

Ministère de l'Éducation Nationale

République du Mali

Université de Bamako

Un Peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2005/2006

Thèse N°...../2006

TITRE :

**LES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES DANS
LE SERVICE DE CHIRURGIE 'A' DE L'HOPITAL DU
POINT-G : REVUE DE CAS**

Thèse présentée et soutenue publiquement le...../2006

À la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie par

Melle Arlette Michelle DONGMO

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine, Diplôme d'Etat.

JURY :

Président Professeur Sambou SOUMARE

Juges Docteur Dieneba DOUMBIA
et Docteur Adama KOITA

Directeur de thèse Professeur Djibril SANGARE

Co-directeur Docteur SANOGO ZIE ZIMOGO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE: Mme **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE	: pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Mohamed TOURE	: Pédiatrie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine Interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie Générale

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhoussemi Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Aida SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie Générale
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-obstétrique
M. Sadio YENA	: Chirurgie Générale et Thoracique
M. Issa DIARRA	: Gynéco-obstétrique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie –Réanimation
M. Samba Karim TIMBO	: Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie –réanimation
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et chirurgie Générale
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
M. Siné BAYO	: Anatomie-Pathologie- Histo-embryologie
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE	: Biologie
M. Abdourahamane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Massa SANOGO	: Chimie Analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Amadou TOURE	: Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamadou KONE	: Physiologie
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie-Virologie

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Abdourahamane TOUNKARA	: Biochimie
M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie-Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie

5. ASSISTANTS

M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	: Biologie-Parasitologie

M. Bokary Y. SACKO : Biochimie
M. Boubacar TRAORE : Immunologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdoulaye Ag RHALY : Médecine Interne
M. Mamadou K. TOURE : Cardiologie
M. Mahamane MAIGA : Néphrologie
M. Baba KOUMARE : Psychiatrie, **Chef de D.E.R.**
M. Moussa TRAORE : Neurologie
M. Issa TRAORE : Radiologie
M. Mamadou M. KEITA : Pédiatrie
M. Hamar A. TRAORE : Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO : Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA : Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA : Dermato-Leprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Toumani SIDIBE : Pédiatrie
M. Bah KEITA : Pneumo-Phtisiologie
M. Boubakar DIALLO : Cardiologie
M. Abdel Kader TRAORE : Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE : Radiologie
M. Mamadou DEMBELE : Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamady KANE : Radiologie
M. Saharé FONGORO : Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY : Psychiatrie
M. Bou DIAKITE : Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO : Gastro-Entérologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA : Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA : Pédiatrie
M. Adama D. KEITA : Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE : Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA : Dermatologie
M. Daouda K. MINTA : Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

M. Kassoum SANOGO : Cardiologie
M. Seydou DIAKITE : Cardiologie
M. Mahamadou B. CISSE : Pédiatrie
M. Arouna TOGORA : Psychiatrie

Mme DIARRA Assétou SOUCKO : Médecine Interne
M. Boubacar TOGO : Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE : Radiologie
M. Idrissa CISSE : Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA : Cardiologie
M. Anselme KONATE : Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA : Hépto-Gastro-Entérologie
M. Souleymane DIALLO : Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY : Psychologie
M. Soungalo DAO : Maladies Infectieuses
M. Cheïck Oumar GUINTO : Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Boubacar Sidiki CISSE : Toxicologie
M. Gaoussou KANOUTE : Chimie Analytique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Ousmane DOUMBIA : Pharmacie Chimique
M. Drissa DIALLO : Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Boulkassoum HAIDARA : Législation
M. Elimane MARIKO : Pharmacologie
M. Alou KEITA : Galénique

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Benoît KOUMARE : Chimie Analytique
M. Ababacar MAIGA : Toxicologie
M. Yaya KANE : Galénique
Mme Rokia SANOGO : Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

M. Saïbou MAIGA : Législation
M. Ousmane KOITA : Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sidi Yaya SIMAGA : Santé Publique, **Chef de D.E.R.**
M. Sanoussi KONATE : Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Moussa A. MAIGA : Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Bocar G. TOURE	: Santé Publique
M. Adama DIAWARA	: Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO	: Santé Publique
M. Massambou SACKO	: Santé Publique
M. Alassane A. DICKO	: Santé Publique

5. ASSISTANTS

M. Samba DIOP	: Anthropologie Médicale
M. Seydou DOUMBIA	: Epidémiologie
M. Oumar THIERO	: Biostatistique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA	: Botanique
M. Bouba DIARRA	: Bactériologie
M. Salikou SANOGO	: Physique
M. Boubacar KANTE	: Galénique
M. Souleymane GUINDO	: Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	: Mathématiques
M. Modibo DIARRA	: Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	: Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	: Génétique
M. Yaya COULIBALY	: Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA	: Bromatologie
Pr Babacar FAYE	: Pharmacodynamie
Pr Eric PICHARD	: Pathologie Infectieuse
Pr Mounirou CISSE	: Hydrologie
Pr Amadou DIOP	: Biochimie

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du
Point-G : Revue de cas.*

“Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours”
Louis Pasteur.

A Aminata Kamissoko pour son indéfectible courage ;
A mes parents.

Acknowledgements:

My God,

You have blessed me in so many ways and I'm so grateful. Thank you for your divine grace and protection. Dear Lord, you are so awesome and powerful that I believe I can do anything through you who strengthens me. Hallelujah!

To the beloved memory of my great-parents .I'm still loving you and keeping praying for you .Pappy, I truly hope you would have been proud of me.

Mama, you are my very wonder woman and you inspire me so much .I'll like to thank you for your unconditional love, care and support during all these years. Mommy I love you because you're simply the best.

Daddy, Thank you for being the best father figure and for teaching me to always be smart and strive to excellence. Much love and respect.

Dear Bro and sister, thank you for encouraging me and being by my sides when I needed you the most. You are my angels and I'll always love you, you two folks.

Hello Lil' Will Engeland and welcome kid (you're 3 days old now). Kisses.

To my great family: Aunty Madeleine and family, aunty Germaine and family, aunty Tricia and family, aunty Caroline and family, uncle Stalefack and family ,uncle Nicolas and family, uncle Michel family, Uncle paul célestin and family, woukeng's family, S-tel, charlène , Christian ;Should this work be yours .Much love to you too. Dongmo Justin and family, you are dear to my heart.

Special thanks to my Godmother. Aunty Elisabeth, I'm really grateful for all the love and tenderness you gave me. God bless.

Awa A Traore, Moos Coulibaly & Dr Ahmed Mohamed Ahmed, you are my world's best friends! Thank you for understanding and for helping me to be the best that I can. You are truly amazing and I love you dearly.

To my neighbour, Dré Simo. You have been such a nuisance sometimes! But for all the happiness and support you bring to me, I'll miss you man. You were nearly a brother for me. Take care.

To my friends: Yolande njomgang, Karelle Tchuindjang, Alia Julien, sylviane Djoko, Domonique Bayiha Da Silveira, Sorel Fansi, Christelle Kandem, Sinclair Fouolefack, Steeve Tagne, PREMIUM's members (Fredy Ebelle, Jules Kegne, Sonia Foaleng, Sandra sitouck, Dr Bibiane Ambadiang, Mme Daniela Feyou Mougue, Dr Brice Chendjou, Bertrand Choupe, Christian Naoussi, Mme Adeline Data, Mme Yvette Nguimdoh, Florian Essousse, Dr Aurèle Djapouop, Dr Caroline Ngongang, Dr Isabelle Djonkou Bekono, Manfred Avebe, Rachel Edimo, Sandrine Yonga and our children) thank you for your friendship and for making my Malian stay so beautiful, just keep staying as you are .I'll never forget you .

To Dougnon's family, thank you for welcoming me with your open arms in Mali .Edith & Lily, you welcomed me too .May god bless you all.

Mr Ali Tamboura, you're so likeable thank you for adopting me as you child .You're a real father.

To 'échos du point G's team. .We've been keeping it real for years now ! Thank you for believing in me. Now I'm leaving, but I truly hope you'll not let our dream turn over. Peace.

To all my neighbourhood: Fofana Family, the shoemaker, Sandra Taguembou ,Patrick Kuetche, Ibrahim Traore you've been great .I'll miss you.

To my hospital's team and fellows, I truly learnt from all off you .Thank you so much.

Jacques Ouakam, Mr Fidèle N. from Dschang you've been great. Thanks for help.
May God bless you.

Dr Landouré Guida, thank you for showing me what a real doctor is. I learnt from you
and I'm grateful for all.

A.E.E.S.C.M, you've been my father, mother, brother and sister during my stay. I'll
miss you.

A special thanks to all my instructors; you made me what I am.

To anyone I may have missed, please find forgiveness.

A.D.M

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury :

Professeur Sambou SOUMARE,

Professeur titulaire de Chirurgie Générale,

Ancien doyen de la FMPOS,

Chef de service de la chirurgie « A » de l'hôpital du point G.

Cher maître,

Nous avons grandement apprécié la formation reçue lors de notre passage dans votre service et nous vous en remercions.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous vous sommes reconnaissants de votre confiance et espérons ne pas vous décevoir.

Soyez assuré cher maître de notre respectueuse considération.

A notre maître et juge

Docteur Diénéba DOUMBIA

Assistant chef de clinique à la FMPOS,

Chef de service de l'Anesthésie –réanimation,

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail et nous connaissons l'intérêt que vous portez à la prise en charge des urgences chirurgicales.

Trouvez ici le témoignage de notre profond respect et de toute notre gratitude.

A notre maître et juge

Docteur Adama KOÏTA

Praticien hospitalier à l'hôpital du point G,

Cher maître,

Vous nous faites l'honneur de siéger dans notre jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité et votre humanisme n'ont d'égale que votre passion pour le travail.

Veillez trouver ici, l'expression de toute notre admiration.

A maître et co-directeur de thèse

Docteur Zié Zimogo SANOGO

Maître assistant en Chirurgie Générale,

Chargé de cours de sémiologie chirurgicale et de pathologie chirurgicale à la FMPOS,

Praticien hospitalier à l'hôpital du point G,

Cher maître,

Nous pouvons dire que la discipline et la rigueur sont vos principes de travail.

Derrière votre simplicité se cache un homme de science et un praticien brillant qui nous a appris la discipline et l'amour du travail bien fait.

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

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Djibril SANGARE

Maître de conférence agrégé en chirurgie générale,

Chargé de cours de sémiologie chirurgicale à la FMPOS,

Cher maître,

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ces travaux de thèse pour lesquels vous n'avez ménagé aucun effort. Nous vous remercions de votre confiance et apprécions grandement votre combat pour la qualité de la formation des médecins généralistes.

Soyez assuré cher maître, de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

SOMMAIRE :

ABREVIATIONS.....	1
INTRODUCTION.....	2
GENERALITES.....	5
METHODOLOGIE.....	38
RESULTATS.....	41
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	64
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS... 	72
BIBLIOGRAPHIE.....	75
ANNEXES.....	80

ABREVIATIONS :

ADH = adhésiolyse	J= jour
ASP= abdomen sans préparation	Kg= kilogramme
ATB= antibiotique	L= litre
B.A= brides et adhérences	L1, L2, L4= vertèbres lombaires une, deux et quatre
°C= degré celsius	ml= millilitre
CES= certificat d'étude spécialisé	mmHg = millimètre de mercure
cm= centimètre	mn= minute
CVC= circulation veineuse collatérale	NB= nota bene
D= droite	P= probabilité
ddl= degré de liberté	Puls= pulsation
DM= données manquantes	R.A = résection + anastomose
EPI= logiciel	R.D = résection + dérivation
FID= fosse iliaque droite	ReH2O= réhydratation
FIG= fosse iliaque gauche	SNG= sonde nasogastrique
FOGD= fibroscopie	SPSS = logiciel
oesogastroduodénale	TOGD= transit oesogastroduodéal
G= gramme ou gauche	TR= toucher rectal
H= heure	TV= toucher vaginal
H.E = hernie étranglée	UGD= ulcère gastro-duodéal
HTA= hypertension artérielle	V.S = volvulus du sigmoïde
IST= infection sexuellement transmissible	

INTRODUCTION

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

Connue depuis la haute antiquité l'occlusion intestinale, se démarque au fil du temps par :

-sa fréquence élevée (*troisième entité la plus rencontrée après l'ischémie intestinale et la perforation d'ulcère en unité de soins intensifs aux USA en 2002 [1], elle représente 10% des douleurs abdominales chez l'adulte au Maroc en 2001 [2] et 34,53 % soit la première cause d'urgence chirurgicale en 2005 à l'hôpital Gabriel-Touré [3]*) ,

- le caractère « urgent » de sa prise en charge,

-mais aussi par son taux de mortalité ou de morbidité importants (*41 % de mortalité à Niamey en 2000 [4] ; 60 % de mortalité en 2005 à l'hôpital régional de Kayes [5] contre 7,5% à Bamako en 2003 [6] et 4,16% de mortalité en 2005 à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako [3]*).

Ces trois facteurs réunis ont motivé l'institution de nombreux travaux afin de permettre une connaissance plus approfondie de cette pathologie.

Au Mali, le sujet a été l'objet à ce jour de 7 études, à savoir :

- en 1979, Konipo Fanta s'est penchée sur ' les occlusions intestinales, à propos de 260 cas traités à l'hôpital du point-G'
- en 1982, Traoré S a traité de 'la contribution à l'étude du volvulus du côlon sigmoïde dans les hôpitaux de Bamako'
- en 1983, Dakouo Daniel a disserté sur 'la contribution à l'étude épidémiologique des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans les hôpitaux de Bamako et de Kati'
- en 1985, la thèse de Fatoumata Touré porte sur 'les problèmes posés par l'anesthésie réanimation des occlusions intestinales aiguës à l'hôpital du point G'
- en 2002, Sangaré Boubacar : 'hernies inguinales étranglées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré'.
- en 2003, Sidibé Moussa Badjan : 'aspects épidémiologique, clinique et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré'.
- enfin, Amadou Issa traite en 2005 des 'invaginations intestinales de l'enfant à Gabriel Touré '.

Si nos précurseurs ont pu établir de nombreux faits importants, notamment que les occlusions intestinales restent une entité considérable dans la chirurgie d'urgence

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

(48,07% des urgences abdominales en 1982 à l'hôpital du point-G [7], 44,5% des urgences abdominales pédiatriques en 2004 à Gabriel Touré [8], 22,32% des urgences chirurgicales en 2005 à l'hôpital de Kayes [5] et 34,53% des urgences chirurgicales à Gabriel Touré en 2005 [3]), et que son taux de mortalité est sans cesse décroissant (30% en 1979 au Point-G [9], 26,60% en 1985 à l'hôpital du point G [10], 7,5% en 2003 à Gabriel Touré [6] et 4,16% à Gabriel Touré en 2005 [3]), il n'en demeure pas moins que de nombreux points restent à explorer.

En ce qui nous concerne, nous avons jugé utile de répondre à la question de savoir quelles sont les différentes entités nosologiques d'occlusions rencontrées dans le service de Chirurgie A de l'hôpital du Point- G, ainsi que d'évaluer l'efficacité des techniques chirurgicales par nous employées. Pour cela, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

→ Objectif général :

- Etudier les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie A.

→ Objectifs spécifiques :

-Déterminer la fréquence des différentes entités nosologiques responsables d'occlusion intestinale aiguës en Chirurgie A.

-Décrire les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques des occlusions intestinales aiguës en Chirurgie A

-Analyser les suites opératoires (Déterminer le taux de morbidité et de mortalité associés aux occlusions intestinales dans le service de Chirurgie A.)

-Individualiser les facteurs intervenant dans le pronostic de la prise en charge des occlusions intestinales aiguës en chirurgie A.

- Proposer un plan de prise en charge standardisée des urgences chirurgicales à l'usage de la chirurgie A.

GENERALITES

I- GENERALITES :

A- définition :

On appelle occlusion intestinale aiguë toute interruption complète et persistante du cours des matières et des gaz dans un segment de l'intestin. Par opposition à une sub-occlusion qui se caractérise par le caractère incomplet de l'arrêt du transit. [11]

B- Rappels anatomiques et physiologiques :

1-ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU GRELE :

1.1-anatomie du grêle :

1.1.1-définition : Le grêle est un organe majeur de la digestion indispensable à la vie qui va du pylore à la valvule iléo-cæcale (valvule de Bauhin) ; long de 5-7m en moyenne, il comprend 2 parties : le duodénum et le jéjuno-iléon.

1.1.2- Structure de l'intestin grêle :

De dedans en dehors on a :

- La muqueuse
- La musculuse
- La séreuse

a- LE DUODENUM

*Situation :

Partie initiale de l'intestin grêle, il est situé entre le pylore et l'angle duodeno-jejunal (angle de Treitz) et appliqué contre la paroi postérieure de l'abdomen entre L1 et L4.

*Forme et dimensions :

En forme d'anneau ouvert à gauche et en haut, Ses dimensions sont :

Longueur : 20-25 cm

Diamètre : 3-4 cm:

Capacité : 250 ml en moyenne

Il comprend 4 portions (supérieure, descendante, horizontale, et ascendante)

délimitées par 3 angles :

- supérieur ou genu supérius ;
- inférieur droit ou genu inférius ;
- inférieur gauche ou angle duodeno-jejunal

* Configuration interne :

La partie médiale (interne) de la portion descendante du duodénum est le siège :

- de la papille majeure (orifice de l'ampoule de VATER)

-de la papille mineure (orifice du canal de SANTORINI)

*Moyens de fixité :

Le duodénum est la partie la mieux fixée du tube digestif.

Il est fixé par :

- Le muscle suspenseur du duodénum ;
- Le méso colon transverse et le mésentère ;
- Des connexions au pancréas

* rapports :

Dans son ensemble : le duodénum, dans sa majeure partie entoure intimement la tête du pancréas.

