

Les urgences chirurgicales digestives au centre de sante de référence de Tominian

**MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SUPÉRIEURS ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE (MESRS)**

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTT-B)**

Année Universitaire 2022-2023 N° _____ /

THEME

LES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE TOMINIAN

Présentée et soutenue publiquement le 27/12/2023 Devant la Faculté de
Médecine

Par : M. Sékou FOFANA

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (**Diplôme d'Etat**)

JURY

Président : M. Bakary Tientigui DEMBELE (*Professeur*)

Membres : M. Siaka DIALLO (*Médecin*)

Membres : M. Brehima BENGALY (*Maître de conférences*)

Directeur : M. Drissa TRAORE (*Professeur*)

Co-Directeur : M. Klétigui Samuel DEMBELE (*Chirurgien*)

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je rends grâce à DIEU notre seigneur.

Le tout puissant qui par sa miséricorde, m'accorda le savoir et le courage nécessaire pour réaliser ce document.

Fasse que je me souvienne toujours de toi en tout lieu et en toutes circonstances et à chaque instant de ma vie.

Son Prophète Mohamed (Paix et Salut sur Lui).

Je dédie ce modeste travail :

A mon père : Adama FOFANA

Merci PAPA pour tous tes efforts consentis pour notre réussite. Tu as mis tous ce que tu possédais pour nous apprendre le sens de l'honneur, de la dignité, de la morale, et du travail bien fait. Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance pour tous ce que tu as fait pour moi. Papa voici le fruit de tous tes efforts consentis à mon égard. Que Dieu le tout puissant puisse te garder longtemps auprès de nous, Amen.

A ma mère : Kadia TOURE

Ma mère chérie : Tu as toujours été là pour nous donner ton amour, nous éduquer. Ta douceur, ta gentillesse, ta patience font de toi une mère adorable. Ce travail est l'aboutissement de toutes les souffrances que tu as enduré pour nous.

Merci maman.

A mes Oncles : Mr Mamadou FOFANA et Mr Amadou DIONI

Chers Oncles, Ce travail est le fruit de vos efforts constants. Vous qui n'avez jamais su faire la différence entre vos enfants et les autres. Voilà, tante que le bon Dieu est entrain de vous récompenser. Nous espérons être à la hauteur et ne jamais vous décevoir. Que le tout puissant vous prête longue vie afin que vous puissiez savourer avec nous les fruits de vos sacrifices.

A ma tante : Fatoumata DJITE tu as toujours été à mes côtés durant tout ce trajet, merci pour tes conseils et tes soutiens moral et financier. Puisse Allah t'accorder une longévité pleine de bonheur.

A mes frères et mes sœurs :

Sidiki FOFANA ; Boucadary FOFANA ; Abdoulaye FOFANA ; Fatoumata FOFANA ; Sitan FOFANA ; Kadidia FOFANA ; Badji FOFANA ; Oumou FOFANA ; Modibo FOFANA.

Ce travail est le vôtre également ; si je suis là aujourd'hui c'est quelque part grâce à vos encouragements et vos soutiens. Merci pour l'accompagnement tout au long de ce cycle.

REMERCIEMENTS

Au Pr Drissa TRAORE, merci de m'avoir accepté dans votre unité. Votre générosité et votre encouragement dans la recherche scientifique m'ont beaucoup aidé.

Au Dr KLETIGUI Samuel DEMBELE, merci pour votre disponibilité et d'avoir accepté de m'accompagner pour cette thèse. Votre simplicité et votre principe de travail bien fait m'ont beaucoup aidé.

Au Médecin Chef du CSRef Dr Ousmane A.A. DICKO, merci pour votre générosité, votre sympathie, et la formation offerte tout au long de cette thèse.

A Madame DEMBELE Marie KONATE, merci de m'avoir accueilli les bras ouverts et votre soutien sans limite.

Mes cousins et cousines : Boureima DIONI ; Boucadary DIONI, Boucadary FOFANA ; Nana FOFANA. Merci pour l'hospitalité, la générosité et le soutien.

A toute ma famille : De peur d'en oublier je me garde de citer les noms, vous avez été d'une très bonne compagnie. Ce travail est le vôtre.

Amis :

Mohamed A TRAORE ; Yaya ONGOIBA ; Mahamadou Bouba TRAORE ; Kariba SANOGO ; Vous avez été plus que des amis, vous étiez une famille. J'ai beaucoup appris de vous, tout au long du cycle tant sur le plan social qu'éducatif. Si j'y suis arrivé, c'est quelque part grâce à vous. Soyez-en remercié pour ces années de franche collaboration dans l'entente et la courtoisie. Qu'Allah fortifie et bénit ce lien d'amitié tissé jusqu'à la fin des temps.

A toute l'équipe du bloc opératoire du CSREF : Dr Amara DEMBELE ; Dr Moussa KANE ; Mr Bakary COULIBALY, Dr Adama TRAORE, Mr Hamadoun DOLO, Mr Seibou Ouattara. Merci de votre collaboration.

A tout le personnel du CSRef de TOMINIAN, merci pour votre disponibilité, votre enseignement, vos conseils et vos contributions.

A tout le personnel de la FMOS/FAPH, merci pour les enseignements offerts.

A mes amis et camarades de classe, etc. merci pour votre soutien et votre collaboration depuis le début de ce cursus universitaire

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGE AUX HONORABLES MEMBRES DE JURY

A notre maitre et Président du jury :

Professeur Bakary Tientigui DEMBELE

- ✓ Professeur titulaire de chirurgie générale à la F.M.O.S.
- ✓ Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE.
- ✓ Chargé de cours à l'I.N.F.S.S.
- ✓ Membre de la société de chirurgie du MALI (SO.CHILMA).
- ✓ Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone du MALI (ACAF).
- ✓ Membre de la société Malienne de gynécologie obstétrique du MALI (SOMAGO).
- ✓ Membre de la société Africaine de chirurgie digestive (SAFCHID).
- ✓ Membre de l'association Française de chirurgie (AFC).
- ✓ Membre du collège Ouest Africain de chirurgie (Sacs West Africa College Of Surgeons).
- ✓ Diplômé de pédagogie en science de la santé à l'Université de Bordeaux (France).

Cher maitre,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre désir de vouloir toujours l'excellence et votre rigueur dans le travail font de vous un modèle admiré de tous. Que ce travail soit le témoin de notre sincère reconnaissance et de notre profonde estime.

A notre maitre et Juge :

Professeur Brehima BENGALY

- ✓ Maître de conférences agrégé en chirurgie générale
- ✓ Spécialiste en Chirurgie Générale
- ✓ Praticien Hospitalier au CHU du Point-G
- ✓ Membre de la société de chirurgie du MALI (SO.CHI.MA)
- ✓ Membre de la société malienne de colo-proctologie

Cher Maître,

Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques.

Votre disponibilité constante et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable.

Permettez-nous, cher Maître, de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements.

A notre maitre et juge :

Dr Siaka DIALLO

- ✓ Maitre de recherche en chirurgie générale
- ✓ Spécialiste en Chirurgie Générale
- ✓ Praticien Hospitalier au CHU du Point-G
- ✓ Membre de la société de chirurgie du MALI (SO.CHI.MA)

Cher maître,

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Votre abord facile et votre dimension sociale inestimable nous ont beaucoup impressionnés.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre grande sympathie et de notre profond respect.

A notre maitre et directeur de thèse :

Pr Drissa TRAORE :

- ✓ Maître de conférences agrégé à la FMOS
- ✓ Spécialiste en chirurgie générale
- ✓ Praticien hospitalier au C.H.U. Point. G
- ✓ Membre de l'association française des chirurgies
- ✓ Membre de la société de chirurgie du Mali
- ✓ Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone

Cher Maître,

C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre rigueur scientifique, votre large ouverture d'esprit, votre gentillesse font de vous un grand homme scientifique exceptionnel. Au-delà de votre compétence, votre disponibilité et votre engagement pour un travail bien fait, nous ont beaucoup aidés.

Cher Maître, permettez-nous, de vous exprimer notre gratitude et nos sincères remerciements.

A notre Maître et Co-directeur

Docteur Klétigui Samuel DEMBELE

- ✓ Chargé de recherche en chirurgie générale
- ✓ Spécialiste en chirurgie générale
- ✓ Praticien au CSRef de Tominian
- ✓ Détenteur d'un Master en santé publique

Cher Maître,

Nous avons été marqués par votre courtoisie, votre modestie, votre gentillesse, votre accessibilité font de vous un enseignant de qualité. Vous m'avez dit un jour « concentre toi seulement sur ton travail, c'est ton objectif seulement qui t'intéresse pour le moment tout le reste vient après » je vais toujours garder ce conseil en tête qui fut la clé de ma réussite .

Trouvez ici l'expression de notre grande estime. Que Dieu vous accompagne dans votre carrière. Recevez ici toute notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

SIGLES ET 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.
IOT	Intubation Oro Trachéale
Km	Kilomètre
NFS	Numération Formule Sanguine.
SAMU	Service d'Assistance Médical Urgente.
SOCHIMATAF	Société de Chirurgie du Mali Traumatisme abdominal fermé
TAF	Traumatisme Abdominal Fermé
TR	Toucher Rectal.

TABLE DE MATIÈRE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS	II
DEDICACES	III
REMERCIEMENTS	IV
HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY	V
1. INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	3
2. OBJECTIFS	4
2.1. Objectif général :	4
2.2. Objectifs spécifiques :	4
GENERALITES	5
3. GENERALITES	6
3.1. Rappels anatomiques de l'appareil digestif (figure 1) [14] :	6
3.2. Les urgences chirurgicales digestives :	10
3.3. Les péritonites aiguës [16] :	15
3.4. Les appendicites aiguës [17] :	17
3.5. Les occlusions intestinales aiguës [17] :	23
METHODOLOGIE	30
4. METHODOLOGIE	31
4.2. Type et période d'étude :	38
4.3. Cadre d'étude :	39
4.4. Echantillonnage :	39
> Critères d'inclusion :	39
> Critères de non inclusion :	39
RESULTATS	40
5. RESULTATS	41
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	51
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	52
6.1. Méthodologie	52
6.2. Fréquence :	52
6.3. Age :	52
6.4. Sexe :	52
6.5. Mode d'admission :	53
6.7. L'examen clinique :	53
6.8. Aspects paracliniques : Echographie	53
6.9. Fréquence des principales étiologies :	54
6.9.1. Appendicite aiguë :	54
6.9.2. Péritonite aiguë :	54
6.9.3. Hernie étranglée :	55
6.9.4. Occlusion intestinale :	55
6.10. Traitement :	55
6.10.1. Traitement médical :	55
6.10.2. Traitement chirurgical :	55
6.11. Suites opératoires :	55
6.12. Durée d'hospitalisation :	56
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	57
7. CONCLUSION	58
8. RECOMMANDATIONS A LA POPULATION	59
REFERENCES	60
REFERENCE	61
ANNEXES	65
ANNEXES	66

LISTE DE TABLEAU

Tableau I : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon la tranche d'âge.	41
Tableau II : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon le sexe.	41
Tableau III : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon la profession.	41
Tableau IV : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon la provenance.	42
Tableau V : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon le mode de référence.	42
Tableau VI : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon la qualification du référent.	42
Tableau VII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon le mode d'Admission.	43
Tableau VIII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon le motif de consultation.	43
Tableau IX : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon les antécédents.	43
Tableau X : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon la durée d'évolution de la maladie.	43
Tableau XI : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon le siège de la douleur.	44
Tableau XII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon le type de la douleur.	44
Tableau XIII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon l' irradiation de la douleur.	44
Tableau XIV : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon l' Intensité de la douleur.	44
Tableau XV : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon des signes accompagnateur de la douleur.	45
Tableau XVI : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon les Paramètres Généraux.	45
Tableau XVII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon le Score OMS.	45
Tableau XVIII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon les Signes Physiques.	46
Tableau XIX : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon les Signes Paracliniques.	46
Tableau XX : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon le dg pré – opératoire.	47
Tableau XXI : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon le diagnostic opératoire.	47
Tableau XXII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon le traitement pré – opératoire.	47
Tableau XXIII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon la voie d'abord.	48
Tableau XXIV : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon l'acte chirurgical.	48
Tableau XXV : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon les suites opératoire.	48
Tableau XXVI : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon les Complication selon Clavien Dindon.	48

Tableau XXVII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon la Durée hospitalisation.	49
Tableau XXVIII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon le diagnostic per-opératoire et les complications.	49
Tableau XXIX : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon le diagnostic peropératoire et complication selon clavin dindon.	49
Tableau XXX : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon la durée hospitalisation et complication selon clavin dindon.	50
Tableau XXXI : La fréquence des urgences chirurgicales digestives selon les auteurs	52
Tableau XXXII : Fréquence des appendicites par rapport aux urgences chirurgicales selon les auteurs	54
Tableau XXXIII : Fréquence des péritonites par rapport aux urgences chirurgicales selon les auteurs.	54

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : appareil digestif	7
Figure 2 : estomac, duodénum	8
Figure 3 : colon.....	10
Figure 4 : Hernie étranglée.....	11

1. INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales concernent tous les patients admis en urgence et pour lesquels une décision d'intervention chirurgicale peut s'imposer dans les 24 heures. En pratique, elles intéressent les équipes de garde chargées de recevoir nuit et jour des patients dont la guérison dépend d'une intervention chirurgicale [1].

Selon l'OMS, ce sont des douleurs abdominales évoluant depuis quelques heures ou quelques jours (moins de trois jours) et qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicale, nécessitant un traitement en urgence. Bref, c'est tout désordre non traumatique dans la sphère abdominale requérant une intervention chirurgicale urgente [2].

La définition la plus simple est celle d'Etienne : « l'urgence est ce cas nécessitant des soins sans délai » [3].

Elles occupent une place importante dans l'activité des services d'urgences chirurgicales par : leur fréquence élevée, leur prise en charge difficile, leur taux de mortalité et de morbidité élevé [2].

Aux USA, 19 étiologies dont 6 chirurgicales (l'appendicite, la cholécystite aigue, l'occlusion intestinale aigüe, la torsion du kyste de l'ovaire, l'anévrisme) ont été retrouvées chez 1000 malades ayant un abdomen aigu [3].

En France, Domergue a étudié l'apport de la coelioscopie dans les urgences chirurgicales abdominales et considère que devant un abdomen aigu sa réalisation est un raccourci diagnostic et parfois un acte thérapeutique partiel (réalisé à minima) ou complet [4].

En 2021 dans une étude réalisée par Ismail A I au Djibouti ; les urgences chirurgicales digestives représentaient 25,1% de l'ensemble des interventions [5].

En 1979 à Dakar, Padonou [6] dans une série, avait trouvé 5 étiologies (occlusion, péritonite, appendicite, GEU, éviscération).

Une étude malienne réalisée par Kéita S sur les abdomens aigus, a rapporté un taux de mortalité de 17% [7]. Au Mali selon OUOLOGUEMM.O, les urgences chirurgicales ont constitué 32,1% de l'activité globale du service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso [8] ; KONATE M. a eu 28,77% au CHU Gabriel Touré [9], Y FANE [10] a eu 35,1% au CSRéf CI et BERTE I. D a eu 19,32% au service de chirurgie « A » du CHU du Point G [11].

Les urgences chirurgicales digestives ont représenté 21,53% des interventions et 54,59% des urgences chirurgicales au CSRef de Douentza en 2020 [12].

En 2022 au C.S.REF de SAN, 21,57% de l'ensemble des interventions étaient des urgences chirurgicales digestives [13].

L'urgence chirurgicale exige non seulement un diagnostic de présomption exact, mais aussi une intervention chirurgicale sans faille. Elle constitue une préoccupation pour le chirurgien par sa fréquence et sa prise en charge qui est souvent multidisciplinaire.

Le pronostic des urgences chirurgicales est grave [14].

Cette gravité serait liée :

Au retard de diagnostic conséquence d'une consultation tardive.

Au mauvais conditionnement des malades en peropératoire, faute de matériels.

Ces données montrent l'importance et la fréquence des urgences chirurgicales digestives.

En raison de l'absence d'étude réalisée au C.S.Réf de TOMINIAN et de la fréquence des pathologies chirurgicales digestives d'urgence nous avons initié ce travail.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1.Objectif général :

- ✓ Etudier les urgences chirurgicales digestives au C.S.Réf de Tominian.

2.2.Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives,
- ✓ Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques,
- ✓ Analyser les résultats de la prise en charge,

GENERALITES

3. GENERALITES

L'abdomen représente avec le petit bassin, la partie sous diaphragmatique du tronc. L'existence de la séreuse péritonéale qui entoure les viscères divise la cavité abdominale en deux parties qui sont :

Une partie intra péritonéale qui contient les viscères digestifs péritonisés ; Une partie rétro péritonéale qui contient le pancréas, les organes urinaires, les surrénales, les axes vasculo-nerveux.

3.1.Rappels anatomiques de l'appareil digestif (figure 1) [15] :

Il comprend les éléments parmi lesquels :

- La bouche ;
- L'œsophage ;
- L'estomac ;
- L'intestin grêle ;
- Le colon ;
- Le rectum et le canal anal.

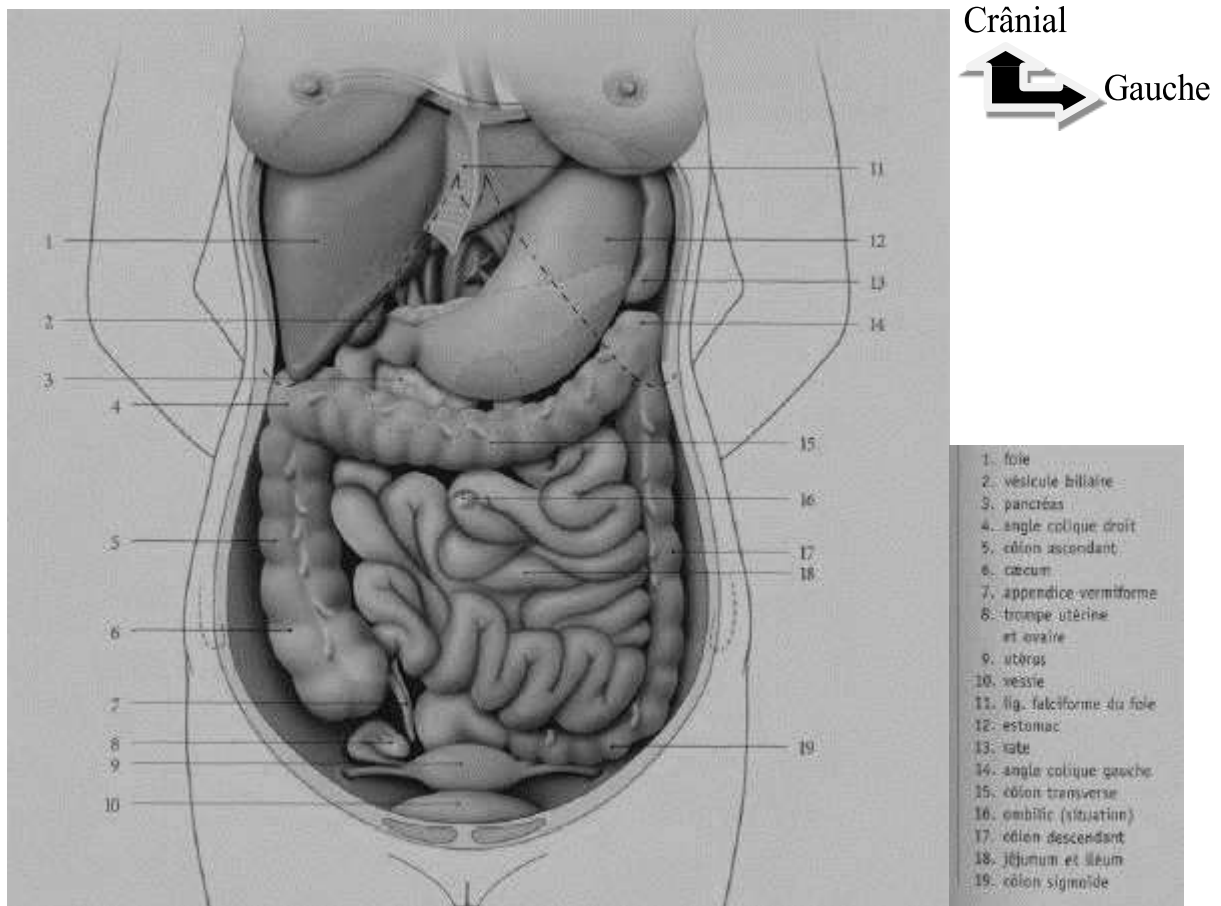


Figure 1 : appareil digestif

3.1.1. L'œsophage :

Il constitue la première partie du tube digestif. C'est un conduit musculo- membraneux de 25cm environ qui s'étend du pharynx à l'estomac dans lequel il véhicule les aliments. Il traverse successivement la partie inférieure du cou, le thorax et la partie supérieure de la cavité abdominale. Au cours de son trajet, il est situé juste devant la colonne vertébrale dans sa portion thoracique. Il passe derrière l'oreillette gauche, expliquant le retentissement cardiaque de certaines lésions œsophagiennes et la dysphagie dans certaines cardiopathies.

3.1.2. L'estomac :

C'est un réservoir musculéux interposé entre l'œsophage et le duodénum. Il est situé au-dessous du diaphragme dans la cavité abdominale où il occupe l'hypochondre gauche et une partie de l'épigastre. L'orifice d'entrée est le cardia ou orifice cardinal au niveau duquel se trouve un système anti reflux formant l'angle de HISS.

L'orifice de sortie est le pylore où il existe un sphincter pratiquement fermé en permanence qui ne s'ouvre que par intermittence lors de la digestion.

L'estomac comporte une portion verticale surmontée d'une grosse tubérosité (fundus où siège la poche à air) et une portion horizontale : l'antra qui aboutit au pylore. Son bord droit s'appelle petite courbure et son bord gauche, grande courbure.

Dans la cavité gastrique se passe un temps important de la digestion sous l'action d'un double phénomène : mécanique dû aux contractions des muscles de l'estomac (péristaltisme) et chimique dû au suc gastrique secrété par les glandes. Ces deux phénomènes aboutissent à la formation du chyme.

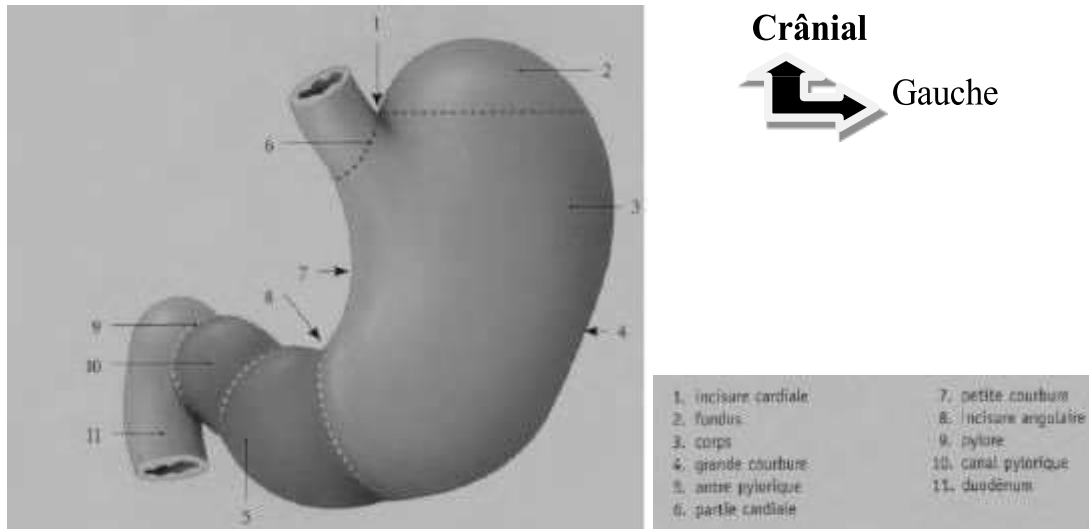


Figure 2 : estomac, duodénum

3.1.2.1. L'intestin grêle :

C'est un tube cylindrique, musculo-membraneux, qui unit l'estomac et le colon. Il est séparé de l'estomac par le sphincter pylorique. Sa limite inférieure est marquée par un sillon (sillon iléo – caecal) et une valvule iléo – caecale (valvule de Bauhin).

3.1.2.2. Le duodénum :

Qui veut dire en latin « par douze » car il mesure 12 travers de doigts, forme un anneau incomplet autour de la tête du pancréas. Sa longueur est de 25cm avec un diamètre de 3-4cm. Il comprend 4 parties :

- ✓ 1^{ère} portion partant de l'estomac, elle se porte d'abord en haut, en arrière et à droite ;
- ✓ 2^{ème} portion, elle se réfléchit et se dirige directement en bas au niveau du col de la vésicule biliaire ;
- ✓ 3^{ème} portion, elle suit un trajet horizontal à gauche à la partie inférieure de la tête du pancréas;
- ✓ 4^{ème} portion, elle monte obliquement en haut et à gauche jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal à partir des vaisseaux mésentériques.

3.1.2.3. Le jéjuno – iléon :

Il s'étend de l'angle duodéno-jéjunal au caecum. Il mesure 6,5m. Son calibre varie entre 2 et 3 cm.

Il comprend 15 à 16 flexuosités ou anses intestinales. Les anses jéjunales sont disposées horizontalement dans la cavité abdominale supérieure gauche tandis que les anses iléales sont placées verticalement dans la cavité abdominale inférieure droite.

Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'iléon. Sous l'action de la bile, du suc pancréatique et du suc intestinal, le chyme gastrique est transformé en chyle. Le chyle est absorbé par un énorme réseau vasculaire drainé vers le foie par le système porte.

3.1.2.4. Colon – rectum – canal anal :

C'est la partie terminale du tube digestif. Le colon fait suite dans la fosse iliaque droite à l'iléon. Il présente à ce niveau un cul de sac ou caecum auquel est appendu l'appendice puis traverse tout l'abdomen décrivant une grande boucle à concavité inférieure. Il comprend successivement le colon ascendant, le colon transverse, le colon descendant dans la fosse iliaque gauche (colon sigmoïde) puis descend dans le petit bassin où il présente une portion dilatée (Rectum) puis il traverse le plancher du périnée et s'ouvre à l'extérieur par le canal anal. Sa longueur moyenne est de 1,5m.

