

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako



(USTTB)

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

(FMOS)



ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

N°.....

THESE DE MEDECINE

LES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES NON TRAUMATIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KATI.

Présentée et soutenue publiquement le 27/12/2025 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie par :

M. Amadou KARAKODIO

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

JURY :

Président : Mr Sékou Bréhima KOUMARE (Maître de conférences agrégé)

Directeur : Mr Abdoulaye DIARRA (Maître de conférences agrégé)

Membres : Mr Moustapha Issa MANGANE (Maître de conférences agrégé)

Mme Assitan KONE épouse Diarra (Chirurgienne)

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Au nom d'Allah le clément, le tout miséricordieux, le très miséricordieux
Que les prières et la paix soient sur le sceau des prophètes et messagers Sayidina
Muhammad scw., qu'Allah accepte ce travail.

Amen

A mon cher père : Oumar Karakodio

Papa, grâce à ta sagesse et à ta qualité d'homme modèle, tu as cultivé en nous le
sens du respect, de l'honneur, de la dignité, de la responsabilité, de l'amour et de
l'endurance dans le travail. Tes prières ont été pour nous un grand soutien moral
tout au long de nos études. Puisse Allah le Tout Puissant te préserve du mal, te
comble de santé, de bonheur et t'accorde longue et heureuse vie.

A ma très chère mère : Fatoumata Karakodio

Femme exemplaire, courageuse et humble. Tu nous as inculqué les règles de la
bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. Ce fut
long, laborieux et parfois pénible mais grâce à tes prières nous y voilà parvenu
ou plutôt tu y es parvenue.

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

REMERCIEMENTS

A mes parents de Kati : Aminata Damango et Tyoubè Tarcisus Karakodio

Vous m'aviez accueilli et soutenu tout le long de mon cursus universitaire, recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Qu'Allah tout puissant vous préserve et vous accorde une longue et heureuse vie.

A mes frères et sœurs : Aïssata, Djéneba, Mariam, Daouda tous les membres de la famille que nous n'avons pas cités ; votre soutien inestimable et votre grande affection ont été capitale. Ce travail est le vôtre.

A mon oncle : Sidi Karakodio

Très cher oncle, vous aviez accompagné tout au long de ce parcours, votre soutien n'a jamais fait défaut. Recevez ici ma profonde gratitude.

A mes Amis : Seydou Yossi, Cheick Sidi Dioni, Ibrahima Traoré, Mahamadou Sogo, Ousmane Garango

Courageux, ambitieux, respectueux, responsables, sages telles sont les qualités qui définis chacun de vous. Merci de cette amitié sincère et inconditionnelle. Qu'Allah nous accorde une très longue vie.

Aux professeurs de la FMOS

Respectueux et reconnaissant envers vous, merci pour votre transmission fidèle de l'art de la médecine. Qu'Allah vous récompense et bonne suite de carrière socio-professionnelle.

Mes encadrants de stage

Pr Assitan Koné, Dr Mamadou Almamy Keïta, Dr Cheick Salah Guindo, Dr Yaya Koné, Dr Souleymane Ag Lima. Vous ne serez jamais assez remerciés pour la formation et la disponibilité merci pour tout, Qu'Allah vous accorde longue et heureuse vie.

Nous tenons a remercier tout le personnel du service de chirurgie générale du C.sréf de Kati.

A mes cadets : thésard et externe de la chirurgie générale

Abdoulaye Sissoko, Lassina Diarra, Mahamadou Coulibaly, Haroune Dicko, Fatoumata Touré, Mariam Diakité. Merci pour la bonne collaboration, votre esprit de bonne camaraderie a marqué nos relations pendant ces quelques années.

A mes promotionnaires de la 15^{ème} promotion du numérus clausus de médecine. Comme ditons qu'elle est sacrée unis par ce lien toutes ces années, je vous souhaite à tous bonne chance dans votre vie professionnelle et familiale et répos éternel à tous les âmes perdus. Amen !!!

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr Sékou Bréhima KOUMARE

- ❖ Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie générale à la FMOS
- ❖ Diplômé de Chirurgie Hépatobiliaire et de Chirurgie Laparoscopique avancée
- ❖ Praticien hospitalier et Chef de service de Chirurgie A du CHU du Point G
- ❖ Membre de la Société de Chirurgie du Mali (S.O.C.H.I.M.A)
- ❖ Membre du collège Ouest Africain des Chirurgiens (W.A.C.S)

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous aviez fait en acceptant la présidence de cette thèse. Vos qualités scientifiques, pédagogiques et surtout humaines seront pour nous un exemple à suivre. Heureux de nous compter parmi vos disciples. Qu'Allah tout puissant vous bénisse et vous comble de sa grâce.

À notre Maître et Juge :

Pr Assitan KONE épouse Diarra

- ❖ Maître de recherche
- ❖ Spécialiste en Chirurgie générale
- ❖ Praticienne au Csréf de Kati et Chef de service de Chirurgie générale du Csréf de Kati
- ❖ Présidente du conseil local de l'ordre des médecins du cercle de Kati
- ❖ Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- ❖ Membre de la Société Malienne d'Anesthésie et Réanimation.

Chère maître,

C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger parmi le jury de notre thèse. Votre savoir et vos conseils précieux ont été pour nous une aide inestimable dans la réalisation de ce sujet de thèse. Vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Nous vous prions, chère maître, de trouver ici le témoignage de nos sincères remerciements et notre reconnaissance infinie. Qu'Allah vous accorde longue et heureuse vie.

À notre Maître et Juge :

Pr Moustapha Issa MANGANE

- ❖ Maître de Conférences Agrégé en Anesthésie Réanimation à la FMOS
- ❖ Ancien Interne des Hôpitaux de Bamako
- ❖ Praticien Hospitalier et Chef du Service de Réanimation du CHU GT
- ❖ Diplômé interuniversitaire de neuroréanimation à l'université de Lorraine à Nancy France
- ❖ Membres de la WFSA, de la SARMU-Mali et de la SARAF

Cher maître,

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Vos critiques ont été des apports capitaux pour son amélioration. Nous sommes fiers d'être compté parmi vos élèves. Qu'Allah vous accorde longue et heureuse vie.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Pr Abdoulaye DIARRA

- ❖ Maître de conférences agrégé de chirurgie générale à la FMOS
- ❖ Praticien hospitalier et Chef des blocs opératoires du CHU Kati
- ❖ Ancien interne des hôpitaux de Bamako
- ❖ Membre de la Société de Chirurgie du Mali (S.O.C.H.I.M.A)
- ❖ Membre de la Société Franco-africaine de Chirurgie Digestive (S.A.F.CHI.D)

Chère maître,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous pour effectuer ce travail. Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique forge le respect et l'admiration de tous. Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage, par la pédagogie et l'humilité dont vous faites preuves.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos disciples. Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude. Que le seigneur vous donne longue et heureuse vie.

SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS :

ASP : Abdomen Sans Préparation.

ATB : Antibiothérapie.

BPO : Bilan Pré Opératoire.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

Cm = Centimètre.

CmHg : Centimètre de mercure.

CSRéf : Centre de Santé de Référence.

FID : Fosse Iliaque Droite.

FIG : Fosse Iliaque Gauche.

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

g /dl : gramme par décilitre.

GB : Globule blanc.

H : Heure.

HAL : Hémorroïdal artériel ligation

IMC : Indice de Masse Corporelle.

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

IOT : Intubation Oro Trachéale.

ISO : Infection du site opératoire.

Mm : Millimètre.

NFS : Numération Formule Sanguine.

SOCHIMA : Société de Chirurgie du Mali.

TR : Toucher Rectal.

TV : Toucher Vaginal.

RAR : Recto anal repaire.

UCD : Urgence chirurgicale digestive

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION :	1
II. OBJECTIFS	4
1. OBJECTIF GENERAL :	5
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :	5
III. LES GÉNÉRALITES	6
1. Définition :	7
2. Intérêt :	7
3. RAPPEL ANATOMIQUE DE L'APPAREIL DIGESTIF [8] :	7
4. STRUCTURE GENERALE DU TUBE DIGESTIF :	11
5. URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES :	12
IV. Méthodologie	32
1.Type et période d'étude	32
2.Cadre d'étude	32
3. Le personnel :	32
4. Les locaux :	33
5. Les activités :	33
6. Echantillonnage :	33
7. Supports :	34
8. Variables	34
V. Résultats	36
1- Fréquence	36
2- Répartition des patients selon l'âge	36
3. Répartition des patients selon le sexe	37
4. Répartition des patients selon la nationalité	39
5. La fréquence globale des décès en fonction des pathologies	57
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	59
1. Méthodologie :	59
2. Fréquence :	59
3. Age :	60
4. Sexe	60
5. Profession	61
6. Provenance :	61
7. Temps écoulé entre l'admission et l'intervention	61
8. L'examen clinique	61

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

9. Contribution des examens para cliniques au diagnostic	62
10. Fréquence des principales étiologies	63
11. Gestes effectués	65
12. Suites opératoires	65
VII. CONCLUSION	67
VIII- RECOMMANDATIONS	68

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Les urgences sont des situations pathologiques dans lesquelles un diagnostic et un traitement doivent être effectués très rapidement [1]. Elles sont dites chirurgicales digestives lorsqu'elles concernent tout patient admis en urgence et pour lequel une décision d'intervention chirurgicale peut s'imposer dans les 2 - 6 voire 24 heures [2]. Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques sont des pathologies qui occupent une place importante en chirurgie par leur fréquence élevée, leur prise en charge difficile, leur taux de mortalité et de morbidité élevé.

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

Boccard E et collaborateurs, dans une étude rétrospective en France réalisée en 2010 sur 630 urgences chirurgicales opérées, 244 étaient abdominales soit 38,7% avec une de mortalité de 4% et une de morbidité de 13% [4].

En Afrique, au Niger, en 2016 selon Magagi I.A. et collaborateurs, les urgences chirurgicales digestives ont représenté 22,8% des urgences chirurgicales de l'hôpital national de Zinder [5]. Au Mali dans une étude prospective réalisée en 2022 par Fongoro M, les appendicites aiguës occupent la première place suivie des péritonites aiguës, des occlusions intestinales, des hernies étranglées puis des invaginations intestinales aiguës [6]. En chirurgie générale du Csréf de Douentza, Dembélé K dans une étude prospective et descriptive réalisée en 2021 sur 185 urgences chirurgicales opérées, trouvait 101 urgences abdominales, soit 54,5% avec une de morbidité de 7,9% et une de mortalité de 5,9% [5].

Ces différents auteurs s'accordent que les urgences chirurgicales digestives constituent un problème majeur de santé publique par la diversité de leur étiologie, leur fréquence élevée et leur prise en charge difficile.

La douleur abdominale, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz et la contracture abdominale généralisée ou non, constituent quelques signes cliniques essentiels au diagnostic des urgences chirurgicales digestives.

L'échographie abdominale et la radiographie de l'abdomen sans préparation sont les examens paracliniques les plus utilisés chez des patients avec respectivement 83,3% et 8,3% et permettent de retrouver des signes en faveur des urgences abdominales chirurgicales dans 85% des cas [6].

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Dans la littérature, la morbidité et la mortalité des urgences chirurgicales non traumatiques sont élevées cependant le pronostic dépend de l'étiologie, des lésions associées, de l'efficacité et du délai de prise en charge.

La fréquence élevée de ces pathologies, la diversité étiologique, les problèmes de prise en charge et l'absence d'études sur les urgences chirurgicales digestives au Csréf de Kati ont justifié ce travail.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL :

- Etudier les urgences chirurgicales digestives non traumatiques dans le service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence (Csréf) de Kati.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence hospitalière des urgences chirurgicales digestives non traumatiques ;
- Décrire les aspects cliniques et para cliniques des urgences chirurgicales digestives ;
- Analyser les résultats thérapeutiques ;
- Evaluer le coût moyen de la prise en charge.

GÉNÉRALITES

III. LES GÉNÉRALITES

1. Définition :

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

2. Intérêt :

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques sont des pathologies médico-chirurgicales, d'étiologies multiples et de fréquences élevées.

Durant la décennie écoulée de janvier 2012 à décembre 2022, il a été identifié dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré 2510 patients porteurs d'une affection chirurgicale, les péritonites ont été les plus représentés 47% puis les occlusions 31% [7].

La morbidité post opératoire a été de 38,1% à l'hôpital national de Zinder en 2014, et la mortalité était de 5,9% dans une étude menée à Douentza [4,5].

3. RAPPEL ANATOMIQUE DE L'APPAREIL DIGESTIF [8] :

L'appareil digestif comprend l'ensemble des viscères, qui sont destinés à la nutrition.

Il se compose :

- **d'un tube musculo-membraneux** : qui depuis l'orifice buccal traverse la face, le cou, le thorax, l'abdomen pour se terminer par l'anus. Au niveau de ce tube digestif on distingue les segments suivants : la bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin ;
- **des glandes digestives** : Les glandes salivaires, le foie, le pancréas, et la rate, sont les annexes à ce tube digestif. Ces organes sont contenus dans la cavité péritonéale ;
- **D'un péritoine** : la séreuse péritonéale qui entoure les viscères divise la cavité abdominale en deux parties :
 - intra péritonéale : qui contient les viscères digestifs péritonisés ;
 - retro péritonéale : qui contient les organes urinaires, les surrénales, les axes vasculo-nerveux.

