

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

IN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

TITRE

LES URGENCES CHIRURGICALES
DIGESTIVES AU CENTRE HOSPITALIER « MÈRE-
ENFANT » LE LUXEMBOURG BAMAKO

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 30/12/2023
devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. SOULEYMANE DEMBELE

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

Jury

Président : M. Zimogo Zié SANOGO, Professeur
Membre : M. Sidiki KEITA, Maître de conférences
Co-directeur : M. Cheickna TOUNKARA, Médecin
Directeur : M. Sékou Brehima KOUMARE, Maître de
conférences

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

⌘ Je rends grâce à DIEU le tout puissant, le très miséricordieux et son prophète MOHAMED paix et salut sur lui qu'ils nous guident vers le droit chemin

Je dédie cette thèse :

⌘ **A mon père Mr ADAMA DEMBELE**

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

Amen !

⌘ **A ma mère feu HAWA COULIBALY**

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

Amen !

⌘ **A mon grand frère Mr SEYDOU DEMBELE**

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

Amen !

REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus sincères vont :

➤ **Aux Spécialistes en Chirurgie générale :**

Nos Maîtres Dr Cheickna TOUNKARA, Dr Abdoul Karim SIMAGA, Dr Lamine SAKO,

Dr Amara COULIBALY, Dr Yaya ONGOÏBA, Dr Hama OULEGUEME, Dr Aboubakrin SYLLA.

Merci chers Maîtres de m'avoir fait confiance, vos patiences et vos indulgences à mon égard m'ont beaucoup marqué. Prions Dieu pour qu'il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

➤ **Aux personnels du service de chirurgie générale « A » du CHU POINT-G :**

Pr Soumaïla KEÏTA, Pr Lamine SOUMARE, Pr Sékou KOUMARE, Pr Moussa SISSOKO, Dr Baba TRAORE, Dr Adama Famoussa TRAORE.

Merci chers Maîtres de m'avoir fait confiance. Prions Dieu pour qu'il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

➤ **Aux personnels d'anesthésie réanimation :**

Dr Mamadou Bolosky COULIBALY, Dr Daye Kaloga BAGAYOKO, Mme Aïchata KEÏTA, Mr Samory OUATTARA, Mr Issa SIDIBE.

Je vous remercie très sincèrement pour l'accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

➤ **Aux personnels infirmiers :** Major Sékou MAÏGA, Fousseyni DIALLO, Amadou TOURE, Nassira MARIKO, Anna DIARRA, Aïchata TOURE. Merci d'avoir assuré les soins des patients.

➤ **Aux personnels du bloc opératoire :**

Major Aly SEYBA, Modibo MAIGA, Fousseyni DICKO, Seydou SISSOKO. Merci pour votre compassion.

➤ **Aux étudiants de la FMOS/FAPH,** bon courage et bonne chance.

➤ **A tous ceux qui, de près ou de loin, ayant œuvré pour notre formation et l'élaboration de ce travail.**

**HOMMAGE
AUX
MEMBRES DU JURY**

Hommage Aux Membres du jury

A notre maître et président du jury

Professeur Zimogo Zié SANOGO

- Professeur Honoraire en chirurgie générale.
- Ancien chef de service de chirurgie générale « A » du CHU du point G
- Coordinateur des DES de chirurgie générale à la FMOS
- Président de la SOCHIMA
- Rédacteur en chef de la revue Mali médicale
- Enseignant-chercheur

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous de vous avoir comme Président du jury.

Homme de sciences votre qualité intellectuelle, votre capacité pédagogique, la qualité de l'enseignement reçu à côté de vous font de vous un modèle de maître souhaité et respecté par tous.

Encadreur, dévoué pour la cause de ses élèves, bien plus qu'un maître, vous êtes pour nous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher Maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et membre du jury

Professeur Sidiki KEITA

- Maître de conférences à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)
- Praticien hospitalier au CHU du Point G
- Spécialiste en chirurgie générale et en chirurgie cardio-vasculaire
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)

Cher Maître,

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

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

A notre maître et co-directeur de Thèse

Dr Cheickna TOUNKARA

- Spécialiste en chirurgie générale,
- Praticien au Centre hospitalier « Mère-Enfant » Le Luxembourg de Bamako,
- Ancien Chef de service de chirurgie générale au Cs. Réf CI,
- Ancien Secrétaire général du syndicat de la santé de la commune I,
- Membre actif du bureau national du syndicat de la santé.
- Maître assistant chargé et de recherche

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Cher Maître, soyez rassuré de toute notre profonde reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Sékou Brehima KOUMARE

- Maître de conférences agrégé de chirurgie générale
- Praticien hospitalier au CHU du Point G
- Membre de l'Association de Chirurgien d'Afrique Francophone (ACAF)
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- Membre du Collège Ouest Africain de Chirurgie
- Membre de l'Association Française de Chirurgie
- Diplômé en chirurgie hépatobiliaire et en chirurgie laparoscopique avancée
- Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS)

Cher Maître,

Perfectionniste chevronné, la clarté de vos explications, la qualité de votre raisonnement, vos connaissances impressionnantes et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître remarquable et apprécié de tous. Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession. Soyez rassurer de toute notre estime et notre infinie gratitude.

**SIGLES
ET
ABREVIATIONS**

LISTE DES ABREVIATIONS

ASA : American Society Anesthésia (société américaine d'anesthésie).

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHME : Centre hospitalier « Mère-Enfant»

cm : Centimètre

CS Réf CI : Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako

DCI : Dénomination commune internationale

dl : Décilitre

°C : Degré Celsius

ESB : Ecole de Santé de Bamako.

FAPH : Faculté de pharmacie

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FPE : Fondation pour l'enfance

g : Gramme

GEU : Grossesse extra-utérine

Hb : Hémoglobine

HBP : Hypertrophie bénigne de la prostate

HT : Hématocrite

HTA : Hypertension Artérielle

INFSS : Institut National de Formation en Science de Santé

IP OMS : Indice de performance de l'organisation mondiale de la santé

ISO : Infection du Site Opératoire

I.O.T : Intubation Oro-Trachéale

Kg : Kilogramme

l : Litre

m : Mètre

mg : Milligramme

ml : Millilitre

mm : Millimètre

mm Hg : Millimètre de mercure

mmol : Millimole

min : Minute

N° : Numéro

ORL : Oto-rhino-laryngologie

Pt G : Point G

POST OP : Post opératoire

% : Pourcentage

PRE OP : Pré opératoire

P-RM : Présidence de la République du Mali

PEV : Programme Elargi de Vaccination

USA : United States of America

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

**LISTES DES TABLEAUX
ET
FIGURES**

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : Répartition des malades en fonction de la tranche d'âge.....	41
Tableau II : Répartition des patients en fonction de la profession.....	41
Tableau III : Répartition des patients en fonction du sexe	42
Tableau IV : Répartition des patients en fonction du mode d'admission	42
Tableau V : Répartition des patients en fonction de motif de consultation	42
Tableau VI: Répartition des patients en fonction des antécédents médicaux	43
Tableau VII : Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux	43
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction des antécédents obstétricaux	44
Tableau IX : Répartition des malades en fonction des signes fonctionnels	44
Tableau X : Répartition des malades en fonction du siège de la douleur	45
Tableau XI : Répartition des patients en fonction des signes physiques	45
Tableau XII : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine.....	46
Tableau XIII : Répartition des patients selon le groupe / rhésus	46
Tableau XIV : Répartition des malades en fonction de la réalisation d'échographie.....	47
Tableau XV : Répartition des patients en fonction du diagnostic pré opératoire.....	48
Tableau XVI : Répartition des malades en fonction de type anesthésie.....	48
Tableau XVII : Répartition des malades en fonction de la voie d'abord chirurgicale	48
Tableau XVIII : Répartition des malades en fonction du diagnostic per opératoire	49
Tableau XIX : Répartition des malades en fonction de la technique chirurgicale.....	49
Tableau XX: Répartition des malades en fonction de la durée du traitement chirurgical.....	50
Tableau XXI: Répartition des patients en fonction du délai de prise en charge.....	50
Tableau XXII : Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation	50
Tableau XXIII : Répartition des patients selon les suites opératoires	51
Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction des différentes complications post opératoires	51
Tableau XXV : Répartition des malades en fonction du coût de la prise en charge	52
Tableau XXVI : Répartition de la fréquence des urgences chirurgicales digestives selon les auteurs	52
Tableau XXVII : Fréquence des appendicites par rapport aux urgences chirurgicales abdominales selon les auteurs	54
Tableau XXVIII : Fréquence des péritonites par rapport aux urgences chirurgicales abdominales selon les auteurs	55

Liste des figures :

Figure 1 : Appareil digestif.....	15
Figure 2 : Colon-rectum-canal anal.....	17

SOMMAIRE

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	12
II. OBJECTIFS.....	14
1. Objectif général :	14
2. Objectifs spécifiques :	14
III. GENERALITES.....	15
1. Rappels anatomiques de l'appareil digestif :.....	15
2.1. Hernie étranglée.....	18
2.2. Les péritonites aiguës	22
2.3 Les appendicites aiguës [13.....	24
2.4.les occlusions intestinales aiguës.....	30
IV. METHODOLOGIE.....	36
V. RESULTATS.....	41
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	52
VII. CONCLUSION	58
VIII. RECOMMANDATIONS.....	59
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
X. ANNEXES	63

INTRODUCTION

I. 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, les urgences chirurgicales digestives sont des douleurs abdominales évoluant depuis quelques heures ou quelques jours et qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicale, nécessitant un traitement en urgence. C'est tout désordre traumatique ou non dans la sphère abdominale requérant une intervention chirurgicale urgente [2]. La douleur constitue le maître symptôme et le principal motif de consultation.