3.1.3. Glandes Annexes :

3.1.3.1. Foie :

Le foie est défini comme un organe glandulaire indispensable à la vie. Il est placé sur le trajet de la veine porte, et destiné à de multiples fonctions physiologiques (stockage du glucose sous forme de glycogène, fonction de détoxification, élaboration de la bile, etc....)

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 grêle par les voies biliaires : Sécrétée en permanence par le foie, elle est stockée dans la vésicule biliaire et excrétée au moment de la digestion.

3.1.3.2. Pancréas :

Organe profond, retro péritonéal, on lui décrit trois portions : la tête, le corps et la queue (Caput, corpus et cauda pancreati). 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 santoroni (ductuspancreaticus).

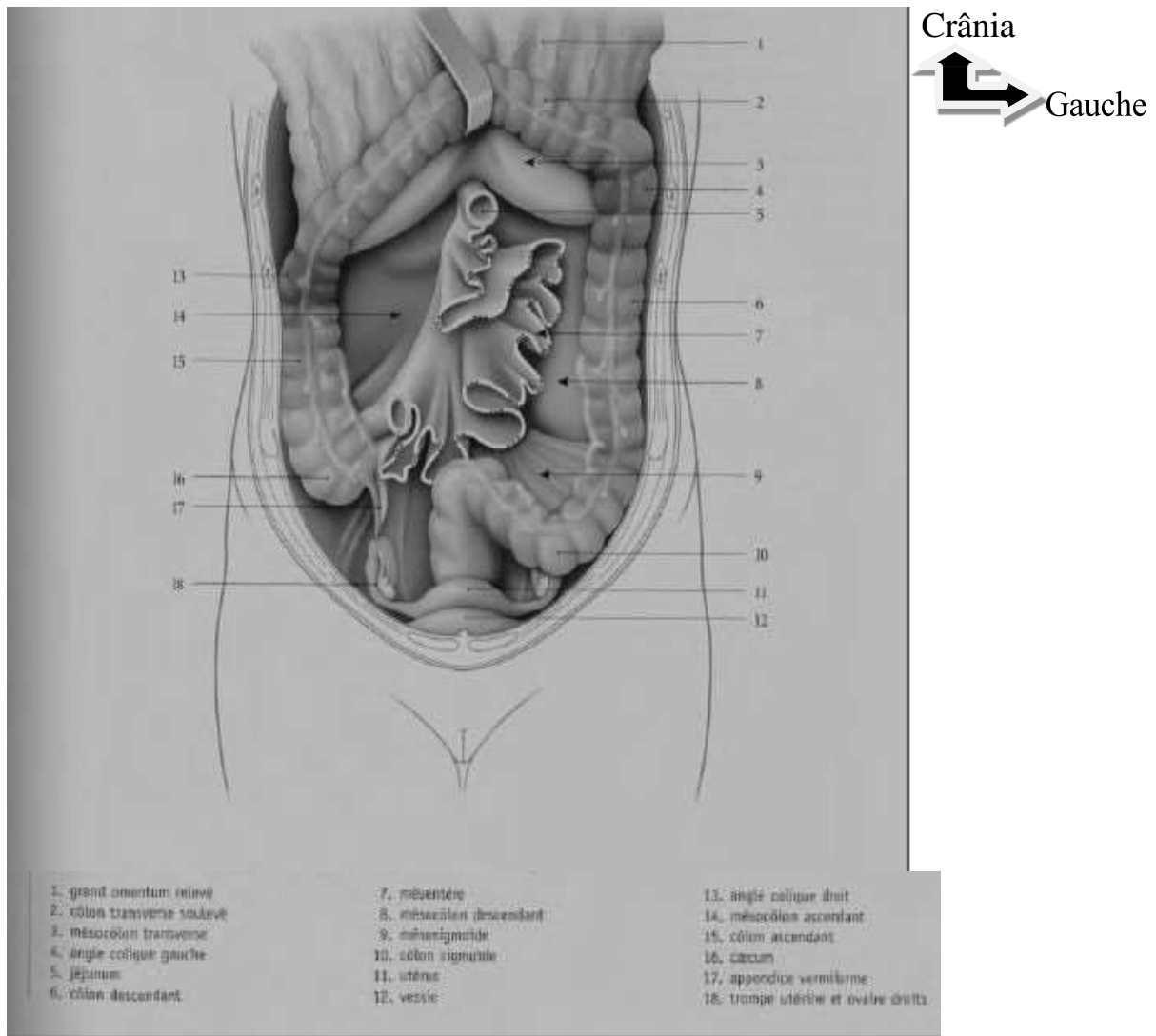


Figure 3 : colon

3.2. Les urgences chirurgicales digestives :

3.2.1. Hernie étranglée [16] :

3.2.1.1. 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.

3.2.1.2. Physiopathologie :

Une hernie non compliquée est indolore (elle entraîne tout au plus une 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 incarcerated 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.

a. 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 plus que d'autres, cependant (fig. 4).

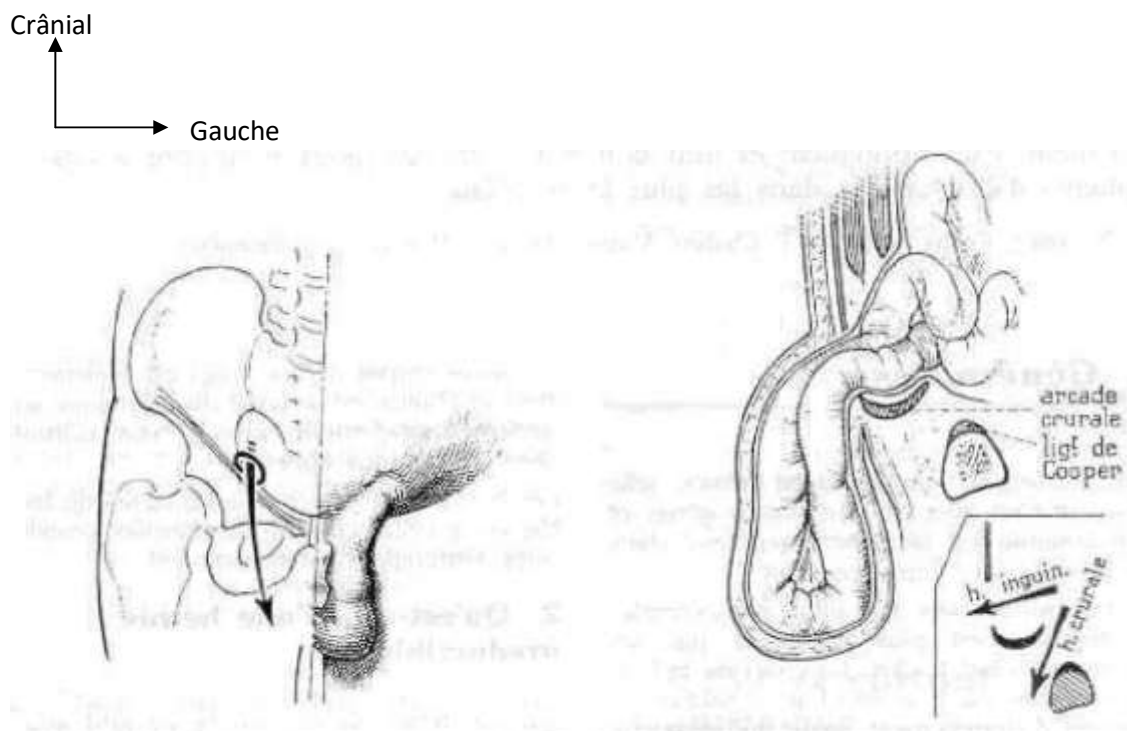


Figure 4 : Hernie étranglée

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.

b. 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.

3.2.1.3. 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 œdématisée. 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.

3.2.1.4. Formes cliniques :

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 hyper algique, vomissement fécaloïdes précoces, signes toxiinfectieux.

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.

3.2.1.5. Les examens complémentaires :

- L'ASP (abdomen sans préparation) debout de face : montre des niveaux hydro- aériques.

- L'échographie : Elle montre un épaississement 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.

3.2.1.6. 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.

3.2.1.7. Diagnostic différentiel :

a. 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.

b. 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.

c. Les adénites inguinales :

Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile

d. 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.

3.2.1.8. Traitement chirurgical d'urgence : principes généraux et indication :

But :

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

3.2.1.9. 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.

3.3. Les péritonites aiguës [17] :

2.2.1. 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).

2.2.2. 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 hypovolémie, 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.

2.2.3. Formes cliniques :

a) 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.

b) 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).

2.2.4. Etiologie :

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

Ce sont ces aspects étiologiques qui sont sous cités.

- Péritonites primitives ;
- Péritonites appendiculaires ;
- Péritonites par perforation gastroduodénale ;
- Péritonites typhiques ;

- Péritonites d'origine génitale ;
- Péritonites par perforation colique ;
- Péritonites postopératoires ;

2.2.5. 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 électrolytique, 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.

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 occlut 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.

3.4. Les appendicites aiguës [18] :

2.3.1. Définition :

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

2.3.2. Epidémiologie :

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

2.3.3. 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)

2.3.4. 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 turgescents 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.

2.3.5. Etude clinique :

a) Les signes fonctionnels :

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

b) 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.

c) 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.

d) 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.

e) 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.

2.3.6. L'abcès (est une complication de l'appendicite catarrhale) :

Signes fonctionnels : sont les mêmes 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.

2.3.7. Le plastron (est une complication de l'appendicite catarrhale) :

Il est souvent favorisé par une antibiothérapie abusive, fait au début de la crise 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 paracliniques : 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.

2.3.8. 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 paracliniques :

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.

2.3.9. 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 sub-ictère 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 relève 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 défense de la fosse iliaque droit. 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 GEU droite non rompue, une salpingite 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

2.3.10. Formes cliniques :

a) 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 1er trimestre peu de différence avec l'appendicite typique

Au 3ème 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 flanc droit (surtout lombaires) ;
- Des nausées ;
- Une constipation ;
- Une température 38°-39°c avec des frissons parfois ;
- Des troubles urinaires (pollakiurie brûlures mictionnelles).

b) 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 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 :

- Des douleurs dans hypochondre droit ;
- Des nausées voire des vomissements ;
- Une constipation ;
- Une douleur, voir une défense provoquée dans l'hypochondre ;

- Une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

Appendicite mésocoeliale caractérisée par :

- Des douleurs périombilicales ;
- 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.

2.3.11. Principe du traitement des appendicites aiguës :

Le seul traitement est l'appendicectomie

a) L'abcès appendiculaire nécessite :

- Une appendicectomie ;
- Une antibiothérapie.

b) La péritonite nécessite :

- Une réanimation médicale pré, per, post-opératoire, jusqu'à la reprise de 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.

c) 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.

3.5. Les occlusions intestinales aiguës [18] :

3.5.1. 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.

3.5.2. Physiopathologie :

a) **L'occlusion organique** est une occlusion mécanique.

Elle peut être occasionnée par :

- Strangulation (exemple : volvulus, invagination) ;
- Obstruction ;
- Compression ;

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

b) **L'occlusion fonctionnelle** : se fait par inhibition du nerf intestinal.

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

3.5.3. Signes cliniques :

a) **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.

b) 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.

c) 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.

3.5.4. Les signes paracliniques :

a) La radiographie de l'abdomen sans préparation : débout 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.

b) Le lavement baryté : est important pour rechercher le siège et la cause de l'occlusion du colon.

c) Le transit de la grêle : effectué en dehors des périodes de vomissements peuvent monter 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 hydroélectrolytiques souvent fonctionnelles sont constatées 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).

3.5.5. Formes cliniques :

a) En fonction du siège :

Signes d'occlusion	Sièges d'occlusion	
	Grêle	Colon
Douleurs	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	Important
Niveaux hydro-aériques	Plus larges que hauts, à bords fins centraux	Plus hauts que larges, à bords épais Périphériques
Lavement	Normal	Montre siège, le mécanisme de l'occlusion et la cause l'occlusion

b) 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

Antécédent d'alternance de diarrhée et de constipation. Une tumeur à la palpation parfois.

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 :

- Diagnostiquée à l'inspection du périnée à la naissance ;
- La maladie de Hirschsprung ;
- L'immaturation du colon pour la 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 Hirschsprung.

✓ **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 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 Debout de face prenant les coupes diaphragmatiques : montre une dilatation gazeuse diffuse (sur la grêle, le colon) avec peu de niveau hydro-aérique.

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

3.5.6. 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.

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1.1. Présentation du cercle de TOMINIAN :

A- Repères Historiques de la ville de TOMINIAN :

Tominian est le 8^{ème} district sanitaire de la région de **Ségou** (4^{ème} Région administrative du **MALI**). Il couvre une superficie de **6 563 km²**.

La ville de **Tominian** chef-lieu du cercle, fut fondée en **1540** par un pêcheur du nom de **Hassana Diassana** en provenance de **Dia**.

L'histoire contemporaine du cercle de **Tominian** est liée à la pénétration coloniale. De la chefferie en **1905**, **Tominian** est érigé en subdivision par arrêté N°4300/AB du 07-01-1957.

Cette subdivision se verra érigée en cercle en **1961**.

1. Organisation Politique et Administrative :

Le **MALI** est administrativement découpé en régions, cercles, communes, villages, fractions et quartiers. A l'issue du découpage territorial en communes, le cercle de **Tominian** comprend **12** communes et **318** villages. Les plus grosses sont les communes de **Fangasso** (**41** villages), **Timissa** (**30** villages) et **Tominian** (**36** villages).