3.1. L'œsophage : Il constitue la première partie du tube digestif. C'est un conduit musculomembraneux de 25cm qui s'étend du pharynx à l'estomac dans lequel véhicule les aliments. Il traverse successivement le cou, le thorax et la partie supérieure de la cavité abdominale. Au cours de son trajet, il est situé juste devant la colonne vertébrale dans sa

portion thoracique, il passe derrière l'oreillette gauche, expliquant le retentissement cardiaque de certaines lésions œsophagiennes et la dysphagie dans certaines cardiopathies.

3.2. L'estomac : C'est un réservoir musculéux interposé entre l'œsophage et le duodénum. Il est situé au-dessous du diaphragme dans la cavité abdominale où il occupe l'hypochondre gauche et la 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.

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

Le Duodénum : C'est la portion initiale, fixe de l'intestin grêle mesurant 25 cm de long et 3 à 4cm de diamètre. Il s'étend du pylore à l'angle duodénojéjunal.

Il forme un anneau incomplet ouvert en dedans et à gauche, qui entoure les 3 /4 de la tête du pancréas. Il comprend 4 parties :

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

Le jéjuno-iléon :

Il représente les deuxièmes et troisièmes parties mobiles de l'intestin grêle qui s'étendent de l'angle duodénojéjunal au cæcum (fosse iliaque droite). Il mesure 6,5m en moyenne ; Son calibre varie entre 2-3cm.

Le jéjuno-iléon est formé de 15 à 16 flexuosités ou les anses intestinales, les premières anses supérieures gauches sont horizontales, les dernières anses inférieures et droites sont verticales. Le jéjuno-iléon est rattaché au plan postérieur par le mésentère qui détermine un bord mésentérique, un bord libre (anti mésentérique) et 2 faces.

Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'iléon. 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.

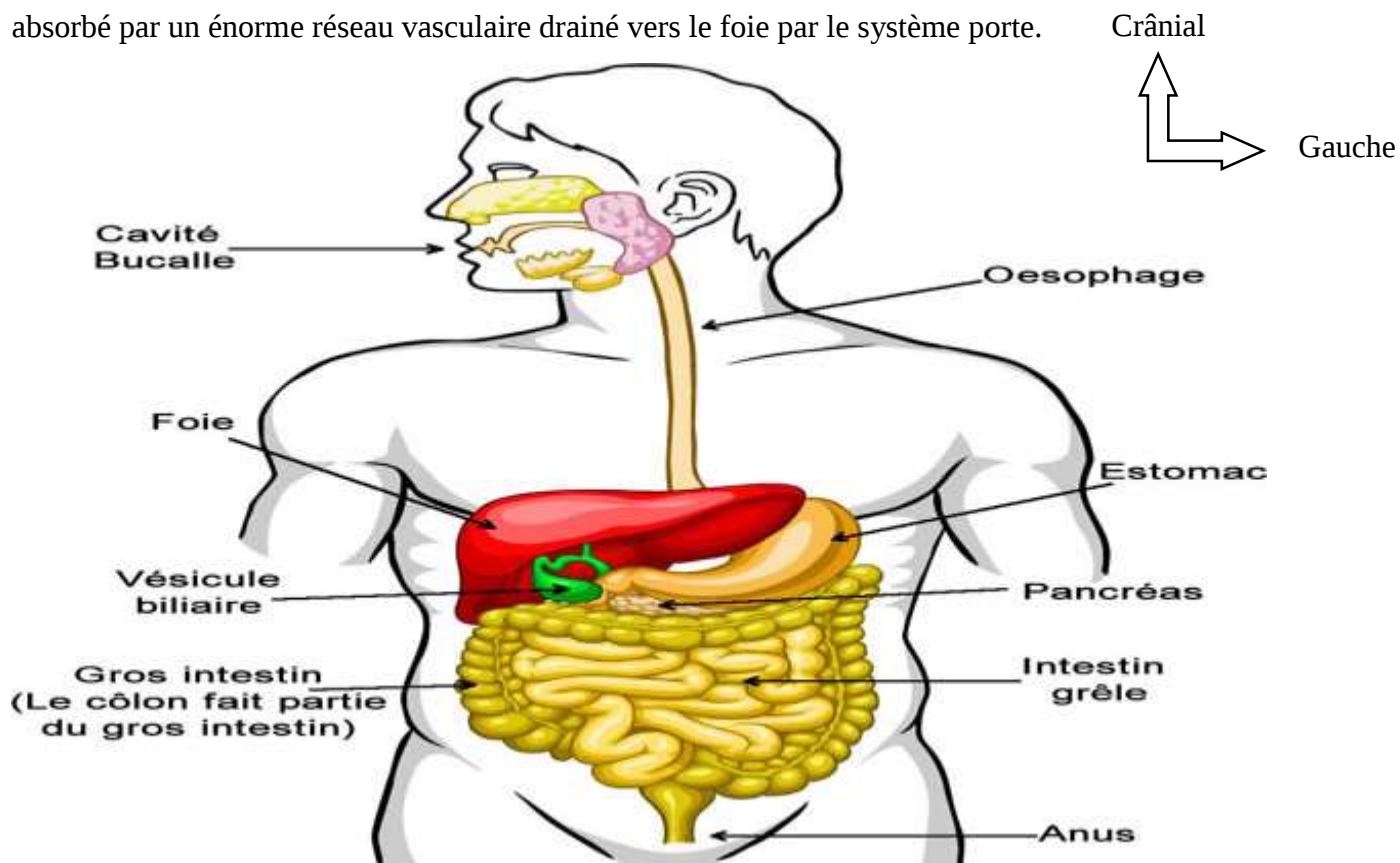


Figure 1 : L'appareil digestif [8]

3.4. Le gros intestin :

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

Dans son ensemble il forme une boucle qui encadre les anses intestinales. Il contient les résidus alimentaires non absorbés au niveau du grêle. Dans sa portion initiale sont réabsorbés

l'eau et les sels, les résidus dégradés par des bactéries sont convertis en matières fécales évacuées au dehors par les contractures du gros intestin. Sa surface est irrégulière marquée par des saillies, les bosselures (haustrations) limitées par les incisures et des bandelettes longitudinales.

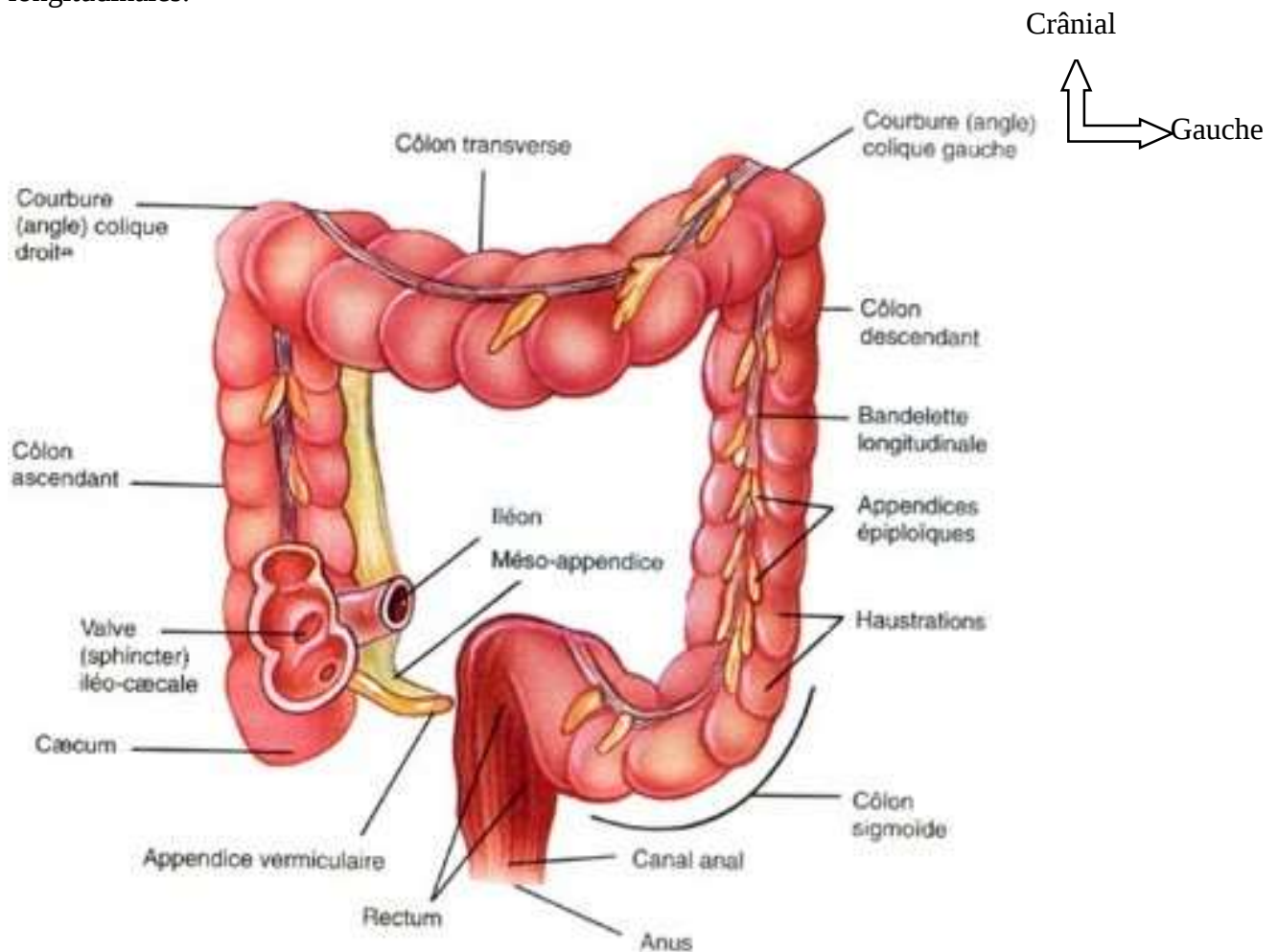


Figure 2 : Colon canal anal

3.5. Les glandes annexes :

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

C'est un organe thoraco-abdominal situé sous le diaphragme, dans l'étage sus mésentérique de l'hypochondre droit, l'épigastre et en partie dans l'hypochondre gauche. Il joue un rôle important dans la digestion puisque tout ce qui est élaboré au niveau du grêle lui parvient par le système porte. La bile rejoint l'intestin par les voies biliaires : excrétée en permanence par le foie, elle est stockée dans la vésicule biliaire et excrétée au moment de la digestion.

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

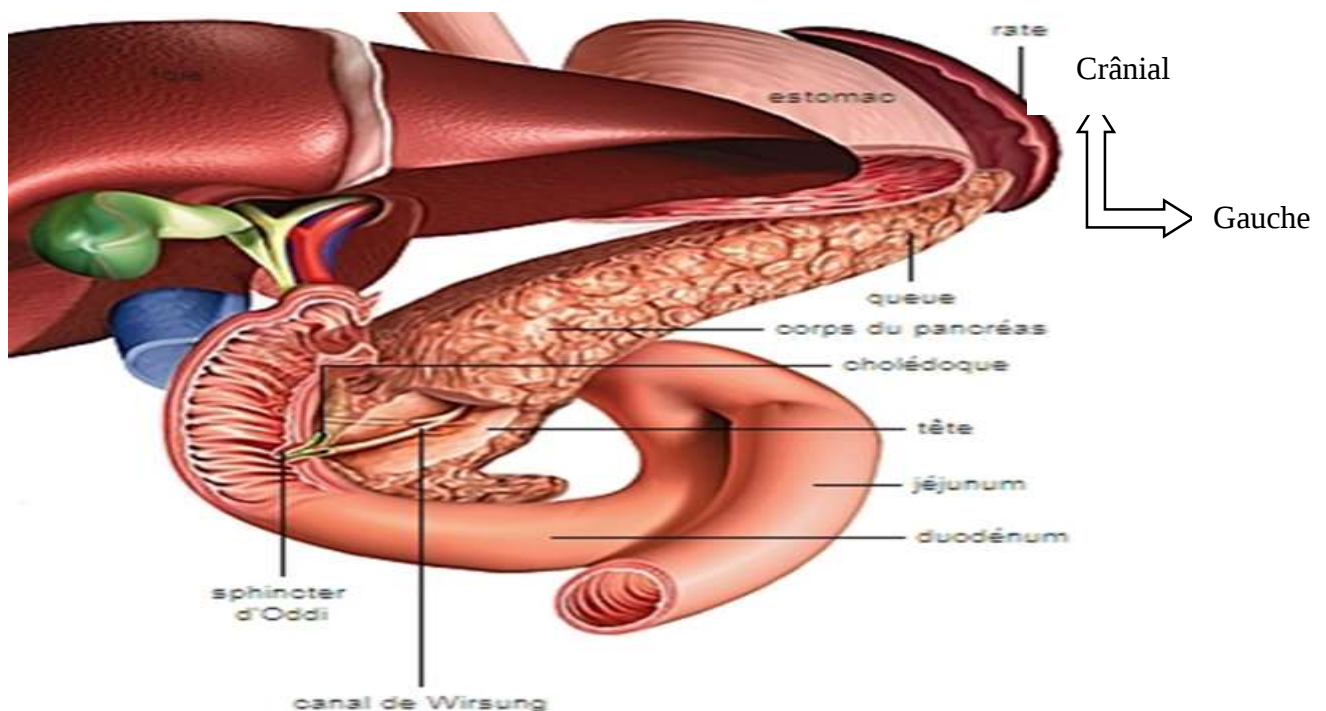


Figure 3 : Les annexes de l'appareil digestif

4. STRUCTURE GENERALE DU TUBE DIGESTIF :

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

4.1. Une couche interne muqueuse : Elle a selon des endroits, un rôle de sécrétion ou un rôle d'absorption par l'intermédiaire des capillaires ou des chylifères sous muqueux ; Comporte un épithélium, une lamina propria (chorion), une muscularis mucosae et des glandes.