Aux USA en 2004 BROWER A. [3] avait retrouvé chez 1000 malades ayant un abdomen aigu, six étiologies chirurgicales (Appendicites aiguës, cholécystites aiguës, occlusions intestinales aiguës, ulcère perforé duodéal, la torsion du kyste de l'ovaire, la rupture d'anévrisme).

En France, ETIENNE J.C. et al. [5] en 1994 ; 5 des 10 premières étiologies des urgences abdominales étaient chirurgicales (appendicites aiguës, cholécystites aiguës, occlusions intestinales aiguës, ulcères perforés, pathologies néoplasiques).

Au Sénégal sur six ans, PADONOU N. et al. [6] ont recensé 1167 urgences non traumatiques de l'abdomen dont les 5 étiologies étaient (occlusions intestinales aiguës, péritonites aiguës, appendicites aiguës, G.E.U rompue, éviscération).

En Côte d'ivoire, en 1998 ISSMAILA K. [7] a trouvé un taux de 33,32% pour les urgences chirurgicales digestives.

Au Mali selon OUOLOGUEM M.O. en 2009, les urgences chirurgicales ont constitué 32,1% de l'activité globale du service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso [8] ; Yacouba FANE a rapporté 35,1% d'urgences chirurgicales au Cs. Réf de la commune I en 2017 [9] et BERTE I. D. a rapporté 19,32% au service de chirurgie « A » du CHU du Point G [10] en 2008.

Le pronostic des urgences chirurgicales est grave [11]. KEÏTA S. en 1996 a rapporté un taux de mortalité de 17% à l'Hôpital du Point G [12]. Cette gravité serait liée :

- Au retard de diagnostic (conséquence d'une consultation tardive),
- Au mauvais conditionnement des malades en préopératoire, faute de matériels.

DOMERGUE J. et al. Ont étudié l'apport de la cœlioscopie dans les urgences chirurgicales abdominales et considèrent que devant un abdomen aigu sa réalisation est un raccourci

Diagnostic et parfois un acte thérapeutique partiel (réalisé à minima) ou complet [4]. 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.

Ces données montrent l'importance et la fréquence des urgences chirurgicales digestives. Cependant, aucune étude n'a été réalisée malgré le plateau technique et la présence d'un service de réanimation au Centre Hospitalier « Mère-Enfant » Le Luxembourg Bamako. Ainsi nous avons initié ce travail en nous fixant les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les urgences chirurgicales digestives au Centre Hospitalier « Mère-Enfant » Le Luxembourg de Bamako au Mali.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives
- Décrire les aspects clinique et thérapeutique
- Analyser les résultats du traitement.
- Evaluer le coût de la prise en charge.

LES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CENTRE HOSPITALIER « MÈRE-ENFANT »

LE LUXEMBOURG BAMAKO

GENERALITES

III. 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.

1. Rappels anatomiques de l'appareil digestif :

Il comprend les éléments suivants :

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

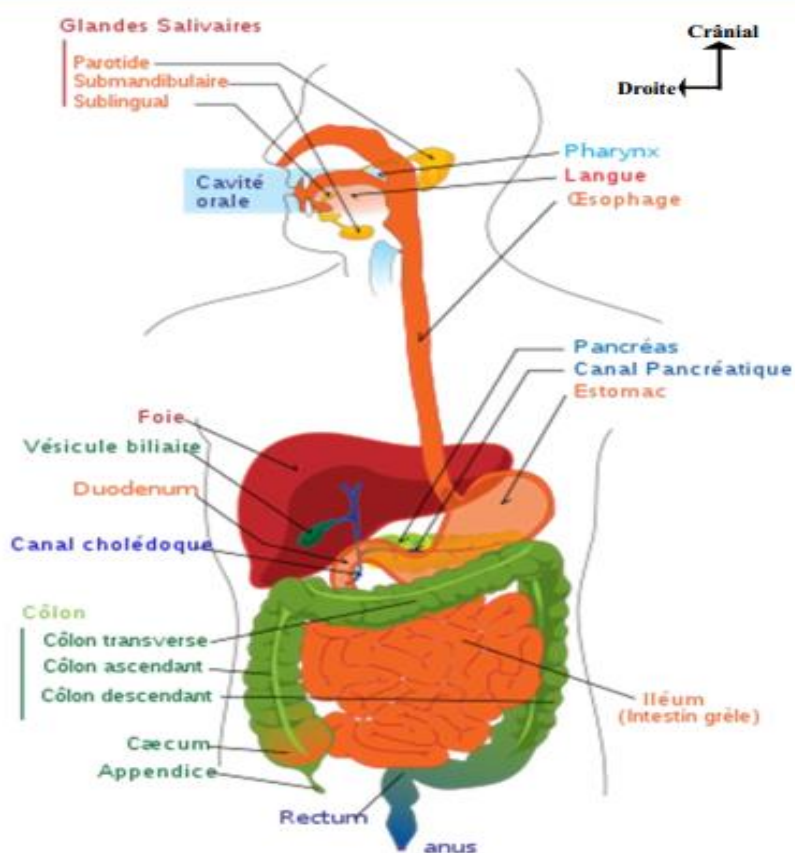


Figure 1 : Appareil digestif

1.1. L'œsophage :

Il constitue la première partie du tube digestif.

C'est un conduit musculomembraneux de 25 cm environ qui s'étend du pharynx à l'estomac dans lequel véhiculent 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.

1.2. L'estomac :

C'est un réservoir musculeux 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'antrum 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 sécrété par les glandes. Ces deux phénomènes aboutissent à la formation du chyme.

1.3. 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).

1.3.1. 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 :

- **1ère portion** : partant de l'estomac, elle se porte d'abord en haut, en arrière et à droite ;

- **2ème portion** : elle se réfléchit et se dirige directement en bas au niveau du col de la vésicule biliaire ;
- **3ème portion** : elle suit un trajet horizontal à gauche à la partie inférieure de la tête du pancréas ;
- **4ème portion** : elle monte obliquement en haut et à gauche jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal à partir des vaisseaux mésentériques.

1.3.2. 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.

1.4. Côlon – rectum – canal anal :

C'est la partie terminale du tube digestif. Le côlon 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 côlon ascendant, le côlon transverse, le côlon descendant, le côlon 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.

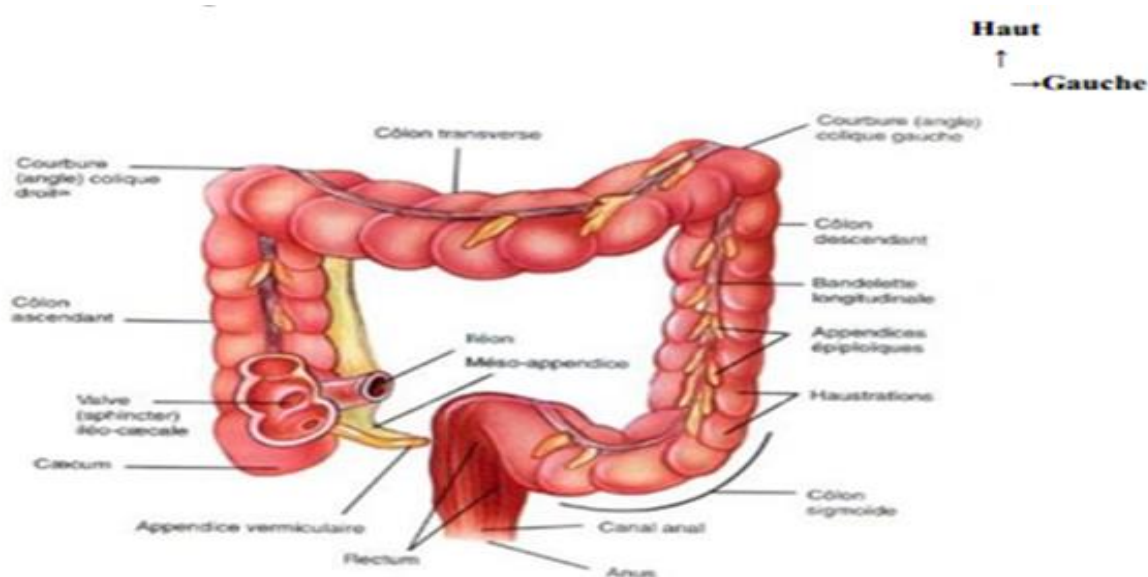


Figure2 : colon-rectum-canal anal[10]

Figure 2 : Colon-rectum-canal anal

1.5. Glandes annexes :

1.5.1. 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.

