

LES ABDOMENS AIGUS CHIRURGICAUX AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE DIOÏLA

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la recherche Scientifique

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....286.....

THESE

ABDOMENS AIGUS CHIRURGICAUX
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE DIOÏLA

Présentée et soutenue publiquement le 27/12/2022 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : M. Abdoulaye Abouzeïdi Coulibaly

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

JURY

Président : Pr Alhassane Traoré

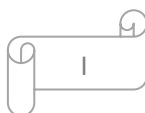
Membres : Dr André Kassogué

Dr Diarah Kanté

Co-directeur : Pr Boubacar Karembé

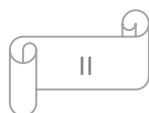
Directeur : Pr Bakary T Dembélé

Thèse médecine



Abdoulaye A Coulibaly

DÉDICACE



Je dédie cette thèse à...

Allah. Nous rendons grâce à Allah, le Tout Puissant, le créateur de l'univers, qu'il nous éclaire de sa lumière divine et nous implorons sa grâce. AMEN ! Son Prophète Mohamed (Paix et Salut sur Lui).

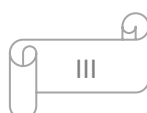
Mes mères : DJENEBA KONE, ZEÏNABOU Y MAÏGA, et SATA SAMAKE (qui nous a laissé tôt, que votre âme repose en paix cher mère), Femmes exemplaires, courageuses et humbles. Vous nous avez inculqué les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. Vous nous avez entouré d'une attention particulière et d'une affection qui nous ont toujours apporté réconfort et consolation. Vous n'avez jamais cessé de vous soucier de notre avenir grâce à vos multiples conseils et bénédictions. Que Dieu le Tout Puissant vous accorde longue vie, bonne santé et qu'il nous donne la santé et les moyens nécessaires pour que nous puissions toujours nous battre pour vous dans la vie, Amen !

Mon père : BAKARY COULIBALY

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

MA SŒUR : TJIMOKO COULIBALY

Grande sœur, vous m'avez été d'une grande aide au cours de mon étude par vos conseils et inquiétudes à mon égard. Comme on le dit l'homme propose, Dieu dispose sinon ton décès si tôt m'a laissé sans voix avec un grand vide. Que ton âme repose en paix



REMERCIEMENTS

Remerciements : A Dieu le Tout Puissant, le clément, l'omniscient, l'omnipotent, le miséricordieux, pour nous avoir guidé et donné la force et le courage de réaliser ce modeste travail.

A mes frères et sœurs : Abdramane, Awa, Lancina, Ouassa, Assetou, Mènin, Gnomitènè, Safiatou, Adama, Gniré, Agaïchatou, et tous les membres de la famille que nous n'avons pas cités, sans oublier nos défunts : Daouda, Fatoumata, et Tjimoko ; votre soutien inestimable et votre grande affection ont été capitale. Ce travail est le vôtre.

A mes tantes et tontons : Zoumana, Adama, Hama, Wahab, Fatoumata Y, Adizatou, Madame Sagara. Vos soutiens moral et financier ne nous ont jamais fait défaut. Trouvez ici notre profonde gratitude.

A tous mes Maîtres de l'école primaire jusqu'à la FMOS/FAPH : la qualité de l'enseignement, vos leçons d'humilité m'ont impressionné. Merci, le cœur plein d'émotion et de reconnaissance. J'espère que ce travail vous rendra fier de moi.

A mes amis : Dr SANGARE, Dr BERTHE A, Mamadou L Touré, Amadou sangho, Oumar Sanogo, Oumar Berthe, Awa Sy, Adiza Maïga, Youba Goïta, Fatoumata Coulibaly, Siaka Coulibaly, Moumine Traoré, Mariam Coulibaly, Mouctar Traoré, Arouna Touré et tous ceux que j'ai omis. Grâce à vous, je crois en l'amitié véritable et les mots me manquent pour vous remercier. Que Dieu vous donne longue vie et perpétue nos liens

A toute la 12^{ème} promotion du Numerus Clausus, la route a été longue et très fatigante mais nous avons pu relever le défi.

Aux différentes associations : CESKA, la coordination nationale des thésards du Mali.

Au Médecin chef du CSRéf de Dioïla.

Au personnel du CSRéf de Dioïla, à savoir :

- Dr Dramé Tidiane, Dr Dramé Malick, Dr Kassim Diabaté, Dr Seydou B Sangaré, Dr Koumaré , Dr Konaré

Anesthésiste Aimé késsary Kamaté, Major Kadidia N'diaye, Assetou Bamba, Madame Sanogo Awa Sanogo, Lassana Marico, Fousseyni Mariko

- les Infirmiers.

A l'Etat malien pour tous les efforts consentis pour notre formation. Et enfin, à tous ceux dont leurs noms n'ont pas été mentionnés.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Alhassane Traoré

- Professeur Titulaire en chirurgie générale à la FMOS,
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,
- Spécialiste en chirurgie hépatobiliaire et pancréatique,
- Chargé de cours à l'Institut National de Formation en science de la Santé (INFSS),
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA),
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F),
- Membre de la société internationale de hernie (AMEHS),
- Membre du collège ouest Africain des chirurgiens (WACS),
- Membre de la société Africaine Francophone de chirurgie digestive (S.A.F.CHI.D).

Cher Maître, Vous nous faites un immense honneur en acceptant de juger ce modeste travail. La clarté de vos explications, la qualité de votre raisonnement ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre. Trouvez ici cher maître l'expression de notre reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur André Kassogué

- Anesthésiste réanimateur et urgentiste
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Membre de la société d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence au Mali
- Membre de la société d'anesthésie-réanimation d'Afrique Francophone (SARAF)

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre amour à transmettre votre savoir ainsi que vos qualités humaines font de vous un exemple à suivre.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

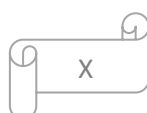
Docteur Diarah Kanté

- Praticien hospitalier.
- Ancien interne des hôpitaux.
- Chirurgien généraliste.
- Chef de service de chirurgie générale du CSRéf de Dioïla.

Cher Maître ;

Nous sommes honorés de votre présence parmi les membres du jury. Nous avons bénéficié de vos qualités pédagogiques et humaines durant notre séjour au CSRéf de Dioïla. Votre disponibilité, votre rigueur, votre assiduité dans le travail et vos qualités d'homme de culture et de recherche font de vous un homme admiré de tous et un exemple à suivre. Nous avons été séduits par votre qualité d'accueil et d'encadrement.

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



A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Professeur : Boubacar karembé

- Praticien hospitalier.
- Maître de conférences à la FMOS.
- Chirurgien généraliste.
- Chef de service de chirurgie générale du CSRéf de la commune III.

Cher Maître ;

Nous sommes honorés par la confiance que vous avez placée en nous, en nous confiant ce travail. Nous avons bénéficié de vos qualités pédagogiques. Votre disponibilité, votre rigueur dans le travail font de vous un homme admiré de tous et un exemple à suivre.

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

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Bakary tietigui Dembélé

- Professeur Titulaire en chirurgie générale à la FMOS,
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,
- Spécialiste en chirurgie hépatobiliaire et pancréatique,
- Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS),
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA),
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F),
- Membre de la société internationale de hernie (AMEHS),
- Membre du collège ouest Africain des chirurgiens (WACS),
- Membre de la société Africaine Francophone de chirurgie digestive (S.A.F.CHI.D),

Cher Maître,

Ce travail est sans doute le fruit de vos efforts. Votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre. Soyez rassurés que vos nombreux conseils et enseignements ne seront pas vains et nous sommes très fiers d'être comptés parmi vos élèves. Nous garderons de vous l'image d'un homme de science, d'une extrême ténacité et d'un enseignant soucieux de la formation de ses élèves. Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes dans la réalisation de ce modeste travail.

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

LISTE DES ABREVIATIONS :

AG : Anesthésie générale

ASP : Abdomen sans préparation

ATB : Antibiotique

BPO : Bilan préopératoire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CS Réf : centre de santé de référence

FID : Fosse iliaque droite

FIG : Fosse iliaque gauche

FMOS : Faculté de médecine et odonto-stomatologie

HB : Hémoglobine

IOT : Intubation oro-trachéale

INFSS : Institut National de Formation en Science de la Santé

NFS : Numération formule sanguine

OIT : occlusion intestinale aiguë

SNA : Sonde nasogastrique

SAMU : Service d'assistance médicale urgente

TR : Toucher rectal

TV : Toucher vaginal

Table des matières

I. INTRODUCTION :	1
II. OBJECTIFS	4
III. GENERALITES :	6
IV.METHODOLOGIE :	33
V. RESULTATS	40
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	66
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATION	74
VIII. RÉFÉRENCES	78
ANNEXES	81

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Mondor, en 1928, a défini les abdomens aigus chirurgicaux comme étant des affections abdominales qui, pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours. [1]

Les abdomens aigus chirurgicaux sont fréquents en milieu de chirurgie :

En France, Etienne et Al [2] ont trouvé dans leur étude que 50% des douleurs abdominales aiguës étaient chirurgicales.

Aux USA, en 2004 une étude faite par Brower sur 1000 malades présentant un abdomen aigu [3] a retrouvé 19 étiologies dont cinq chirurgicales (Appendicites aiguës, cholécystites aiguës, occlusions intestinales aiguës, ulcère duodéal, anévrisme abdominal).

Au Mali, Coulibaly M en 2019, sur 100 patients enregistrés, les abdomens aigus chirurgicaux ont représenté 8,4% des consultations, 27,7% des interventions chirurgicales et 70 % des urgences chirurgicales. [4]

Selon une étude faite par Sangaré S au centre de santé de référence de la commune Il Sur une période de 12 mois, il a recensé 120 cas d'urgences chirurgicales digestives sur 2067 consultations soit 5,80% et 44,80% des patients opérés (268). [5]

Au Sénégal Soumah SA en 2011 a trouvé que les affections les plus fréquemment rencontrées à l'origine des abdomens aigus chirurgicaux étaient : les appendicites aiguës (65,90%) suivies des péritonites aiguës généralisées (15,90%) et des occlusions intestinales aiguës (13,63%). [6]

Au Mali, en 2015, Diabaté S a trouvé que : les étiologies des abdomens aigus chirurgicaux les plus fréquents étaient : les appendicites aiguës (38,94%), suivies des occlusions intestinales aiguës (21,05%), et des péritonites aiguës (17,89%). [7]

L'aspect clinique se résume à un syndrome péritonéal ou occlusif le plus souvent [8].

La prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux est médico-chirurgicale et est en fonction de l'étiologie.

Le pronostic dépend du diagnostic précoce et de la prise en charge, il reste encore sombre selon la littérature :

Au Sénégal en 2011 Soumah SA a retrouvé un taux de mortalité de 3,4%. [6]

Coulibaly M en 2019, a retrouvé un taux de morbidité de 12% et un taux de mortalité de 3% [4].

Aucune étude n'a été faite sur les abdomens aigus chirurgicaux au centre de santé de référence de Dioïla, d'où le choix de notre thème.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les abdomens aigus chirurgicaux au centre de santé de référence de Dioïla.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des abdomens aigus chirurgicaux au centre de santé de référence de Dioïla
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutique des abdomens aigus chirurgicaux
- Analyser les résultats de la prise en charge

GÉNÉRALITÉS

III. GENERALITES :

1. Définition :

Mondor, en 1928, a défini les abdomens aigus chirurgicaux comme étant des affections abdominales qui, pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours. [1]

2. Intérêt :

Les abdomens aigus chirurgicaux sont des urgences médico-chirurgicales d'étiologies multiples, et de fréquences élevées. Ils constituent 27,7% des interventions chirurgicales et 12% de morbidités post opératoires selon une étude faite par COULIBALY M en 2019 [4]. Au Sénégal en 2011 SOUMAH SA a retrouvé un taux de mortalité de 3,4%. [6]

3. Rappels anatomiques

3.1. Abdomen [9]

La cavité abdominale occupe la moitié inférieure du tronc : elle est séparée de la cavité thoracique par le diaphragme thoraco-abdominal et du pelvis en bas par le diaphragme pelvien.

Elle est limitée :

- En haut par le diaphragme thoraco-abdominal
- En bas par le diaphragme pelvien
- En arrière par le rachis thoraco-lombaire
- En avant par la paroi abdominale musculaire.

Cette cavité abdominale est divisée en 9 quadrants : 3 quadrants impairs et médians, 3 quadrants pairs et latéraux (6 quadrants latéraux)

3 quadrants impairs et médians :

- L'épigastre en haut
- La région ombilicale, en dessous au tour du nombril
- L'hypogastre, sous l'ombilic et au-dessus de la symphyse pubienne.

Les quadrants pairs et latéraux :

- L'hypochondre droit et gauche en haut, de part et d'autre de l'épigastre
- Les flancs droit et gauche au milieu, de part et d'autre de la région ombilicale

- Les fosses iliaques droite et gauche en bas, de part et d'autre de l'hypogastre, au-dessus du ligament inguinal.

3.2. L'APPAREIL DIGESTIF [10] : Il comprend les segments suivants :

3.2.1. L'ŒSOPHAGE : Il constitue le premier segment du tube digestif, c'est un conduit musculo-membraneux de 25 cm environ compris entre le pharynx en haut et l'estomac en bas, c'est la voie de passage du bol alimentaire. Il traverse la partie thoracique et se termine dans la partie supérieure de l'abdomen (portion abdominale), cette triple topographie fait que les rapports anatomiques de l'œsophage sont complexes. Il est situé en position médiane devant la colonne vertébrale, en arrière de la trachée puis de l'oreillette gauche, sa position abdominale oblique à gauche et en arrière du lobe gauche du foie. L'œsophage est le siège de plusieurs pathologies telles que les sténoses, les cancers, méga-œsophage, son abord chirurgical classique est parfois délabrant et très douloureux.