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

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

5. URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES :

5.1. Hernie étranglée [7,9] :

5.1.1. Définition :

L'étranglement herniaire se définit comme la constriction 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 ou curative.

5.1.2. Physiopathologie

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

Cet étranglement a plusieurs conséquences :

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

5.1.3. Etiopathogénie

Plusieurs facteurs étiologiques ont été décrits dans la survenue de la hernie inguinale.

- Facteurs anatomo-anthropologiques : canal inguinal (péritonéovaginal ou de Nüch), la station érigée ;
- Facteurs affaiblissant de la musculature : l'âge avancé, l'obésité, la dénutrition, les traumatismes ;
- Facteurs augmentant la pression abdominale : constipation chronique, toux avec pneumopathie chronique, dysurie, tumeur abdominale, travaux d'effort.

➤ 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.

5.1.4. 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 sans altération de l'état général. 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.

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

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

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

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.

5.1.5. Les examens complémentaires :

- **L'Abdomen Sans Préparation (ASP)** debout de face : montre des niveaux hydro-aériques qui sont centraux plus larges que hauts dans le grêle et périphériques dans le colon.

- **L'échographie** : Elle montre un épaississement de la paroi intestinale et une stase liquidienne dans le segment intestinal étranglé.

- **Numération Formule Sanguine (NFS), groupage, bilan d'hémostase ainsi que le bilan rénal** permettent de préparer et de prendre des dispositions pour l'intervention chirurgicale.

5.1.6. 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.

5.1.7. Diagnostic différentiel

➤ Adénopathie inguinale

D'apparition progressive ou consécutive à une porte d'entrée au niveau du membre inférieur. Elle est ferme et située en général au niveau de la racine du membre inférieur, en dessous de la ligne de Malgaigne ; L'orifice herniaire est libre.

➤ **. 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.

➤ **Orchi-épididymite :**

Elle réalise une tuméfaction scrotale douloureuse, surmontée par un épидидyme qui peut être bien palpé (signe de Chevassu). L'échographie testiculaire permet de poser le diagnostic.

5.1.8. Traitement chirurgical d'urgence :

➤ **But :**

Lever la striction ;
Faire le bilan et la réparation des lésions viscérales ;
Fermer le collet
Prévenir les récidives.

➤ **Moyens**

Vérification de la vitalité du contenu herniaire
Résection du contenu nécrosé
Fermeture de l'orifice herniaire
Aponévrorraphie selon Shouldice ou Bassini
Drainage péritonéale ou scrotale.

➤ **Complications postopératoires :**

- Hématome au niveau de la plaie opératoire ;
- Œdème des bourses par lésion des veines et vaisseaux lymphatiques
- Infection de la 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 ;
- Névralgie inguinale.

5.2. Les péritonites aiguës [10]

5.2.1. Définition :

La péritonite est une inflammation aiguë ou l'infection aiguë (localisée ou généralisée) du péritoine quelle qu'en soit la cause.

5.2.2. Physiopathologie :

L'agression de la cavité péritonéale par la présence de germes ou de liquide caustique entraîne la mise en jeu des mécanismes de défenses :

- Systémiques d'ordre humoral et cellulaire
- Locaux par vasodilatation avec augmentation de la perméabilité, exsudation de fibrine à l'origine de la formation d'adhérences et de cloisonnements dans la cavité péritonéale.

Quand ces mécanismes de défense deviennent inefficaces, la réaction péritonéale s'accroît et entraîne une péritonite aiguë localisée ou généralisée. Les conséquences sont : la diffusion par voie systémique des germes et toxines entraînant un état choc d'abord hydro électrolytiques septique et l'atteinte est multiviscérale mettant en jeu le pronostic vital.

5.2.3. Signes cliniques :

➤ 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 la péritonite. L'installation du syndrome peut dépendre de l'étiologie, mais la phase d'état (quelques heures après le début) est en générale commune à l'ensemble des étiologies.

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

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

➤ Les formes asthéniques :

Ces sont des formes particulières que l'on trouve chez les sujets âgés mais aussi chez les malades de la 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, qui oriente aisément le diagnostic en mettant en évidence un épanchement péritonéal. L'échographie et la TDM peuvent encore guider la ponction de l'épanchement (intérêt diagnostique et bactériologique).

5.2.4. Etiologie :

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

Ceux sont ces aspects étiologiques :

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

5.2.5. 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 occlut peut s'avérer indispensable.

En pratique, on évacue d'abord la cavité abdominale, puis on traite l'organe, avant de parfaire la toilette péritonéale. Le traitement de l'organe dépend de l'étiologie de la péritonite.

5.3. Les appendicites aiguës[7,11]

5.3.1. Définition :

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

5.3.2. Intérêt :

Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale, son diagnostic est essentiellement clinique pour les raisons suivantes : absence de parallélisme anatomo-clinique, polymorphisme des signes et variations topographiques de l'organe.

5.3.3. Etiopathogénie

Il existe trois mécanismes :

- Soit à une obstruction de la lumière appendiculaire, c'est le principal mécanisme elle se fait soit par des résidus de selles dures (stercolithe) soit par des corps étrangers (parasites ou débris végétaux), ainsi l'appendice se transforme en vase clos avec augmentation de la pression intraluminaire associée à l'hypersécrétion muqueuse et la pénétration microbienne ;
- Soit à une diffusion par voie hématogène, au cours des septicémies ;
- Soit à une infection par contiguïté à partir d'un foyer infectieux gynécologique ou sigmoïdien.

Tous les germes peuvent entraîner l'appendicite. Les plus fréquents sont les colibacilles, le streptocoque, le staphylocoque.

5.3.4. Anatomo-pathologie :

Il existe plusieurs variétés anatomo-pathologiques d'appendicite :

- **L'appendicite catarrhale** : elle correspond à une inflammation de l'appendice (appendice rouge).
- **L'appendicite phlegmoneuse** : c'est un appendice turgescent 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 plaques 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.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

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

5.3.5. Etude clinique

Les signes fonctionnels :

Il s'agit d'une douleur abdominale d'apparition spontanée, s'intensifiant progressivement, siégeant dans la fosse iliaque droite, à type colique ou de crampe, d'intensité modérée à forte, accompagnée de nausées et/ou des vomissements alimentaires ou bilieux, des troubles du transit sous forme de diarrhée ou de constipation.

Signes généraux :

L'état général est conservé, on peut retrouver une fébricule à 38- 38,5°C et une accélération du pouls.

Signes physiques :

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

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.

5.3.6. Diagnostic différentiel :

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

❖ **Les pathologies médicales :** les plus fréquemment évoquées sont

Le paludisme : il est parfois caractérisé par :

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

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

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

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

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

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

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

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

- Une douleur du flanc droit ;
- Des vomissements ;
- Une constipation.

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

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

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

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.

❖ 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.

5.3.7. Formes cliniques

5.3.7.1. Formes selon le terrain

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

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

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 présence des douleurs fait évoquer une menace d'accouchement précoce, l'examen obstétrical est sans particularité ; on parle de **faux travail appendiculaire de Mahon**.

5.3.7.2. Formes topographiques

➤ **L'appendicite sous-hépatique** : caractérisée par :

- Des douleurs dans l'hypochondre droit ;
- Des nausées voir des vomissements ;
- Une constipation ;
- Une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

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

➤ **Appendicite méso-cœliaque** : caractérisée par :

- Des douleurs péri-ombilicales ;
- Un syndrome pseudo occlusif (d'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.

5.3.8. Principe du traitement des appendicites aiguës :

Le seul traitement est l'appendicectomie.

5.3.8.1. L'abcès appendiculaire : nécessite

- Une appendicectomie ;
- Une antibiothérapie.

5.3.8.2. La péritonite : nécessite

- Une réanimation médicale pré, per, post-opératoire, jusqu'à la reprise du transit intestinal ;
- La mise en place d'une sonde nasogastrique aspirative et d'une sonde urinaire ;
- Une appendicectomie ;

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

- Une toilette péritonéale ;
- Un drainage de la fosse iliaque droite ;
- Une antibiothérapie.

5.3.8.3. Le plastron appendiculaire : son traitement comporte :

- Une réanimation médicale (perfusion, diète total) ;
- La glace sur la fosse iliaque droite ;
- Une antibiothérapie ;
- Une surveillance médicale rigoureuse ;

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

5.4. LES OCCLUSIONS INTESTIALES AIGÜES [7,12]

5.4.1. Définition :

L'occlusion intestinale est un arrêt complet et permanent 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.

5.4.2. Physiopathologie :

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

- Une obstruction ;
- Une compression ;
- Une strangulation.

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

- Une hernie étranglée ;
- Un volvulus ;
- Une invagination intestinale.

Elles entraînent tous 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 hydroélectrolytique. 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.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

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

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

- L'occlusion fonctionnelle se fait par inhibition du nerf intestinal.
- L'occlusion mixte : est une association de l'occlusion fonctionnelle et de l'occlusion mécanique. En général, elle est due à une infection.

5.4.3. Signes cliniques :

5.4.3.1-Les signes fonctionnels : sont caractérisés par

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

5.4.3.2-Les signes généraux sont caractérisés par :

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

5.4.3.3. Les signes physiques sont caractérisés par :

A l'inspection :

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

A la palpation :

- Une douleur provoquée dont le siège traduit la zone de souffrance de l'intestin ;
- Une absence de contracture ;
- Une tuméfaction qui n'est trouvée 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.

5.4.3.4. Les signes paracliniques :

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

➤ **Le lavement baryté** est important pour rechercher le siège et la cause de l'occlusion du colon.

➤ **La TDM Abdominale**, non systématique dans les formes typiques, en cas de doute diagnostique, de suspicion d'occlusion par obstruction ou par processus tumoral ou de syndrome occlusif fébrile.

➤ **Les signes biologiques**, sont des troubles hydroélectrolytiques. Car l'occlusion entraîne une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acide-base.

Ces troubles hydroélectrolytiques souvent fonctionnelles sont constatés sur l'ionogramme (souvent une hypernatrémie), l'azotémie ou la créatininémie (souvent une hyperazotémie ou un hypercréatininémie).

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

5.4.4. Formes cliniques

➤ En fonction du siège

Signe d'occlusion	Siège de l'occlusion	
	Grêle	Colon
Douleur	Idem	Idem
Vomissement	Precorce	Tardif
Arrêt des matières et des gaz	Tardif	Précoce
Alteration de l'état general	Rapide	Tardive
Deshydratation	Rapide	Tardive
Metéorisme	Absent	Abondant
Niveaux hydro-aériques	Plus, larges que hauts	Plus, hauts que larges
Lavement baryté	Normal	Montre le siege, le mécanisme et la cause
Transit du grêle	Montre le siège de l'occlusion	Normal

➤ En fonction du mécanisme

L'occlusion par volvulus du sigmoïde est caractérisée par :

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

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

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

➤ En fonction de l'étiologie et de l'âge :

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

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

La maladie de Hirschsprung ;

L'immaturité du colon ou du grêle ;

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

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

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

- l'invagination intestinale aiguë ;
- maladie Hirschsprung.

❖ **Chez l'enfant** les causes les plus fréquentes sont :

- Le diverticule de Meckel ;
- L'appendicite ;
- L'invagination intestinale aiguë.

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

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

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

❖ **Chez le vieillard**, les principales causes sont :

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

Diagnostic différentiel avec les occlusions fonctionnelles.

Les occlusions fonctionnelles sont caractérisées par :

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

Signes Généraux : qui sont fonctions de la cause.

Signes Physiques : résumés par un météorisme important diffus.

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

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

5.4.5. Traitement des occlusions

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

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Le traitement Médical :

- 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.

5.5. La thrombose hémorroïdaire[13] :

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

5.5.1. Rappel anatomique

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales, on distingue :

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

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

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

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

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

5.5.2. Les manifestations cliniques :

5.5.2.1 La thrombose hémorroïdaire interne :

➤ La thrombose hémorroïdaire interne non extériorisée :

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

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

➤ La thrombose hémorroïdaire interne prolabée :

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

5.5.2.2 La thrombose hémorroïdaire externe :

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

5.5.3. Traitement :

5.5.3.1- Traitement médical :

➤ Les règles hygiéno-diététiques :

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

➤ Les topiques :

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

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

➤ La régularisation du transit :

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

➤ Les veinotoniques :

Le rationnel de l'utilisation des veinotoniques repose sur leur effet vasculotrope et, pour certains, anti-inflammatoire. De nombreux produits sont disponibles et proposés pour le traitement de la maladie hémorroïdaire (diosmine, ginkgo-biloba, troxérutine, rutoside, etc.).

Leur prescription très répandue dans les manifestations aiguës de la maladie contraste avec le peu de données scientifiques validant leur efficacité.

➤ Les antalgiques et les anti-inflammatoires :

- Les antalgiques périphériques de classe 1 et 2 sont efficaces sur les douleurs des thromboses hémorroïdaires ;

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont probablement les médicaments les plus efficaces sur la douleur des thromboses hémorroïdaires en raison de leur action antalgique et anti-œdémateuse.

5.5.3.2 L'excision de thrombose hémorroïdaire :

- L'excision consiste à réséquer le caillot, l'ensemble du sac vasculaire et une partie de son revêtement cutané ;

- La plaie résultante de l'intervention cicatrise en 2 à 3 semaines, avec parfois un suintement séro-hématique ;

- Une application de topiques à visée cicatrisante et la prise d'antalgiques de classe 1 pendant 48 heures sont prescrites après la procédure ;

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

5.5.3.3- Traitement instrumental :

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

- l'injection de sclérosant : chlorhydrate double de quinine urée (Kinurée H) ;

- la photo-coagulation par infrarouge ;

- la ligature élastique.

5.5.3.4- Traitement chirurgical :

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

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

- Les gestes portant sur le tissu hémorroïdaire : hémorroïdectomie pédiculaire ;
- Les gestes portant sur le sphincter interne : la sphinctérotomie interne a été proposée comme seul traitement du prolapsus hémorroïdaire circulaire thrombosé ;
- Les gestes visant à réduire le prolapsus et à traiter la composante vasculaire :
Hémorroïdopexie par agrafage circulaire ou technique dite « de Longo ».
« Hémorroïdal artériel ligation » (HAL) Doppler, « recto anal repaire » (RAR).

5.5.4. Les indications thérapeutiques

- Le traitement médical est généralement très efficace sur la douleur. La thrombose peut cependant persister 2 à 3 semaines avant de se résorber, en laissant éventuellement une marisque, ce dont le malade doit être informé ;
- Les thromboses uniques, externes et non œdémateuses sont efficacement traitées par excision.
- Les poly-thromboses ou les thromboses très douloureuses ou œdémateuses relèvent de la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- Le traitement instrumental et à fortiori les topiques et les veinotoniques sont inefficaces pour prévenir les récurrences des thromboses hémorroïdaires.
- La prescription de fibres peut être conseillée. En cas de thromboses invalidantes et récidivantes, une hémorroïdectomie pédiculaire peut être conseillée.
- Cette intervention peut être réalisée sans difficulté ou complication particulière en urgence devant un prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé sphacélé ou résistant à 48 heures de traitement médical.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1.Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude rétro et prospective, descriptive et analytique allant du 1^{er} Janvier 2020 au 31 Août 2024.

2.Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale du Csréf « Major Moussa Diakité » de Kati.

2.1 Historique du Csréf de Kati :

Le Csréf de Kati a été créé par le décret no 90-264/P-RM du 05 juin 1990, portant la création des services régionaux et subrégionaux de santé et des affaires sociales sous le nom de service de sécurité sanitaire et sociale du cercle ou de la commune. C'est en 2007, par le système de référence et d'évacuation qu'il est devenu Csréf de Kati (Centre de Sante de Référence).

Il a été baptisé le 10/08/2010 sous le nom du Centre de Santé de Référence Major Moussa Diakité de Kati.

2.2 Situation géographique :

Kati est une ville, située à 15km de Bamako, et dispose d'un Csréf à Kati Koura en face du commissariat de police du premier arrondissement. Dans l'enceinte de l'établissement, le service de chirurgie générale est constitué :

- 2 bureaux (chirurgiens généralistes) ;
- 1 bureau (infirmier Major) ;
- 1 bureau (anesthésistes),
- 6 Salles d'hospitalisations (4 salles de 12 lits et 2 salles VIP) ;
- 1 salle des internes ;
- 1 salle infirmiers ;
- 1 salle soins.

3. Le personnel :

- Le personnel permanent est composé de : 2 chirurgiens, 1 technicien supérieur en santé (IBODE), 1 technicien de santé, 1 assistant médical, 5 techniciens de surface ou manœuvres.
- Le personnel non permanent comprend : 1 médecin généraliste, des étudiants et des infirmiers stagiaires.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

4. Les locaux :

Le service de chirurgie générale dispose de 6 salles d'hospitalisations (2 salles pour les femmes et 2 salles pour les hommes d'une capacité totale de 3 lits chacune, et 2 salles VIP), trois bureaux pour les chirurgiens, d'un bureau pour le Major, d'une salle des internes, d'une salle de soin et d'un bloc opératoire.

Le bloc opératoire est situé du côté nord-Est et comprend deux salles d'opérations (septique et aseptique), une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil, un bureau pour les anesthésistes et un bureau occupé par le diabétologue. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du Csréf excepté la chirurgie d'Odontostomatologie et ophtalmologie.

5. Les activités :

Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions d'urgences et les hospitalisations. Les visites, dirigées par un chirurgien, sont également quotidiennes. Les staffs se tiennent les vendredis ainsi que les présentations scientifiques. Les thésards et les étudiant(e)s sont répartis de telle sorte qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et la salle d'hospitalisation.

6. Echantillonnage :

La taille de l'échantillon sera calculée selon la formule suivante :

$$N=4(P.Q) / I^2$$

N : Taille de l'échantillon

P : Fréquence des UCD obtenue antérieurement

Q : Complément de P soit (**Q= 1- P**)

I : Risque d'erreur

4 : une constante environ **Z² =1,9²**

Une étude antérieure sur les UCD en 2021 a trouvé un taux de 42,63%, ainsi P=0,4263 et I=0,05 et la taille de l'échantillon N sera de 391 sujets.

➤ Critères d'inclusion :

- Tout patient reçu et opéré pour urgence chirurgicale digestive non traumatique dans le service de chirurgie générale du Csréf Kati.

➤ Critères de non inclusion

- Tout patient présentant une urgence chirurgicale extra digestive.
- Tout patient présentant une urgence chirurgicale traumatique
- Toute urgence chirurgicale digestive non opérée dans l'unité.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

- Tout patient ayant un abdomen aigu chirurgical décédé avant l'intervention.
- Toute urgence digestive non chirurgicale.
- Les dossiers incomplets.

7. Supports :

Les supports utilisés étaient les dossiers médicaux des malades, les registres d'hospitalisation, les registres de compte rendu opératoire, les fiches d'enquête individuelle, les registres de consultation externe et le protocole d'anesthésie.

8. Variables

Les paramètres analysés furent :

- Les données sociodémographiques ;
- La fréquence ;
- Les signes cliniques et paracliniques ;
- Le diagnostic : pré et peropératoire ;
- Les soins avant et après admission ;
- Les complications per et postopératoires ;
- Et le suivi sur une année.

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels « Microsoft Word office » version 2016, « SPSS » version 22, et « ZOTERO » a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques. La comparaison des données a été faite en utilisant le test statistique Chi2 avec P significatif < 0,05.

9. Ethique

L'étude sera menée avec l'accord de l'administration du Csref de kati. Le personnel du service de chirurgie générale sera informé.

Les supports seront exploités dans le respect de la confidentialité et l'attribution d'un numéro à chaque fiche d'enquête assurera l'anonymat.

RESULTATS

V. RESULTATS

1- Fréquence

Nous avons recensé 321 cas d'urgences chirurgicales digestives non traumatiques qui a représenté 49,01% des interventions chirurgicales (655) et 6,14% des activités du service sur une période de 3 ans et 8 mois.

2- Répartition des patients selon l'âge

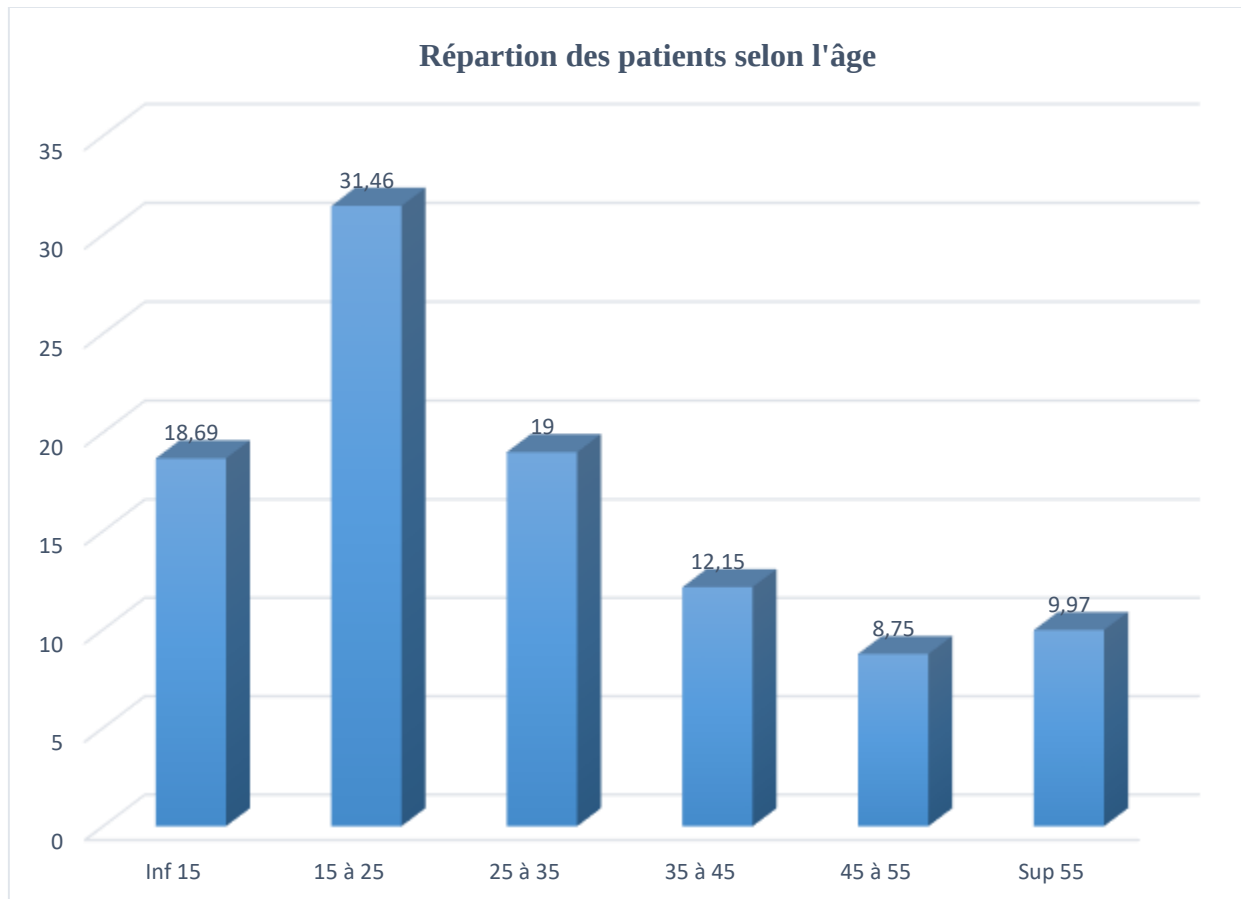


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

La majorité des patients, soit 31,46% avaient un âge compris entre 15 et 25 ans avec une moyenne d'âge de 27,5 ans et un écart type de 17 ans. Les extrêmes étaient de 1 an et 75 ans.

3. Répartition des patients selon le sexe

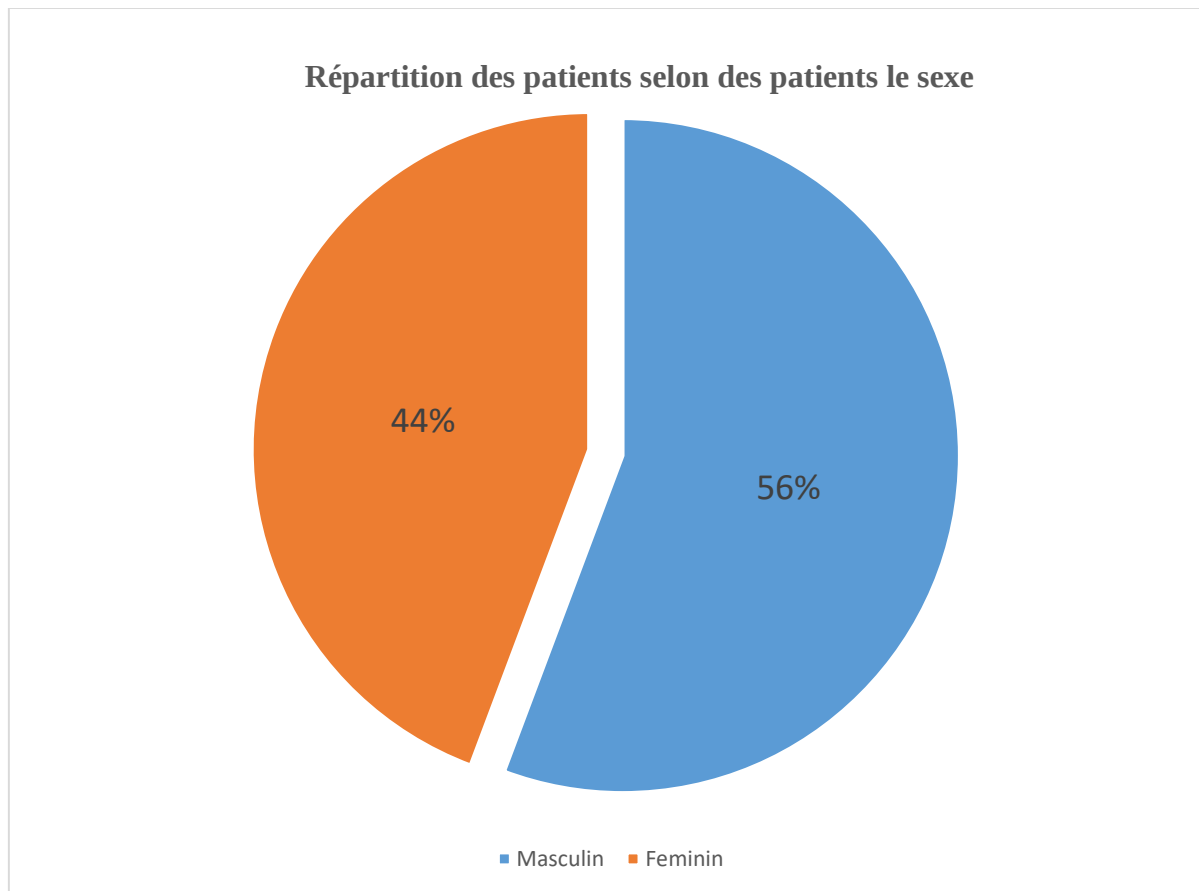


Figure2 : Répartition des patients selon le sexe

Les hommes ont été représenté 56,4% (n=181), le sex-ratio était de 1,8.