1.5.2. 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 incarcerated 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 (ductus pancreaticus).

2. Les urgences chirurgicales digestives :

2.1. Hernie étranglée [11] :

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.

2.1.2. Physiopathologie :

Une hernie non compliquée est indolore (elle entraîne tout au plus un simple gêne) et son contenu est facilement repoussé dans l'abdomen par simple pression. Parfois, au décours d'un effort par exemple, la hernie n'est plus réductible par les manœuvres habituelles. Le collet de la hernie est devenu trop étroit et constitue un anneau d'étranglement rigide qui empêche la réduction, comprime le viscère incarceré 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 leurs tailles et leur type anatomique, toutes les hernies peuvent s'étrangler un jour ou l'autre ; certaines plus que d'autres, cependant. 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.

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.

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.

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.

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.

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 hernié (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.

2.1.8. Traitement chirurgical d'urgence :

Principes généraux et indications But :

- lever la striction ;
- faire le bilan et la réparation des lésions viscérales ;
- prévenir les récurrences.

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.

2.2. Les péritonites aiguës [12] :

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 général 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 électrolytiques, catabolisme majoré...)
- un traitement anti – infectieux par l'antibiothérapie dont l'objectif principal est d'éviter ou de contrôler une diffusion de l'infection.

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

Principes du traitement chirurgical

La chirurgie utilise deux grands moyens :

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

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

2.3 Les appendicites aiguës [13] :

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 (7 à 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 schistosma 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 cul de sac de 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 généraux : souvent une altération de l'état général, une température à 38 – 38,5°c (fièvre oscillante). Signes physiques : la fosse iliaque droite est le siège d'une masse fluctuante douloureuse.

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

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 au niveau du cul de sac de Douglas à droite.

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 cul de sac de Douglas.

Signes paracliniques : Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS.

La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydroaériques.

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 14^{ième} 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 salpingite droite, une GEU droite, une complication d'une tumeur ovarienne droite (dans ce cas, le toucher vaginal et l'échographie peuvent mettre en évidence la tumeur).

Chez le vieillard : un cancer du caecum

Chez l'enfant : un diverticule de Meckel

Chez la vieille femme : une lithiase vésiculaire

2.3.10. 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 du 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 $37^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$;
- un pouls accéléré ;
- une douleur provoquée à la palpation de la partie basse de la fosse iliaque droite ;

Le Toucher rectal et le toucher vaginal provoquent des douleurs aiguës à droite.

Dans ce cas il faut éliminer une salpingite, une grossesse extra utérine.

L'appendicite sous-hépatique

Elle est caractérisée par :

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

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

Appendicite mésocoeliaque 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.

2.4.les occlusions intestinales aiguës [13] :

2.4.1. Définition :

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

C'est une urgence chirurgicale.

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

2.4.2. 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 diastatique.

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.

2.4.3. 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.

2.4.4. Les signes paracliniques :

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

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 peut montrer un obstacle sur l'intestin grêle ; les signes biologiques des troubles hydro-électrolytiques.

Car l'occlusion entraîne une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acido-basique. Ces troubles hydro-électrolytiques souvent fonctionnels sont constatés sur l'ionogramme (souvent une "hypernatrémie"), l'azotémie ou la créatinémie (souvent une "hyperazotémie" ou une hyper créatinémie"). Il faut effectuer un bilan général du malade (clinique).

2.4.5. 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 est retrouvée 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 Hirschprung;

L'immaturation du colon

pour le grêle ;

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

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

-l'invagination intestinale aiguë ;

-maladie Hirschprung.

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

-le diverticule de Meckel ;

-l'appendicite ;

-l'invagination intestinale aiguë.

- **Chez l'adulte** : Les causes les plus fréquentes sont :

-le volvulus du sigmoïde (surtout au Mali) ;

-le volvulus du 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 : sont en fonction de la cause

Signes Physiques : résumés par un météorisme important diffus Radiographie de L'Abdomen Sans Préparation Débout de face prenant les coupoles 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....

2.4.6. 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

IV. METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive allant du 01 Novembre 2022 au 31 Octobre 2023.

2. Cadre d'étude :

Elle a été réalisée dans le service de chirurgie générale du Centre Hospitalier « Mère-Enfant » Le Luxembourg Bamako.

3. Lieu d'étude :

A. Présentation du Centre Hospitalier « Mère-Enfant » Le Luxembourg Bamako :

Situé à l'Ouest de Bamako dans le quartier d'Hamdallaye et bâti sur une superficie de 3461 m². Le Centre Hospitalier « Mère-Enfant » le Luxembourg Bamako a été inauguré le 24 Novembre 1998 et il a débuté ses activités en Mai 1999. Il appartient à la Fondation pour l'Enfance dirigée par Madame TOURE Lobbo TRAORE Présidente de la Fondation.

La structure a été reconnue d'utilité publique par le décret N°93-271 /P-RM du 06 août 1993. Le Ministère de la santé et la Fondation pour l'Enfance sont signataires d'une convention qui précise les engagements de la Fondation pour l'Enfance et du Ministère. La Fondation pour l'Enfance à travers le CHME le Luxembourg s'engage à :

-Faciliter l'accès aux soins de qualité qu'ils soient curatifs, préventifs ou promotionnels conformément aux directives nationales de la politique sur la santé en république du Mali ;

-Mettre à la disposition des malades au sein du CHME des médicaments en DCI aux coûts abordables ;

-Le Ministère de la santé s'engage à fournir, dans la mesure de ses moyens l'appui dont la FPE aura besoin en vue d'atteindre ses objectifs ;

-Le Ministère de la Santé s'engage à mettre à la disposition du CHME le Luxembourg sur demande de la FPE le personnel correspondant à ses besoins. Ce personnel rémunéré par le Ministère de la Santé sera régi par les textes portant fonctionnement du CHME le Luxembourg.

- Le Ministère de la Santé s'engage à favoriser la collaboration entre le personnel du CHME et les autres travailleurs socio sanitaires du département et les contrats avec toute institution et organisation à vocation sanitaire.

Un accord de partenariat a été conclu le 10 Novembre 2005 au Luxembourg avec la FPE afin de mettre en œuvre une collaboration régulière, pratique dans l'intérêt du CHME.

a. Statut :

C'est un hôpital universitaire privé de 3^{ème} niveau selon la loi hospitalière, à but non lucratif et reconnu d'utilité publique.

b. Les missions du CHME :

Le CHME est un hôpital universitaire ouvert aux malades ambulants et référés par d'autres structures hospitalières pour les cas nécessitant une intervention spécialisée.

A ce titre, il assure quatre missions principales :

- Assurer le diagnostic, le traitement des patients et en particulier les femmes et les enfants ;
- Assurer la prise en charge des cas référés et des urgences ;
- Assurer la formation continue des professionnels de la santé et des étudiants ;
- Conduire les travaux de recherche dans le domaine de la santé.

Pour accomplir ses missions et atteindre ses objectifs, le CHME s'est doté de plusieurs services :

- Les services cliniques
- Les services médico-techniques
- Les services de soutien
- Les services administratifs

b.1 Les services cliniques :

Les activités cliniques sont regroupées en six (06) services et 10 unités.

Les activités sont essentiellement focalisées sur la promotion de la santé de la mère et de l'enfant et se répartissent comme suit :

-Le service de pédiatrie comprend :

- 1 unité de pédiatrie générale
- 1 unité de Néonatalogie rendue fonctionnelle en 2012

- Le service de médecine interne comprend :

- ✚ La cardiologie
- ✚ La médecine
- ✚ La gastroentérologie
- ✚ La neurologie
- ✚ La rhumatologie
- ✚ La dermatologie

✚ L'endocrinologie

✚ L'oncologie

✚ Hémodialyse

-Le service de gynéco-obstétrique comprend :

- 1 unité de gynécologie
- 1 unité d'obstétrique
- 1 unité de vaccination

-Le service de chirurgie comprend :

- L'unité de chirurgie Pédiatrique
- L'unité de chirurgie cardiovasculaire
- L'unité de chirurgie générale
- L'unité de neurochirurgie
- L'unité d'ORL
- L'unité de Stomatologie
- L'unité de traumatologie
- L'unité d'Ophtalmologie
- L'unité de cathétérisme cardiaque

-Le service d'anesthésie et de réanimation :

- Unité de réanimation
- Unité d'anesthésie
- Unité des urgences

b.2 Les services médico techniques :

- Le service de laboratoire
- Le service d'imagerie médicale
- La Pharmacie hospitalière

b.3 Les services de soutien :

- Le service social
- Le service de maintenance

b.4 Les services Administratifs :

- La Direction Générale
- La Direction Administrative
- La Direction Financière
- Le secrétariat général
- La télémédecine (keneya Blown)

Autres prestations

- Missions humanitaires périodiques organisées dans le cadre de la coopération médicale avec les médecins étrangers pour la réalisation d'activités ponctuelles.