Au niveau de ses portions :

→Portion supérieure ou sous hépatique ou premier duodénum (D1) :

Oblique en arrière en haut et un peu à droite, longue de 5cm, elle a 4 faces

- Face antérieure : le foie en avant et la vésicule biliaire et le hile du foie en arrière.
- Face postérieure : L'arrière cavité des épiploons, le pancréas, le canal cholédoque, l'artère hépatique et la veine porte.
- Face supérieure : identique à la face antérieure
- face inférieure : le pancréas

→ Portion descendante ou pré rénale ou deuxième duodénum (D2) :

Verticale, s'étend entre L1 et L4 à droite de la colonne lombaire, longue de 8 cm, elle a 4 faces :

- Face antérieure : le méso colon transverse la divise en deux parties : sus méso colique et sous méso colique.
- Face postérieure : la veine cave inférieure, l'artère spermatique droite, le pédicule rénal droit et l'uretère droit.
- Face externe : le foie et le côlon ascendant
- Face interne : le pancréas, le canal cholédoque, les canaux de WIRSUNG et de SANTORINI.

→ La portion horizontale ou troisième duodénum (D3):

S'étend transversalement en avant de L4, longue de 8 cm, elle a 4 faces :

- Face antérieure :

Croisée par la racine du mésentère qui contient l'artère et la veine mésentériques supérieures ; elle répond au côlon droit et aux anses grêles.

- Face postérieure : Veine cave inférieure, l'aorte, l'artère mésentérique inférieure

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

- Face supérieure : la tête du pancréas
- Face inférieure : les anses grêles

→ Portion ascendante ou quatrième duodénum (D4):

S'étend de L4 au disque séparant L1 et L2 à gauche de la colonne lombaire, longue de 4 cm, elle a 4 faces :

- Face antérieure : le côlon transverse, les anses grêles
- Face postérieure : les vaisseaux rénaux et spermatiques gauches et la gaine du psoas
- Face interne : la racine du mésentère et le pancréas
- Face externe : le rein gauche

* Vascularisation :

→ Les artères :

- Artères pancréatico-duodénale supérieure et inférieure droites :
- Artère pancréatico-duodénale inférieure gauche

→ Les veines :

Sont satellites aux artères :

- Veine pancréatico-duodénale supérieure droite qui s'abouche dans la veine porte

- Veines pancréatico-duodénales inférieures droite et gauche qui s'abouchent dans la grande mésentérique

→ Lymphatiques :

S'abouchent dans les ganglions duodéno-pancréatiques antérieures et postérieures

→ Innervation :

- Le pneumogastrique gauche pour D1
- Ganglion semi lunaire droit et le plexus mésentérique supérieur pour D2 et D3
- Le pneumogastrique droit et ganglion semi lunaire gauche pour D4, la partie voisine de D3 et l'angle duodéno-jéjunal

b- LE JEJUNO-ILEON :

Partie mobile de l'intestin grêle, elle est constituée de 2 parties :

- Le jéjunum : qui occupe les 2/5 proximaux
- L'iléon : qui occupe les 3/5 distaux.

* Situation : Le jéjuno-iléon s'étend de l'angle duodéno-jéjunal à la valvule iléo-coecale (valvule de Bauhin) et est composé de 15 à 18 anses disposées horizontalement à gauche de l'abdomen et verticalement à droite.

* Forme et dimensions :

Forme tubulaire

Longueur : 4 - 6,5 m

Diamètre : 3cm à la partie proximale et 2 cm à la partie distale

* Moyens de fixité :

Il est fixé à la paroi abdominale postérieure par le mésentère

* Rapports

Chaque anse intestinale présente :

- * 2 faces convexes en contact avec les anses intestinales voisines
- * Un bord libre convexe en rapport avec la paroi abdominale antérieure
- * Un bord adhérent concave en rapport avec la racine du mésentère

-La masse jéjuno-iléale répond :

En arrière : à la paroi abdominale postérieure et aux organes rétropéritoneaux (les gros vaisseaux pré-vertébraux ; reins et uretères colon ascendant et descendant)

En avant : grand épiploon et paroi abdominale antérieure.

En haut : colon transverse et mésocolon transverse.

En bas colon iléo-pelvien et aux organes du petit bassin (rectum et vessie pour l'homme ; rectum, vessie, utérus et ligament large pour la femme).

A gauche : paroi latérale de l'abdomen.

A droite : caecum, colon ascendant et la paroi.

* Vascularisation

→ Artères : Les branches intestinales de la mésentérique supérieure.

→ Veines : satellites des artères, se drainent dans la grande veine mésentérique.

→ Lymphatiques : qui sortent de la paroi jéjuno-iléon sont les chylifères d'Asellius.

→ Innervation : nerfs sympathiques et parasympathiques provenant du plexus mésentérique supérieur.

N.B : PARTICULARITE ANATOMIQUE :

Environ 2% de la population générale portent sur leur jéjuno-iléon une petite excroissance appelée diverticule de MECKEL .Vestige du conduit vitellin, le diverticule peut imiter parfaitement une appendicite. **[12]**

1.2- PHYSIOLOGIE:

La physiologie de la digestion est l'ensemble des actes mécaniques, sécrétoires, et chimiques qui concourent à réduire les aliments à un petit nombre de corps directement absorbables et assimilables que l'on dénomme nutriments.

1.2.1-SECRETION :

Le duodénum est plus sécréteur qu'absorbant et le jéjuno-iléon plus absorbant que sécréteur.

a- Duodénum :

Se caractérise histologiquement par la présence de glandes de BRUNNER qui secrètent un suc alcalin riche en mucus. La stimulation vagale, l'ingestion de nourriture augmentent la sécrétion. La principale fonction du suc est la protection de la muqueuse du D1 contre le chyme acide provenant de l'estomac.

b- Jéjuno-iléon :

À l'inverse du suc duodéal, l'existence d'une sécrétion intestinale propre n'est pas totalement démontrée chez l'homme dans les conditions physiologiques. On a pu montrer qu'il existe dans l'intestin grêle un flux liquidien de l'ordre de 2,16 + ou - 1,32 ml/mn dans le jéjunum et de 1,23 + ou - 0,71ml/mn dans l'iléon, mais ce liquide est la résultante de plusieurs composants : les sécrétions digestives d'amont et les mouvements bidirectionnels d'eau et d'électrolytes à travers la paroi intestinale.

1.2.2-ABSORPTION :

L'intestin grêle assure la totalité de l'absorption digestive, il est spécialement adapté à cette fonction. Les valvules conniventes et les villosités au nombre approximatif de 10 millions, portent la surface de la muqueuse à 40-50 m².

a- Les glucides :

Le glucose et le galactose (des monosaccharides) résultant de la dégradation de l'amidon et des dissaccharides pénètrent dans les cellules de l'épithélium grâce à des transporteurs protéiques de la membrane plasmique, puis ils passent dans le sang des capillaires par diffusion facilitée. Le transport de ces glucides est couplé à celui des ions sodium par transport actif secondaire (co- transport). Par contre, l'absorption de fructose est indépendante de l'ATP et se fait entièrement par diffusion facilitée.

b- Les lipides :

Les sels biliaires accélèrent la digestion des lipides, et ils sont également essentiels à l'absorption des produits de leur dégradation. Dès que les produits de la digestion des lipides (les monoglycérides et les acides gras libres), insolubles dans l'eau, sont libérés par l'activité des lipases, ils s'associent aux sels biliaires et à la lécithine (un phospholipide présent dans la bile) pour former des micelles. Les micelles diffusent entre les microvillosités pour entrer en contact avec la membrane plasmique des cellules absorbantes. Les substances grasses, le cholestérol et les vitamines liposolubles quittent ensuite les micelles et, grâce à leur fort degré de liposolubilité, ils traversent la phase lipidique de la membrane plasmique par diffusion simple.

Après avoir pénétré dans les cellules absorbantes, les acides gras libres et les monoglycérides sont regroupés en triglycérides. Ceux-ci se combinent ensuite à de petites quantités de phospholipides et de cholestérol pour former des chylomicrons, qui sont hydrosolubles. Ces derniers sont ensuite traités par le complexe golgien et expulsés de la cellule. Quelques acides gras libres pénètrent dans le sang capillaire, mais les chylomicrons pénètrent d'abord dans les vaisseaux chylifères avant de rejoindre la circulation veineuse.

c- les protides :

Les différents acides aminés produits par la digestion des protéines sont pris en charge par divers types de transporteurs. Comme dans le cas du glucose et du galactose, il y a un couplage avec le transport actif du sodium.

d- Absorption de l'eau et des électrolytes:

L'intestin grêle reçoit tous les jours environ 9 L d'eau provenant surtout des sécrétions du tube digestif. C'est la substance la plus abondante du chyme, et l'intestin grêle en absorbe 95% par osmose (300-400 ml/heure).

Les électrolytes absorbés proviennent à la fois des aliments ingérés et des sécrétions gastro-intestinales. La plupart des ions sont absorbés activement tout le long de l'intestin grêle ; toutefois, l'absorption du fer et du calcium est en bonne partie restreinte au duodénum.

e- absorption des vitamines :

- L'intestin grêle absorbe les vitamines des aliments, mais c'est le gros intestin qui absorbe une partie des vitamines K et B élaborées par ses 'hôtes', les bactéries intestinales. Les vitamines liposolubles (ADEK) se dissolvent dans les graisses alimentaires et sont absorbées par diffusion au niveau du grêle

proximal. La vitamine B12 est une exception parce que c'est une molécule très grosse et chargée. Elle se lie au facteur intrinsèque produit par l'estomac ; puis le complexe vitamine B12- facteur intrinsèque se fixe aux sites spécifiques situés sur la muqueuse de l'extrémité de l'iléum, ce qui provoque son endocytose. [13, 14, 15]

2- ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU COLON :

2.1-Anatomie :

2.1.1- Généralités :

a- définition :

C'est la Partie du tube digestif comprise entre la valvule iléo colique (iléo caecale) et le rectum

b- Disposition générale : On décrit au côlon 8 segments :

- le caecum
- le côlon ascendant
- l'angle colique droit
- le côlon transverse
- l'angle colique gauche
- le côlon descendant
- le côlon iliaque
- le côlon sigmoïde ou pelvien

NB : Pour le chirurgien il est surtout utile de distinguer le côlon droit et le côlon gauche. Ce sont des entités anatomiques distinctes avec leur vascularisation artérielle et veineuse propres, leur drainage lymphatique indépendant et leur innervation séparée.

c- Dimensions :

Le côlon mesure en moyenne 1,5 m:

- Le caecum = 6 cm
- Le côlon ascendant = 8-15 cm
- Le côlon transverse = 40-80 cm
- Le côlon descendant = 12 cm

*Calibre : il varie et diminue du caecum à l'anus. Il est de 7-8 cm à l'orifice du côlon ascendant, de 5 cm pour le côlon transverse et de 5-3 cm pour le côlon descendant et le sigmoïde.

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

2.1.2 - Configuration externe :

Le côlon se distingue du grêle par 4 caractères principaux :

- son calibre plus volumineux
- la présence de bandelettes longitudinales
- la présence des bosselures dans l'intervalle des bandelettes
- l'existence d'appendices épiploïques

2.1.3- Configuration interne :

Il est composé de 4 tuniques de dehors en dedans :

- tunique séreuse
- musculaire
- sous muqueuse
- muqueuse : ne présentant pas de villosités ni de valvules conniventes

2.1.4- Description et rapports :

a- LE CAECUM :

Forme : de sac ouvert en haut

Mesure : 6 cm de long et 6 – 8 cm de large

Situation : fosse iliaque droite

→ Rapports :

Il a 4 faces

- face antérieure :

- . Paroi abdominale (si distendu)
- . Anses intestinales (si peu distendu)

- face postérieure

. Les parties molles de la fosse iliaque (péritoine pariétal, couche graisseuse sous péritonéale, muscle psoas)

-face externe :

- . En bas, les parties molles de la fosse iliaque
- . En haut, la paroi latérale de l'abdomen

-face interne :

- . Les anses grêles (terminaison du jéjuno-iléon)
- . L'appendice

NB : le caecum peut être totalement libre et être exposé au risque de volvulus, surtout si l'absence d'accolement intéresse le côlon ascendant.

b- LE COLON ASCENDANT ET L'ANGLE COLIQUE DROIT :

Long de 8-15 cm, il va du caecum au foie et est fixé en arrière par le fascia de TOLDT.

Un peu oblique de bas en haut et d'avant en arrière, il communique avec le grêle en bas par l'orifice iléo colique

→Rapports :

- Arrière :

. Fascia de TOLDT (paroi musculaire : psoas, carré des lombes)

. Le plexus lombaire

. Le rein, l'uretère et les vaisseaux génitaux

- Avant :

. Les anses grêles, l'épiploon et la paroi abdominale

-Interne :

. en haut parfois se poursuit l'attache du grand épiploon

L'angle colique droit est fixé par le ligament phrénicocolique droit, qui peut continuer et entrer en contact avec le foie, la vésicule biliaire et le duodénum:le ligament cystico- duodeno-colique ou cystico-colique ou cystico colo épiploïque

REMARQUE : pour le chirurgien les rapports essentiels de l'angle colique droit sont postérieurs. Il est en fait fixé devant le bloc duodeno-pancréatique et par l'intermédiaire du fascia.

c- LE COLON TRANSVERSE :

Long de 40-80 cm, il va de l'hypochondre droit à hypochondre gauche avec l'angle colique gauche toujours plus haut et plus profond que le droit.

Très mobile, le côlon transverse est fixé au niveau de ses deux angles.

→ Rapports :

- En avant :

. La vésicule biliaire, le foie

. La paroi abdominale

- Arrière :

. Le troisième duodénum et le pancréas

. Angle duodeno-jéjunal (angle de Treitz)

. Anses jéjunales

- En haut :

. Grande courbure gastrique

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

. Pôle inférieur de la rate dont il est séparé par le ligament suspenseur de la rate

d- LE COLON DESCENDANT :

Il va de l'hypochondre gauche à la crête iliaque au niveau de laquelle il change de direction en se dirigeant en dedans pour rejoindre le muscle droit supérieur, au bord interne du psoas.

Le segment iliaque du côlon est accolé à la paroi postéro latérale.

→ Rapports :

- Postérieur :

Fascias musculaire (paroi postérieure), nerveux (plexus lombaire et crural), et génito-urinaire (uretère et vaisseaux génitaux)

- Avant et en dedans : les anses grêles

- Dehors : muscle large de la paroi

e-COLON SIGMOÏDE :

Long de 40 cm. Habituellement mobile, il peut être plus court et presque fixé au niveau du promontoire. Il descend plus ou moins en bas dans le cul-de-sac de DOUGLAS entre le rectum et la vessie chez l'homme ou rectum et organes génitaux chez la femme.

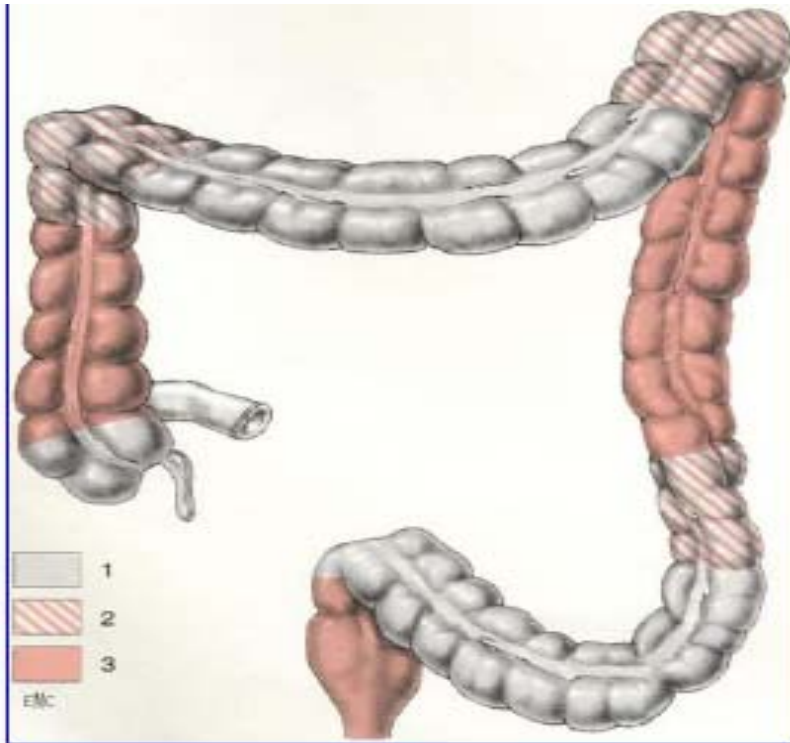
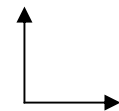


Fig 6:

Les zones fixes (côlon accolé) (3), s'opposent aux zones mobiles (côlon flottant) (1). Des zones charnières (angles coliques et côlon iliaque) (2) les séparent.

Figure 9 [16]

Haut



Gauche

2.1.5- vascularisation :

a- vascularisation du colon droit :

→ Les artères :

Elles viennent de l'artère mésentérique supérieure ce sont :

- l'artère colique ascendante
- l'artère colique droite ou de l'angle droit
- une artère intermédiaire (inconstante)
- l'artère colique moyenne (colica media)

→ Les veines coliques droites :

Elles suivent les axes artériels pour se jeter dans la veine mésentérique supérieure, à son bord droit.