Sur le plan administratif l'état est représenté par le préfet et les sous-Préfets au niveau du cercle et les maires au niveau des communes.

2. Organisation Communautaire :

La société comprend les natifs et les étrangers. Elle est dirigée par un chef de village, le doyen parmi les descendants du fondateur. En outre la société constituée de nobles et les hommes de caste.

3. Organisation Culturelle et traditionnelle :

Tominian est un cercle doté de cultures et de croyances intéressantes ; on assiste ici à un mélange de tradition de cultures et d'ethnies dont les **Bwa** étant l'ethnie majoritaire croient à l'existence d'un Dieu suprême « **Debwenu** » responsable de toute chose sur terre.

Le « **Do** » figure centrale du système religieux **Bwa** est représenté par un objet et il se manifeste sous forme de masque lors des fêtes religieuses précédant l'hivernage. Il est l'intermédiaire entre **Debwenu** et les hommes. Le culte du « **Do** » a une assise villageoise.

Une communauté villageoise n'existe proprement qu'à partir du moment qu'elle a acquis une représentation du **Do**. Dans le culte du **Do** il existe une discipline de rigueur qui régit la conduite de l'individu dans la société, d'où la tendance de croire que les **Bwa** sont un peuple conservateur.

Les religions pratiquées dans le cercle sont : **Le Christianisme, l'Animisme et l'Islam.**

4. Activités génératrices de revenus :

Plusieurs activités socio-économiques sont pratiquées dans le cercle de **TOMINIAN**

- **L'agriculture** : elle est tributaire aux aléas climatiques caractérisés par une faible pluviométrie. Il s'agit essentiellement de culture sèche : **mil, sorgho, maïs, fonio et haricot.**
- **L'élevage** : se pratique partout dans le cercle et concerne : **porcin, bovin, équins, ovins, caprins etc.**
- **Le commerce** : quant au commerce, il existe plusieurs foires hebdomadaires dont les plus importantes sont : **Bènèna, Fangasso, Mandiakuy, Yasso, Diora, Diamakan, Lohan et Timissa.**

Le commerce porte sur les produits agricoles, le bétail, la volaille et les produits de Cueillettes (noix de karité, pain de singe, feuilles de baobab).

- **L'artisanat** : est une activité secondaire pratiquée par des corporations spécifiques (essentiellement les forgerons, les cordonniers et les tisserands).

5. Population : Ethnies, phénomènes migratoires.

Le cercle de **Tominian** compte **294078** habitants en **2018** avec une densité de **44 hbts/km²**, le taux d'accroissement est de **2,30 %** par an.

La majorité de la population est composée de **BWA** ; regroupe d'autres ethnies minoritaires qui sont les **Dafings**, les **Miniankas**, les **Dogons**, les **Peulhs**, les **Mossis**, et les **Bambaras**....

L'exode rural est un phénomène non moins important dans le cercle de **Tominian** surtout la population jeune. Les principales destinations sont les grands centres urbains (Bamako, Ségou, Sikasso) et même l'extérieur (Côte d'Ivoire, Burkina Faso etc.).

6. Partenaires techniques et financières :

- **Les Missions confessionnelles** (Alliance Mission, Mission protestante, Mission catholique) : ces différentes missions soutiennent le fonctionnement des CSCom dont elles sont responsables.
- **SAHEL ECO** : apporte un appui à l'organisation du monde rural dans le cadre des associations.
- **Marie stop internationale** : apporte un appui dans le domaine du planning familial.
- **BECEYA** : apporte un appui en matière d'hygiène.
- **Banque Mondiale** : Projet Palu/MTN au Sahel,

- **UNICEF** : Appui aux activités de lutte contre la malnutrition,
- **PSI/Mali** : Appui aux activités préventives et de suivi/évaluation de la qualité des données de la prise en charge des cas de paludisme, □ **World Vision** intervient dans :
 - L'hygiène et assainissement ;
 - L'approvisionnement en eau potable ;
 - L'équipement des CSCOM ;
 - L'appui à la référence ;
 - La lutte contre les excisions, le Sida, les IST ;
 - La nutrition des enfants ;
 - Le parrainage des enfants en situation difficile.

Étude du milieu scolaire :

De nos jours le cercle compte :

- 31 établissements scolaires publiques,
- 9 privés,
- 44 écoles de Base,
- École de santé,
- Centre de formation professionnel et
- 7 jardins d'enfant (dont seulement trois sont opérationnels : **Tominian, Bènèna, Dobwo**).

Les activités d'alphabétisation sont menées dans le cercle par plusieurs organismes : **CMDT, CFAR zura, Education, Missions catholiques et protestant.**

7. Organisation sanitaire :

Elle comprend :

- La Carte sanitaire et l'aires de santé qui nous renseigne sur le nombre de village et la population qui y vivent, le nombre de structure sanitaire et leurs emplacements ;
- Deux niveaux de soin au niveau district (CSCOM, CSRéf) et une présentation du CSRef

CARTE SANITAIRE DU DISTRICT DE TOMINIAN :

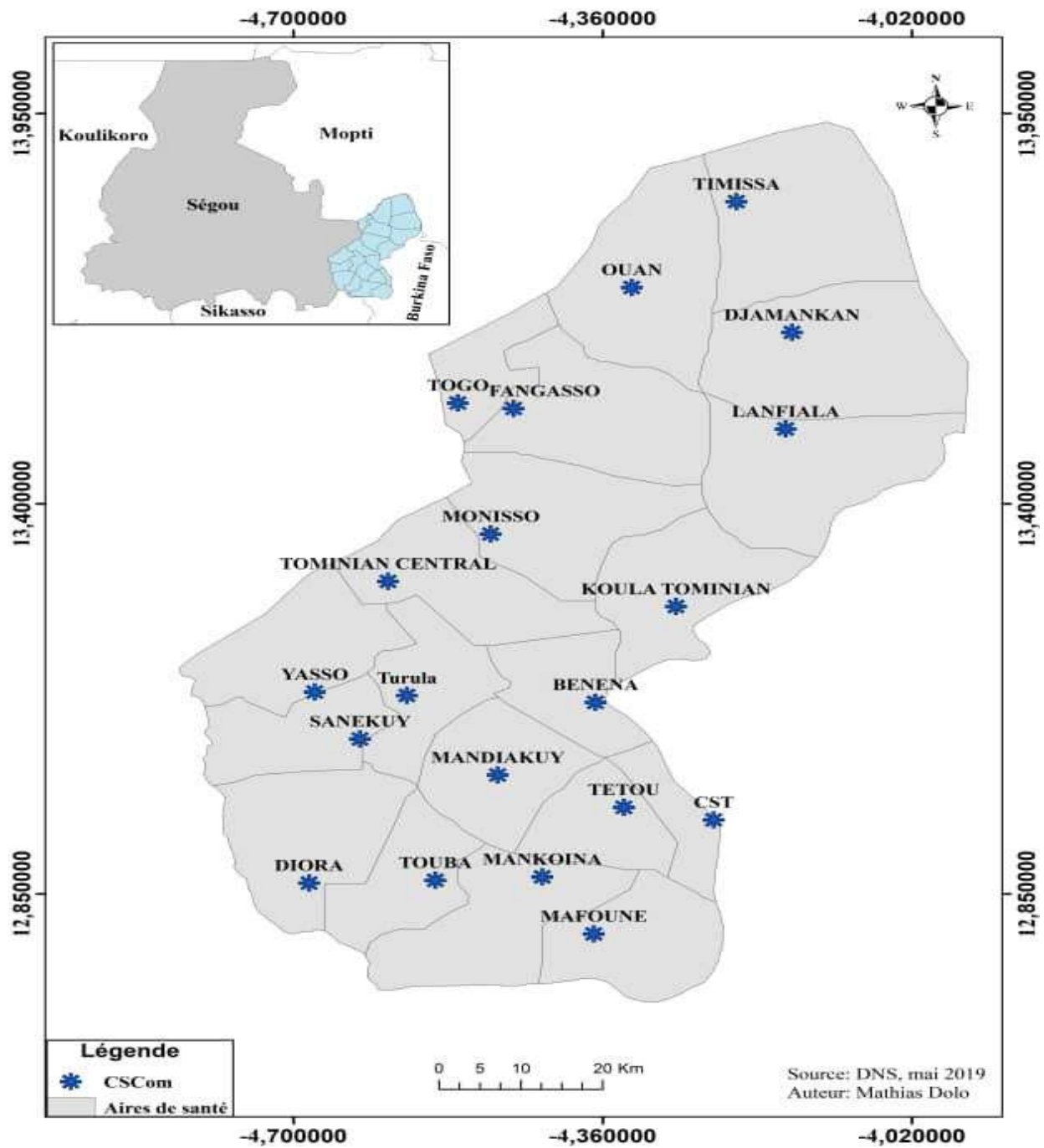


Fig 5 : Carte Sanitaire du District Sanitaire de Tominian

AIRE DE SANTE

AIRE DE SANTE	POP 2019	HOM ME	FEM ME	0-11mois	N.A	C.A	F A P	Distance	Ménages	Rélais
BENENA	15635	7661	7974	625	782	9	3440	33	2234	64
C.S.T	6902	3382	3520	276	345	4	1518	90	986	28
DIAMAKAN	8187	4011	4175	327	409	5	1801	130	1170	33
DIORA	20453	10022	10431	818	1023	11	4500	72	2922	83
FANGASSO	15672	7679	7993	627	784	9	3448	45	2239	64
KOULA	15498	7594	7904	620	775	9	3410	53	2214	63
LANFIARA	18885	9254	9631	755	944	11	4155	90	2698	77
N'DIENSO	7662	3754	3908	306	383	4	1686	45	1095	31
MAFOUNE	9641	4724	4917	386	482	5	2121	90	1377	39
MANDIAKUY	22048	10803	11244	882	1102	12	4851	50	3150	90
MANKOINA	13841	6782	7059	554	692	8	3045	78	1977	56
MONISSO	21255	10415	10840	850	1063	12	4676	18	3036	87
OUAN	12105	5932	6174	484	605	7	2663	66	1729	49
SANEKUY	13957	6839	7118	558	698	8	3070	27	1994	57
TETOU	8027	3933	4094	321	401	4	1766	68	1147	33
TIMISSA	23359	11446	11913	934	1168	13	5139	105	3337	95
TOGO	7372	3613	3760	295	369	4	1622	45	1053	30
TOMINIANC	25946	12714	13232	1038	1297	15	5708	0	3707	106
TOUBA	11655	5711	5944	466	583	7	2564	68	1665	48
TURULA	8317	4075	4242	333	416	5	1830	24	1188	34
YASSO	17561	8605	8956	702	878	10	3863	22	2509	72
TOTAL	303978	148949	155029	12159	15199	170	66875	1219	43425	1241

• **ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU NIVEAU DU DISTRICT**

Le système de santé à Tominian comprend 2 niveaux de soins :

• **Premier niveau :**

C'est le niveau privilégié, prôné à toutes les occasions, recommandées par la politique nationale de Santé au MALI pour une meilleure gestion des premiers contacts entre population et personnel technique.

Le premier niveau est actuellement constitué par un réseau de vingt (20) structures communautaires et confessionnelles dont 01 centre de santé transfrontalier (Mali / Burkina Faso) tous dirigés par une équipe technique composée d'au moins un Directeur Technique, une Sage-femme, une infirmière obstétricienne, une matrone, un agent vaccinateur et un gérant de dépôt des médicaments essentiels.

Tous fonctionnent sous l'autorité des comités de gestion communautaires.

- **Deuxième niveau :**

Il est constitué par le Centre de Santé de Cercle, niveau de référence pour les Centres de Santé Communautaires.

Ce Centre de Santé de Référence est chargé de gérer tous les problèmes de santé pour lesquels les structures du premier niveau n'ont pu trouver satisfaction pour des raisons techniques, économiques ou autres. Il s'agit des problèmes dont la prise en charge exige des techniques qui ne font pas partie du plateau technique des CSCom (techniques rares ou trop coûteuses pour être décentralisées dans tous les CSCom ; des problèmes exigeant un personnel spécialisé, des cas graves, etc.).

NB : A côté de ces différentes structures de 1^{er} et 2^{ème} niveau, il faut noter l'existence d'un cabinet médical et une infirmerie à l'IFM pour les élèves.

- **Présentation du centre de santé de référence :**

L'Infrastructure :

Elle est constituée de :

- Une unité de consultation externe ;
- Une unité chirurgicale avec un bloc opératoire comprenant (une salle septique, une salle aseptique, une salle de stérilisation, une salle de réveil, une salle d'attente) ;
- Une maternité, qui a une capacité de 11 lits disponibles ;

Cette unité est tenue par un médecin, trois sage-femmes assistées par trois infirmières obstétriciennes. La coordination des activités de référence/évacuation est assurée par un médecin responsable.

- Les unités d'hospitalisation (médecine et chirurgie) avec une capacité totale de 20 lits disponibles (chirurgie 11 lits et médecine 09 lits) ;
- Un laboratoire équipé et fonctionnel ;
- Deux unités de garde (maternité et 1er échelon) ;
- Une unité de gestion ;
- Un service d'hygiène ;
- Une salle de réunions et de formations ;
- Un bureau d'entrée ;
- Un secrétariat.

Inventaire des ressources du CSRéf :

Qualification	CSRéf	CSCom	Total
Médecin Spécialiste	1	0	1
Médecin Généraliste	4	4	8
Assistant Médical	2	0	2
Sage-Femme	4	12	16
IDE	3	7	10
Tech supérieur de labo	2	1	3
Infirmiers	3	7	10
Infirmière Obstétricienne	2	6	8
Technicien de labo	1	0	1
Comptable	3	0	3
Secrétaire	1	0	1
Chauffeurs	4	0	4
Manœuvre	5	6	11
Gérant DV/DRC	3	0	3
Matrones	0	24	24
Vaccinateurs	0	22	22
Total	38	89	127

Les moyens logistiques /matériels du Centre de Santé de Référence :

La logistique du Centre de Santé de Référence est constituée de :

- Quatre véhicules TOYOTA double cabine Hilux diesel ;
- Un véhicule TOYOTA cabine unique land cruiser
- Quatre ambulances dont deux en mauvais état ;
- Quatorze ordinateurs de bureau et huit (8) ordinateurs portables ;
- Un groupe électrogène diesel (Deutz 15 KVA en mauvais état);
- Une chaîne de froid composé d'un congélateur, trois réfrigérateurs SURE CHILL dont un en mauvais état et un réfrigérateur Domestic
- Un RAC assurant la liaison avec les 19 Aires de santé fonctionnelles.
- Douze motos dont : une pour le programme tuberculose, une pour le programme Ver de Guinée, une pour le programme MTN, deux pour le PNLN, une comme appui du projet BECEYA, une pour le programme LEPRE, cinq pour appui direct.

Système D'approvisionnement en Médicaments Essentiels :

Le centre s'approvisionne en médicaments essentiels (DCI) selon le circuit d'approvisionnement mis en place par la politique nationale : au niveau du magasin régional de **Ségou**. Cet approvisionnement se fait par commande trimestrielle.

Elle est effectuée par le gérant du dépôt répartiteur du cercle (DRC), qui à son tour approvisionne les dépôts de vente (DV) du centre de santé de référence et les 20 centres de santé communautaire (CSCOM) du Cercle.

Système de Référence/ Évacuation :

La référence / évacuation a été organisée depuis juillet 2003.

La gratuité de la césarienne a été promulguée en juin 2005 dans un contexte de crise affectant tous les systèmes de référence évacuation des différents districts.

Le partage de cout se fait entre l'ASACO et le conseil communal.

- 60% du montant prévu pour l'ASACO.
- 40% du montant prévu pour le conseil communal.

Les modalités pratiques de prise en charge des frais de transport des malades évacués et/ou référés ont été discutées avec les différents Comités de Gestion des CSCOM, les collectivités au cours d'un atelier de concertation sur la référence.

Le but de ces concertations était de mettre en place un mécanisme de solidarité locale dans la prise en charge des frais liés surtout à l'évacuation dans le cadre de la périnatalité. Tout malade référé ou évacué par un CSCOM est accueilli avec priorité et a un accès direct à la consultation de référence tenue par un médecin sur présentation de la fiche de référence dûment signé. Les malades ne seront donc assujettis à aucune autre formalité que celle justifiée par l'enregistrement des données par ailleurs décidées par l'ESSC.

Le transport par ambulance des parturientes, nouveau-nés et des autres malades évacués au CSRef est directement pris en charge par la caisse de la référence-évacuation. L'organisation de la référence-évacuation du niveau village au CSCOM a connu quelques difficultés dans le district sanitaire de Tominian; mais a été relancée en 2012 dans 5 CSCOM avec l'arrivée des moto-ambulances.

4.2. Type et période d'étude :

Ce travail est une étude prospective transversale allant du 1^{er} Décembre 2022 au 31 Novembre 2023.

4.3. Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans l'unité de chirurgie générale du CS Réf de Tominian.

4.4. Echantillonnage :

Nous avons recensé 116 patients pendant notre période d'étude, qui répondaient aux critères d'inclusion.

➤ Critères d'inclusion :

Tous les patients reçus et prise en charge au service de chirurgie générale du C.S.Réf de TOMINIAN pour urgence chirurgicale diagnostiqué.

➤ Critères de non inclusion :

Tous les patients reçus opérés ou non pour d'autres urgences :

- Gynéco-obstétricales ;

Tous les patients opérés dans d'autres structures.

4.5. Les variables étudiées ont concerné :

Le sexe, l'âge, les antécédents, les signes fonctionnels et physiques, le traitement, les suites opératoires et le suivi

4.6. Supports :

Les supports utilisés étaient : les dossiers médicaux des malades, les registres d'hospitalisation, les registres consignant les comptes rendus opératoires, les fiches d'enquêtes individuelles et les registres de consultations externes.

4.7. Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « IBM SPSS Statistic » version 21, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « WORD » version 2019, et enfin le logiciel « ZOTERO » a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques.

La comparaison des textes a été faite en utilisant le test statistique **Chi² avec P significatif <0,05.**

RESULTATS

5. RESULTATS

Pendant notre période d'étude, les urgences chirurgicales digestives (**n = 116**) ont représenté 22,97% de l'ensemble des interventions (n=505), 17,40% des hospitalisations (n = 667) et 6,3% des consultations (n=1841) dans le service.

Tableau I : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon la tranche d'âge.

Age	Effectifs	Pourcentage
00-10	12	10,3
11-20	37	31,9
21-30	25	21,6
31-40	15	12,9
41-50	12	10,3
51-60	07	6,0
61-70	07	6,0
Sup a 70	01	0,9
Total	116	100

L'âge moyen était de 29,25 ans avec des extrêmes de 04 et 71 ans et l'Ecart type :17,02.

Tableau II : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon le sexe.

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	85	73,3
Féminin	31	26,7
Total	116	100

Le sexe-ratio était de 2,74

Tableau III : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Cultivateur	51	44,0
Ménagère	25	21,6
Elève-étudiant	15	12,9
Berger	10	08,6
Fonctionnaire	08	6,9
Autres	07	6,0
Total	116	100

Autres : Pasteur ; Commerçant.

Tableau IV : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Tominian	46	39,7
Bénéna	04	3,4
Diora	01	0,9
Fangasso	03	2,6
Koula	05	4,3
Lanfiala	03	2,6
Manfouné	11	9,5
Mandiakuy	07	6,0
Ouan	03	2,6
Sanékuy	05	4,3
Timissa	03	2,6
Yasso	04	3,4
Autres	21	18,1
Total	116	100

Autres : Bla ; Scan ; Djibasso ; Mandouba (Burkina Fasso).

Tableau V : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon le mode de référence

Mode reference	Effectifs	Pourcentage
Reference Reçu	70	60,3
Evacuation re	21	18,1
Lui-même	11	9,5
Accompagnateurs	14	12,1
Total	116	100

Tableau VI : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon la qualification du référent.

Qualification du référent	Effectifs	Pourcentage
Médecin	25	21,6
Infirmier	66	56,8
Lui-même	11	9,5
Accompagnateurs	14	12,1
Total	116	100

Tableau VII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon le mode d'Admission.

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Urgence	98	84,5
Consultation	18	15,5
Total	116	100

Tableau VIII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Douleur Abdominale	94	81
Arrêt des matières et des gaz	05	4,3
Vomissements + Nausées	02	1,7
Douleur Inguino-scrotale	09	7,8
Blessure par arme à feu	06	5,2
Total	116	100

Tableau IX : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon les antécédents.

Antécédents		Effectifs	Pourcentage
Médicaux	HTA	04	3,4
	Epigastralgie	05	4,3
	Constipation chronique	04	3,4
	Néant	101	87,1
	Diabète	02	1,7
	Total	116	100
Chirurgicaux	Hernie inguinale	03	2,6
	Appendicectomie	04	3,4
	Néant	109	94
	Total	116	100

Tableau X : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon la durée d'évolution de la maladie.

Durée d'évolution de la maladie	Effectifs	Pourcentage
inf. à 24H	31	26,7
24-48H	11	9,5
49-72H	71	61,2
Sup à 72H	03	2,6
Total	116	100

Le délai le plus long était de 144 heures et le plus était de 06 heures.

Tableau XI : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon le siège de la douleur.

Siège de la douleur	Effectifs	Pourcentage
FID	59	50,9
FIG	02	1,7
Hypogastre	04	3,4
Epigastre	05	4,3
Peri-ombilical	05	4,3
Flanc gauche	01	0,9
Généralisé	31	26,7
Inguino-scrotal	09	7,8
Total	116	100

Tableau XII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de Tominian selon le type de la douleur.

Type de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Brulure	11	9,5
Piqûre	30	25,9
Torsion	47	40,5
Coup de poignard	28	24,1
Total	116	100

Tableau XIII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon l' irradiation de la douleur.

Irradiation de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Oui	37	31,9
Non	79	68,1
Total	116	100

Tableau XIV : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon l' Intensité de la douleur.

Intensité de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Faible	02	1,7
Modérée	18	15,5
Forte	96	82,8
Total	116	100

Tableau XV : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon des signes accompagnateur de la douleur.

Signes accompagnateur	Effectifs	Pourcentage
Vomissement + Nausée	17	14,6
Fièvre	74	63,8
Céphalées + Vertiges	25	21,6
Total	116	100

Tableau XVI : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon les Paramètres Généraux.

Paramètres Généraux		Effectifs	Pourcentage
Tension artérielle	Inf. à 12/08	14	16,9
	12/08	17	20,5
	Sup à 12/8	52	62,7
Température	Inf. à 36,5	01	1,2
	36,5-37,5	22	26,5
	Sup à 37,5	60	72,3
Pouls	Inf. à 60	01	1,2
	60-100	15	18,1
	Sup à 100	67	80,7
Fréquences respiratoires	Inf. à 16	01	1,2
	16-20	13	15,7
	Sup à 20	69	83,1

Tableau XVII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon le Score OMS.

Score OMS	Effectifs	Pourcentage
1	04	3,4
2	16	13,8
3	92	79,3
4	04	3,4
Total	116	100

Tableau XVIII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon les Signes Physiques.

Signes Physiques		Effectifs	Pourcentage
Défense abdominale	Présente	94	81,03
	Absent	21	18,1
	Total	116	100
Contracture abdominale	Présente	21	18,1
	Absent	95	81,9
Cri de l'ombilic	Positif	40	34,5
	Négatif	76	65,5
Signe de Blumberg	Positif	94	81
	Négatif	22	19
Toucher rectale	Douleur à droite du Douglas	56	48,3
	Douleur diffuse	36	31
	Normal	24	20,7

Tableau XIX : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon les Signes Paracliniques.

Signes paracliniques		Effectifs	Pourcentage
Taux d'hémoglobine	Inf. à 11	20	17,2
	11-16g/dl	96	82,8
Groupage /Rhésus	A-	02	1,7
	A+	19	16,4
	B-	08	6,9
	B+	23	19,8
	O-	04	3,4
	O+	44	37,9
	AB-	08	6,9
	AB+	08	6,9
Echographie	Epaissement de la paroi appendiculaire	56	48,3
	Epanchement intrapéritonéal	38	32,8
	Normale	08	6,9
	Non fait	14	12,1

Tableau XX : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon le dg pré – opératoire.

Dg pré - opératoire	Effectifs	Pourcentage
Appendicite	56	48,3
Péritonite	32	27,6
OIA	08	6,9
Hernie étranglée	10	8,6
TAF	06	5,2
Eviscération Traumatique	04	3,4
Total	116	100

Tableau XXI : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon le diagnostic opératoire.

Diagnostic opératoire		Effectifs	Pourcentage
Appendicite aigue		55	47,4
Péritonites	Appendiculaire	17	14,7
	Perforation iléal	7	6,0
	Perforation gastrique	3	2,6
	Perforation caecale	1	0,9
	Post-opératoire	3	2,6
	Traumatique	1	0,9
	Rupture abcès du foie	1	0,9
OIA		07	6,0
Hernie étranglée		10	8,6
TAF		06	5,2
Eviscération Traumatique		04	3,4
Total		116	100

Tableau XXII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon le traitement pré – opératoire.

Traitement médical pré - opératoire	Effectifs	Pourcentage
Antalgique + Antibiotique + Réhydratation	102	87,9
Antalgique + Antibiotique + Réhydratation + Transfusion	05	4,3
Néant	09	7,8
Total	116	100

Tableau XXIII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon la voie d'abord.

Voie d'abord	Effectifs	Pourcentage
Mac Burney	56	48,3
Médiane	50	43,1
Inguinotomie	08	6,9
Joel Cohen	02	1,7
Total	116	100

Tableau XXIV : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon l'acte chirurgical.

Acte chirurgical	Effectifs	Pourcentage
Appendicectomie	55	47,4
Suture de la perforation + Lavage + Drainage	15	12,9
Résection + Anastomose + Lavage + Drainage	14	12,1
Appendicectomie + Lavage + Drainage	16	13,8
Cure herniaire	10	8,6
Résection des brides	06	5,2
Total	116	100

Tableau XXV : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon les suites opératoire.

Suites opératoire	Effectifs	Pourcentage
Simple	102	87,9
Infection du site opératoire (ISO)	09	7,8
Hémorragie	01	0,9
Décès	04	3,4
Total	116	100

Tableau XXVI : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon les Complication selon Clavien Dindon.

Complication selon Clavien dindon	Effectifs	Pourcentage
Grade1	09	7,8
Grade2	01	0,9
Grade5	04	3,4
Sans complication	102	87,9
Total	116	100

Tableau XXVII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon la Durée hospitalisation.

Durée hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
1 à 7 jours	52	44,8
8 à 14 jours	57	49,1
15 à 21 jours	03	2,6
22 à 30 jours	03	2,6
Sup à 30 jours	01	0,9
Total	116	100

La Durée hospitalisation la plus long était de 33 jours

Tableau XXVIII : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon le diagnostic per-opérateur et les complications.

Diagnostic per-opérateur	Complication		Total
	Oui	Non	
Appendicite	01	54	55
Péritonite	09	25	34
OIA	02	05	07
Hernie étranglée	01	09	10
TAF	01	05	06
Eviscération Traumatique	00	04	04
Total	14	102	116

Tableau XXIX : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon le diagnostic peropérateur et complication selon clavin dindon.

Diagnostic per-op	Complication selon clavin dindon				Total
	Grade 1	Grade 2	Grade 5	Aucun	
Appendicite	00	00	00	55	55
Péritonite	08	00	02	24	34
OIA	01	00	01	05	07
Hernie étranglée	00	01	00	09	10
TAF	00	00	01	05	06
Eviscération Traumatique	00	00	00	04	04
Total	09	01	04	102	116

Tableau XXX : Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives au C.S.Ref de tominian selon la durée hospitalisation et complication selon clavin dindon.

Durée d'hospitalisation	Complication selon Clavien dindon				Total
	Grade1	Grade2	Grade5	Aucun	
1 à 7 jours	00	00	02	50	52
8 à 14 jours	06	00	02	49	57
15 à 21 jours	01	00	00	02	03
22 à 30 jours	02	00	00	01	03
Sup à 30 jours	00	01	00	00	01
Total	09	01	04	102	116

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Méthodologie

Notre étude était prospective permettant le recueil des informations à travers l'interrogatoire des malades, les registres du bloc opératoire, les registres d'hospitalisation, les registres de comptes rendus opératoires et les fiches d'enquêtes individuelles.

Cependant nous avons rencontré certaines difficultés à savoir :

- L'absence d'appareil radiographique ;
- L'insuffisance de suivi à moyen et long terme postopératoire due au non-respect des rendez-vous postopératoires par les patients.

6.2. Fréquence :

Tableau XXXI : La fréquence des urgences chirurgicales digestives selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage %	P
BERTHE I. D [11]	107	19,32	0,0049
HAROUNA [19]	475	25,60	0,0142
Y. FANE [10]	200	35,10	0,023
Dembélé K. S [13]	101	21,53%	0,21782
Ismail I [5]	50	25,1 %	0,5000
Notre étude	116	22,97	

Au cours de notre étude la chirurgie d'urgence digestive a représenté 22,97% de l'ensemble des interventions du service de chirurgie générale du C.S.Réf de Tominian. Cela est statistiquement supérieur à celui de BERTHE I. D [11], 19,32% **P = 0,0049** et inférieur à celui de Y. FANE [10] **P = 0,0023**.

6.3. Age :

La tranche d'âge la plus représentée a été de 11 à 20 ans soit 31,9% avec l'âge moyen à 29,25 ans et les extrêmes de 04 et 73 ans. Ce résultat est inférieur à celui de Ismail I [5] et de Y. FANE [10] qui ont trouvé respectivement une tranche de 30 à 44 ans, avec un âge moyen de 33,7 ans et de 11 à 20 avec 51,2%. Cette différence pourrait être due à la taille de notre échantillon.

Dans la littérature les urgences chirurgicales concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie de 30 à 45 ans [6, 19, 20, 21]. Cela corrobore avec notre étude.

6.4. Sexe :

Dans notre étude, le sexe masculin était majoritaire 73,3%, sex-ratio à 2,74, comme constaté dans la littérature [6, 19, 22, 23],

Ce résultat est comparable à celui de **BERTHE I. D** [11] qui a trouvé une sex-ratio à 2,34 et inférieur à **Y. FANE** [10] avec une sex-ratio de 1,5.

6.5. Mode d'admission :

La majorité de nos patients ont été référée, soit 60,3%. Et 84,5% de nos patients ont été admis en urgence. Ce résultat est comparable à celui de **Y. FANE** [10] qui a trouvé 66% des patients référés. Cela se justifie par la situation du CSRéf au deuxième niveau de la pyramide sanitaire du Mali. Et s'explique aussi par la présence de centres de santé communautaire à l'intérieur de la commune.

6.6. Durée d'évolution de la maladie

En général dans les pays en voie de développement la plupart des patients consultent à l'hôpital sans passé par une structure sanitaire. Ce qui expliquerait très souvent le retard de diagnostic et du traitement [19]. Les patients ont consulté après 2 à 3 jours d'évolution de la maladie dans 71% des cas. Cela serait lié à l'usage des traitements traditionnels comme premiers recours de soins mais également à l'accessibilité financière et géographique. Ce délai reste cependant moins long que celui des hôpitaux nationaux en raison du retard mis par les structures périphériques pour la référence des patients [11].

6.7. L'examen clinique :

La douleur abdominale a été le premier motif de consultation chez nos patients soit 81,0%. Cette douleur était localisée dans FID dans 50,9% des cas.

Ces caractéristiques sémiologiques et les autres signes associés avaient permis une orientation diagnostique. Ces mêmes motifs ont été observés dans la littérature **MABIALA – BABELA, J.R. PADONOU N, M. KONATE, Y. FANE, Ismail I.** [24, 5, 6, 9, 10] ont respectivement trouvé 100 % des cas de douleur.

6.8. Aspects paracliniques : Echographie

L'échographie a une place importante dans le diagnostic des urgences chirurgicales digestives. Au cours de notre étude, elle a été réalisée chez la majorité nos patients soit 83,3 %.

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.** [25] : 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.

6.9. Fréquence des principales étiologies :

6.9.1. Appendicite aiguë :

Tableau XXXII : Fréquence des appendicites par rapport aux urgences chirurgicales selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Pourcentage	P
BERTHE I. D [11]	22	21,27	0,0015
KONATE M. [9]	278	28,77	0,0000
Ismail I [5]	28	56,5	0,4913
Dembélé K.S[12]	24	23,7	1,0000
Brahima Gaye et All [31]	27	16,8	0,0000
Notre étude	55	47,4	

Au cours de notre étude, le diagnostic de l'appendicite était le principal diagnostique retrouvé. Cela était statistiquement supérieur à celui de Konaté et à celui de Berthé qui ont trouvé respectivement 28,77% ; P = 0,0000 et 21,27% ; P= 0,0015.

Ces données ont été rapportées dans les littératures [3, 9, 10, 26, 27].

Le diagnostic d'appendicite est clinique et la prise en charge ne doit pas attendre une investigation complémentaire. Ce constat corrobore avec celui de la littérature qui atteste que l'appendicite reste la première cause des urgences chirurgicales abdominales [18].

6.9.2. Péritonite aiguë :

Tableau XXXIII : Fréquence des péritonites par rapport aux urgences chirurgicales selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	Pourcentage	P
HAROUNAY [19]	209	20,8	0,4678
KONATE [9]	60	32,9	0,0580
Y. FANE [10]	33	16,5	0,0023
DEMBELE K.S[12]	21	20,7	0,95238
FONGORO M [13]	38	29,5	0,78947
Notre étude	34	29,3	

En l'absence d'appareil radiologique, dans plus de 80% des cas, l'échographie a contribué au diagnostique.

Dans la littérature, [29, 10, 30, 31] l'échographie SEMBLE ETRE l'examen morphologique de choix dans le diagnostique des péritonites.

La péritonite aiguë a occupé la deuxième place des urgences chirurgicales digestives après l'appendicite aiguë dans notre pratique. Notre fréquence est comparable à celui de **KONATE**, **DEMBELE**, **FONGORO** et **HAROUNA** [9, 12, 13, 19] sans différence statistique. P > 0,05. Par contre, elle est statistiquement supérieure à celui de FANE [5] qui avait trouvés une

fréquence de 16,5%. $P < 0,0023$. Cette différence pourrait s'expliquer d'une part par la taille de l'échantillon et d'autre part par le mode de recrutement des patients.

6.9.3. Hernie étranglée :

La hernie étranglée occupe la troisième place des étiologies des urgences chirurgicales digestives dans notre étude avec un taux de 8,6% qui était comparable à celui de HAROUNA [19] et celui FANE [10] qui ont trouvé respectivement 7,5 %, $P = 0,4678$ et 6%, $P = 0,0023$ des cas. Les taux 1/1500 de PAPAGRIGORIADAS S et 1 % de BARGY F [30, 31], inférieur aux séries africaines pourraient s'expliquer par la prise en charge précoce des hernies en Europe qu'en Afrique.

6.9.4. Occlusion intestinale :

Au cours de l'étude, nous avons retenu le diagnostic d'occlusion intestinale dans 08 cas en préopératoire et 07 cas en per opératoire.

Notre taux de 6,0% était comparable à celui de M. FOMGORO, SANGARE S [13, 34] qui ont trouvé respectivement 6,2 % et 6%.

6.10. Traitement :

6.10.1. Traitement médical :

Antalgique ; Antibiotique et Réhydratation en pré et post opératoire immédiat dans la majorité des cas (87,9%). Ultérieurement elle était modifiée et adaptée selon l'évolution clinique. Ces associations ont été utilisées par d'autres auteurs [17, 20, 26].

6.10.2. Traitement chirurgical :

Au cours de notre étude l'appendicectomie ($n=55$) était le geste le plus important (47,4%). Cette fréquence élevée de l'appendicectomie était liée au nombre de péritonite secondaire aux complications de l'appendicite. Ce nombre d'appendicectomie est inférieur à celui FONGORO [13] (59,7%) et supérieur celui de Sangaré S [34] (43,3%); 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).

6.11. Suites opératoires :

La morbi-mortalité (12,06%) post opératoire a été dominée par les infections du site opératoire en particulier des infections pariétales ; cela a été constaté majoritairement dans les cas de péritonite. Ces complications, parfois imputables à une asepsie précaire dans un contexte de moyens limité ont contribué à allonger le séjour hospitalier.

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 04 décès soit 3,44% (02 cas de péritonite aigue, 01 cas de TAF et 01 cas d'occlusion intestinale aigüe)

Cela est statistiquement inferieur aux taux de Boubacar Y, DEMBELE K.S, DEMBELE M qui ont trouvés respectivement 4,46%, 5,9%, 6,96 %. [32, 12, 33].

Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon

6.12. Durée d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation de cette étude était de 7 jours. Cette durée varie d'une pathologie à une autre et elle pouvait atteindre jusqu'à 33 jours après l'intervention pour péritonite aigue et pour raison de complications post opératoires. Le même constat est fait par Drissa B, SANGARE S et DIAKITE D.M [35, 34,36].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. CONCLUSION

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale par leur fréquence élevée. Les étiologies sont multiples et variées d'où la nécessité d'une étroite collaboration multidisciplinaire pour la prise en charge. Le diagnostic précoce et la durée de prise en charge (délais entre le début des symptômes - l'admission - l'intervention) constituent les principaux facteurs pronostiques.

L'examen clinique bien conduit est la clef du diagnostic dans notre contexte. Les examens complémentaires morphologiques sont parfois difficiles à obtenir ou peu contributifs. Ils ne doivent pas retarder la prise en charge.

8. RECOMMANDATIONS A LA POPULATION

- La consultation sans délai, des malades dans un centre de santé devant toute douleur abdominale aiguë.
- L'observance d'une bonne hygiène alimentaire et corporelle

AUX AUTORITÉS SANITAIRES

- Le recrutement ↗ en nombre suffisant de spécialistes en chirurgie viscérale, en réanimation et en radiologie.
- La mise en place d'un système de SAMU (Service d'Assistance Médicale Urgente).
- Le renforcement de service de chirurgie en personnel adéquat et suffisant (Personnel médical et paramédical).

AU PERSONNEL SANITAIRE

- L'examen minutieux de tous les patients afin de poser un diagnostic précis.
- La proscription de la prescription hâtive et répétée des antibiotiques et antalgiques.
- La référence des malades dans le meilleur délai.
- Le renforcement de la collaboration interdisciplinaire.