4. Echantillonnage :

Nous avons recensé 139 patients pendant notre période d'étude, qui répondaient aux critères d'inclusion.

➤ **Critères d'inclusion :**

Tous patients admis dans le service de chirurgie générale du Centre Hospitalier « Mère Enfant » Le Luxembourg Bamako pour un abdomen aigu dont la prise en charge a été effectuée dans les 24 heures.

➤ **Critères de non inclusion :**

- Tout patient présentant une urgence non chirurgicale ou opéré en chirurgie programmée.
- Toute urgence chirurgicale digestive non opérée dans le service.

➤ **Supports :**

Les supports utilisés ont été :

- Les dossiers médicaux des malades,
- Les registres d'hospitalisation,
- Les registres consignants les comptes rendus opératoires,
- les fiches d'enquêtes individuelles,

- les registres de consultations externes,
- le protocole d'anesthésie.

➤ **Saisie et analyse des données :**

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « Epi Info .7 » version 23, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « WORD » version 2016, 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 Chi2avecP significatif < 0,05.

RESULTATS

V. RESULTATS

Au cours de cette étude, nous avons effectué 1298 consultations au cours desquelles 470 interventions chirurgicales dont 139 urgences chirurgicales digestives. Les urgences chirurgicales ont représenté 10,71% des consultations globales et 29,57% des interventions chirurgicales.

Tableau I : Répartition des malades en fonction de la tranche d'âge

Age(ans)	Effectif	Pourcentage
15-19	19	13,67
20-40	56	40,29
41-60	38	27,34
61-80	23	16,54
81 et +	3	2,16
Total	139	100

La tranche d'âge de 20-40 ans était la plus représentée soit 40,29% des cas.

L'âge moyen était de 39 ans, les extrêmes de 16ans et 93 ans avec un écart type de 21,65 ans.

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Artisan	3	2,16
Commerçant	18	12,95
Cultivateur	10	7,19
Elève/Étudiant	31	22,30
Fonctionnaire	30	21,58
Ménagère	31	22,30
Ouvrier	16	11,51
Total	139	100,00

Les élèves/étudiants et les ménagères étaient les plus représentés soient 44,60% des cas.

Tableau III : Répartition des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	75	53,96
Féminin	64	46,04
Total	139	100

Le sexe masculin était le plus représenté soit 53,96% des cas avec un sex-ratio de 1,2.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Référé(es)	71	51,08
Venu(es) de lui même	68	48,92
Total	139	100

La référence concernait 51,08% de nos patients.

Tableau V : Répartition des patients en fonction de motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	123	88,49
Douleur abdominale + Vomissements	6	4,31
Douleur abdominale + Saignement	2	1,44
Douleur abdominale + Ballonnement + Arrêt des matières et des gaz	5	3,60
Douleur anale	3	2,16
Total	139	100

La douleur abdominale représentait 88,49% des cas.

Tableau VI: Répartition des patients en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	21	15,11
Diabète	11	7,91
Asthme	3	2,16
Drépanocytose	3	2,16
Autres	7	5,04
Aucun	94	67,62
Total	139	100

Aucun antécédant médical n'a été retrouvé dans 67,62% des cas.

Autres : Hépatite B =1,44%, Hépatite C =0,72%, Polyarthrite rhumatoïde=0,72%, Ulcère gastrique =1,44%, VIH =0,72%.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Appendicite aigue	4	2,88
Hernie inguinale	8	5,75
Occlusion intestinale aigue	5	3,60
Maladie Hémorroïdaire	4	2,88
Autres	3	2,16
Aucun	95	68,34
Total	139	100

Aucun antécédent chirurgical n'a été retrouvé dans 68,34% des cas.

Autres : Adénome de la prostate =0,72%, Tumeur de l'œsophage =0,72%, Tumeur colique =0,72%.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction des antécédents obstétricaux

Antécédents obstétricaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	9	6,47
Grossesse extra-utérine	1	0,72
Myome utérin	4	2,88
Hystérectomie	4	2,88
Kyste de l'ovaire	1	0,72
Tumeur ovarienne	1	0,72
Aucun	119	85,61
Total	139	100

Aucun antécédent obstétrical n'a été retrouvé dans 85,61% des cas.

Tableau IX : Répartition des malades en fonction des signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	136	97,84
Douleurs anales	3	2,16
Arrêt des matières et des gaz	38	27,34
Constipation	11	7,91
Diarrhée	21	15,11
Vomissements	93	66,91

La douleur abdominale était le principal signe fonctionnel soit 97,84% des cas.

Tableau X : Répartition des malades en fonction du siège de la douleur

Siège de la douleur	Effectif	Pourcentage
Diffus	37	27,21
Epigastre	5	3,68
Flanc droit	3	2,21
Flanc gauche	6	4,41
Fosse iliaque droite	56	41,18
Hypochondre droit	4	2,94
Hypochondre gauche	1	0,74
Hypogastre	6	4,41
Péri-ombilicale	18	13,24
Anale	03	2,16
Total	139	100,00

La douleur siégeait dans la fosse iliaque droite dans 41,18% des cas.

Tableau XI : Répartition des patients en fonction des signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Météorisme + Défense abdominale	53	38,13
Contracture abdominale + Douleur dans le cul de sac de Douglas au toucher rectal	28	20,14
Défense abdominale + Douleur dans le cul de sac de Douglas au toucher rectal	134	96,40

La défense abdominale et douleur dans le cul de sac de Douglas au toucher rectal étaient retrouvées à l'examen physique dans 96,40% des cas.

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

Taux d'hémoglobine	Effectif	Pourcentage
< 6g /dl	1	0,72
6-8g/dl	10	7,19
9-11g/dl	21	15,11
> 11g/dl	107	76,98
Total	139	100

Le taux d'hémoglobine >11g/dl a été retrouvé dans 76,98% des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le groupage / rhésus

Groupe sanguin/rhésus	Effectif	Pourcentage
A-	7	5,04
A+	31	22,30
AB+	4	2,87
B-	7	5,04
B+	32	23,02
O-	5	3,60
O+	53	38,13
Total	139	100

La majorité des patients était de groupe sanguin O, rhésus positif dans 38,13% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'ionogramme sanguin demandé par les anesthésistes

Ionogramme sanguin	Effectif	Pourcentage
Hyponatrémie + Hypokaliémie + Hypochlorémie	5	3,60
Hypokaliémie + Hypochlorémie	2	1,44
Hypokaliémie	2	1,44
Normal	4	2,88
Non fait	126	90,64
Total	139	100

Les patients qui n'ont pas réalisé l'ionogramme représentaient 90,64%.

Tableau XV : Répartition des malades en fonction d'imagerie réalisée

Types d'imageries		Echographie	Abdomen Sans Préparation	Tomodensitométrie
Réalisé	Effectif	109	46	15
	Pourcentage	78,42	33,09	10,79
Non réalisé	Effectif	30	93	124
	Pourcentage	21,58	66,91	89,21

L'échographie était l'imagerie la plus réalisée soit 78,42% des cas.

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction du diagnostic pré opératoire

Diagnostic pré opératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicite aigue	57	41,01
Hernie étranglée	6	4,32
Péritonite	23	16,55
Occlusion intestinale aigue	46	33,09
Thrombose hémorroïdaire	2	1,44
Autres	5	3,59
Total	139	100

L'appendicite aigue était le diagnostic le plus retenu en pré opératoire soit 41,01% des cas.

Autres : Abscès hépatique =1,44%, Eviscération post opératoire =1,44%, Fistule digestive =0,72%.

Tableau XVII : Répartition des malades en fonction de type anesthésie

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage
Anesthésie générale	95	68,35
Anesthésie loco-régionale	44	31,65
Total	139	100

L'anesthésie générale était pratiquée dans 68,35% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des malades en fonction de la voie d'abord chirurgicale

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage
Coelio-chirurgie	3	2,16
Laparotomie	136	97,84
Total	139	100

La laparotomie était pratiquée dans 97,84% des cas.