Remarque : La veine colique droite peut s'unir à la veine gastro-épiploïque droite et la veine pancréatico-duodénale supérieure et antérieure pour former le tronc veineux gastro-colique (tronc de Henlé)

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

→ Les lymphatiques :

Elles se répartissent en cinq groupes et suivent les pédicules artério-veineux. Ce sont les groupes :

- épi-colique ;
- para-colique ;
- intermédiaire (le long des pédicules) ;
- principal (à l'origine) ;
- groupe central (péri-aortico-cave, à la face postérieure de la tête pancréatique).

b- Vascularisation du côlon gauche

→ Les artères coliques gauches :

Elles viennent de la mésentérique inférieure, ce sont :

- l'artère colique gauche (artère de l'angle gauche);
- les artères sigmoïdiennes, au nombre de trois, qui peuvent naître d'un tronc commun (branche de la mésentérique) ou isolément à partir de celui-ci

→ Les veines coliques gauches : elles suivent, comme à droite, les axes artériels correspondants.

→ Les lymphatiques : ont également la même topographie qu'à droite

→ Innervation du colon (droit et gauche):

L'innervation autonome du côlon provient d'un réseau pré aortique complexe. Les ganglions forment deux plexus :

- Le plexus mésentérique crânial (supérieur), destiné à l'innervation du côlon droit et qui est disposé autour de l'origine de l'artère mésentérique supérieure.
- Les ganglions du plexus mésentérique inférieur qui sont destinés au côlon gauche et sont disposés autour de l'origine de l'artère mésentérique inférieure.

Entre les deux plexus se situe un riche réseau anastomotique : le plexus inter mésentérique. **[16]**

2.2- PHYSIOLOGIE DU COLON :

2.2.1 –Fonction :

Le côlon contribue à trois fonctions importantes de l'organisme :

- la concentration des matières fécales par absorption d'eau et d'électrolytes,
- l'entreposage et l'évacuation maîtrisée des selles,
- la digestion et l'absorption des aliments non encore digérés.

Sur le plan fonctionnel, le côlon peut être divisé en deux parties :

- Dans sa partie proximale (caecum, côlon ascendant et 1^{ère} moitié du côlon transverse) joue un rôle majeur dans la résorption de l'eau et des électrolytes,
- Dans sa partie distale (2^{ème} moitié du côlon transverse, côlon descendant, côlon sigmoïde et rectum) intervient surtout dans l'entreposage et l'évacuation des selles.

2.2.2- Absorption et sécrétion :

Le côlon absorbe l'eau très efficacement. Dans des conditions physiologiques normales, environ 1,5 L de liquide pénètre chaque jour dans le côlon, mais de 100 à 200 mL seulement sont excrétés dans les selles. La capacité maximale d'absorption du côlon est d'environ 4,5 L par jour, de sorte qu'une diarrhée (augmentation de la quantité de liquide dans les selles) ne surviendra que si le débit iléo-caecal excède la capacité d'absorption ou que la muqueuse colique elle-même sécrète du liquide. La caractéristique fondamentale du transport des électrolytes dans le côlon qui permet cette absorption efficace de l'eau est la capacité de la muqueuse colique de produire un important gradient osmotique entre la lumière intestinale et l'espace intercellulaire plus l'effet de l'aldostérone.

Le gros intestin sécrète du mucus qui facilite le passage des matières fécales.

2.2.3 - Digestion et absorption de produits alimentaires non digérés :

La flore bactérienne du gros intestin assure la fermentation de divers glucides indigestibles (cellulose et autres) tout en produisant des acides irritants et un mélange de gaz. Certains de ces gaz (comme le sulfure de diméthyle) sont très odorants. Environ 500 mL de gaz (flatuosités) sont produits chaque jour, et parfois beaucoup plus lorsque les aliments ingérés (comme les haricots) sont riches en glucides. La flore bactérienne synthétise aussi les vitamines du groupe B et la plus grande partie de la vitamine K dont le foie a besoin pour synthétiser certains facteurs de coagulation.

2.2.4- Motilité du côlon :

Une analyse poussée de la motricité du côlon montre qu'il existe 4 formes de mouvements :

- le type I, qui est l'équivalent du mouvement pendulaire de l'intestin grêle est sans effet propulseur. Ces mouvements brassent les matières dans le caecum et le côlon proximal.
- les contractions de type II sont plus espacées et plus énergiques ; elles se propagent de part et d'autre à quelque distance du point où elles prennent

naissance ; leur rôle est d'épandre le contenu intestinal sur la muqueuse afin de favoriser la résorption d'eau.

- le type III consiste en variations lentes du tonus de la musculature, sur lesquelles se greffent les mouvements de types I et II. Ce mouvement a un effet propulseur des matières vers le rectum.
- le type IV est spécial au gros intestin ; c'est une contraction puissante, en masse, de segments étendus du côlon dont elle exprime le contenu. [13, 14,15]

II- MECANISME :

L'agent occlusif peut être mécanique ou fonctionnel. Les occlusions fonctionnelles relèvent d'une altération de la motricité intestinale d'origine locale ou générale, de cause réflexe ou inflammatoire, qui aboutit à la paralysie intestinale.

Les occlusions mécaniques, les plus fréquentes au niveau du côlon, peuvent relever soit d'une obstruction de la lumière colique, soit d'une strangulation engendrant une ischémie intestinale. [17, 18]

III- PHYSIOPATHOLOGIE :

Trois éléments sont à prendre en compte dans la physiopathologie de l'occlusion intestinale : la distension intestinale, les troubles de la microcirculation et les altérations des secteurs hydriques de l'organisme.

A- Distension intestinale

La distension de l'intestin grêle représente un des points importants de la physiopathologie de l'occlusion. En effet, le contenu intestinal qui stagne en amont de l'obstacle provoque une dilatation de la lumière intestinale qui progressivement s'accroît, entraînant la poursuite des sécrétions, puis la diminution de la réabsorption liquidienne. L'augmentation de la distension est liée à la présence de gaz, due à la fois à l'ingestion de l'air dégluti et à la fermentation du contenu intestinal stagnant. Du fait de la tension croissante sur la paroi intestinale, la capacité de réabsorption s'arrête, l'organisme séquestrant d'importantes quantités d'eau, d'électrolytes et de protéines dans le tube digestif.

B- Troubles de la microcirculation :

La persistance de la distension intestinale entraîne un blocage de la microcirculation et donc une hypoxie avec possible nécrose de la muqueuse. La distension intestinale croissante provoque la diminution progressive de la pression partielle d'oxygène de la paroi intestinale, d'où une carence énergétique de cette paroi avec une paralysie de la couche musculaire lisse, aggravant d'autant la distension initiale. L'insuffisance d'apport d'oxygène par distension de la paroi intestinale va produire un oedème pariétal puis des manifestations inflammatoires nécrotiques voire perforatives.

L'intestin altéré par l'hypoxie et la protéolyse intracellulaire va produire un facteur myocardo-dépressif, occasionnant la diminution de la contractilité du muscle myocardique, et provoquer une vasoconstriction dans le territoire splanchnique ce qui accroît d'autant l'hypoxie intestinale.

C- Altération des secteurs hydriques de l'organisme :

Dans des conditions physiologiques, le tractus gastro-intestinal produit 5 à 6 L de sécrétions digestives par 24 h, 90 % d'entre elles étant réabsorbées. Avec l'arrêt de la réabsorption, se développent d'importantes " pertes " de liquides et d'électrolytes qui stagnent dans la lumière intestinale. L'adulte présentant une grande surface péritonéale, la déperdition liquidienne serait de l'ordre de 4 L pour un oedème du péritoine dont l'épaisseur augmenterait de 2 mm. Une distension ultérieure de l'intestin entraîne également l'augmentation de la pression dans la cavité abdominale avec une diminution de la perfusion de l'artère mésentérique supérieure et de la veine porte ainsi que du débit cardiaque. Enfin, la distension intestinale occasionne la surélévation du diaphragme avec une limite de la fonction d'expansion pulmonaire. Ces différents mécanismes physiopathologiques aboutissent à une séquestration liquidienne intra-abdominale et à la formation d'un " troisième secteur " liquidien constitué aux dépens de la masse liquidienne circulante. Une hypovolémie relative est donc la conséquence finale de l'occlusion avec l'évolution vers le choc hypovolémique et l'insuffisance rénale fonctionnelle.

Concernant l'équilibre acido-basique et électrolytique, il est à souligner qu'il s'agit, surtout dans les cas d'occlusion haute avec vomissements incoercibles, d'une acidose hypokaliémique et hypochlorémique. [19]

N.B : Dans les strangulations (volvulus d’une anse, invagination...), à l’occlusion de l’intestin s’ajoute celle des minces parois des veines de son méso .Leur drainage se fait mal ou pas du tout, ce qui empêche le sang artériel de circuler et favorise la nécrose intestinale ischémique. Le retentissement physiopathologique de cet état ajoutera aux trois facteurs précédents deux autres éléments :

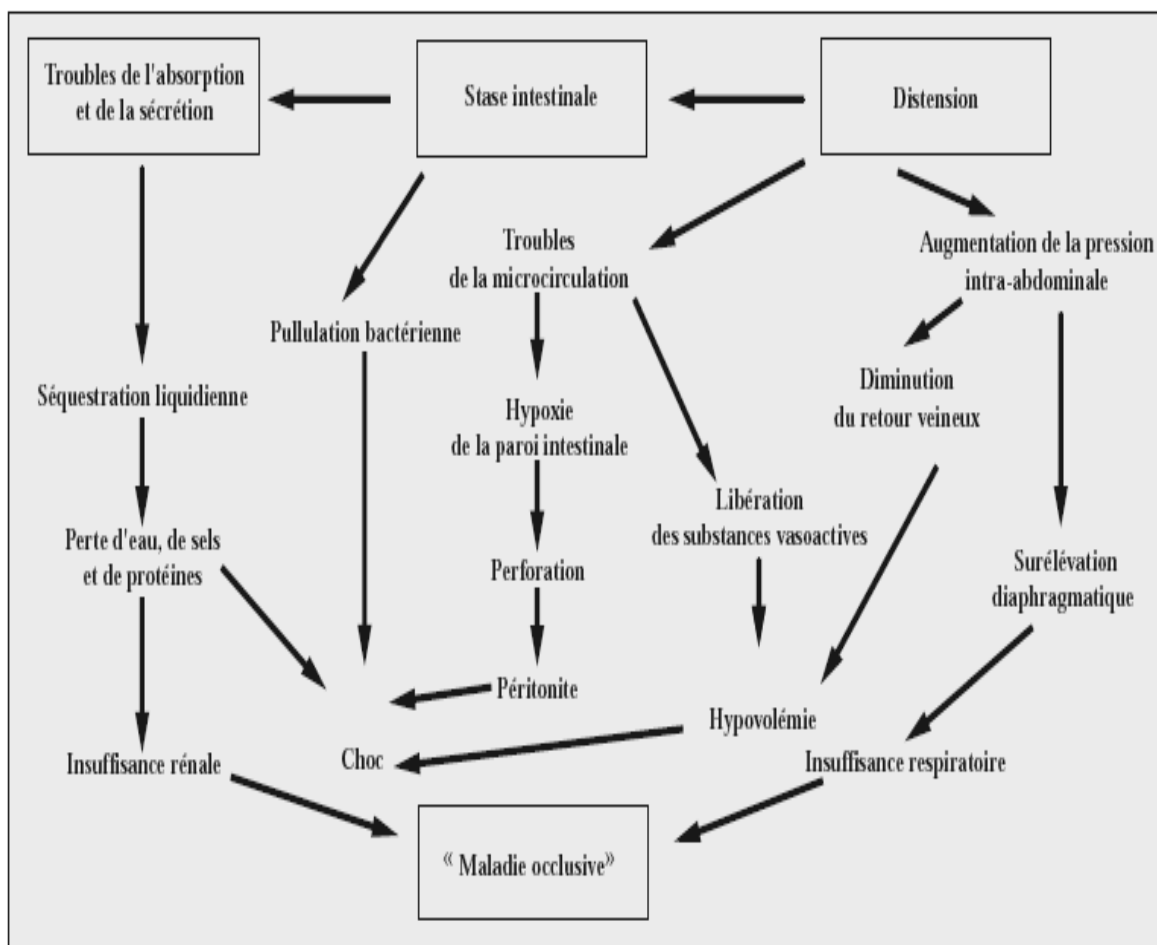
- une aggravation de la chute de la masse sanguine par séquestration de sang dans le territoire veineux étranglé ;

- une menace de péritonite, par exsudation microbienne hors de l’anse étranglée, ou par inondation de liquide intestinal lors d’une perforation par distension ou d’un sphacèle.

Ces facteurs retentissent :

- sur le sang circulant : hypovolémie, hypoprotidémie, hémococoncentration, effondrement des électrolytes, tous facteurs de choc ;

- sur les cellules et les espaces extra -cellulaires. [11]



Physiopathologie de l’occlusion intestinale.

Figure [19]

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie ‘A’ de l’Hôpital du Point-G : Revue de cas.

IV- ETIOLOGIES :

A- Les occlusions du grêle :

Du point de vue étiologique, 2 groupes d'occlusions doivent être décrits : celles mécaniques déterminées par un obstacle à la progression du contenu intestinal et les occlusions non organiques ou fonctionnelles, caractérisées par une paralysie intestinale réflexe.

1 -principales étiologies des occlusions mécaniques du grêle :

Il faut distinguer les occlusions par obstruction et celles par strangulation. Dans le premier cas, sont réunies toutes les situations qui ne comportent qu'une souffrance vasculaire tardive de l'intestin, alors que dans le deuxième groupe, la présence de troubles de la circulation intestinale comporte une évolution plus rapide et péjorative. L'occlusion mécanique touche l'intestin grêle dans 70 à 80 % des cas. Ce segment intestinal étant particulièrement mobile avec de longs pédicules vasculaires, la probabilité d'un iléus mécanique par étranglement est élevée.

1.1- Occlusion mécanique par obstruction

Une classification étiologique simple rend compte de la position de l'obstacle par rapport à la lumière intestinale ; c'est ainsi que l'on pourra distinguer les causes extraluminales occasionnant une compression extrinsèque, les maladies de la paroi du viscère entraînant un rétrécissement, et les obstructions intraluminales qui empêchent la progression du contenu de l'intestin.

1.2- Occlusion intestinale par strangulation

Il s'agit d'une occlusion avec participation vasculaire pouvant aboutir à terme à la nécrose viscérale ce qui la distingue de l'obstruction mécanique par obstruction.

2-Occlusions fonctionnelles :

L'occlusion fonctionnelle ou iléus paralytique ne constitue pas en tant que tel une entité nosologique mais représente une réponse paralytique du tractus gastro-intestinal à différentes affections organiques, inflammatoires ou métaboliques. Pour cette raison, une distinction précise entre les différentes causes pathogènes n'est guère possible dans la mesure où plusieurs phénomènes se conjuguent dans le développement d'un iléus paralytique. [19]

TABLEAU

Classification des occlusions intestinales	
Occlusion mécanique	
Par obstruction <ul style="list-style-type: none"> • extraluminaire <ul style="list-style-type: none"> brides - adhérences tumeur abdominale • paroi du viscère <ul style="list-style-type: none"> atrésies maladies inflammatoires tumeur • intraluminaire <ul style="list-style-type: none"> corps étrangers phytobézoards iléus biliaire 	Par étranglement <ul style="list-style-type: none"> hernie étranglée volvulus invagination
Occlusion fonctionnelle	
Paralytique <ul style="list-style-type: none"> inflammatoire infectieux troubles métaboliques 	

Figure [19]

B- Occlusions du colon :

Les occlusions coliques peuvent se diviser en occlusions mécanique (soit par obstruction, soit par strangulation) et fonctionnelle, auxquelles on peut associer les pseudo-obstructions tel le syndrome d'Ogilvie.

Les principales étiologies des occlusions coliques sont :

- 1- Cancers coliques
- 2- Sigmoidites
- 3-Volvulus colique
- 4-Syndrome d'Ogilvie
- 5- Ectasie inflammatoire aigue du colon :

Au cours des maladies inflammatoires (Crohn, Rectocolite ulcéro-hémorragique), le mégacolon toxique est caractérisé par l'association d'une dilatation aigue de tout ou partie du colon et d'un syndrome septique.

L'abdomen sans préparation montre une distension colique prédominant sur le colon droit et transverse, associée parfois à une distension iléale. [17]

TABLEAU I	
• Occlusions mécaniques	
– Par obstruction	
a) <u>intrinsèque</u> :	
. cancer	
. sigmoïdite	
. fécalome	
b) <u>extrinsèque</u> :	
. tumeurs de voisinage	
– Par strangulation	
. volvulus du côlon pelvien	
. volvulus du côlon droit	
• Occlusion fonctionnelles	
– Maladies inflammatoires	
. maladie de Crohn	
. rectocolite ulcéro-hémorragique	
– Causes médicamenteuses	
. antidépresseurs, neuroleptiques, antiparkinsoniens	
. analgésiques, opiacés	
. diurétiques	
. hypotenseurs	
. mucilages	
• Pseudo-obstructions	
– Syndrome d'Ogilvie	

Figure [17]

V- DIAGNOSTIC POSITIF :

A- Anamnèse :

Premier temps de l'observation, elle permet de préciser les notions de :

-Opérations antérieures

-Signes en faveur d'une affection maligne : perte de poids, modification du type habituel des exonérations

-Prise de médicaments : laxatifs, antidépresseurs, antiparkinsoniens

-Affections métaboliques : diabète, urémie. [20]

-« Carré de tradition » de l'occlusion : composé de douleurs abdominales, vomissements, arrêt des matières et des gaz, et météorisme. Il est très souvent incomplet ; dans ce cas un syndrome minimum à base de douleurs abdominales et d'arrêt des gaz devrait suffire à sonner l'alerte.