Tableau I : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage %
Fonctionnaires	21	6,5
Commerçant	16	5,0
Cultivateur	76	23,7
Menagère	69	21,5
Elève/ etudiant	103	32,1
Autres	36	11,2
Total	321	100

Autres : Maçon, tailleur, chauffeur, boucher **Fonctionnaires** : Enseignants, militaires, infirmiers, comptables.

Les élèves /étudiants ont constitué la majeure partie de la population d'étude, **n= 103** soit **32,1%**

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau II : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage %
Kati	149	46,4
Néguela	17	05,3
Faladiè	22	06,9
Diago	12	03,7
Yélékebougou	13	04,0
Kalifabougou	14	04,4
Torodo	5	01,6
Bassabougou	2	00,6
Doumbila	1	00,3
Dio	13	04,0
Autres	69	21,5
Sonikegny	4	01,2
Total	321	100

Les patients provenaient de la ville de **Kati** dans **46,4%** des cas.

4. Répartition des patients selon la nationalité

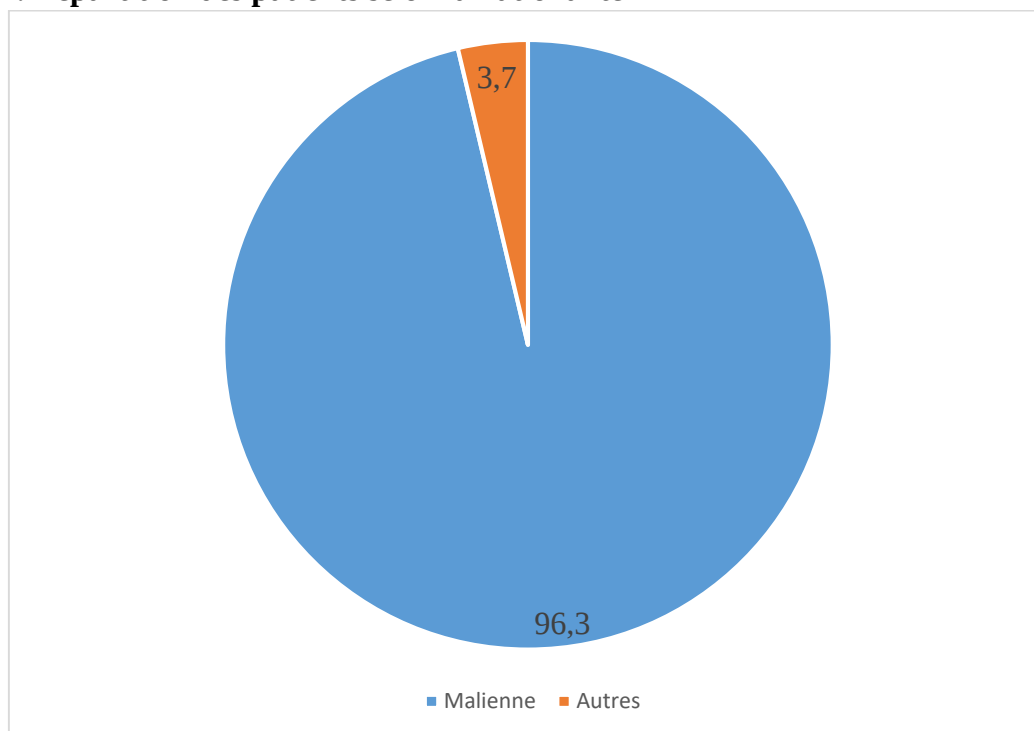


Figure 3 : Répartition des patients selon la nationalité

La nationalité malienne représentait **96,3% (n=309)** des cas.

Tableau III : Répartition des patients selon le mode de transport

Mode de transport	Effectifs	Pourcentage%
Voiture personnels	51	15,9
Taxi	151	47,0
Moto	119	37,1
Total	321	100

Le taxi était le moyen de transport le plus utilisé avec **47%** des cas.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau IV : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage%
Douleur abdominale	268	83,5
Arrêt des matières et des gaz	4	1,2
Douleur anale	19	5,9
Distension abdominale	12	3,7
Douleur inguinale	13	4,0
Tuméfaction ombilicale	5	1,6
Total	321	100

La douleur abdominale était le motif principal de consultation de **268** patients (**83,5%**)

Tableau V : Répartition des patients selon le délai de prise en charge

Délai de prise en charge	Effectifs	Pourcentage%
Moins de 30 min	77	24,0
30 min à 24H	236	73,5
Plus de 24H	8	2,5
Total	321	100

Dans **73,5%** des cas, les patients ont été prises en charge entre **30 minutes à 24 heures** après leur admission avec un délai moyen de 12 heures et 25 minutes.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau VI : Répartition des patients selon les antécédants médicaux

ATCD médicaux	Effectifs	Pourcentage%
HTA	10	3,1
Diabète	3	0,9
UGD	25	7,8
VIH/SIDA	2	0,6
Drépanocytose	1	0,3
Asthme	2	0,6
Aucun	278	86,6
Total	321	100

La majorité des patients soit **86,6%** étaient sans antécédent médical connu.

Tableau VII : Répartition des patients selon les antécédants chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage%
Cure herniaire	6	1,9
Appendicectomie	3	0,9
Myomectomie	3	0,9
Aucun	304	94,7
Laparotomie	5	1,5
Total	321	100

Les patients étaient sans ATCD chirurgicale dans **94,7%**.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau VIII : Répartition des patients selon les signes généraux

Température corporelle	Effectifs	Pourcentage%
Inf à 37,5	220	68,5
37,5 à 39	98	30,5
Sup à 40	3	0,9
Total	321	100
Tension artérielle	Effectifs	Pourcentage%
Inf à 10/6	15	4,7
10/6 à 14/9	294	91,6
Sup à 14/9	12	3,7
Total	321	100
Pouls	Effectifs	Pourcentage%
60 à 80	61	19,0
80 à 100	252	78,5
Sup à 100	8	2,5
Total	321	100

La majorité des patients avait un bon état général.

Tableau IX : Répartition des patients selon l'indice de masse corporelle

IMC	Effectifs	Pourcentage%
Inf à 18,5	38	11,8
18,5 à 25	254	79,1
Sup à 25	29	9,0
Total	321	100

L'I MC était normal dans **79,1%** des cas.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau X : Répartition des patients selon l'indice de karnofsky et le score glasgow

Indice de karnofsky	Effectifs	Pourcentage%
30 à 70%	73	22,7
71 à 100%	248	77,3
Total	321	100
Score de Glasgow	Effectifs	Pourcentage%
8 à 12	10	3,1
12 à 15	311	96,9
Total	321	100

La majorité des patients était autonome et conscient.

Tableau XI : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectifs	Pourcentage%
Douleur abdominale	268	83,5
Vomissement	187	58,3
Arrêt des matières / des gaz	39	12,1
Distension abdominale	53	16,5
Respiration abdominale anormale	45	14,0

La douleur abdominale était le signe plus fréquent chez 83,5% des patients.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

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

Siège de la douleur	Effectifs	Pourcentage%
FID	201	62,6
Hypogastre	9	2,8
FIG	1	0,3
Flanc droit	2	0,6
Flanc gauche	2	0,6
Péri ombilicale	19	5,9
Hypochondre droit	15	4,7
Epigastre	7	2,2
Diffuse	39	12,1
Inguinale	9	2,8
Anale	17	5,3
Total	321	100
Type de la douleur	Effectifs	Pourcentage%
Brûlure	10	3,1
Piqûre	13	4,0
Torsion	79	24,6
Pesanteur	20	6,2
Coup de poignard	29	9,0
Autres	5	1,6
Colique	165	51,4
Total	321	100
Evolution de la douleur	Effectifs	Pourcentage%
Permanente	162	50,5
Intermittente	159	49,5
Total	321	100
Intensité de la douleur	Effectifs	Pourcentage%
Modérée	35	10,9
Intense	199	62,0
Très intense	87	27,1
Total	321	100

Il s'agissait d'une douleur abdominale intense, siégeant dans la FID, à type colique et d'évolution permanente dans la majorité des cas.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau XIII : Répartition des patients selon la nature des vomissements

Vomissements	Effectifs	Pourcentage%
Alimentaires	125	38,9
Bilieux	60	18,7
Stercorales	2	,6
Absents	134	41,7
Total	321	100

Les vomissements étaient alimentaires dans **38,9%** des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon les signes physiques

Signes physiques	Effectifs	Pourcentage%
Distension abdominale	53	16,5
Défense abdominale	186	57,9
Contracture abdominale	54	16,8
Tympanisme	52	16,2
Bruits hydroaériques diminués	66	20,6
Douleur à droite du cul de sac	137	42,7
de Douglas		

Les patients présentaient une défense abdominale dans **57,9%** des cas.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

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

Taux hématocrite	Effectifs	Pourcentage%
Inf à 35%	47	14,6
Sup ou égal à 35%	274	82,2
Non réalisé	10	3,2
Total	321	100

L'hématocrite était inférieur à 35% dans **14,6%** des cas.

Tableau XVI : Répartition des patients selon le groupe sanguin / rhésus

Groupe sanguin rhésus	Effectifs	Pourcentage%
A+	64	19,9
A-	4	1,2
B+	69	21,5
B-	1	0,3
AB+	31	9,7
O+	135	42,1
O-	17	5,3
Total	321	100

Les patients étaient de groupe sanguin O rhésus positif dans **42,1%** des cas.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau XVII : Répartition des patients selon la glycémie

Glycémie	Effectifs	Pourcentage%
Hypoglycémie	13	4,0
Normale	304	94,7
Hyperglycémie	4	1,2
Total	321	100

Au cours de notre étude nous avons noté 4 cas hyperglycémie.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie de l'abdomen

Radiographie de l'abdomen	Effectifs	Pourcentage%
Non fait	225	70
Normal	65	20,4
Niveaux hydro aériques	21	6,5
Pneumopéritoine	10	3,1
Total	321	100

A la radiographie de l'abdomen, les niveaux hydro aériques étaient retrouvés dans 6,5% des cas et le pneumopéritoine dans 3,1% des cas.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

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

Résultat de l'échographie abdominale	Effectifs	Pourcentage%
Appendicite aigue	142	44,2
Occlusion intestinale	23	7,2
Péritonite aigue	24	7,5
Cholécystite aigue	13	4,0
Abcès appendiculaire	31	9,7
Non fait	79	24,6
Invagination intestinale aigue	4	1,2
Hernie de la paroi abdominale	5	1,6
Total	321	100

L'aspect échographique était évocateur d'une appendicite aigue dans **44,2%** des cas.

Tableau XX : Répartition des patients selon le résultat de la TDM

Résultat de la TDM Abdominale	Effectifs	Pourcentage%
Non faite	319	99,3
Appendicite aigue	1	0,3
Abcès hépatique	1	0,3
Total	321	100

Seulement **0,6%** des patients ont réalisé une TDM abdominale.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau XXI : Répartition des patients selon le traitement pré opératoire

Traitement préopératoire	Effectifs	Pourcentage%
Réhydratation	6	1,9
Antalgiques	25	7,8
Réhydratation+ Antibiotiques	195	60,7
Réhydratation+Antalgiques+ Antibiotiques	6	1,9
Aucun	89	27,7
Total	321	100

Nous avons réalisé une antibioprophylaxie chez la majorité des patients.

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

Type anesthésie	Effectifs	Pourcentage%
Locale	14	4,4
Loco régionale	21	6,5
Anesthésie générale+ IOT	286	89,1
Total	321	100

L'anesthésie générale + IOT était pratiquée chez **89,1%** des patients.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire

Diagnostic préopératoire	Effectifs	Pourcentage%
Appendicite aigue	164	51,1
Occlusion intestinale	28	8,7
Péritonite aigue	33	10,3
Hernie étranglée	25	7,8
Cholécystite aigue	13	4,0
Thrombose hémorroïdaire	19	5,9
Abcès appendiculaire	33	10,3
Invagination intestinale aigue	6	1,9
Total	321	100

L'appendicite aigue était le diagnostic pré opératoire chez **51,1%** des patients.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon le type d'incision

Le type d'incision	Effectifs	Pourcentage%
Incision point de mac Burney	195	60,7
Incision inguinotomie	12	3,7
Incision arciforme péri ombilicale	8	2,5
Incision médiane sus ombilicale	6	1,9
Incision médiane sous ombilicale	1	0,3
Incision médiane sus et sous ombilicale	66	20,6
Incision elliptique	19	5,9
Incision sous costal	13	4,0
Incision type pfannestiel	1	0,3
Total	321	100

L'incision au point de **Mac Burney** était la plus pratiquée avec **54,2%** des cas.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau XXV : Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire

Diagnostic peropératoire	Effectifs	Pourcentage%
Appendicite non compliquée	160	49,8
Occlusion intestinale aigue	27	8,4
Péritonite généralisée	36	11,2
Hernie étranglée	25	7,8
Cholécystite aigue	13	4,0
Thrombose hémorroïdaire	19	5,9
Abcès appendiculaire	32	10,0
Autres	3	0,9
Invagination	6	1,9
Total	321	100

En per opératoire nous avons retrouvé une appendicite aigue dans **49,8%** des cas.

Autres : GEU rompues, Eventration étranglée.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le geste chirurgicale effectué

Gestes chirurgicales effectués	Effectifs	Pourcentage%
Appendicectomie	198	61,7
Cholécystectomie	13	4,0
Résection/anastomose	24	7,5
Colectomie+ stomie	5	1,6
Iléostomie	3	0,9
Section des brides	3	0,9
Suture de la perforation	12	3,7
Lavage drainage péritonéal	15	4,7
Hémorroïdectomie	19	5,9
Autres	3	0,9
Cure herniaire	26	8,1
Total	321	100

L'appendicectomie était le geste effectué chez **198** patients soit **61,7%** des cas.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau XXVII : Répartition des patients selon le traitement médical post opératoire

Traitement médical post opératoire	Effectifs	Pourcentage%
Antibiotiques	1	0,3
Réhydratation+ Antalgiques+ Antibiotiques	273	85,0
Antalgiques+ Antibiotiques	47	14,6
Total	321	100

En post opératoire 85% des patients avaient reçu un apport hydrique, des antalgiques et des antibiotiques.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'étiologie de la péritonite

Etiologie de la péritonite	Effectifs	Pourcentage%
Péritonite appendiculaire	16	44,4
Perforation gastrique	11	30,6
Péritonite post opératoire	1	2,8
Péritonite iléale	3	8,3
Rupture d'abcès	5	13,9
Total	36	100

La péritonite appendiculaire représentait **44,4%** des cas de péritonite.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau XXIX : Répartition des patients selon l'étiologie de l'occlusion intestinale aigue

Étiologie occlusion	Effectifs	Pourcentage%
Volvulus	18	58,1
Tumeur intestinale	4	12,9
Brides et adhérences	9	29,1
Total	31	100

Le volvulus était la cause principale des occlusion intestinale aigue avec **58,1%** des cas.

Tableau XXX : Répartition des patients selon le geste chirurgical et la pathologie

Gestes chirurgicaux	Pathologies			
	Appendicite simple	Péritonite généralisée	Occlusion intestinale	Hernie étranglée
Appendicectomie	160	21	0	2
Suture de la perforation	0	11	0	0
Colectomie+ stomie	0	0	14	0
Section des brides	0	0	6	0
Résection/anastomose	0	0	6	2
Cure herniaire	0	0	1	26
Iléostomie	0	4	4	0

Appendicectomie était réaliser chez 58,3% des cas de péritonite généralisée

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau XXXI : Répartition des patients selon les complications post opératoires

Complication postop	Effectifs	Pourcentage%
Infection du site opératoire	37	92,5
Fistule digestive	2	5
Eventration	1	2,5
Total	40	100

La morbidité postopératoire était de 12,5%.

Tableau XXXII : Répartition des patients selon la complication post opératoire et la pathologie

Complication post opératoire	Pathologie			
	Appendicite simple	Péritonite généralisée	Occlusion intestinale	Hernie étranglée
ISO	4	29	3	1
Fistule	0	0	2	0
Eventration	0	1	0	0

La péritonite généralisée avait entraîné 72,5% des complications post opératoire.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon les complications post opératoires et le geste

Gestes Chirurgicaux	Complications		
	ISO	Fistule	Eventration
Appendicectomie	18	0	1
Suture de la perforation	7	0	0
Colectomie+ stomie	6	0	0
Section des brides	0	0	0
Résection/anastomose	4	2	0
Cure herniaire	0	0	0
Iléostomie	2	0	0

La résection/anastomose en un temps a entraîné 2,5% des complications post opératoires.

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage%
Inf à 10 Jrs	302	94,4
10 à 20 jrs	6	1,9
Sup à 20 jrs	2	,6
Ambulatoire	11	3,1
Total	321	100

Le séjour hospitalier était inf à 10 jours dans 94,4% des cas, avec des externes de 2heures et 60 jours.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et les complications

Hospitalisation	Complications		
	ISO	Fistule	Eventration
Inf à 10 Jrs	31	0	1
10 à 20 jrs	6	1	0
Sup à 20 jrs	0	1	0
Ambulatoire	0	0	0

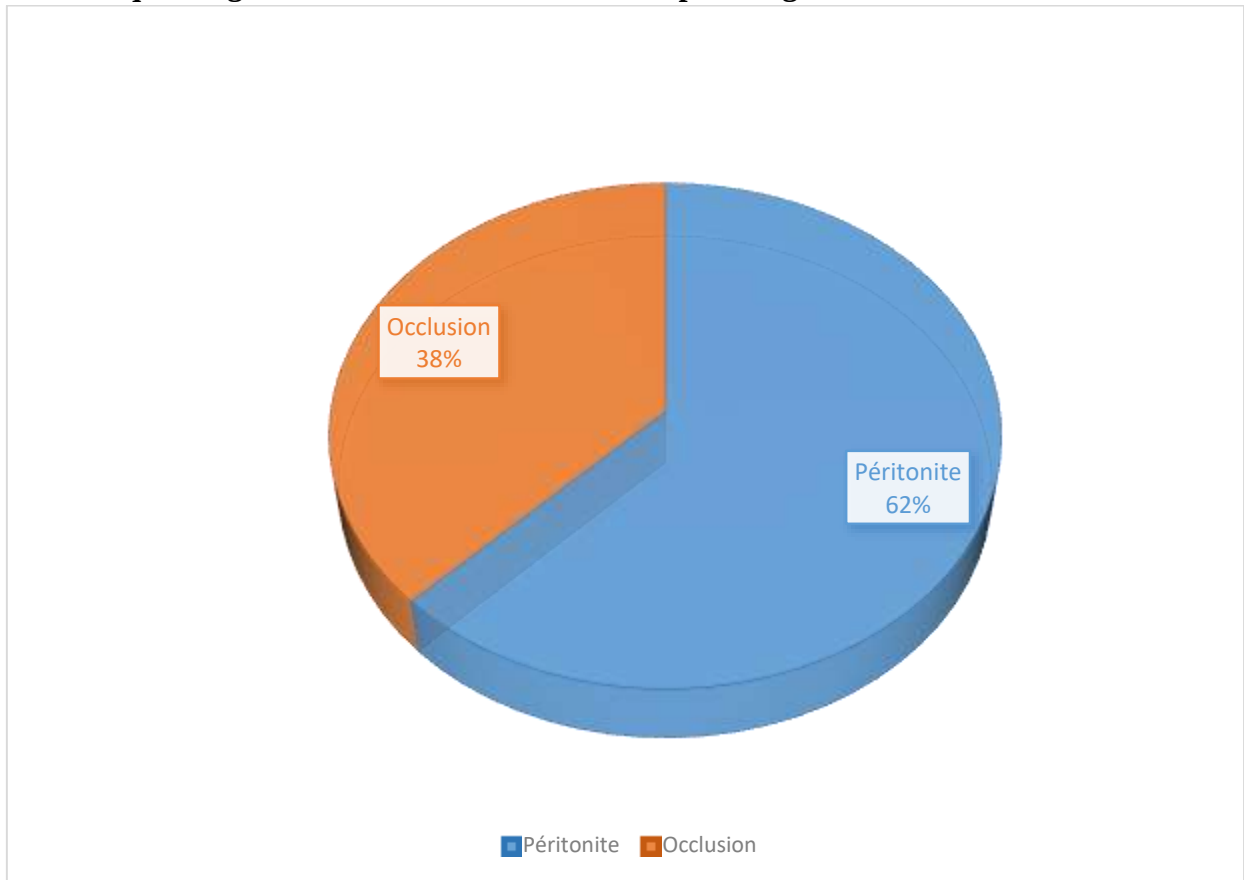
Le séjour était inférieur à 10 jours chez 77,5% des patients ayant présentés des complications.

Tableau XXXV : Répartition des patients selon le coût moyen de la prise en charge

Appendicite	Effectifs	Pourcentage%
Inf à 75000	160	81,6
Sup à 75000	36	18,4
Total	196	100
Péritonite	Fréquence	Pourcentage%
100000	10	32,3
100000 à 120000	21	67,7
Total	31	100
Occlusion	Fréquence	Pourcentage%
Inf à 100000	1	2,9
100000 à 120000	33	97,1
Total	34	100
Hernie étranglée	Fréquence	Pourcentage%
50000	7	26,9
50000 75000	15	57,7
75000	4	15,4
Total	26	100

Le coût moyen de la prise en charge des appendicite aigue était inférieur à **75.000 FCFA** dans **81,6%**.

5. La fréquence globale des décès en fonction des pathologies



Nous avons enregistré 5 cas de décès et la péritonite aigue était la principale étiologie (**n=3**) soit **60%**.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 3 ans allant du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2023 et une étude prospective sur 8 mois du 1er janvier 2024 au 31 août 2024.

Les dossiers des malades, les registres de comptes rendus opératoires et de consultations, les fiches d'enquêtes individuelles et l'interrogatoire des malades ont permis de recueillir les informations nécessaires à la réalisation de notre étude.

Cependant nous avons rencontré certaines difficultés notamment :

- Le retard de consultation des patients ;
- Le plateau technique insuffisant, l'absence d'unité de réanimation et de certains matériaux spécifiques (colonnes de coelioscopies) au sein du Csréf ;
- La crise énergétique du pays, empêchant la prise en charge des malades en période de délestage ;
- Le manque de moyen financier empêchant les patients non-inscrits à une assurance maladie à subvenir correctement au coût de la prise en charge de leur maladie.

2. Fréquence :

Tableau XXXVI : Fréquence et auteurs

Auteurs	Fréquence	N	p-value
	Pourcentage (%)		
Tounkara I et al. Mali (2018) [6]	44,80%	120	< 0,001
Arnaud J et al. France (2003) [14]	42,63%	272	0,523
Abdillahi I. Djibouti (2021) [15]	22%	200	0,242
Magagi A. Niger (2016) [4]	22,87%	622	< 0,001
Fongoro M. Mali (2022) [16]	21,57%	129	0,887
Gauthier N. France (2021) [17]	18%	157	0,401
Notre étude	49,01 %	321	

Au cours de notre étude, les urgences chirurgicales ont représenté **49,01%** des interventions, des taux similaires ont été trouvés :

- ✓ En commune II du district de Bamako, Tounkara I et al avaient rapporté 44,80% d'UCD dans le service de chirurgie générale du Csréf de la commune II [6] ;

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

✓ En France Arnaud J avait rapporté 42,63% UCD dans une étude menée à Paris [14]. Ces données témoignent la fréquence élevée des urgences chirurgicales digestives dans les activités des services de chirurgies.

Des études menées au Niger par Magagi A et à Djibouti par Abdillahi I ont retrouvé respectivement 22,87% et 22% [4, 15]. Cette baisse s'expliquerait par le fait que ces études ont été menées dans des services d'accueils des urgences, de la durée de l'étude et de la taille de l'échantillon.

3. Age :

Tableau XXXVII : Age et auteurs

Auteurs	Age moyen	Tranche d'âge la plus touchée	<i>p-value</i>
Tounkara I et al.. Mali (2018) [6]	27,5	20 à 39	< 0.001
Dembélé K Mali (2021) [5]	33,6	15 à 25	0,073
Abdillahi I. Djibouti (2021) [15]	33,7	30 à 44	0,242
Magagi A. Niger (2016) [4]	22,91	15 à 30	< 0,001
Fongoro M. Mali (2022) [16]	31,26	10 à 20	< 0.001
Notre étude	27,5	15 à 25	

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée était de 15 à 25 ans, avec une moyenne de 27,5 ans, et un écart type de 17 ans, les extrêmes étaient de 1 an et 75 ans. Ce résultat est statiquement comparable à ceux de Mr Magagi A de l'hôpital national de Zinder au Niger et de Dembélé K du Cs réf de Douentza [4, 5].

Dans la littérature les urgences chirurgicales digestives concernent les adultes jeunes avec un âge moyen qui varie entre 20 à 45 ans [6].

4. Sexe

Tableau XXXVIII : Sexe et auteurs

Auteurs	Effectifs	Sex-ratio	<i>p-value</i>
Abdillahi I. Djibouti (2021) [15]	200	1,2	0.385
Fongoro M. Mali (2022) [16]	129	3,6	0.529
BERTHE ID Mali 2008[18]	107	2,3	0.554
Notre étude	321	1,8	

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Le sexe masculin était majoritaire, soit 56,4% avec un sex-ratio de 1,8 comparable au résultat de Abdillahi I. (Djibouti), qui avait eu 1,2 [15], mais inférieur aux résultats de Fongoro M (Mali) et de Berthé ID (Mali) qui avaient respectivement rapportés 3,6 et 2,3 [16, 18]. Cette différence pourrait être due à la taille de notre échantillon et au site de l'étude et conforte les données de la littérature Africaine, Asiatique, Européenne selon lesquels les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin[15, 19, 20]

5. Profession

Dans notre étude, les élèves /étudiants représentaient 32,1%, différent des résultats de Abdillahi I[15] chez qui les militaires étaient majoritaires avec 26%. Cette situation n'a aucune valeur scientifique car les urgences chirurgicales digestives non traumatiques ne sont pas liées à une activité professionnelle définie.

6. Provenance :

Nous avons remarqué que 46,4 % des patients venaient de la ville de Kati, 32% des communes et villages environnants, ceci pourrait s'expliquer par le fait que Kati a été le lieu de l'étude et la politique nationale de référence-évacuation du Mali.