REFERENCES

REFERENCE

1. **CHICHE B. MOULLE P.** : Urgence chirurgicale. *Masson*, Paris 1980 ; 2.
2. **MAIGA A A.** : Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des pathologies abdominales chirurgicales d'urgence à l'hôpital de GAO,70 cas. Thèse Med- Bamako, 2008 :12 ; 77.
3. **BROWER:** Ency Med Chir Urgences (Paris) 2004; 2: 24048B10.
4. **CHICHE B.** Appendicite aiguë. *Encycl. Med chir (Paris France) urgence*, face 24050 A10 (4304) 1984.
5. **Ismail Abdillahi Iltireh:** **Les urgences chirurgicales digestives :** Diagnostic et traitement à l'hôpital militaire de Djibouti ; Mémoire Med. 2021; 97
6. **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, 24,190-197.
7. **KEITA S.** : Problème diagnostic et thérapeutique des abdomens aigus en chirurgie. Thèse Med Bamako, 1996, 13.
8. **OUOLOGUEM M.O :** Urgences chirurgicales digestives non traumatiques à l'hôpital de Sikasso. Thèse de Méd- Bamako,2009 : 44 ; 97.
9. **KONATE. M :** Urgences Chirurgicales à H.G.T. Thèse de Méd- Bamako, 2005 : 91 ; 238.
10. **Y. FANE :** Urgences chirurgicales digestives : diagnostic et prise en charge. 2017 ; 83 (17M208).
11. **BERTHE I.D :** Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G. Thèse de Méd- Bamako, 2008 : 80 ; 102.
12. **Dembélé K. S, Bengaly B, Traoré D, Kanté S, Kamissoko S, Coulibaly M, Sanogo S, Dicko Q, Sissoko M :** **Urgences** chirurgicales digestives au centre de sante de référence de Douentza, 2021 : 01 ;14
13. **MODIBO FONGORO :** Urgences chirurgicales digestives au centre de sante de référence de San. Thèse de Méd, 2022 ;
14. **DOUMBIA S :** Abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital national de Point G. Thèse Med Bamako 1982 ; N° 12
15. **CHEVREL. JP. GUERAUD, JB. LEVY.** Appareil digestif, Masson 1986 ; 225 : 119- 123.
16. **ENCYCLOPEDIE MEDICO CHIRURGICALE.** Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. Urgences médico- chirurgicales (EMC) 240 59 A10. 1984. 10p.
17. **BARBIER J. CARRETIER M. ROUFFINEAU J. et al.** Péritonites aiguës *Encycl. Chirurgie urgence*, 24048 B10. 2-1988. 18 P.
18. **DAVID D et al.** Les appendicites aiguës au CHU de Bangui, aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques. *Cahier s santé* 2001; 11 (2): 117 – 125.
19. **HAROURA Y.** Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) ; *Médecine d'Afrique Noire* 2001, 42 (2) p.
20. **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.
21. **ISSIMAILA K.** Les urgences abdominales chirurgicales : Etude rétrospective sur deux années de Cocody. Thèse Med Abidjan N1156.

22. **MUSHTAQ A MEHBOOD Ali S, STPHEN L, PHILOMENA D J, SIFAT W.** Survey of chirurgial emergencies in the rural population in the Northen areas of Pakistan. *Trop Med and Int Health* 1999; 12: 846p.
23. **CASSINA P. et al.** Die effizienz der chirurgis hengrund diaggnostuk beinaktenabdominal schmerz. *Der Chirurg* 1996; 67: 254- 60.
24. **MABIALA-BABELA J.R., PANDZOU N., KOUTABA E., GANGAZANDZOU S., SENG P.** Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Brazzaville (Congo). *Med Trop* 2006 ; 66 : 172- 176.
25. **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.
26. **PADONOU et al.** Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar, statistiques de quatre ans (1973- 1976). *Dakar Med* 1979; 24 (1): 90- 137.
27. **BARBIER J. CARRETIER M. ROUFFINEAU J. et al.** Péritonites aiguës *Encycl. Chirurgie urgence*, 24048 B10. 2-1988. 18 P.
28. **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 N°45.
29. **PAPAGRIGORIADAS S. BROWSE DJ, HOWARD ER.** Incarceration of umbilicalhernias in adult: a rare but important complication. *Urgences int* 1988; 4: 231-236.
30. **BARGY F BAUDOIN S.** Hernies de l'enfant et de l'adulte. *Rev Prat* 1997 ; 47 : 289 - 294.
31. **BOUBACAR BREHIMA DEMBELE.** Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes, A propos de 112 cas, Oct 2002- Sept 2003. Thèse Med Bamako, 2005 ; 250.
32. **DEMBELE M.** Les abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital de Point G, 273 cas. Thèse Med 98 –M – 58.
33. **Ibrahima Gaye, PAPE ALASSANE LEYE, MAMADOU MOUR TRAORE, PAPE IBRAHIMA NDIAYE, EL HADJI BOUBACAR BA, MAMADOU DIAWO BAH:** Prise en charge péri-opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte du CHU Aristide Le Dantec PAN AFR MED. 2016 ; 24 :190.
34. **SANGARE S:** Les urgences chirurgicales digestives au centre de sante de régence de la commune II du district de Bamako. Thèse de Med :2019 ; 96(19M390)
35. **Drissa Badra:** Les péritonites aiguës : Aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse de Méd-BKO ; 2010-2011 : 15-139.
36. **Moussa Dian DIAKITE :** Abdomens aigus chirurgicaux au centre de santé de référence de Koutiala ; These MED : 2022 ; 86 (22M99).

ICONOGRAPHIE :



Fig 6 : Aspect Per Opérateur d'une APPENDICITE AIGUE

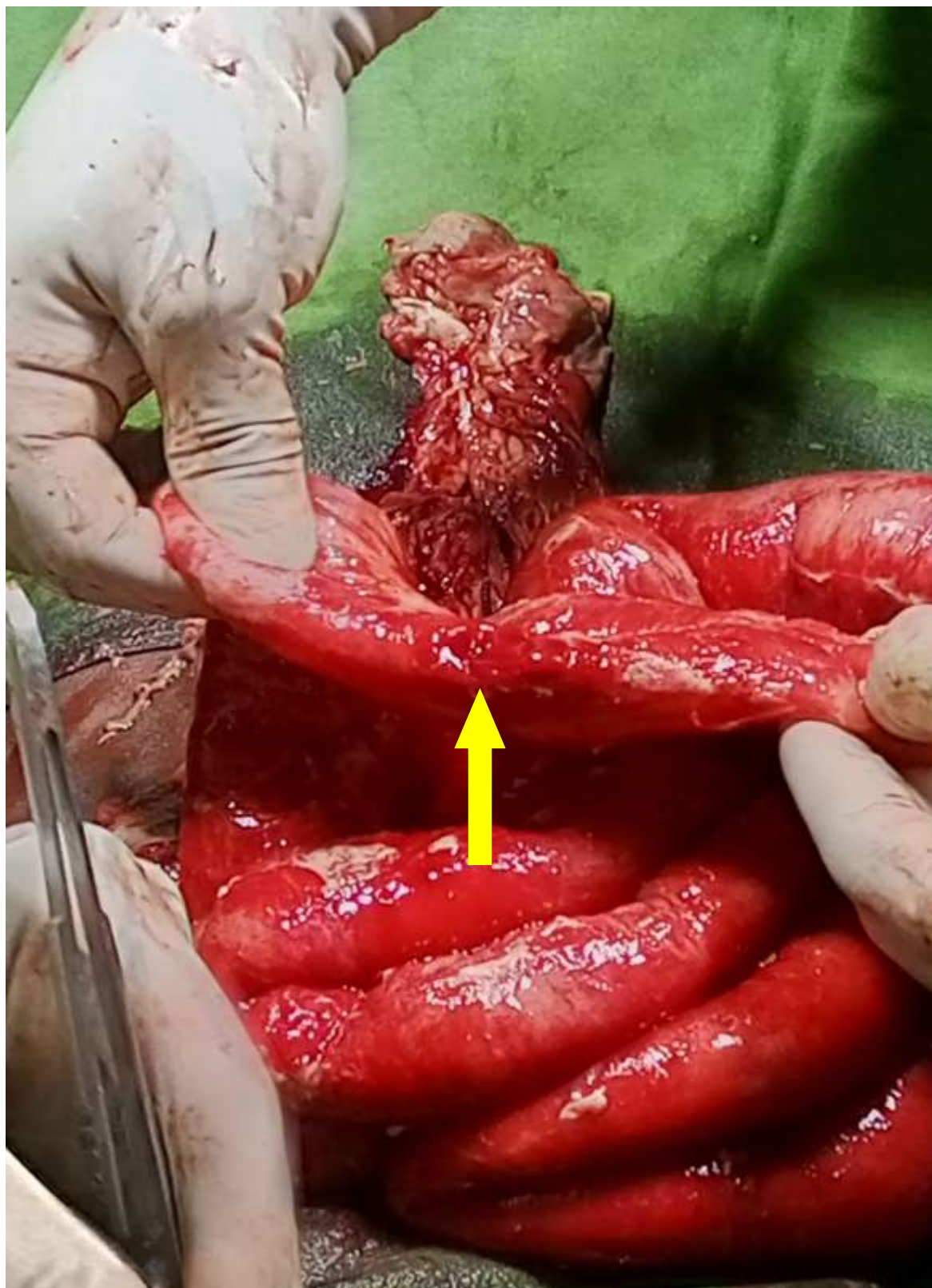


Fig 7 : Aspect Per Opérateur d'une PERITONITE PAR PERFORATION ILEALE

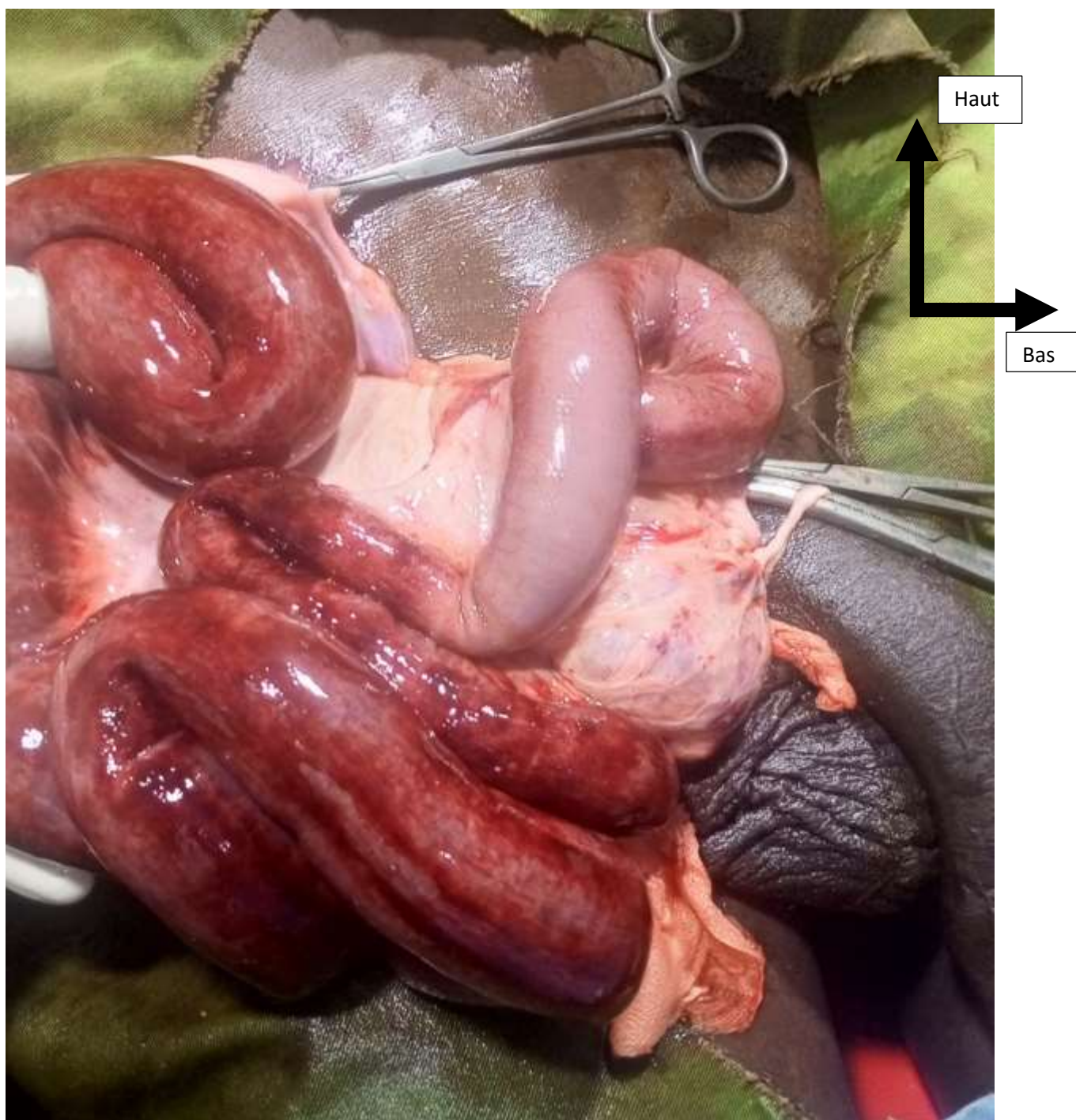


Fig 8 : Aspect Per Opérateur des anses sphacélés au cour d'une OCCLUSION INTESTINALE AIGUE par étranglement herniaire droite.

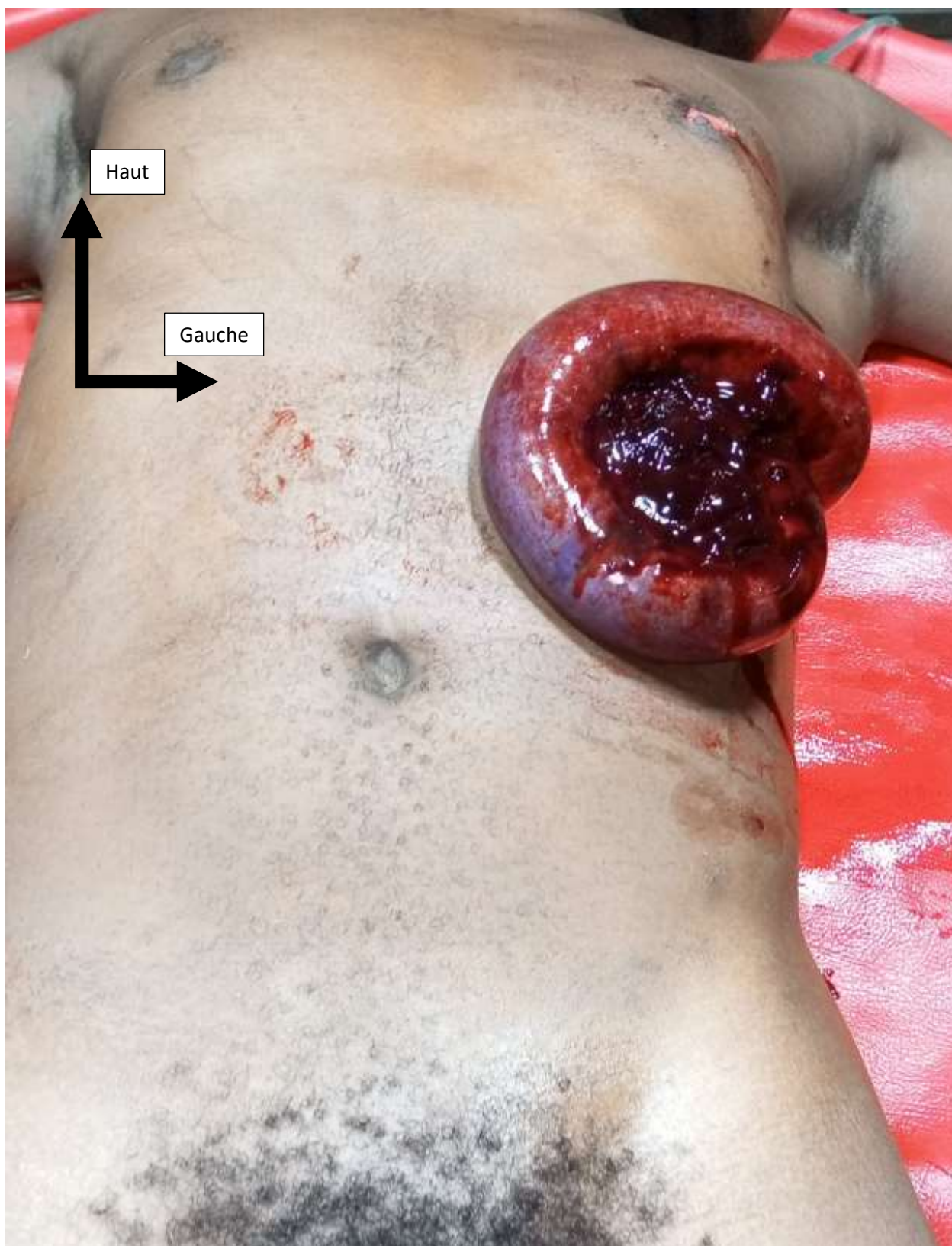


Fig 9 : Aspect Pré Opératoire des anses suite Plaie Pénétrante PAR ARME BLANCHE

ANNEXES

ANNEXES

Fiche signalétique

NOM : Sékou

PRENOM : FOFANA

TITRE : les urgences chirurgicales digestives au Centre de santé de référence de TOMINIAN

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2022-2023

PAYS D'ORIGINE : MALI

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE de la faculté de Médecine, d'Odontostomatologie et la faculté de Pharmacie de l'Université de Bamako.

SECTEUR D'INTERET : CHIRURGIE.

RESUME :

Introduction : Les urgences chirurgicales concernent tous les patients admis en urgence et pour lesquels une décision d'intervention chirurgicale peut s'imposer dans les 24 heures. Leur prise en charge reste un challenge en milieu rural.

But : Etudier les urgences chirurgicales digestives au Centre de Santé de référence de TOMINIAN, du 1er décembre 2022 au 30 novembre 2023

Méthode : il s'agissait d'une étude prospective transversale allant du 1^{er} Décembre 2022 au 31 Novembre 2023 dans le Centre de Santé de Reference de Tominian et a concerné tous les patients admis et opéré au Csref.

Résultat : Au cours de la période d'étude, 116 urgences chirurgicales digestives ont été opérés dont 85 hommes et 31 femmes soit un sexe ratio de 2,7. L'âge moyen a été 29,25 ans. La fréquence des urgences chirurgicales digestives a été 22,97% de l'ensemble des interventions au CSRef de TOMINIAN. La douleur abdominale était le principal motif de consultation. L'examen clinique a permis de poser le diagnostic dans la majorité. Devant certains cas douteux, nous avons demandé un examen complémentaire (échographie). La principale étiologie était l'appendicite aiguë (47,4%), Les suites opératoires ont été compliquées dans 12,06%. 4 décès ont été constaté soit 3,44% cas.

Conclusion :

Les urgences chirurgicales occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale par leur fréquence élevée. Les étiologies sont multiples et variées. L'examen clinique bien conduit est la clé du diagnostic.

Mots clés : urgence- chirurgie – digestive-CSRéf Tominian.

FICHE D'ENQUETE

Les urgences chirurgicales digestives au centre de sante de référence de TOMINIAN

- 1) N° FICHEN° Dossier
- 2) Nom et Prénom/.....
- a. Profession:/_____/ 1. Fonctionnaire 2. Artisan 3. Cultivateur 4 Ouvrier 5. Etudiant/Elève 6. Autres
- b. Âge (ans)_____Sexe :_____/_____1 Masculin 2 Féminin
- c. Ethnie :_____/_____/ 1. Bobo 2. Peulh 3. Sonrhäï 4. Dogon 5. Dafing 6. Bambara 7 Autres
- d. Nationalité :_____/ 1. Malienne 2. Autres
- e. Résidence :_____/ 1. Commune Urbaine de Tominian 2. Les autres Communes 3. Hors Aire :
- f. Mode d'Admission : ____/ 1. Référé 2. Evacué 3. Venu de lui-même
- g. Moyen de référence :_____/ 1. Ambulance 2. Taxis moto 3. Voiture personnelle 4. Autres
- h. Référé par :_____/ 1. Médecin 2. Infirmier 3. Sage-femme 4. Interne
- i. Durée d'Hospitalisation préopératoire : ____/ 1. 0—3 jours 2. 4---7 jours 3.≤ 7 jours
- j. Durée d'Hospitalisation postopératoire : ____/ 1. 0-3jours 2. 4-7jours 3.≤7Jours
- k. Durée Totale d'Hospitalisation : ____/ 1. 0-3jours 2. 4-6jours 3. 4-7jours
- l. Date de sortie

EXAMEN CLINIQUE :

- m. Motif de consultation
.....
- a. Mode de début des signes :...../ 1. Brutal 2. Progressif 3. Ne sait pas
- b. Heure d'apparition des différents symptômes : /_____/Journée 3. Soir 4. Nuit
- c. Evolution ;_____/ 1. Permanente 2. Intermittente

- n. Antécédents : _____/_____/ 1. Matin 2.
- a. Médicaux : _____/ 1. HTA 2. Diabète 3. Asthme 4. Drépanocytose 5. Autres
 - b. Chirurgicaux : /_____/1. Oui 2. Non
 - c. Familiaux : _____/ 1. HTA 2. Diabète 3. Drépanocytose 4. Asthme 5. Autres
 - d. Habitudes du Malade:/_____/ 1. Thé 2. Tabac 3. Alcool 4. Drogue 5. Autres
 - e. Notion de prise de médicaments:/_____/ 1. Oui 2. Non
- 17) Délai d'Admission
- 18) Signes fonctionnels :.....-Douleur :.....
- 19) Type de la douleur:/_____/ 1. Brulure 2. Crampe 3. Picotement 4. Autres
- 20) Siège de la douleur:/_____/ 1. Hypochondre droit 2. Hypochondre gauche 3. Epigastre ; 4. Flanc droit 5. Flanc gauche 6. Péri ombilicale 7. Hypogastre 8. Fosse lombaire droite 9. Fosse lombaire gauche 10. Diffuse.
- 21) Irradiation : _____/ 1. Oui 2. Non
- 22) Mode de sédation : _____/ 1. Oui 2. Non
- 23) Douleur accompagnée de signes:/_____/ 1. Oui 2. Non
- 24) Signes accompagnant la douleur:/_____/1. Diarrhée 2. Ballonnement 3. Gargouillement 4. Constipation 5. Autres
- 25) Vomissement:/_____/ 1. Oui 2. Non
- 26) Caractéristique du vomissement:/_____/ 1. Bilieux 2. Fécaloïde 3. Alimentaire 4. Autres
- 27) Saignement : /_____/ 1. Oui 2. Non
- SIGNES GÉNÉRAUX**
- 28) Etat général:/_____/ 1. Bon 2. Altéré 3. Mauvais
- 29) Déshydratation:/_____/ 1.OUI 2. Non
- 30) Pouls :.....-Température:.....-pression artérielle.....
- 31) Diurèse:/_____/ 1. ≥ 60 cc, 2. 60-100CC/heure, 3. ≤ 100 CC/ Heure, 4. Non évalué
- 32) Conjonctive/ téguments:/_____/ 1. Colorées 2. Non colorées iii Signe physique :
- a- Inspection : Recherche : _____
- 33) Météorisme:/_____/ 1. Oui 2. Non
- 34) Type de météorisme:/_____/ 1. Localisé 2. Généralisé et diffus
- 35) Péristaltisme:/_____/ 1. Localisé 2. Généralisé 3. Provoqué
- 36) Respiration Abdominale :/_____/ 1.OUI 2. Non b- Palpation : Recherche :
- 37) Contracture abdominale :/_____/ 1.OUI 2. Non

38) Type de contracture :/_____/ 1. Localisé 2. Généralisé

39) Voussure observé :/_____/ 1.OUI 2. Non

40) Type de voussure:/_____/ 1. Mobile 2. Immobile

41) Masse pelvienne : /_____/ 1. OUI 2. NON

42) Défense Abdominale :/_____/ 1.OUI 2. Non

43) Type défense:/_____/1. Localisé 2. Généralisé

c. Percussion : Recherche :

44) Sonorité : /_____/ 1.Normale 2.Matité 3.Tympanisme

d. Auscultation Abdominale :

45) Bruits Hydro-aériques :/_____/ 1. Oui 2. Non

e. Palpation des orifices herniaire

46) Existence de hernie :/_____/ 1. Oui 2. Non

f. Localisation:/_____/ 1. Inguinale 2. inguino-scrotale 3. Ombilicales 4. Autres

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

47) Taux d'Hémoglobine:/_____/ 1. $\leq 6g$ 2. 6—8g 3. 9—11g 4. $\geq 11g$

48) Groupage Sanguin / rhésus:/_____/ 1. A* 2. A- 3. B*, 4.B-, 5. O+, 6.O- 7. AB+, 8. AB-

49) Echographie :/_____/ 1. Oui 2. Non - ASP :/_____/ 1. Oui 2. Non

50) Temps écoulé entre l'arrivée et l'intervention :/_____/ 1. ≤ 30 min 2. 30- 1 Heure 3. 1—1 Heure
30 Min 4. ≥ 1 Heure 30 min

DIAGNOSTIC

51) Diagnostic pré opératoire:/_____/ 1. Appendicite 2. Hernie étranglée 3. Péritonite 4.
Occlusion Intestinale 5. Thrombose Hémorroïdaire 6. Autres

52) Diagnostic per opératoire:/_____/ 1. Appendicite 2. Hernie étranglée 3. Péritonite 4.
Occlusion Intestinale 5. Thrombose Hémorroïdaire 6. Invagination intestinale aigüe 7.
Hémopéritoine

53) Délai de prise en charge : 1. ≤ 30 min 2. 30- 1 Heure 3. 1—1 Heure 30 Min 4. ≥ 1 Heure 30
min

TRAITEMENT

54) Médical:/_____/ 1. Oui 2. Non

a. Traitement préopératoire :

55) Nature :.....

56) Durée :...../...../...../.....

b. Traitement per opératoire :

57) Nature :/_____/ 1. Antalgique 2. Antibiotique 3. Réhydratation

58) Durée :/___/ 1. ≤ 30min 2. 30min—1 Heure 3. 1---1 Heure 30min 4. ≥1Heure 30min 5.

Traitement postopératoire :

59) 60) Nature:/___/ 1. Antalgique 2. Antibiotique 3. Réhydratation

60) 61) Durée:/___/ 1. ≤ 24 Heures 2. 24-48heures, 3. 48-72 Heures, 4. ≥72 Heures

61) Chirurgical : /_____/ 1. Oui 2. Non

62) Technique :

63) Type d'anesthésie:/___/ 1. AG, 2. Locorégionale 3. Locale

64) Durée du traitement chirurgical:/___/1. ≤30 min 2. 30 à 1 heures, 3. 1--1Heures 30mn, 4. ≥ 1 heure 30mn.

65) Complications :/_____/ 1. Oui 2. Non

66) Complication per Opératoire :/___/ 1. Oui 2. Non

67) Type de complication per Opératoire:/_____/1. Hémorragie 2. Décès 3. Autres.....

68) Complications Postopératoires :/_____/ 1. Oui 2. Non

69) Type de complications postopératoires :/ / 1. Hémorragie 2. Décès 3. Abscès pariétal

4. Fistules digestives. 5. Eviscération 6. Eventration

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'Etre 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 leurs pères.

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!