- La douleur :

à début brutal ou progressif et d'intensité variable, c'est un signe caractéristique qui évolue le plus souvent par crises de colique intermittente dont les paroxysmes douloureux sont séparés par des phases d'accalmie relative marquées par un fond douloureux permanent. Ces coliques témoignent de la lutte de l'intestin contre l'obstacle.

N.B : parfois faibles (donc trompeuses) chez le vieillard, les crises douloureuses peuvent prendre un aspect d'état de mal douloureux en cas de Strangulation.

- Vomissements : Classiques mais non caractéristiques, ils sont plus ou moins précoces et abondants, alimentaires, bilieux voire fécaloïdes suivant le siège (haut ou bas) de l'obstacle.

- Arrêt des gaz : signe le plus constant, il est également le plus important et le plus précoce (premières heures)

- Arrêt des matières

B- Signes généraux :

Selon le mécanisme et le siège de l'obstacle, l'état général est différemment atteint. Tantôt parfaitement conservé, il peut être doublement atteint sur les plans anatomique (distension et menace de sphacèle intestinal) et biologique (déséquilibre hydroélectrolytique dû en particulier aux vomissements). Ici, l'évaluation de l'état général repose donc sur l'appréciation :

- du faciès

- des signes de déshydratation : soif, pli cutané, poids, tension artérielle, pouls, diurèse.

- des signes de choc (toxi-infectieux)

C- Signes physiques :

1-A l'inspection : On note :

- le ballonnement abdominal avec météorisme et précise son caractère : généralisé ou localisé. Il est médian et diffus (voussure épigastrique) dans les occlusions du grêle, en cadre dans celles par atteinte du sigmoïde et partiel et asymétrique en cas de volvulus du colon. En cas d'occlusion haute du grêle le météorisme est absent.

- l'existence éventuelle de mouvements péristaltiques de l'intestin évoluant par reptation sous la paroi abdominale de manière spontanée ou provoquée par une chiquenaude. Ces mouvements traduisent la lutte contre l'obstacle en cas

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

d'obstruction. A contrario, on peut noter une inertie de l'intestin dilaté fréquemment en cas de strangulation.

-l'existence d'une éventuelle cicatrice de laparotomie abdominale.

2-A la palpation :

Elle note une résistance élastique de la paroi, parfois un durcissement intermittent correspondant à une vague de distension de l'intestin d'amont.

Elle contrôle l'absence de contracture pariétale (dans certains cas il peut exister une défense)

Elle trouve parfois un point douloureux fixe de bonne valeur localisatrice.

Elle vérifie les orifices herniaires à la recherche d'une hernie étranglée.

3-A la percussion :

Elle met en évidence un tympanisme, généralisé ou localisé, parfois aussi une matité traduisant soit des anses pleines de liquide, soit un épanchement péritonéal associé.

4-A l'auscultation :

L'auscultation de l'abdomen peut percevoir des bruits hydroaériques (borborygmes) traduisant la lutte contre un obstacle ou au contraire un silence anormal dit « sépulcral » signant un iléus paralytique, voire des tintements métalliques en cas d'iléus mécanique.

5- Les touchers pelviens :

-le toucher rectal vérifie la liberté ou non du cul de sac de Douglas ; la vacuité ou non de l'ampoule rectale ainsi que l'existence ou non d'une tumeur obstruant ou comprimant l'intestin.

-Chez la femme le toucher vaginal vérifie l'état de l'appareil génital.

D- Examens paracliniques :

1- radiologie :

C'est un temps essentiel, susceptible d'affirmer ou de redresser le diagnostic clinique, de préciser le siège et le mécanisme de l'occlusion. [11]

Elle comporte :

1.1- Abdomen sans préparation :

C'est la radiographie de l'abdomen sans préparation pratiquée de face et debout, centrée sur les coupes, qui est l'examen essentiel. Lorsque le patient est âgé ou ne peut se tenir debout, l'abdomen sans préparation de face et en décubitus latéral permet également de voir les niveaux hydro-aériques, image radiologique qui

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

confirmera le diagnostic d'occlusion. Elle traduit la présence de liquide surmonté par l'air en position debout. Il s'agit d'une opacité liquidienne surmontée d'une clarté.

1.1.1-Dans les occlusions du grêle :

Ces niveaux sont plus larges que hauts, habituellement nombreux et centraux. Il faudra rechercher attentivement des signes de perforation intestinale (présence d'un pneumopéritoine) en particulier dans les occlusions par strangulation (signe en fait rarement retrouvé) et des signes pathognomoniques de certaines affections ; l'iléus biliaire est ainsi responsable d'une aérobie visible sur le cliché d'abdomen sans préparation et d'une image de calcul. [19]

* Quelques images du service de chirurgie A :



1.1.2- Dans les occlusions du colon :

L'abdomen sans préparation (cliché : face, debout) objective des niveaux hydro-aériques, peu nombreux, plus hauts que larges, en cadre et périphériques. Il permet également la mesure du diamètre caecal, témoin important de la distension colique, surtout si la valvule de Bauhin semble continente. Il faudra également rechercher un pneumopéritoine, témoin d'une perforation tumorale diastatique (2 à 5% des cas). [17]

* Quelques images de la chirurgie A :



1.1.3- Dans les occlusions fonctionnelles :

Le diagnostic d'iléus paralytique est radiologique. Il se caractérise par une forte prédominance des images gazeuses par rapport aux images hydro-aériques, par le caractère modéré de la dilatation intestinale, et surtout par le caractère global de l'occlusion qui intéresse, sans niveau de changement de calibre, le grêle en totalité et le colon. [18]

1.2- Tomodensitométrie :

L'examen tomodensitométrique fait en urgence complète de manière utile les données de l'abdomen sans préparation. Cet examen doit être sensibilisé par l'injection intraveineuse de produits iodés qui rehaussent les contrastes, en l'absence d'antécédents allergiques.

Il permet :

- De confirmer l'occlusion en retrouvant les images de niveaux hydro-aériques vues à l'abdomen sans préparation ;
- D'apprécier sa gravité en visualisant un pneumopéritoine avec une sensibilité nettement supérieure à celle de l'abdomen sans préparation en mettant en évidence un épaissement des parois du grêle et un épanchement intra-abdominal ;
- De localiser le niveau de l'occlusion sur le grêle comme sur le colon;

• De suspecter l'étiologie en pouvant visualiser une cause extraluminale telle qu'une tumeur, une cause pariétale, une tumeur bénigne ou maligne du grêle ou encore intraluminale tel un calcul biliaire.

1.3-Autres radiographies :

Les autres radiographies sont fonction du contexte étiologique ; il s'agit essentiellement :

- d'une échographie abdominale
- d'une artériographie mésentérique
- l'opacification colique rétrograde aux hydrosolubles

2-Examens biologiques :

Les examens faits en urgence (numération globulaire avec formule sanguine, ionogramme sanguin avec urémie, créatininémie, amylasémie, crase sanguine) sont utiles pour apprécier le retentissement général de l'occlusion et peuvent être nécessaires à l'anesthésiste si une intervention chirurgicale doit être décidée. [19]

Tableau : Modifications biologiques observées en cas d'occlusion [21]

	normal	Stade précoce	Stade tardif
Hématocrite	45%	= ou ↑↑	↑
Protides	70 g/l	= ou ↑	↓
Urée	2,5- 7,4 mmol/l	= ou ↑	↑↑
pH	7,38 +/- 0,02	↑	↓↓↓
Na +	140+/-2 mmol/l	= ou ↓	= ou ↓↓
K +	4,3+/- 0,5 mmol/l	↓	↑↑
Cl -	100+/- 5 mmol/l	↓	↓↓↓
Co3H-	25-27mmol/l	↑	↓↓↓
Urée (urines)	250-500 mmol/l	= ou ↓	↓↓↓
Na (urines)	130-200	↓	↓↓↓
K (urines)	50-100	↓	↓↓↓

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

VI- FORMES CLINIQUES :

A-en fonction du siège : on distingue les occlusions du grêle et celles du colon.

Tableau : diagnostic du niveau de l'occlusion

Signes	Grêle	Côlon
Douleur	Intense	Moins importante
Vomissements	Précoces	Tardifs
Arrêt du transit	Tardif (au début: faux transit par vidange du segment distal)	Précoce
Etat général	Déshydratation rapide	Conservé au début
Météorisme	Central	Périphérique en cadre
Douleur provoquée	En cas de souffrance de l'anse	Idem
A .S. P.	Niveaux plus larges que hauts, centraux, absence d'air dans le colon Haustrations allant d'un bord à l'autre des anses	Niveaux plus hauts que larges, air dans le côlon en amont de l'obstacle Haustrations ne rejoignant pas les 2 bords

B- En fonction du mécanisme :

Il faut distinguer les occlusions mécaniques, qui forment 2 groupes (par strangulation et par obstruction), et les occlusions fonctionnelles.

Tableau : diagnostic du mécanisme de l'occlusion

Signes	Strangulation	Obstruction
D o u l e u r	Intense et constante	Moins importante, paroxystique
Déshydratation	Rapide	Plus tardive
Météorisme	Peu visible, parfois anse palpable	Visible avec ondulations péristaltiques
Douleur provoquée	Constante, souffrance de l'anse	Rare
Bruits hydro- aérique	Absents	Abondants
A . S . P.	Niveau liquide parfois unique	Niveaux liquides nombreux

2- Occlusions fonctionnelles :

Elles peuvent être dues à une atonie intestinale ou à un iléus réflexe au cours de nombreuses affections médicales ou chirurgicales. Dans le cas d'une atonie intestinale pure, les douleurs sont modérées voire absentes et c'est surtout le météorisme important qui inquiète le patient. Il y a rarement des signes de souffrance intestinale (sauf au niveau du caecum s'il est trop dilaté) et les bruits hydro-aériques sont diminués voire absents. Sur l'abdomen sans préparation, la distension gazeuse atteint le plus souvent le grêle et le colon de façon globale.

Quant aux occlusions inflammatoires qui ont une participation fonctionnelle liée à un foyer infectieux et une cause mécanique, elles rajoutent au syndrome occlusif un tableau infectieux comme en attestent la fièvre et l'hyperleucocytose à polynucléaires : elles s'observent au cours d'un abcès appendiculaire, vésiculaire ou gynécologique, voire d'une péritonite ou d'une pancréatite aigue. [19]

C- En fonction de l'étiologie et de l'âge :

Tableau : Causes fréquentes de l'occlusion en fonction de l'âge. [20]

Atrésie intestinale	X											
Sténose intestinale	X											
Iléus méconial	X											
Mégacôlon congénital	X	x										
Pancréas annulaire	X	x										
Duplication intestinale	X	x										
Sténose pylorique hypertrophique	X	x										
Maladie de hirschprung	X	x	x									
Invagination idiopathique		x	x									
Diverticule de Meckel												
Ascariidose			x	x								
Corps étranger			x	x								
Adhérences			x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Brides			x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Etranglement herniaire		x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Maladie de Crohn				x	x	X	x	x	x			
Colite ulcéreuse							x	x	x			
Volvulus					x	X	x	x				
Cancer du côlon							x	x	x	x	x	X
Sténose après diverticulite								x	x	x	x	X
Infarctus de mésentère								x	x	x	x	X
Iléus biliaire									x	x	x	X
Coprostase								x	x	x	x	X
Age en années												
	Périnatal											
		1	5	10	20	30	40	50	60	70	80	90

VII- PRINCIPES DE TRAITEMENT:

Les données de la physiopathologie expliquent les principes thérapeutiques. Si le traitement médical permet une équilibration hydro-électrolytique et une décompression intestinale, le traitement chirurgical vise à supprimer l'obstacle et à pratiquer l'exérèse des segments intestinaux dévitalisés ou ceux responsables de l'occlusion.

A- Traitement médical :

Il est débuté rapidement tout en sachant qu'il ne doit en aucune manière retarder l'acte chirurgical notamment dans les cas d'occlusion du grêle par strangulation.

1-Antalgiques antispasmodiques :

La douleur peut aggraver le choc. Toutefois, l'emploi d'antalgiques du tableau B est à proscrire. Il convient de prescrire des antispasmodiques par voie intraveineuse ou intramusculaire. Ces médicaments soulagent le patient et ne masquent pas la symptomatologie clinique.

2- Rééquilibration hydro-électrolytique et hémodynamique :

Elle constitue l'élément essentiel du traitement médical s'agissant de corriger la séquestration liquidienne dans le tube digestif (" troisième secteur "). Ce traitement peut être suffisant dans les occlusions sur adhérences, vues précocement et sans signe de souffrance intestinale. Cette rééquilibration se base sur des éléments cliniques : durée d'évolution de l'occlusion, intensité de la déshydratation (soif, pli cutané, débit et densité urinaires, retentissement circulatoire, pression artérielle, fréquence cardiaque) et sur des éléments biologiques (ionogramme). La mise en place d'une sonde urinaire à demeure est utile pour contrôler le débit urinaire. La pose d'un cathéter veineux central peut être indiquée ce qui permet de mesurer la pression veineuse centrale. Dans les occlusions sévères avec hypovolémie marquée, un apport de grosses molécules visant à augmenter la pression oncotique est nécessaire.

3- Aspiration digestive :

Elle lutte contre la distension intestinale et diminue de ce fait la stase veineuse qui aggrave d'autant la souffrance de l'intestin occlus. Les modèles de sonde sont nombreux ; la sonde est habituellement positionnée dans l'estomac bien que certaines, plus longues et lestées, permettent une aspiration intestinale plus proche de l'obstacle ; elles sont en pratique peu employées. L'aspiration du liquide intestinal

et gastrique supprime les vomissements, quantifie la spoliation et précise les prescriptions hydro-électrolytiques.

4- Antibiothérapie :

L'administration d'antibiotiques peut retarder l'heure de la chirurgie ; elle doit être évitée avant d'avoir affirmé le diagnostic. Par contre, l'antibiothérapie péri-opératoire (débutée à l'induction anesthésique) diminue les complications septiques.

B- Traitement chirurgical :

1-Traitement chirurgical de l'occlusion du grêle :

Le traitement chirurgical dépend de la localisation de l'occlusion, l'étiologie exacte ne pouvant pas toujours être précisée en préopératoire. Il s'efforce de déterminer la cause de l'occlusion, de la traiter et d'apprécier la vitalité du grêle occlus.

1.1- Recherche de la cause :

L'origine de l'occlusion est habituellement affirmée par la laparotomie. Actuellement, la laparoscopie peut être utile au diagnostic ainsi qu'au traitement. Toutefois et en présence d'une forte distension intestinale, afin d'éviter le risque de perforation inhérent à l'introduction du trocart, le laparoscope est introduit dans la cavité abdominale sous contrôle de la vue.

1.2- Traitement de la cause : Il dépend de l'origine de l'occlusion.

1.2.1-bridés et adhérences :

Les occlusions mécaniques du grêle sont essentiellement causées par les brides et adhérences postopératoires. Ces brides sont sectionnées et les adhérences libérées. Un volvulus sur bride nécessite la détorsion de l'intestin.

Le traitement de certaines causes plus rares se fait comme suit :

1.2.2-l'iléus biliaire :

Il est traité par une entérostomie avec extraction du calcul. La recherche d'un autre calcul dans le grêle est systématique. Habituellement et compte tenu du terrain souvent précaire de ces malades, la fistule cholécystoduodénale est volontairement ignorée ; une récurrence de l'iléus est observée dans moins de 5 % des cas ;

1.2.3-les tumeurs du grêle :

Sont révélées dans 50 % des cas par une occlusion dont le traitement consiste en une entérectomie emportant un large éventail de mésentère; l'anastomose est habituellement réalisée d'emblée sans entérostomie de protection.

1.2.4-les corps étrangers :

Représentent une cause rare d'occlusion du grêle. Une entérostomie d'extraction peut être nécessaire pour certains d'entre eux (amas de végétaux, phytobézoard ou objets avalés par des détenus ou des malades psychiatriques).

1.2.5- les hématomes intramuraux du grêle :

Habituellement secondaires à un surdosage de traitement anticoagulant, sont peu fréquents et ne nécessitent qu'exceptionnellement une résection intestinale ; les lésions sont d'ordinaire spontanément régressives en 3 semaines.

1.3- Appréciation de la vitalité du grêle :

Après avoir précisé et traité la cause de l'occlusion, il convient d'apprécier la vitalité du grêle. En effet, tout segment de grêle dévitalisé nécessite une résection intestinale avec habituellement une anastomose immédiate.

1.4 -Vidange du grêle :

La décompression du grêle par la sonde gastrique est souvent insuffisante et une vidange rétrograde peut utilement la compléter.

1.5-Indication :

Le traitement des occlusions du grêle est initialement médical. Il permet de lever l'occlusion, d'en compléter le bilan étiologique et de permettre le cas échéant d'opérer en chirurgie réglée. Mais les occlusions du grêle avec des signes de souffrance intestinale nécessitent une intervention chirurgicale d'urgence visant à apprécier la vitalité intestinale. Dans ces cas, une exploration chirurgicale s'impose ; rappelons à ce propos l'intérêt de la laparoscopie qui permet de préciser l'étiologie de l'occlusion et, en cas d'une occlusion sur bride, de faire l'entérolyse. [17, 19]

2-Traitement chirurgical des occlusions coliques :

En l'absence de signes de gravité (syndrome septique, signes péritonéaux, volvulus) il est licite de tenter le traitement non opératoire pendant 24 à 72 heures. Mais Lorsque le diamètre cæcal est mesuré à 12 cm au moins sur l'abdomen sans préparation, l'intervention s'impose en urgence du fait du risque de perforation diastatique. Les indications opératoires tiennent compte de l'étiologie de l'occlusion.

2.1-Occlusion par cancer colique gauche :

Selon le terrain, la vitalité cæcale et l'expérience du chirurgien, on réalise :
- une simple colostomie latérale d'amont, la résection colique avec rétablissement de la continuité étant effectuées dans un deuxième temps ;

- une résection première avec colostomie terminale temporaire (opération de Hartmann) et rétablissement secondaire de la continuité ;
- une colectomie gauche avec anastomose colo-rectale, protégée éventuellement par une colostomie latérale d'amont. Le lavage colique per-opératoire permet actuellement d'éviter le plus souvent la colostomie de protection.
- une colectomie totale ou subtotale avec rétablissement immédiat de la continuité.

2.2-Occlusion par cancer colique droit :

L'intervention la plus souvent réalisée est l'hémi-colectomie droite avec anastomose iléotransverse.

2.3-Occlusion par sigmoïdite :

Hormis les cas où la sténose colique est associée à l'échec du traitement médical d'une poussée de sigmoïdite suppurée, la décision opératoire pour sténose est rarement prise en urgence. Le choix du traitement est fonction des conditions locales, c'est-à-dire de l'importance des lésions inflammatoires et (ou) suppurées. Le plus souvent, il est pratiqué une résection sigmoïdienne emportant la charnière recto-sigmoïdienne avec anastomose colorectale en un temps. Lorsque les conditions locales le justifient (abcès) on peut protéger cette anastomose par une colostomie latérale d'amont, cette dernière étant renfermée deux mois plus tard. Certaines sigmoïdites abcédées nécessitent la réalisation d'une résection sigmoïdienne avec colostomie terminale et fermeture du moignon rectal (opération de Hartmann)

2.4-Occlusion par volvulus colique :

2.4.1-volvulus du côlon pelvien :

Le traitement varie selon l'état général du patient et l'état de l'anse volvulée. La détorsion de l'anse est capitale, pouvant être obtenue par endoscopie. L'endoscopie permet d'apprécier la vitalité du pied de l'anse détordue. En l'absence de signe de nécrose et d'échec de la détorsion, une résection sigmoïdienne avec rétablissement de la continuité peut être réalisée quelques jours plus tard, après préparation du côlon, si l'état général du patient le permet. Si ces deux conditions ne sont pas remplies, la chirurgie est faite en urgence : détorsion, puis intervention de Hartmann ou résection avec abouchement des 2 extrémités coliques à la peau, en double stomie (opération de Bouilly-Volkman) ou résection sigmoïdienne avec anastomose colo-rectale protégée ou non par une colostomie.

2.4.2-volvulus du côlon droit :

La détorsion par endoscopie et (ou) lavement hydrosoluble est souvent très difficile à obtenir. L'hémi-colectomie droite avec anastomose iléo-transverse est l'intervention la plus souvent pratiquée.

2.5- Syndrome d'Ogilvie :

L'extubation par coloscopie est le traitement de base, au besoin répétée en cas de récurrence pour éviter la perforation diastatique du côlon droit. La chirurgie n'intervient qu'en présence de complications (nécrose ou perforation caecale). [17]

C- Traitement instrumental :

Il est exceptionnellement indiqué. Il s'agit par exemple d'une intubation recto-colique en cas de volvulus du côlon sigmoïde, d'un lavement désinvaginant en cas d'invagination intestinale aiguë du nourrisson, de coloscopies itératives de décompression dans le syndrome d'Ogilvie pour éviter la perforation diastatique du caecum. [18]

VIII- COMPLICATIONS:

A- évolution naturelle :

Les facteurs qui menacent la vie au cours d'une occlusion intestinale aiguë sont:

- Le choc hypovolémique et ses conséquences.
- La perforation intestinale.
- Les hémorragies digestives (stress ou syndrome de Mallory-Weiss).
- Les pneumopathies par inhalation de vomissements.

Il existe de plus un risque local, celui de nécrose ou de perforation intestinale résultant d'ulcérations mécaniques (iléus biliaire) ou d'une ischémie pariétale, soit sur l'obstacle (bride, étranglement, volvulus) soit en amont de l'obstacle (perforation diastatique due à la distension gazeuse).

B- complications post-opératoires :

Les complications précoces à craindre sont :

- L'absence de reprise de transit (par occlusion fonctionnelle ou mécanique ou par iléus postopératoire prolongé)
- Une péritonite par fistule ou par lâchage des fils de suture
- Abscès intrapéritonéaux
- Cholécystite

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

- L'éviscération
- Les phlébites et la défaillance cardio-respiratoire
- La mort

Les complications tardives sont essentiellement les éventrations et les occlusions intestinales aiguës secondaires (récidives). **[23]**

METHODOLOGIE

1-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective portant sur la prise en charge des occlusions intestinales dans le service de Chirurgie A, à l'hôpital du point G.

2-Cadre d'étude :

L'étude se déroule dans le service de chirurgie A de l'hôpital du Point G. Il s'agit d'un service de chirurgie générale, endoscopique et thoracique où travaillent :

- 2 Professeurs en chirurgie générale
- 2 Assistants chefs de clinique
- 2 Praticiens hospitaliers
- 5 Infirmiers d'état (Techniciens de santé)
- 4 Infirmiers du 1^{er} cycle (agents techniques de santé)
- 1 Infirmier de bloc opératoire
- 4 Aides soignants
- 4 Garçons de salle

En outre on note la présence de 6 médecins inscrits au Certificat d'Etude Spécialisée (C.E.S) et de 22 étudiants en instance de thèse et faisant fonction d'internes.

Le service est composé de deux pavillons comprenant :

- 6 lits de première catégorie
- 16 lits de deuxième catégorie
- 19 lits de troisième catégorie

3-Echantillonnage :

* Taille de l'échantillon

La taille de notre échantillon a été calculée sur Epi 6.04 selon la formule $n = \frac{\epsilon^2 pq}{l^2}$ avec n =la taille de l'échantillon, p = la fréquence de l'anomalie, $q= 1-p$, et l = la précision.

Ainsi, si on considère une fréquence d'occlusion mécanique = 36,6 % [6] avec une marge d'erreur de 5% et pour une puissance égale à 99,99%, notre échantillon devrait comporter au minimum 34 individus (La population globale estimative a été le nombre d'individus hospitalisés en chirurgie A durant l'année 2004 ; soit 719 personnes).

* Durée de l'étude :

Notre étude s'est étendue sur une durée de 12 mois, de janvier à décembre 2005.

* Critères d'inclusion et d'exclusion :

→ Critère d'inclusion :

- Tout patient pris en charge par la chirurgie A et présentant un syndrome occlusif ou Sub-occlusif.

→ Critère d'exclusion :

- Tout patient en occlusion et pris en charge par tout autre service que la chirurgie A.

4- Supports de la collecte de données :

- fiche d'enquête
- dossier du malade
- cahier de compte rendu opératoire
- registres d'admission des infirmiers major

5- saisie et analyse de données :

Notre traitement de texte et nos tableaux ont été effectués sur le logiciel microsoft word version 2003. Les graphiques ont été créés sur Excel 2003.

La saisie et l'analyse de nos données s'est faite sur le logiciel SPSS 11.0 et accessoirement sur Epi 6.04. Les tests statistiques utilisés sont ceux du Khi 2, du degré de liberté (ddl) et du test de corrélation de Pearson.

RESULTATS

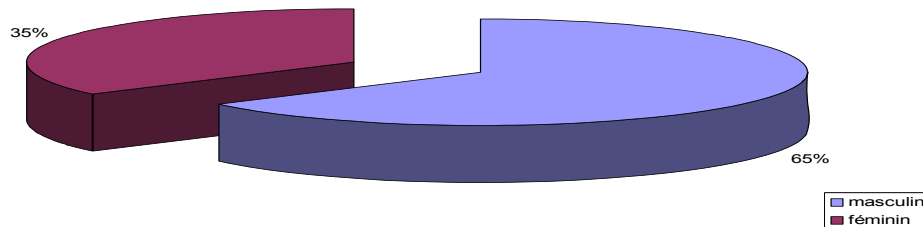
I- RESULTATS GLOBAUX :

A - DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

- Place de la pathologie Occlusive dans le service :

De janvier 2005 à Décembre 2005 nous avons colligé 82 cas d'occlusion intestinale aigue sur 738 patients pris en charge dans le service pendant la même période soit une prévalence de 11,11 % pour la pathologie occlusive.

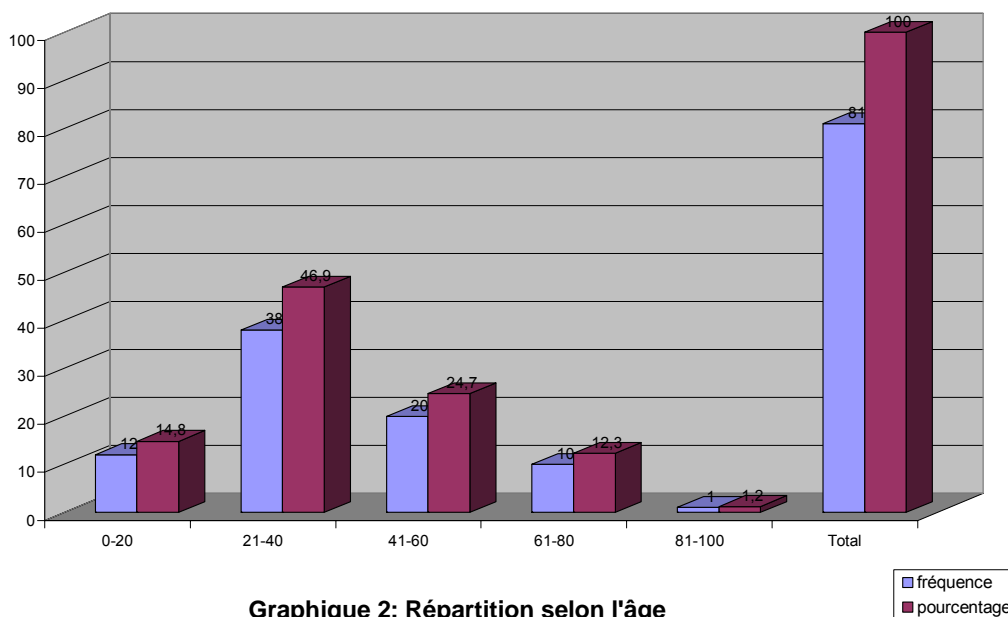
-Répartition selon le sexe :



Graphique 1: Répartition selon le sexe

Dans notre étude, nous avons observé une prédominance masculine dans la pathologie occlusive, avec un sex-ratio de 1,83 en faveur des hommes.

- Répartition en fonction des tranches d'âge :



Graphique 2: Répartition selon l'âge

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

Sur les 82 patients reçus pour occlusion intestinale aigue, l'âge de 81 est connu avec certitude. La tranche d'âge la plus touchée se situe entre 21 et 40 ans (46,9%). Avec un âge minimum de 2 ans 8 mois et un maximum de 82 ans, cette population malade a une moyenne d'âge de 38,32 ans et un écart type de 18,79.

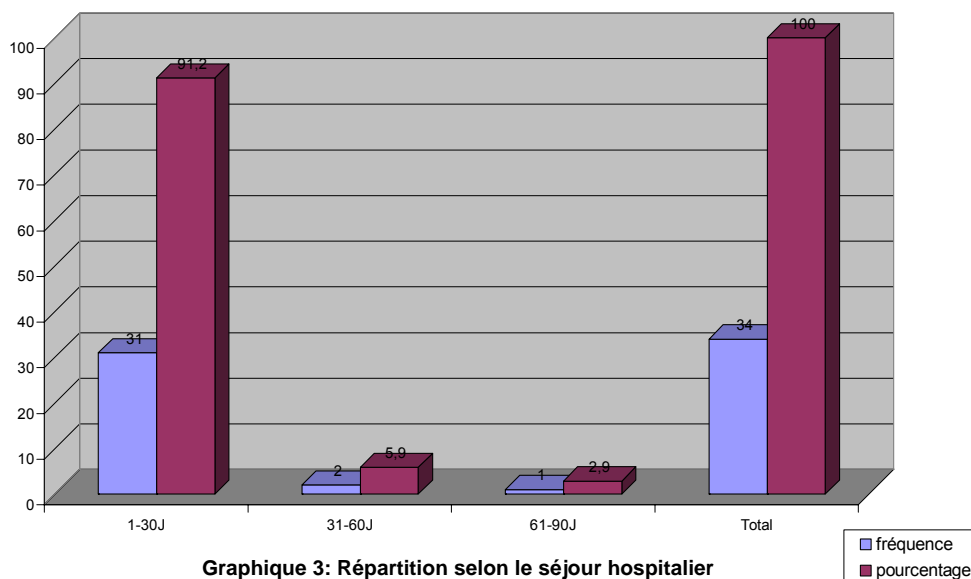
- Répartition selon la durée d'évolution avant hospitalisation :

Tableau 1: répartition selon la durée d'évolution avant hospitalisation

	Effectif	Pourcentage (%)
0-6h	2	3,8
7-12h	1	1,9
13-18h	3	5,8
19-24h	9	17,3
2-3J	9	17,3
4-7J	15	28,8
>1 semaine	13	25,0
Total	52	100,0

La durée moyenne d'évolution de la symptomatologie est de 5,28 jours avec un écart type de 1,56 jour. DM= 30/82

- Répartition selon la durée de séjour hospitalier:



*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

Le séjour moyen est de 15,31 jours pour des extrêmes de 2 et 61 jours et l'écart type de notre série est de 14,83 jours. DM= 48/82

B - DONNEES CLINIQUES :

- Répartition selon l'existence de douleur :

Tableau 2 : répartition selon l'existence de douleur

	EFFECTIF	POURCENTAGE (%)
oui	54	94,7
non	3	5,3
Total	57	100,0

Sensibilité : $54/57 = 0,95$

La douleur est ressentie par 94,7% des patients interrogés. C'est le signe le plus constant. DM= 25/82

- Répartition selon le type de douleur :

Tableau 3 : répartition selon le type de douleur

	EFFECTIF	POURCENTAGE (%)
piqûre	3	5,6
torsion	9	16,7
brûlure	1	1,9
crampe	2	3,7
indéterminé	39	72,2
Total	54	100,0

- Répartition selon la présence de vomissements :

Tableau 4 : répartition selon la présence de vomissements

	Effectif	Pourcentage (%)
oui	40	78,4
non	11	21,6
Total	51	100,0

Sensibilité : $40/51 = 0,78$ DM= $31/82$

- Répartition selon la nature du vomissement :

Tableau 5 : répartition selon la nature du vomissement:

	Effectif	Pourcentage (%)
suc gastrique	4	10,0
alimentaire	9	22,5
bilieux	3	7,5
hématurique	1	2,5
indéterminé	23	57,5
Total	40	100,0

- Répartition selon l'heure du vomissement :

Tableau 6 : répartition selon l'heure du vomissement

	Effectif	Pourcentage (%)
spontané	4	10,0
post-prandial précoce	10	25,0
post-prandial tardif	4	10,0
indéterminé	22	55,0
Total	40	100,0

- Répartition selon l'existence d'un arrêt des matières**Tableau 7 :** répartition selon l'existence d'un arrêt des matières

	Effectif	Pourcentage (%)
oui	33	76,74
non	10	23,26
Total	43	100,0

Sensibilité : $33/43 = 0,77$

DM= 39/82

- Répartition selon l'existence d'arrêt des gaz :**Tableau 8:** répartition selon l'existence d'arrêt des gaz

	Effectif	Pourcentage (%)
oui	31	77,5
non	9	22,5
Total	40	100,0

Sensibilité : $31/40 = 0,77$

DM= 42/82

- Répartition selon l'existence de météorisme :**Tableau 9 :** répartition selon l'existence de météorisme

	Effectif	Pourcentage (%)
oui	38	79,2
non	10	20,8
Total	48	100,0

Sensibilité : $38/48 = 0,79$

DM= 34/82

- Répartition selon la symétrie du météorisme :

Tableau 10: répartition selon la symétrie du météorisme

	Effectif	Pourcentage (%)
oui	6	15,8
non	5	13,2
indéterminé	27	71,1
Total	38	100,0

- Répartition selon l'existence d'une cicatrice de laparotomie :

Tableau 11 : répartition selon l'existence d'une cicatrice de laparotomie

	Effectif	Pourcentage (%)
oui	23	42,6
non	31	57,4
Total	54	100,0

DM= 28/82

- Répartition selon le siège de la cicatrice de laparotomie :

Tableau 12 : répartition selon le siège de la cicatrice de laparotomie

	Effectif	Pourcentage (%)
xypho-pubienne	5	21,7
médiane sus-ombilicale	1	4,3
médiane sous-ombilicale	6	26,1
inguinale droite	2	8,7
oblique au point de McBurney	2	8,7
indéterminé	3	13,0
autre	4	17,4
Total	23	100,0

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

'Autre' correspond à une cicatrice dans l'hypochondre droit, une au point de McBurney+ cicatrice de trous de trocars de cœlioscopie, une au point de McBurney + une de laparotomie médiane, enfin une cicatrice pfanencielle.

- Répartition selon l'état de la paroi abdominale :

Tableau 13 : répartition selon l'état de la paroi abdominale

	Effectif	Pourcentage (%)
contracture	4	10,5
défense	10	26,3
souple	23	60,5
masse	1	2,6
Total	38	100,0

DM= 44/82

- Répartition selon l'état des orifices herniaires :

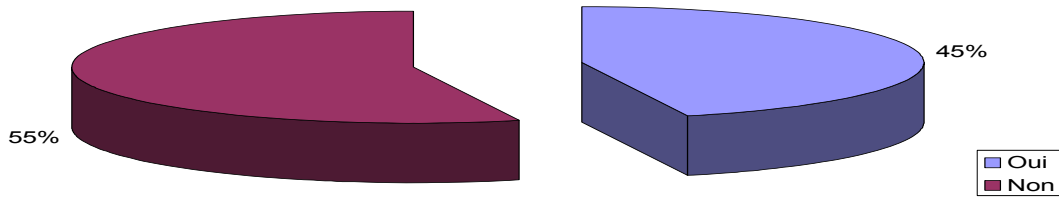
Tableau 14 : répartition selon l'état des orifices herniaires

	Effectif	Pourcentage (%)
libres	6	37,5
hernie libre	2	12,5
hernie étranglée	8	50
Total	16	100,0

DM= 66/82

- Répartition selon l'existence d'une atteinte de l'état général :

Nos patients sont tous venus dans un contexte d'urgence ainsi tout notre effectif est classé en ASA 5.



Graphique 4: Répartition selon l'atteinte de l'état général

DM= 33/82

- Répartition selon les antécédents chirurgicaux :

Tableau 15 : répartition selon les antécédents chirurgicaux

	Effectif	Pourcentage (%)
oui	27	45
non	33	55
Total	60	100,0

DM = 22/82

C - DONNEES PARACLINIQUES :

- Répartition selon la réalisation d'un ASP :

Tableau 16 : répartition selon la réalisation d'un ASP

	Effectif	Pourcentage (%)
faite	47	87,8
non faite	6	11,3
Total	57	100,0

DM= 29/92

- Répartition selon les résultats de l'ASP :

Tableau 17 : répartition selon les résultats de l'ASP

	EFFECTIF	POURCENTAGE
Niveaux + hauts que larges	7	14,9%
Niveaux périphériques	2	4,3%
Niveaux + larges que hauts	21	44,7%
Niveaux centraux	3	6,4%
Distension intestinale diffuse	2	4,3%
Autre	9	19,1%
Indéterminé	3	6,4%
TOTAL	47	100,0%

- Répartition selon la réalisation de l'échographie abdominale :

Tableau 18 : répartition selon la réalisation de l'échographie abdominale

	Effectif	Pourcentage (%)
faite	15	26,8
non faite	41	73,2
Total	56	100,0

DM= 26/82

L'échographie est un examen rarement effectué (73,2%) à cause de la bonne sensibilité de l'ASP.

- Répartition selon les résultats de l'échographie abdominale :

Tableau 19 : répartition selon les résultats de l'échographie abdominale

	Effectif	Pourcentage (%)
normale	2	13,3
masse annexielle	1	6,7
autre	4	26,7
indéterminé	1	6,7
occlusion	5	33,3
péritonite	2	13,3
Total	15	100,0

'Autre' correspond à : 1 cas d'anévrisme de l'aorte, 1 de grossesse extra-utérine rompue, 1 de dystrophie ovarienne gauche + cystadénome ovarien droit, et 1 cas de collection intrapéritonéale + calcifications centroprostatiques.

D - DONNEES THERAPEUTIQUES :

- Répartition selon le siège de l'occlusion :

Tableau 20 : répartition selon le siège de l'occlusion

	Effectif	Pourcentage (%)
grêle	36	51,4
colon	25	35,7
Grêle + colon	9	12,9
Total	70	100,0

DM= 12/82

Les 9 atteintes associées du grêle et du côlon sont :

- un volvulus du sigmoïde + des adhérences sur le grêle
- une strangulation du grêle et du transverse dans le sigmoïde
- deux occlusions sur brides
- trois hernies (dont deux avec nécrose intestinale)
- une occlusion réflexe

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

- une par infarctus mésentérique
- **Répartition selon le mécanisme de l'atteinte :**

Tableau 21 : répartition selon le mécanisme de l'atteinte

	Effectif	Pourcentage
fonctionnel	9	12
strangulation	58	77,3
obstruction	8	10,7
Total	75	100,0

DM= 7/82

- **Répartition selon l'étiologie de l'occlusion :**

Tableau 22 : répartition selon l'étiologie de l'occlusion

	Effectif	Pourcentage (%)
bride-adhérence	28	36,8
hernie étranglée	8	10,5
volvulus du sigmoïde	13	17,1
tumeur colique	3	3,9
péritonite	4	5,3
autre	20	26,3
Total	76	100,0

DM= 6/82

Les étiologies 'autres', sont:

- 4 cas d'incarcération d'anse,
- 2 cas de fécalome,
- 2 cas de volvulus du grêle,
- 2 d'invagination intestinale aigue,
- 2 de sténose (iatrogène ; sur stomie)
- 2 d'étiologie inconnue,
- 1 dolichocôlon,
- 1 maladie de Hirschsprung,
- 1 volvulus du sigmoïde + brides,
- 1 infarctus mésentérique,
- 1 occlusion post opératoire,
- 1 occlusion sur tumeur rectale.

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

- Répartition selon le traitement médical reçu en pré-opératoire :**Tableau 23** : répartition selon le traitement médical reçu en pré-opératoire

	Effectif	Pourcentage (%)
rien	13	44,8
SNG	1	3,4
ReH2O	4	13,8
ReH2O+ ATB	2	6,9
autre	9	31,0
Total	29	100,0

DM= 53/82

'Autre' correspond à des thérapies associées : ReH2O+ATB+antalgique, ReH2O+antalgique, SNG+ReH2O+sonde urinaire+lavement évacuateur, SNG+sonde urinaire+ReH2O, SNG+sonde urinaire+ReH2O+ antalgique+ lavement évacuateur, antalgique+ ATB+ReH2O+SNG+ sonde urinaire, antalgique+ ATB+ReH2O, ReH2O+SNG + sonde urinaire, sonde urinaire.

Il est à noter que pour les 81 patients opérés, la réanimation médicale fut systématique dans le temps post-opératoire mais seuls 4 d'entre eux l'ont effectué en service de réanimation, soit une proportion de 4,94% de nos patients.

- Répartition selon l'état des anses :**Tableau 24** : répartition selon l'état des anses

	Effectif	Pourcentage (%)
saine	28	56
inflammatoire	13	26
nécrosée	9	18
Total	50	100,0

DM= 32/82

- Répartition selon le choix de la voie d'abord chirurgical :

Tableau 25 : répartition selon le choix de la voie d'abord chirurgical

	Effectif	Pourcentage (%)
Médiane xypho- pubienne	49	74,2
Médiane sus- ombilicale	2	3,0
Médiane sous- ombilicale	6	9,1
Coelioscopie	4	6,1
autre	5	7,6
Total	66	100,0

DM= 16/82

On note l'utilisation d'inguinotomie droite (4 cas) et gauche (1 cas) comme autres voies d'abord.

- Répartition selon la nature du geste chirurgical :

Tableau 26 : Répartition selon la nature du geste chirurgical

	Effectif	Pourcentage (%)
R.A	12	16,0
R.D	14	18,7
ADH	27	36,0
Cure herniaire	6	8,0
aucun	4	5,3
Autre	12	16,0
Total	75	100,0

DM= 7/82

On note 4 abstentions chirurgicales dues à : un décès pré opératoire, un Hirschsprung, un fécalome et une suspicion d'occlusion par brides secondaires.

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G :
Revue de cas.*

Les gestes 'autres' sont :

- 3 dévolvulations,
- 2 vidanges,
- 1 biopsie,
- 1 libération d'anse incarcerated,
- 1 omentectomie+ appendicectomie,
- 1 désinvagination+ appendicectomie,
- 1 suture de brèche + toilette
péritonéale,
- 1 toilette péritonéale + drainage,
- 1 laparotomie exploratrice.

- Répartition selon les complications survenues en per-opérateur :

Tableau 27 : répartition selon les complications survenues en per-opérateur

	Effectif	Pourcentage (%)
aucune	62	91,2
perforation digestive	4	5,9
décès	2	2,9
Total	68	100,0

Nous avons observé 5,9% de perforations digestives accidentelles.

- Répartition selon les suites opératoires immédiates (J0 – J10) :

Tableau 28 : répartition selon les suites opératoires immédiates

	Effectif	Pourcentage (%)
simples	30	68,2
hémorragie	1	2,3
infection	2	4,5
éviscération	1	2,3
Suppuration pariétale	3	6,8
décès	3	6,8
récidive	1	2,3
autre	3	6,8
Total	44	100,0

La morbidité des suites immédiates est de 25% et la mortalité est de 6,8%.

La mention 'autre' répond à : une irritation péristomiale, un hémopéritoine, un syndrome confusionnel.

NB : nous avons différencié la suppuration pariétale des infections en général. Les 2 infections mentionnées ici sont d'origines typique pour l'une et inconnue pour l'autre.

- Répartition selon les suites opératoires au bout d'un mois :

Tableau 29 : répartition selon les suites opératoires au bout d'un mois

	Effectif	Pourcentage (%)
simple	14	77,8
récidive	2	11,1
cicatrisation pathologique	1	5,6
autre	1	5,6
Total	18	100,0

Les suites opératoires au bout d'un mois sont marquées par une morbidité de 22,2%. Aucun décès n'est enregistré.

'Autre' correspond à : 1 rétablissement de continuité suivi d'éviscération 10 jours plus tard.

Notre mortalité post-opératoire globale est de 5/81 soit 6,17%.

II – RESULTATS ANALYTIQUES :

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

➤ **Analyse du séjour hospitalier :**

Tableau 30 : Age * Séjour hospitalier

SEJOUR(JOURS) AGE (ANS)	1-30	31-60	60-90	TOTAL
0-20	7			7
21-40	19	1		20
41-60	3			3
61-80	2		1	3
81-100		1		1
Total	31	2	1	34

Khi 2= 0,001

ddl = 8

et

pearson = 0,003

83,87% de notre effectif ayant effectué un séjour hospitalier de moins de 30 jours avait moins de 40 ans et le séjour avait tendance à s'allonger avec l'âge. On peut donc affirmer que plus on est jeune, moins le séjour hospitalier est long.

➤ **Analyse de l'état des anses et du choix thérapeutique :**

Tableau 31 : Mécanisme * état de l'anse

Anse Mécanisme	saine	inflammatoire	nécrosée	Total
fonctionnel	4		1	5
strangulation	21	13	7	41
obstruction	3			3
Total	28	13	8	49

Khi 2 = 0,313

ddl = 4

Pearson = 0,707

Ce tableau met en exergue la relation qu'il existe entre le mécanisme de l'occlusion et l'état des anses. En effet, on constate que 87,5% des nécroses intestinales surviennent en cas d'occlusion par strangulation. On note une nécrose par occlusion fonctionnelle chez un patient présentant un infarctus mésentérique.

Tableau 32 : Geste * Etat de l'anse

Anse \ Geste	saine	inflammatoire	nécrosée	Total
R.A	4	3	3	10
R.D	1	2	6	9
ADH	16	3		19
Cure herniaire	2	2		4
Autre	5	3		8
Total	28	13	9	50

Khi2= 0,001

ddl= 8

pearson =0,018

Dans 66,67% des cas, une attitude prudente (dérivation) est choisie par nos chirurgiens devant toute nécrose intestinale.

➤ **Analyse du temps opératoire et des suites opératoires :**

Tableau 33 : Voie d'abord * complication per op

Abord \ complication	Laparotomie	Coelioscopie	Total
aucune	59	3	62
perforation digestive	3	1	4
décès	1		1
Total	63	4	67

Khi2= 0,248

ddl= 2

pearson =0,246

D'après l'analyse de ce tableau, la coelioscopie semble être le geste le moins invasif.

Tableau 34: Geste* complication per-op

Complication \ Geste	aucune	perforation digestive	décès	Total
R.A	10	1	1	12
R.D	13			13
ADH	24	3		27
Cure herniaire	5			5
Autre	10			10
Total	62	4	1	67

Khi2= 0,445

ddl= 8

pearson =0,194

L'adhésiolysé apparaît comme étant le geste le plus morbide en per-opératoire.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

Tableau 35: Durée d'évolution * Suites immédiates

Suites I \ Evolution	simple	compliquée	décès	Total
0-6h	1			1
7-12h	1			1
13-18h	1	1		2
19-24h	5	2	1	8
2-3J	7	1		8
4-7J	7	4		11
>1 semaine	4	2	2	8
Total	26	10	3	39

Khi2= 0,725

ddl= 12

pearson =0,172

Les suites immédiates sont favorables jusqu'à la 12^{ème} heure d'évolution. Le risque de morbidité apparaît dès la 13^{ème} heure révolue tandis que le risque de mortalité apparaît dès la 19^{ème} heure d'évolution.

Tableau 36: Voie d'abord * suites immédiates

Suites I \ Abord	Laparotomie	Coelioscopie	abstention chirurgicale	Total
simple	24	3	2	29
compliquée	10		1	11
décès	2			2
Total	36	3	3	42

Khi2= 0,798

ddl= 4

pearson =0,567

L'abord laparoscopique a permis d'obtenir 100% de suites simples.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

Tableau 37: geste * suites immédiates

Suites I \ Geste	simple	Complicquée	décès	Total
R.A	3	3	1	7
R.D	7	2		9
ADH	9	5	1	15
Cure herniaire	3			3
aucun	1	1		2
Autre	6			6
Total	29	11	2	42

Khi2= 0,570

ddl= 10

pearson =0,065

Les complications immédiates surviennent majoritairement dans les suites d'adhésiolyse.

Tableau 38: Siège * suites immédiates

Suites I \ Siège	grêle	colon	Grêle + colon	Total
Simple	15	10	2	27
compliquée	6	2	2	10
décès	1	1		2
Total	22	13	4	39

Khi2= 0,700

ddl= 4

pearson =0,854

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

L'atteinte du grêle est la plus morbide dans le temps post opératoire immédiat.

Tableau 39: siege *suites tardives (1 mois)

Suites T \ Siège	grêle	colon	grêle+ côlon	Total
simple	8	5		13
compliquée		2	1	3
Total	8	7	1	16

Khi2= 0,036

ddl= 2

pearson =0,012

L'atteinte du côlon est la plus morbide dans le temps post opératoire tardif.

Tableau 40: mécanisme * suites immédiates

Suites I \ Mécanisme	fonctionnel	strangulation	obstruction	Total
Simple	3	25		28
compliquée	1	9	1	11
décès		1	1	2
Total	4	35	2	41

Khi2= 0,030

ddl= 4

pearson =0,052

Le mécanisme par strangulation est incriminé dans 81,8 % des suites immédiates compliquées.

Tableau 41: mécanisme * suites tardives

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

Mécanisme	fonctionnel	strangulation	Total
Suites T			
Simple	2	12	14
compliquée		3	3
Total	2	15	17

Khi2= 0,486

ddl= 1

pearson =0,517

Le mécanisme par strangulation est incriminé dans 100 % des suites tardives compliquées.

Tableau 42: étiologie * suites Immédiates

Suites I	B.A	H.E	V.S	Tumeur colique	péritonite	autre	Total
Etiologie							
simple	9	4	8		2	5	28
compliquée	6		1		1	3	11
décès	1			1			2
Total	16	4	9	1	3	8	41

Khi2= 0,005

ddl= 10

pearson =0,959

On observe un important pourcentage de brides et d'adhérences parmi les entités associées à des suites opératoires immédiates compliquées.

Tableau 43: étiologie * suites tardives

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

Etiologie	B.A	H.E	V.S	péritonite	autre	Total
Suites T						
simple	4	1	5	2	2	14
compliquée			2		1	3
Total	4	1	7	2	3	17

Khi2= 0,630

ddl= 4

pearson =0,464

On observe un important pourcentage de volvulus du sigmoïde parmi les entités associées à des suites opératoires tardives compliquées

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

I – CRITIQUE METHODOLOGIQUE :

La réalisation de cette étude ne s'est pas faite sans problèmes. Mais si ces difficultés ont quelque peu entravé notre travail, nous avons toutefois réussi à tirer de cette étude quelques résultats concluants.

Au premier rang de nos difficultés, nous pouvons citer le repérage de nos dossiers qui ne fut pas aisé. En effet, à un même malade, pouvaient correspondre différents numéros ; parfois ces numéros ne correspondaient pas aux noms y associés ou alors le même numéro était alloué à deux individus différents. La solution que nous envisageons à cet état réside dans l'informatisation des dossiers de tous nos malades comme c'est déjà le cas pour les dossiers de consultation de la chirurgie A.

L'informatisation serait bénéfique à plusieurs égards en permettant :

- Une meilleure gestion des numéros alloués aux malades
- Une localisation plus aisée des malades et de leur dossier
- Une meilleure disponibilité des dossiers qui sont alors transportables sur disque amovible, évitant ainsi les problèmes de pertes de dossiers ou de leur thésaurisation par un personnel quelconque.
- La facilitation de l'exploitation des données par un chercheur éventuel

Ensuite vient le problème crucial des dossiers incomplets, soit par négligence des internes qui ne mettent pas toutes les informations concernant leurs patients sur écrit, soit par ignorance de ces derniers qui ne savent pas les points essentiels de l'observation et du suivi d'un malade venu pour abdomen chirurgical. De nombreuses solutions sont envisageables, et il s'agit :

- D'instaurer un véritable système de compagnonnage entre anciens internes et nouveaux internes.

-D'organiser des séances d'apprentissage et de mise à niveau des connaissances à l'endroit du personnel soignant et des internes en particulier.

-De standardiser la prise en charge des urgences chirurgicales par l'utilisation de fiches de suivi détaillant les différents points de l'examen et du suivi de tels patients.

II- DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

➤ Age et sexe :

L'occlusion intestinale aigue apparaît dans notre étude comme une pathologie de l'adulte jeune (21-40 ans). Avec une moyenne d'âge de 38,32 ans ; notre étude est en concordance avec les résultats de Y Harouna [4] du Niger ; Sidibé B [6] et Konate M [3] du Mali qui trouvent respectivement des moyennes d'âge de 32 ans, 29,1 ans et 34,5 ans.

Pour ce qui est du sexe, nous avons retrouvé une nette prédominance masculine avec une proportion de 64,6% et un sexe ratio de 1,83 pour les hommes.

Nos résultats sont similaires à ceux de Sidibé B [6] (83,3 % d'hommes), Y Harouna [4] (84% d'hommes) et Diarra F [10] (80% d'hommes) qui retrouvent une prédominance masculine également dans leurs différentes études.

➤ Durée d'évolution :

Notre étude retrouve une durée moyenne d'évolution de 5,26 jours avant consultation. Ce délai de consultation est tardif et pourrait s'expliquer par la méconnaissance des abdomens aigus qui sont longtemps traités médicalement dans les centres de santé avant d'être référés dans des structures sanitaires de plus grande envergure. On peut également évoquer, pour une bonne partie de la population, le recours systématique à des systèmes de thérapies parallèles

Les occlusions intestinales aigues dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

(automédication et tradithérapie principalement) qui, s'ils soulagent, retardent le recours à la prise en charge hospitalière adéquate.

Notre résultat est supérieur à ceux de Sidibé B [6] du Mali (4 jours) et Y. Harouna [4] du Niger (2,5 jours).

➤ Séjour hospitalier :

Le séjour hospitalier est en moyenne de 15,31 jours dans notre série, avec des extrêmes de 2 et 61 jours. Notre expérience nous enseigne que ce séjour moyen peut être rallongé en cas de réalisation d'une stomie digestive ; mais également raccourci lorsque la thérapie a été d'un abord laparoscopique.

III – DIAGNOSTIC :

➔ Les signes fonctionnels :

➤ Douleur :

Elle est présente chez 94,70% de nos patients avec une sensibilité de 0,95%. Ainsi la douleur est le signe fonctionnel le plus fréquent et sa sensibilité élevée en fait le signe le plus constant de notre triade occlusive.

Nos observations sont comparables à celles de Y Harouna [4] du Niger (fréquence=100% et P= 0,049).

➤ Vomissement :

Les vomissements sont présents chez 78,40% de notre échantillon. Ce résultat est comparable aux 93,55% (P= 0,00) et 53% (P=0,00) respectifs de Y Harouna [4] et Konaté M [3].

➤ Arrêt des matières et des gaz :

Dans notre étude, l'arrêt des gaz est rencontré chez 77,5% des patients et l'arrêt des matières chez 76,74% d'entre eux. Ainsi, ce sont les deux signes

les moins fréquents de notre triade occlusive. Ces chiffres peu élevés peuvent s'expliquer par :

- la vidange du bout distal pour l'arrêt des matières
- le carcan socio-culturel qui fait de l'arrêt des gaz un signe honteux à évoquer pour le patient et gênant à demander pour le médecin.

Si ces deux entités sont individualisées dans notre étude, pour de nombreux auteurs tels Konaté M [3] et Y Harouna [4] (75,1% et 90% respectivement), elles n'en constituent qu'une d'où la difficulté de comparer nos données aux leurs.

L'étude de Sidibé B [6] est comparable à la notre. L'arrêt des gaz est vu chez 56,67% (P= 0,00) de sa population d'étude et l'arrêt des matières est vu chez 57,50% (P= 0,00) de cette dernière.

→ Les signes physiques :

➤ Inspection :

Un météorisme est retrouvé chez 79,2% de notre population. Nos résultats sont similaires à ceux trouvés par Sidibé B [6] (55,8% et P= 0,00) et Konaté M [3] (64,1% et P=0,031).

➤ Palpation :

Dans notre étude, 26,3% de l'effectif présentait une défense abdominale. Ce résultat est superposable à celui de Sidibé B [6] dans son étude (55,8% de défense, P=0,00).

La contracture abdominale quant à elle, est vue chez 10,5% de nos patients. Ce résultat est superposable à celui de Sidibé B [6] qui retrouve la contracture chez 1,70% (P= 0,011) de sa population.

➤ Etat général :

Notre étude retrouve une altération de l'état général chez 55% de notre effectif. Dans notre contexte, ce taux peut s'expliquer par les délais de consultation et donc de prise en charge tardifs.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

IV- PARACLINIQUE :

➤ ASP :

L'ASP a pu être effectué chez 87,8% de notre effectif et dans 70,3 % des cas, il retrouve des niveaux hydro-aériques ; images hautement synonymes d'occlusion. C'est donc un examen abordable pour la majorité des bourses et de bonne sensibilité diagnostic.

Nos résultats sont concordants avec ceux de Sidibé B [6] (Fréquence=36,7% et P=0,00).

Pour Y Harouna [4], l'ASP a permis une confirmation à 100% de la suspicion clinique d'occlusion intestinale.

➤ Echographie abdominale :

L'échographie et les opacifications digestives ne sont pas disponibles en urgence d'où leur sous représentation dans notre étude. Cependant, chez les malades pour lesquels elle a pu être effectuée on ne retrouve que 13,3% de confirmation de la suspicion clinique d'occlusion intestinale. Ce n'est donc pas un examen de bonne sensibilité diagnostic en matière d'occlusion intestinale.

V- ETIOLOGIES :

➤ Mécanismes :

Notre étude a permis de recenser 77,3% de strangulation ; 10,7% d'obstruction et 12% d'occlusions fonctionnelles.

Sidibé B [6] enregistre 85,8% de strangulation ; 12,6% d'obstruction et 1,6% d'occlusions fonctionnelles.

Dembélé B [5] enregistre 88% de strangulation ; 12% d'obstruction et 00% d'occlusions fonctionnelles.

Dans ces trois études, le mécanisme par strangulation apparaît comme le plus fréquent.

➤ Etiologies :

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

Notre étude retrouve les étiologies suivantes : H.E (10,5%), B.A (36,8%), V.S (17,1%), tumeur colique (3,9%), péritonite (5,3%), 'autre' (26,3%).

Sidibé B [6] retrouve les étiologies suivantes : H.E (46,6%), B.A (13,2%), V.S (14,2%), tumeur colique (0,8%), péritonite (0,8%), 'autre' (24%).

Dembélé B [5] retrouve les étiologies suivantes : H.E (44%), B.A (16%), V.S (24%), tumeur colique (12%*), péritonite (0%), 'autre' (4%).

NB : * = ces 12% correspondent au taux global de tumeurs responsables d'occlusion ; qu'elles soient colique ou non.

Konaté M [3] retrouve les étiologies suivantes : H.E (41,67%), B.A (13,54%), V.S (14,58%), tumeur colique (2,08%), péritonite (0%), 'autre' (28,13%).

Nos résultats sont comparables à ceux de Sidibé B [6], Konaté M [3] et Dembélé B [5] en ce qui concerne : Les hernies étranglées (P=0,00) et les brides (P=0,00) pour l'un ; les hernies étranglées (P=0,00) et brides (P=0,00) pour l'autre et enfin les hernies étranglées (P=0,00) et les autres étiologies (P=0,01) pour le dernier (respectivement).

VI- TRAITEMENT :

➤ Siège :

Notre étude a permis d'individualiser 51,4% d'occlusions par atteinte du grêle ; 35,7% par atteinte du côlon et 12,9% par atteinte mixte (grêle+côlon). La prédominance de l'atteinte du grêle pourrait s'expliquer dans notre contexte par la forte prévalence des brides et adhérences comme étiologie d'occlusion intestinale au sein de notre population.

Sidibé B [6] retrouve 74,2% d'atteintes du grêle et 25,8% d'atteintes du côlon. Nos résultats et ceux de Sidibé B [6] sont similaires en ce qui concerne la localisation de l'occlusion intestinale sur le grêle (P=0,00).

➤ Etat des anses :

Notre étude retrouve 56% d'anses saines ; 26% d'anses inflammatoires et 18% d'anses nécrosées.

Sidibé B [6] retrouve 80,8% d'anses saines ; 4,2% d'anses inflammatoires et 15% d'anses nécrosées.

Y Harouna [4] retrouve 37% d'anses nécrosées

Quand on compare l'état des anses intestinales dans ces trois différentes études, il ressort que nos résultats sont similaires à ceux de Sidibé B [6] ($P=0,00$ lorsque les anses sont normales ou inflammatoires) et de Y Harouna [4] ($P=0,00$).

➤ Geste :

Notre étude retrouve 16% de R.A ; 18,7% de R.D ; 36% d'ADH ; 8% de cures de hernie ; 16% de geste 'autre' et 5,3% d'abstention chirurgicale.

Sidibé B [6] enregistre 25,83% de R.A ; 8,33% de R.D ; 9,2% d'ADH, 15,1% de geste 'autre' et 0% d'abstention chirurgicale.

Konaté M [3] enregistre 14,58% de R.A ; 11,46% de R.D ; 10,42% d'ADH ; 0% de cures selon Bassini ; 30,21% de cures selon Schouldice ; 32,29% de geste 'autre' et 0% d'abstention chirurgicale.

Les gestes réalisés dans notre série sont similaires à ceux réalisés dans celle de Sidibé B [6] [en ce qui concerne la résection-dérivation ($P=0,03$), l'adhésiolyse ($P=0,00$) et les 'autres' gestes ($P=0,00$)], et dans celle de Konaté M [3] [pour l'adhésiolyse ($P=0,00$)].

➤ Mortalité & Morbidité:

Notre étude retrouve 2,50% de mortalité et 5,9% de morbidité pendant le temps per opératoire. Ici, la morbidité est essentiellement le fait de perforations digestives accidentelles.

Lors des suites immédiates, la mortalité est de 6,8% et la morbidité de 25%. Ici la morbidité est dominée par les suppurations pariétales (6,8%).

Les suites à 1 mois, sont marquées par une mortalité nulle. Cependant la morbidité persiste (22,2%) et est dominée par les récives de l'occlusion intestinale.

La mortalité globale post opératoire est de 6,17%.

Notre morbidité n'a pu être comparée à aucune de celles des études dont nous disposons car contrairement à ces auteurs, nous avons étudié la morbidité dans

le temps opératoire, post opératoire immédiat et post opératoire tardif ; ceci dans le but d'une meilleure analyse des suites opératoires.

Notre mortalité globale est comparable à celle retrouvée par Y Harouna [4] (41%, P= 0,00) et par Dembélé B [5] (60%, P= 0,00).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

CONCLUSION :

La pathologie occlusive représente 11,11% des activités du service de chirurgie 'A' de l'hôpital national du Point-G (Mali).

Les principales entités nosologiques responsables de cette pathologie ont été par ordre décroissant : les brides et adhérences (36,8%) ; le volvulus du sigmoïde (17,1%) ; la hernie étranglée (10,5%) ; la péritonite (5,3%) et la tumeur colique (3,9%).

La douleur a représenté le signe fonctionnel le plus constant au sein de notre population d'étude, tandis que l'ASP s'est révélé être l'examen complémentaire le plus fiable (70,3% d'images caractéristiques).

En raison de l'importance des occlusions par strangulation (77,3%), les gestes thérapeutiques les plus pratiqués sont l'adhésiolyse (36%), la résection-dérivation ou stomie (18,7%) et la résection- anastomose (16%).

L'analyse des suites opératoires a permis d'individualiser :

- une morbidité de : 5,9% en per opératoire ; 25% dans le temps post opératoire immédiat et 22,2% dans le temps post opératoire tardif.
- Une mortalité de : 2,9% en per opératoire ; 6,8% dans le temps post opératoire immédiat et nulle dans le temps post opératoire tardif.
- Une mortalité post opératoire globale de 6,17%.

Le retard diagnostique lié à une consultation tardive explique cette mortalité et cette morbidité élevées.

Avec ce travail, nous proposons en annexe, un protocole de standardisation de la prise en charge des urgences chirurgicales dans le service de chirurgie 'A'.

RECOMMANDATIONS :

→ Aux autorités publiques :

- Mise en disponibilité de kits opératoires complets disponibles à tout moment et remboursables ultérieurement pour les cas d'extrême urgence ou de dénuement financier du patient.
- Promouvoir l'informatisation progressive des dossiers des malades et doter l'hôpital en matériel informatique suffisant tout en assurant la formation du personnel à l'usage de ces machines.
- Promouvoir la coopération entre structures sanitaires et tradithérapeutes.

→ A la population :

- Renoncer à l'automédication.
- Consulter précocement devant toute douleur abdominale associée à un arrêt des matières et des gaz.

→ Au personnel hospitalier :

- Standardiser la prise en charge des urgences chirurgicales en général et des occlusions intestinales aiguës en particulier.
- Mettre de la rigueur dans la tenue des dossiers d'observation.
- Systématiser la réanimation médicale des urgences chirurgicales dans le temps pré opératoire.
- Sensibiliser les tradithérapeutes à la reconnaissance des signes d'occlusions intestinales aiguës afin de favoriser une référence précoce.
- Sensibiliser les patients sur la gestion des stomies intestinales en ambulatoire afin de réduire le séjour hospitalier et les coûts y afférent.

BIBLIOGRAPHIE

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1- Gajic O, Urrutia LE, Sewani H et al
'Acute abdomen in the medical intensive care unit'.
Critical care medicine, 2002, 30 (6): pp 1187-1190.

- 2-K. Lebbar, D Bassou, M. Drissi et al
'les occlusions intestinales chez l'adulte. Intérêt de la tomodensitométrie'.
Médecine du Maghreb, 2001, n°87, pp 21-25.

- 3- Konate Madiassa
Les urgences chirurgicales à l'hôpital Gabriel Toure, P91
Th : Médecine : Bamako : 2005 ; n°238

- 4- Y. Harouna, H. Yaya, H. Abarchi et al
'Les occlusions intestinales: Principales causes et morbi- mortalité à l'hôpital national de Niamey-Niger' Etude prospective à propos de 124 cas.
Médecine d'Afrique Noire, 2000, 47 (4), pp 204-206.

- 5- Dembelé Boubacar Bréhima
Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes (Mali) à propos de 112 cas, P61.
Th : Médecine : Bamako: 2005 ; n° 243

- 6- Sidibé Moussa Badjan
Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service du CHU Gabriel Toure, P 77
Th : Bamako : 2003 ; n°62

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

7- Doumbia Dieneba

Etude des urgences chirurgicales reçues à l'hôpital du Point G de novembre 1981 à novembre 1982, P 98.

Th : Bamako : 1982 ; n°13

8- Pomnou Mepouyi Charles

Urgences abdominales de l'enfant dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Toure, P 80.

Th : Bamako : 2004, n°55

9- Konipo Fanta

Les occlusions intestinales. A propos de 260 cas traités à l'hôpital du point G à Bamako

Chirurgie d'Afrique Noire, 1981 ; 1 (1) : pp 31-49.

10-Diarra Fatoumata

Problèmes posés par l'anesthésie réanimation des occlusions intestinales aiguës à l'hôpital du Point G, P 113.

Th : Bamako : 1985 ; n° 24

11- L. Leger

Sémiologie chirurgicale (6^{ème} édition).

Paris : Masson, 1999.- 444

12- ROUVIERE H., DELMAS A.

Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle, Tome 2.

Paris : Masson, 1985. - 686p.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

13- WRIGHT S.

Physiologie appliquée à la médecine. (2e Ed. française).
Paris : Flammarion 1980. – 668p. (Médecine et Sciences)

14- Hermann H et Cier J.F

Précis de physiologie (4^{ème} édition) Tome 2.
Paris : Masson, 1967. - 348 p

15- Marieb Elaine N.

Anatomie et physiologie humaines (traduction de la 4^{ème} édition Américaine)
Paris : De Boeck Université, 1999.-1194p

16- Gallot Denis, Anatomie chirurgicale du côlon.

EMC, traité de techniques chirurgicales- appareil digestif, 1998, 40-535

17- C. Casa et J-P Arnaud.

Occlusion intestinale du colon : physiopathologie, étiologie, diagnostic, traitement.

Revue du praticien section (d'hépatogastro-entérologie B 355) 1997, N°47, pp 1833-1836

18- Millat Bertrand, Guillon Françoise, Avila Jean-michel.

Occlusions intestinales aiguës de l'adulte.

EMC, traité de gastro-entérologie, 1993, 9-044-A-10

19- S. Rohr, M. Kopp et C. Meyer.

Occlusion intestinale du grêle : physiopathologie, étiologie, diagnostic et traitement.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

Revue du praticien (section d'hépatogastro-entérologie B 354) 1999, N°49, pp 435-440

20- Hussmann Jurgen, Chirurgie.

Paris : Maloine, 1997.-308p (Mémento)

21- Lagache G et Leplat F.

Les syndromes occlusifs intestinaux aigus.

EMC, Estomac-Intestin (2), 1982, 9044-B-10.

22- Sicard A, Mialaret J, Patel J et Al,

Pathologie chirurgicale (3^e édition)

Paris : Masson, 1978.-1510p

23- Pourriat Jean-Louis, Martin Claude

Principes de réanimation chirurgicale (2^{ème} édition)

Lonrai : Arnette, 2005, 1430 p

ANNEXES

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

FICHE D'ENQUETE :

A- Identification :

-nom :

-prénom :

-sexe : 1=masculin 2=féminin

-âge :

-profession :

1=fonctionnaire 2=ouvrier 3=cultivateur 4=commerçant
5=ménagère 6=Scolaire 7=indéterminé 8=autre

Si autre préciser :

-adresse ou téléphone :

-localité :

-durée d'évolution de la maladie (avant hospitalisation) :

1=0 - 6H 2=7 - 12H 3=13 - 18H 4=19 - 24H 5=2 -
3J

6=4-7J 7= + d'1 semaine

-durée d'hospitalisation pré-opératoire :

-durée d'hospitalisation post-opératoire

B- Clinique :

1-signes fonctionnels :

*douleur : 1=oui 2= non

-**type** : 1- piqûre 2-torsion 3-écrasement 4- brûlure
5-pesanteur 6-crampe 7-indéterminé

*vomissements : 1=oui 2=non

-**nature** : 1- suc gastrique 2- alimentaire 3-bilieux
4-fécaloïde 5-hématique 6=indéterminé

-**horaire** : 1- spontané 2-post-prandial précoce
3- post-prandial tardif 4-indéterminé

* arrêt matières : 1=oui 2= non

-**durée** : 1/ - de 24h 2/24-48h 3 /48-72H
4/ + de 72h 5/ indéterminée

* arrêt des gaz : 1 =oui 2 =non

2- signes physiques :

A l'inspection :

* météorisme : 1=oui 2=non

-**Symétrie** : 1=oui 2=non 3= indéterminé

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

- **Siège** : 1=Central 2= latéral G 3=latéral D
4=indéterminé

* respiration thoraco- abdominale : 1= oui 2=non

* cicatrice de laparotomie : 1= oui 2 =non

-**siège** : 1= Xypho-suspubienne 2=médiane sus ombilicale
3=médiane sous ombilicale 4= Inguinale G
5=inguinale D 6=inguinale bilatérale
7=oblique au point de McBurney 8=Curviligne suprapubienne

9= péri-ombilicale 10= indéterminé 11= autre

Si autre, préciser :.....

* péristaltisme : 1=oui 2=non 3=indéterminé

A la palpation :

* état de l'abdomen: 1=contracture 2=défense 3=souple

-**siège** : 1=hypochondre G 2= hypochondre D 3=épigastre
4=ombilic 5=Flanc G 6= flanc D 7= hypogastre 8= FIG
9= FID 10= diffus 11= 5+8 12= 11+1 13=9+6
14= 13+2 15= indéterminé 16=autre

Si autre, préciser :.....

* orifices herniaires : 1=libres 2= hernie libre
3 =hernie étranglée 4= indéterminé

-**topographie** : 1=ombilicale 2 = inguinale D 3=inguinale G
4=épigastrique 5= ventrale latéral (spiegel) 6= fémorale
7= interne 8= autre 9=indéterminé

Si autre, préciser :.....

* tv : 1=fait 2= non fait

a- col utérin :

-position : antéversé =1 médian=2 rétroversé=3
4=dévié à G 5=dévié à D 6=indéterminé
-consistance : 1=cartilagineuse 2= dure 3=indéterminée
-contours : 1=réguliers 2=irréguliers 3=indéterminés
-col mobile : 1=oui 2=non 3= indéterminé
-mobilisation douloureuse : 1=oui 2=non 3=

indéterminé

-orifice externe : 1=ouvert 2=fermé 3= indéterminé

b- culs de sac vaginaux : 1=vides 2=comblés 3= indéterminé

c- annexes : 1=perceptibles 2=non perceptibles 3= indéterminé

* tr : 1=fait 2= non fait

- **sphincter** : 1=hypotonique 2= normotonique

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

7=anticoagulant
8=indéterminé
9=autre

Si autre préciser :.....

C-Paraclinique :

a-ASP : 1= faite 2= non faite
1=normale 2=niveaux hydroaériques + haut que large
3=grisaille diffuse 4=niveaux hydroaériques + large que haut
5=pneumopéritoine
6= aérobilie 7=distension intestinale diffuse 8= autre
9=indéterminé

si autre préciser :.....

b-échographie : 1=fait 2= non faite
1=normale 2=adénopathie 3=calcul biliaire
4=masse utérine 5=masse annexielle 6=ascite
7=pathologie rénale 8=pathologie hépatique 9=autre
10=indéterminé

si autre ou si anomalie,préciser :.....

c -FOGD : 1=fait 2=non faite
1=normale 2=anomalie 3=indéterminé

si anomalie,préciser :.....

d- TOGD : 1=fait 2=non fait
1=normal 2=anomalie 3=indéterminé

si anomalie,préciser :.....

e- anorectoscopie : 1=fait 2=non faite
1=normale 2=anomalie 3=indéterminé

si anomalie,préciser :.....

f- lavement baryté : 1=fait 2=non fait
1=normal 2=anomalie 3=indéterminé

si anomalie,préciser :.....

g- scanner abdominal : 1=fait 2=non fait
1=normal 2=anomalie 3=indéterminé

si anomalie,préciser :.....

h - autres examens complémentaires : 1= oui 2=non
si oui, préciser avec résultats :

D- Diagnostic :

a- Diagnostic pré-opératoire :
b -Diagnostic per-opératoire :
c- spécifications :
- siège : 1=grêle 2= colon 3=1+2
- mécanisme : fonctionnel=1 strangulation=2
obstruction=3
- étiologie :
1= bride-adhérence 2=hernie étranglée 3= volvulus du
sigmoïde
4=volvulus du caecum 5=tumeur colique 6= péritonite
7=appendicite 8= médicamenteuse 9= sigmoïdite
10= autre
si autre préciser :

E- Traitement :

- médical :
a- en pré-opératoire : 1=rien 2=SNG 3=ReH2O 4=ATB
5=2+3 6=2+4 7=3+4 8= 5+4 9=indéterminé 10=
autre
Si autre préciser :

b- en per-opératoire : 1=rien 2=SNG 3=ReH2O 4=ATB 5=2+3
6=2+4 7=3+4 8= 2+3+4 9=indéterminé 10= autre
Si autre préciser :

c-en post-opératoire :
*J1-J3 : 1=rien 2=SNG 3=ReH2O 4=ATB 5=2+3
6=2+4 7=3+4 8= 2+3+4 9=indéterminé 10= autre
Si autre préciser :

- chirurgical :
a- opérateur : 1=Professeur 2= Assistant 3=C.E.S
4=médecin 5= indéterminé 6= autre
si autre préciser :

b -état de l'anse : 1= saine 2=inflammatoire 3= nécrosée
4=indéterminé
c- technique opératoire :
-voies d'abord : 1= médiane 2=sus-ombilicale
3=sous-ombilicale 4= pararectale
-geste :

Proposition de SOP de l'interrogatoire, de l'examen physique et du suivi d'un patient consultant pour urgence chirurgicale :

Date :

Historique : version 1

Nombre de pages : 7

PARTICIPANTS A L'ELABORATION :

SIGNATURES :

1- Professeur S. SOUMARE	
2- Professeur D. SANGARE.	
3- Docteur Z. Z. SANOGO	
4- Docteur S. YENA	
5- Arlette DONGMO	

BUT :

Standardiser la prise de renseignements administratifs, cliniques, para cliniques ainsi que l'examen physique des patients consultant dans notre service pour urgence chirurgicale :

- Hémorragie digestive
- Occlusion intestinale aigue
- Appendicite aigue
- Angiocholites et autres infections des voies biliaires
- Ischémie intestinale aigue
- Traumatisme abdominal

MATERIEL :

Le médecin ou l'interne charge du dossier se munira de :

- stylos à encre bleu, noir et rouge
- Dossier vierge
- Un stéthoscope
- Un tensiomètre
- Une paire de gants
- Un pot de vaseline

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

- Un thermomètre
- Une montre munie d'un chronomètre

- **PROCEDURE :**

A/ DONNEES ADMINISTRATIVES

N° du dossier :

Date de consultation :

Date de sortie :

Nom et Prénom :

Sexe :

Age (ans) :

Profession :

Ethnie :

Adresse (Lieu de résidence permanent):

N° de téléphone :

Nationalité :

Situation matrimoniale :

Médecin traitant ou interne :

B/DONNEES CLINIQUES

ANAMNESE :

Motif de consultation :

Histoire de la maladie :

-Durée d'évolution de la symptomatologie :

-Signe fonctionnel principal (En préciser les caractéristiques) :

-Plaintes associées* :

- Traitement reçu et évolution sous ce traitement (préciser les autres traitements en cours) :

Antécédents

médicaux :

(HTA, diabète, asthme, ulcère
, tuberculose , drépanocytose , IST, sub-occlusion)

gastroduodéal

*Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du
Point-G : Revue de cas.*

Antécédents chirurgicaux : _____

*= **rechercher signes digestif** (nausée, vomissement, diarrhée, constipation, rectorragie, hématomèse, arrêt des matières ou des gaz, douleur) **urinaire** (pollakiurie, dysurie, brûlure mictionnelle, hématurie, rétention ou incontinence urinaire, etc), **cardio-respiratoire** (palpitation, dyspnée, hémoptysie, toux, etc) **et généraux** (amaigrissement, asthénie, fièvre, frissons, sueurs froides, etc)

Antécédents gynécologique :

- Ménarche (age)
- Aménorrhée (primaire ___ /secondaire___ durée (semaines)___)
- Ménorragies
- métrorragies
- Oligoménorrhée
- Date des dernières règles :
- Durée habituelle du cycle :(en J) Régularité : oui___
non___
- Dyspareunie : oui___ non___
- Disménorrhée : oui___ non___
- Leucorrhée : oui___ non___ Aspect :
- Prurit vulvaire : oui___ non___
- Contraception (préciser la méthode) :
- Ménopause : oui___ non___

Antécédents obstétricaux :

- Nombre de grossesses
- Nombre de parité
- Enfants vivants - Enfants décédés
- Nombre d'avortements : _____ ; (Spontanés __, Provoqués__)
- Age du dernier enfant :
- Patiente allaitante : oui___ non___

Signes généraux :

- Taille _____cm
- Poids _____Kg
- TA (mm Hg) : ____/____
- température : ____;____°C
- Pouls (puls/mn) :
- Fréquence respiratoire (cycle/mn) :
- Indice de Karnofsky :
- Indice de Glasgow :
- Etat des conjonctives : bien colorées___ pâles___

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

hyperhémiee__

ictériques__

- Aires ganglionnaires :
- Autre :

Examen cardio-vasculaire:

- Reflux hépato- jugulaire : oui__ non__
- Bruits du cœur : bien perçu__ assourdis__
- Rythme : régulier__ tachycarde__ bradycarde__
arythmique__
- souffle (préciser siège, temps et irradiations): oui__ non__

-bruit surajouté :

Examen pulmonaire :

Inspection :

- Cyanose :
- Respiration bouche ouverte :
- Symétrie du thorax :
- Hippocratisme :
- Tirage :

Palpation (préciser siège de l'anomalie):

Percussion (préciser siège de l'anomalie) :

Auscultation (préciser siège de l'anomalie) :

Examen abdominal :

Inspection :

- Présence d'une cicatrice de laparotomie (préciser siège):
- Péristaltisme :
- Ampliation abdomino-thoracique : normale__ superficielle__ absente__
- Tuméfaction abdominale (préciser siège, symétrie, contours, mobilité, taille) :

-plis de déshydratation : oui__ non__

Palpation :

- Douleur (siège, irradiations) :

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

- Foie : perçu non perçu
- Vésicule biliaire : perçue non perçue -Murphy : oui__
non__
- Rate : perçue non perçue
- Contact lombaire :
- Etat de la paroi : souple__ défense__ contracture__
* siège de l'anomalie :
- Orifices herniaires (siège, expansibilité, réductibilité):

- Masse abdominale (siège, consistance, contours, mobilité, taille) :

Percussion :

- Siège de Tympanisme :
- Siège de matité :

Auscultation :

- Borborygmes__ -Silence__

Touchers pelviens :

Toucher vaginal :

Vulve : Sans particularité _____ excision _____ Autres _____

Col : Long _____ Court _____

Position : antérieur _____ médian _____ postérieur _____

Orifice externe : fermé __ ouvert__

Contours : réguliers__ irréguliers__

Mobilisation : indolore__ douloureuse__

Utérus : taille : normale__ augmentée__

autre : _____

Position : antéversé _____ rétroversé _____

Culs de sac latéraux :

Souple : oui__ non__ Douloureux : oui__ non__

Annexes : perceptibles__ non perceptibles__

Indolores _____ douloureux__

Le doigtier revient : - propre - Taché de sang
- Souillé de leucorrhées - imprégné de glaire

Toucher rectal :

-Position : genupectorale__ décubitus dorsal __

autre : _____ -Inspection

: marisque__ bourrelets hémorroïdaires __ à _____ H

fissure anale__ autre : _____

-Tonicité sphinctérienne :

-Douglas : Bombé : oui__ non__ douloureux : oui__

non__

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

-Ampoule rectale : vide__ fécalome__ masse__ selles__
- Prostate : normale__ hypertrophiée__ douloureuse :
oui__ non__
-Le doigtier revient : propre__ taché de sang__ taché de
selles__

Résumé syndromique :

Hypothèses diagnostiques :

-
-
-

CAT :

- Réanimation médicale :
- Mise en place d'une sonde nasogastrique :
- Autre :

C / DONNEES THERAPEUTIQUES :

- Diagnostic pré opératoire :
- Diagnostic per opératoire :
- Thérapie :
- Siège et mécanisme de l'anomalie :
- Etat des anses :
- incidents per opératoire :

D/ SUITES OPERATOIRES (jour, plaintes, constantes, incidents, conduite à tenir):

E/ DONNEES COMPLEMENTAIRES :

1) Imagerie (date, conclusion)

2) Biologie (date, résultat, normes)

F- TRAITEMENT (jour, consignes):

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : DONGMO

Prénom : Arlette Michelle

Titre: *Les occlusions intestinales aiguës (OIA) dans le service de chirurgie 'A' de l'hôpital du point- G : Revue de cas*

Année académique : 2005-2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Cameroun

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Secteurs d'intérêt : Urgence, Chirurgie viscérale

RESUME :

L'occlusion intestinale aiguë est une affection grave qui se caractérise par une interruption complète et persistante du transit intestinal. Nous avons réalisé une enquête dans le but d'étudier cette pathologie dans le service de chirurgie 'A' de l'hôpital national du point- G (Mali).

L'enquête s'est déroulée de façon prospective pendant une période de 12 mois ; allant de janvier 2005 à décembre 2005. Elle a porté sur 82 individus et les données ainsi recueillies ont été analysées par les logiciels SPSS 11.0 et Epi 6.04.

La population de notre étude a un âge moyen de 38,32 ans et un taux de féminisation de 35%. Le délai moyen de consultation observé est de 5,28 jours, suivi d'un séjour hospitalier moyen de 15,31 jours. La douleur est le signe de la triade occlusive qui a le taux de sensibilité le plus élevé (0,95) tandis que l'ASP est l'examen à visée diagnostic qui a été le plus réalisé (87,8%) avec un taux de 70,3% d'images typiques d'occlusion intestinale (niveaux hydro-aériques). Nous

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

avons opéré 94,7% de nos patients. 88% des patients opérés présentaient des occlusions mécaniques dont 77,3% par strangulation. Il est à noter que la réanimation médicale pré opératoire n'a été effective que pour 55,2% de notre échantillon et que seuls 4,94% de nos patients ont séjourné en réanimation dans les suites post opératoires immédiates. La mortalité observée est de 2,5% pendant le temps opératoire, pour atteindre 6,8% dans les suites post opératoires immédiates (J0- J10), et une mortalité nulle dans les suites à un mois. La morbidité quant à elle est de 5,9% pendant le temps opératoire ; de 25% pendant les suites post opératoires immédiates et de 22,2% à un mois. On obtient une mortalité post opératoire globale de 6,17%.

Les résultats de notre enquête montrent que l'occlusion intestinale est une pathologie de l'adulte jeune de sexe masculin, dont le mécanisme est essentiellement mécanique (strangulation). Cette affection connaît une morbidité et une mortalités élevées qui sont liées au retard diagnostique et thérapeutique de la maladie.

Mots clé : Occlusion - Strangulation – Stomie - ASP

SIGNALETIC FILE:

Name: DONGMO

Surnames: Arlette Michelle

Title: Acute bowel obstructions in the surgery ` A' department of the point G national hospital (Mali): case review

School year: 2005-2006

Viva's town: Bamako

Country of origin: Cameroon

Place of deposit: Library of the medicine, pharmacy and odonto-stomatology faculty of Mali.

Sectors of interest: Emergency, viscera's surgery

SUMMARY:

Acute bowel obstruction is a serious disease which is characterized by a complete and persistent interruption of intestinal transit. We carried out an investigation with an aim of studying this pathology in the surgery ` A' department of the point G national hospital (Mali).

The investigation proceeded in a prospective way for a 12 months period; from January 2005 to December 2005. It related to 82 individuals and the data thus collected were analyzed by the software SPSS 11.0 and E.A.R 6.04.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie 'A' de l'Hôpital du Point-G : Revue de cas.

The population of our study has 38,32 years old mean age and a rate of feminization of 35%. The average limit time of counselling is 5,28 days, and average hospital stay is 15,31 days. The pain is the sign of the occlusive triad which has the highest rate of sensitivity (0,95) while plain abdomen is the exploration which was the most carried out (87,8%) with a rate of 70,3% of bowels obstruction typical images (hydroaeric levels). We operated 94,7% of our patients. 88% of the operated patients presented mechanical bowel obstruction including 77,3% by strangulation. It should be noted that the operational pre medical reanimation was effective only for 55,2% of our sample and that only 4,94% of our patients remained in reanimation during the immediate operational continuations. Mortality observed is 2,5% during operational time, to reach 6,8% in the immediate operational continuations (Day 0- Day10), and a null mortality in the continuations at one month. Morbidity was 5,9% during operational time; 25% during the immediate operational continuations and 22,2% at one month. One obtains a total post operational mortality of 6,17%.

The results of our investigation show that bowel obstruction is a pathology of the young adult of male sex, whose mechanism is primarily mechanical (strangulation). This affection knows a high morbidities and mortalities which are related to the diagnosis and therapeutic delay of the disease.

Key words: Bowel obstruction - Strangulation – Ileo-colostomy- Plain abdomen