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

Les patients ont été opérés en moins de 30min après leur admission dans 24% et entre 30 min et 24 heures dans 73,5% des cas. Ceci s'expliquerait par les faits suivants :

- les problèmes financiers des familles pour l'exécution de certains examens (biologie et radiologie) et des frais d'ordonnances.
- L'inexistence d'une unité de radiologie au Csréf
- Souvent le refus à l'intervention ensuite l'acceptation des malades.

Ce résultat est comparable aux données de Tounkara I qui avait eu 71,7% [6] de patients opérés entre 30min et 24 heures et différent de celui de Abdallahi I qui avait rapporté 80% [15] de patients opérés dans deux premières heures. Cette différence pourrait être due au fait que la totalité des patients avaient une assurance maladie dans l'étude de Abdallahi I [15].

8. L'examen clinique

Les patients dans 83,5% des cas (n= 268) ont consulté pour une douleur abdominale. Cette douleur était rapportée dans la littérature comme motif de consultation le plus fréquent. Mabiala Babela J.R, Dembelé K, et Padonou N ont tous trouvé 100 % de cas de douleur abdominale dans leurs séries [5, 19, 20] ceci s'accorde avec notre étude. Ses caractéristiques sémiologiques et les autres signes associés comme la fièvre, les vomissements, la défense

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

abdominale, l'arrêt des matières et ou des gaz, la contracture abdominale généralisée ou non ont permis une orientation diagnostique.

Le toucher pelvien (le toucher rectal et vaginal) Il était systématique et essentiel pour l'orientation diagnostique. Dans notre étude, au toucher pelvien, le cul de sac de Douglas était douloureux à droite dans la majorité des cas d'appendicite aiguë, similaire au résultat d'une étude djiboutienne [15], bien que son absence ne signifie pas que l'appendice est sain.

9. Contribution des examens para cliniques au diagnostic

Biologie :

Le bilan pré opératoire a été réalisé chez tous les malades, comportant le groupe sanguin rhésus, le taux d'hémoglobine et d'hématocrite. Cela s'expliquerait par la présence d'une équipe de garde et un plateau technique équipé contrairement à l'étude Tounkara I qui l'avait réalisé chez 1,8% car ses patients étaient reçus avec des fiches consignant les résultats [15].

Echographie abdominale :

L'échographie a une place importante dans le diagnostic des urgences chirurgicales digestives. Au cours de notre étude, elle a été l'examen d'imagerie la plus réalisée chez nos patients soit 76,3%. La pratique de cet examen en urgence, obligeait souvent un déplacement du patient hors du Csréf par ses propres moyens ; d'où le retard à la prise en charge thérapeutique due à l'absence d'une équipe de garde à l'unité d'imagerie. Certains de nos patients étaient référés avec un résultat d'échographie.

Elle a aidé au diagnostic dans 214 cas ; elle est apparue non contributive au diagnostic dans 84 cas, soit 26 %, comme dans une étude faite au Maroc par Abi F et al. [23] ; dans 48 cas de réalisation, l'échographie n'a pas aidé au diagnostic dans 17 cas soit 35,42 %. On peut en conclure que le diagnostic d'un abdomen aigu est surtout clinique et ne doit pas être retardé en l'absence d'échographie.

Radiographie de l'abdomen :

Elle a été réalisée chez 7,8 % des patients retrouvant des niveaux hydro aériques chez 6,5% des cas. Elle a contribué au diagnostic des occlusions intestinales dans 77,8% de cas. Ces résultats se rapprochent de l'étude de Abdillahi I à l'hôpital militaire de Djibouti[15] qui l'avait réalisé chez 4% (P :0,0223).

L'ASP, quand elle est disponible est un examen complémentaire important dans le diagnostic des occlusions intestinales, son indisponibilité ne doit pas retarder le diagnostic et la prise en charge des occlusions intestinales aiguës.

TDM abdominale

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Dans notre série, seulement deux patients ont bénéficié d'un scanner : une appendicite et un abcès hépatique.

La place du scanner dans le diagnostic des douleurs abdominales aiguës chirurgicales est actuellement reconnue primordiale [6].

10. Fréquence des principales étiologies

10.1. Appendicite aiguë

Au cours de notre étude, le diagnostic d'appendicite aiguë a été posé dans 160 cas en préopératoire.

Tableau XXXIX : appendicite aiguë et auteurs

Auteurs	Fréquence	N	p-value
	Pourcentage (%)		
Toukara I et al.. Mali (2018)[6]	43,33%	52	< 0.001
Arnaud J et al. France (2003)[14]	58,08%	158	0.435
Abdillahi I. Djibouti (2021)[15]	56,50%	28	< 0.001
Dembélé K. Mali (2021)[5]	23,70%	24	0.003
Magagi A. Niger (2016)[4]	9,65%	60	0.086
Fongoro M. Mali (2022)[16]	48,90%	63	< 0.001
Notre étude	49,80 %	160	

La pathologie la plus fréquente dans notre étude était l'appendicite aiguë, elle a représenté 49,80% des urgences, comme en France selon Arnaud J où elle constitue la première cause des urgences chirurgicales digestives [14].

Par contre dans d'autres séries africaines, elle occupe la 3^{ème} place après l'occlusion intestinale aiguë et la péritonite aiguë, 9,65% soit 60 cas des urgences digestives à l'hôpital national de Zinder au Niger et 23,70% soit 24 cas des urgences digestives au Csréf de Douentza au Mali [4, 5].

Le résultat était statistiquement comparable aux séries de Arnaud J et al en France et de Dembélé K au Mali qui avaient rapporté respectivement 58,08% et 23,70% et différent de l'étude de Abdillahi I à l'hôpital militaire de Djibouti qui avait retrouvé 28 cas soit 56,50% [5, 14, 15]. Ceci pourrait s'expliquer par la taille de notre échantillon et la structure où l'étude a été faite, l'appendicite aiguë étant principalement prise en charge dans les structures de 2^{ème} et 3^{ème} niveau notamment les Csréfs.

10.2 Péritonite aigue

Tableau XL : péritonite aigues et auteurs

Auteurs	Fréquence		<i>p-value</i>
	Pourcentage (%)	N	
Gaye. I Dakar (2016)[21]	18%	29	0.174
Arnaud J et al. France (2003)[14]	4,04%	11	0.005
Abdillahi I. Djibouti (2021)[15]	16%	8	< 0.001
Samoura. L Mali (2009)[23]	41,74%	43	0.005
Notre étude	11,20 %	36	

Le diagnostic de péritonite aigue a été posé dans 36 cas et occupe la deuxième place des urgences chirurgicales comme au Sénégal [21]. Le taux de 11.20% était comparable au résultat de Ibrahim Gaye au Sénégal 18% et supérieur à celui du CHU de Montpellier en France 4,04% [14, 21]. Cette différence pourrait être liée à la fréquence des maladies infectieuses (fièvre typhoïde) et au retard de consultation en Afrique.

10.3 Occlusion intestinale aigue

Tableau XLI : occlusions et auteurs

Auteurs	Fréquence		<i>p-value</i>
	Pourcentage (%)	N	
Konate. M Mali (2005)[24]	34,53%	96	0.828
Abdillahi I. Djibouti (2021)[15]	22%	11	< 0.001
Samoura. L Mali (2009)[23]	29%	30	0.016
Notre étude	8,40 %	27	

Au cours de notre étude, nous avons retenu le diagnostic d'occlusion dans 27 cas soit 8,4% des urgences chirurgicales digestives. Ce résultat est comparable à celui de Konaté M et Samoura L qui avaient rapporté respectivement 34,53% et 29% [23, 24]. Et statistiquement différent de celui de Abdillahi I à l'hôpital militaire de Djibouti qui avait eu 22% [15]. Cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon et au structure exécution de l'étude.

Le volvulus du colon sigmoïde a été la principale cause des occlusions intestinales dans notre étude, **58,1%** des cas suivie des brides et adhérences dans **19,4%** des cas.

Tandis qu'en Europe (France), les brides et adhérences occupent la première place des occlusions dans une série rapportée par Arnaud J et al au CHU de Montpellier [14].

Contrairement aux résultats d'autres auteurs africains notamment Magagi I au Niger et Gaye I au Sénégal s'accordent que les hernies étranglées constituent la première cause d'occlusion

intestinale [4, 21]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les hernies étranglées ont été une entité étudiée à part dans notre série car ils ne sont pas toujours considérés comme occlusion intestinale et que la hernie simple est prise en charge plus rapidement en Europe qu'en Afrique.

11. Gestes effectués

L'appendicectomie en urgence était le geste thérapeutique le plus fréquemment réalisé dans notre étude, elle a représenté **61,7%** des gestes effectués. Ce résultat est similaire à une série française de Etienne qui avait rapporté **79,7%**, cependant une toilette péritonéale avec drainage se sont avérés nécessaires au cours de la série de Samoura L au Mali [2, 23]. Cela expliquerait par le retard de prise en charge.

12. Suites opératoires

La morbidité postopératoire était de **12,5%**, les ISO ont représenté **11,5%** de la morbidité totale celles-ci étaient survenues dans les cas de péritonites aiguës soit **9,1%** et avaient contribué à allonger la durée du séjour hospitalier au-delà de 10 jours dans **1,9%** des cas. Ces résultats sont comparables à ceux de Diarra A et al. Mali (2018) et Diallo M Mali (2023) qui avaient respectivement un taux de **8,46%** ($P=0,024$) et **12,4%** ($P=0,007$) [25, 26]

Nous avons enregistré 5 décès soit **1,56%** contre **3,74%** dans l'étude de BERTHE I.D [8] au Mali et **4,46 %** Babela J.R.[10] au Congo. Comme dans notre étude, ces différents auteurs s'accordent sur le fait que, l'urgence chirurgicale digestive non traumatique s'accompagne le plus souvent d'une morbidité et d'une mortalité élevée.

CONCLUSION ET RECOMMADATIONS

VII. CONCLUSION

La prise en charge des urgences chirurgicales digestives est une activité quotidienne du chirurgien viscéral en Afrique et dans le monde entier. Elle constitue toujours un défi majeur malgré les hautes techniques et technologies médicales.

Au Csréf de Kati, où l'étude a recensée 321 cas urgences chirurgicales digestives en 3ans et 8mois avec des étiologies multiples et variées, l'examen clinique était souvent la clé du diagnostic dans notre contexte et suffisait à lui seul de mettre en route d'un traitement approprié.

Le traitement chirurgical de l'UCD était fonction de l'étiologie et de la gravité. Par contre tout retard de l'intervention chirurgicale exposera le patient à des complications, donc augmenterait le coût de la prise en charge, la morbidité et la mortalité.

VIII- RECOMMANDATIONS

A la fin de notre étude, nous recommandons :

A la population

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

Aux centres de santé de la périphérie

- D'éviter l'administration d'antalgiques avant un diagnostic précis ;
- De référer en temps opportun les patients ;
- De redynamiser la caisse de solidarité du système de référence-évacuation ;
- De faire la formation continue du personnel.

Au Csréf de Kati

- De faire la formation continue du personnel ;
- De mettre au point des Kits d'urgence chirurgicale ;
- De créer une unité d'urgence au sein du centre ;
- De créer un système de sécurité sociale.

Aux autorités sanitaires

- De doter le Csréf d'une unité de réanimation et de radiologie ;
- D'équiper les structures de santé en moyens et matériels diagnostiques (radiographie, échographie, scanner), et thérapeutiques (produits médicamenteux de première nécessité et de première urgence) ;
- De mettre au point un système de SAMU (Service d'Assistance Médicale Urgente) ;
- De renforcer les centres de santé de deuxième niveau en personnel adéquat et suffisant (personnel médical et paramédical) ;
- D'élaborer un programme d'information, 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 :

1.Wainsten J.

Larousse médical. Paris. 2010 :115.

2.Mondor H.

Diagnostic urgent abdomen. Paris Masson. 1965 :119.

3.Brower.

Ency Med Chir Urgences (Paris). 2004 :24048B10.

4.Magagi IA, Adamou H, Habou O, Magagi A, Halidou M, Ganiou K.

Urgences digestives en Afrique subsaharienne, étude prospective d'une série de 622 patients à l'hôpital national de Zinder, Niger. bull. Soc.Pathol. Exot. 2017 :191-196.

5.Démbélé K, Bengaly B, Traoré D, Kamissoko S.

Urgences Chirurgicales digestives au Centre de Santé de Référence de Douentza. 2021

6.Touankara I, Diarra A, Traoré A, Karembé B, Keita K, Sangaré S.

Urgences chirurgicales digestives au Centre de Santé de Référence de la commune II du district de Bamako. 2018 :258-261.

7.Dembélé B, Traoré A, Togo A, Kanté L.

Pathologies chirurgicales digestives. 1^{re} éd. :46-73.

8.Chevrel JP, Gueraud J, Levy B.

Appareil digestif. Masson 1986 ; 223 :119-123.

9.Diallo, G, Ongoïba N, Yéna S, Diakité I, Traoré D, Koumaré A.

Hernie inguinale étranglée à l'hôpital de point G. Mali Médical. 1996;(XI) : 3-4, 39-41.

10.Barbier J, Carretier M, Rouffineau J.

Péritonites aiguës Encycl. Chirurgie urgence ,1988. 18 : 24048 B10. 2.

11.Donnelly N, Semmens J, Fletcher D, Holman C.

Appendicectomie en Australie occidentale : profil et tendances, 1981-1997. 2001 :15.

12.Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. Urgences médico- chirurgicales. (EMC).

13.Karim M.

Bilan d'activité des urgences chirurgicales digestives de l'hôpital préfectoral d'Inezgane sur 2 ans 2014 – 2015, [Thèse méd]. Marrakech ; 2017.