Tableau XIX : Répartition des malades en fonction du diagnostic per opératoire

Diagnostic per opératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicite aigue	59	42,45
Hernie étranglée	8	5,75
Péritonite	20	14,39
Occlusion intestinale	44	31,65
Thrombose hémorroïdaire	2	1,44
Autres	6	4,32
Total	139	100

L'appendicite était le diagnostic le plus retenu en per opératoire dans 42,45% des cas.

Autres : Abscess hépatique =1,44%, Eviscération post op =1,44%, Fistule digestive =0,72%, GEU Rompue =0,72%.

Tableau XX : Répartition des malades en fonction de la technique chirurgicale

Technique chirurgicale	Effectif	Pourcentage
Adhésiolyse	8	5,76
Appendicectomie	61	43,88
Appendicectomie +lavage et drainage	12	8,63
Colostomie	17	12,23
Cure herniaire	6	4,32
Excision de berge + suture	6	4,32
Hémorroïdectomie	2	1,44
Résection anastomose	10	7,19
Section de la bride	7	5,04
Iléostomie	10	7,19
Total	139	100

L'appendicectomie a été la technique la plus utilisée soit 43,88% des cas.

Tableau XXI: Répartition des malades en fonction de la durée du traitement chirurgical

Durée du traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
< 30min	6	4,32%
30min – 1h	58	41,73%
1h – 1h 30min	22	15,83%
> 1h 30min	53	38,13%
Total	139	100%

La durée du traitement chirurgical comprise entre 30min à 1H représentait 41,73% des cas.

Tableau XXII: Répartition des patients en fonction du délai de prise en charge

Délai de prise en charge	Effectif	Pourcentage
Inf. 30min	1	0,72
30min – 1h	7	5,04
1h – 1h 30min	1	0,72
Sup 1h 30min	130	93,53
Total	139	100

Le délai de prise en charge supérieur à 1H30min représentait 93,53% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
0-3 jours	81	58,27
4-7 jours	53	38,13
> 7Jours	5	3,60
Total	139	100

La durée d'hospitalisation n'a pas dépassé 3jours dans 58,27% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon les suites opératoires

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	123	88,49
Complicées	16	11,51
Total	139	100

Les suites opératoires ont été simples dans 88,49% des cas.

Tableau XXV : Répartition des patients en fonction des différentes complications post opératoires

Types de complications post opératoires	Effectif	Pourcentage
ISO	2	12,5
Fistule digestive	3	18,75
Décès	11	68,75
Total	16	100

Le décès était la complication post opératoire la plus représentée soit 68,75% des cas.

Tableau XXVI : Répartition des malades en fonction du coût de la prise en charge

	Coût (F CFA)	Effectif	Pourcentage
Médicaments	10000-50000	66	47,48
	50001-100000	57	41,01
	+ de 100000	16	11,51
	<100000	76	54,68
Acte chirurgical	100000-200000	36	25,90
	+ de 200000	27	19,42
Acte anesthésiste	25000	139	100
	Gratuit	1	0,72
Hospitalisation	8000-24000	81	58,27
	25000-50000	46	33,09
	> 50000	11	7,91

Le coût moyen de la prise en charge était de 329.000F avec des extrêmes de 107.000F et 825.000F.

LES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CENTRE HOSPITALIER « MÈRE-ENFANT »

LE LUXEMBOURG BAMAKO

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie :

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

Cependant nous avons rencontré certaines difficultés à savoir :

- le retard de consultation des malades
- l'insuffisance de suivi à moyen et à long terme postopératoire due au non-respect des rendez-vous postopératoires par les patients.

2. Fréquence :

Tableau XXVII : Répartition de la fréquence des urgences chirurgicales digestives selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test statistique
Berthé I. D [10] au Mali	107	19,32	0,0049
Harouna Y. [17] au Niger	475	25,60	0,0142
Notre étude	139	29,57	

Au cours de notre étude les urgences chirurgicales digestives ont représenté 29,57% de l'ensemble des activités du service de chirurgie générale du Centre Hospitalier « Mère-Enfant » Le Luxembourg de Bamako. Des taux inférieurs ont été trouvés dans l'étude de Berthé I. D [10] au Mali en chirurgie « A » du CHU du Point G 19,32 % avec $P=0,0049$. Ce taux inférieur par rapport à celui de notre étude s'expliquerait par l'accès facile de l'hôpital « Mère-Enfant » Le Luxembourg de Bamako. Au Niger Harouna Y [17] avait trouvé 25,60 %. Ces données témoignent de la fréquence élevée des urgences chirurgicales.

3. Age :

La tranche d'âge la plus représentée a été de 20 à 40 ans avec 40,29 % des cas. Ce résultat est inférieur à celui de Konaté M. qui a trouvé la même tranche d'âge avec 70 % des cas ($P = 0,0031$) [9]. Cette différence pourrait être due à la taille l'échantillon. Les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie de 30 à 45 ans [18 ; 17 ; 7 ; 19], notre étude corrobore avec celles de la littérature.

4. Sexe :

Le sexe masculin était prédominant soit 53,96 % avec un sex-ratio de 1,2. Ce résultat est comparable à celui de Berthé I. D [10] qui a trouvé un sex-ratio à 2,34. Dans la littérature africaine, asiatique, européenne [17 ; 19 ; 20 ; 21], les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin.

5. Activité professionnelle :

Dans notre étude, les élèves/étudiants et les ménagères ont été majoritaires soient 44,60% des cas. Cette situation n'a aucune valeur scientifique car les urgences chirurgicales digestives ne sont pas liées à une activité professionnelle définie [10].

6. Mode d'admission :

Les patients ont été reçus en urgence dans 51,08% des cas. Cela se justifie par l'existence de service de réanimation au centre hospitalier « Mère-Enfant » le Luxembourg de Bamako.

7. L'examen clinique :

La douleur était le principal motif de consultation chez tous les patients soit 100% des cas. Ses caractéristiques sémiologiques et les autres signes associés ont permis chez tous nos patients, l'orientation diagnostique. Cette douleur a été rapportée dans la littérature comme le motif de consultation le plus fréquent [9 ;10 ;29]. Mabalababela J.R. et coll. [22] ont trouvé 100 % des cas de douleur dans leur série.

- Toucher pelvien (le toucher rectal et vaginal)

Il était systématique pour l'orientation diagnostique.

Dans notre étude au toucher pelvien, la douleur a été retrouvée chez 80 patients soit 57,55 % des cas comparablement chez Seydou Sangaré qui a trouvée 52,5 % des cas [29].

8. Examens para cliniques au diagnostic :

8.1. Biologie

Nous avons réalisé le groupage rhésus et le taux d'hémoglobine chez tous nos malades. Cela s'expliquerait par la présence d'une équipe de garde et un plateau technique disponibles pour cet examen. Nous n'avons pas pratiqué le taux d'hémoglobine chez 5 patients soit 3,50% et le groupage rhésus chez 8 patients soit 5,76 %.

Ceci est dû au fait que ces patients ont été reçus avec des fiches consignant ses résultats. La majorité des patients était de groupe sanguin O, rhésus positif soit 38,13% des cas et le taux d'hémoglobine >11g/dl a été retrouvé dans 76,98% des cas.

Devant la fatigabilité de certains de nos patients les anesthésistes ont demandé l'ionogramme chez 13 patients soit 9,35% des cas dont l'hypokaliémie représentait 69,23% des cas.

8.2. Echographie

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

78,42. Avec la présence d'une équipe de garde à l'unité d'imagerie la pratique de cet examen en urgence a aidé au diagnostic dans 109 cas. Par contre elle n'était pas contributive au diagnostic dans 21,58% des cas comme dans une étude faite au Maroc Abi F. et coll. [41] : 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.

9. Fréquence des principales étiologies

9.1. Appendicite aiguë

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

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test statistique
Zoguerech D.D [38], RCA	276	42,30	0,009
Cassina [21], Allemagne	116	47,40	0,002
Berthé I. D [10], Mali	22	21,27	0,0015
Yacouba Fané. [9], Mali	118	59	0,0000
Notre étude	59	42,45	

Le diagnostic d'appendicite a été retrouvé dans 42,45% des cas en peropératoire. Les malades étaient reçus en urgence par une équipe médicale constituée par l'infirmier, l'interne et le chirurgien de garde. Dans tous les cas le diagnostic d'appendicite a été clinique. Ces données ont été rapportées dans la littérature européenne [9 ; 4 ; 21] et africaine [3 ; 23]. On pourrait en conclure que le diagnostic d'appendicite est clinique et ne doit pas attendre une échographie, un scanner ou une radiographie de l'ASP pour poser l'indication opératoire. A noter que le diagnostic de certitude reste anatomo-pathologique. Le taux d'appendicite dans notre étude était de 42,45 %. Ce taux se rapproche à celui de Zoguerech D.D [38] au RCA et de Cassina P. [21] en Allemagne qui sont respectivement de 42,30%(P=0,009) et 47,40% (P =0,002). L'appendicite aiguë est considérée la première étiologie des urgences chirurgicales digestives. Dans les autres séries africaines [9 ; 10] notre taux est inférieur à celui de Yacouba Fane [9] soit 59%(P=0,0000) et supérieur à celui de Berthé I. D [10] soit 21,27%(P=0,0015), ceci pourrait être lié au fait que notre centre de santé est une structure hospitalière de troisième niveau et que les appendicites sont beaucoup prises en charge dans les CS. Réf que dans les CHU.

9.2. Péritonite aiguë :**Tableau XXIX :** Fréquence des péritonites par rapport aux urgences chirurgicales abdominales selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test statistique
Lorand M. [40], France	84	3	0,0000
Harouna. Y [17], Niger	209	20,8	0,4678
Yacouba Fané [9], Mali	33	16 ,5	0,0000
Notre étude	20	14,39	

Dans notre étude, le diagnostic de péritonite a été posé dans 23 cas en préopératoire, et en per opératoire 20 cas. Dans tous les cas, l'échographie a contribué à porter l'indication opératoire. Dans la littérature, les auteurs [6, 4, 15, 24] ont apporté que l'échographie est l'examen morphologique de choix dans le diagnostic de péritonite. La péritonite a occupé la troisième place (14,39 %) des urgences chirurgicales digestives après l'appendicite aiguë et l'occlusion intestinale dans notre pratique. Ce résultat est comparable à ceux de Harouna Y [17] et de Yacouba Fané [9] qui avaient trouvé respectivement 20,8% avec $P=0,4678$ et 16,5% avec $P=0,0000$ mais supérieur à celui de Lorand M qui avait trouvé 3% avec $P=0,0000$.

9.3. Thrombose hémorroïdaire :

Nous avons retenu en préopératoire le diagnostic de thrombose hémorroïdaire chez 02 patients soit 1,44% des cas. Nous avons retenu le même diagnostic en per opératoire dans tous les cas. Le diagnostic d'une thrombose hémorroïdaire est clinique et ne doit attendre aucun examen paraclinique pour poser l'indiction opératoire car c'est une urgence chirurgicale [9]. Ce résultat est statistiquement inférieur à une étude menée à l'hôpital préfectoral d'Inezgane [29] qui a trouvé 3,33% avec $P=1,4924$. Ceci pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon.

9.4. Hernie étranglée

La hernie étranglée était de 5,76% des cas dans notre série. Ce taux est comparable à celui de Samaké B. au Mali [39] qui a eu 4,9% des cas avec $P = 0,7201$. Il est moins élevé en Europe soit 1/1500 des cas pour Papagrigoriadas S et Coll. [25], 1 % des cas pour Bargy F et Coll. [26]. Cela pourrait s'expliquer par la prise en charge précoce des hernies en Europe qu'en Afrique.

9.5. Occlusion intestinale aiguë :

Au cours de l'étude, le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë était retenu en peropératoire dans 31,65% des cas. Ce taux est comparable à celui de Samassékou P. [30] au Mali qui a retrouvé 25,40% des cas. La radiographie de l'ASP a contribué au diagnostic dans tous les cas car il était systématique. Nous en concluons que l'ASP contribue à compléter la clinique dans le diagnostic des occlusions intestinale aiguë. L'occlusion intestinale aiguë occupe la deuxième place des étiologies des urgences chirurgicales digestives dans notre étude après l'appendicite aiguë.

9.6. Abscess hépatique :

L'abcès hépatique a représenté 1,44% des cas, ce résultat est comparable à celui de Alaoui S.E. O. au Maroc [31] soit 0,1% des cas et celui de Kodjoh N, Hountoundji A. soit 1,6% des cas à Cotonou [32]. Ces résultats montrent que l'abcès du foie n'est pas fréquent comme l'étiologie des urgences chirurgicales digestives.

9.7. Eviscération post opératoire :

Nous avons recensé 2 malades soit 1,44% des cas. Ce taux est comparable à celle d'une étude réalisée en Grèce par Pavlidis T.E et al [33] soit 0,46% des cas.

9.8. Fistule digestive :

Au cours de notre étude nous avons eu un seul cas de fistule digestive soit 0,72% qui est comparable au résultat de Sacko S. [34] au Mali soit 1,2% des cas.

9.9. Grossesse extra utérine :

Durant notre période d'étude nous avons colligé un cas de GEU soit 0,72%. Ce résultat est presque similaire à celui de Sanogo. B D en 2012 au Mali [35] qui avait rapporté une fréquence de 0,75%. Par contre inférieur à celui de Elcharcha. M [36] en 2017 au Marrakech qui avait rapporté une fréquence de 1,40%. Cette différence de proportion pourrait s'expliquer par la taille de nos échantillons.

10. Suites opératoires

La morbidité post opératoire a été dominée par un trouble électrolytique ; celle-ci se rencontre surtout au cours des péritonites. Elles sont imputables à un retard de consultation devant les douleurs abdominales. Dans notre étude, les suites opératoires ont été compliquées dans 11,51%

des cas. Les suites opératoires ont été simples dans 88,49 % des cas. Au cours de l'étude, nous avons enregistré 11 décès soit 7,91 % des cas.

Par contre 4,46 % des cas de décès ont été constatés par Boubacar [27] (112) avec $P=0,043782$ et 6,96% des cas par Dembélé M [28] au Mali (273) avec $P=0,000563$. Ceci s'expliquerait par la différence de taille de nos échantillons. Tous les patients décédés avaient une péritonite soit (100 %) des cas. Ce taux élevé a été rapporté par Yacouba Fané. [9] au Cs REF Commune I (100 %). La majorité des patients soit 85,61 % des cas a été revue après les trente premiers jours de leur sortie de l'hôpital. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patients résidait à Bamako ville.

11. Coût de la prise en charge :

Dans notre étude, le coût moyen du traitement était de 329.000 FCFA avec des extrêmes de 107.000F et 825.000FCFA. Ce qui est supérieur au Salaire Minimal Garanti d'où la nécessité de vulgariser la couverture maladie universelle.

CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place importante dans la pratique chirurgicale par leur fréquence élevée. Les étiologies sont multiples et variées. Le diagnostic clinique précoce et la durée de la prise en charge 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 sanction thérapeutique. La prise en charge nécessite une étroite collaboration multidisciplinaire.

VIII. RECOMMANDATIONS

A la fin de notre étude, nous recommandons :

A la population

- La consultation sans délai, dans un centre de santé devant toute douleur abdominale aiguë.
- L'observation d'une bonne hygiène alimentaire et corporelle, individuelle et collective.
- L'éviction de l'automédication.

Aux centres de santé de la périphérie

- L'éviction de l'administration prolongée d'antalgiques.
- La référence en temps opportun les patients et leur préparation pour une bonne évacuation.
- La redynamisation de la caisse de solidarité du système de référence-évacuation.

A l'Hôpital Mère-Enfant Le Luxembourg

- La mise au point des Kits d'urgence chirurgicale.
- L'organisation du bloc d'urgence au sein de l'hôpital
- La mise en place d'un service sociale.

Aux autorités politiques et sanitaires

- La formation continue du personnel.
- La formation en nombre suffisant de spécialistes de chirurgie viscérale, de réanimation et de radiologie.
- L'équipement des structures de santé en moyens matériels diagnostiques (radiographie, échographie, scanner), thérapeutiques (produits médicamenteux de première nécessité et de première urgence) et personnels.
- La mise au point d'un système de SAMU (Service d'Assistance Médicale Urgente).
- L'élaboration d'un programme d'information ; d'éducation et de communication à l'intention des populations sur la gravité et les dangers de l'automédication et du traitement traditionnel en matière d'urgences chirurgicales abdominales.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CHICHE B. MOULLE P. : Urgence chirurgicale. *Masson*, Paris 1980 ; 2.
2. ABDOUL AZIZ MAÏGA : Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des pathologies abdominales chirurgicales d'urgence à l'hôpital de GAO à propos de 70 cas. Thèse de Médecine Bamako, 2008; 09M372.
3. BROWER A.: Urgences. *Encycl. Med. Chir. (Paris)*, 2004 ; 2 : 24048B10.
4. DOMERGUE J. et al. : Apport coelioscopique dans les abdomens aigus. *Ann. chir.* 1992 ; 46 (4) : 287-289.
5. ETIENNE J.C. et al. : Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. *Encycl. Méd. Chir.*, 1994 ; 24039010 : 27.
6. PADONOU N. et al. : Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au C.H.U de Dakar. Statistique de 04 ans (1973-1979). *Dakar Méd.* 1978 ; 24(1) : 30-37.
7. ISMAILA K. : Urgences chirurgicales : Etude rétro prospective sur 2 années au C.H.U de Cocody. Thèse de Médecine (Abidjan) 1990 ; N° 1156.
8. OUOLOGUEM M.O. : Urgences chirurgicales digestives non traumatiques à l'hôpital de Sikasso. Thèse de Médecine Bamako, 2009 ; 44 : 97.
9. YACOUBA FANE : Urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie générale du Cs. Réf de la Commune I. Thèse de Méd. Bamako, 2017 ; 17M208.
10. 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.
11. DOUMBIA S. : Abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital national du Point G. Thèse de Med. Bamako, 1982 : N° 12.
12. KEITA S. : Problème diagnostique et thérapeutique des abdomens aigus en chirurgie à l'hôpital national du point G. Thèse de Med. Bamako, 1996 ; 13.
13. CHEVREL. J.P. ; GUERAUD J.B. ; LEVY. : Appareil digestif, *Masson* 1986 ; 225 : 119 – 123.
14. ENCYCLOPEDIE MEDICO CHIRURGICALE. : Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. Urgences médico- chirurgicales (EMC) 240 59 A10. 1984. 10p.
15. BARBIER J. ; CARRETIER M. ; ROUFFINEAU J. et al. : Péritonites aiguës *Encycl. Chirurgie urgence*, 24048 B10. 2-1988. 18 P.
16. DAVID D. et al. : Les appendicites aiguës au CHU de Bangui, aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques. *Cahier santé* 2001 ; 11 (2) : 117 – 125.
17. HAROURA Y. : Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger).

Médecine d'Afrique Noire, 2001 ; 01M42.

18. CAMARA S. : Problème d'anesthésie et réanimation posé par la chirurgie abdominale d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine Bamako (Mali) 1989. 89M68.

19. 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.

20. MUSHTAQ A., MEHBOOD Ali S., STPHEN L., PHILOMENA D. J., SIFATW.: Survey of surgical emergencies in the rural population in the Northern areas of Pakistan. Trop Med and Int Health 1999; 12: 846p.

21. CASSINA P. et al. : Die effizienz der chirurgischen grunddiagnostik beim akuten abdominalsmerz. Der Chirurg, 1996 ; 67 : 254- 60.

22. MABIALABABELA J.R, PANDZOUN, KOUTABAE, GANGAZANDZOU S., SENG P. : Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Brazzaville (Congo). Med. Trop ; 2006 ; 66 : 172- 176.

23. CHICHE B. : Appendicite aiguë. Encycl Med chir (Paris France) urgence, face 24050 A10 (4304) ;1984.

24. ADIADIA G. : Contribution à l'étude de péritonites aiguës généralisées chez l'enfant à propos de 100 observations au CHU de Dakar (Sénégal). Thèse de médecine, Dakar, 1985 ; 85M45.

25. PAPAGRIGORIADAS S. BROWSE DJ, HOWARD ER. : Incarceration of umbilical hernias in adult: a rare but important complication. Urgences 1988 ; 4 : 231- 236.

26. BARGY F., BAUDOIN S. : Hernies de l'enfant et de l'adulte. Rev Prat 1997 ; 47 : 289 - 294.

27. BOUBACAR BREHIMA DEMBELE : Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes, A propos de 112 cas, Oct 2002- Sept 2003. Thèse de Med. Bamako, 2005 ; 250.

28. DEMBELE M. : Les abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital du Point G, 273 cas. Thèse de Med. Bamako ,1998 ; 98M58.

29. SEYDOU SANGAGE : Urgences chirurgicales digestives au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de Méd. Bamako, 2019 ; 19M390.

30. SAMASSEKOU P. : Urgences chirurgicales digestives au centre de référence Koulikoro.2009 ; 09M423

31. ALAOUI S. E. O. : Abscess hépatique à pyogène expérience du service de chirurgie viscérale de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès (à propos de 10 cas). Thèse méd

Marrakech 2015 ; n°143, 91p.

32. KODJOH N. ; HOUNTOUNDI A. : Les abcès amibiens du foie à propos de 42 observations colligées dans les services médicaux du CNHU de Cotonou. Méd Afr noire 1991; 38 :185-9

33. PAVLIDIS T.E.; GALATIANOS T.N.; PAGASIOGAS B.T.; LASARIDIS C.N.; ATMATZIDIS K.S.; MAKRIS J.G.: Complete dehiscence of the abdominal wound and incriminating factor. Eur S-Surg. 2001 ; 167(5) ; 351-355

34. SACKO S. : Fistules digestives post opératoires dans le service de chirurgie « A » CHU point G. Mémoire DES 2020-2021.

35. SANOGO D.B. : Aspects épidémiologique et anatomopathologique de la GEU au Cs. Réf CVI du district de Bamako. 2012 ;12M147

36. ELCHARCHA M. : GEU : épidémiologie, diagnostic, traitement et pronostic obstétrical. [Thèse de médecine]. [Egypte] : Marrakech ; 2017.

37. DIAKITÉ M. : Les pathologies pancréatiques chirurgicales dans le service de chirurgie B de l'hôpital du point G. 2007 ;07M191

38. ZOGUEREH D.D, LEMAITRE X.; IKOLI J.F.; DELMONT J.; CHAMLIAN A.; MANDEBA J.L.; NALI N.M. : Acute appendicitis at the national university in Bangui, central african republic: epidemiologic, clinical, paraclinical and therapeutic aspects. Santé 2001 ; 11(2) : 117-25.

39. SAMAKE B. : Hernies inguinales : Aspects diagnostique et thérapeutique au CS Réf CI Bamako. 2014 ;14M94

40. LORAND M et al : Epidémiologies des péritonites en France, Etude ARC et AURC Paris 1999.

41. 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.

ANNEXES

X. ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : DEMBELE

Prénom : SOULEYMANE

Titre : Les urgences chirurgicales digestives au Centre Hospitalier « Mère-Enfant » Le Luxembourg Bamako.

Secteur d'intérêt : Service de chirurgie générale du Centre Hospitalier « Mère-Enfant » Le Luxembourg Bamako.

Pays : Mali.

Ville de soutenance : Bamako.

Année : 2022-2023.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS.

RESUME :

1. Objectif général :

Etudier les urgences chirurgicales digestives au Centre Hospitalier « Mère Enfant » Le Luxembourg Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives
- Décrire les aspects clinique et thérapeutique
- Analyser les résultats du traitement.
- Evaluer le coup de la prise en charge.

Du 01 Novembre 2022 au 31 Octobre 2023 le service de chirurgie générale du Centre Hospitalier « Mère Enfant » Le Luxembourg de Bamako a réalisé 139 urgences chirurgicales digestives dont les dossiers étaient exploitables ; 75 hommes et 64 femmes soit un sexe ratio de 1,2. La tranche d'âge de 20-40 ans a été la plus représentée soit 40,29% des cas. L'âge moyen était de 39 ans, les extrêmes de 16ans et 93 ans avec un écart type de 21,65 ans. La référence concernait 51,08% de nos patients. La douleur abdominale a été le principal motif de consultation soit 100% des cas. L'examen physique a permis dans la majorité des cas de poser le diagnostic. Devant certains cas cliniques, nous avons demandé des examens para cliniques (échographie, ASP, Scanner et groupage/rhésus). La principale étiologie a été l'appendicite aiguë soit 42,45% des cas. La fréquence des urgences chirurgicales digestives a été de 10,71% de l'ensemble des activités du service de chirurgie générale du Centre Hospitalier « Mère Enfant » Le Luxembourg de Bamako au Mali. Tous nos patients ont été vus par un anesthésiste avant l'accès au bloc opératoire. Les suites post opératoires ont été compliquées dans 11,51% des cas avec 7,91% de décès. La péritonite a été la cause de décès soit (100 %) des cas. Le coût moyen du traitement a été de 329.000 FCFA.

Mots clés : urgence- chirurgie – digestive-complication-post opératoire.

FICHE D'ENQUETE

**LES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU Centre Hospitalier « Mère
Enfant » Le Luxembourg BAMAKO**

1. N°FICHE :

2. N°DOSSIER :

3. Nom :

4. Prénom :

5. Age (ans) :

6. Profession :

- | | | |
|------------------|-------------------|-------------------------|
| a. Fonctionnaire | d. Ouvrier | 99. Autres (à préciser) |
| b. Artisan | e. Etudiant/Elève | |
| c. Cultivateur | f. Ménagère | |

7. Sexe :

- | | |
|-------------|------------|
| a. Masculin | b. Féminin |
|-------------|------------|

8. Ethnie :

- | | | |
|------------|------------|-------------------------|
| a. Bamanan | d. Dogon | 99. Autres (à préciser) |
| b. Peulh | e. Soninké | |
| c. Sonrhäi | f. Malinké | |

9. Nationalité :

- | | |
|-------------|-------------------------|
| a. Malienne | 99. Autres (à préciser) |
|-------------|-------------------------|

10. Résidence :

- | | | |
|----------------|---------------|-----------------------------|
| a. Commune I | d. Commune IV | g. Hors Bamako (à préciser) |
| b. Commune II | e. Commune | |
| c. Commune III | f. Commune VI | |

11. Mode d'admission :

- a. Référé(e)
- b. Venu(e) de lui-même

12. Moyen de référence :

- | | |
|--------------|-------------------------|
| a. Ambulance | c. Voiture personnelle |
| b. Taxi | 99. Autres (à préciser) |

13. Référé(e) par :

- | | |
|--------------|---------------|
| a. Médecin | c. Sage-femme |
| b. Infirmier | d. Interne |

I-EXAMEN CLINIQUE :

1-MOTIF DE CONSULTATION :

A. Mode de début des signes :

- a. Brutal
- b. Progressif
- c. Ne sait pas

B. Heures d'apparition des différents symptômes :

- a. Matin
- b. Journée
- c. Soir
- d. Nuit

C. Evolution :

- a. Permanente
- b. Intermittente

D. Etiologie :

- a. Coup et blessure volontaire
- b. Accident de la voie publique
- c. Accident domestique
- d. Inconnues
- e. Autres (à préciser)

2-ANTECEDENTS :

A-Médicaux :

- a. HTA
- b. Diabète
- c. Asthme
- d. Drépanocytose
- 99. Autres (à préciser)

B-Chirurgicaux :

- a. Hernie
- b. Occlusion intestinale
- c. Appendicite
- d. Péritonite
- e. Hémorroïdes
- 99. Autres (à préciser)

C-Familiaux :

- a.HTA
- b. Diabète
- c. Asthme
- d. Drépanocytose
- 99. Autres (à préciser)

D-Habitudes du malade :

- a. Thé
- b. Tabac
- c. Alcool
- d. Cannabis
- 99. Autres (à préciser)

E-Notion de prise de médicaments :

- a. Oui
- b. Non

3-DELAI D'ADMISSION :

4-SIGNES FONCTIONNELS :

-Douleur :

Type de la douleur :

- | | |
|------------|-------------------------|
| a. Brûlure | c. Picotement |
| b. Crampe | 99. Autres (à préciser) |

Siège de la douleur :

- | | | |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| a. Hypochondre droit | e. Flanc Gauche | i. Fosse iliaque gauche |
| b. Hypochondre gauche | f. Péri-ombilical | j. Diffuse |
| c. Epigastre | g. Hypogastre | |
| d. Flanc droit | h. Fosse iliaque droite | |

Irradiation :

- | | |
|--------|--------|
| a. Oui | b. Non |
|--------|--------|

Mode de sédation :

- | | |
|--------|--------|
| a. Oui | b. Non |
|--------|--------|

-Douleur accompagnée de signes :

- | | |
|--------|--------|
| a. Oui | b. Non |
|--------|--------|

-Signes associés :

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| a. Diarrhée | d. Gargouillement |
| b. Ballonnement | e. Constipation |
| c. Arrêt des matières et des gaz | 99. Autres |

-Vomissement :

- | | |
|--------|--------|
| a. Oui | b. Non |
|--------|--------|

Caractéristiques du vomissement :

- | | |
|--------------|-------------------------|
| a. bilieux | c. Alimentaire |
| b. Fécaloïde | 99. Autres (à préciser) |

-Saignement :

- | | |
|--------|--------|
| a. Oui | b. Non |
|--------|--------|

5-SIGNES GENERAUX :

-IP OMS :

-Etat général :

- | |
|------------|
| a. Bon |
| b. Altéré |
| c. Mauvais |

-Déshydratation :

a. Oui b. Non

-Pouls :

-Température :

-Pression artérielle :

-Poids :

-Taille :

-Indice de masse corporelle :

-Diurèse :

a. < 60cc/heure c. > 100cc/heure
b. 60 – 100cc/heure d. Non évaluée

-Conjonctives/ téguments :

a. Colorées b. Non colorées

6-SIGNES PHYSIQUES :

A-Inspection :

-Météorisme :

a. Oui b. Non

-Type de météorisme :

a. Localisé (à préciser)
b. Généralisé et Diffus

-Péristaltisme intestinal :

a. Oui b. Non

-Type de péristaltisme :

a. Localisé (à préciser)
b. Généralisé
c. Provoqué

- Respiration abdominale :

a. Oui b. Non

-Voussure observée :

a. Oui b. Non

B- Palpation :

-Contracture abdominale :

a. Oui b. Non

-Type de contracture :

- a. Localisée (à préciser)
- b. Généralisée

-Défense abdominale :

- a. Oui
- b. Non

-Type de défense :

- a. Localisée (à préciser)
- b. Généralisée

-Cancer :

- a. Oui
- b. Non

-Masse pelvienne :

- a. Oui
- b. Non

-Existence des orifices herniaires :

- a. Oui
- b. Non

-Localisation :

- a. Inguinale
- b. Inguino-scrotale
- c. Ombilicale
- 99. Autres

C-Percussion :

-Sonorité :

- a. Tympanisme
- b. Matité
- c. Normale

D-Auscultation abdominale :

-Bruits hydro-aériques :

- a. Oui
- b. Non

- TR ou TV :

II- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

-Taux d'hémoglobine :

- a. < 6g
- b. 6 – 8g
- c. 9- 11g
- d. >11g

-Groupage sanguin / rhésus :

- a. A+
- d. A-
- g. AB+
- b. B+
- e. B-
- h. AB-
- c. O+
- f. O-

-Widal Félix :

1. Positif
2. Négatif
3. Non fait

-Goutte épaisse :

-Créatininémie :

-Taux de prothrombine :

-Glycémie :

-Echographie :

a. Oui b. Non

-Abdomen sans préparation :

a. Oui b. Non

-Tomodensitométrie :

a. Oui b. Non

-Imagerie par rayonnance magnétique :

a. Oui b. Non

-Temps écoulé entre l'arrivée et l'intervention :

a. < 30mn c. 1H – 1Heure 30mn

b. 30mn – 1 Heure d. > 1Heure 30mn

III- DIAGNOSTIC :

A- Diagnostic pré opératoire :

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| a. Appendicite | d. Occlusion intestinale |
| b. Hernie étranglée | e. Thrombose hémorroïdaire |
| c. Péritonite | 99. Autres |

B- Diagnostic per opératoire :

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| a. Appendicite | d. Occlusion intestinale |
| b. Hernie étranglée | e. Thrombose hémorroïdaire |
| c. Péritonite | 99. Autres (à préciser) |

C- Délai de prise en charge :

a. < 30mn c. 1H – 1Heure 30mn

b. 30mn – 1 Heure d. > 1Heure 30mn

IV- TRAITEMENT :

A-Médical :

a. Oui b. Non

1-Traitement préopératoire :

-Nature :

-Durée :/./.....

2-Traitement per opératoire :

-Nature :

a. Antalgiques b. Antibiotiques c. Réhydratation

-Durée :

a. <30mn c. 1H –1 Heure30mn
b. 30mn–1 Heure d. >1 Heure30mn

3-Traitement post-opératoire :

-Nature :

a. Antalgiques b. Antibiotiques c. Réhydratation

-Durée :

a. <24 Heures c. 48 – 72 Heures
b. 24 – 48 Heures d. >72 Heures

B- Chirurgical :

a. Oui b. Non

-Voie :

a. Laparotomie b. Cœlioscopie

-Technique :

-Type d'anesthésie :

a. AG b. Loco-Régionale

-Durée du traitement chirurgical :

a. < 30mn c. 1H – 1H 30mn
b. 30mn – 1H d. > 1h 30mn

-Durée d'hospitalisation préopératoire :

a. 0 – 3 jours b. 4 – 7jours
c. > 7jours

-Durée d'hospitalisation post-opératoire :

a. 0 – 3 jours b. 4 – 7jours
c. > 7jours

-Durée totale d'hospitalisation :

a.0 – 3 jours b.4 – 7jours
c. >7jours

-Date de Sortie :/.../ .../.../

C- Complications :

a. Oui b. Non

1-Complications per opératoire :

a. Oui b. Non

-Type de complications per opératoire :

a. Hémorragie 99. Autres (à préciser)

2-Complications post-opératoires :

a. Oui b. Non

-Type de complications post-opératoire :

a. Hémorragie c. Abscès de paroi e. ISO
b. Décès d. Fistules digestives 99. Autres (à préciser)

D-Suites opératoires :

a. Suites à un mois :/...../

a. simples d. fistule digestive 99. Autres (à préciser)

b. hémorragie e. éviscération

c. suppuration pariétale f. décès

b. Suites à trois mois :/...../

a. Eventration b. Décès c. Autres(à préciser)

V-COUT DU TRAITEMENT :

Médicaments :

Acte chirurgical :

Acte anesthésie :

Hospitalisation :

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Confrères si **j'y manque**.

Je le jure.