

Moussa KEBE

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE
SUPERIEURE ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
===== [] =====

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

Année Universitaire 2008-2009



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie



TITRE :

**Evaluation de la Prise en Charge des
Urgences Chirurgicales Digestives dans le
service de chirurgie B de l'Hôpital *Fousseyni*
Daou de Kayes.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ 2009
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par Mr *Moussa KEBE*
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY

Président du jury : Professeur Djibril Sangaré

Membres du jury : Docteur Seydou Togo
Docteur Adama Koita

Codirecteur de thèse : Docteur Modibo Timbo
Directeur de thèse : Professeur Zimogo Zié Sanogo

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A mes parents :

A mon père Feu Balla Kebe

Tu as été pour moi un exemple de courage et de persévérance dans l'accomplissement du travail bien fait, ce travail est la consécration de tous les efforts que vous avez déployés pour moi. Cher père ce travail est le fruit de vos prières et éducations.

Dors en paix, Que le tout puissant vous accorde sa grâce. Amen

A ma mère Maciré Coulibaly

Tu as guidé mes premiers pas, tu t'es beaucoup sacrifiée afin de nous donner une bonne éducation. Tes conseils et tes encouragements m'ont toujours accompagnés durant toutes mes études et ont fait de moi un homme fier d'être ton fils. Malgré tes modestes moyens, tu n'as ménagé aucun effort pour me venir en aide. J'aimerais t'offrir ce travail en guise de ma reconnaissance et de mon amour indéfectible.

A mon oncle : Feu Moussa Gagny Coulibaly

Auprès de vous, j'ai connu l'amour, vous m'avez donné tout ce qu'un fils peut attendre d'un père. Ma réussite actuelle je vous la dois. Dors en paix Tonton.

A ma tante : Alimatou Coulibaly dite Bah

Les mots me manquent pour vous remercier, merci pour les soutiens financiers et les bons conseils que j'ai reçus de vous.

A mes frères et sœurs : Boubacar, Seyba, Pinpin, Racine, Zé, Maraka, Djatou, Fantani, Samba, Daniel, Fanta Touré, Mohamed Traoré

En témoignage de notre fraternité, notre union et notre solidarité. Trouvez ici l'expression de toutes mon affection et mon respect à votre égard.

A Mlle Fatoumata Bintou Coulibaly

C'est le moment de vous réitérer mes sincères remerciements.

A ma fiancée : Salimata Sangaré

Merci pour tes encouragements et ton assistance.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Je profite de cet instant solennel pour :

Rendre grâce à **Dieu** :

Le miséricordieux, le tout puissant par excellence et par essence à qui nous implorons aide et assistance, de m'avoir donné le courage d'atteindre ce niveau. Qu'il nous assiste et nous guide sur le droit chemin. Amen

Remercier :

Mes Tantes :

Vos bénédictions, vos conseils et encouragements m'ont permis d'atteindre ce niveau. Trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Mes oncles tous :

Bourama Coulibaly dit Maranfa, Cheickné Coulibaly, Mamadou Badjaga, Soumaïla Coulibaly, Ibrahim Coulibaly

Vous êtes une référence pour moi. Vous n'avez jamais cessé un instant de m'assister durant mes études. Retrouvez ici, chers oncles l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon plus grand respect.

A mes cousins et cousines :

Mohamed Traoré, Zoumana Dao, Mariam Coulibaly, Cheick Sidi Coulibaly
Merci pour vos encouragements et vos disponibilités.

A mes amis:

Machoud Bah

Woundioum Niang dit Vé

Ousmane Diallo

Opa Badiaga

Issa Sidibé

C'est le moment de vous réitérer ma profonde reconnaissance.

A mes maîtres d'école :

Merci pour la qualité de la formation que vous avez dispensé.

Au corps professoral de la faculté de Médecine

Merci pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la formation que vous dispensez.

A tout le personnel de l'hôpital de Kayes :

Dr Niara Bengali **Directeur de l'hôpital**
Dr Modibo Keita Médecin généraliste
Dr Boubacar Sissoko Chirurgien
Dr Mamaye Kouyaté Chirurgien pédiatrique
Dr Konaté Ophtalmologue
Dr Sangaré Chirurgien
Dr Goundo Soumbounou Anesthésiste réanimateur
Mr Mamadou Diallo **Surveillant Général de l'Hôpital**
Mr Sidaly

Merci pour la qualité de la formation que nous avons reçue auprès de vous.

Aux personnels de la chirurgie B :

Modibo Timbo Chirurgien
Mr Mamadou Diallo : Surveillant général de l'hôpital et major de la chirurgie
Mr Samba Diarra : Technicien de santé
Mr Sissoko : Technicien de surface
Dr Diakité Mamadou dit Play : Stagiaire
C'est le moment de vous réitérer ma profonde gratitude

A tout le personnel du bloc opératoire

Mr Moriba Sinayogo et ses collaborateurs
Mr Abdoulaye Cissé Major du Bloc opératoire
Mr Gueladio Traoré Anesthésiste
Mr Fanto Anesthésiste
Mr Yacouba Sissoko Anesthésiste

A mes amis et cadets internes et étudiant

Internes Papus, Ousmane, Macalou Ibrahim, Fofana, Abdoulaye Cissé.

A la mission cubaine

AUX MEMBRES DU JURY

A Notre Maître et Président du Jury

Professeur Djibril Sangaré

Professeur titulaire en chirurgie générale

Chef de service de la chirurgie A

Cher Maître, c'est un honneur pour nous de vous avoir comme
Président du jury.

Véritable bibliothèque vivante vous nous avez donné l'amour de la
médecine et grâce à vous, le CHU du point G à travers ce service multi
disciplinaire qui est la chirurgie « A » est une référence aujourd'hui
dans la sous région voire en Afrique.

Votre rigueur scientifique, votre intégrité et votre disponibilité ne
constituent qu'une partie de vos qualités scientifiques et sociales.
Vous nous avez enseigné le savoir faire et le savoir être.
Veuillez trouver ici cher Maître l'expression de notre profonde
gratitude.

A Notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Zimogo Zié Sanogo
Professeur titulaire en chirurgie générale.

Cher maître c'est un honneur pour nous de vous avoir comme Directeur de thèse.

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

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

En témoignage de notre reconnaissance nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre sincère remerciement.

A NOTRE MAITR ET MEMBRE DU JURY

**Docteur ADAMA KOITA Maître assistant à la
FMPOS Chirurgien praticien au CHU du point G**

Votre courage, votre grande amitié pour vos collaborateurs et élèves,
votre simplicité ont forcé l'estime et l'admiration de tous.

Cher Maître, veuillez accepter nos sentiments de reconnaissance et de
respect

A Notre Maître et Membre du jury

Docteur Seydou Togo Maître assistant à la FMPOS, Chirurgien praticien au CHU du point G

Cher Maître nous sommes très heureux de vous avoir dans notre jury. Votre abord facile, votre modestie et surtout la clarté de l'enseignement reçu à vos côtés font de vous une référence. Votre contribution pour la réalisation de ce travail fut plus que substantielle ; il est le votre.

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

**A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE
THESE**

Docteur Modibo TIMBO

Spécialiste en chirurgie générale

Praticien à l'hôpital régional de Kayes

Cher Maître ce travail est le fruit de vos efforts.

Nous avons été émerveillé par votre courage, votre amour pour le travail bien fait joint à votre sens élevé du respect des autres, votre rigueur dans le travail, votre modestie vous valent toute notre admiration.

Nous sommes fiers d'avoir appris à vos cotés.

Soyez assuré cher Maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

ABREVIATIONS:

- ASP** : Abdomen Sans Préparation.
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire.
- COARF** : Centre d'Orthopédie d'Appareillage et de Rééducation Fonctionnelle.
- CSCOM** : Centre de Santé Communautaire.
- DNSI** : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique.
- DRS** : Direction Régionale de la Santé.
- FID** : Fosse Iliaque Droite.
- FMPOS** : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie
- HRFD** : Hôpital Régional Fousseyni DAOU.
- ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie.
- RX** : Radiographie.
- SF** : Signes Fonctionnels.
- SG** : Signes Généraux.
- SP** : Signes Physiques.
- T°** : Température.
- T A** : Tension Artérielle.
- TR** : Toucher Rectal.
- TV** : Toucher Vaginal.

SOMMAIRE

I Introduction et Objectifs.....	1-2
II Généralités.....	3
Rappel anatomique.....	3-5
Quelques pathologies	
-Appendicite aigue.....	6- 12
-Péritonite aigue.....	13-15
-La hernie étranglée.....	16 - 19
-L'occlusion intestinale aigue.....	20 - 26
III Méthodologie.....	27- 30
IV Résultats.....	31- 37
V Commentaires et discussions.....	38- 41
VI Conclusion & Recommandations.....	42- 43
- Bibliographie.....	44-48
-Questionnaire	
-Serment d'Hippocrate	

I. INTRODUCTION

L'expression d'urgence chirurgicale est ambiguë « Stricto sensu » elle désigne une affection requérant sans retard un geste chirurgical [10].

Les urgences en chirurgie digestive constituent une part importante des activités du service des urgences chirurgicales. Apanage de tous les âges, l'urgence chirurgicale digestive relève de plusieurs étiologies et pose toujours un problème de prise en charge [36].

La douleur abdominale constitue l'un des symptômes les plus fréquents et le premier motif de consultation.

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place importante en chirurgie par : leur fréquence, leur prise en charge et leur taux de morbidité et de mortalité.

Elle constitue de ce fait une préoccupation permanente pour le chirurgien comme en atteste de nombreuses études :

En France 5 des 10 premières étiologies des urgences abdominales étaient chirurgicales (appendicite aigue, cholécystite aigue, occlusion intestinale aigue, ulcère perforé, pathologie néoplasique) [34].

En Cote D'Ivoire (Abidjan), en 1990, Issimailla K [37], à partir d'une étude sur les urgences chirurgicales abdominales, a trouvé une fréquence générale de 33,31%.

Au Mali (Bamako) à l'Hôpital du Point G, S.koumaré en 1999, dans sa thèse sur les urgences chirurgicales a trouvé une fréquence générale de 20% et un taux de mortalité de 2% [41].

A Kayes (Mali) B .Dembélé en 2005 dans son étude sur les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital de Kayes a rapporté une fréquence générale des urgences digestives de 19,85% et un taux de mortalité de 5% [26].

Le but de ce travail est de réactualiser les données sur les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes avec les objectifs suivants.

OBJECTIFS

1-L'objectif général :

Evaluer la prise en charge des urgences chirurgicales digestives au service de chirurgie générale de L'Hôpital Fousseyni Dao de Kayes.

2- Les objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives.
- Déterminer les moyens diagnostiques et de traitement des urgences chirurgicales digestives.
- Déterminer les problèmes liés à la prise en charge des urgences chirurgicales digestives.
- Déterminer le taux de morbidité et de mortalité des urgences chirurgicales digestives.

II. LES GÉNÉRALITES

L'abdomen représente avec le petit bassin la partie sous diaphragmatique du tronc.

La séreuse péritonéale qui entoure les viscères divise la cavité abdominale en deux parties :

- intra péritonéale : qui contient les viscères digestifs péritonisés
- retro péritonéale : qui contient les organes urinaires, les surrénales, les axes vasculo- nerveux.

1 Rappel anatomique de l'appareil digestif :

Il comprend : la bouche, l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le colon, le rectum, le canal anal.

1-1 L'œsophage :

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

1-2.L'estomac :

C'est un réservoir musculeux interposé entre l'œsophage et le duodénum. Il est situé au dessous du diaphragme dans la cavité abdominale où il occupe l'hypochondre gauche et une partie de l'épigastre.

L'orifice d'entrée est le cardia au niveau duquel se trouve un système anti-reflux formant l'angle de HISS sans sphincters vrais.

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

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

Dans la cavité gastrique se passe un temps important de la digestion sous l'action d'un double phénomène : mécanique dû aux contractions des muscles de

l'estomac (péristaltisme) et chimique dû au suc gastrique sécrété par les glandes de la paroi.

Ces deux phénomènes aboutissent à la formation du chyme.

1-3 L'intestin grêle :

C'est un tube cylindrique, musculo-membraneux qui unit l'estomac et le colon, sépare de l'estomac par le sphincter pylorique. Sa limite inférieure est marquée par un sillon : sillon iléo-cæcal et une valvule : valvule de Bauhin.

1-3-1 Le duodénum :

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

-duodénum horizontal du pylore au genou supérieur, sa portion ampullaire est appelée bulbe.

-duodénum vertical du genou supérieur au genou inférieur

-duodénum ascendant jusqu'à l'angle duodéno jéjunal.

1-3-2 Le jéjuno-iléon :

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

Il comprend 15 à 16 flexuosités ou anses intestinales. Les anses jéjunales sont disposées horizontalement dans la cavité abdominale supérieure gauche tandis que les anses iléales sont placées verticalement dans la cavité abdominale inférieure droite. Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'ileon sous l'action de la bile, du suc pancréatique et du suc intestinal, le chyme gastrique est transformé en chyle qui est absorbé par un énorme réseau vasculaire qui est drainé vers le foie par le système porte.

1-4 colon- rectum- canal anal :

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

1-5 Glandes annexes :

1-5-1 Le Foie :

C'est un organe glandulaire indispensable à la vie, placé sur le trajet de la veine porte, et destiné à de multiples fonctions physiologiques : Stockage du glucose sous forme de glycogène, fonction de détoxification, élaboration de la bile etc.... Il joue un rôle important dans la digestion, puisque tout ce qui est élaboré au niveau du grêle lui parvient par le système porte.

1-5-2 Pancréas :

Organe profond, retro péritonéale, on lui décrit 3 portions : la tête, le corps et la queue.

La tête est inscrite dans le cadre duodénal, dont elle est indissociable, c'est à ce niveau que sa sécrétion externe se déverse dans l'intestin grêle par l'intermédiaire du canal de Wirsung et du canal de Santorini.

2 STRUCTURE GENERALE DU TUBE DIGESTIF :

La paroi du tube comprend :

-**une couche interne muqueuse** qui a selon les endroits, un rôle de sécrétion ou

un rôle d'absorption par l'intermédiaire des capillaires ou des chylifères sous muqueux.

-un tissu aréolaire formant **la sous muqueuse**.

- **une couche musculaire moyenne** qui a en fait une double épaisseur : les fibres circulaires en profondeur, et les fibres longitudinales en superficie.

-**une couche externe ou séreuse** n'existe que dans le trajet abdominal du tube digestif.

Le péritoine est une membrane qui tapisse la paroi interne de la cavité abdominale et pelvienne et les organes contenus dans cette cavité à l'exception des ovaires.

QUELQUES PATHOLOGIES :

L'APPENDICITE AIGUE :

1. Définition

C'est l'inflammation aiguë de l'appendice.

Les modifications inflammatoires de l'appendice sont fréquentes (causes la plus fréquente de laparotomie) et peuvent être classées en stade différent suivant l'intensité du processus pathologique et son extension aux différentes couches de l'organe.

Dans l'appendicite aiguë catarrhale, l'inflammation, est au moins initialement, localisée à la muqueuse appendiculaire. Si le processus inflammatoire ne régresse pas à ce stade, il se produit une ulcération muqueuse qui, mettant en contact la sous muqueuse puis la musculuse avec le contenu appendiculaire, donne lieu à l'appendicite aiguë suppurée caractérisée par une augmentation de volume de l'appendice qui est épaissi et de couleur rouge plus ou moins foncé.

La suppuration de la paroi appendiculaire peut gagner la cavité abdominale y provoquant une suppuration qui peut être collectée (abcès) ou généralisée (péritonite).

Le siège de l'appendice est variable, à côté de la position iliaque droite la plus habituelle, il faut insister sur les situations retro-cæcale, pelvienne et méso cœliaque, en raison de leur relative fréquence.

2. Type de description : Appendicite catarrhale chez l'adulte

Les signes fonctionnels :

- la douleur dans la fosse iliaque droite sourde et progressive, permanente sans irradiation ;
- les vomissements, la constipation.

Les signes généraux :

- la température : 38-38,5°C ;
- la tension artérielle est normale ;
- la langue est saburrale

Les signes physiques :

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

Les signes para cliniques :

- la NFS montre une hyperleucocytose (1500 à 20000 GB/mm³) surtout à Polynucléaire neutrophiles ;
- l'échographie peut parfois montrer un gros appendice à parois épaisses ou un épanchement péri appendiculaire.

3. L'évolution :

Elle est imprévisible. Une régression spontanée peut survenir après la crise d'appendice, mais cette régression spontanée est rare.

La plupart du temps l'évolution se fait vers l'aggravation en quelques jours parfois cette aggravation est entrecoupée d'une accalmie traîtresse. L'aggravation peut se faire vers le **plastron** ou vers la **péritonite**.

3.1 Le plastron :

Il est souvent favorisé par une antibiothérapie abusive, fait au début de la crise d'appendicite.

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans le cas typique.

Signes physiques : la fosse iliaque droite est le siège d'un blindage dur, douloureux, mal limité. Le toucher rectal et vaginal trouve une douleur à droite

Signes généraux : la température est à 38°C ou plus, le pouls est accéléré

Signes para cliniques : hyperleucocytoses à polynucléaire neutrophile.

La radiographie ASP trouve parfois des niveaux hydro-aériques.

L'évolution peut se faire vers la régression ou vers la péritonite

3.2 La péritonite

Signes généraux : la température est élevée à 40°C, le pouls est accéléré

Signes physiques : contracture abdominale généralisée dite **contracture en ventre de bois** et maximum dans la fosse iliaque droite. Le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent une douleur dans le Douglas.

Signes para cliniques :

L'hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile.

La radiographie sans préparation trouve parfois des niveaux hydro-aériques.

L'évolution sans traitement se fait vers la mort en quelques heures.

4. Diagnostic différentiel

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

4.1 Les pathologies médicales les plus fréquemment évoqués sont :

Le paludisme :

Il est parfois caractérisé par :

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

L'hépatite virale :

Elle peut faire croire à une appendicite si elle se révèle par :

- une douleur de tout le flanc droit ;
- des vomissements ;
- une fièvre. ;
- la douleur est haute, il y a un sub-ictère, les transaminases sont élevées ;
- la notion de contagé.

L'adénolymphite mésentérique :

Est une inflammation des ganglions mésentériques, sans atteinte de l'appendice.

L'examen clinique ne permet pas de la distinguer de l'appendicite aiguë à coup sûr. Il faut donc soit hospitaliser le malade et suivre l'évolution clinique, soit faire une intervention exploratrice.

Colique néphrétique droite :

Peut faire penser à une appendicite devant :

- une douleur du flanc droit ;
- des vomissements ;
- une constipation ;

Mais : les douleurs commencent dans la fosse lombaire, elles irradient dans la fosse iliaque droite et souvent dans les organes génitaux externes et la racine de la cuisse.

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

La pneumopathie basale droite :

Peut faire penser à une appendicite quand elle se révèle par :

- des douleurs du flanc droit ;
- la fièvre.

Ici, il y a la toux et les signes d'atteintes pulmonaires droites à l'examen.

Les douleurs d'ovulation :

Peuvent faire penser à une appendicite lorsqu'elles siègent dans la fosse iliaque droite. Mais ces douleurs surviennent au 14^e jour du cycle.

4.2 Les pathologies chirurgicales :

Presque toutes les pathologies chirurgicales digestives peuvent se révéler par un syndrome pseudo appendiculaire. En principe la mise en observation du malade doit pouvoir orienter le diagnostic ainsi que les examens complémentaires. Mais dans certains cas c'est l'intervention chirurgicale qui redresse le diagnostic à condition d'explorer le ventre minutieusement.

Il faut savoir éliminer :

Chez la femme :

- une salpingite droite
- une grossesse extra utérine droite non rompue
- une complication d'une tumeur ovarienne droite (dans ce cas, le toucher vaginal et l'échographie peuvent mettre en évidence la tumeur)

Chez le vieillard : un cancer du cæcum

Chez la vieille femme : une lithiase vésiculaire

Chez l'enfant : un diverticule de Meckel

5. formes cliniques :

5.1 Formes selon le terrain :

L'appendicite du nourrisson :

Caractérisé par sa rareté et son évolution rapide (la péritonite peut apparaître en moins de 24 heures).

Elle est grave parce que : le diagnostic peut être posé tardivement, la contracture n'est pas toujours retrouvée en cas de péritonite.

L'appendicite de la femme enceinte :

Est caractérisée par

au 1^{er} trimestre : peu de différence avec l'appendicite typique

au 3^e trimestre : la douleur appendiculaire est plus haute, la défense est moins nette

Un problème de diagnostic différentiel se pose avec la pyélonéphrite de la femme enceinte.

La pyélonéphrite est caractérisée par : des douleurs du flanc droit surtout lombaire, des nausées, une constipation, une température à 38- 39°C avec des frissons parfois ; des troubles urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles)

5.2 Formes selon le siège

L'appendicite pelvienne :

Elle se voit chez la femme non enceinte, se caractérise par :

- des douleurs basses dans la fosse iliaque droite ;
- des nausées
- une constipation
- une température à 37-37,5°C
- un pouls accéléré
- une douleur provoquée à la palpation de la partie basse de la fosse iliaque droite
- Le toucher rectal et le toucher vaginal provoquent des douleurs aiguës à droite.

L'appendicite retro-cæcale

L'appendice est situé derrière le cæcum, en contact avec la paroi abdominale postérieure. Le maximum de signes est donc vers l'arrière, et la douleur provoquée ne sera décelée que par le palper bi manuel, une main iliaque et l'autre lombaire qui met en évidence la douleur, au dessus du versant postérieur de la crête iliaque. Cette variété d'appendicite évolue volontiers vers l'abcès que vers la péritonite, car l'infection reste limitée à la logette rétro cæcale.

L'appendicite méso cœliaque

Les dernières anses iléales peuvent adhérer à l'appendice, expliquant que cette forme se révèle volontiers par un tableau d'occlusion fébrile. Le diagnostic précis est difficile à poser, car l'appendice est profond, masqué par un couvercle d'anses grêles, donc difficilement accessible au palper abdominal.

Par ailleurs, il est souvent trop haut situé pour que l'on déclenche, par le toucher rectal ou vaginal, une douleur provoquée. Valeur de la leucocytose avec polynucléaire neutrophile qui signe l'existence d'un foyer infectieux. L'échographie permet en règle de la localiser

L'appendicite herniaire

Frappant un appendice situé dans le sac d'une hernie inguinale droite, fait penser à un étranglement herniaire. L'intervention redresse le diagnostic.

6. Principe du traitement de l'appendicite aigue :

Appendicite catarrhale :

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

Le plastron appendiculaire :

Son traitement comporte

- une réanimation médicale (perfusions, diète totale)
- la vessie de glace sur la fosse iliaque droite,
- une antibiothérapie,
- une surveillance médicale rigoureuse,
- si les troubles disparaissent totalement il faut faire l'appendicectomie après 4-8 semaines.

L'abcès appendiculaire :

Nécessite

- une appendicectomie
- une antibiothérapie dirigée par un antibiogramme

La péritonite appendiculaire :

Nécessite

- une réanimation médicale pré, per, post-opératoire, jusqu'à la reprise du transit intestinal,
- la mise en place d'une sonde naso gastrique aspirative,
- une appendicectomie,
- une toilette péritonéale,
- un drainage de la fosse iliaque droite,
- une antibiothérapie proposée par beaucoup d'auteurs.

LA PERITONITE AIGUE :

1. Définition :

Ce sont toutes les infections aiguës du péritoine. Elles peuvent être exceptionnellement primitive due à l'inoculation directe du péritoine par un germe amené par voie sanguine (pneumocoque, streptocoque) ou par les voies génitales chez la femme (gonocoque). Presque toujours, elles sont secondaires à l'infection ou à la perforation d'un organe creux intra abdominal.

2. Physiopathologie générale :

La physiopathologie des péritonites résulte essentiellement de deux phénomènes qui, cumulés, peuvent induire un état de choc à composante septique plus ou moins important ; il s'agit :

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

3. Formes cliniques :

3.1. Les formes cliniques communes dites sthéniques de l'adulte jeune :

Les signes cliniques sont (typiques) et permettent, pratiquement seuls de faire le diagnostic de péritonite. L'installation du syndrome peut dépendre de l'étiologie, mais la phase d'état (quelques heures après le début) est en général commune à l'ensemble des étiologies.

La symptomatologie clinique typique est caractérisée par la douleur, les troubles du transit (vomissements, arrêt des matières et des gaz) et les signes physiques abdominaux (météorisme, hyperesthésie cutanée, contracture et défense) ; l'ensemble survient dans un contexte de syndrome infectieux plus ou moins intense. Tous ces signes sont précoces.

Les modifications typiques du faciès (faciès péritonéal classique) sont plus tardives ; mais dès le début, la simple inspection traduit toujours une douleur intense. La contracture abdominale, quand elle est présente est pathognomonique.

3.2. Les formes asthéniques :

Ce sont des formes particulières que l'on trouve chez les sujets âgés, mais aussi chez les malades de réanimation ou les immunodéprimés.

Schématiquement on peut décrire deux tableaux : celui d'une occlusion fébrile, d'installation plus ou moins rapide et nette dans l'arrêt du transit et dans l'évolution de la fièvre, et d'un choc toxi-infectieux inaugural.

C'est le tableau de choc toxi-infectieux qui pose le plus souvent des problèmes de diagnostics.

Les signes généraux dominent la symptomatologie, alors que l'examen physique est pauvre : douleur abdominale peu intense ou absente, contracture et défense rares, météorisme indolore, touchers pelviens peu démonstratifs.

L'échographie et la TDM peuvent guider la ponction de l'épanchement (intérêt diagnostique et bactériologique)

4. Etiologies :

L'étiologie peut modifier sensiblement la présentation clinique et l'évolution de la péritonite. Ce sont ces aspects étiologiques qui sont cités ci-dessous.

- péritonites primitives
- péritonites appendiculaires
- péritonites par perforation gastro-duodénale
- péritonites typhiques
- péritonites d'origines génitales
- péritonites biliaires
- péritonites par perforation colique
- péritonites post opératoires
- péritonites post-traumatiques

5. Traitement

Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps :

- le temps préopératoire ;
- le temps opératoire proprement dit ;
- le temps post-opératoire.

5.1 Le traitement médical :

Est double

- **Anti-infectieux :**

Par l'antibiothérapie dont l'objectif principal est d'éviter ou de contrôler une diffusion de l'infection ;

- **réanimation** :

Hydro électrolytique, hémodynamique et calorique, pour compenser les conséquences de l'inflammation péritonéale (hypovolémie, perturbation électrolytiques, catabolisme majoré).

5.2 Le traitement chirurgical :

Est le centre de la démarche. Il consiste à traiter la cause à évacuer et drainer la collection purulente. C'est le point important du traitement anti-infectieux lui-même, qui seul interrompt l'évolution et autorise le retour à un fonctionnement normal du péritoine et des anses intestinales.

Principes du traitement chirurgical

La chirurgie utilise deux grands moyens :

- le traitement de l'organe responsable ;
- le traitement de la cavité péritonéale (évacuation de l'épanchement péritonéal, nettoyage péritonéal et drainage de la cavité). De plus une évacuation de l'intestin fonctionnellement occlus peut s'avérer indispensable.

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

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

LA HERNIE ETRANGLEE

1. Définition :

L'étranglement herniaire se définit comme la striction serrée et permanente d'un viscère à l'intérieur du sac herniaire. Il constitue le risque évolutif majeur de toute hernie, justifiant systématiquement la cure chirurgicale préventive.

2. La physiopathologie :

L'étranglement est lié à l'existence d'un anneau, peu ou pas extensible appelé le collet (zone de transition entre le péritoine du sac et le péritoine intra abdominal). A ce niveau, le contenu herniaire subit une striction à l'occasion d'une hyperpression abdominale. Il se produit une compression vasculaire pour le viscère étranglé.

Il s'agit au début d'une compression veineuse gênant le retour du sang. Cette gêne est source d'œdème et hyper sécrétion réactionnelle, qui à leur tour aggravent la compression.

Le maximum de compression se produit au niveau du sillon d'étranglement (zone d'impact du collet d'étranglement sur l'organe hernier) où on note le maximum de lésions.

Une compression artérielle s'y associe et est à l'origine d'une ischémie tissulaire, donnant au viscère un aspect noirâtre avec hémorragie sous séreuse. Cet aspect caractéristique est maximum au pied de l'anse étranglée.

3. Les signes cliniques :

Dans les formes typiques, le diagnostic de la hernie étranglée est facile. Les signes cliniques sont dominés par la douleur. Elle apparaît brutalement ou de façon progressive au niveau d'une hernie en général connue et indolore jusqu'à ce jour. A cette douleur isolée au début s'associent plus ou moins précocement des signes d'occlusions : douleur abdominale diffuse à évolution paroxystique, nausée et vomissement, arrêt de matière et de gaz.

L'examen physique retrouve la douleur provoquée à la palpation de la voussure herniaire. Cette douleur est maximale au niveau du collet de la hernie. La hernie est irréductible et n'est plus expansive à la toux. Sa matité à la percussion dénonce la présence du liquide d'épanchement dans le sac herniaire. Le toucher rectal provoque une douleur du côté de la hernie.

Les signes généraux sont modestes :

Température normale, pouls régulier un peu accéléré. Le sujet au visage anxieux est plus ou moins agité, mais l'état général est bon le plus souvent .A ce stade les signes locaux sont isolés et suffisent à poser le diagnostic.
L'évolution en absence peut se faire vers la mort.

4. Les formes cliniques :

Trois variétés évolutives sont à retenir :

4.1. Formes suraiguës :

Elles sont l'apanage des petites hernies au collet très serré.
Ici l'évolution est très rapide et la symptomatologie est assez bruyante : syndrome hyper algique, vomissement fécaloïde précoces signes toxi-infectieux.
L'évolution en absence d'intervention chirurgicale se fait vers la mort en 24-48h.

Parmi ces formes suraiguës le choléra herniaire est marqué par la prédominance des signes digestifs : vomissements répétés, et surtout une diarrhée continue entraînant une déshydratation rapide.

Ces formes se voient au cours d'un pincement latéral de l'anse intestinale étranglée. D'autres formes sont marquées par l'existence de crampe musculaire voire des crises convulsives réalisant les formes éclamptiques.
Ces aspects sont rares dans les hernies inguinales étranglées.

4.2. Les formes subaiguës :

Elles sont rares et réalisent le tableau classique de l'engouement herniaire.
Elles se voient au cours des étranglements peu serrés.
Ici l'arrêt des matières et des gaz est peu marqué, les signes physiques sont moins nets : légère impulsion à la toux, pas de douleur au collet du sac. L'évolution peut se faire vers la guérison ou l'étranglement. La limite entre engouement et étranglement herniaire n'est pas très nette.

La différence entre ces deux entités cliniques n'a pas d'intérêt pratique et tout engouement doit être considéré comme un étranglement et traité chirurgicalement sans délais.

4.3. Les formes latentes (étranglement latents) :

Elles se voient volontiers chez les personnes affaiblies, les vieillards, et les obèses. Les signes fonctionnels sont vagues : constipation opiniâtre, vomissement, arrêt des gaz peu net.

5. Les examens complémentaires :

ASP débout de face :

Objective des niveaux hydro-aériques

L'échographie :

Objective un épaississement de la paroi intestinale et une stase liquidienne dans le segment intestinal étranglé

Les examens biologiques :

L'hématocrite, la numération globulaire donnent la mesure de l'hémoconcentration

6. Le diagnostic positif :

Il est essentiellement clinique, trois signes caractérisent l'étranglement herniaire :

-la douleur est maximale au niveau du collet de la hernie.

-l'irréductibilité de la hernie.

-la hernie n'est plus impulsive ou expansible à la toux.

7. Diagnostic différentiel

7.1. La péritonite herniaire :

En absence de tout étranglement, une complication septique peut survenir au niveau d'un viscère hernié (appendice, sigmoïde, ou diverticule de Meckel).

Quelque soit l'étiologie, le tableau réalisé est celui d'une suppuration locale au niveau d'une hernie faisant porter l'indication opératoire avec le plus souvent le diagnostic de hernie étranglée ou de phlegmon pyostercoral. C'est alors l'intervention qui permettra un diagnostic lésionnel précis.

7.2. L'engouement herniaire :

C'est lorsqu'une hernie simple devient durant un moment douloureux et irréductible puis se réduit spontanément. Ici la douleur exquise au niveau du collet n'est pas nette. En théorie il n'est pas un étranglement mais son potentiel évolutif est l'étranglement

7.3. Les adénites inguinales :

Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile.

7.4. Les anévrismes de l'artère iliaque externe :

Ils sont rares, de consistance plus molle, expansion systolique à la palpation et présente un souffle systolique à l'auscultation.

8. Le traitement chirurgical d'urgence :

Principes généraux et indications

But :

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

9. Les complications liées au traitement

Les complications per opératoires :

- compression ou lésion des vaisseaux fémoraux (surtout de la veine fémorale)
- lésion d'une corne vésicale, de l'artère épigastrique inférieure lors des manœuvres d'agrandissement de l'incision d'inguinotomie.

Les complications postopératoires :

- hématome au niveau de la plaie opératoire
- œdème des bourses par lésion des veines et vaisseaux lymphatiques
- infection de la paroi ou abcès profond
- lâchage de fil de suture des plans profonds
- occlusions intestinales fonctionnelles ou par prise d'une anse intestinale dans un nœud de suture
- les péritonites post-opératoires
- fistule digestive
- névralgie inguinale

LES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES

1. Définition :

Il s'agit de l'arrêt complet et persistant du cours des matières et des gaz dans un segment de l'intestin. Les causes de l'occlusion sont multiples mais il faut distinguer deux grands types essentiels :

- **les occlusions mécaniques** : obstacle anatomique réel au transit intestinal,
- **les occlusions fonctionnelles** : dues à une paralysie de la musculature intestinale sans obstacle vrai.

2. PHYSIOPATHOLOGIE

2.1. L'occlusion organique :

C'est une occlusion mécanique, elle peut être occasionnée par :

- une strangulation (volvulus, invagination)
- une obstruction
- une compression.

Une strangulation est un étranglement de l'intestin.

Elle peut être due à :

- une hernie étranglée ;
- un volvulus ;
- une invagination.

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

Dans les strangulations, la circulation est d'abord perturbée sur le retour veineux alors que l'artère continue d'amener le sang dans la zone strangulée. Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ; d'où une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre hydro électrolytique. La strangulation favorise la fermentation des matières dans l'intestin d'où production de gaz qui va s'accumuler à la partie supérieure de l'anse étranglée alors que le liquide reste à la partie inférieure.

L'air et le liquide seront séparés par un niveau qui est toujours horizontal. A la radiographie l'air sera perçu comme une image noire avec un niveau blanc (clair) horizontal, inférieur.

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

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

2.2. L'occlusion fonctionnelle :

Se fait par inhibition du nerf intestinal.

2.3 L'occlusion mixte :

C'est une association de l'occlusion fonctionnelle et de l'occlusion mécanique.

En général elle est due à une infection.

3. Les signes cliniques

3.1. Les signes fonctionnels :

Sont caractérisés par :

- des douleurs abdominales brutales ou progressives dont le type est fonction de l'étiologie
- des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et enfin fécaloïde (au stade tardif) ; peuvent être précoces ou tardifs (en fonction du siège de l'occlusion)
- l'arrêt des matières et des gaz est le signe majeur de l'occlusion.

Ce t'arrêt peut être remplacé par un vidange du bout distal au début de l'occlusion. Il peut être précoce ou tardif en fonction du siège de l'occlusion

3.2. Les signes généraux :

Sont caractérisés par

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

3.3. Les signes physiques :

Sont caractérisés par :

A l'inspection :

Un météorisme abdominal, parfois une cicatrice abdominale (qui fait suspecter l'étiologie), un péristaltisme qui traduit la lutte intestinale contre l'obstacle

A la palpation

- une douleur provoquée dont le siège traduit la zone de souffrance de l'intestin
- une absence de contracture
- une tuméfaction qui n'est retrouvée que dans certains cas

A la percussion :

La présence d'un tympanisme souvent tardif

A l'auscultation :

La présence et l'accentuation des bruits hydro-aériques

Aux toucher pelviens (TR-TV) : la présence de signes qui sont fonction du siège et de l'étiologie de l'occlusion.

La palpation des orifices herniaires : recherche une hernie étranglée

4. Les signes para cliniques :

4.1. La radiographie de l'abdomen sans préparation :

Débout de face ou assis de face ou même couché de profil montre des niveaux hydro-aériques. Un seul niveau hydro-aériques suffit pour poser le diagnostic d'occlusion. Il est important de préciser le nombre, le siège et l'aspect des niveaux hydro-aériques.

4.2. Le lavement baryté :

Est important pour chercher le siège et la cause de l'occlusion du colon.

4.3. Le transit du grêle :

Effectué en dehors des périodes de vomissements peut montrer un obstacle sur l'intestin grêle.

4.4. Les signes biologiques

Les troubles hydro électrolytiques, car l'occlusion entraîne une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acido-basique. Ces troubles hydro électrolytiques souvent fonctionnels sont constatés sur l'ionogramme.

5. Formes cliniques :

5.1. En fonction du siège :

Signes d'occlusion	Sièges d'occlusion	
	Grêle	Colon
Douleurs	Idem	Idem
Vomissements	Précoces	Tardifs
Arrêt des Matières et des Gaz	Tardif	Précoce
Altération de l'état général	Rapide	Tardif
Déshydratation	Rapide	Tardif
Météorisme	Absent	Important
Niveaux hydro-aériques	Plus larges que hauts, à bords fins, centraux	Plus hauts que larges, à bords épais, périphériques
Lavement baryté	Normal	Montre le siège, le mécanisme et la cause de l'occlusion

5.2. En fonction du mécanisme :

L'occlusion par volvulus du sigmoïde est caractérisée par :

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

L'occlusion par cancer du sigmoïde

Atteint surtout le vieillard, est caractérisée par :

- des douleurs progressives continues
- une altération de l'état général avant l'occlusion
- une fièvre, avec parfois une anémie
- antécédent d'alternance de diarrhée et de constipation ou de méléna ou de rectorragie
- une tumeur à la palpation parfois.

5.3. En fonction de l'étiologie et de l'âge :

Chez le nouveau-né, les occlusions les plus fréquentes sont

Pour le colon :

- l'imperforation anale : diagnostiquée à l'inspection du périnée à la naissance
- la maladie de Hirschprung
- l'immaturation du colon

Pour le grêle :

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

Chez le nourrisson :

Les causes les plus fréquentes sont :

- l'invagination intestinale aiguë
- des brides par mal rotation
- maladie de Hirschprung

Chez l'enfant :

Les causes les plus fréquentes sont

- le diverticule de Meckel
- l'appendicite aiguë
- l'invagination intestinale aiguë

Chez l'adulte :

Les causes les plus fréquentes sont

- le volvulus du sigmoïde
- le volvulus du grêle sur bride est provoqué par les séquelles de laparotomie.

Le diagnostic de bride est presque toujours post-opératoire ou après une péritonite. Il s'agit en général d'un sujet de 20-40 ans qui a été pris par une douleur abdominale brutale sous forme de colique avec des vomissements précoces mais le ventre est plat et il n'y a ni arrêt des matières ni de gaz franc. A l'inspection on trouve une cicatrice sur la paroi abdominale ; à l'interrogatoire, on trouve la notion de péritonite.

Chez le vieillard :

Les principales étiologies sont :

- le cancer du colon qui est le plus fréquent
- le volvulus du sigmoïde
- l'appendicite du vieillard : c'est une occlusion fébrile avec douleur dans la fosse iliaque droite.

6. Diagnostic différentiel avec les occlusions fonctionnelles :

Les occlusions fonctionnelles sont caractérisée par

Signes fonctionnels :

- des douleurs abdominales diffuses
- des vomissements
- une constipation sans arrêt franc des matières et des gaz

Signes généraux : qui sont fonction de la cause

Signes physiques :

Résumés par un météorisme important diffus.

Radiographie de l'abdomen sans préparation debout de face :

Objective une dilatation gazeuse diffuse (sur le grêle et le colon) avec peu de niveau hydro-aériques.

Les principales causes de ces occlusions fonctionnelles sont :

Foyer infectieux intra abdominal, affection retro-péritonéale : hématome, blocage de calcul dans l'uretère.

7. Traitement des occlusions :

C'est une urgence, il est médical et chirurgical

7.1. Le traitement médical :

Il consiste :

- en une réanimation hydro électrolytique : perfusion de ringer lactate, du sérum salé et glucosé, perfusion de macromolécules, de sérum bicarbonaté, voir transfusion.
- la mise en place d'une sonde naso gastrique aspirative.

7.2. Le traitement chirurgical :

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

Pour le volvulus du sigmoïde

Il faut pratiquer en urgence :

- une laparotomie
- une détorsion du sigmoïde
- une sigmoïdectomie

-dans certains cas une détorsion du sigmoïde est possible par voie endoscopique sans faire de laparotomie.

Pour le volvulus sur bride :

Il faut pratiquer en urgence

- la laparotomie
- la section de la bride.

Pour l'occlusion par cancer du sigmoïde

Il faut faire :

- la laparotomie
- si possible une résection du cancer, sinon on est obligé de faire un anus artificiel qui sera suivi d'une résection du cancer, une anastomose intestinale est effectuée si l'état général du malade le permet. Dans le cas particulier des occlusions avec nécrose intestinale, il est toujours nécessaire de réséquer la zone nécrosée.

III- Méthodologie

1 Type et durée de l'étude

Notre travail est une étude prospective descriptive et analytique portant sur 150 patients reçus traités et suivis au service de chirurgie générale B de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes de novembre 2006 à octobre 2007(12) mois

2 Cadre de l'étude

2-1 Présentation de la région de Kayes [31]

Première région du Mali, Kayes est limité par :

- la région de Koulikoro à l'Est
- le Sénégal à l'Ouest
- la Mauritanie au nord
- et la Guinée Conakry au sud

Avec une superficie de 120760 km², la région comprend 7 cercles (Kayes, Bafoulabé, Kita, Kenieba, Yelimané, Nioro et Diéma).

Ces 7 cercles sont subdivisés en 129 communes à majorité rurales, 49 arrondissements et 1531 villages.

La population globale est estimée à 1403578habitants [31] en 2000 à majorité soninkés, malinkés, bambara, Khassonkés, peuhls et maures .La région connaît une immigration importante tendant à devenir culturelle. Elle voit son développement tributaire de ses relations avec la diaspora malienne.

L'exode rural et la transhumance sont fréquents dans la région.

L'enclavement est la principale contrainte de la région de Kayes surtout en période hivernale, mais ces dernières années l'état dans sa politique de désenclavement intérieur du pays a bitumé beaucoup de tronçons (Kayes- Diéma, Kayes-Yelimané, Kayes-Nioro) et d'autres en voie.

Infrastructures sanitaires :

La région dispose d'un hôpital régional et de 7 centres de santé de référence dont un dans chaque cercle de la région.

Le taux de couverture sanitaire est estimé à 43% en 2000 [31]. Plusieurs villages disposent des dispensaires et des centres de santé qui sont en voie de réorganisation pour devenir des centres de santé communautaires conformément à la politique sanitaire en vigueur.

L'organisation du système de référence évacuation se poursuit dans la région.

Les ratios infrastructure population se présentent comme suit en 2000 (DNSI) :

- 1hôpital pour 1438261 habitants
- 1 centre de santé pour 205466 habitants

Les ratios personnels population se présentent comme suit :

- 1 médecin pour 24377 habitants
- 1 sage femme pour 16874 femmes en age de procréer
- 1 infirmier pour 8561 habitants.

Dans le cadre de la collaboration Mali Cuba, l'arrivée de la mission médicale cubaine (1 chirurgien généraliste, 1 gynécologue-obstetricien, 1 cardiologue, 1 ORL, 1 traumatologue, 1 pédiatre et 2 Anesthésistes réanimateurs) a beaucoup atténuée les besoins en personnel spécialisé.

La création de l'école secondaire de santé annexe (Soriba Dembélé) est salubre. Elle a ouvert ses portes le 10 février 2003

2.2 Présentation de l'hôpital de Kayes

2.2.1 Historique

Situé à l'entrée de la commune de Kayes en venant de Bamako a quelques mètres de la gare du chemin de fer entre le dépôt, la cité du CFM, le camp militaire et la gendarmerie.

L'hôpital de Kayes est l'une des plus anciennes formations sanitaires du pays, créée en 1883 par les militaires français dans le but d'apporter aux missionnaires des conquêtes coloniales blessés les premiers soins avant leur évacuation sur la France ou le Sénégal. Il devient hôpital secondaire en 1959 (selon la loi cadre) avec la réorganisation des formations hospitalières. Il fut érigé en hôpital régional en 1969.

En 1991 il a été baptisé Hôpital Régional Fousseyni Daou (HRFD) du nom d'un de ses Médecin Directeur assassiné la même année.

Avec une superficie de 12 hectares, il a une capacité d'hospitalisation de 146 lits

2.2.2 Service administratif et financier : comprend

- un médecin directeur,
- 2 secrétaires de direction,
- une section de comptabilité avec un comptable.

2.2.3 Services techniques :

La médecine générale :

Dispose

- Deux médecins généralistes
- Des salles d'hospitalisations avec une capacité de 32 lits.

La pédiatrie :

Dispose d'un médecin spécialiste, une salle de garde et des salles d'hospitalisations d'une capacité de 15 lits.

La dermatologie :

Dispose un médecin spécialiste
Capacité de 8 lits.

La chirurgie générale : dispose de 4 chirurgiens dont un pédiatrique, des salles d'hospitalisations d'une capacité totale de 28 lits.

Urgence et soins intensifs :

Dispose 10 lits et un bureau pour le médecin.

Bloc d'hospitalisation VIP :

D'une capacité de 20 lits

Gynco-obstétrique :

Un bureau de consultation pour le médecin et des salles d'hospitalisations d'une capacité de 22 lits.

Bloc opératoire :

- 3 salles d'opérations
- 1 salle de stérilisation

Service de radiologie :

Service d'ophtalmologie :

Dispose d'un bloc opératoire et des salles d'hospitalisations d'une capacité de 8 lits.

Le service dentaire : Dispose d'une salle de prothèse et deux cabinets de soins.

ORL : 4 lits

Le laboratoire :

La pharmacie :

Le centre d'orthopédie d'appareillage et de rééducation fonctionnelle (COARF) :

La Buanderie :

Cuisine :

Une morgue :

3 Les Patients :

Les malades nous ont été adressés par toutes les formations sanitaires de la région de Kayes.

Le recrutement a concerné les malades des deux sexes de tout âge.

Critères d'inclusion

Sont inclus dans cette étude, les patients reçus et opérés pour pathologie chirurgicale digestive aigüe (appendicite aigüe, péritonite aigüe, hernie étranglée, occlusion intestinale aigüe et le traumatisme abdominal avec lésion digestive).

Critère de non inclusion

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

Le Recueil, la saisie et l'analyse des données

Les données ont été recueillies grâce :

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

Elles ont été saisies sur Epi.6FR et analysées sur le logiciel SPSS (Statistic package for social sciences). Pour les comparaisons statistiques nous avons utilisé le khi2 de Fisher avec comme valeur significative $P < 0,05$.

IV RESULTATS

1 RESULTATS GLOBAUX :

- La fréquence générale des urgences chirurgicales digestives par rapport aux autres interventions.

Au cours de notre période d'étude (Novembre 2006 – Octobre 2007), le service de chirurgie B de l'Hôpital Fousseyni Dao a réalisé 528 actes chirurgicaux dont 150 urgences digestives soit 28,41% de l'ensemble des interventions chirurgicales.

- Les jeunes ont été les plus concernés soit environ 63,3% pour la tranche d'âge de 0 à 29 ans.

- 55,30% des évacuations sanitaires ont été faites par les chefs de postes médicaux.

- Nous avons réalisé des examens complémentaires chez 48 malades soit 32%.

- Le traitement a été chirurgical chez les 150 patients soit 100% des cas.

- Tous les malades ont été suivis pendant la durée d'hospitalisation

- 88,70% de nos malades ont présenté des suites opératoires simples

- Le taux de mortalité des urgences chirurgicales digestives a été de 2%.

2- RESULTATS ANALYTIQUES

2-1- Aspects sociodémographiques :

Tableau I : Répartition des malades selon la tranche d'âge

Age	Effectifs	Pourcentage
0-9	14	9,30
10-19	43	28,70
20-29	38	25,30
30-39	20	13,30
40-49	10	6,70
50-59	12	8
60-69	6	4
70-79	4	2,70
80-89	3	2
TOTAL	150	100

La majorité de nos malades était dans la tranche d'âge comprise entre 0 et 29 ans soit un taux de 63,3 %. Avec une moyenne d'âge de 27, 96 ans et un écart type de 11,98

Tableau II : Répartition des malades selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
------	-----------	-------------

Masculin	102	68
Féminin	48	32
Total	150	100

Le sexe ratio a été de 2 en faveur des hommes.

Tableau III : Répartition des malades selon la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Bafoulabé	4	2,70
Diéma	2	1,30
Kayes cercle	66	44
Kéniéba	9	6
Kita	2	1,30
Nioro	3	2
Yélimané	12	8
Autres	52	34,7
TOTAL	150	100

44% de nos malades venaient du cercle de Kayes

2-2- Aspects étiologiques

Tableau IV : Répartition des malades selon les principales étiologies

Étiologies	Effectifs	Pourcentages
Appendicites aiguës	83	55,30
Péritonites aiguës	28	18,70
Occlusions intestinales	13	8,70
Hernie étranglée	21	14
Traumatismes abdominaux	5	3,30
TOTAL	150	100

Les étiologies les plus fréquentes ont été l'appendicite (55,30%) suivies de la péritonite (18,70%).

Les urgences chirurgicales digestives traumatiques (trois éviscérations et deux ruptures de la rate) n'ont représentée que 3,30% des urgences chirurgicales digestives.

Tableau V: Répartition des malades selon le mécanisme, l'étiologie et le siège anatomique des péritonites.

Mécanisme	Etiologie	Siège anatomique	Total	Pourcentage
Perforation	Typhique	Iléale	9	32,14
	Appendiculaire	Appendice	15	53,57
	Ulcère	Gastro-duodéal	4	14,29
TOTAL			28	100

Les péritonites d'origines appendiculaires et typhiques ont été les plus fréquentes soient respectivement 53,57% et 32,14% des cas.

Tableau VI : Mécanismes, étiologies des occlusions

Mécanisme	Etiologie	Total	Pourcentage
Strangulation	Hernie étranglée	5	38,46
	Volvulus	2	15,38
	Bride	4	30,76
	Invagination.	1	7,70
Obstruction	Tumeur	1	7,70
Total		13	100

La strangulation a été le mécanisme le plus fréquent soit 92,3% des cas d'occlusion.

2-3 **Modalité de prise en charge :**

Tableau VII : Répartition des malades selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Malades évacués	83	55,30
Venus de lui-même	67	44,70
Total	150	100

55,30% des évacuations sanitaires ont été faites par les chefs de postes médicaux.

Tableau VIII : Répartition des malades selon l'état général à l'arrivée

Etat général (Indice de Karnofski)	Effectifs	Pourcentage
100 – 90%	102	68
80 – 60%	41	27,30
50 – 10%	07	4,70
Total	150	100

4,70% de nos malades avaient un indice de Karnofski inférieur à 60%.

Tableau IX : Répartition des malades selon les résultats des examens complémentaires à l'admission.

EXAMENS	RESULTATS	NOMBRES
Échographie abdominale n=30	Inflammation appendiculaire	14
	Epanchement péritonéal abondant	8
	Hemopéritoine	5
	Normal	3
Abdomen sans préparation (ASP) n= 13	Niveau hydro-aériques	13
Taux d'hémoglobine n=5	< à 10g/l	2
	> à 10g/l	3

Chez 48 de nos patients nous avons réalisé des examens complémentaires soit 32%

Tableau X: Répartition des malades selon le délai de consultation.

Délais diagnostique En Heures	Effectifs	Pourcentages
0 – 12 H	100	66,7
13 – 24 H	21	14
48 – 72 H	19	12,60
> à 72H	10	6,70
TATAL	150	100

80,7% de nos malades ont été reçu dans les 24 premières heures

2-4 Aspects pronostiques :

Tableau XI: Répartition des malades selon les suites opératoires à un mois

Suites opératoires	Effectifs	Pourcentages
Simple	133	88,70
Infections pariétales	11	7,30
Hémopéritoine	3	2
Décès	3	2
TOTAL	150	100

Les suites opératoires étaient simples dans 88,70% des cas.
Nous avons enregistré 7,30% d'infections pariétales, et 2% de décès.

Tableau XII : Fréquence globale des décès en fonction de l'étiologie

Etiologie	Appendicite	Occlusion	Péritonite	TOTAL
Décès	0	1	2	3
Pourcentage	0	0,7	1,30	2

La péritonite aiguë était l'étiologie la plus meurtrière (1,30%)

Tableau XIII : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation

Durée en jours	J0 –J7	J8 – J14	Plus de J15	TOTAL
----------------	--------	----------	-------------	-------

Effectifs	132	16	2	150
Pourcentage	88	10,70	1,30	100

88% de nos patients ont été libérés dans la première semaine d'hospitalisation.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1 Fréquence :

L'urgence chirurgicale exige non seulement un diagnostic urgent mais aussi une thérapeutique urgente.

Elle a toujours constitué une préoccupation pour le chirurgien par sa fréquence et sa prise en charge.

La chirurgie digestive d'urgence a constitué 28,41% de l'activité globale du service de chirurgie générale B de l'hôpital Fousseyni Dao de Kayes.

Des taux semblables ont été trouvés dans d'autres séries : 25,6% [36]

Ces taux témoignent l'importance des urgences chirurgicales digestives

2 Age :

Dans notre étude l'âge moyen a été de 27,98% avec un écart type de 11,98.

Les auteurs [27, 36, 37] rapportent que les urgences en chirurgie digestive concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie de 0 à 39 ans.

Nos résultats concordent avec ceux de ces auteurs

3 Sexe :

Nous avons recensé plus d'hommes (68%) que de femmes (32%) soit un sexe ratio de 2 en faveur des hommes.

Ce résultat est superposable à celui B.Dembélé [26] 1,73 en faveur des hommes.

4 Ethnie :

26,70% de nos patients sont peulhs contre 22,70% Soninké, 15,30% Bambara, 10,70% Malinké.

Cette répartition n'offre aucune particularité par rapport à celle de population en générale.

5 Provenance des malades :

Nous avons constaté que 44% de nos patients étaient de la ville de Kayes et 56% des autres localités. Nous n'avons d'explications particulières à cela.

6 Mode d'admission :

55,30% de nos malades sont ceux qui ont été évacués. Cela s'explique par le fait que nous constituons le seul centre de référence de la région disposant des moyens matériels diagnostiques (Biologie, Radiologie) et thérapeutiques.

7 Examens complémentaires :

Seuls 48 malades soit 32% ont bénéficié des examens complémentaires contre 24,11% chez Dembélé [26]

Le diagnostic était le plus souvent clinique.

$$\mathbf{Khi2=31,10} \quad \mathbf{P < 0,0001}$$

Cette différence est statistiquement significative et s'explique par l'effectivité des gardes en radiologie et au laboratoire au moment de notre étude.

8 Délai diagnostique :

19,30% de nos malades ont été vus après un délai de 48heures (entre le début d'apparition des signes et le moment du diagnostic clinique). Ceci s'expliquerait par les faits suivants :

- les malades résidant loin de l'hôpital de Kayes, précarité des routes et des moyens de transports.
- d'autres traitements souvent entrepris (médical ou traditionnel).

9 Aspects pronostiques :

- morbidité :

9,30% de nos patients ont développé des complications. Ces complications étaient surtout dominées par des infections (suppurations pariétales) et l'hémopéritoine.

Notre taux est proche de ceux des auteurs [26,32] qui ont respectivement obtenus 6,25% et 8,70%. $\mathbf{Khi2 = 0,95}$ $\mathbf{P = 0,6}$

- mortalité :

Nous avons enregistré 3 décès (2 cas de péritonite aigue et un cas d'occlusion intestinale aigue soit 2% contre 4,46% Dembélé)

Khi²=0,10 **P < 0,0001**

Cette différence est statistiquement significative et pourrait s'expliquer par l'amélioration des infrastructures au moment de notre étude.

10 Fréquence des principales étiologies :

10-1 Appendicites aiguës : N = 83

Fréquence :

Tableau XIV: Comparaison de la fréquence des appendicites selon les auteurs

	Dembélé Mali (2005)	Notre travail
Effectif	55	83
Pourcentage	49,11	55,30

Le taux d'appendicite dans notre série est de 55,30%, occupe la première place des urgences chirurgicales digestives, contre 49,11% chez Dembélé [26]

Khi²= 0,01 **P < 0,90**

Cette différence n'est pas statistiquement significative.

Traitement : L'appendicectomie a été pratiquée dans tous les cas d'appendicites sans perforation. Les perforations ont été classées parmi les péritonites.

10-2 Péritonite aigue : N = 28

Fréquence :

Tableau XV : Comparaison de la fréquence des péritonites selon les auteurs

Auteurs	S. Koumaré	Dembélé	Notre travail
Effectifs	182	30	28
Pourcentages	11,54	29,41	18,70

Le syndrome péritonéal a occupé la seconde place des urgences digestives chirurgicales soit 18,70%.

Contrairement en Europe où il occupe la quatrième place 4,2% des urgences chirurgicales après l'appendicite aiguë, l'occlusion intestinale aiguë et le traumatisme abdominal [22] : ceci s'explique par la fréquence de certaines pathologies chez le sujet jeune en Afrique (complication de la fièvre typhoïde, appendicite aiguë).

Les péritonites d'origines appendiculaires étaient les plus fréquentes soit 53,57%.

Khi²= 25,420 **P< 0,0001**

Cette différence est statistiquement significative et peut s'expliquer par la prise en charge précoce des appendicites aiguës.

10-3 Occlusions intestinales aiguës : N= 13

Fréquence :

Tableau XVI : Comparaison de la fréquence des occlusions selon les auteurs

Auteurs	S. Koumaré	Dembélé	Notre travail
Effectifs	182	25	13
Pourcentages	56,04	22,32	8,70

Mécanisme des occlusions :

Dans notre étude, le mécanisme le plus fréquent était la strangulation 92,3% contre 7,70% pour l'obstruction tumorale.

Le taux d'occlusion intestinale dans notre série 8,70% est inférieur à celui de Dembélé [26] 22,32%. **Khi²= 8,60** **P< 0,003**

Cette différence est statistiquement significative.

Le traitement :

Dans notre série le traitement a été étiologique :

Il s'agissait d'adhésiolyse en cas de brides adhérencielles, de résection anastomose en cas de nécrose du grêle, d'un Hartman en cas de nécrose du colon, de devolvulation ou d'exérèse tumorale. Dans tous les cas une toilette péritonéale a été pratiquée après la technique opératoire sauf dans les étranglements herniaires sans nécrose.

11 Traumatismes abdominaux :

Ils n'ont représenté que 3,30% des cas, ce taux se rapproche de ceux des auteurs [27,41] qui sont respectivement 2% et 3,7%

Khi²= 2,13 **P< 0,34**

12 Durée d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation dans notre série était de 5,53 jours et cela s'explique par le taux de suite opératoire simple (88,70%).

VI- CONCLUSION :

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale en général, soit 28,41% des cas. Elles concernent surtout les sujets jeunes.

Les mesures préventives de l'infection au bloc opératoire et l'antibiothérapie systématique ont beaucoup influé sur les suites opératoires amenant le taux d'infections à 7,30% et la mortalité à 2%.

Différents paramètres influencent le pronostic des évacués :

- la distance parcourue.
- le mauvais état de certaines routes.
- les conditions d'évacuations.
- le retard à l'intervention (délai entre le début des symptômes et l'admission, entre l'admission et l'intervention), constituent les principaux facteurs pronostiques.

VII- RECOMMANDATIONS :

Nous recommandons :

Aux agents sanitaires :

- L'éviction de la prescription hâtive et répétée des antibiotiques et antalgiques.
- L'éviction de réduire des hernies étranglées par taxis sans s'assurer de l'intégrité de l'anse herniée.

A la population :

- L'orientation sans délai des malades dans un centre de santé devant toutes douleurs abdominales aiguës.
- L'éviction de l'automédication.
- La pratique d'une bonne hygiène alimentaire et corporelle.

Aux autorités sanitaires du pays :

- La formation continue des chefs des postes médicaux aux examens cliniques, premiers soins et évacuations des malades.
- L'amélioration du plateau technique des centres de santé de référence des cercles.

Aux autorités hospitalières :

- La réorganisation des services de gardes de manière à les rendre plus efficaces à travers une utilisation optimale des moyens de diagnostics et thérapeutiques disponibles (radiologie, échographie, laboratoire).

- La création d'une véritable pharmacie nominative au niveau des urgences pour les malades indigents.
- la dotation des hôpitaux régionaux d'une colonne de coelioscopie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abi.F ; EL fares f ; Nechad m.

Acute intestinal Obstruction

Unité de chirurgie viscérale des Urgences, CHU. Ibnou-Rochd
Casablanca Maroc J. chir (Paris) .1987 Aug-Sept ; 124(8-9) :471-475.

2. Abolo.LM; Kouda A Z E ;E Dzoat; Malonga E;Essombar.

Complications postes opératoires aiguës infectieuses en chirurgie d'urgence en dehors de traumatismes abdominaux.

Aspects épidémiologiques et thérapeutiques Publications médicales Africaines.
1994 ; 129 : 25-28.

3. Adelain T.B.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service polyvalent d'anesthésie et de réanimation du centre national hospitalier et universitaire de Cotonou Thèse médecine Cotonou. 1994 ; 616.

4. Adjadja.G .

Contribution à l'étude des péritonites aiguës généralisées chez l'enfant à propos de 100 observations au CHU de Dakar (Sénégal) Thèses méd Dakar. 1985 ; N° 45.

5. Adloff.M :

Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. Encycl.med.chir, (Paris), urgences 20459
A 10.1984 ; 20P.

6. Ahouasou V.A.

Les traumatismes de la rate chez l'adulte à propos de 48 cas au CNHU de Cotonou Thèse ; médecine Cotonou. 1994 ; 567.

7. Arnaud J .P; Turbelin J.M.

Conduite à tenir devant un abdomen aigu. Encyclo.Chirurgie. 24039 B ,3.1982.

8. Audrey G ; Barthes T ; Grapi.

A propos de 144 cas. Ann. Pédiatrie (Paris, 1990 ; N° 9 : 567-569).

9. Barbier J ; Carretier M ; Rouffineau J ; et al.

Péritonite aiguës Encycl. chir. urgences, 24048B10.2. 1988 ; 18P.

10. B Chiche ; P moulle.

Urgence chirurgicale MASSON. 1980 ; 4: Page 2.

11. Beata Akpadja K ; S.N'choN ; HodonouaK.S.

Les péritonites par avortement provoqué illégal. Epidémiologie et diagnostic : à propos de 66 cas observés de Mars 1987 à Septembre 1989 ; Publication médicale africaine. 117 : 8-14.

12. Bensahel H ; Brunet J.P.

Les occlusions intestinales de cause organiques; urgences chirurgicale néonatale; la médecine infantile. Novembre 1969 ; P : 735-746.

13. Barbier J ; Carretier M ; Rouffrieau J ; Kramps J.M.

Péritonite aiguë Encly chir. Urgences (Paris) ,24048B, 2. 1988 ; P : 75-79.

14. Bikandou G ; Dikoka Ngolo R ; Fila A ; Benamar B ; ObenguiA;

Massango R. Les perforations intestinales d'origines typhiques à Brazzaville. Publication médicale africaine .1992 ; 120: 37-41.

15. Bazira L ; N'sabinana C; Amrstrong O.

Influence de la nécrose intestinale dans le pronostique post-opératoire des occlusions intestinales aiguës expérience de 123 cas opérés à l'hôpital de Bujumbura. Ann. Chir. 1989 ; N° 10 : 811-813.

16. Bellakdar a ; Salmi E ; Neppart M ; Lakloufi A et Bouzidi A.

La perforation traumatique de l'intestin grêle au cours des contusions abdominales à propos de 27 cas. Lyon Chir. 1987 ; 83/4 ; P : 261-263.

17. Binet J P ; Fagnet P L.

Péritonites et leur complication : Revu du praticien. Paris. 1980 ; 30, 11 ; P : 636-641.

18. Bourreau M.

Invagination intestinale aiguë. Pédiatrie pratique (Malonie Paris). 1985 ; P : 993-995.

19. Bresmber L ; Braun E ; Bs A ; Baissel P ; Grosdidier J.

Chirurgie d'urgence face aux occlusions coliques. Etude rétrospective de 70 cas .
1983 ; 120, 12 :713-718.

20. Buffin R P ; Dabrowski A ; Kaskas M ; Helfrich H ; Sabrah H.

Volvulus du colon sigmoïde résection anastomose en urgence. J surg. 1992 ; 129,
12 :531-536.

21. Camara S.

Problème d'anesthésie et réanimation posée par la chirurgie abdominale d'urgence
à l'hôpital Gabriel Touré ; Thèse Med Bamako (Mali). 1989 ; N° 68.

22. Chalnet et Coll.

A propos de 1766 cas d'urgences abdominales.Statistique de 10 ans d'un service
de chirurgie générale. Ann. Chir. 1962 ; 16-1 : 29-35.

23. Chiche B.

Appendicite aiguë. Encycl Med chir. (Paris) urgence, face 24050 A° (4304).1984.

24. Codjo HM.

Occlusion mécanique de l'adulte. Aspect épidémiologique, clinique,
éthiopathogénique et thérapeutique .A propos de 59 cas colligés à la clinique
universitaire viscérale de CHNU de cotonou. Thèse Méd Cotonou .1995 ; N° 626.

25. Dargent J ; Caillot J ; L Chalbet J ; Y Neidhart J ;P.H .

Occlusion post opératoire tardive du grêle par brides. Etude rétrospective de 47
dossiers facteurs de pronostique .Lyon Chir. 1987 (83) ; 6 :404-406.

26. Dembélé .B.

Les urgences chirurgicales digestives à L'Hôpital Régional de Kayes (Mali) à
propos de 112 cas .2005 ; 95M.

27. Dembélé M.

Les abdomens aigus chirurgicaux à L'HPG 273 cas. Thèse de Méd. 98-M-5.

28. Dembélé M ;Papadato A.

A propos de 15 perforations thyphiques de l'intestin grêle .Med Afr.Noir.
1994(21) ; 4 :285-286.

29. Diakité S.

Etude des traumatismes abdominaux à propos de 40 cas observés à l'hôpital du
point G. Thèse Médecine Bamako. 1980 ;3.

30. Diallo G ;Ongoiba n; Yena S;Diakité I ; Traoré Diop A K; Koumaré A K.

Hernie inguinale étranglée à l'hôpital du POINT G. Mali Médical. 1996 XI ; 3-
4 :39-41

31. Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

Présentation de la région de Kayes en 2000

32. Doumbia D.

Etude des urgences chirurgicales à l'hôpital de POINT G de novembre 1981 à novembre 1982. Thèse de Médecine. 1982 ; 13 :102P

33. Encyclopédie Médicochirurgicale.

Occlusion intestinale aigue de l'adulte. Urgences médicochirurgicales (EMC) 24059A10 .1984 ; 10.

34. Etienne J. C; Fingerhut A; Eugenec; Wesenfelder L.

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. Edit tech. Ency Med chir (Paris, France) urgences, 24-033B. 1994; 27P.

35. Fall B; N'Diaye M ; Fall I ; Dia A ;Moguya S.A.O. ; Diop M et collaborateurs. Les laparotomies blanches en urgence pour syndrome abdominale aigue –J chir. 1991 ; 128 : 39-41.

36. Harouna Y.

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) Médecine d'Afrique noire. 2001 ; 42(2)

37. Ismaïlia K.

Les urgences abdominales chirurgicales : étude rétrospective sur deux années au CHU de Cocody. Thèse de médecine Abidjan. 1990 ; N° 1156.

38. Kampo F.

Les occlusions intestinales à propos de 260 cas traités à l'hôpital de POINT G Thèse Med .1979 ; 7 : 136 P

39. Keita S.

Problème diagnostique et thérapeutique des abdomens aigus en chirurgie. Thèse de Med Bko. 1996 ; 16

40. Koumaré AK.

Sémiologie chirurgicale à l'usage des étudiants de la FMPOS. 1999 Page 14

41. Koumaré S.

Les urgences chirurgicales à l'hôpital de POINT G Thèse Med. 1999 ; 15 : 32-33.

42. Leriote J P.

Stratégie diagnostique dans les contusions abdominales de l'adulte. Ann. Chir. 1994 (48) ; 2 :126-139

43. Moussa Badjan Sidibé.

Aspect épidémiologique, clinique et pris en charge des occlusions intestinales aiguës mécanique. Thèse Med.1998 ; 27.

44. Ongoiba N.

Contribution à l'étude épidémiologique et clinique des péritonites aiguës dans les hôpitaux de Bamako et de Kati (abstraction faite des péritonites post opératoires) Thèse Med Bamako. 1984 ; N° 24 :114P.

45. Sagara. A.

Prise en charge des hernies inguinales étranglées à l'hôpital de Kayes à propos de 52 cas thèse Med Bamako. 2006 ; 54M : 21-25.

46. Sidibé Y.

Les péritonites généralisées au Mali. A propos de 140 cas dans les hôpitaux de Bamako et de Kati. Thèse Med. 1995 ; 51 :94 P.

47. Sissoko F

Problème de santé à travers les urgences chirurgicales du milieu rural dans les régions de Bamako. Thèse Med. 1976 ; 17 : 45 P.

48. Yao K

Les appendicites compliquées. L'étude rétrospective de 158 cas traités au CHU de Cocody. Thèse, Med, Abidjan. 1990 ; 1037.

LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE

Nom : Kebe

Prénom : Moussa

Titre : Les Urgences Chirurgicales Digestives dans le service de chirurgie générale B de l'Hôpital de Kayes.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS.

Secteur d'intérêt : Chirurgie d'urgence digestive.

Résumé : L'élargissement du plateau technique (Introduction de l'échographie), l'effectivité de gardes dans tous les services et les nouvelles mesures institutionnelles constitue les principales raisons de cette étude dont la réalisation à nécessiter les objectifs suivants.

Objectif Général :

Etudier les urgences chirurgicales digestives reçues et traitées au service de chirurgie générale B de l'Hôpital de Kayes

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives
- Déterminer les moyens diagnostiques et de traitement des urgences chirurgicales digestives
- Déterminer les problèmes liés à la prise en charge des urgences chirurgicales digestives.
- Déterminer le taux de morbidité et de mortalité des urgences chirurgicales digestives.

De Novembre 2006 à Octobre 2007 le service de chirurgie générale B de l'hôpital de Kayes a réalisé 150 urgences chirurgicales digestives dont 102 hommes et 48 femmes soit un sexe ratio de 2,13 en faveur des hommes.

L'âge moyen était de 27,96 et un écart type de 11,98.
55,30% d'évacuations sanitaires.

La principale étiologie a été l'appendicite aigüe avec 55,30%.

La fréquence des urgences chirurgicales digestives a été de 28,41% de l'ensemble des interventions chirurgicales.

Nous avons fait recours aux examens complémentaires chez 48 malades soit 32% de notre échantillon.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 5,53 jours.

Le taux de mortalité était de 5,30%.

Mots clés : Urgence- Chirurgie- Digestive- Evacuation.

FICHE D'ENQUETE

1 N° Fiche:.....

2 N° Dossier :.....

3 Date de consultation:.....

4 Nom et Prénom :.....

5 Age :.....

6 Sexe :.....

1 : Masculin 2 : Féminin

7 Adresse habituelle :.....

8 Contact à Kayes :.....

9 Provenance :.....

1 : Kayes ville, 2 : Kita, 3 : Kenieba, 4 : Bafoulabe, 5 : Yelimane
6 : Nioro, 7 : Diéma, 8 : Autres

10 Nationalité :.....

1 : Malienne 2 : Autres

10a. Si autre à préciser.....

11 Adressé par :.....

1 : Venu de lui-même, 2 : Médecin, 3 : Infirmier, 4 : Autres
9 : Indéterminé

11a. Si autre à préciser

12 Principales activités :.....

1 : Cadre sup., 2 : Cadre moyen, 3 : Commerçant, 4 : Cultivateur
5 : Manœuvres, 6 : Ménagère, 7 : Elève-Etudiant, 8 : Autres,

12a. Si autre à préciser :.....

13. Ethnies :.....

1 : Soninké, 2 : Malinké, 3 : Peulh, 4 : Maure, 5 : Khassonkés

13a. Si autre à préciser :.....

14. Mode de référence :.....

1 : Ambulance, 2 : Taxi, 3 : Autre

15 Date d'entrée :.....

16 Durée d'hospitalisation :.....

17 Date de sortie :.....

18 Durée d'hospitalisation :.....

CLINIQUE

19. Motif de consultation :.....

1 : Douleur inguinale, 2 : Tuméfaction inguinale, 3 : Autres

20. Début de la douleur :.....

1 : Brutal, 2 : Progressif, 3 : Autres

21. Durée d'évolution :.....

1 : 0-12h, 2 : 13-24h, 3 : 24-48h, 4 : 48-72h, 5 : 96h et plus

22. Traitement antérieur:.....

1: Médical, 2: Chirurgical, 3: Traditionnel 4: Autres

23. Par qui:.....

1: Médecin, 2: Chirurgical, 3: Infirmier, 4: Traditionnel, 5: Autres

SIGNES CLINIQUES

24. Signes généraux:.....

25. Tension artérielle:.....
1: Normal, 2: Augmenté, 3: Diminué
26. Pouls:.....
1: Normal, 2: Augmenté, 3: Diminué
27. Etat général:.....
1: Mauvais, 2: Bon, 3: Passable
28. T.R.....
1 : Normal 2 : Douleur à droite 3 : Douleur à gauche
29. T.V.....
1 : Normal 2 : Douleur à droite 3 : Douleur à gauche

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

30. Hémoglobine.....
1 : Normal 2 : Augmenté 3 : Diminué 4 : Autres
31. NFS :.....
1 : Globules blancs normaux 2 : Globules blancs augmentés
32. ASP :.....
1 : Normal 2 : Niveau hydro-aréiques 3 : Autres
33. Echographie abdominale :.....
1 : Normale 2 : Epanchement 3 : Autres
34. Temps écoulé entre l'arrivée à l'hôpital et l'intervention :.....
1 : 2 Heures, 2 : 3 Heures, 3 : 4 Heures, 4 : 6 Heures, 5 : plus de 6 Heures

DIAGNOSTIC PER OPERATOIRE

1. Appendicite aigue:
2. Péritonite aigue :.....
3. Occlusion intestinale aigue :.....
4. Hernie étranglée :.....
5. Traumatisme abdominal :.....

SIUVI POST OPERATOIRE

35. Suite simple :.....
1 : Oui 2 : Non
36. Infection Pariétale :.....
1 : Oui 2 : Non
37. Névralgie :.....
1 : Oui 2 : Non

38. Décès :.....
1 : Oui 2 : Non
39. Mode de suivi à un mois :.....
1 : Sur rendez-vous 2 : Venu de lui-même 3 : Autres
40. Coût de l'ordonnance globale :.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

Moussa KEBE

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

Je le jure.