14.Arnaud J et al.

Conduite à tenir devant un abdomen aigu. Encyl Med Chir (Paris,), Urgences. 2003 :24089.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

15.Abdallahi I.

Urgences Chirurgicales digestives à l'hôpital militaire de Djibouti [Mémoire méd]. [Djibouti]: FMOS; 2021.

16.Fongoro M.

Les Urgences chirurgicales digestives au Centre de Santé de Référence de San [Thèse méd]. FMOS ; 2022 N°98

17.Gauthier N.

Etude prospective observationnelle multicentrique nationale sur le flux des urgences chirurgicales digestives. 2021 :52 64.

18.Berthé ID.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G. [Thèse de Méd]. [Bamako]; 2008.

19.Camara S.

Problème d'anesthésie et réanimation posé par la chirurgie abdominale d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré ; thèse médecine Bamako (Mali). :1989, 68.

20.Mushtaq, Mehbood S, Stphen L, Philomena D.

Survey of chirurgical emergencies in the rural population in the Northen areas of Pakistan.Trop Med and Int Health. 1999 ;12 : 846p.

21.Abi F, El fares F, Nechad M.

Chirurgie viscérale des Urgences, J. chir (Paris). Journal de chirurgie (Paris). sept 1987 : 71-481.

22.Gaye I, Leye PA, Traoré M, Ndiaye I, Ba B, BAH M.

Prise en charge péri-opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte du CHU Aristide Le Dantec. PAN AFR MED J. 2016 ;24 : 190.

23.Samoura L.

Prise en charge des urgences chirurgicales viscérales au CSREF de BOUGOUNI.juin 2011;

24.Konaté M.

Urgences Chirurgicales à H.G.T. [Thèse de Méd]. [Bamako]: FMOS; 2005.

25.Diarra A, Keita K, Tounkara I, Traoré A, Koné A, Konaté M.

Infections du site opératoire en chirurgie générale du centre hospitalier universitaire Bocar Sidy Sall de Kati. MALI Med. 2020 ; 35(1) :5.

26.Diallo M.

Infection du site opératoire au service de Chirurgie générale à l'hôpital Fousseyni Daou de
Kayes. 2023;(348) :104.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. IDENTIFICATION DU MALADE

1. Numéro de la fiche :/.../
2. Numéro du dossier :
...../.../
3. Date de consultation :/.../.../
4. Nom et prénom :
5. Profession :/.../
1=fonctionnaire 2=commerçant 3=cultivateur 4=ménagère 5=élève/étudiant
7=autres, à préciser :
6. Age (année) :/...../
7. Sexe 1=M 2=F..... /.../
8. Provenance :
9. Contact à Bamako / Numéro de téléphone
.....
10. Ethnie/.../
1 Bambara 2 Dogon 3 Sonrhaï 4 Peulh 5 Soninké 6 Malinké
7 Autres, à préciser.....
11. Nationalité : 1=Maliennne 2=Autres /.../ ; Préciser :
12. Adresser par :1=médecin 2 =infirmier 3=lui-même/.../
4 =autres, à préciser.....
13. Date d'entrée :
14. Date de sortie :
15. Durée d'hospitalisation.....
16. Moyen de transport : 1 : Ambulance 2 : Taxi 3 : Moto/.../
4 : Autres, à préciser :
17. Motif de consultation ou de référence :
1=douleur abdominale 2=arrêt des matières et des gaz 3=météorisme 4=nausées ou
vomissement 5=fièvre 6=autres, à préciser :
18. Délai entre l'admission et l'intervention :
.....

II. ANTECEDENTS :

19. Médicaux : 1= non 2=oui /...../ à préciser
.....
20. Chirurgicaux : 1= non 2= oui /.../ à préciser
21. Familiaux : 1= non 2= oui /.../ à préciser.....
22. Gynéco-obstétricaux : 1= non 2= oui /...../ à préciser :

III. LES SIGNES GENERAUX :

23. Température en degré Celsius :
24. Pouls en pulsation par minute :
25. Fréquence respiratoire en cycle par minute :
26. Tension artérielle (en cm Hg) :
...../...../
 $1 \leq 10/6$ 2 [10/6-14/9 [3 $\geq 14/9$
27. Plis de déshydratations : 1= non 2= oui //
28. Conjonctives et téguments :
...../...../
29. 1= colorées 2= pâles 3=ictériques 4=autres, à préciser :
30. IMC en kg/m^2 :/...../
 $1 \leq 18,5$ 2]18,5-25 [3 ≥ 25
31. Score de Glasgow : /...../
 $1 < 8$ 2 [8-12 [3 ≥ 12
32. Indice de Karnofsky...../.../
 $1 \leq 30\%$ 2]30 70%] 3]70 100%]
33. Etat
général.....
1= Bon 2= Altéré

IV. LES SIGNES FONCTIONNELS :

Douleur abdominale :

34. Sièges de la douleur : /...../
1=FID 2=hypogastre 3=FIG 4=flanc droit 5=flanc gauche 6=péri ombilicale
7=hypochondre droit 8=épigastre 09=hypochondre gauche 10=diffus

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

- 11=autres, à préciser :/...../
35. Type de la douleur/...../
- 1=brûlure 2=piqûre 3=torsion 4=pesanteur 5=coup de poignard
- 6=autres, à préciser :
36. La durée d'une crise douloureuse :/...../
37. Intensité : 1=faible 2=modérée 3=forte
38. L'installation de la douleur : 1=brutale 2=progressive /.../
39. Les irradiations :/...../
- 1= non 2= oui ; à préciser :
40. Evolution : 1=Permanente 2=intermittente /...../
41. Facteurs d'exacerbation :/...../
- 1=non 2=oui, à préciser :
42. Facteurs d'accalmie :/...../
- 1=non 2=oui, à préciser :
43. Arrêt de matières et de gaz : 1=non 2=oui /...../
- Si oui préciser le délai..... /.../
- 1 < 24heures 2 ≥ 24heures
44. Vomissement : /...../
- 1=non
- 2=oui : Alimentaire /.../ Biliaire /.../ Stercorale /.../ Hématique /.../
45. Ballonnement abdominal : 1= non 2= oui /...../
46. Notion de perte de connaissance/...../
- 1= non 2= oui
- Si oui préciser le délai.....

V. LES SIGNES PHYSIQUES :

Inspection :

47. Distension abdominale : 1= non 2= oui /...../
48. Respiration abdominale : 1=normale 2=anormale /.../
49. Plaie abdominale : 1=oui 2=non /.../
- Préciser la localisation :
50. Présence de cicatrices chirurgicales : 1= non 2=oui /...../
- Préciser le siège :
51. Voussure abdominale : 1=oui 2=non/...../

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Préciser le siège :

Palpation :

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

53. Défense abdominale :/.../

1= localisée 2= généralisée 3= Absente

Préciser le siège.....

54. Contracture abdominale :/.../

1=localisée 2= généralisée 3= Absente

Préciser le siège.....

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

Percussion :

56. 1=matité 2=tympanisme /.../ 3= normale

57. **Auscultation** :/.../

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

3=bruits hydro-aériques diminués 4=silence abdominal

58. **Toucher Rectal** :/.../

1= normal 2= douleur à droite 3= douleur à gauche 4= autres

Si autres à

préciser.....

59. **Toucher Vaginal**...../.../

1= normal 2= douleur à droite 3= douleur à gauche 4= autres

Si autres à préciser.....

VI. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

60. Hémoglobine/ Hématocrite...../...../...../...../

1 < 10g/dl 2 ≥ 10g/dl

1 < 35% 2 ≥ 35%

61. Groupe sanguin et rhésus...../.../

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

62. Glycémie : 1= hypoglycémie 2=normale

3=hyperglycémie...../...../

63. ASP :/...../

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

1=non fait 2=Normal 3=niveaux hydro-aériques 4=opacités 5=croissant gazeux
6=autres, à préciser :

.....

64. Echographie abdominale :/.../

1=non fait 2=normale 3= anormale

Si anormale, résultat :

.....

65. Scanner abdominal/...../

1=normal 2=anormal

Si anormal, résultat

VII. DIAGNOSTIC

66. Diagnostic préopératoire :

...../...../

1= appendicite 2= occlusion intestinale 3= péritonite 4= hernie étranglée

5=cholécystite 6=hémopéritoine 7= thrombose hémorroïdaire 8= Abcès
appendiculaire

9= Invagination intestinale aigüe 10. Autres, à préciser :

67. Diagnostic per opératoire :/.../

1= appendicite 2= occlusion intestinale 3= péritonite 4= hernie étranglée

6=cholécystite 7=hémopéritoine 8= thrombose hémorroïdaire 9= Abcès
appendiculaire

10= Invagination intestinale aigüe 11. Autres, à préciser :

.....

68. MPI (l'index de Mannheim)

...../.../

1< 26% 2 ≥ 26%

VIII. TRAITEMENT

Traitement avant l'admission :

69. Moderne : 1= non 2= oui /.../, à préciser :

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

Traitement après admission :

MEDICAL

71. Traitement préopératoire :

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

.....
...

72. Traitement postopératoire :

.....
...

CHIRURGICAL

73. Operateurs :/.../

1=Chirurgien 2=DES 3=Interne

74. Type d'anesthésie :

...../...../

1=locale 2=locorégionale 3=A.G

75. Voie d'abord :/...../

1= Au point Mc Burney 2= Inguinotomie 3= Sous costale 4= Médiane sus
ombilicale 5= Médiane sous ombilicale 6= Médiane sus et sous ombilicale

7= Autres, à préciser :

.....

76. Gestes effectués :/.../

1=Appendicectomie 2=Cholécystectomie 3=Résection/Anastomose 4=Colectomie
5=Iléostomie 6= Splénectomie 7=Section des brides 8=Suture de la perforation
digestive 9=Colostomie 10=Lavage péritonéal 11=Hémorroïdectomie

13=Autres, à préciser :

77. Mise en place d'un drain

abdominal...../.../

1= non 2= oui, à préciser le type/.../

IX. COMPLICATIONS

78. Complications peropératoires :

...../.../

1=non 2=oui, à préciser :

79. Complications post opératoires :/.../

1= non 2= oui, à préciser.....

X. SUIVI

80. Suites à un mois :/...../

1=simples 2=éventration 3=décès 4=autres, à préciser.....

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

81. Suites à six mois...../.../
1=simples 2=éventration 3=décès 4=Autres, à préciser.....

82. Suites à une année.....
1=simples 2=éventration 3=décès 4=Autres, à préciser.....

XI. COUT DE LA PRISE EN CHARGE

83. Appendicite...../.../
1 $\leq$ 75.000 FCFA 2 > 75.000FCFA

84. Occlusion
1 $\leq$ 100.000 FCFA 2]100.000 - 120.000 FCFA]

85. Péritonite
1 < 100.000 FCFA 2]100.000 – 120.000 FCFA]

86. Hernie étranglée
1 < 50.000 FCFA 2 [50.000 75.000FCFA [3 $\geq$ 75.000FCFA

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

Fiche signalétique

Nom : KARAKODIO

Prénom : Amadou

Titre : urgences chirurgicales digestives non traumatiques au Centre de Santé de Référence de Kati.

Secteur d'intérêt : service de chirurgie générale du Csréf de Kati.

Pays : Mali.

Ville de soutenance : Bamako.

Année : 2024-2025.

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMOS.

RESUME : Les urgences sont des situations pathologiques dans lesquelles un diagnostic et un traitement doivent être effectués très rapidement[1]. Elles sont dites chirurgicales digestives lorsqu'elles concernent tout patient admis en urgence et pour lequel une décision d'intervention chirurgicale peut s'imposer dans les 2 - 6 à 24 heures[2]. Cependant la fréquence élevée de ces pathologies, la diversité étiologique, les problèmes de prise en charge et l'absence d'études sur les urgences chirurgicales digestives au Cs réf de Kati, nous ont motivés à porter un intérêt à ce sujet.

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 3ans allant de janvier 2020 à décembre 2023 et une étude prospective sur 8 mois de janvier 2024 à août 2024 avec comme objectifs de déterminer la fréquence hospitalière des urgences chirurgicales digestives non traumatiques, décrire les aspects cliniques et para cliniques des urgences chirurgicales digestives, d'analyser les résultats thérapeutiques, d'évaluer le coût moyen de la prise en charge. Nous avons recensé 321 patients opérés pour urgences chirurgicales digestives ce qui correspond à 6,14% des consultations globales et 49,01% de l'ensemble des interventions chirurgicales. Le sexe masculin était le plus représenté avec un ratio de 1,80. La moyenne d'âge a été de 27,5 ans et un écart type de 17 ans, la majorité des patients provenait de Kati. La douleur abdominale a été le motif de consultation dans 83,5% des cas. Le diagnostic était essentiellement clinique et paraclinique dans les cas douteux. Il s'agissait de l'échographie, l'abdomen sans préparation et parfois le scanner abdominal. L'appendicite aiguë a été la pathologie la plus représentée

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques au centre de santé de référence de Kati

avec 49,80%. L'anesthésie générale + IOT a été réaliser 89,1%. La majorité des patients ont été opérés entre 30minutes et 24h de leurs entrées au service soit 73,5%. La péritonite aiguë a constitué 60% de décès par septicémie. La technique opératoire était décidée en fonction de la pathologie et du choix du chirurgien. Les suites opératoires ont été simples dans la majorité des cas. Le pronostic est bon lorsque la prise en charge est précoce. Le traitement est médico-chirurgical.

Mots clés : Urgences chirurgicales non traumatiques, tube digestif, chirurgie générale Csréf de Kati.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !