades selon l'âge

Classe d'âge	Effectifs	Pourcentage
0 - 9	3	4,76
10 - 19	9	14,29
20 - 29	12	19,05
30 - 39	14	22,22
40 - 49	15	23,81
50 - 59	8	12,70
60 - 69	1	1,59
70 Et plus	1	1,59
Total	63	100

La moyenne d'âge a été de 36,87, les extrêmes ont été: 6 et 76 ans avec un écart type de 22,46.

3.1.4 Fréquence selon la profession des malades

Les élèves et les ménagères ont représenté 49,21% (Tableau IV).

Tableau N° IV: Répartition selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	13	20,63
Elève	18	28,57
Paysan	11	17,46
Pêcheur	10	15,87
Berger	5	7,94
Ouvrier	4	6,35
Secrétaire	2	3,17
Total	63	100

3.1.5 Fréquence selon l'ethnie

Parmi les 63 malades, plus de la moitié était des Bamanan (Tableau V).

Tableau N° V: Répartition selon l'ethnie

Ethnies	Effectifs	Pourcentage
Bamanan	33	52,38
Peulh	12	19,05
Malinké	7	11,11
Sénoufo	4	6,35
Sonrhaï	3	4,76
Dogon	2	3,17
Bobo	2	3,17
Total	63	100

Les bambaras étaient les plus représentés avec une fréquence de 52,38%.

3.1.6 Fréquence selon la provenance

Provenance: Les malades provenant de Koulikoro et de Sirakorola ont représenté plus de 2/3 de l'effectif (Tableau VI).

Tableau N° VI: Répartition selon la provenance

Cercle	Effectifs	Pourcentage
Koulikoro	35	55,56
Sirakorola	9	14,29
Kamani	6	9,52
N'Gnamina	4	6,35
Kenenkou	3	4,76
Koula	3	4,76
Tienfala	2	3,17
Doumba	1	1,59
Total	63	100

3.1.7 Fréquence selon la nationalité :

Les étrangers ont représenté 3,17% de l'effectif (Tableau VII).

Tableau N° VII: Répartition des malades selon la nationalité

Nationalité	Effectifs	Pourcentage
Maliennne	61	96,83
Étrangère	2	3,17
Total	63	100

Pour les étrangers, il s'agissait d'un Ivoirien et d'un Guinéen.

3.1.8 Fréquence selon le mode d'admission

Les malades venus d'eux mêmes ont représenté 65,08% (Tableau VIII).

Tableau N° VIII: Répartition des malades selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Malade référé	22	34,92
Malade venu de lui-même	41	65,08
Total	63	100

Les références sanitaires effectuées par le personnel médical ont représenté 34,92% de l'effectif.

3.1.9. Qualité du personnel référent

Tableau N° IX: Répartition des malades selon la qualification du personnel référent

Personnel référent	Effectif	Pourcentage
Aucun	41	65,08
Infirmier	15	23,81
Tradi-thérapeute	5	7,94
Médecin	2	3,17
Total	63	100

Nous avons constaté que l'automédication et le traitement traditionnel sont respectivement de 65,08% et 7,94%.

3.2- Aspects cliniques et données selon les diagnostics:

3.2.1. Aspects cliniques.

3.2.1.1. Motif de consultation

Tableau N° X: Répartition des malades selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	48	76,19
Ballonnement	15	23,81
Total	63	100

Le motif de consultation a été essentiellement la douleur abdominale avec une fréquence de 76,19%.

3.2.1.3 Délai de consultation des malades :

Tableau N° XI: Répartition selon le début des signes et le moment du diagnostic clinique.

Délai de consultation en heures	Effectifs	Pourcentage
0-12 Heures	15	23,81
13-24 Heures	21	33,33
48-72 Heures	5	7,94
96-120 Heures	2	3,17
> 120 Heures	7	11,11
Indéterminé	13	20,63
Total	63	100

La majorité de nos patients est vue avant 24 h après le début des signes.

3.2.1.4 Les antécédents médicaux (Tableau XII)

Tableau N° XII: Répartition des malades selon les antécédents médicaux

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Aucun	41	65,08
UGD	17	26,98
HTA	5	7,94
Total	63	100

La douleur épigastrique était la plus représentée avec 17 cas, soit 26,98%.

UGD : Ulcère Gastro-Duodéal, HTA : Hypertension Artérielle

3.2.1.5 Les antécédents chirurgicaux (Tableau XIII) :

Tableau N° XIII: Répartition des malades selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents	Effectif	Pourcentage %
Aucun	60	95,24
Hernie inguinale	2	3,17
Appendicite	1	1,59
Total	63	100

3.2.1.6 Les différents examens complémentaires réalisés :

Tableau N° XIV : Répartition des malades selon les examens complémentaires effectués par syndromes.

Syndromes	Echographie		Abdomen sans préparation		Groupage Sanguin/rhésus
	effectuée	non effectuée	effectué	non effectué	
	Syndromes appendiculaires	9	31	0	0
Syndromes péritonéaux	0	0	2	5	7
Syndromes occlusifs	0	0	5	11	16
Total	9	31	7	16	63

Nous avons fait recours à l'échographie chez 9 malades, à l'abdomen sans préparation chez 7 malades et au groupage /rhésus chez 63 malades soit respectivement 14,29 %, 11,11% et 100%.

3.2.2. Répartition des malades selon le diagnostic pré opératoire

Tableau N° XV: Répartition des malades selon le diagnostic pré opératoire

Syndromes	Effectifs	Pourcentage
Syndromes Appendiculaires	40	63,49
Syndromes Occlusifs	16	25,40
Syndromes Péritonéaux	7	11,11
Total	63	100

L'appendicite était le diagnostic le plus retrouvé avec 40 cas soit 63,49%.

3.2.3. Répartition des malades selon les étiologies

3.2.3.1 Péritonites

Parmi les 9 cas de péritonite 6 étaient d'origine appendiculaire (Tableau XVI).

Tableau N°XVI: étiologie, origine des péritonites.

Etiologies	origine des péritonites	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage des urgences digestives
Péritonite Appendiculaire	Appendice	6	66,67	9,52
Perforation Typhique	Iléon	1	11,11	1,59
Perforation gastrique	Estomac	2	22,22	3,17
Total		9	100	14,29

La péritonite appendiculaire était la plus représentée avec 66,67%.

NB: la laparotomie a permis de redresser le diagnostic dans deux cas.

3.2.2.2 Occlusion

Tableau N°XVII: Répartition des malades selon les étiologies des occlusions.

Etiologie	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage des urgences digestives
HIE	11	68,75	17,46
Volvulus intestinal	3	18,75	4,76
Brides	2	12,50	3,17
	16	100,00	25,40

Nous avons rencontré essentiellement les occlusions par strangulation.

La hernie inguino-crotale droite était la plus représentée avec 7 cas, soit 63,64%.

3.2.2.2.3. Appendicites aiguës :

En per-opératoire, nous avons rencontré 25 cas d'appendicite catarrhale soit 65,79% ; 8 cas d'appendicite phlegmoneuse soit 25,38% et enfin 5 cas d'abcès appendiculaire soit 14,40%.

3.3. Traitement

3.3.1 Traitement médical

Il a consisté en une réanimation des malades avant, pendant et après l'intervention chirurgicale. (Tableaux XVIII, XIX et XX)

Tableau N°XVIII: traitement pré opératoire.

Traitement	Effectif	Pourcentage
Perfusion (ringer, salé, glucosé)	54	85,71
AINS	30	47,62
ATB+Antalgique	41	65,08

En préopératoire la perfusion a représenté un taux de 85,71 %.

Tableau N° XIX : traitement per opératoire

Traitement	Effectif	Pourcentage
Perfusion + antibiotique	63	100,00
Antalgique	35	55,56

En per opératoire tous les patients ont reçu perfusion+antibiothérapie.

Tableau N°XX: Traitement médical en post opératoire

Traitement	Effectif	Pourcentage
Perfusion+ATB+Antalgique	63	100,00
AINS	38	60,32

L'antibiothérapie a consisté à l'association de deux ou trois antibiotiques.

3.3.2 Traitement chirurgical

3.3.2.1 Anesthésie

Les techniques anesthésiques utilisées au cours des interventions
(Tableau XXI)

Tableau N° XXI : le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Pathologies			Total	Pourcentage
	Appendicite	Péritonite	Occlusion		
AG	40	7	16	63	100,00
ALR	0	0	0	0	
AL	0	0	0	0	
TOTAL	40	7	16	63	100,00

L'anesthésie générale était exclusivement utilisée au cours de notre étude soit 63 cas avec une fréquence de 100%.

NB: Au cours de notre étude, il n'y a eu ni incident ni accident anesthésique per-opératoire

3.3.2.2 Techniques Opératoires

Tableau XXII: techniques opératoires utilisées par étiologie

Etiologies	Techniques	Effectif	Suites opératoires
Appendicite	Appendicectomie simple	13	Simple =13
	Appendicectomie +enfouissement	25	Simple= 25
Péritonite appendiculaire	Appendicectomie+lavage+drainage	6	Simple= 5 Abscess pari= 1
Perforation typhique	Suture de la brèche+lavage+drainage	1	Simple =1
Perforation gastrique	Suture de la brèche+lavage+drainage	2	Simple= 2
H I E	Cure selon shouldice	11	Simple =10 Abscess pari= 1
Volvulus intestinal	Résection+anastomose	2	Simple= 1
	Dévolvulation	1	Décès= 2
Brides	Libération de brides	2	Simple= 2

3.4. Evolution

3.4.1. Les suites opératoires

Tableau N° XXIII: La répartition des malades selon les suites opératoires immédiates

suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	59	93,65
Abcès pariétal	2	3,17
Décès	2	3,17
Total	63	100,00

Le taux de mortalité dans les suites opératoires était de 2 cas soit 3,17%.

NB : les suites opératoires à long terme ne sont pas déterminées à cause de la durée de l'étude.

3.4.2. Durée d'hospitalisation

Tableau N° XXIV: La répartition des malades selon la durée d'hospitalisation.

Durée en jour	Effectif	Pourcentage
J0-J7	43	68,25
J8-J14	15	23,81
>J14	5	7,94
Total	63	100,00

La durée moyenne a été de 8,37 jours, les extrêmes vont de 5 à 28 jours.

3.4. Données selon le coût de la prise en charge

Tableau N°XXV: Répartition des malades selon le coût du traitement par pathologie.

Coût/Pathologie	Effectifs	Coût du traitement (F CFA)		Total	
		Extrêmes	Moyenne		
Appendicite	38	65 000	80 000	72 500	2 320 000
Occlusion	16	100 000	170 000	135 000	2 160 000
Péritonite	9	50 000	100 000	75 000	975 000
Total	63				5 455 000

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Selon la méthodologie, l'étude prospective nous a permis de recenser 63 malades opérés pour urgences chirurgicales digestives. Les avantages de cette étude prospective sont les suivants : l'enquêteur examine lui-même les malades, les données recueillies sont fiables et exploitables. Comme difficultés rencontrées: l'insuffisance dans le suivi des malades. A notre connaissance, il n'y a pas eu une étude similaire menée dans un centre de santé de référence au Mali. Toutes les études similaires ont été menées exclusivement dans les Hôpitaux nationaux de référence.

Pour les fréquences, la chirurgie digestive d'urgence a constitué 15,79% de l'activité globale du service de chirurgie générale du C.S.Réf *de Koulikoro*. Des taux élevés ont été trouvés dans d'autres séries : 72,77% Konaté, Mali, [28], 58,20% Coulibaly, Mali [29] et 71,40% Mushtaq, Pakistan, [30]. Ces données témoignent de l'importance des urgences chirurgicales digestives.

La prédominance masculine est classique. Nous avons recensé plus d'hommes (66,67%) que de femmes (33,33%) soit un sexe ratio de 2 en faveur des hommes. Ce résultat peut être superposable à celui de Konaté, Mali, [28] 2,7 en faveur des hommes, Chianakwana, Nigeria, [31] 2,6 en faveur des hommes. Cela s'explique par le fait que les pathologies obstétricales sont exclues de l'étude.

Dembele[32] et Keita[33] du Mali, Solagberu[34] du Nigeria et Cassina[36] de l'Allemagne rapportent que les urgences en chirurgie digestive concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie de 30 à 40 ans. Nous sommes du même avis que ces auteurs car l'âge moyen dans notre série a été de 36,87 ans.

Concernant les examens complémentaires, seulement 16 malades soit 25,40% ont bénéficié d'examens complémentaires (ASP, Echographie), à cause de la non disponibilité des examens complémentaires en urgence. Nous avons effectué deux fois moins d'examens complémentaires que dans l'étude de Konaté [28] soit 47 malades $p=0,00015$. Cette différence s'explique par la présence d'une équipe de garde en radiologie et laboratoire au CHU Gabriel Touré.

Concernant les urgences abdominales les étiologies sont les suivantes :

Tableau XXVI: Répartition des 3 premières pathologies par ordre de fréquence décroissante selon les auteurs.

Auteurs	Arnaud,[35], France, 2003	Konaté, [28], Mali, 2005	Adejuyubé[36 ,Nigeria 2001	Notre étude, 2007
Pathologies Par ordre décroissant	Appendicite	Occlusion	Occlusion	Appendicite
	Occlusion	Appendicite	Péritonite	Occlusion
	Péritonite	Péritonite	Appendicite	Péritonite

Les étiologies des urgences abdominales chirurgicales sont variées dans les séries africaines, elles sont dominées par les occlusions intestinales alors qu'en Europe c'est l'appendicite aiguë qui occupe le premier rang.

La fréquence globale des 38 cas d'appendicite aigue est la suivante (tableau XXVII) :

Tableau N°XXVII: Fréquence des appendicites par rapport aux urgences chirurgicales digestives selon les auteurs

Auteurs	Effectif des urgences chirurgicales digestives	Pourcentage
Zoguerech, [37], RCA, 2001	276(p=0,009)	42,30
Cassina, [38],Allemagne, 1996	116 (p=0,020)	42,30
Konaté, [28], Mali, 2005	278 (p=0,000002)	28,77
Soumma [39], Mali 2007	90 (p=0,85)	58,50
Mungadi I A,(40),Nigeria,2004	2115 (p=0,0006)	38,9
Notre étude 2007/2008	63	60,32

L'appendicite aiguë est notre première cause des urgences abdominales comme en Europe [35], tandis que dans d'autres séries africaines elle occupe la deuxième place après l'occlusion [28].

Le diagnostic de l'appendicite aiguë est essentiellement clinique. Quand le diagnostic est cliniquement certain nous n'avons pas réalisé d'examen para clinique. Devant un tableau douteux chez 9 malades nous avons réalisé une échographie qui a objectivé des signes en faveur d'une appendicite (épaississement de la paroi, épanchement).

Le traitement de l'appendicite aiguë est chirurgical. La voie d'abord des appendicites non compliquées reste l'incision de Mac Burney. Tous nos malades ont bénéficié d'une appendicectomie à ciel ouvert. La coelioscopie n'existant pas dans notre centre nous n'avons pas réalisé d'appendicectomie par voie coelioscopique. Selon certains auteurs l'abord coelioscopique aurait comme avantage : la diminution des complications pariétales, la diminution de la douleur postopératoire, la diminution de la durée d'hospitalisation [36, 41].

Evolution post opératoire des 38 cas d'appendicite aiguë (Tableau XXVIII).

Tableau N°XXVIII: les suites opératoires selon les auteurs.

Auteurs	Garcia [42], Espagne 2005	Mungadi,[40] Nigeria, 2005	Daly [43], USA, 2005	Konaté [28] Mali 2005	Notre étude 2007
Abcès de la paroi	2,2%	13,7%	1,2%	2,1%	0
Taux de mortalité	0	1,6%	0	0	0

Les suites opératoires dans notre série ont été simples et sans complication contrairement aux autres séries où le taux d'abcès de paroi a été de 1,2% Daly aux USA, 13,7% Mungadi, Nigéria et 2,2% Garcia, Espagne. Le pronostic de l'appendicite est bon. Les auteurs ont rapporté un taux de mortalité de 0 à 1,6% [28, 40, 42, 43].

La fréquence globale des 16 cas d'occlusion est la suivante (tableau XXIX) :

Tableau N°XXIX : Fréquence des occlusions par rapport aux autres urgences digestives

Auteurs	Effectif des urgences abdominales chirurgicales	pourcentage
Fenyo, [44] Suède 2000	3 727 (p=0,004)	13
Padonou [9] Sénégal 1979	1 107 (p=0,005)	42,67
Konaté, [28], Mali, 2005	382 (p=0,00009)	34,5
Soumma [39], Mali 2007	90 (p=0,0001)	30
Notre étude 2007/2008	63	25,40

L'occlusion occupe parmi les urgences chirurgicales digestives la deuxième place en Europe [35] et la deuxième place dans notre étude. Le taux de 13% rapporté par Fenyo[44]en 2000 est statistiquement inférieur à celui des séries africaines p=0,004. Ceci pourrait avoir un rapport avec l'incidence élevée des hernies inguinales étranglées en Afrique. En Europe la cure herniaire sanctionne le diagnostic d'une hernie inguinale avant d'être compliquée.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée chez 7 malades et a montré dans tous les cas des signes radiologiques en faveur d'une occlusion. L'ASP aurait une sensibilité de 92% [2] dans les occlusions. La chirurgie coelioscopique étant absente dans notre centre, l'ASP occupe une place prépondérante dans le diagnostic des urgences abdominales chirurgicales.

Tableau XXX : étiologies des occlusions selon les auteurs:

Auteurs	Muyembe,Kenya (2001),[45] (n=139)	Mohamed[46] Arabie-saoudite (n=84)	Akcakaya,Turquie 2001, [47] (n=80)	Notre étude 2007 (n=16)
HIE	60(p=0,483)	17(p=0,000042)	8,4(p=0,000001)	68,75
Brides	7(p=0,00001)	45(p=0,0846)	48,4(p=0,1437)	12,50
Volvulus Intestinal	14(p=0,000001)	3,6(p=0,00000 1)	4,4(p=0,000001)	18,75

La hernie inguinale étranglée est une pathologie fréquente en Afrique. Notre taux de 68,75% est statistiquement comparable à celui de Muyembe au Kenya (60%) p=0,483 témoigne de cette grande fréquence. L'auteur [47] en Europe et [46] au Moyen Orient ont trouvé respectivement un taux de 8,4% p=0,000001 et 17% p=0,000042 ce qui est largement inférieur au 68,75% de notre série. Cela peut s'expliquer par le faite que la survenue de l'étranglement herniaire devient de plus en plus rare et que la prise en charge de la hernie inguinale simple est précoce et systématique.

Taux de mortalité des occlusions (Tableau XXXI).

Tableau XXXI : mortalité selon les auteurs.

Auteurs	Nombre	Test statistique	Fréquence
Akcakaya, Turquie [47]	80	P=0,8688	7,5
Muyembé 2001, Kénya [45]	139	P=0,8986	17
Shittu, Nigéria 2001, [48]	232	P=0,8928	8,2
Notre étude, Mali 2007	16		12,5

Les taux de mortalité dans les différentes séries sont encore importants. Une prise en charge précoce et adéquate pourrait améliorer les résultats.

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale de par leur fréquence.

Les étiologies sont multiples et variées d'où la nécessité d'une étroite collaboration interdisciplinaire.

« La prise en charge est onéreuse ».

La mortalité encore importante est surtout liée au retard de consultation.

Recommandations

❖ A la population :

- Eviter l'automédication
- Consulter immédiatement devant toute douleur abdominale aiguë un agent de santé.

❖ Aux autorités sanitaires du pays :

- La formation continue des chefs de poste médicaux
- L'amélioration des plateaux techniques des centres de santé de référence des cercles
- Créer un système de sécurité sociale

❖ Au personnel sanitaire :

- Référer les malades dans les meilleurs délais.
- Renforcer la collaboration interdisciplinaire.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Chiche B. Moule P.

Urgence chirurgicale. *Masson*, Paris 1980 ; 2.

2. Mondor H.

Diagnostic urgent. *Masson*, Paris 1965 ; page 1119.

3. Etienne J.C.

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. *Encyclopédie med-chir*, urgence; Paris 1898; 24-039 B-10-27P.

4. Luckacs B., Flamant Y., Hay J. -M., Maillard J.-N.

What becomes of patients suffering from non specific abdominal pain? car of the acutely ill and injured. *Edited by D. H Wilson and A. K. Marsden, John Wiley and sons Ltd*, 1982; 409-410.

6. Etienne, Jc, Fingerhut A, Eugenc, Wesenfelderl.

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. *Enc. Med. Chir. Urgences* 1994 ; 240390310 : 27P.

7. Dargent J. et Al.

Occlusion post-opératoire tardive du grêle par bride : Etude rétrospective de 47 dossiers facteurs, pronostic. *Lyon chir* 1992 ; 46 (4) : 287-589.

8. Domergue et al.

Apport coelioscopique dans les abdomens aigus. *Ann chir.* 1992 ; 46 (4) : 287-289.

9. Pandonou N., Diagne B., N'Diaye M. , Cherbonnel G M. , Noussaume O. Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques des quatre années (1973-1976) *Dakar médical*, 1979 ; 24, 190- 97.

10. Adelain T B.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le Service Polyvalent d'anesthésie et de réanimation de CHU de Cotonou. Thèse med. Cotonou 1994 ; n°616.

11. Issimaïla K.

Les urgences abdominales chirurgicales : étude rétrospective sur deux années au CHU de Cocody. Thèse de médecine Abidjan 2004 ; N° 1156.

12. Harouna Y.

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) *Médecine d'Afrique noire*: 2001 ; 42.

13. Doumbia S.

Abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital national du Point « G ». *Thèse med.* Bamako 1982 ; n°12.

15. Chevrel. JP. Gueraud, J B. Levy.

Appareil digestif : *Masson*; Paris 1986 ; 119-123.

16. Brun-Buisson C.

Les peritonites primitives. *Rev. Prat.*, 1986 ; 36, 1051-8.

17. Champault G., Grosdidier J.

Les péritonites diffuses post opératoires après chirurgie du tube digestive. *Masson, Paris*, 1982 ; 112.

18. Fagniez P. L., Serpeau D., Thomsen C., Trunet P.

Péritonites aiguës. *Encycl. Med. Chir.*, Paris, Estomac-intestin, 9045 A10, 1982 ; 147-150.

19. Parc R., Levy E., Loygue J.

Principes d'une intervention pour péritonite. *Ann. Chir.* 1985 ; 39, 541-6.

20. Bastien J., Leconte P.H., Leconte D.

Réflexion sur une série de 5 000 appendicectomies. *Ann. Chir.*, 1986 ; 40, 368-380.

21. Condon R.E.

Acute appendicitis in: surgical treatment of digestive disease. Moody F., Carey L.C. Eds. *Year book medical publisher* Chicago, 1986;120(2): 615-632.

22. Potet F.

Appendice. In : Potet F. histopathologie du tube digestif *Masson*; Paris 1988;225-39.

23. Adloff M, Mathevon H.

Appendicites. *Encycl. Med. Chir.* (Paris, France) Estomac-intestin, 966A.10.1984.

24. Encyclopédie medico-chirurgicale.

Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. Urgences medico-chirurgicales (EMC) 24059A.10.1984.

25. Dombal (de) F T.

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. *Masson*, Paris, 1987 ; 124-127.

26. Champault G.

Les occlusions coliques, étude rétrospective comparative de 497 cas. *J Chir* 1983 ; 120(1) : 807- 817.

27. Abi F et al.

Occlusions intestinales aiguës. Revue générale à propos de 100 cas. *J Chir* 2001 ; 124 : 8-9.

28. Konaté M.

Urgences chirurgicales à propos de 382 cas au CHU Gabriel Touré. *Thèse Med* , bamako,2005 ; n31.

29. Coulibaly M.

Appendicite aiguës dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. *Thèse Med* Bamako 2001; N01 M 44.

30. Mushtaph A, Mehbood Ali S, Stephen L, Philomena D J, Sifat W . Survey of surgical emergencies in a rural population in the Northern areas of Pakistan . *Trop Med & Int health* 1999 ; 12 : 846.

32. Dembele M.

Abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital du point «G».
Thèse Med Bamako 1998 ; N22.

33. Keïta S. : Problèmes diagnostiques et thérapeutiques des abdomens aigus, Chirurgie Hôpital du Point « G ». *Thèse med* Bamako 1996; n°13.

34. Solagberu BA, DUZE AT KURANGA AO OFOEGBU CK, ODELOWO EO. Surgical Emergencies in university hospital. *Niger prost grad Med J* 2005; 10(3): 140-143.

35. Arnaud J et al. Conduite à tenir devant un abdomen aigu. *Encyl Med Chir urgencies*, Paris 24089B-3-2003.

36. Adejuyigbé O, Fashain EO.

Acute intestinal obstruction in Nigerian children. *Trop Gastro Enterol* 2001; 6 : 120-123.

37. Zoguereh DD, Lemaitre X, Ikoli JF, Delmont J, Chamlian A, Mandeba JL, Nali NM.

Acute appendicitis at the National University in Bangui. Central African Republic: epidemiologic, clinical, paraclinical and therapeutic aspects. *Santé* 2001; 11(2): 117-25.

38. Cassina P et al.

Die effizienz der chirurgischen grunddiagnostik beim adominalschmerz . *Der chirurg* 1996; 67 : 245-260.

39. Soumma A.

Les urgences chirurgicales digestives à propos de 90 cas à l'hôpital de Gao. *Thèse de médecine* Bamako 2007 ; n°07-M-14.

40. Mungadi IA, Jabo BA, agwu NP.

A review of appendicectomy in North –western Nigeria. *Niger J Med*; 2004; (3): 240-3.

41. Hartmann B.

Péritonites aiguës in Mondor diagnostics urgents abdomen (Paris)
Masson 9ème Edit; Paris 1979; 24.

42. Garcia Vazquez A, Cano Novillo I, Benavent Gordo MI, Delgado Munoz MD, Anton-Pacheco Sanchez J, Berchi Garcia FJ.

Results of laparoscopic treatment of complicated appendicitis. *Cir Pediatr* 2005; 18 (1): 8-12.

43. Daly CP, Cohan RH , rancis IR caoili EM , Ellis JH , Nan M.

Incidence of acute appendicitis in patients with equivocal CT finding.
AJR Am J Roentgenol 2005;184(6):1813-20.

44. Fenyo G et al.

Acut abdomen calls for considerables care ressources analyses of 3727
in patients in the country of Stockholm during quarter of 1995.
Zakartidning en 2000; 60: 51.

45. Muyembe VM, Suleman N.

Intestinal obstruction at a provincial hospital in Kenya.
East Afr Med J 2000; 77(8): 440-3.

46. Mohamed A Y et al.

Causes and management of intestinal obstruction in a Saudi Arabian
hospital. *J R Coll Surg Edind* 1997; 42(1): 21-23.

47. Akacacaya A, Alimoglu O, Hevenk T Bas G, Sahin M.

Mechanical intestinal obstruction caused by abdominal wall hernias.
Ulus Travina Derg 2000; 6 (4): 260-5.

48. Shittu OB Gana J Y, Alawale EO, Ogundiran TO.

Pattern of mechanical intestinal obstruction in Ibadan: a ten year review.
Afr J Med Sci 2001; 30 (1-2):17.

49. Harouna Y et al.

Deux ans de chirurgie d'urgence à l'hôpital national de Niamey : étude analytique et pronostique. *Med. Afr. Noire* 2001 ; 48 (2) : 49-54

Azikiwe University Teaching Hospital Nnewi Anambre State. Nigeria.

Word J Surg 2005; 12:1.

50. Rocher R et al.

Chirurgische behandlung sergebnisse bein *mechanishen dunndarnileus chirurg* 1991; 62: 614-619.

51. Koumaré AK et al.

Appendicectomy à Bamako. *Ann Chir* 1995 ; 49 (2) : 188.

52. Silew S.

Appendicite aiguë in Harrison. *Masson 5ème Edit* 1992; 245: 1298-1299.

53. Donnelly NJ, Semmens JB, Fletcher Dr, Holman CD.

Appendicectomy in west Australia: *profil and trends*: 1981-1992. *MJA* 2001; 175: 15.

54. Caterino S et al.

Acute abdominal pain in emergency surgery clinical epidemiologic study of 450 patients. *Ann Ital chir* 1997; 68 (6):807-817.

55. Pearl RH, Hale DA, Maloy M.

Pediatric appendicectomy. *Pediatr Surg* 2003; 173-178

56. Emil S, Laberge JM, Baican L.

Appendicitis in children a ten years update of therapeutic recommendations. *Pediatric Surg* 2003; 38 (2) : 236-242.

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : SAMASSEKOU

PRENOM : Pathé

TITRE : urgences chirurgicales digestives.

SECTEUR D'INTERET : Chirurgie.

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO.

ANNEE DE SOUTENANCE : 2008-2009.

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS.

LIEU D'ENQUETE : CSREF DE KOULIKORO.

RESUME :

OBJECTIF GENERAL :

Urgences chirurgicales digestives au csref de koulikoro.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

-Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives.

-Décrire les aspects cliniques.

-Identifier les étiologies.

-Décrire le traitement.

-Évaluer le coût de la prise en charge.

Nous avons mené une étude prospective sur 63 patients reçus au service de chirurgie générale du csref de koulikoro.

Les urgences chirurgicales ont représenté 0,61% des consultations globales et 15,79% des interventions chirurgicales.

Il s'agit de 42 hommes et 21 femmes (sexe-ratio 2) dont l'âge moyen était de 36,87.

La douleur a été le principal motif de consultation.

L'examen physique a permis dans beaucoup de cas de poser le diagnostic.

Devant certains cas douteux, nous avons demandé des examens para cliniques (échographie dans 9 cas, ASP dans 7cas et groupage/rhésus dans 63 cas).

Le traitement est fonction de l'étiologie.

Appendicite 38/63

Occlusion 16/63

Péritonite 19/63

Le taux de mortalité a été de 2 cas.

Mots clés : urgence, cause, chirurgie.