3.2.2. L'ESTOMAC : L'estomac est un réservoir musculeux de 1000cc environ interposé entre l'œsophage et le duodénum où le bol alimentaire sous l'effet du suc gastrique et des contractures musculaires de l'estomac se transforme en un mélange liquide, le chyme. C'est un organe thoraco-abdominal occupant la plus grande partie de la loge sous phrénique gauche, situé dans la partie supérieure de la cavité abdominale (épigastre, hypochondre gauche) dans l'étage sus méso colique, sous le diaphragme et au-dessus du colon transverse et de son méso. Comparé à la lettre J, il comporte : une portion verticale formée par le corps de l'estomac surmonté par le pôle supérieur ou fundus (grosse tubérosité) occupé par la poche à air gastrique, une portion horizontale, deux faces antérieure et postérieure, deux bords ou courbures :

- la petite courbure, droite présente une portion verticale et une portion horizontale séparées par un angle : l'incisure angulaire ;
- la grande courbure, gauche est convexe. Deux orifices :
 - l'orifice supérieur œsophagien ou cardia est ovalaire, il est situé à droite et au-dessus du fundus, entre le bord gauche de l'œsophage abdominal et le fundus se place l'incisure cardiaque (angle de HIS), elle repère le cardia et forme à l'intérieur une valvule, le pli cardiaque.
 - L'orifice inférieur duodénal ou pylore est entouré par un sphincter. L'estomac répond à une double fonction de conduit et de réservoir, c'est le canal gastrique que suivent les liquides arrivant par le cardia. Ce canal les dirige

directement vers le fond de l'estomac puis vers l'antra et le pylore et de là vers le duodénum, les deux plis de la muqueuse qui délimitent le canal sont soulevés par les fibres longitudinales de la << cravate de suisse>>et se terminent par la production d'un bol alimentaire.

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

LE DUODENUM : C'est la portion initiale, portion fixe de l'intestin grêle mesurant 25 cm de long et 3 à 4 cm de diamètre. Il s'étend du pylore à l'angle duodeno-jéjunal. Il forme un anneau incomplet ouvert en dedans et à gauche. Il entoure les 3 /4 de la tête du pancréas. Il comprend 4 parties :

-Une partie supérieure ou D1 : fait suite au pylore, légèrement ascendante de gauche à droite, sa portion initiale dilatée est l'ampoule duodénale (bulbe duodénal), siège des ulcères

-Une partie descendante ou D2 : reçoit l'abouchement des conduits biliaires et pancréatiques sur sa partie médiane au niveau des 2 papilles duodénales ;

-Une partie horizontale ou D3 : croise la colonne vertébrale à la hauteur de L4,

-Une partie ascendante ou D4 : se termine au niveau de l'angle duodeno-jéjunal, à gauche de la colonne vertébrale.

LE JEJUNO -ILEON : Il représente les deuxièmes et troisièmes parties mobiles de l'intestin grêle qui s'étendent de l'angle duodéno-jéjunal au cæcum (fosse iliaque droite). Il mesure 6,5m. Son calibre varie entre 2-3cm. Le jéjuno-iléon forme des flexuosités, les anses intestinales (15-16), les premières anses supérieures gauches sont horizontales, les dernières anses inférieures et droites sont verticales. Le jéjuno-iléon est rattaché au plan postérieur par le mésentère qui détermine un bord mésentérique, un bord libre (anti mésentérique) et 2 faces. Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'iléon.

SYSTEME DIGESTIF HUMAIN

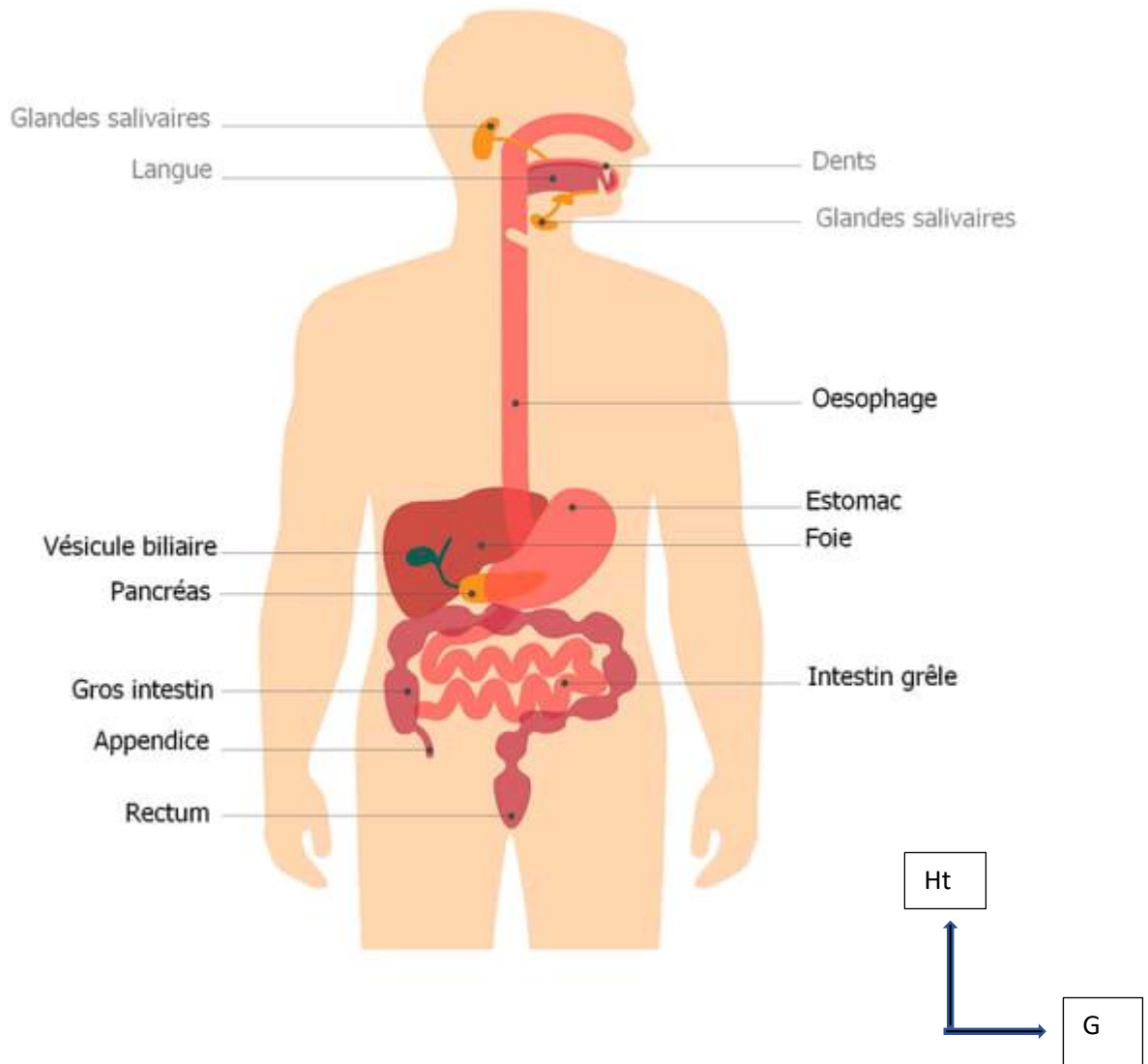


Figure 1 : appareil digestif [10]

3.2.4-LE GROS INTESTIN : Portion terminale du tube digestif de 1,5 m de long qui s'étend de la fin de l'iléon à l'anus, il est formé par le cæcum, le colon ascendant, colon transverse, le colon descendant, colon sigmoïde et le rectum. Dans son ensemble il forme une boucle qui encadre les anses intestinales. Il contient les résidus alimentaires non absorbés au niveau de la grêle. Dans sa portion initiale sont réabsorbés l'eau et les sels, les résidus dégradés par des bactéries sont convertis en matières fécales évacuées au dehors par les contractures du gros intestin. Sa surface est irrégulière marquée par des saillies, les bosselures (haustrations) limitées par les incisures et des bandelettes longitudinales.

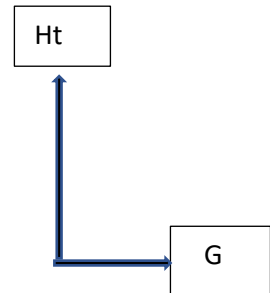
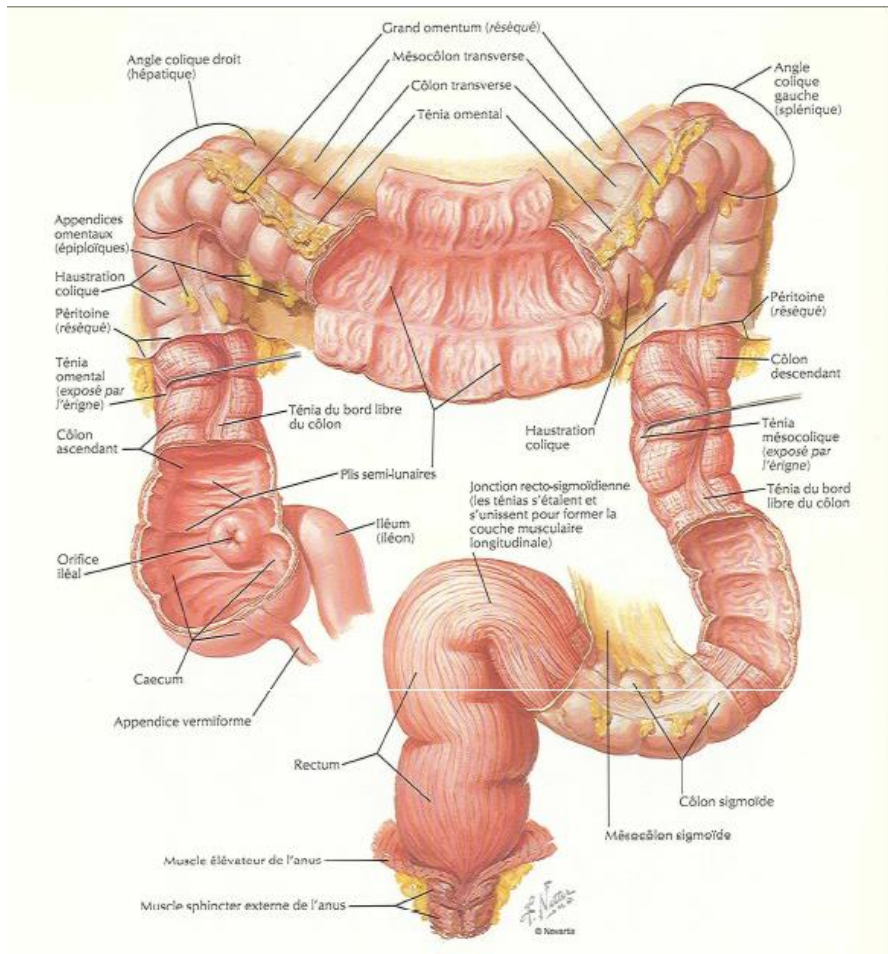


Figure2 : colon-rectum-canal anal [10] :

3.2.5 -LES GLANDES ANNEXES :

FOIE : le foie est le plus volumineux des glandes de l'organisme indispensable à la vie par ses fonctions métaboliques (stockage du glucose sous forme de glycogène, fonction de détoxification, élaboration de la bile etc...). C'est un organe thoraco-abdominal situé sous le diaphragme, dans l'étage sus méso colique : l'hypochondre droit, l'épigastre et en partie dans l'hypochondre gauche. Il joue un rôle important dans la digestion puisque tout ce qui est élaboré au niveau du grêle lui parvient par le système porte. La bile rejoint l'intestin par les voies biliaires : excrétée en permanence par le foie, elle est stockée dans la vésicule biliaire et excrétée au moment de la digestion.

LE PANCREAS : Le pancréas est une glande volumineuse, rétropéritonéal avec ses fonctions exocrines et endocrines dont la sécrétion externe, le suc pancréatique contient des enzymes

Essentielles à la digestion. En relation étroite avec le duodénum, il s'étend transversalement, au-devant de la colonne vertébrale lombaire, dont il épouse

la saillie antérieure, et celles des gros vaisseaux de l'abdomen. Il est légèrement oblique en haut et à gauche depuis la partie descendante du duodénum jusqu'à la rate et se place en grande partie en arrière de l'estomac. On lui décrit trois portions : la tête, le corps, et la queue. La tête est inscrite dans le cadre duodénal, dont elle est indissociable, c'est à ce niveau que sa sécrétion externe se déverse dans l'intestin grêle par l'intermédiaire du canal de Wirsung et du canal de Santorini.

LA RATE : La rate un organe lymphoïde connecté au système porte. La rate joue un rôle très important dans la fabrication et le stockage des éléments figurés du sang. Elle intervient également dans la lutte contre les infections microbiennes. Elle est dans la loge sous phrénique gauche derrière la grosse tubérosité de l'estomac. La rate se projette sur la paroi thoracique.

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

-Une couche interne muqueuse : qui a selon des 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, comporte un épithélium, une lamina propria (chorion), une muscularis mucosae et des glandes.

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

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

4. Quelques urgences chirurgicales digestives

4.1. Hernie étranglée [11]

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

4.1.2. Physiopathologie Une hernie non compliquée est indolore (elle entraîne tout au plus une simple gêne) et son contenu est facilement repoussé dans

l'abdomen par simple pression. Parfois, au décours d'un effort par exemple, la hernie n'est plus réductible par les manœuvres habituelles. Le collet de la hernie est devenu trop étroit et constitue un anneau d'étranglement rigide qui empêche la réduction, comprime le viscère incarcéré et compromet sa vascularisation (d'abord le retour veineux puis la vascularisation artérielle). Par définition, une hernie étranglée est donc une hernie devenue douloureuse et irréductible. Cet étranglement a plusieurs conséquences :

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

4.1.3. Quelles sont les hernies qui risquent de s'étrangler ?

Quels que soient leur taille et leur type anatomique, toutes les hernies peuvent s'étrangler un jour ou l'autre ; certaines sont plus rapide que d'autres. Ce sont surtout les hernies inguinales congénitales, dites encore obliques externes. Elles sont de loin les plus fréquentes, notamment en Afrique surtout chez l'enfant et l'adulte jeune. Elles traversent la paroi abdominale en suivant le canal inguinal et leur collet est étroit, d'où le risque d'étranglement. La hernie crurale dont le collet est également étroit et fibreux est souvent diagnostiquée au stade d'étranglement. Elle se voit surtout chez les femmes âgées. Les hernies inguinales directes, dites de faiblesse, à collet large et les hernies ombilicales s'étranglent moins souvent.

4.1.4. Qu'est-ce qu'une hernie irréductible ?

Avec le temps et en dehors de tout accident aigu et douloureux, la hernie devient progressivement irréductible, du fait de son volume et des adhérences qui se créent au sein d'un sac épaissi et remanié. La hernie reste cependant peu douloureuse et n'est pas étranglée. Le risque d'étranglement et d'occlusion à bas bruit est cependant élevé et l'intervention s'impose dans un délai bref.

4.1.5. Signes cliniques Dans les formes typiques, le diagnostic de la hernie étranglée est facile. Les signes cliniques sont dominés par la douleur. Elle apparaît brutalement ou de façon progressive au niveau d'une hernie en

général connue et indolore jusqu'à ce jour. A cette douleur isolée au début s'associent plus ou moins précocement des signes d'occlusion : Une douleur abdominale diffuse d'évolution paroxystique, des nausées et vomissements, l'arrêt des matières et des gaz. L'examen physique retrouve la douleur provoquée à la palpation de la voussure herniaire. Cette douleur est maximale au niveau du collet de la hernie. La hernie est irréductible et n'est plus expansive à la toux. Sa matité à la percussion dénonce la présence du liquide d'épanchement dans le sac herniaire. Le toucher rectal provoque une douleur du côté de la hernie. Les signes généraux sont modestes : température normale, pouls régulier un peu accéléré, souvent une agitation, mais l'état général est conservé. L'évolution en l'absence de traitement chirurgical peut se faire vers la mort. Le phlegmon Pyo stercoral est une éventualité évolutive : localement la hernie devient chaude, rouge, douloureuse, la peau œdématisée. La rupture de l'anse étranglée à la peau réalise une fistule. Cette fistule peut entraîner une dénutrition rapide lorsqu'il s'agit d'une anse grêle. Trois variétés évolutives sont à retenir :

- Formes suraiguës : elles sont l'apanage des petites hernies au collet très serré. Ici l'évolution est très rapide et la symptomatologie est assez bruyante : Syndrome hyper algique, vomissement fécaloïdes précoces, signes toxico-infectieux. L'évolution en l'absence d'intervention chirurgicale se fait vers la mort en 24 à 48 heures. Parmi ces formes suraiguës le choléra herniaire est marqué par la prédominance des signes digestifs : vomissements répétés, et surtout une diarrhée continue entraînant une déshydratation rapide. Ces formes se voient au cours d'un pincement latéral de l'anse intestinale étranglée. D'autres formes sont marquées par l'existence de crampes musculaires voire de crises convulsives réalisant les formes éclamptiques. Ces aspects sont rares dans les hernies inguinales étranglées.

- Formes subaiguës : elles sont rares et réalisent le tableau classique de l'engouement herniaire. Elles se voient au cours des étranglements peu serrés. Ici l'arrêt des matières et gaz est peu marqué, les signes physiques sont moins nets : légère impulsion à la toux, pas de douleur au collet du sac. L'évolution peut se faire vers la guérison ou l'étranglement serré. La limite entre engouement et étranglement herniaire n'est pas très nette. La différence entre ces deux entités cliniques n'a pas d'intérêt pratique et tout engouement doit être considéré comme un étranglement et traité chirurgicalement sans délai.

- Formes latentes (étranglement latent) : elles se voient volontiers chez les personnes affaiblies, les vieillards et les obèses. Les signes fonctionnels sont vagues : constipation opiniâtre, vomissement, arrêt des gaz peu net.

4.1.6. Les examens complémentaires :

- L'ASP (Abdomen Sans Préparation) debout de face : montre des niveaux hydro-aériques.

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

- Les examens biologiques : l'hématocrite, la numération globulaire donnent la mesure de l'hémoconcentration.

- L'ionogramme précise le degré de perturbation électrolytique, l'hypo chlorémie est la plus importante modification et la plus facile à compenser.

4.1.7. Diagnostic positif Le diagnostic de la hernie étranglée est essentiellement clinique, trois signes caractérisent l'étranglement herniaire :

- La douleur : elle est maximale au niveau du collet de la hernie ;

- L'irréductibilité de la hernie ;

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

4.1.8. Diagnostic différentiel

4.1.8.1. La péritonite herniaire En l'absence de tout étranglement, une complication septique peut survenir au niveau d'un viscère herniaire (appendice, sigmoïde ou diverticule de Meckel). Quelle que soit l'étiologie, le tableau réalisé est celui d'une suppuration locale au niveau d'une hernie faisant porter l'indication opératoire avec le plus souvent le diagnostic de hernie étranglée ou de phlegmon Pyo stercoral. C'est alors l'intervention qui permettra un diagnostic lésionnel précis.

4.1.8.2. L'engouement herniaire : C'est lorsqu'une hernie simple devient douloureuse et irréductible puis se réduit spontanément. Ici la douleur exquise au niveau de collet n'est pas nette. En théorie il n'est pas un étranglement mais son potentiel évolutif est l'étranglement.

4.1.8.3. Les adénites inguinales Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile.

4.1.8.4. Les anévrysmes de l'artère iliaque externe Ils sont rares, de consistance plus molle, d'expansion systolique à la palpation et présentent un souffle systolique à l'auscultation.

4.1.8.5. Traitement chirurgical d'urgence : principes généraux et indications

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

Les complications liées au traitement : Elles sont nombreuses et souvent graves
Complications per opératoires :

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

Complications postopératoires : Elles sont les plus fréquentes

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

4.2. Les péritonites aiguës [12]

4.2.1. Définition : Une péritonite est une inflammation aiguë de la séreuse péritonéale qui peut être soit généralisée à la grande cavité péritonéale (cas le plus fréquent et aspect clinique le plus Éloquent), soit localisée (loges sous phréniques, gouttières pariéto- coliques, Cul de Sac de Douglas).

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

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

4.2.3. Formes cliniques :

4.2.3.1. Les formes cliniques communes dites sthéniques de l'adulte jeune : Les signes cliniques sont ici typiques et permettent pratiquement seuls, de faire le diagnostic de péritonite. L'installation du syndrome peut dépendre de l'étiologie mais la phase d'état (quelques heures après le début) est en générale commune à l'ensemble des étiologies. La symptomatologie clinique typique est caractérisée par la douleur, les troubles du transit (vomissements, arrêt des matières et des gaz) et les signes physiques abdominaux (météorisme, hyperesthésie cutanée, contracture ou défense). L'ensemble survient dans un contexte de syndrome infectieux plus ou moins intense. Tous ces signes sont précoces. Les modifications typiques de faciès (faciès péritonéal classique) sont plus tardives. La contracture abdominale, quand elle est présente, est pathognomonique.

4.2.3.2. 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 celui d'un choc toxi-infectieux inaugural. C'est le tableau de choc toxi-infectieux qui pose le plus souvent des problèmes diagnostiques. Les signes généraux dominent la symptomatologie, alors que l'examen physique est pauvre : douleur abdominale peu intense ou absente, contracture et défense rares, météorisme indolore, touchers pelviens peu démonstratifs. Ici, l'imagerie peut faire appel à l'échographie (épanchement liquidien péritonéal) si le météorisme n'est pas trop important à la TDM ou encore aux opacifications digestives utilisant des produits hydrosolubles. L'échographie et la TDM peuvent encore guider la ponction de l'épanchement (intérêt diagnostique et bactériologique).

4.2.4. Etiologie : L'étiologie peut modifier sensiblement la présentation clinique et l'évolution de la péritonite. Ce sont ces aspects étiologiques qui sont sous-cotés :

- péritonites primitives, péritonites appendiculaires, péritonites par perforation gastroduodénale, péritonites typhiques, péritonites d'origine génitale, péritonites par perforation colique, péritonites postopératoires.

4.2.5. Traitement : Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps : le temps préopératoire, le temps per opératoire, le temps post-opératoire.

Le traitement médical est double :

- réanimation hydro électrolytique, hémodynamique et calorique pour compenser les conséquences de l'inflammation péritonéale (hypovolémie, perturbations électrolytiques, catabolisme majoré...)

- un traitement anti – infectieux par l'antibiothérapie dont l'objectif principal est d'éviter ou de contrôler une diffusion de l'infection. Le traitement chirurgical est le centre de la démarche. Il consiste à traiter la cause et à évacuer et drainer la collection purulente. C'est le point important du traitement anti-infectieux lui-même.

4.2.5.1. Principes du traitement chirurgical :

La chirurgie utilise deux grands moyens :

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

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

4.3. Les appendicites aiguës [13]

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

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

4.3.3. Etio-physiopathologie L'appendicite est due :

- soit à une obstruction de la lumière appendiculaire (les germes circulent dans un appendice normal). Si l'appendice est bouché par un corps étranger les germes vont stagner au fond et vont se multiplier d'où infection ;
- soit à une infection hématogène, plus fréquente. Tous les germes peuvent entraîner l'appendicite. Les plus fréquents sont les colibacilles, le streptocoque, le staphylocoque. On peut même y trouver des parasites (comme le schistosoma Masoni).

4.3.4. Anatomie Pathologie : Il existe une grande variété anatomo-pathologique d'appendicite :

- L'appendicite catarrhale : elle correspond à une inflammation de l'appendice (appendice rouge).
- L'appendicite phlegmoneuse : c'est un appendice turgescent couvert de fausses membranes avec du pus dans sa lumière et une nécrose suppurée de sa paroi.
- L'appendicite gangréneuse : quand l'appendice est couvert de plages nécrotiques s'étendant parfois jusqu'au cæcum.
- L'abcès appendiculaire : est une appendicite purulente avec du pus autour de l'appendice. L'abcès peut prendre une forme particulière appelée plastron quand les viscères de voisinage (anses grêles, épiploon, vessie) viennent s'accoler au contact du foyer inflammatoire.
- La péritonite appendiculaire : c'est l'abcès appendiculaire avec du pus qui a diffusé dans la grande cavité péritonéale. L'appendicite peut évoluer plus ou moins rapidement de la forme catarrhale à la péritonite en 24-72 heures. Donc l'appendicite est une urgence chirurgicale.

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

4.3.5. Etude clinique

4.3.5.1. Les signes fonctionnels :

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

4.3.5.2. Signes généraux : La température 37- 37,5°C. Si au début on a une température supérieure à 40°C, c'est qu'il ne s'agit pas d'une appendicite récente. La tension artérielle est normale, la langue est saburrale. Au stade de début l'état général est bon.

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

4.3.5.4. Signes para cliniques La Numération Formule Sanguine (NFS) montre une hyperleucocytose (15000 à 20.000 GB/mm³) surtout à polynucléaires neutrophiles. L'échographie peut parfois montrer un gros appendice à parois épaisses ou un épanchement péri appendiculaire.

4.3.5.5. L'évolution Elle est imprévisible. Une régression spontanée peut survenir après la crise d'appendicite, mais cette régression spontanée est rare. La plupart du temps l'évolution se fait vers l'aggravation en quelques jours ; parfois cette aggravation est entrecoupée d'une accalmie traîtresse. L'aggravation peut se faire vers l'abcès ou vers la péritonite.

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

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans les formes typiques
Signes physiques : la fosse iliaque droite est le siège d'une masse fluctuante douloureuse. Signes généraux : souvent une altération de l'état général, une température à 38–38,5°C (fièvre oscillante). La NFS montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. L'évolution sans traitement se fait vers la perforation réalisant alors une péritonite généralisée.

- Le plastron (est une complication de l'appendicite catarrhale). Il est souvent favorisé par une antibiothérapie abusive, fait au début de l'appendicite.

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans le cas typique
Signes physiques : la fosse iliaque droite est le siège d'un blindage dur, douloureux, mal limité, le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent une douleur du douglas à droite.

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

Signes para cliniques : La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydro-aériques. L'évolution peut se faire vers la régression ou vers la péritonite.

- La péritonite (est une complication de l'appendicite catarrhale)

Signes généraux : Température élevée à 40° c Pouls accéléré Signes physiques : Contracture abdominale généralisée dite contracture en ventre de bois et maximum dans la fosse iliaque droite. Le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent une douleur partout dans le Douglas. Signes para cliniques : Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS. La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydro-aériques. L'évolution sans traitement se fait vers la mort en quelques heures.

4.3.5.6. Diagnostic différentiel : L'appendicite peut faire évoquer beaucoup de pathologies chirurgicales et médicales. Les pathologies médicales les plus fréquemment évoquées sont : Le paludisme : il est parfois caractérisé par : une douleur de tout le flanc droit, une fièvre à 39-40°c avec des frissons, des vomissements sans arrêt des matières ni des gaz, le toucher rectal et le toucher vaginal sont sans douleur, la goutte épaisse est souvent positive. L'hépatite virale : elle peut faire croire à une appendicite si elle se révèle par : une douleur de tout le flanc droit, des vomissements, une fièvre. Le siège de la douleur est haut. Il y a un subictère et les transaminases sont élevées, notion de contagé. L'adénolymphite mésentérique : Une inflammation des ganglions mésentériques sans atteinte de l'appendice ; l'examen clinique ne permet pas de la distinguer de l'appendicite à coup sûr. Il faut hospitaliser le malade et suivre l'évolution, soit faire une intervention exploratrice.

- La colique néphrétique droite peut faire penser à une appendicite devant : une douleur du flanc droit, des vomissements, une constipation. Mais les douleurs commencent dans la fosse lombaire, elles irradient dans la fosse iliaque droite et vont dans les organes génitaux externes et la racine de la cuisse. Elles sont paroxystiques. Il y a une pollakiurie, des brûlures mictionnelles. Il n'y a pas de défense de la fosse iliaque droite. La NFS est normale. L'échographie montre la stase dans les voies urinaires voire le calcul.

-La pneumopathie de la base droite : peut faire penser à une appendicite quand elle se révèle par des douleurs de flanc droit, la fièvre ; mais il y a une toux, des signes d'atteinte du poumon droit à l'examen.

Les douleurs d'ovulation : peuvent faire penser à une appendicite quand ces douleurs sont dans la fosse iliaque droite. Mais ces douleurs surviennent au 14ème jour du cycle.

-Les douleurs d'endométriose : peuvent faire penser à une appendicite lorsqu'elles siègent dans la fosse iliaque droite. Mais ces douleurs sont rythmées par les menstruations.

-La colite : peut se révéler par une douleur de la fosse iliaque droite, une nausée, une fièvre. Mais il n'y a pas de défense de la fosse iliaque droite. Souvent il y a une diarrhée.

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

-Il faut savoir éliminer : Chez la femme : une salpingite droite, une GEU droite, une complication d'une tumeur ovarienne droite (dans ce cas, le toucher vaginal et l'échographie peuvent mettre en évidence la tumeur). Chez le vieillard : un cancer du caecum. Chez l'enfant : un diverticule de Meckel.

Chez la vieille femme : une lithiase vésiculaire.

4.3.5.7. Formes cliniques

4.3.5.7.1. Formes selon le terrain L'appendicite du nourrisson : caractérisée par sa rareté et son évolution rapide (la péritonite peut apparaître en moins de 24h). Elle est grave parce que le diagnostic peut être posé tard et la contracture n'est pas toujours retrouvée en cas de péritonite.

-L'appendicite du vieillard : se caractérise par une évolution lente en général. Un syndrome pseudo-occlusif fébrile (d'où le diagnostic différentiel avec les occlusions, et cancer du caecum). Dans le cancer du caecum il y a une douleur de la fosse iliaque droite, un amaigrissement une anémie, une image typique au lavement baryté.

-L'appendicite de la femme enceinte est caractérisée par : Au 1er trimestre peu de différence avec l'appendicite typique. Au 3ème trimestre : La douleur appendiculaire est plus haute. La défense est moins nette. Un problème de diagnostic différentiel se pose avec la pyélonéphrite de la femme enceinte.

La pyélonéphrite est caractérisée par : des douleurs du flanc droit (surtout lombaires), des nausées, une constipation, une température de 38°-39°c avec des frissons parfois, des troubles urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles).

4.3.5.7.2. Formes selon le siège

-L'appendicite pelvienne : Elle se voit surtout chez la femme non enceinte, elle est caractérisée par : des douleurs basses dans la fosse iliaque droite, des nausées, une constipation, une température de 37°C – 37,5°C, un pouls accéléré, une douleur provoquée à la palpation de la partie basse de la fosse iliaque droite, le Toucher rectal et le toucher vaginal provoquent des douleurs aiguës à droite. Dans ce cas il faut éliminer une salpingite, une grossesse extra utérine.

-L'appendicite sous-hépatique :

Elle est caractérisée par : des douleurs dans l'hypochondre droit, des nausées voir des vomissements, une constipation, une douleur, voir une défense provoquée dans l'hypochondre, une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

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

-Appendicite méso cœliaque :

Caractérisée par : des douleurs péri-ombilicales, un syndrome pseudo occlusif (où le diagnostic différentiel avec une gastro entérite).

Appendicite de la fosse iliaque gauche : est exceptionnelle, elle survient chez un sujet dont le colon n'a pas subi de rotation.

4.3.6. Principe du traitement des appendicites aiguës : Le seul traitement est l'appendicectomie.

4.3.6.1. L'abcès appendiculaire nécessite : une appendicectomie, une antibiothérapie et un drainage.

4.3.6.2. La péritonite nécessite : une réanimation médicale pré, per, post-opératoire, jusqu'à la reprise du transit intestinal, la mise en place d'une sonde nasogastrique aspirative et d'une sonde urinaire, une appendicectomie, une toilette péritonéale, un drainage, une antibiothérapie.

4.3.6.3. Le plastron appendiculaire :

Son traitement comporte : une réanimation médicale (perfusion, diète total), la glace sur la fosse iliaque droite, une antibiothérapie, une surveillance médicale rigoureuse ;

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

4.4. LES OCCLUSIONS INTESTIALES AIGUËS [13]

4.4.1. Définition : L'occlusion intestinale est un arrêt brutal complet et persistant du transit (des matières et des gaz) dans un segment intestinal. C'est une urgence chirurgicale. Il existe des occlusions organiques, des occlusions fonctionnelles et des occlusions mixtes.

4.4.2. Physiopathologie :

4.4.2.1. L'occlusion organique est une occlusion mécanique.

Elle peut être occasionnée par : une obstruction, une compression, une strangulation.

-Une strangulation est un étranglement de l'intestin. Elle peut être due à une hernie étranglée, un volvulus, une invagination intestinale. Elle entraîne tôt des troubles ischémiques de l'intestin. Dans les strangulations, la circulation est d'abord perturbée sur le retour veineux alors que l'artère continue à amener le sang dans la zone strangulée. Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ; d'où une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre hydroélectrolytique. La strangulation favorise la fermentation des matières dans l'intestin d'où production de gaz qui va s'accumuler à la partie supérieure de l'anse strangulée alors que le liquide reste à la partie inférieure. L'air et le liquide seront séparés par un niveau qui est toujours horizontal.

A la radiographie, l'air sera perçu comme une image noire avec un niveau blanc (clair) horizontal inférieur. Une élévation de pression des gaz dans l'intestin en amont de l'obstacle peut entraîner une perforation de l'intestin, c'est la perforation diastatique. La compression et l'obstruction sont moins urgentes que la strangulation, car les deux premières n'entraînent que tardivement des troubles ischémiques.

4.4.2.2. L'occlusion fonctionnelle se fait par inhibition du nerf intestinal.

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

4.4.3. Signes cliniques :

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

4.4.3.2. Les signes généraux sont caractérisés par : une chute de la tension artérielle (tardive) à cause des vomissements et des déperditions plasmatiques dans la lumière intestinale, une accélération du pouls, des signes de déshydratation, une température qui est fonction de l'étiologie.

4.4.3.3. Les signes physiques sont caractérisés par :

A l'inspection : un météorisme abdominal, Parfois une cicatrice abdominale (qui fait suspecter l'étiologie), un péristaltisme qui traduit la lutte intestinale contre l'obstacle.

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

A la percussion : La présence d'un tympanisme, souvent tardif.

A l'auscultation : La présence et l'accentuation de bruits hydro-aériques.

Aux touchers pelviens (Toucher Vaginal –Toucher Rectal) : La présence de signes qui sont fonction du siège et de l'étiologie de l'occlusion. La palpation des orifices herniaires recherche une hernie étranglée.

4.4.4. Les signes paracliniques :

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

important de préciser le nombre, le siège et l'aspect des niveaux hydro-aériques.

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

- Le transit de la grêle effectuée en dehors des périodes de vomissements peut monter un obstacle sur l'intestin grêle. Les signes biologiques des troubles hydroélectrolytiques. Car l'occlusion entraîne une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acide-basse. Ces troubles hydroélectrolytiques souvent fonctionnelles sont constatés sur l'ionogramme (souvent une hypernatrémie), l'azotémie ou la créatinémie (souvent une hyperazotémie ou un hypercréatinémie). Il faut effectuer un bilan général du malade (clinique).

4.4.5. Formes cliniques

4.4.5.1. En fonction du siège

Signe d'occlusion	Siège de l'occlusion	
	Grêle	Colon
Douleur	Idem	Idem
Vomissements	Précoces	Tardifs
Arrêt des matières et des gaz	Tardif	Précoce
Altération de l'état général	Rapide	Tardif
Déshydratation	Rapide	Tardive
Météorisme	Absent	Abondant
Niveaux hydro-aériques	Plus larges que hauts	Plus hauts que larges
Lavement baryté	Normal	Montre le siège, le mécanisme et la cause
Transit du grêle	Montre le siège de l'occlusion	Normal

4.4.5.2. 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 qui atteint surtout le vieillard est caractérisée par : des douleurs progressives continues ; une altération de l'état général avant l'occlusion ; une fièvre avec parfois une anémie un antécédent d'alternance de diarrhée et de constipation. Une tumeur à la palpation parfois.

4.4.5.3. 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 Hirschsprung ; L'immaturité du colon pour le grêle ; Les brides par mal rotation de l'intestin qui entraînent souvent un volvulus.

- Chez le nourrisson, les causes les plus fréquentes sont : -l'invagination intestinale aiguë ; maladie Hirschsprung.

- Chez l'enfant les causes les plus fréquentes sont : le diverticule de Meckel, l'appendicite, l'invagination intestinale aiguë.

-Chez l'adulte, les causes les plus fréquentes sont : le volvulus du sigmoïde (surtout au Mali) ; le volvulus de la grêle sur bride qui est provoqué par les séquelles de la laparotomie. La présence de bride est presque toujours secondaire à une intervention chirurgicale antérieure.

-Chez le vieillard :

Les principales causes sont : le cancer du côlon qui est le plus fréquent ; le volvulus du sigmoïde ;

L'appendicite du vieillard : c'est une occlusion fébrile avec douleurs dans la fosse iliaque droite ; l'iléus biliaire rare au Mali, plus fréquent en Europe ; les hernies internes (exceptionnelles).

Diagnostic différentiel avec les occlusions fonctionnelles.

Les occlusions fonctionnelles sont caractérisées par :

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

Signes Généraux : qui sont fonctions de la cause

Signes Physiques : résumés par un météorisme important diffus Radiographie de L'Abdomen Sans Préparation Débout de face prenant les coupes diaphragmatiques : montre une dilatation gazeuse diffuse (sur le grêle, le colon) avec peu de niveau hydro-aérique. Les principales causes de ces occlusions fonctionnelles sont les neuroleptiques, les antimitotiques, etc....

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

4.4.6.1. Le traitement Médical consiste en :

Une réanimation hydro électrolytique : une perfusion de sérum salé et glucosé, perfusion de macromolécules, de sérum bicarbonaté voir transfusion, la mise en place d'une sonde nasogastrique aspirative et d'une sonde urinaire.

4.4.6.2. Le traitement chirurgical : Il est fonction de l'état général, du siège, de la cause, et du mécanisme de l'occlusion.

Pour le volvulus du sigmoïde il faut pratiquer en urgence : une laparotomie, une détorsion du sigmoïde, une sigmoïdectomie. Dans certains cas une détorsion du sigmoïde est possible par voie endoscopique, sans faire de laparotomie.

Pour le volvulus sur bride, il faut pratiquer en urgence : une laparotomie, la section de la bride.

Pour l'occlusion par cancer du sigmoïde il faut faire : la laparotomie, si possible une résection du cancer. Sinon faire une colostomie qui sera suivi d'une résection du cancer. Dans le cas particulier des occlusions avec nécrose intestinal, il est toujours nécessaire de réséquer la zone nécrosée suivie d'une anastomose en un temps si l'état général du patient le permet ou en deux temps dans le cas contraire après la réalisation d'une stomie.

4.5. Les traumatismes de l'abdomen : [14]

4.5.1. Définition : Ce sont des lésions traumatiques fermées sans rupture de la continuité pariétale de l'abdomen (contusions), ou des lésions traumatiques ouvertes avec rupture de la continuité pariétale de l'abdomen (plaies).

4.5.2. Epidémiologie : Une contusion sur 2 (deux) est secondaire à un accident du trafic. Les plaies représentent 20% des blessés de pratiques civiles. En temps de paix les patients de 1 à 30ans représentent 60% des blessés dont 30%

sont des femmes. En temps de guerre, l'homme jeune est frappé de façon quasi exclusive.

4.5.3. Etio-physiopathologie :

Les contusions :

- Les circonstances : les accidents de la voie publique, de sports, de travail, et domestiques.

- Mécanismes :

Le choc direct : le choc par percussion donne des lésions d'éclatement, et le choc d'hyperpression donne des lésions d'écrasements.

Le choc indirect : par décélération brutale, des lésions par étirement, par rupture ou arrachement des ligaments et des viscères intra-abdominaux.

Les plaies :

- Les circonstances : En temps de paix : armes blanches (poignards, couteaux) et armes à feu (projectile, armes de chasse) En temps de guerre : Les balles de fusil, les éclats de bombe à effet de souffle, de fragmentation et de pulvérisation. •Mécanisme : Les armes blanches donnent des plaies ponctiformes ou linéaires. Les armes à feu donnent des lésions par arrachement, par déchirure et par éclatement en fonction de l'énergie libérée. L'effet de souffle « Blast » peut engendrer des dilacérations viscérales mais épargne en général l'enveloppe.

4.5.4. Anatomie pathologie :

Les lésions pariétales :

- Les contusions : Elles sont ici réduites à des ecchymoses, ce qui n'éliminent nullement une lésion viscérale ;

- Les plaies : par arme blanche pose le problème par leur caractère pénétrant ou non ; par projectile sont matérialisées par un orifice d'entrée et un orifice de Sortie, ceci permet de retracer dans l'espace le trajet projectiltaire. La paroi peut être le siège de délabrements important avec perte de substances et éviscération.

Les lésions viscérales :

- Les organes pleins :

- Les contusions : peut engendrer de la surface à la profondeur des hématomes sous-capsulaires, des fractures partielles, ainsi que des lésions profondes intéressant les structures vasculaires et canales centro-hépatiques, pancréatiques, spléniques et rénales.

- Les plaies : par projectile des organes pleins

Les organes creux : sont le siège des plaies linéaires par armes blanches ou de perforation le plus souvent multiples, provoquées par des projectiles à grande vitesse.

Les lésions vasculaires : Les ruptures complètes des gros vaisseaux n'arrivent jamais jusqu'à la table d'opération seules y parviennent les lésions incomplètes dont les risques sont la thrombose et l'ischémie secondaire.

4.5.5. Diagnostic

Les signes cliniques :

Les signes généraux : pâleur, pouls filant, TA abaissée ;

Les signes physiques :

- Interrogatoire : On recherche l'heure, les circonstances de survenues,

- Inspection : On recherche

Le point d'impact : plaies, ecchymoses, hématomes, lésions costales basses ; un orifice d'entrée et éventuellement de sortie.

- Palpation : recherche

- Une contracture localisée ou généralisée

- Une sonorité pré hépatique anormale traduisant un pneumopéritoine ;

- Une défense localisée à l'hypochondre droit, la douleur irradiant à l'épaule droite, doit faire évoquer une lésion hépatique ;

- Une lésion splénique se traduit par une douleur dans l'hypochondre gauche ;

- L'atteinte rénale est caractérisée par un empâtement douloureux lombaire associé à une hématurie ; Dans tous les cas il existe une réaction péritonéale avec des nausées, vomissements et météorisme abdominal.

- TR : retrouve un cul de sac de Douglas douloureux (péritonite) ou comblé (épanchement sanguin le plus probable).

Les signes paracliniques :

- Biologique : Groupage/rhésus, NFS : montre une hyperleucocytose et/ou une anémie évocatrice d'une lésion viscérale ;

- Radiologiques :

- Abdomen sans préparation debout de face ou coucher montre :

- *Un pneumopéritoine : signe de perforation d'un organe creux ;

- *Une grisaille abdominale et les anses abdominales cernées qui témoignent d'un probable hémopéritoine de même que l'abaissement de l'angle colique gauche et/ou le déplacement de la grosse tubérosité gastrique ;

- L'échographie :

- *Un épanchement liquidien intra péritonéal dans les zones de déclives ;

- *Les lésions d'organes intra-péritonéaux,

- Tomodensitométrie : permet de déceler :

- *Un hématome intra-mural du tube digestif,

- *Une fracture pancréatique avec rupture du Wirsung,

4.5.6. Indications chirurgicales

Indication formelle :

- Le choc hypovolémique : ou une hémodynamique instable chez un traumatisé de l'abdomen doit inciter à prendre une décision opératoire immédiate sous couvert d'une réanimation et de transfusion ;

- La péritonite : la rupture d'un organe creux, avec dès les premières minutes de l'épanchement digestif dans la grande cavité.

- Les plaies ou la pénétration est évidente : ce sont les cas d'éviscération d'épiploon, de grêle.

Les signes d'orientation diagnostique étaient souvent posés par l'échographiste avant leur admission.

Indication discutable :

- Dans les plaies abdominales dont le caractère pénétrant et vulnérant ne peut être affirmé, l'exploration de la plaie aux doigts permet d'affirmer la pénétration péritonéale
- Les cas particuliers : Les contusions rénales, un hématome rétro- et sous-péritonéal,

4.5.7. Traitement

Choix de la voie d'abord : il faut une voie d'abord large permettant une exploration rapide et complète de la cavité abdominale.

Traitement des lésions viscérales : Les organes pleins, Les organes creux, Les vaisseaux.

Traitement des lésions pariétales : Parage des orifices d'entrée et de sortie des projectiles.

MÉTHODOLOGIE

IV.METHODOLOGIE :

1. CADRE D'ETUDES :

Notre étude a été réalisée dans l'unité de chirurgie du centre de santé de référence de DIOILA. Sa situation rend son accès facile pour la population.

1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE DU CERCLE DIOILA :

Le cercle de dioila est surtout connu par son appellation : le Banico, nom Bambara qui signifie « derrière le fleuve ». En effet le cercle se situe derrière le Baoulé et est compris entre ce fleuve Bani et le Bagoé. Le chef-lieu du cercle de dioila fut fondé vers le 16^{ème} siècle par un chasseur nommé sountié MARICO, venu de Fignana, village situé à 10km à l'ouest de dioila. Le cercle a une superficie totale de 123794km² limité par : au nord, le cercle de Baraoulé, au nord-Est le cercle de Koutiala, au nord-ouest le cercle de Koulikoro, au sud-Est le cercle de Sikasso, à l'ouest le cercle de kati. La population est essentiellement composée de Bambara et de peulh.

La religion dominante est l'islam, cependant il existe le christianisme et l'animisme. Son relief se caractérise par des plaines et des plateaux.

Le climat de type tropical humide soudanien, est marqué par une saison sèche de mars à juin, une saison pluvieuse de juin à octobre et une saison froide de novembre à février.

Le cercle est arrosé par trois fleuves : le Baoulé (fleuve rouge), le Bagoé (fleuve blanc), le Banifing (petit fleuve noir) et leurs multiples affluents. Le cercle est composé de deux districts sanitaires recouvrant 23 communes rurales dont 10 à Dioila et 13 à fana, 351 villages administratifs et de nombreux hameaux de culture. Les principales voies de communications sont :

Une route de 40km reliant Dioila-Fana en bon état, des routes difficilement praticables en période de pluie reliant le district de Dioila à ces différents Centre de santé communautaire (Cscm) qui sont aux nombres de 22 avec 3 Ambulances en bon état. Les moyens de communications sont représentés par : les radios rurales au nombre de (8) huit et le téléphone. Du point de vue santé, la médecine traditionnelle a tendance à être délaissée au profil de la médecine moderne. Le cercle est relativement riche, notamment à travers le coton qui est la culture de récente par excellence. Il compte deux unités industrielles d'égrenages de coton : Dioila et Fana.

L'agriculture est l'activité la plus pratiquée. L'élevage de bovins, ovins, caprins et de volaille est pratiquée par des sédentaires et les semi-nomades.

1.2. Les Cscm du district sanitaire de Dioila et leur distance

Cscm	Distance avec csréf en km
Banco	65
Baou Foulala	50
Bamanatou	116
Bolé	110
Dégnekorro	30
Dioila central	2
Dioko	80
Falakono	40
Fissaba	80
Togo	60
Klè	90
Kola	15
Kounanbougou	83
Maban	25
Massigui	80
N'gara	20
N'golobougou	40
Niantjila	112
N'tobougou	40
Sanankoro	65
Sénou	45
Seribila	112
Diangarela	90
Wakoro	25
Toukoro	80

1.3. LES RESSOURCES DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE DIOILA :

1.3.1. Les infrastructures :

- Le service de médecine générale ;
- Une unité de laboratoire biomédicale et pharmacie ;
- Une unité de PEV ;
- Une unité de prise en charge des malnutris (URENI école de Dioila) et de pédiatrie ;
- Une unité d'odontostomatologie ;
- Une unité d'ophtalmologie ;
- Une unité d'imagerie médicale (échographie et radiographie) ;
- L'hygiène et assainissement ;
- Une unité de développement sociale ;
- Une unité de DRC (Dépôt Répartiteur du cercle) ;
- Une unité de dépôt de vente ;
- Une unité du système d'information sanitaire (SIS) ;
- L'administration ;
- Un bloc opératoire ;
- La morgue ;
- Une unité de santé de la reproduction ;
- Une unité de chirurgie qui comprend :**

03 salles d'hospitalisations dont deux salles contiennent 4 lits par salle et un seul lit dans la troisième salle ;

Une salle de pansement ;

Un bureau pour le major ;

Un bureau pour le chirurgien ;

Une salle des internes ;

Deux salles opératoires (une pour les urgences et l'autre les cas programmés) ;

Une salle de réveil ;

Une salle de préparation ;

Un bureau pour l'anesthésiste ;

Les différentes unités sont tenues par un personnel composé d'agents de l'état et ceux pris en charge sur recouvrement des fonds du centre de santé de référence.

1.3.2. Les ressources humaines :

Personnel	Nombre
Gynécologue obstétricien	01
Chirurgien généraliste	01
Ophthalmologiste	01
Médecins généralistes	04
Pharmacien	01
Technicien d'hygiène et d'assainissement	01
Technicien supérieur de santé	05
Gérant de DRC et DV	04
Sage-femme	04
Infirmière obstétricienne	02
Secrétaire	02
Assistant médical	04
Chauffeur	04
Gardien	01
Billeteur	01
Comptable	01
Caissière	01
Lingère	01
Manœuvre	05
Gastro-entérologue	01

A ceux-ci s'ajoutent les étudiants des écoles socio-sanitaires et la FMOS-FAPH.

2. TYPE DE L'ETUDE : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive.
3. PERIODE : Elle a été étendue sur une période de deux années, Juillet 2019 à juin 2021
4. ECHANTILLONNAGE :

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif de tous les patients qui ont été pris en charge au niveau de l'unité de chirurgie pour abdomens aigus chirurgicaux.

4.1. CRITERES D'INCLUSION :

Tous les malades pris en charge pour abdomen aigu chirurgical dans le service de chirurgie

4.2. CRITERES DE NON INCLUSION :

Tous les patients opérés pour d'autre pathologie chirurgicale non aiguë.

5. COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES :

L'enquête a concerné tous les patients opérés quel que soit leur statut.

Les documents utilisés pour recenser les patients sont :

- Les dossiers des malades
- Les registres de consultation
- Les registres de compte rendu opératoire
- Les registres d'hospitalisation

Les données collectées ont été traitées et analysées sur le logiciel SPSS20 et EXCEL.

RÉSULTATS

V. RESULTATS

1. Fréquences :

Sur une période de 24 mois allant de juillet 2019 à Juin 2021, nous avons recensé 117 cas d'abdomens aigus chirurgicaux qui ont représenté :

- 8,7% des consultations (117/1345),
- 17,8% des malades hospitalisés (658),
- 19,1% des interventions chirurgicales à l'unité de chirurgie (117/614).

1.1. Fréquence des différentes pathologies opérées dans le service

Pathologies	Effectifs	Pourcentage
Hernie inguinale	257	41,9
Appendicite aigue	71	11,5
Hydrocèle	60	9,8
Hernie ombilicale	57	9,3
Adénome de la prostate	32	5,2
Canal péritonéo-vaginal persistant	32	5,2
Hernie de la ligne blanche	28	4,6
Péritonite	23	3,8
Hernie étranglée	09	1,5
Lipome	11	1,8
Kyste de l'ovaire	07	1,1
Occlusion intestinale aigue	10	1,6
Hémopéritoine traumatique	03	0,5
Nodule sous cutanée	03	0,5
Néo prostatique	02	0,3
Sclérose du col vésical	02	0,3
Abcès du douglas	02	0,3
Bride post brûlure de la main	02	0,3
Kyste synovial	02	0,3
Éviscération traumatique	01	0,2
Total	614	100

La hernie inguinale a été la pathologie la plus fréquente soit 40,2% des cas.

1. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

2.1. L'âge :

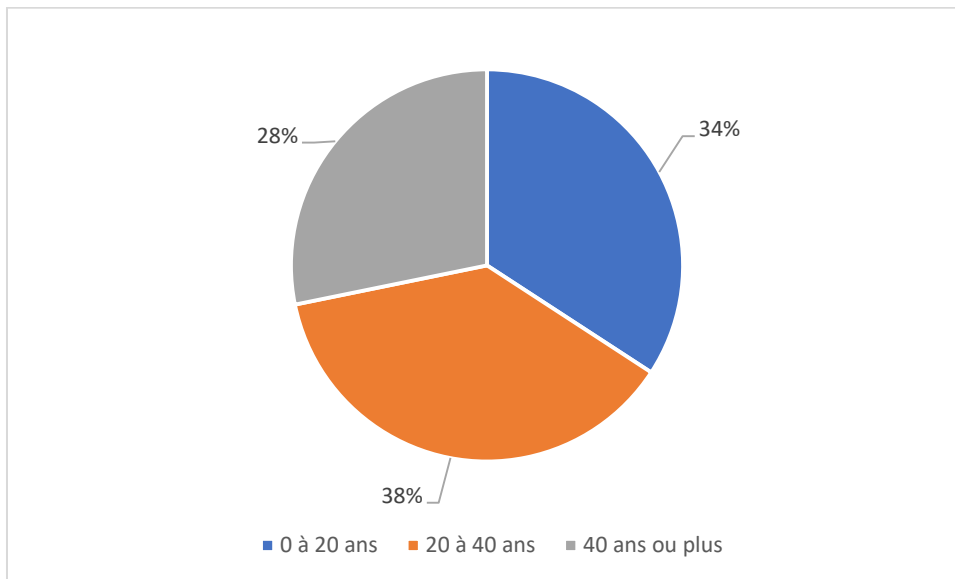


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

La majorité de nos patients, soit 38% avait un âge compris entre 20-40 ans
L'âge minimum était 05 ans, l'âge moyen était 30,6 ans et l'âge maximum était 75ans

Et un Ecartype de 16,95

2.2. Sexe

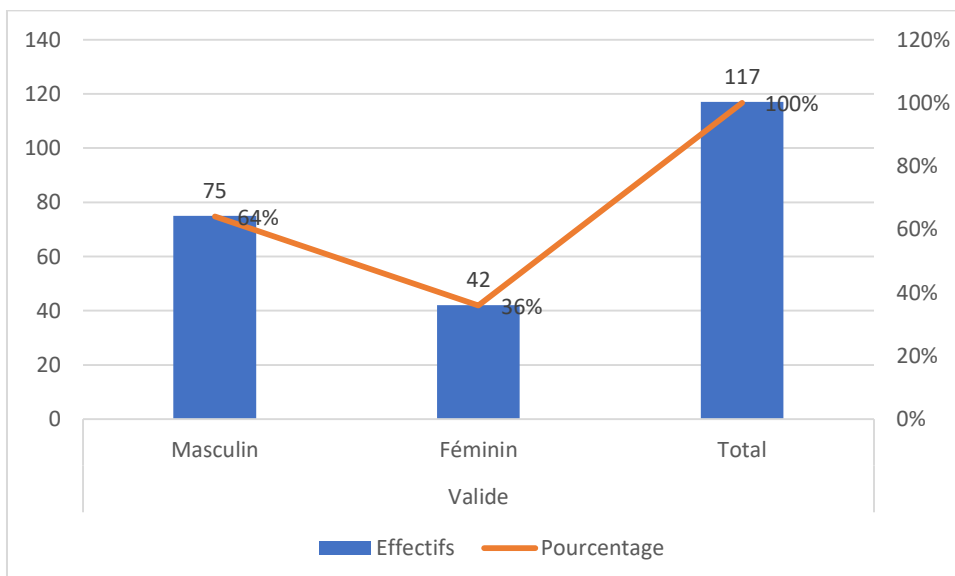


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin a été majoritaire avec 64% (n=75). Le sexe ratio a été de 1,78

2.3. Ethnie

Tableau I : Répartition des patients selon l'ethnie

<i>Ethnie</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Bambara	68	58,1
Peulh	35	29,9
Soniké	4	3,4
Mianka	3	2,6
Senoufo	4	3,4
Autres	3	2,6
Total	117	100

Autres : Malinké, Bozo, Bobo

La plupart de nos patients était des bambaras soit 58,1%.

2.4. La profession

Tableau II : Répartition des patients selon la profession

<i>Profession</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Cultivateur	44	37,6
Ménagère	33	28,2
Scolaires	25	21,4
Eleveur	10	8,6
Fonctionnaire	2	1,7
Autres	2	1,7
Commerçant(e)	1	0,8
Total	117	100

La majorité des patients était des cultivateurs soit 37,6%.

2.5. La provenance

Tableau III : Répartition des patients selon la provenance

<i>Provenance</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Dioïla ville	28	23,9
Hors de la ville de Dioïla	89	76,1
Total	117	100

La plupart des patients provenait en dehors de la ville de Dioila soit 76,1%

2.6. Moyens d'évacuation

Tableau IV : Répartition des patients selon le moyen d'évacuation

<i>Moyen d'évacuation</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Ambulance	60	51,3
Voiture personnelle	07	6
Moto	50	42,7
Total	117	100

La majorité de nos patients avait été évacué par ambulance soit 51,3%

2.7. Qualification du référent

Tableau V : Répartition des patients selon la qualification du référent

<i>Agent référent</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Médecin	25	21,4
Infirmier	92	78,6
Total	117	100

La plupart de nos malades était référée par les infirmiers soit 78,63% (n=92)

3. DONNEES CLINIQUES

3.1. Motifs de consultations

Tableau VI : Répartition des patients selon les motifs de consultations

<i>Motifs de consultations</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Douleur abdominale	117	100
Tuméfaction inguinale douloureuse	12	10,2
Vomissements	44	37,6
Arrêt des matières et des gaz	12	10,2

La douleur abdominale était le motif de consultation le plus fréquent soit 100%

3.2. LES ANTECEDENTS

3.2. 1. Les antécédents médicaux

Tableau VII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

<i>Antécédents Médicaux</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Hypertension artérielle	2	1,7
Ulcère gastro-duodénal	1	0,9
Aucun	114	97,4
Total	117	100

La plupart de nos patients n'avait aucun antécédent médical connu soit 92,3% des cas.

3.2.2. Les antécédents chirurgicaux

Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

<i>Antécédents Chirurgicaux</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Cure herniaire	08	6,8
Cure d'hydrocèle	3	2,5
Kystectomie ovarienne	1	0,9
Césarienne	1	0,9
Aucun	104	88,9
Total	117	100

La majorité de nos patients n'avait aucun antécédent chirurgical soit 88,9%

3.3. La durée d'évolution de la douleur

Tableau IX : Répartition des patients selon la durée de la symptomatologie

<i>Durée de la symptomatologie</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
0-24H	25	21,4
48-72H	26	22,2
72H ou Plus	66	56,4
Total	117	100

Plus de la moitié de nos malades avaient une durée évolutive de la maladie à 72H ou plus.

La durée moyenne était de 2,35

3.4. Le siège de la douleur

Tableau X : Répartition des patients selon le siège de la douleur

<i>Siège de la douleur</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Fosse iliaque droite	76	65
Hypogastrique	8	6,8
Péri-ombilicale	7	6
Abdominale diffuse	15	12,8
Région inguinale	11	9,4
Total	117	100

Le siège le plus fréquent était la fosse iliaque droite soit 65% des cas.

3.5. Le type de la douleur

Tableau XI : Répartition des patients selon le type de la douleur

Types de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Piqûre	73	62,4
Torsion	20	17,1
Brûlure	24	20,5
Total	117	100

La piqûre était le type de la douleur le plus fréquent soit 62,4%

3.6. L'irradiation de la douleur

Tableau XII : Répartition des patients selon l'irradiation de la douleur

Irradiation de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Sans irradiation	85	72,6
Diffuse	32	27,4
Total	117	100

La douleur était sans irradiation dans 72,6% des cas

3.7. L'intensité de la douleur (EVA)

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur (EVA)

<i>Intensité de la douleur</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Très intense	38	32,5
Intense	45	38,5
Modérée	32	27,3
Faible	2	1,7
Total	117	100

La douleur était intense dans 38,5% des cas

3.8. L'évolution de la douleur

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'évolution de la douleur

<i>Evolution de la douleur</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Permanente	67	57,3
Intermittente	50	42,7
Total	117	100

La douleur était permanente dans 57,3% des cas

3.9. Les signes accompagnants

Tableau XV : Répartition des patients selon les signes d'accompagnement

<i>Signes d'accompagnements</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Vomissements	44	37,6
Arrêt des matières et des gaz	12	10,3
Fièvre	11	9,4
Céphalée	2	1,7
Autres	48	41,0
Total	117	100

Autres : vertige (18), anorexie (20), asthénie (10)

Le vomissement a été le signe le plus fréquent soit 37,6% des cas

3.10. Les signes généraux

Tableau XVI : Répartition des patients selon les signes généraux

<i>Signes généraux</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Tachypnée	40	34,2
Tachycardie	37	31,6
Fièvre	32	27,4
Hypotension	3	2,6
Hypertension	1	0,9

La tachypnée a été le plus fréquent parmi les signes généraux soit 34,2%

3.11. SIGNES PHYSIQUES

3.11.1. Conjonctives

Tableau XVII : Répartition des patients selon la coloration des conjonctives

<i>Coloration des Conjonctives</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Bonne coloration	114	97,4
Pâleur	3	2,6
Total	117	100

La majorité de nos patients avaient une bonne coloration des conjonctives soit 97,4%

3.11.2. Cicatrice de laparotomie

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la présence de cicatrice de laparotomie

<i>Cicatrice de Laparotomie</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Présente	2	1,7
Absente	112	95,7
Total	117	100

Presque la totalité de nos malades n'avait pas de cicatrice de laparotomie soit 95,7%

3.11.3. L'aspect de l'abdomen

Tableau XIX : Répartition des patients selon l'aspect de l'abdomen

<i>Aspect de l'abdomen</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Plat	89	76,1
Distendu	28	23,9
Total	117	100

L'abdomen était plat chez 76,1% de nos patients

3.11.4. Le résultat de l'examen physique

Tableau XX : Répartition des patients selon le résultat de l'examen physique

<i>Examen physique</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Défense abdominale	72	61,5
Douleur du cul de sac de Douglas	63	53,8
Matité abdominale	25	21,4
Cri de l'ombilic	20	17,1
Contracture abdominale	14	12
Matité pré hépatique abolie	12	10,3
Tympanisme abdominal	5	4,3
Bruit hydro-aérique augmenté	5	4,3

La défense abdominale a été le signe physique le plus fréquent dans 61,5% des cas.

4. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

4.1. L'hémoglobine

Tableau XXI : Répartition des patients selon le taux de l'hémoglobine

<i>Taux d'hémoglobine</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
< 11g/dl	28	23,9
11-16g/dl	89	76,1
Total	117	100

La majorité de nos patients avait un taux d'hémoglobine compris entre 11-16g/dl soit 76,1% des cas.

Le taux minimum était de 5g/dl, taux moyen était de 11,81g/dl, le maximum était de 16g/dl et l'écartype était de 1,85g/dl.

4.2. Le groupe et rhésus

Tableau XXII : Répartition des patients selon le groupe sanguin et rhésus

<i>Groupe sanguin</i>	<i>Rhésus</i>		<i>Total</i>
	<i>Positif</i>	<i>Négatif</i>	
A	22	3	25
B	36	2	38
AB	8	3	11
O	40	3	43
Total	106	11	117

Le groupe le plus fréquent était le O positif.

4.3. La radiographie de l'abdomen sans préparation

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation, N=12

<i>Résultats de la radiographie de l'abdomen sans préparation</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>POURCENTAGE</i>
Grisailles	4	33,3
Niveaux hydro-aériques	5	41,7
Pneumopéritoine	3	25
TOTAL	12	100

Les niveaux hydro-aériques ont été le signe radiographique le plus retrouvé

4.4. L'échographie

Tableau XXIV : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie abdominale, N=34

<i>Résultats de L'échographie</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>Pourcentage</i>
Collection intra péritonéale	16	47,1
Murphy échographique	6	17,6
Épaississement de la paroi appendiculaire	12	35,3
Total	34	100

La collection intrapéritonéale a été le signe échographique le plus retrouvé

5. DIAGNOSTIC

5.1. Le diagnostic préopératoire

Tableau XXV : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire

<i>Diagnostic préopératoire</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Appendicite aigue	71	60,7
Péritonite aigue	24	20,5
Hernie inguinale étranglée	12	10,3
Occlusion intestinale aigue	4	3,4
Hémopéritoine traumatique	3	2,6
Hernie ombilicale étranglée	2	1,7
Éviscération traumatique	1	0,8
Total	117	100

Le diagnostic préopératoire le plus fréquent a été l'appendicite aigue avec 60,7% des cas.

5.2. Diagnostic per-opératoire

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le diagnostic per-opératoire

<i>Diagnostic peropératoire</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Appendicite aigue	71	60,7
Péritonite aigue	23	19,7
Occlusion intestinale aigue	10	8,5
Hernie inguinale étranglée	7	5,9
Hémopéritoine traumatique	3	2,6
Hernie ombilicale étranglée	2	1,7
Éviscération traumatique	1	0,9
Total	117	100

Le diagnostic peropératoire le plus fréquent était l'appendicite aigue dans 60,7% des cas

6. Traitement

6.1. Le traitement reçu avant l'admission

Tableau XXVII : Répartition des patients selon le traitement reçu avant l'admission

<i>TRAITEMENT AVANT L'ADMISSION</i>	<i>EFFECTIF</i>	<i>POURCENTAGE</i>
Médical	40	34,2
Traditionnel	29	24,8
Aucun	48	41
Total	117	100

La majorité de nos patients n'avait rien reçu comme traitement dans 41,02% des cas.

6.2. Le traitement préopératoire

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le traitement préopératoire

<i>Traitement préopératoire</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Antalgiques	117	100
Réhydratation	36	30,8
Antibiotiques	117	100

Tous nos patients avaient reçu l'antalgique

6.3. Type d'anesthésie

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

<i>Type d'anesthésie</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Anesthésie locorégionale	65	55,6
Anesthésie générale	52	44,4
Total	117	100

L'anesthésie locorégionale a été la plus fréquente dans 55,6% des cas.

6.4. Voie d'abord

Tableau XXX : Répartition des patients selon la voie d'abord

<i>Voie d'abord</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Médiane sus et sous ombilicale	32	27,4
Mac Burney	71	60,7
Inguinotomie	12	10,2
Incision arciforme sous ombilicale	2	1,7
Total	117	100

Le point de Mac Burney a été la voie d'abord la plus utilisée dans 60,7% des cas

6.5. Forme d'appendicite

Tableau XXXI : Répartition des patients selon l'aspect macroscopique de l'appendicite

<i>FORMES D'APPENDICITE</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>POURCENTAGE</i>
Catarrhale	4	5,6
Phlegmoneuse	58	81,7
Abcès appendiculaire	9	12,7
Total	71	100

L'appendicite phlegmoneuse a été la forme la plus fréquente soit 81,69% des cas

6.6. L'étiologie des péritonites

Tableau XXXII : Répartition des patients selon l'étiologie des péritonites

<i>ETIOLOGIES DES PERITONITES</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>POURCENTAGE</i>
Perforation gastrique	3	13
Péritonite appendiculaire	9	39,1
Péritonite post-opératoire	2	8,7
Perforation iléale	5	21,7
Perforation duodénale	1	4,3
Pyo annexe rompu	3	13
Total	23	100

L'étiologie la plus fréquente a été la péritonite appendiculaire dans 39,13% des cas.

6.7. Les étiologies des occlusions intestinales aiguës

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon les étiologies des occlusions intestinales aiguës

<i>Étiologies des occlusions intestinales aiguës</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Hernie étranglée	6	60
Brides post opératoire	3	30
Volvulus du colon sigmoïde	1	10
Total	10	100

La hernie étranglée était la cause la plus fréquente des occlusions intestinales aiguës.

7. La classification d'Altemeir

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon la classification d'Altemeir

<i>Classification d'Altemeir</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Classe I	09	7,7
Classe II	76	65
Classe III	31	26,5
Classe IV	01	0,8
Total	117	100

La classe II d'Altemeir a été la plus fréquente dans 65% des cas.

8. Geste chirurgical réalisé

Tableau XXXV : Répartition des patients selon le geste chirurgical réalisé

<i>Geste chirurgical</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Appendicectomie	84	71,8
Désincarcération+Herniorraphie	14	12,0
Excision+ Suture + Epiplooplastie	09	7,7
Résection + Anastomose termino-terminale	04	3,4
Laparotomie+ lavage puis drainage	03	2,6
Dévolvulation sigmoïdienne	01	0,8
Compression hémostatique sur le foie	01	0,8
Réintégration intestinale	01	0,8
Total	117	100

Le geste le plus réalisé était l'appendicectomie dans 71,8% des cas

9. Le traitement post opératoire

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon le traitement post opératoire

<i>Traitement post opératoire</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Antibiotique	99	84,6
Réhydratation	117	100
Antalgique	117	100
Transfusion	1	0,9
Levée précoce	117	100

Tous nos patients ont reçu : l'antalgique et la perfusion de solutés soit 100%.

10. Les complications post opératoires

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon les suites opératoires

<i>Suites opératoires</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>POURCENTAGE</i>
Simple	107	91,5
Infection du site opératoire	7	6
Fistule digestive	1	0,8
Décès	2	1,7
Total	117	100

La morbidité était de 6,8% avec une mortalité de 1,7%

Tableau XXXVIII : répartition des complications selon la classification de Clavien et Dindo

<i>Clavien et Dindo</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Grade II	7	70
Grade III	1	10
Grade V	2	20
Total	10	100

Sur les 10 cas le grade II a été majoritaire dans 70% des cas

Tableau XXXIX : la durée d'hospitalisation

<i>Durée d'hospitalisation</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
1-7J	103	88
Plus de 7J	14	12
Total	117	100

La durée d'hospitalisation minimum est 2j et maximum est de 12 j

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 4 jours

ETUDE ANALYTIQUE

1. ÂGE ET DIAGNOSTIC

Tableau XL : Patient selon la tranche d'âge et diagnostic

<i>DIAGNOSTIC</i>	<i>ÂGE</i>			<i>Total</i>	<i>Test statistique</i>
	<i>0 à 20 ans</i>	<i>20 à 40 ans</i>	<i>40 ans ou plus</i>		
Appendicite	24	33	14	71	P=0,523
Péritonite aigue	11	06	06	23	
Occlusion intestinale aiguë	01	02	07	10	
Hernie étranglée	0	03	06	09	
Hémopéritoine traumatique	03	0	0	03	
Eviscération traumatique	01	0	0	01	
Total	40	44	33	117	

Les abdomens aigus chirurgicaux étaient fréquents dans la tranche d'âgées de 20 à 40 ans soit 38%.

2. SEXE ET DIAGNOSTIC

Tableau XLI : patient selon le diagnostic et sexe

DIAGNOSTIC	SEXE		Total	Test statistique
	Masculin	Féminin		
Appendicite	43	28	71	P=0,220
Péritonite aigue	17	06	23	
Occlusion intestinale aiguë	07	03	10	
Hernie étranglée	06	03	09	
Hémopéritoine traumatique	02	01	03	
Eviscération traumatique	0	01	01	
Total	75	42	117	

Le sexe masculin a été le plus touché au cours de notre étude dans 64% des cas.

3. MORBIMORTALITE ET DIAGNOSTIC

Tableau XLII : patient selon la morbi mortalité et les principaux diagnostics

DIAGNOSTIC	SUITES SIMPLES N (%)	COMPLICATIONS N (%)	Test statistique
Appendicite aigue N= 71	67 (94,4)	4(5,6)	X ² =3,816 P=0,050
Occlusion intestinale aigue N= 10	07(70)	3(30)	
Péritonite aigue N= 23	20(87)	3(13,0)	

La morbi-mortalité était liée au diagnostic

4. DUREE D'HOSPITALISATION ET DIAGNOSTIC

Tableau XLIII : patient selon la durée d'hospitalisation et le diagnostic

<i>Diagnostic</i>	<i>Effectif</i>	<i>La durée d'hospitalisation en jour</i>	
		<i>Moyenne</i>	<i>Ecart type</i>
Appendicite aigue	71	3,17	1,40
Péritonite aigue	23	6,57	2,04
Occlusion intestinale aigue	10	4,7	3,23

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. MÉTHODOLOGIE

Notre méthodologie nous a permis d'avoir des informations exploitables sur les activités passées à l'unité de chirurgie du centre de santé de référence de Dioïla. Nos informations ont été recueillies à l'aide des dossiers des malades, les registres du bloc opératoire, les registres d'hospitalisation, les fiches d'anesthésie et les fiches d'enquête individuelle. Cependant nous avons rencontré certaines difficultés à savoir :

- certains malades n'avaient pas de dossiers médicaux
- l'insuffisance d'information sur certains malades.

2. FREQUENCE HOSPITALIÈRE

TABLEAU I : fréquence hospitalière selon les auteurs :

Auteurs	Effectifs	Pourcentage	Test statistique
Sangaré S, MALI, 2019, N= 120 [5]	120 /268	44,88	P < 0,005
Coulibaly B.A, MALI 2015[15], N=52	52/241	21,58	P=0,404
Iltireh A.I, DJIBOUTI 2021 N=50 [16]	50/200	25	P <0,005
Kambiré J.L, BURKINA, 2018[17] N=394	394/2360	16,69	P= 0,167
Arnaud JP, France 2003[18] N=272	272/638	42,63	P <0,005
Notre étude	117 /614	19,1	

Les abdomens aigus chirurgicaux sont fréquents en milieu de chirurgie, notre étude nous a permis d'avoir 19,1% d'abdomens aigus chirurgicaux sur l'ensemble des interventions chirurgicales à l'unité de chirurgie du Cs réf de Dioïla. Cette fréquence est statistiquement inférieure à celui de Sangaré S en 2019[5], Arnaud JP 2003[18] et à celui de Iltireh A.I en 2021[16] : 44,88%(P<0,005), 42,63%(P<0,005), et 25%(P<0,005). Cette différence s'explique par le lieu et la période d'étude

3. ÂGE

Tableau II : l'âge moyen selon les auteurs

Auteurs	Âge moyen	Ecart-type	Test statistique
Doumbia AA, MALI, 2013[19] ; N= 101	30,1	13,7	P= 0 .2411
Sangaré S, MALI 2019[5], N=120	27,5	13,4	P= 1.5623
Notre étude	30,6	16,9	

L'âge n'est pas un facteur de risque.

Dans la littérature, les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune [5] ;

Notre âge moyen a été de 30,6 ans qui est statistiquement comparable aux études menées par Doumbia A.A en 2013 et Sangaré S en 2019 qui ont trouvé respectivement : 30,1ans (P=0,2411) et 27,5 ans(P=1,5623).

4. SEXE

Tableau III : le sexe selon les auteurs

Auteurs	Masculin	Féminin	Sex-ratio
Konaté H, MALI 2003[20] N=300	241	59	4,1
Harissou A, NIGER 2013[21] N= 302	225	77	2,9
Notre étude	75	42	1,8

Dans la littérature, les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin. [22, 23, 24, 25]

Le sexe masculin a été majoritaire dans notre série avec un ratio de 1,8.

5. ÉTIOLOGIES

Tableau IV : principales étiologies selon les auteurs

Auteurs Etiologies	Iltireh A.I, DJIBOUTI 2021 N=50 [16]	Camara M, GUINÉE 2021 N= 320[26]	Karim A. J, Maroc 2017 N= 1267[27]	Notre étude N=117
Appendicite aigue	28(56%) P= 0,572	175(54,68%) P= 0,263	550(43,41%) P < 0,005	71(60,7)
Péritonite aigue	8 (16%) P= 0,577	70(21,87%) P= 0,616	69(5,44%) P < 0,005	23(19,7%)
Occlusion intestinale aigue	11(22%) P= 0,016	19 (5,93%) P= 0,331	70(5,52%) P= 0,180	10(8,5%)
Hernie étranglée		43 (13,43%) P= 0,100	24(1,9%) P < 0,005	9(7,7%)

L'appendicite aigue est l'une des étiologies la plus fréquente des abdomens aigus chirurgicaux, elle a été la plus fréquente dans notre étude soit 60,7% des cas. Ce taux est comparable à celui de Iltireh A.I à Djibouti en 2021[16], et Camara M, Guinée en 2021[26] qui ont trouvé respectivement : 56%(P=0,572) ; 54,68%(P=0,263)

Notre taux est statistiquement supérieur à celui de Karim AJ en 2017[27] qui a trouvé 43,41%(P<0,005). Cette différence s'explique par le lieu d'étude et le nombre de cas des urgences abdominales chirurgicales.

La deuxième cause des abdomens aigus dans notre série était la péritonite (19,7%) suivie des occlusions intestinales aiguës (8,5%) et la hernie étranglée (7,7%). Camara M en guinée [26] a trouvé également les péritonites comme deuxième étiologie mais certains auteurs [16,27] ont trouvé les occlusions intestinales aiguës comme 2^e causes des abdomens aigus chirurgicaux.

6. L'EXAMEN CLINIQUE

6.1. Les signes fonctionnels selon les auteurs

Tableau V : les signes fonctionnels selon les auteurs

Auteurs \ Signes fonctionnels	Sangaré S, Mali 2019, N=120[5]	Soumah SA, Sénégal 2011, N=88[6]	Gaye I, Dakar, 2016 N=161[28]	Notre étude
Douleur abdominales	120(100%)	88(100%)	142(88,2%)	117(100%)
Vomissements	100(83,3%) P < 0,005	80(90,9%) P < 0,005	109(67,7%) P < 0,005	44(37,6%)
Arrêts des matières et des gaz	7(5,8%) P= 0,209	30(34,1%) P < 0,005	58(36%) P < 0,005	12(10,3%)

La douleur abdominale a été le signe fonctionnel le plus fréquent des abdomens aigus chirurgicaux soit 100% des cas.

Les vomissements ont représenté 37,6% des cas de notre étude. Ce taux est statistiquement inférieur aux études menés par Sangaré S en 2019[5], Soumah SA en 2011[6] et Gaye I en 2016[28] qui ont trouvé respectivement : 83,3%(P<0,005) ; 90,9%(P<0,005) ; 67,7%(P<0,005). Cette différence s'explique par le nombre élevé des péritonites et des occlusions intestinales aiguës dans leur étude.

L'arrêt des matières et des gaz a représenté 10,3% des cas qui est comparable à celui de Sangaré S en 2019[5] soit 5,8%(P=0,209) mais statistiquement inférieur à celui de Soumah SA en 2011[6] et à celui de Gaye I en 2016[28]. Cette différence s'explique par le nombre élevé d'occlusion intestinale aiguë dans leur étude.

6.2. Les signes physiques selon les auteurs

Tableau VI : signes physiques selon les auteurs

Auteurs	Sangaré S, Mali 2019 N=120[5]	Fané Y, MALI 2017 N=200[29]	Notre étude N=117
Signes physiques			
Contractures abdominales	25(20,8%) P=0,065	32(16%) P=0,325	14(11,9%)
Défense abdominale	85(70,8%) P=0,130	118(59%) P=0,656	72(61,53%)
Douleur du cul de sac de douglas	93(77,5%) P < 0,005	48(24%) P < 0,005	63(53,8%)

La défense abdominale a été le signe physique le plus fréquent dans notre série soit 61,53% des cas. Ce taux est comparable à celui de Fané Y, Mali en 2017[29] (P=0,656).

La douleur du Douglas a représenté 53,8% des cas qui est statistiquement différente à celle de Fané Y en 2017[29] et de Sangaré S en 2019[5] qui ont respectivement trouvé : 24% (P < 0,005) ; 77,5% (P < 0,005). Cette différence est dû à un faible taux de péritonite dans notre étude.

7. LES SIGNES RADIOLOGIQUES

- ASP (abdomen sans préparation)

Nous avons réalisé l'ASP chez 10,3 % des patients au cours de l'étude. Il a montré 41,7% des cas de niveaux hydro-aériques, 25% des cas de pneumopéritoine et 33,3% de grisaille

Ces résultats de l'ASP se rapprochent de ceux de Sangaré S [5] au Cs réf de la commune II du district de Bamako qui a trouvé dans sa série le pneumopéritoine à l'ASP dans 40%(P=0,451) des cas, les niveaux hydroaériques dans 30%(P=0,571) des cas et de Grisaille dans 30%(P=0,1655) des cas.

ECHOGRAPHIE

L'échographie a une place importante dans le diagnostic des urgences chirurgicales digestives. Au cours de notre étude, elle a été l'imagerie la plus réalisée chez nos patients soit 29,1 %. Elle a aidé au diagnostic dans 34 cas. On peut en conclure que le diagnostic d'un abdomen aigu est surtout clinique et ne doit pas être retardé en l'absence d'échographie.

8. GESTE CHIRURGICAL

Le geste le plus réalisé au cours de notre étude a été l'appendicectomie soit 71,8% des cas.

Ce taux est statistiquement supérieur à celui de Gaye Ibrahima en 2016[28] et à celui de Samoura L 2011[25] qui ont trouvé respectivement : 26,7%(P<0,005) ; 35%(P<0,005).

Cette différence s'explique par le nombre d'appendicite élevé dans notre étude.

9. SUITES OPÉRATOIRES

Tableau VII : les suites opératoires selon les auteurs

Auteurs	Décès n (%)	Complications (%)
Soumah SA, SENEGAL 2011[6] N= 88	3(3,4%) P= 0,434	15(17,04%) P=0,021
Fané Y, MALI 2017[29] N= 200	1 (0,5%) P= 0,283	7(3,5%) P=0,176
Notre étude, MALI N= 117	2(1,7%)	8(6,8%)

Dans notre série le taux de morbidité a été de 6,8%. Il s'agit de la suppuration pariétale (6%) et de fistule digestive (0,8%). Ce taux de morbidité se rapproche à ceux trouvé par les auteurs Sénégalais et Maliens [6,29].

Nous avons déploré deux cas de décès (1,7%). Il n'existe pas statistiquement de différence significative entre notre taux de mortalité et celui rapporté par Soumah SA au Sénégal et Fané Y au Mali [6,29]

10. DURÉE D'HOSPITALISATION

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 4 jours. Cela s'expliquerait par le taux élevé de suites opératoires simples.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATION

1. CONCLUSION :

Les abdomens aigus chirurgicaux occupent une place importante en chirurgie par leur fréquence élevée.

Au CSRéf de Dioïla, les étiologies sont multiples qui sont entre autres les appendicites aiguës, les péritonites aiguës, les occlusions intestinales aiguës, les hernies étranglées, et les traumatismes abdominaux d'où la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire.

Le retard à l'intervention augmente le coût et le délai de la prise en charge ainsi que le risque de complication.

L'examen clinique est la clef du diagnostic dans notre contexte et suffit à lui seul à mettre en route un traitement approprié

2. RECOMMANDATIONS

A la fin de notre étude, nous recommandons :

A la population

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

Aux centres de santé de la périphérie

- D'éviter l'administration prolongée d'antalgiques.
- De référer en temps opportun les patients et leur préparation pour une bonne évacuation.
- De redynamiser la caisse de solidarité du système de référence-évacuation.
- De faire la formation continue du personnel.

Au centre de santé de référence de Dioïla

- De faire la formation continue du personnel.
- De mettre au point des Kits d'urgence chirurgicale.
- De doter la salle de pansement et de réanimation en matériels adéquats de qualité et de quantité.

Aux autorités sanitaires

- De former en nombre suffisant de spécialistes de chirurgie viscérale, de réanimation et de radiologie.
- D'équiper les structures de santé en moyens matériels diagnostics (radiographie, échographie, scanner), thérapeutiques (produits médicamenteux de première nécessité et de première urgence).
- De mettre au point un système de SAMU (Service d'Assistance Médicale Urgente).

- De renforcer les centres de santé de deuxième niveau en personnel adéquat et suffisant (personnel médical et paramédical).
- D'élaborer un programme d'information ; d'éducation et de communication à l'intention des populations sur la gravité et les dangers de l'automédication et du traitement traditionnel en matière d'urgences chirurgicales abdominales.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. RÉFÉRENCES

- [1]. Mondor H. Diagnostics urgents : (paris) Masson 1965, 1119
- [2]. Etienne et Al. Diagnostic des douleurs abdominales aiguës.
Encycl. Méd urgences 1994; 24039010 :27
- [3]. Brower: Encycl. Med Chir Urgences(paris) 2004 ;2 :24048B10
- [4]. Mahamadou Coulibaly. Abdomens aigus chirurgicaux à Koutiala : diagnostic et traitement ; Mali médical 2019 Tome XXXIV N°4 :11
- [5]. Sangaré Seydou. Urgences chirurgicales digestives au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse Médecine 19M390, Année 2019.
- [6]. Soumah SA, Ba PA, Diallo-Owono FK, Toure CT. Les abdomens aigus chirurgicaux en milieu africain : étude d'une série de 88 cas à l'hôpital saint jean de Dieu de Thiès. Sénégal 2011, volume 13, N°37 : 13
- [7]. Sidi Diabaté. Urgences abdominales chirurgicales au centre de santé de référence de Bougouni. Thèse Médecine 15M147 : 58-77, Année 2015
- [8]. Kassegne I. Prise en charge des urgences abdominales chirurgicales au centre hospitalier universitaire de Kara (Togo) : Etude rétrospective à propos de 594 cas sur une période de dix ans. Médecine et santé tropicales 2015 ; 25 : 39-43
- [9]. Centre préparatoire aux carrières Médicales CPCM-106 Bd Saint Germain 75006 PARIS : UE5 ANATOMIE APPAREIL DIGESTIF. Année 2019-2020
- [10]. Chevrel J P, Gueraud. J, LEVY. B (livre) Appareil digestif. Masson 1986 ; 223 :119-123.
- [11]. Diallo G, Ongoïba N, Yéna S, Diakité I, Traoré DAK, Koumaré AK.
Hernie inguinale étranglée à l'hôpital de point G. Mali Médical 1996 ; (XI), 3- 4, 39- 41.
- [12]. Barbier J, Carretier M, Rouffineau J et al. Péritonites aiguës
Encycl. Chirurgie urgence, 24048 B10. 2-1988. 18 P.
- [13]. Donnelly NJ, Semmens JB, Fletcher Dr, Holman CD. Appendicectomy in West Australia: Profil and trends: 1981 – 1992. MJA 2001 ; 175

[14]. Berthe ID. Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du centre hospitalier universitaire point G. Thèse Médecine 09M53, P 102, Année 2009.

[15]. Adama Batoucouné Coulibaly. Urgences abdominales chirurgicales au Csréf de Markala. Thèse de Médecine 15M18 :34, Année 2015

[16]. Ismail Abdillahi Iltireh. Les urgences chirurgicales digestives : Diagnostic et traitement à l'hôpital militaire de Djibouti. Thèse 2021 : 17- 31

[17]. Kambiré J.L. Les urgences en chirurgie digestive au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (Burkina Faso) à propos de 394 cas. 2018, Vol 41, N°1

[18]. Arnaud JP, Turbelin JM. Conduite à tenir devant un abdomen aigu EMC. 2493P10, 3-1982

[19]. Adolphe Abou Doumbia. Urgences Abdominales Chirurgicales au Centre de Santé de Référence de Koulikoro. Thèse Médecine 13M226 : P38, Année 2013.

[20]. Harouna Konaté. Abdomens Aigus Chirurgicaux Dans Le Service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Médecine 03M67 : P14, Année 2003

[21]. Adamou Harissou. Retard diagnostique et implication pronostique en milieu Africain. Cas des urgences en chirurgie digestive à l'hôpital national de Zinder, NIGER. 2013 Journal(European Scientific Institute) :254

[22]. Roscher R, Frank R, Baumane A, Berger HG. Results of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine Abteilung für al legemme in chirurgie universitat Uim. Donau. Chir 1991 ; 62(8) : 641-649.

[23]. Padonou N et al. Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au C.H.U de Dakar. Dakar Med 2016 ; 24(1) :30-37.

[24]. Padonou N, Diagne B, N'Diaye M, Cherbonnel GM, Noussaume O. Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques des quatre années (1973-1976) Dakar medical, 1979, 24,190-197.

[25]. Samoura Lassina. Prise en charge des urgences chirurgicales viscérales au CS Réf de Bougouni. Thèse Médecine 11M188 :P 90, Année 2011.

[26]. Camara M, Koné AC. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des urgences abdominales chirurgicales à l'hôpital préfectoral de Siguiri (Guinée). Article 2021, Vol 22 pp 81-84

[27]. Karim AIT JAJA. Bilan d'activité des urgences chirurgicales digestives de l'hôpital préfectoral d'inezgane sur 2 ans 2014-2015. Thèse Medical 2017, N°013:18

[28]. Ibrahima Gaye, Pape Alassane Leye. Prise en charge péri opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte au CHU Aristide Le Dantec. Pan Africain Médical journal 2016 ; 24 P190

[29]. Yacouba Fané Urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie générale du Cs réf de la commune I. Thèse Médecine 17M208, P :46, Année 2017

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : COULIBALY

Prénom : ABDOULAYE ABOUZEÏDI

Titre : abdomens aigus chirurgicaux au Centre de Santé de Référence de Dioïla.

Secteur d'intérêt : l'unité de chirurgie générale du CS Réf de Dioïla.

Pays : Mali.

Ville de soutenance : Bamako.

Année : 2021-2022.

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMOS.

RESUME

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive allant **du juillet 2019 au Juin 2021** avec comme objectifs de déterminer la fréquence des abdomens aigus chirurgicaux au centre de santé de référence de Dioïla ; décrire les aspects cliniques et thérapeutique des abdomens aigus chirurgicaux et analyser les résultats de la prise en charge. Nous avons recensé **117 patients opérés** pour abdomens aigus chirurgicaux soit **8,7%** des consultations globales et **19,1%** de l'ensemble des interventions chirurgicales à l'unité de chirurgie. Le sexe masculin était le plus représenté avec un ratio de **1,78**. La moyenne d'âge a été de **30,6 ans**. La majorité des patients provenait en dehors de la ville de Dioïla. La douleur abdominale a été le motif de consultation dans 100% des cas. Le diagnostic était essentiellement clinique et paraclinique dans les cas douteux. Il s'agissait de l'échographie, l'abdomen sans préparation. **L'appendicite aiguë** a été la pathologie la plus représentée avec **60,7%**. L'anesthésie générale et la rachianesthésie ont été utilisées soit **44,4%** et **55,6%**. Nous avons réalisé : des appendicectomies, résections anastomose et herniorraphie, etc. Les suites opératoires ont été simples dans 107 cas soit 91,5%. Le pronostic était bon lorsque la prise en charge est précoce.

La morbidité était de 6,8% et la mortalité était de 1,7%

Mots clés : Abdomen aigus chirurgicaux, chirurgie générale Mali CS Réf de Dioïla.

FICHE D'ENQUÊTE

I. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Numéro de la fiche d'enquête :..... /__ /

2. Numéro du dossier :..... /__ /

3. Nom et prénom :.....

4. Date de la consultation :.....

5. Age :..... /__ /

a= 0 à 20ans b=20 à 40ans c= \geq 40ans

6. Sexe :..... /__ /

a= Masculin b= Féminin

7. L'ethnie :..... /__ /

a=Bambara b=Peulh c= Soninké d= Mianka
e= Senufo f= Dogon g=autres

8. Profession : /__ /

a= Fonctionnaire b=Scolaires c=Eleveur d=Ménagère
e=Ouvrier f= Cultivateur g= enfant
h=Commerçant i= Autres

9. Provenance :..... /__ /

1= Dioila ville 2= Hors de la ville de Dioila

10. Le moyen d'évacuation : /__ /

a= Ambulance b=Taxi c=Moto

11. La qualification du référent :..... /__ /

a=Médecin b=Infirmier c=Venue de lui-même

12. Motifs de consultation :..... /__ /

1= Douleur abdominale 2= Nausées + Vomissements 3= Arrêt
des matières et des gaz Si autre à préciser

II. ANTECEDENTS :

13. Médicaux :...../___/

a= HTA b= Diabète c= UGD d=
Autres e=Aucun

14. Chirurgicaux :...../___/ a= Oui

b= Non Si oui

préciser :.....

III. DONNEES CLINIQUES

A. Les signes généraux

15. La TA :...../___/

a=Normale b=Augmentée c=Diminuée

16. La T° :...../___/

a= Normale b= Augmentée c= Diminuée

17. La FR :...../___/

a=Normale b=Augmentée c=Diminuée

18. Le Pouls :...../___/

a=Normal b=Augmenté c=Diminué

B. Signes Fonctionnels

19. Motifs de consultation :...../___/

1= Douleur abdominale 2= Nausées + Vomissements 3= Arrêt
des matières et des gaz Si autre à préciser:

.....

20. Durée de la symptomatologie :...../___/

a=24H b=48 à 72H c= ≥72H

21. Sièges de la douleur :...../___/

a=FID b=FIG c=Hypogastre
d=Epigastre e=Péri-ombilical f=Généralisé

22. Type de la douleur :...../___/

a=Brûlure b = Piqûre c= Torsion d= Indéterminé

23. Irradiation de la douleur : /___/

a= Diffuse b= Localisée c=Indéterminée

24. Intensité selon EVA : 1=faible 2=modérée 3=intense 4=très intense /.../

25. Evolution : 1=Permanente 2=intermittente /...../

26. Les signes d'accompagnements :...../___/

a=Vomissement b=AMG c=Fièvre d=Céphalées
e=Autres

C- Signes physiques :

☒ Inspection :

27. Conjonctives et téguments :...../___/

a= Bonne coloration b= Pâleur c= Ictère

28. Plaie abdominale : 1=où 2=non /.../

9.Si oui préciser : -La localisation :.....

29. Présence de cicatrice de laparotomie :...../___/

a= Oui b= Non

Si Oui préciser :.....

30. Aspect de l'abdomen :...../___/

1= Distendu 2= Plat 3= autres

☒ palpation :

31. Défense abdominale :..... /___/

a= Diffuse b= Localisée c= Absente

32. Cris de l'ombilic :...../___/

a= Positif b=Négatif

33. Contracture abdominale :...../___/

a= Diffuse b= Localisée c= Absent

Percussion :

34. Percussion abdominale :...../___/

a= Tympanisme b= Matité c= Normale

35. Matité pré hépatique :...../___/

a=Conservée b= Abolie

☑ Auscultation :

36. Bruits hydro aériques :...../___/

a= Absents b= Augmentés

37. Toucher Rectal :...../___/

a= douleur à droite b= Douleur diffuse c= Normal

III. EXAMENTS COMPLEMENTAIRES :

A- BIOLOGIE

38. HB :...../___/

a= <11g/dl b= 11 – 16g/dl

39. Sérologie de WIDAL ET FELIX :.....

40. Groupage sanguin/Rhésus...../___/

B- IMAGERIE :

41. ASP :...../___/

1=non fait 2=Normal 3=niveaux hydro-aériques 4=Grisailles
5=pneumopéritoine 6=autres

42. Echographie abdomino-pelvienne :...../___/

a= Oui b= Non

43. Résultats de l'échographie :...../___/

a= Collection intra-péritonéale b= Normale

Si autres à préciser :...../___/

IV. DIAGNOSTIC :

44. Diagnostic préopératoire :/___/

a= Péritonite b= OIA c= Appendicite d= Hernie étranglée
e= Traumatisme abdominal : hemo-péritoine , éviscération

45. Diagnostique per-opératoire :...../___/

a= Appendicite aiguë b=Péritonite aiguë c=OIA
d=Hémopéritoine e=Eviscération f=Appendicite+OIA
g= Hernie étranglée

h= Autres à préciser :.....

VIII. TRAITEMENT :

TRAITEMENT REÇU AVANT L'ADMISSION :

46. Médical :...../___/

a= Antalgique b= Antibiotique c= AINS
d= Néant

47. Traditionnel :...../___/

a= Oui b= Non

Traitement reçu après admission

A. Médical

48. Préparation du Malade :...../___/

a= Antalgique b= Antiulcéreux c= Transfusion d=Perfusion e= SNG.
f= Sonde urinaire g= Oxygénation

49. Classification d'Alteimer :/___/

a= classe I b=classe II c= classe III d=classe IV

50. Peropératoire :...../___/

a= Perfusion b=Mono Antibiothérapie c= Transfusion d= Double Antibiothérapie
e= Triple Antibiothérapie

58. POST-OPERATOIRES SELON LA CLASSIFICATION DE CLAVIEN ET DINDO

GRADE I :/___/ 1=oui 2=non

Si oui préciser :

GRADE II : /___/ 1=oui 2=non

Si oui préciser :

GRADE III:..... /___/ 1=oui 2=non

Si oui préciser :

GRADE IV :/___/ 1=oui 2=non

Si oui préciser :

GRADE V :/___/ 1=oui 2=non

Si oui préciser:

59. La durée d'hospitalisation :/___/

a=1 à 7J b=7 à 14J c=14 à 30J e=30 à 90J f=90 à 180J

60. Mode de suivi :/___/

a= Venu de lui-même b= Sur convocation c= Vue à domicile d=
Consultation ordinaire e= Sur rendez-vous

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure