

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

Université des Sciences,
des Techniques et des Technologies de Bamako



**République du mali
Un Peuple Un But-Une Foi**

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2014 – 2015

N°...../

Thèse

THESE

**URGENCES ABDOMINALES
CHIRURGICALES AU CSRef DE
BOUGOUNI**

**Présentée et soutenue publiquement le/...../2015 devant
la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie**

Par :

M. Sidi DIABATE

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury

Président : Pr. Alhassane TRAORE
Membres: Dr. Boubacar KAREMBE
Codirecteur Dr Brahima BAMBA
Directeur de thèse : Pr. Lassana KANTE

Les urgences abdominales chirurgicales au CSRéf de Bougouni

DEDICACES ET REMERCEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

- **A Dieu**, le tout puissant, le clément et le miséricordieux pour la grâce, l'amour, la santé, la force, le courage qu'il m'a donné pour mener bien ce travail et de m'avoir montré ce jour si merveilleux.
- **Au prophète Mohamed paix et salut sur lui.**
- **A mon père Naba Diabaté**, tu as été toujours un très bon père pour nous, tes conseils, ton amour pour le travail bien fait, ton souci constant pour notre réussite, ton soutien financier et matériel ne nous ont jamais manqué depuis notre enfance jusqu'à maintenant .
Le courage, l'assiduité, la discipline et le travail bien fait sont les qualités que tu nous as enseignés depuis le bas âge et qui nous ont permis d'atteindre ce niveau aujourd'hui . Mon père ce travail est le votre et merci pour tout. Que Dieu te donne longue vie.
- **A ma mère Djénéba Coulibaly**, ton amour, ton accompagnement, ton soutien psychologique, tes bénédictions nocturnes ne m'ont jamais manqué. Tu as partagé avec moi l'angoisse des examens, le stress des résultats. La patience, l'amour du prochain, la bonté, le partage sont des qualités qui te font une excellente mère. Que dieu fasse te bénéficie les fruits de ta sacrifice et ta patience. Merci ma mère.
- **A ma Tante Fatoumata coulibaly**, Vos bénédictions, votre souci constant pour notre réussite ne peuvent pas nous laisser indifférent. Merci ma Tante, que Dieu vous donne longue vie.
- **A mes Frères et Sœurs, Bakary L Diabaté, Issa Diabaté, Alou Diabaté, Zoumana Diabaté, Djélika, Aminata, Kadiatou.....** Vous avez été plus que frères et sœurs, vous m'avez soutenu durant tout mon cycle. Que Dieu consolide notre famille dans l'unité, la paix, la santé et le bonheur. Merci à vous tous.
- **A Mr Solomane Sidibé ; Mme Sidibé Rokia Bagayoko et toute la famille Sidibé à Dioila**, je me rappelle encore le jour ou vous

m'avez conseillé de choisir ma filière, vos conseils de tous les jours, vos soutiens psychologique ne peuvent jamais me laisser indifférent. Vous méritez une mention spéciale dans l'élaboration de ce travail. Ce travail est le votre, que dieu vous donne longue vie et prospère votre famille.

- **A Mr Moussa Dumbia et famille à Baco-djicoroni**,vous m'avez accueilli dans votre famille à bras ouvert, vous m'avez traité comme votre propre fils, vos conseils, vos encouragements ,vos soutiens moraux et financier m'ont singulièrement touché. La bonté, le courage, le partage, la ténacité vous faites un homme à respecter. Que dieu vous donne longue vie et prospère votre famille dans la paix et santé, je vous serai toujours reconnaissant.

Remerciements :

- **A tout le corps professoral de la FMOS**, merci pour l'intérêt que vous accorder aux étudiants en plus de la qualité de l'encadrement.
- **A Dr Cheickna Sylla chef de service de gynéco-obstétrique du Csréf de Bougouni** ,merci pour vos conseils, la qualité de vos encadrements. Que dieu vous donne longue vie dans la paix et la santé pour que nous puissions bénéficier vos qualités incomparables.
- **A tout le personnel du Csréf de Bougouni** , Vous êtes si accueillant, respectueux et gentil qu'il sera injuste de ne pas vous donner une mention particulière ;à vos cotés j ai appris beaucoup de choses, ça été un plaisir de travailler à vos cotés. Merci.
- **A mes aînés Médecin et anciens internes du Cs réf, Dr Lamine Marico,Dr Salif Guindo,Dr Kadiatou Fané,Dr Togola Lassana.**
- **Aux Internes du Csréf de Bougouni** , Diakaridia Samaké,Baténin Kanté,Mohamed Sylla,Abou Bengaly,Salim Koné vous êtes si gentil que mon séjour a été plaisant. Bonne carrière à vous tous.
- **Aux externes du Cs réf de Bougouni, Seydou Coulibaly, Aba Cissé,Sidiki ,Samaké ,Bah, Dagnoko,Sylla,Fomba,Togola,.....**
- **A mes Co-chambriers et Co-locateurs au point G Mohamed O Sidibé,Bah Sidibé,Boubou Gakou,Abdoulaye Taméga,Ghislain Vignon,Lassine Sogoba,N'golo Danioko,Fousseyni Kodio.....**Vous avez été pour moi comme une famille. Merci pour votre franche collaboration et votre soutien je vous serai toujours reconnaissant ; que Dieu vous donne longue vie dans la santé.
- **A mes ami(es) Mamoutou Coulibaly,Oumar Bamba,Kalidou Mallé, Bakary S Togola,Bakary Dembélé dit Bakarini,Moussa Diallo,Idrissa Maiga,Aminata yah Traoré,Nouhoum Dicko,Youssouf Coulibaly,Oumar Coulibaly,Moriba Traoré ,Arouna Doumbia,Moussa Sangaré,Koman Doumbia,Yacouba Djiguiba.....**les mots me manquent pour

vous remercier, je vous présente amicalement ce travail. Que ceux ou celles qui n'ont pas été cités ici par oubli trouvent ma profonde gratitude.

- **A ma logeuse de Bougouni Mme Bamba Awa Coulibaly**, merci pour l'affection que vous m'avez accordée et de votre hospitalité, soyez rassurés de ma reconnaissance.
- **A Mr Koné Fouseni et Famille à Bougouni**, merci pour votre sympathie de tous les jours, Que Dieu prospère votre famille dans la paix et la santé.
- **A tous mes enseignants** depuis le primaire jusqu'à l'université pour la qualité de l'enseignement donné.
- **A tous mes promotionnaires** du primaire, secondaire et supérieur pour les bons moments passés ensemble .
- **A la population de Bougouni pour son accueil chaleureux envers nous.**
- **A l'état malien** pour l'effort consenti pour notre formation.
- **A tous et toutes qui ont participé à ce travail de près ou de loin.**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du jury :

Professeur Alhassane TRAORE

- Maître de conférences en chirurgie générale de la FMOS
- Praticien Hospitalier
- Chirurgien hépatobiliaire et Pancréatique
- Membre de la société de chirurgie du Mali(SOCHIMA)
- Membre de la société internationale de Chirurgie de Hernie

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations,

Votre disponibilité, votre courage, votre rigueur, votre sens social élevé ne sont que quelques unes de vos multiples qualités.

Votre simplicité, votre dévouement font de vous un maître à respecter.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et membre du jury :

Dr Boubacar Karembé

- Responsable du service de chirurgie du CSRéf CIII
- Spécialiste en chirurgie générale
- Praticien Hospitalier

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en siégeant dans notre membre de jury malgré vos multiples occupations,

Votre simplicité, votre courage, votre dynamisme, votre amour du travail bien fait, votre amour du prochain font de vous un maître à admirer.

Trouvez ici cher maître, notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Co-Directeur de Thèse

Dr Brahima BAMBA

- Médecin chef du Csréf de Bougouni
- Spécialiste en Chirurgie générale
- Praticien Hospitalier

Cher Maître,

Ce travail est le vôtre, vous nous avez dirigé durant tout au long du travail sans ménagé aucun effort.

Votre rigueur pour le travail bien fait, votre courage, votre dynamisme, votre simplicité, votre contact facile, votre dévouement nous ont beaucoup marqué.

Recevez ici cher Maître l'expression de nos sincères remerciements et notre reconnaissance.

A notre maître et Directeur de Thèse

Professeur Lassana KANTE

- Maître de conférences agrégé en Chirurgie générale à la FMOS.
- Praticien Hospitalier
- Spécialiste en Chirurgie générale

Cher maître,

Vous êtes à l'origine de ce travail et vous n'avez ménagé aucun effort pour son élaboration,

Votre disponibilité, votre simplicité, votre rigueur, votre courage, votre amour pour le travail bien fait nous ont profondément impressionnés,

Votre esprit communicatif, votre culture, votre pragmatisme font de vous un maître admiré de tous.

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

Liste des Abréviations

ASP : Abdomen sans préparation.

CHU : Centre hospitalier universitaire.

GEU : Grossesse extra-utérine

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HPG : Hôpital de point G

BHCG : Hormone chorionique gonadotrophine

Dg : Diagnostic.

FID : Fosse iliaque droite.

FMOS : Faculté de Médecine et d'odontostomatologie.

FC : Fréquence cardiaque.

FR : Fréquence respiratoire

UGD :Ulcère gastroduodéal.

HTA : Hypertension artérielle.

IEC : Information, éducation et communication.

IMC : Indice de masse corporelle

NFS : Numération formule sanguine.

NHA : Niveaux hydroaeriques

OMS : Organisation mondiale de la santé.

RCA : République de Centrafrique

RCI : République de cote d'ivoire

TA : Tension artérielle.

T°C : Température.

TR : Toucher rectal.

TV : Toucher vaginal

% : Pourcentage

Sommaire

I.	INTRODUCTION.....	15
II.	OBJECTIFS.....	17
III.	GENERALITES.....	18
IV.	METHODOLOGIE.....	40
V.	RESULTATS.....	56
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	91
VII.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	111
VIII.	BIBLIOGRAPHIE.....	114
IX.	ANNEXES.....	120

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'urgence est une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement [1].

Les urgences abdominales chirurgicales sont définies par leur durée (moins d'une semaine), nécessitant une prise en charge très rapide étant donné le risque vital [2].

Il s'agit des affections nécessitant une prise en charge chirurgicale rapide [3].

La fréquence varie selon des pays.

En France ; Boccard E et coll ; dans une étude rétrospective réalisée en 2010 sur 630 Urgences chirurgicales opérés ; 244 étaient abdominales soit 38,76% avec un taux de mortalité de 4% et un taux de morbidité de 13% [4].

Au Maroc ; Moutei Hassan a recensé en 2013 ; 233 urgences chirurgicales opérées ; 137 étaient abdominales soit 58,79% avec une mortalité de 5% et une morbidité de 13,3% [5].

Au Nigeria ; selon Ekere AU et collaborateurs ; les urgences abdominales ont représenté 25% des urgences chirurgicales en 2005 avec une mortalité de 4,7% et une morbidité de 19,7% [6].

Au Mali ; en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré, Konaté M dans une étude prospective réalisée en 2005 ; sur 382 Urgences chirurgicales opérées ; les urgences abdominales ont représenté 278 soit 72,77% avec un taux de mortalité de 4,4% [7].

Les urgences abdominales chirurgicales ont des causes multiples.

En France ; les causes par ordre de fréquence ont été les appendicites aiguës ; les occlusions intestinales ; les péritonites[4]

Au Mali dans une étude prospective réalisée en 2009 par Maiga A les occlusions intestinales occupent la première place suivie par les appendicites aiguës puis les péritonites ; les Grossesses extra utérine ; les traumatismes abdominaux et les éviscérations [8, 7,9].

Le diagnostic des urgences chirurgicales est clinique et para-clinique. La radiographie de l'abdomen sans préparation et l'échographie abdominale sont les examens para-cliniques les plus utilisés chez des patients avec respectivement 32% et 12% et permettraient de retrouver des signes en faveur des urgences abdominales chirurgicales dans 90% [4, 7,8].

La prise en charge des urgences abdominales chirurgicales est médico-chirurgicale et est en fonction de l'étiologie. Dans la littérature le pronostic dépend de l'étiologie, des lésions associées et du délai de prise en charge avec un taux de mortalité de 4,7 à 9,7% environ et un taux de morbidité de 12,6 à 22%[7,9,11]. L'importance et l'amélioration de la prise en charge des urgences abdominales chirurgicales au centre de santé de référence de Bougouni ont motivé notre travail afin d'apporter notre aide et améliorer notre aptitude sur les urgences abdominales chirurgicales.

OBJECTIFS

OBJECTIFS :

Objectif général :

- Etudier les urgences abdominales chirurgicales au service de chirurgie générale du centre de santé de référence de Bougouni.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer l'épidémiologie des urgences abdominales chirurgicales.
- Décrire les aspects cliniques et para-cliniques.
- Décrire les aspects thérapeutiques.
- Evaluer le coût de la prise en charge.

GENERALITES

Généralités :

A .Rappel anatomique :

L'abdomen représente la partie du tronc située au dessous du diaphragme contenant la majorité des viscères de l'appareil digestif et de l'appareil urinaire.

Il est composé de :

-six parois qui sont ostéo-musculaires et aponévrotiques :

*deux parois antéro-latérales,

*deux parois postérieures,

*une paroi supérieure : le diaphragme,

*une paroi inférieure : le plancher pelvien,

-muscles (grand oblique, petit oblique, transverse, grand droit, pyramidal qui est inconstant).

-le contenu (viscères)

Le contenu abdominal est enveloppé par un sac conjonctif appelé péritoine qui est constitué de deux feuillets : le péritoine pariétal et le péritoine viscéral.

La cavité abdominale se divise en deux niveaux :

-l'étage supérieur comprend le foie, les voies biliaires, le pédicule hépatique, le premier duodénum, le pancréas, l'estomac et la rate

-l'étage inférieur comprend le gros intestin (colon), l'intestin grêle (jéjunum et l'iléon), le cæcum et l'appendice.

Une partie du colon et le rectum se trouvent dans le petit bassin, subdivision de l'étage inférieur limité par l'arc osseux de la ceinture pelvienne (sacrum et os iliaque). Celui-ci contient aussi chez l'homme la vessie, le colon sigmoïde et les anses grêles ; chez la femme la vessie, l'utérus, les trompes et les ovaires

La paroi abdominale peut être divisée en neuf régions à partir de quatre lignes :

-deux lignes horizontales menées

*en bas entre les deux épines iliaques antéro-supérieures

*en haut, tangentiellement au point le plus déclive du rebord costal.

-deux lignes verticales menées par le milieu de chaque pli inguinal.

Sont définies les neuf régions :

Sur la ligne médiane de haut en bas : l'épigastre, la région péri-ombilicale, l'hypogastre.

Latéralement de haut en bas l'hypochondre (droit et gauche), le flanc (droit et gauche), la fosse iliaque (droite et gauche).

Cette division arbitraire permet cependant de situer en clinique diverses zones pathologiques.

Il existe sur la paroi abdominale des zones de faiblesse : la ligne blanche, l'ombilic et la région inguinale.

↑ cranial

→gauche

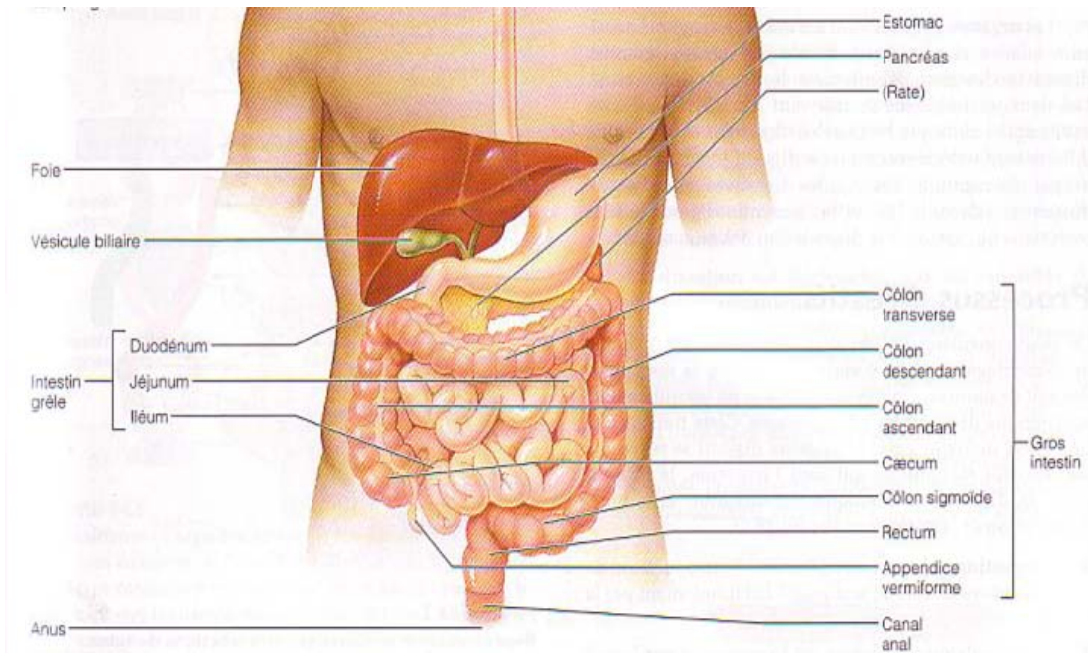


Figure1 : les organes intra-abdominaux ;

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE HUMAINES : ELAINE N MARIE B

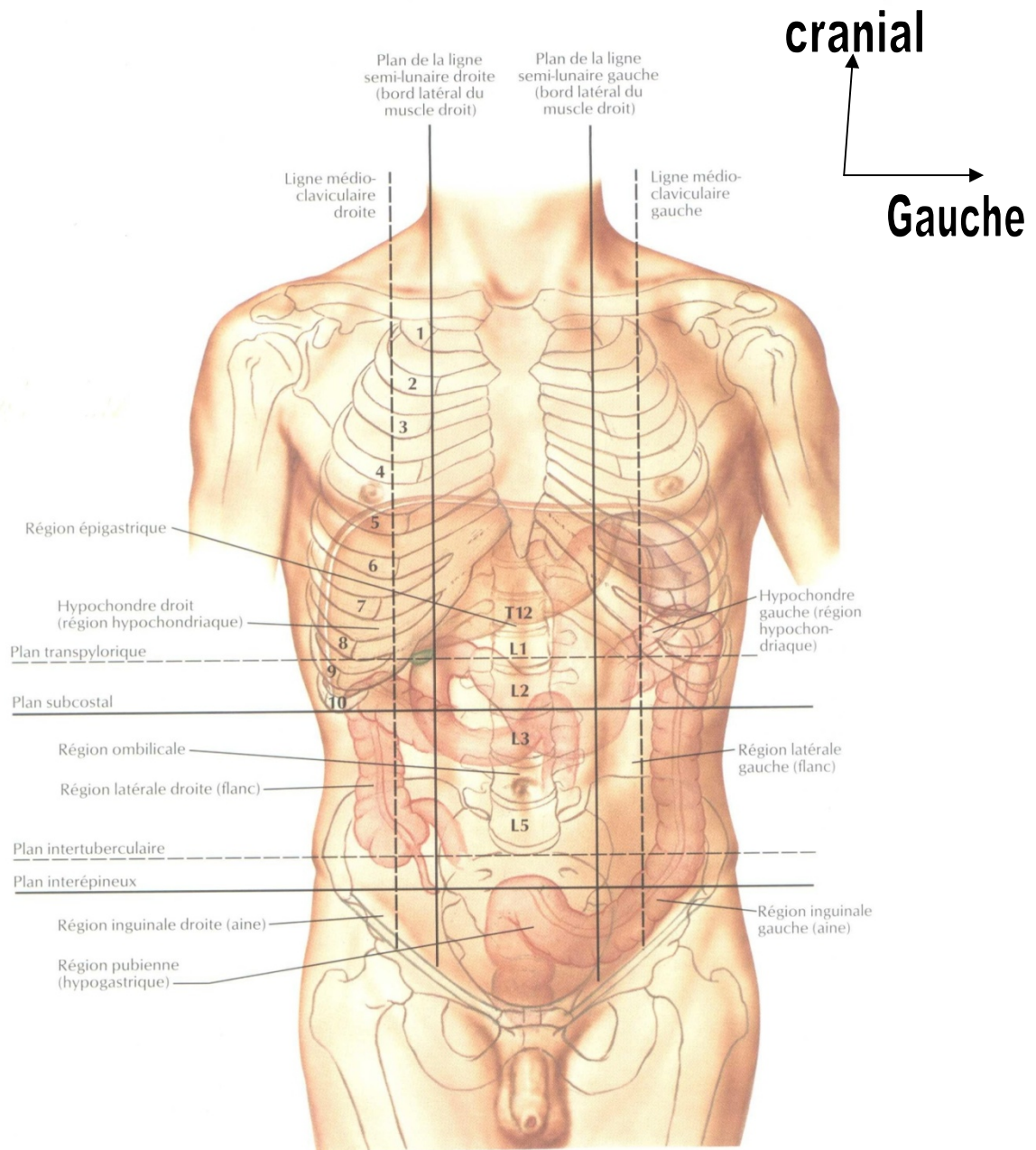


Figure2 : les régions de l'abdomen

FRANK H. NETTER, ND, Traduction de Pierre Kamina (Page N° 26)

B. Sémiologie des abdomens aigus chirurgicaux :[12]

Les abdomens aigus chirurgicaux sont 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 .

Le tableau clinique est polymorphe. Leurs étiologies sont multiples et variées.

L'abdomen aigu est constitué par un ensemble de signes évoquant une urgence chirurgicale.

1. Les symptômes :

1.1. La douleur :

1.1.1. Le mode d'apparition de la douleur

Le mode peut être brutal ou progressive selon l'étiologie de la douleur.

1.1.2. le type de douleur :

Elle peut être sourde, profonde/superficielle, intense/peu intense.

La douleur n'est pas proportionnelle à la gravité.

Exemple : les corticoïdes peuvent masquer la douleur d'une péritonite.

1.1.3. le siège :

Le siège du début de la douleur donne une bonne idée de l'organe en cause.

Fosse iliaque droite : appendice

Région mésocoliaque (péri-ombilicale) : grêle, appendice.

Fosse iliaque gauche : sigmoïde

Hypochondre droit : vésicule biliaire

Epigastre : estomac et pancréas

Hypochondre gauche : angle colique gauche

La douleur diffuse ensuite à la totalité de l'abdomen.

Il faut demander au patient de montrer avec le doigt l'endroit de la douleur.

1.1.4. L'intensité de la douleur

L'intensité peut être élevée, modérée ou légère

1.1.5. l'irradiation :

Douleur associée à la douleur initiale (différent de la diffusion qui survient après la douleur initiale). Certaines douleurs restent localisées au début avant de diffuser.

Pancréatite aiguë : douleur épigastrique avec irradiation postérieure, dans le dos

Cholécystite : douleur initiale dans l'hypochondre droit avec irradiation en hémi-ceinture et dans l'épaule droite

Appendicite aiguë : pas d'irradiation particulière

Colique néphrétique : irradiation vers le bas, en direction des organes génitaux externes du même côté

Perforation d'ulcère gastrique : douleur initiale épigastrique, qui diffuse progressivement dans la fosse iliaque droite (ce n'est pas une irradiation). En effet, le suc gastrique coule dans la gouttière pariéto-colique droite.

1.1.6. l'évolution :

Les douleurs peuvent être croissantes, spontanément décroissantes jusqu'à disparaître, ou spasmodiques avec des pics intenses et des phases de repos.

Exemples :

Perforation d'ulcère du bulbe duodéal : douleur épigastrique intense brutale, en coup de poignard. Elle va progressivement décroissante en même temps qu'elle diffuse à l'ensemble de la cavité abdominale.

- Occlusion par strangulation du grêle : la douleur débute brutalement, puis devient spasmodique, reflétant la lutte du grêle, avec des phases intenses correspondant à des mouvements péristaltiques importants, pour passer l'obstacle, et des phases peu intenses ou absence de douleur dues à l'épuisement du muscle qui se relâche.

=>Aucune caractéristique de la douleur n'a de valeur pronostique.

Exemple : Un patient immunodéprimé sous corticoïdes peut avoir une péritonite stercorale sans douleur.

1.1.7. Les facteurs déclenchant

Certains facteurs peuvent être à l'origine de la douleur comme la toux, les mouvements.....

1.1.8. Les facteurs calmants

Certains facteurs peuvent calmer la douleur comme les vomissements, la prise des médicaments.....

1.1.9. Les signes accompagnateurs

Ce sont les signes qui accompagnent la douleur dans sa phase aigue et sont très important pour connaître l'étiologie d'une quelconque douleur comme par exemple des vomissements post prandiaux précoces peut accompagner une occlusion intestinale.

1.2. La fièvre :

C'est un symptôme très peu spécifique. Il signe le recrutement macrophagique, qui entraîne la sécrétion d'IL1 qui vont dérégler les centres de la thermorégulation.

Sa présence témoigne de phénomènes inflammatoire ou infectieux. Mais son absence ne traduit pas l'absence de ces phénomènes.

Exemple : Un patient a 40°, s'il prend de l'aspirine ou du paracétamol, il n'a plus ni fièvre ni douleur lorsqu'il voit son médecin 10 minutes après.

1.3. Troubles du transit :

-nausées, vomissement (minime, abondant, en jet, incoercible...mais surtout : présent ou non)

-diarrhée

Ces signes sont non spécifiques, évocateurs d'une entérocolite.

-arrêt des matières et des gaz : Seul l'arrêt des matières et des gaz signe un abdomen aigu chirurgical. Il traduit l'arrêt du transit qui peut être fonctionnel, par paralysie des muscles intestinaux, ou mécanique, lié à un obstacle physique sur le trajet du bol alimentaire. C'est le signe de l'occlusion intestinale, très souvent chirurgicale. Les malades sont capables de préciser l'heure de début. => En résumé : les abdomens aigus chirurgicaux regroupent généralement douleur, fièvre et troubles du transit.

1.4. Signes d'examen :

Bien distinguer douleur provoquée, défense et contracture.

1.4.1. Douleur provoquée :

La palpation , en déprimant l'abdomen, provoque une douleur.

Exemple : Une femme obèse avec un calcul dans la vésicule, présente un tableau de colique hépatique. La palpation de l'hypochondre droit provoque la douleur.

1.4.2. Défense :

C'est la réaction abdominale à la douleur provoquée. Elle se recherche à la palpation précautionneuse de l'abdomen, les mains réchauffées à plat sur l'abdomen ; en déprimant la paroi abdominale, on provoque une douleur. La défense est la contraction aiguë, éphémère, involontaire, de la paroi abdominale, en réaction à la dépression.

Si on déprime à nouveau, on peut retrouver la défense.

1.4.3. Contracture :

C'est la contraction spontanée et permanente de la paroi abdominale. A la palpation, elle est douloureuse, tonique et invincible. Le ventre ne bouge pas à la respiration même si le patient respire fort.

Elle traduit une réaction inflammatoire sous-jacente.

1.4.4. Signification de ces signes :

La douleur provoquée n'est pas significative du pronostic. En effet, on peut avoir une péritonite sans douleur provoquée (si prise de corticoïdes par exemple).

C. Description des étiologies des abdomens aigus chirurgicaux :[12]

2. Etiologies :

2.1 Appendice : appendicite aiguë :

Très fréquente.

A beaucoup tué avant et entre les guerres mondiales car diagnostic tardif, pas d'antibiotiques et les médecins de campagne étaient souvent des officiers de santé. Aujourd'hui, l'urgence n'est plus la même, on prend le temps de surveiller, d'analyser et d'affiner le diagnostic.

C'est une infection aiguë de l'appendice avec :

- Douleur spontanée en fosse iliaque droite qui diffuse rapidement.
- Troubles du transit : nausées, vomissements, arrêt des gaz, constipation.

Ces signes n'ont pas de réelle signification.

- Fièvre à 37.7-37.8 °C et pas 38.5°C. (si 38.5° ce peut être une complication d'appendicite ou autre chose mais pas une appendicite simple).

- Palpation : défense

- Toucher rectal : douleur provoquée à droite.

Si tous ces signes sont présents, le diagnostic est fait et ne nécessite aucun examen complémentaire sauf en préopératoire.

En cas de forme atypique (absence de température ou de défense) : échographie +++. Elle permet de visualiser l'appendice dont la lumière a disparu, sa paroi épaisse et oedématisée, et un épanchement péritonéal liquidien réactionnel (de petite quantité). Une NFS peut montrer une hyperleucocytose mais c'est non spécifique.

Traitement chirurgical : appendicectomie

Evolution naturelle :

- guérison spontanée par le système immunitaire.

- rupture dans le péritoine : péritonite.

Cette rupture peut se faire selon 3 modes:

- en un temps : à peine enflammée, l'appendice se rompt et les matières cæcales et fécales se déversent dans le péritoine.

- en deux temps : inflammation suivie d'un abcès qui se rompt ensuite.

- en trois temps : infection suivie d'un abcès puis l'épiploon s'accroche à l'appendice et forme un plastron appendiculaire. Enfin, il y a rupture de ce plastron appendiculaire et ouverture vers le péritoine.

On porte le diagnostic de péritonite aiguë : intervention chirurgicale d'urgence. Il existe des diagnostics différentiels qui sont : la rupture d'un kyste de l'ovaire (pas de fièvre ni de défense), l'hémorragie intra-kystique (pas de défense, pas d'hyperleucocytose, déglobulisation). Si un doute subsiste : échographie.

2.2. Occlusions :

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

2.2.1 Physiopathologie :

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

- Une strangulation (exemple : volvulus, invagination),
- Une obstruction,
- Une compression.

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

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

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

Dans les strangulations, la circulation est d'abord perturbée sur le retour veineux alors que la circulation artérielle continue à amener le sang dans la zone strangulée. Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ; d'où une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre hydro-électrolytique. La strangulation favorise la fermentation des matières dans l'intestin d'où production de gaz qui va s'accumuler à la partie supérieure de l'anse strangulée alors que le liquide reste à la partie inférieure. L'air et le liquide seront séparés par un niveau qui est toujours horizontal. A la radiographie l'air sera perçu comme une image noire avec un niveau blanc (clair) horizontal, inférieur.

Une élévation de pression des gaz dans l'intestin en amont de l'obstacle

peut entraîner une perforation de l'intestin, c'est la perforation diastasiq.

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

b) L'occlusion fonctionnelle : se fait par inhibition du nerf intestinal.

c) L'occlusion mixte : est une association de l'occlusion fonctionnelle et de l'occlusion mécanique ; en général, elle est due à une infection.

2.2.2. Occlusions fonctionnelles : non chirurgicales

2.2.3. Occlusions mécaniques : chirurgicales

• On retrouve 3 signes principaux , plus ou moins importants selon le siège de l'occlusion :

- douleur
- trouble du transit
- météorisme abdominal

Occlusion haute : sténose du pylore

- vomissements incoercible
- pas de météorisme
- douleur rare, car l'estomac se dilate bien

Occlusion du côlon gauche : adénocarcinome colique gauche

Il est souvent révélé par l'occlusion.

- douleur à droite : distension diastasiq. du cæcum
- météorisme tympanique
- arrêt des matières et des gaz

Sans traitement, évolution vers une péritonite stercorale.

Occlusion du grêle :

- douleur intense +++ : le grêle se distend peu. De plus, une occlusion du grêle est souvent due à une strangulation, d'où ischémie et douleur très intense.

- Météorisme : moins important que dans le cas du côlon.

• Examen clinique :

- palper les orifices herniaires, inguinaux, cruraux et ombilicaux.
- Rechercher des cicatrices : pas d'occlusion du grêle sans cicatrice. L'anse grêle vient s'étrangler autour d'une bride de fibrine.

En fonction du siège de l'occlusion:

Signes d'occlusion	Siège d'occlusion	
	Grêle	Colon
Douleurs	idem	Idem
vomissements	précoces	Tardifs
Arrêt des matières et des gaz	tardif	Précoce
Altération de l'état général	rapide	Tardive
déshydratation	rapide	Tardive
Météorisme	absent	Important
Niveaux hydroaériques	Plus larges que hauts A bords fins centraux	Plus hauts que larges A bords épais Périphériques
Lavement baryté	normal	Montre le siège, le mécanisme de l'occlusion et la cause de l'occlusion

2.3. Perforation d'organes creux :

Elles aboutissent à deux phénomènes qui, cumulés peuvent induire un état de choc à composante septique plus ou moins importante ; 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 cumule de phénomènes complexes.
- On peut avoir une perforation de :

2.3.1. la vésicule :

2.3.2. l'appendice :

2.3.3. diverticule sigmoïdien (dans la vessie ou la cavité péritonéale péritonite):

2.3.4. Perforation du grêle :

Elle se voit dans l'infection à cytomégalovirus chez l'immunodéprimé (corticoïdes, prévention de rejet de greffe, sida). On est presque tous porteur du CMV.

Il y a perforation du grêle à l'emporte pièce et péritonite.

A l'examen :

- douleur abdominale
- fièvre ou pas
- contracture (indication pour l'intervention chirurgicale)
- TR : douglas bombé et sensible.

2.3.5. Perforation d'ulcère gastrique ou duodéal :

Elle se voit de moins en moins, car aujourd'hui on dispose de traitements efficaces. La perforation est souvent révélatrice de la maladie ulcéreuse. Elle entraîne une péritonite. Il faut gérer la péritonite : traitement chirurgical (ouvrir, laver) et l'ulcère : traitement médical, pas de chirurgie, sauf parfois un point. => Point commun des perforations d'organes creux : l'air passe dans la cavité abdominale.

- pneumopéritoine au scanner ou ASP centré sur les coupes.
- contracture à la palpation

2.4 Causes traumatiques :

-Traumatismes fermés de l'abdomen

-Traumatismes ouverts de l'abdomen

Ces types de traumatisme de l'abdomen donnent :

*soit un hémopéritoine par atteinte d'un organe plein ;

*soit une péritonite par atteinte d'un organe creux.

2.5 Causes gynécologiques :

- GEU ;

- Torsion de kyste de l'ovaire ;

-pyoovaire et ou pyosalpinx .

2.6 Autres causes :

-Les abcès du psoas

2.7. Vésicule biliaire :

2.7.1 Cholécystite aiguë :

Due à l'enclavement d'un calcul dans le canal cystique.(vocabulaire : la lithiase est la maladie calculeuse, une lithiase peut comporter plusieurs calculs). Normalement, les germes, dont les bacilles gram négatifs, passent la barrière intestinale. Ils sont pour partie éliminés par les cellules de Küppfer du foie, le reste passe dans les voies biliaires pour être éliminé dans le tube digestif et peut subir le cycle entéro-hépatique.

Dans le cas de la cholécystite aiguë, les germes s'accumulent par stagnation de la bile, se multiplient et provoquent une infection de la bile et de la paroi de la vésicule. Les signes généraux d'infection apparaissent. Le péritoine en regard de la paroi vésiculaire est lui aussi enflammé.

Les antécédents sont importants : en général, le patient a déjà eu des coliques hépatiques avec des douleurs intenses (spontanées et provoquées) dans l'hypochondre droit irradiant dans l'épaule.

La cholécystite aiguë se manifeste par :

- de la fièvre
- parfois un passé de colique hépatique ou de lithiase vésiculaire
- à la palpation, la vésicule est perçue
- une défense dans l'hypochondre droit.

Un calcul de la vésicule asymptomatique ne s'opère pas. On intervient en cas de douleur, gêne ou complication.

Traitement de la cholécystite aiguë : ablation de la vésicule et du ou des calcul(s). Faut-il intervenir en urgence ? La question est sujet à débat. En urgence, on augmente les risques d'erreur chirurgicale, à cause de l'inflammation. En différé, on prescrit des traitements anti-inflammatoires et anti-infectieux pour maîtriser l'infection avant d'opérer.

Evolution sans traitement :

Rupture de la vésicule biliaire dans la cavité péritonéale : le contenu de la vésicule (pus + bile) se déverse dans la cavité péritonéale et provoque une péritonite mixte bactérienne et chimique. Elle survient chez un sujet âgé ou débilité par une corticothérapie, un diabète. La douleur est masquée et le patient consulte au stade de complication.

Fistulisation de la vésicule dans les organes de voisinage :

- Dans le duodénum : c'est un mode de guérison spontanée. La bile et le calcul s'évacuent dans le tube digestif.
- Dans le côlon transverse ou l'angle colique droit : fistule cholécysto-colique : les matières fécales se déversent dans la vésicule, provoquant une angiocholite (infection de l'arbre biliaire intra-hépatique).
- Dans la voie biliaire principale (VBP) : fistule cholécysto-cholédocienne . Les calculs passent dans la VBP et se bloquent au niveau du sphincter d'Oddie, provoquant une lithiase de la VBP.
- Fistulisation à la peau : fistule cholécysto-cutanée spontanée. Mode de guérison, mais à l'origine d'autres complications.

2.7.2. Sigmöidite diverticulaire :

La muqueuse colique, sous la pression abdominale s'évagine dans la musculature pour former des diverticules. L'infection se fait à la manière d'une appendicite, on parle abusivement " d'appendicite gauche ". En effet, le terrain diffère : il s'agit souvent d'une femme de 40-50 ans, constipée chronique.

Tableau :

- douleur aiguë dans la fosse iliaque gauche
- fièvre : 37.5-40° C
- troubles du transit : souvent des diarrhées

Examen :

- douleur provoquée
- défense
- perception du manchon sigmoïdien infecté, en y allant doucement
- toucher rectal (TR) : non contributif (on ne trouve rien car l'inflammation est plus haute) ou douleur (en cas d'épanchement dans le cul-de-sac de Douglas)

Traitement :

Il faut enlever un morceau de colon et réaliser une anastomose colique, ce qui n'est pas sans risque. Si la suture lâche, la fistule colique peut tuer. La question se pose : Faut-il opérer en urgence ou d'abord maîtriser l'infection avec des antibiotiques, puis opérer ? L'intervention peut se faire en 1 ou 2 temps :

- en 1 temps : on ouvre, on résèque, on suture, on ferme.
- en 2 temps : on ouvre, on résèque, on suture à la peau (stomie pendant 1 ou 2 mois). On ouvre plus tard, dans une atmosphère sûre, pour suturer le côlon afin d'avoir une bonne cicatrice.

On choisira en fonction du terrain :

- femme de 40 ans : 1 temps, si pas d'antécédents
- homme de 80 ans, sous corticoïdes : 2 temps. Chez le sujet âgé, on privilégie des conditions de vie optimales.

Complications : perforations des organes de voisinages, notamment la vessie. C'est un mode de guérison, caractérisé par des signes, parfois forts sympathiques : fécalurie et pneumaturie. La fistule sigmoïdo-vésicale engendre des complications rénales : risque de pyélonéphrite ascendante.

2.8. Causes vasculaires :

Rappel : le tube digestif est vascularisé par :

- tronc cœliaque : rate, foie, pancréas
- artère mésentérique supérieure : côlon droit, transverse, grêle
- artère mésentérique inférieure : côlon gauche

Il existe des arcades de suppléance :

- arcade de Rio Branco (?) : entre tronc cœliaque et AMS
- arcade de Riolan : entre AMS et AMI

En cas d'obstruction :

- du tronc cœliaque : ouverture de l'arcade de Rio Branco
- de l'AMS : ouverture de l'arcade de Rio Branco et de celle de Riolan
- de l'AMI : ouverture de l'arcade de Riolan

Malgré ces systèmes de suppléance, il peut y avoir des ischémies.

2.8.1. Ischémie intestinale aiguë :

Elle correspond à un infarctus intestinal par obstruction de l'AMS, conduisant à une nécrose. Le pronostic est effroyable.

2.8.2. Syndrome d'ischémie aiguë mésentérique : SIAM

C'est le stade d'ischémie précédent la nécrose (2-3 h après l'oblitération artérielle). Le pronostic est meilleur.

Signes :

- douleur très intense ++++

- trouble du transit : diarrhées (hyper péristaltisme de l'intestin ischémie), vomissements

Terrain +++ (seul facteur discriminant entre un SIAM et une gastro-entérite banale) -

athéromateux

- pathologie emboligène

Dés qu'un patient athéromateux ou avec une pathologie emboligène a ces signes-là, il faut , en urgence, faire la preuve qu'il a ou non un SIAM, grâce à un scanner injecté ou une artériographie.

.

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude : Ce travail est une étude prospective descriptive transversale réalisée dans le service de chirurgie du centre de santé de référence de Bougouni.

Elle s'est portée sur les urgences abdominales chirurgicales du 1^{er} Novembre 2013 au 30 Octobre 2014.

Historique:

Rappel du système de santé au Mali :

Selon la direction nationale de la sante publique, le système sanitaire au Mali est constitué d'une pyramide à quatre niveaux : I, II, III et IV

Ainsi de la base au sommet, nous avons :

- Niveau primaire (I) : CSCOM (Centre de Santé Communautaire), Dispensaire
- Niveau secondaire (II) : CSRéf (Centre de Santé de Référence)
- Niveau tertiaire (III) : Hôpitaux régionaux
- Niveau quaternaire (IV) : Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)

Etymologiquement Bougouni signifie la petite hutte qui servait de lazaret lors d'une épidémie de variole dont fut victime le patriarche de la famille des peulhs DIAKITE vers le 18^e siècle. Ce dernier du nom de Midia DIAKITE, s'était installé auprès des premiers occupants de ce secteur, les COULIBALY qu'une émigration avait conduit de SEGOU en ces lieux vers le 18^e siècle.

De très bons rapports se tissèrent entre les deux communautés qui débouchaient sur le mariage et une grande prospérité de la ville. La commune de Bougouni qui porte le nom de la petite hutte (Bougouni en bambara) est un carrefour entre les localités de SIKASSO, KOLONDIÉBA, YANFOLILA, et BAMAKO la capitale du MALI.

1-1 Présentation du cercle :

1-1-1 Aspects géographique :

Situation géographique :

Situé entre le Bani et le Mono, Bougouni est un véritable carrefour.

La route nationale N°7 traverse la ville et rejoint de part et d'autre Bamako à 160km et Sikasso à 210km. Il est limité :

- Au nord par le cercle de KATI et DIOILA (région de KOULIKORO)
- Au sud par la république de cote d'ivoire
- Au sud-est par les cercles de KOLONDIÉBA et SIKASSO
- A l'ouest par le cercle de YANFOLILA

La ville est située dans un bas-fond et à une superficie de 20028 Km².

Climat et végétation :

Le climat est de type soudanien comprenant une saison sèche et une saison pluvieuse. La savane arboreuse constitue l'essentiel de la végétation. Les essences dominantes sont : le néré, le karité, le caïcedrat, le baobab, le kapokier et le fromager.

Hydrographie :

Le réseau hydrographique est fourni par le BANI, un affluent du fleuve Niger et le mono, un marigot.

1-1-2 Les voies de communication :

Elles sont constituées pour l'essentiel de :

- L'Axe Bamako-Bougouni
- L'Axe Bougouni-Sikasso-cote d'ivoire
- L'Axe Bougouni-yanfolila-guinée
- L'Axe Bougouni-Kolondiéba-Cote d'ivoire

Les moyens de locomotion au regard de la population sont insuffisants mais se sont améliorés ces trois dernières années.

Le service des postes est opérationnel. Après Bamako, Bougouni est le premier cercle du Mali à être doté de téléphone fixe depuis 1984, et la téléphonie mobile en 2004.

1-1-3 Population :

La population générale du cercle est de 435321 habitants en 2010 selon le recensement administratif de 1998 actualisé, soit une densité de 18 habitants/km² légèrement supérieure à celle du niveau nationale qui est d'environ 10 habitants/km².

De plus en plus, le cercle attire de nombreux immigrants venant des différentes régions du Mali et des pays voisins à cause des explorations d'or. L'émigration se fait aussi sentir ces dernières années avec un retour massif des originaires du cercle ou d'autres localités du pays à cause des évènements de la Côte d'Ivoire.

1-1-4 Religion :

Trois religions dominent le cercle : l'islam, le christianisme et l'animisme.

1-1-5 Economie et finance :

Le cercle de Bougouni a une économie rurale particulièrement agropastorale. Des ONG telles que Save the CHILDREN, l'HELVETAS, l'AID-Mali opèrent dans la zone dans des secteurs clés comme la santé, l'éducation, la décentralisation, la foresterie, l'hydraulique villageoise.

1-1-6 Industrie et commerce :

Le géant du coton au Mali, la compagnie Malienne du développement textile (CMDT) y possède deux unités importantes . l'usine de traitement de noix de karité de Zantiébougou et celle de la mine d'or de Morila ont contribué à la diminution du taux de chômage dans le cercle.

L'installation de la BNDA, et des caisses d'épargne (Kafojiginw, CAECE jigism) et la facilité d'accès à la zone ont favorisé le commerce.

1-1-7 Education :

La première école de Bougouni a été créée en 1903. Actuellement le centre a deux centres d'animation pédagogique (CAP) et une académie d'enseignement.

1-2 Le centre de santé de référence de Bougouni :

Le dispensaire de Bougouni a été créé en 1949, achevé et inauguré la même année par le médecin colonel Vernier Frangeais qui a été le premier médecin. Il s'est érigé en CSREF en 1996.

1-2-1 Configuration du Centre :

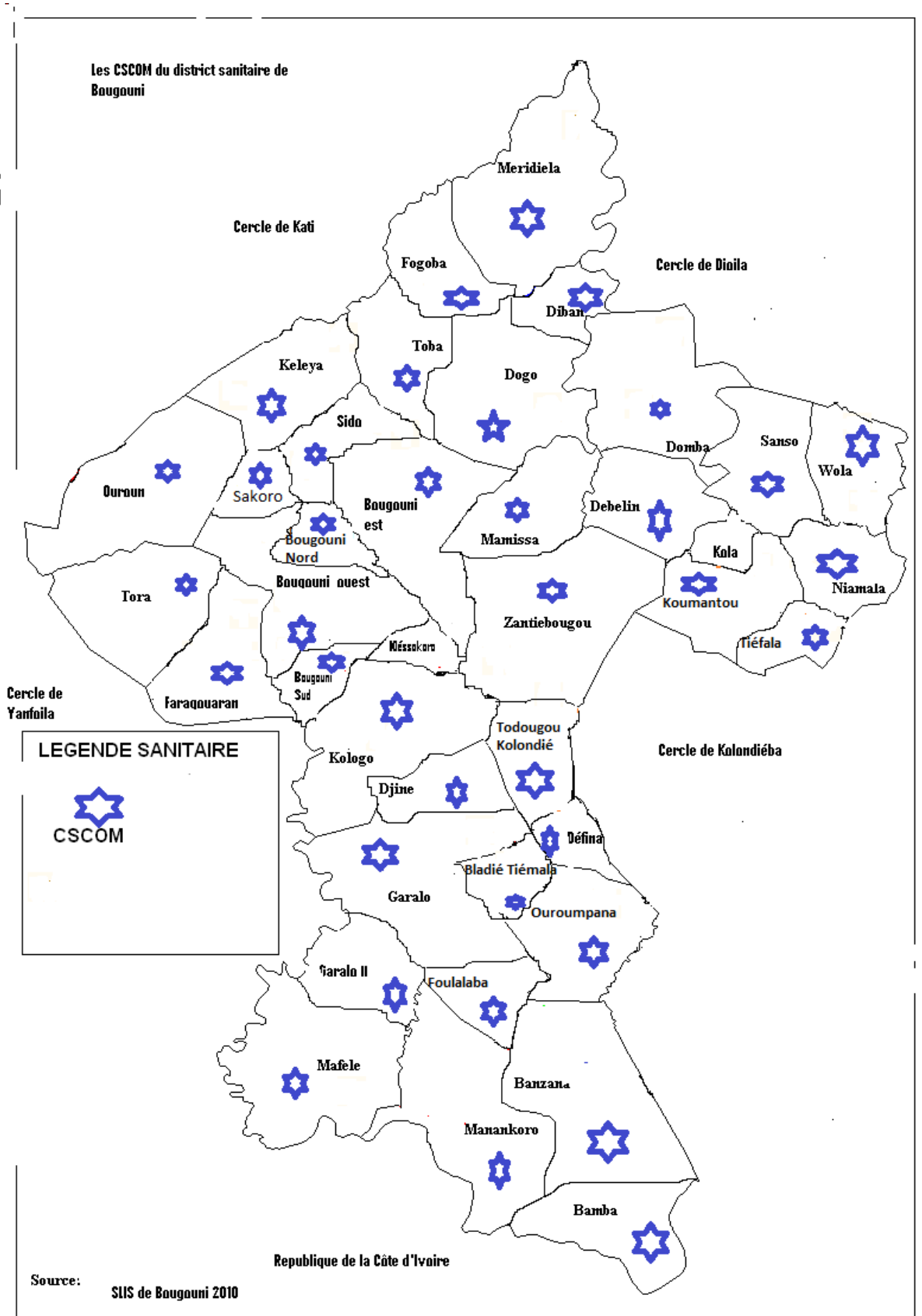
Situé au centre de la ville de Bougouni au bord droit de la route bitumée allant du quartier de Massablakoura à la préfecture. L'accessibilité entre le CSREF et certains CSCOMS est difficile à cause de l'état des routes.

1-2-2 Données sanitaires :

Le district sanitaire de Bougouni est composé d'un CSREF et de 38 CSCOM fonctionnels. A cote de ces structures, il existe :

- Un centre confessionnel à Banantoumou
- Les deux infirmeries de la CMDT (Bougouni et Koumantou)
- Les infirmeries du lycée et de l'IFM de Bougouni
- Quatre Cabinets de soins (dont trois à Bougouni et un à Babléna)
- Huit Cabinets Médicaux (dont Sept à Bougouni et un à Koumantou)
- Une Clinique à Morila
- Quatres Officines privés à Bougouni et des dépôts dont deux à Sanso, un à Koumantou, un à Garalo et un à Bougouni.

Les Urgences abdominales chirurgicales au CSRéf de Bougouni



2 Description du CS Réf de Bougouni

Le CSRéf de Bougouni

Historique

Le Dispensaire de Bougouni fut créé en 1949 achevé et inauguré la même année par le Médecin Colonel Vernier qui fut son premier Médecin.

Il Comprenait 5 Blocs :

- Un bloc pour le bureau de consultation du médecin
- Un bloc pour la salle des soins infirmiers et salle de garde
- Un bloc pour l'hospitalisation médecine et chirurgie
- Un bloc pour la maternité
- Un bloc pour le laboratoire et pharmacie

Il fut érigé en CSRéf en 1996.

Progression du CSRéf de sa date de création jusqu'à nos jours

Il y a eu

- La création du bloc chirurgical en 1984 ;
- La réhabilitation de la maternité ;
- La restructuration des unités.
- La réhabilitation de l'ensemble du CSRéf en 2009.

Paquets d'activité :

- Planification des activités
- Supervision des activités du 1^{er} niveau avec élaboration des termes de référence

- Elaboration du plan opérationnel du district sanitaire ;
 - Formation du personnel du 1^{er} niveau ;
 - Analyse et interprétation des données du district et du 1^{er} niveau ;
 - Compilation des données ;
 - Assurer la disponibilité des médicaments et vaccins ;
 - Elaboration du PDSC ;
 - Mise en œuvre de la carte sanitaire ;
 - Prise en charge des cas de référence et évacuation ;
 - Assure l'hospitalisation et le suivi des malades hospitalisés ;
 - Pratique les interventions chirurgicales ;
 - Réalise les examens de laboratoire et radiographie ;
 - Gestion du personnel et matériel.

Organes de gestion

Le CSRéf est géré par un comité de gestion qui se réunit tous les six mois. Il est composé de :

- Le président du conseil de cercle (président du comité)
- Le médecin chef
- Le maire
- Le préfet
- Le président de l'action sociale
- Le président de la félascom (fédération locale des associations de santé communautaire)
- La société civile et les partenaires au développement.

Au niveau interne, le médecin chef est assisté par un personnel qualifié et un service chargé des finances.

Configuration du CSRéf :

Situé au centre de la ville de Bougouni au bord droit de la route bitumée allant de Massablacoura à la préfecture.

L'accessibilité entre le CSRéf et les CScom est difficile à cause de l'état des routes. Il existe des CScom à 175km du CSRéf avec 4 heures d'ambulance.

Gestion des malades :

La gestion des malades externes et ceux hospitalisés est assurée par le bureau des entrées. Les principes d'organisation et de fonctionnement sont les suivants :

- Le bureau des entrées constitue le point d'entrée pour avoir accès à une prestation au sein du CSRéf ;
- Les activités du CSRéf comportent les consultations, les hospitalisations et les analyses de laboratoire ;
- La partie médicale du ticket de consultation permet au personnel du bureau des entrées de déterminer les modalités de la prise en charge, y compris les gratuités, tels les malades mis sous fond d'assistance médicale qui constituent les sociaux.

A chaque fin de journée les recettes sont remises à l'agent comptable par le personnel du bureau des entrées.

Les cas d'urgences passent directement soit par le bureau de consultation externe soit directement dans les services d'hospitalisation.

3. Description des unités

Chirurgie :

Personnels composés deux médecins, un technicien supérieur de santé, trois techniciens de santé, un aide soignant

Nombre de salle d'hospitalisation : 9

Nombre de lits : 34

Activités principales

Intervention chirurgicale, consultation des malades, suivi des malades ayant subi une intervention chirurgicale, dispense les soins aux autres

malades également (accidentés, les cas de brûlures et les abcès et plaies chroniques)

Bloc opératoire et réanimation :

Nombre de lits : 3

Personnels composé de deux assistants médicaux (bloc opératoire, anesthésie réanimation) et deux manœuvres

Activités : consultation pré anesthésiques, entretien des matériels.
Participe à la programmation et aux interventions chirurgicales.

Médecine :

Nombre de salle d'hospitalisation : 5

Nombre de lits : 18

Personnel est composé de deux médecins, un technicien supérieur de santé, six techniciens de santé, deux aides soignants et un manœuvre.

Activités principales suivi des malades hospitalisés et dispensation de soins aux autres cas non chirurgicaux.

- Pédiatrie :

Nombre de salle d'hospitalisation :2

Nombre de lits :10

Personnel composé d'un médecin généraliste,une technicienne superieure de santé,une technicienne de santé,une aide soignante et un manœuvre .

Maternité :

Nombre de salle d'hospitalisation : 7

Nombre de lits : 22

Personnel composé de deux médecins, deux sages femmes, trois infirmières obstétriciennes, trois matrones et un manœuvre

Activités principales CPN, accouchement, PF et suivi des malades hospitalisés

Odonto- Stomatologie

Personnel composé d' un Chirurgien dentiste.

Activités principales consultations, extraction des dents

Ophtalmologie

Personnel composé d'un technicien de santé spécialisé

Activités principales consultation soins oculaires

Radiologie

Personnel composé d'un technicien supérieur de santé et d'un aide soignant

Activités radiographie

Grande endémie

Personnel composé d'un technicien supérieur de santé

Activités dépistage et traitement

4. Le personnel du centre de santé de référence

Il est composé de :

1 Médecin spécialiste en chirurgie, chef de service ;

1 Médecin gynécologue-Obstétricien

1 Médecin santé publique ;

1 Chirurgien dentiste

1 Pharmacien ;

3 Médecins généralistes repartis entre les unités ;

2 Assistants Médicaux en Santé publique ;

1 Assistant Médical en Santé Mentale ;

1 Assistant Médical aide de bloc ;

1 Assistant Médical en Anesthésie- Réanimation ;

1 Assistant Médical en Ophtalmologie ;

1 Assistant Médical en Biologie Moléculaire.

1 Technicien Supérieur en santé spécialisé en ORL.

3 Techniciens Supérieur de Santé en Santé Publique ;

1 Technicien Supérieur de Santé au Laboratoire

2 Technicien Supérieur de Santé en Hygiène Assainissement ;

4 Sages femmes ;

4 Infirmières Obstétricienne ;

7 Techniciens de Santé en Santé Publique ;

7 Aides Soignants ;

3 Matrones ;

4 Chauffeurs ;

2 Comptables ;

1 Secrétaire ;

7 Manœuvres.

Cependant un besoin en technicien ou spécialiste se pose pour faire face aux réalités du cercle : en radiologie, pédiatrie, dermatologie, traumatologie.

Au niveau du centre de santé de référence sont réalisées les activités de deuxième niveau.

5. Le personnel non permanent est composé :

Les étudiants thésards faisant fonction d'interne, de la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS).

Le centre reçoit également des médecins stagiaires et les étudiants externes de la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS) ; la faculté de pharmacie (FAPH) et les élèves des écoles de santé

6. Les activités du service de chirurgie du Csréf :

Les visites se font chaque jour a partir de 8h 15mn après le staff devant tout le personnel du service .Les consultations externes ont eu lieu les lundi , les mercredi , les vendredi.Les interventions chirurgicales se font les mardi ; les jeudi.

Pendant notre travail nous avons participé a toutes les activités du service à savoir les interventions chirurgicales ; les consultations externes ; les visites ; les suivie post opérations ainsi que les pansements.

Les patients programmés sont hospitalisés à la veille de l'opération avec un dossier ; un accord préalable ; une consultation pré anesthésie.

7. Type d'étude; durée, lieu :

7.1 Type d'étude : nous avons mené une étude prospective descriptive transversale.

7.2. Durée et période d'étude

Une étude de douze mois allant du 1er Novembre 2013 au 30 Octobre 2014.

7.3. Lieu d'étude :

L'étude a été menée dans le service de chirurgie du centre santé de référence de Bougouni.

8. critères d'inclusion

Tous patients opérés dans le service de chirurgie générale du CSRéf de Bougouni pour urgence abdominale Chirurgicale.

9. critères de non inclusion :

Tous patients hospitalisés au CSRéf de Bougouni dans le cadre d'une chirurgie programmée.

Tous patients opérés en urgence au CSRéf de Bougouni dont l'âge est inférieur à 15ans.

10. échantillonnage :

Vu les critères cités sus dessus l'échantillonnage a été du type aléatoire systématique.

11. Patient et méthode :

Un interrogatoire au lit du malade nous a permis de remplir le questionnaire.

Les consultations des dossiers ; des fiches d'anesthésies et cahier de registre a apporté les éléments d'information complémentaire indispensable pour valider les données recueillies.

Le questionnaire comporte :

Les données personnelles et administratives ;

Les données cliniques et para cliniques.

Les suites opératoires et le coût

12. les variables d'étude

Sont concernés, le sexe, l'âge, les antécédents, les signes généraux, fonctionnels et physiques, les examens para-cliniques le traitement, les interventions chirurgicales, les suites opératoires, le suivie et le coût.

13. analyse et saisie :

Le traitement du texte et les tableaux sont réalisés sur le Microsoft Word 2007.

Les résultats ont été analysé à partir de l'épi info 3.5 et 6.04 avec un test statistiquement significatif ($P < 0,05$) .

RESULTATS

RESULTATS

I. Fréquence des urgences abdominales chirurgicales par rapport à l'ensemble des consultations.

Dans notre étude, sur une période de 12 mois, nous avons recensé 95 cas des urgences abdominales chirurgicales sur 1640 consultations et 928 hospitalisations soit respectivement 5,79% et 10,23%.

Nous avons colligé 95 Urgences abdominales chirurgicales sur 543 Urgences opérées au service soit 17,4%.

Ainsi nous avons reparti les urgences respectivement par ordre de fréquence.

I. Appendicite aigue :

A. Les données épidémiologiques.

❖ Répartition selon la fréquence de l'appendicite aigue sur les urgences abdominales Chirurgicales au Csréf de Bougouni.

Dans notre étude nous avons colligé 37 cas d'appendicite sur 95 Urgences abdominales Chirurgicales soit 38,94%.

❖ Répartition selon l'âge de nos patients.

Age minimum : 16ans

Age moyen : 22 ans

Age maximum : 45 ans

Ecart type : 15,18

Tableau I : Répartition selon le sexe

SEXE	Effectif	Pourcentage
Féminin	17	45,94%
Masculin	20	54,05%
Total	37	100%

Dans cette série le sexe masculin a été majoritaire avec un sexe ratio de 1,17 en faveur des hommes.

❖ Répartition des patients selon le motif de consultation

La Douleur abdominale a été le seul motif de consultation.

B.Antécédents

Tableau II: Répartition des patients selon les antécédents médicaux

ANTECEDENTS MEDICAUX	Effectif	Pourcentage
HTA	01	2,70%
Diabète	01	2,70%
Aucun antécédent	35	94,59%%
Total	37	100%

La majorité de nos patients n'avait pas d'antécédents médicaux particuliers.

Tableau III : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

ANTCEDENTS CHIRURGICAUX	Effectif	Pourcentage
Hernie inguinale	01	2,70%
Laparotomie	02	5,40%
Sans antécédent	34	91,89%
Total	37	100%

8,10% de nos patients avaient déjà subi une intervention chirurgicale

C. Cliniques

Tableau IV: Répartition des patients selon les signes fonctionnels et généraux.

Signes	Effectif	Pourcentage
Nausées-Vomissements	37	100%
Fébricule	37	100%
Langue saburrale	37	100%
Douleur abdominale	37	100%

Tableau V : Répartition des patients selon les signes Physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Douleur de la FID	37	100%
Défense de la FID	37	100%
Blum berg positif	29	78,37%
Rovsing positif	19	51,35%
Douleur du cul de sac de douglas	32	86,48%
Douleur du flanc droit	03	8,10%

D.Examens para-cliniques

Tableau VI: Répartition des patients selon la Biologie.

Biologie	Effectif	Pourcentage
Hyperleucocytose	27	72,97%
Anémie Légère	06	16,21%
Normale	04	10,81%
Total	37	100%

❖ Répartition des patients selon les signes à l'échographie

L'échographie a objectivé un épaissement de la paroi appendiculaire chez tous nos patients.

E .Aspects thérapeutiques.

Tableau VII: Répartition des patients selon l'aspect d'appendice

ASPECT D'APPENDICE	Effectif	Pourcentage
Phlegmoneuse	13	35,13%
Abcès appendiculaire	5	13,51%
Catarrhale	19	51,35%
Total	37	100%

L'appendicite catarrhale a été retrouvée chez 51% de nos patients.

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

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage
Médicaments Traditionnel	18	48,64%
Aucun Traitement	19	51,35%
Total	37	100%

La plupart de nos patients ont reçu un traitement traditionnel à domicile avant leur admission.

Tableau IX : Répartition des patients selon le traitement préopératoire

TRAITEMENT PREOPERATOIRE	Effectif	Pourcentage
Réhydratation	29	78,37%
Antalgique	08	21,62%
Total	37	100%

Tous nos patients ont reçu un traitement adéquat avant l'intervention chirurgicale.

Tableau X : Répartition des patients selon le traitement post opératoire

TRAITEMENT POST-OPERATOIRE	Effectif	Pourcentage
Mono antibiothérapie+antalgique	19	51,35%
Bi antibiothérapie+antalgique	18	48,65%
Total	37	100%

Tous nos patients ont reçu une antibioprophylaxie selon le risque infectieux après l'intervention chirurgicale.

Tableau XI: Répartition des patients selon l'opérateur

OPERATEUR	Effectif	Pourcentage
Chirurgien	29	78,37%
Autres	08	21,62%
Total	37	100%

❖ Répartition des patients selon la nature de l'incision

L'incision selon Mac Burney a été pratiquée chez tous nos patients atteints d'appendicite aigue.

Tableau XII: Répartition des patients selon les gestes effectués

Gestes effectués	Effectif	Pourcentage
Appendicectomie+enfouissement	24	64,86%
Appendicectomie sans enfouissement	13	35,13%
Total	37	100%

L'appendicectomie+enfouissement a été réalisée chez 64,86%.

❖ **Répartition des patients selon les suites opératoires**

Les suites ont été simples chez tous nos patients.

❖ **Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation**

La durée minimum : 3 jours

La durée moyenne : 7 jours

La durée maximum : 10 jours

Ecart type : 5,14

❖ **Répartition des patients selon le coût du traitement**

Le coût maximum : 92750 FCFA.

Le coût moyen : 71500Fcfa.

Le coût minimum : 46500 FCFA.

L'écart type : 49250

II. Occlusion intestinale :

A. Epidémiologie.

❖ Répartition selon la fréquence des occlusions intestinales sur les urgences abdominales Chirurgicales au Csréf de Bougouni.

Sur notre période d'étude nous avons enregistré 20 cas d'occlusion intestinale sur 95 cas d'urgences abdominales chirurgicales soit 21,05%.

❖ Répartition des patients selon l'âge.

Age minimum : 16 ans

Age moyen : 35 ans

Age maximum : 100 ans

Ecart type : 26,13

Tableau XIII : Répartition des patients selon le sexe

SEXE	Effectif	Pourcentage
Féminin	07	35%
Masculin	13	65%
Total	20	100%

Dans notre étude le sexe masculin a été majoritaire avec un sexe ratio de 1,85 en faveur des hommes

❖ **Répartition des patients selon le motif de consultation**

La douleur abdominale était présente chez tous nos patients.

B.Antécédent

Tableau XIV : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

ANTECEDENTS MEDICAUX	Effectif	Pourcentage
asthme	01	10%
HTA	01	10%
Diabète	01	10%
Aucun antécédent	17	70%
Total	20	100%

La majorité de nos patients n'avait pas d'antécédents particuliers.

Tableau XV: Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

ANTCEDENTS CHIRURGICAUX	Effectif	Pourcentage
Inguinotomie	02	10%
Laparotomie	03	15%
Aucun ATCD	15	75%
Total	20	100%

25% de nos patients avaient déjà subi une intervention chirurgicale.

C. CLINIQUES

Tableau XVI : Répartition des patients selon les signes fonctionnels et généraux.

Signes	Effectif	Pourcentage
Nausées-vomissements	20	100%
Douleur abdominale	20	100%
Arrêts de matières et gaz	10	50%

Tableau XVII. Répartition des patients selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Abdomen distendu	11	55%
Tuméfaction inguinale	04	20%
Tuméfaction ombilicale	02	10%
Tuméfaction de la ligne blanche	01	05%
Aucuns signes	02	10%

D.Examens para-cliniques

Tableau XVIII : Répartition des patients selon les signes à l'ASP

ASP	Effectif	Pourcentage
Niveaux hydroaeriques	10	50%
Non Réalisée	10	50%
Total	20	100%

Les niveaux hydro-aériques ont été observés sur les ASP de 50% de nos patients.

E.Diagnostic

Tableau XIX : Répartition des patients selon l'étiologie des occlusions

ETIOLOGIES DES OCCLUSIONS	Effectif	Pourcentage
Brides	4	20%
Fécalome	2	10%
Volvulus	4	20%
Hernie inguinale étranglée	10	50%
Total	20	100%

La hernie inguinale étranglée a été la principale cause des occlusions dans notre étude.

F.Aspects thérapeutique

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

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage
Médicaments Traditionnel	13	65%
Aucun Traitement	07	35%
Total	20	100%

La plupart de nos patients a reçu un traitement traditionnel à domicile avant leur admission.

❖ Répartition des patients selon le traitement préopératoire

Tous nos patients ont reçu un traitement à base de réhydratation +antalgique avant l'intervention chirurgical.

Tableau XXI: Répartition des patients selon le traitement post opératoire

TRAITEMENT POST-OPERATOIRE	Effectif	Pourcentage
Mono antibiothérapie+antalgique	05	25%
Bi antibiothérapie+antalgique	07	35%
Triantibiotherapie+antalgique	08	40%
Total	20	100%

Tous nos patients ont reçu une antibiothérapie selon le risque infectieux après l'intervention chirurgicale.

❖ **Répartition des patients selon l'opérateur**

Le Chirurgien a procédé à l'intervention de tous nos patients.

Tableau XXII: Répartition des patients selon la nature de l'incision

Nature de l'incision	Effectif	Pourcentage
Médiane sus et sous ombilicale	08	40%
Médiane sous ombilicale	02	10%
Incision inguinale	10	50%
Total	20	100%

Tableau XXIII : Répartition des patients selon les gestes effectués

Gestes effectués	Effectif	Pourcentage
Cure herniaire	10	50%
Résection des brides	02	10%
Résection+anastomose termino-terminale	06	30%
Resection+Stomie	02	10%
Total	20	100%

La résection +anastomose termino-terminale a été réalisé chez 30%.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon les suites opératoires

SUITES OPERATOIRES	Effectif	Pourcentage
Suppuration pariétale	03	15%
Simple	17	85%
Total	20	100%

❖ **Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation**

La durée minimum : 08 Jours

La durée moyenne : 13 Jours

La durée maximum : 32 Jours

Ecart type : 9,92

❖ **Répartition des patients selon le cout moyen du traitement de la péritonite.**

Le coût minimum : 78625 FCFA

Le coût moyen : 122350 FCFA

Le coût maximum : 185450 F CFA

Ecart type : 91825

III. Péritonite aigue :

A. Les données administratives.

❖ Répartition selon la fréquence des urgences abdominales Chirurgicales au CSRéf de Bougouni.

Dans notre période d'étude nous avons enregistré 17 cas de péritonite aigue sur 95 cas d'urgences abdominales chirurgicales soit 17,89%.

Tableau XXV : Répartition des patients selon l'âge

AGE en année	Effectif	Pourcentage
[16-20]	07	41,17%%
[21-40]	05	29,41%%
[40 et plus [05	29,41%
Total	17	100%

Age moyen : 26 ans

Age minimum : 16 ans

Age maximum : 55 ans

Ecart type : 23,13

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le sexe.

SEXE	Effectif	Pourcentage
Masculin	11	64,70%
Féminin	06	35,29%
Total	17	100%

Le sexe masculin a été majoritaire avec un sexe ratio de 1,57 en faveur des hommes

❖ Répartition des patients selon le motif de consultation

La Douleur abdominale a été le seul motif de consultation.

B.Antécédents

Tableau XXVII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

ANTECEDENTS MEDICAUX	Effectif	Pourcentage
HTA	01	5,88%
UGD	05	29,41%
Sans antécédents	11	64,70%
Total	17	100%

29,41% de nos patients avaient un antécédent d'ulcère gastroduodéal.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

ANTCEDENTS CHIRURGICAUX	Effectif	Pourcentage
Inguinotomie	03	17,64%
Laparotomie	01	5,82%
Sans antécédents	13	76,47%
Total	17	100%

23% de nos patients avaient déjà subi une intervention chirurgicale.

C. CLINIQUES

Tableau XXIX : Répartition des patients selon les signes fonctionnels et généraux.

Signes	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	17	100%
Vomissements	10	58,82%
Fièvre	17	100%
Hoquet	03	17,64%

❖ Répartition des patients selon la nature de l'incision

L'incision médiane sous et sus ombilicale a été pratiquée chez tous nos patients.

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon les gestes effectués

Gestes effectués	Effectif	Pourcentage
Appendicectomie	05	29,41%
Suture	08	47,05%
Lavage-drainage	04	23,52
Total	17	100%

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon les suites opératoires

SUITES OPERATOIRES	Effectif	Pourcentage
Suppuration pariétale	06	35,29%
Simples	11	64,70%
Total	17	100%

❖ Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

La durée minimum : 7 jours

La durée moyenne : 14 jours

La durée maximum : 45 jours

Ecart type : 16,22

❖ Répartition des patients selon le coût du traitement

Le coût moyen : 128750 FCFA.

Le coût maximum : 156795 FCFA.

Le coût minimum : 82450 FCFA.

Ecart Type : 78345

IV. GEU Rompue

A. Les données épidémiologiques.

❖ Fréquence des GEU Rompue sur l'ensemble des urgences abdominales Chirurgicales au CSRéf de Bougouni.

Sur notre période de travail nous avons enregistré 13cas de GEU Rompue sur 95 Urgences abdominales Chirurgicales soit 13,68%.

Tableau XXXIV: Répartition des patientes selon l'âge

AGE en année	Effectif	Pourcentage
[16-20]	02	15,38%
[21-25]	03	23,07%
[26-30]	06	46,15%
[30-40]	02	15,38%
Total	13	100%

Age moyen : 28 ans

Extrêmes : 16-40 ans

Ecart type : 17,04

❖ Répartition des patients selon le motif de consultation

La douleur abdominale a été le seul motif de consultation.

B.Antécédents :

Tableau XXXV : Répartition des patients selon les antécédents gynéco-obstétrique

ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRIQUE	Effectif	Pourcentage
Multipare	08	61,53%
Primipare	05	38,46%
Total	13	100%

Les multipares ont représenté 61,53%.

C. CLINIQUES

Tableau XXXVI.Répartition selon les signes fonctionnels et généraux.

Signes	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	13	100%
Pâleur cutanéomuqueuse	04	30,76%
Fébricule	06	46,15%
Hypotension artérielle	04	30,76%
Syncope	02	15,38%
Métrorragie	03	23,07%
Nausée-vomissements	11	84,61%
Aménorrhée	13	100%

La douleur abdominale et l'aménorrhée étaient présent chez toutes nos patientes.

Tableau XXXVII : Répartition de nos patientes selon les signes physiques.

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	13	100%
Défense	09	69,23%
Cri de l'ombilic	06	46,15%
Masse latéro-utérine	03	23,07%

La Défense pelvienne était présente chez 69,23% de nos patientes.

D.Examens Para-cliniques

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

TAUX D'HEMOGLOBINE	Effectif	Pourcentage
[7 à 9,9]	07	53,84%
[10 à 13,9]	03	23,07%
[14 et plus [03	23,07%
Total	13	100%

53,84% de nos patientes avaient un taux d'hémoglobine compris entre [7 à 9,9].

Tableau XXXIX : Répartition selon le test β -hcg

Test β -hcg	Effectif	Pourcentage
Fait	09	69,29%
Non fait	04	30,76%
Total	13	100%

Chez 69,29% le test β -hcg a été réalisé.

Tableau XXXX: Répartition des patientes selon les signes à l'échographie

ECHOGRAPHIE	Effectif	Pourcentage
GEU Droite Rompue	08	61,53%
GEU Gauche Rompue	05	38,46%
Total	13	100%

L'échographie a objectivée la GEU Rompue avec épanchement intra-péritonéal.

E .Aspects thérapeutiques.

Tableau XXXXI: Répartition des patientes selon le traitement reçu avant l’admission

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage
Traitement Traditionnel	04	30,76%
Aucun Traitement	09	69,23%
Total	13	100%

La plupart de nos patientes n’avait pas reçu un traitement traditionnel.

Tableau XXXXII : Répartition des patients selon le traitement préopératoire

□

TRAITEMENT PREOPERATOIRE	Effectif	Pourcentage
Réhydratation	07	53 ,84%
Antalgique	04	30,76%
Transfusion	02	15,38%
Total	13	100%

Toutes nos patientes ont reçu un traitement adéquat avant l’intervention chirurgical.

Tableau XXXXIII: Répartition des patientes selon le traitement post opératoire

TRAITEMENT POST-OPERATOIRE	Effectif	Pourcentage
Mono antibiothérapie+antalgique	04	30,76%
Bi antibiothérapie+antalgique	09	69,23%
Total	13	100%

Toutes nos patientes ont reçu une antibioprophylaxie selon le risque infectieux en post-operatoire.

❖ Répartition des patientes selon l'opérateur

Le gynécologue a procédé à l'intervention de toutes nos patientes.

❖ Répartition des patientes selon la nature de l'incision

L'incision selon pfannenstiel a été la seule incision pratiquée chez toutes nos patientes.

❖ Répartition des patientes selon les gestes effectués

La salpingectomie Totale a été pratiquée chez toutes nos patientes.

❖ **Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation**

La durée moyenne : 03 jours

Extrêmes : 1-10 jour

Ecart type : 4 ,52

❖ **Répartition des patients selon le coût du traitement**

Le coût moyen : 72500Fcfa.

Le coût maximum : 92450 FCFA.

Le coût minimum : 48390 FCFA.

L'écart type : 64060

V .Hémopéritoine Traumatique :

A. Les données épidémiologiques.

A1 : Répartition selon la fréquence de l'Hémopéritoine sur les urgences abdominales Chirurgicales au CSRéf de Bougouni.

Dans notre étude sur une période de 12 mois nous avons colligé 08 cas d'Hémopéritoine Traumatique sur 95 cas d'urgences abdominales chirurgicales au CSRéf de Bougouni soit 8,42%.

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon l'âge

AGE en année	Effectif	Pourcentage
[16-20]	05	62,5%
[21-35]	03	37,5%
Total	08	100%

Age moyen : 17 ans

Extrêmes : 16 – 35 ans

Ecart type : 17,26

❖ **Répartition des patients selon le motif de consultation**

La douleur abdominale a été le seul motif de consultation.

B. CLINIQUES

Tableau XXXXV : Répartition des patients selon les signes fonctionnels et généraux.

Mode d'apparition	Effectif	Pourcentage
Pâleur conjonctivale	06	75%
Douleur abdominale	08	100%
Fébricule	04	50%
Nausées-vomissements	02	25%

La Douleur abdominale et la pâleur conjonctivale ont été les signes les plus représentés.

C. Signes physiques

Tableau XXXXVI : Répartition des patients selon les signes Physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Abdomen distendu	03	37,5%
Cri de l'ombilic	06	75%
Abdomen douloureux	08	100%
Pâleur conjonctivale	06	75%
Douglas bombé	03	37,5%

Abdomen douloureux à la palpation a été le signe physique le plus constant.

D.Examens Para-cliniques

❖ Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine

Tous nos patients avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 10 g /dl.

❖ Répartition selon les signes à l'échographie

L'échographie abdominale a objectivé une rupture de la rate chez tous nos patients.

E .Aspects thérapeutiques.

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

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage
Médicaments Traditionnels	01	12,5%
Aucun Traitement	07	87,5%
Total	08	100%

La plupart de nos patients n'a pas reçu de traitement avant leur admission.

Tableau XXXXVIII: Répartition des patients selon le traitement préopératoire

TRAITEMENT PREOPERATOIRE	Effectif	Pourcentage
Réhydratation	05	62,5%
Antalgique	08	100%
Transfusion	04	50%%

50% de nos patients ont été transfusé.

Tableau XXXIX : Répartition des patients selon le traitement post opératoire

TRAITEMENT POST-OPERATOIRE	Effectif	Pourcentage
Mono antibiothérapie+antalgique	03	37,5%
Bi antibiothérapie+antalgique	03	37,5%
Triantibiotherapie+antalgique	02	25%%
Total	08	100%

Tous nos patients ont reçu une antibioprophylaxie selon le risque infectieux après l'intervention chirurgicale.

❖ **Répartition des patients selon l'opérateur**

Le Chirurgien a procédé à l'intervention de tous nos patients atteints D'Hémopéritoine.

❖ **Répartition des patients selon la nature de l'incision**

L'incision médiane sus et sous ombilicale a été pratiquée chez tous nos patients qui avaient un Hémopéritoine Post traumatique.

Tableau XXXXX : Répartition selon les gestes effectués.

Gestes effectués	effectif	Pourcentage
Splénectomie partielle	05	62,5%
Splénectomie totale	03	37,5%
Total	08	100%

La rate a été conservée partiellement chez 37,5% de nos patients.

Tableau XXXXXI : Répartition des patients selon les suites opératoires

SUITES OPERATOIRES	Effectif	Pourcentage
Suppuration pariétale	1	12,5%
Simple	07	87,5%
Total	08	100%

Les suites opératoires ont été émaillées de suppuration pariétale dans 12,5% .

❖ **Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation**

Durée minimum : 07 jours

Durée moyenne : 10 jours

Durée maximum : 30 jours

Ecart type : 13,22

❖ **Répartition des patients selon le coût du traitement**

Le coût moyen : 82750Fcf.

Le coût maximum : 145000 FCFA.

Le coût minimum : 74590 FCFA.

L'écart type : 68900

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude prospective :

Les difficultés rencontrées ont été :

- Le faible pouvoir d'achat de certains patients entravant leur prise en charge en urgence.
- L'absence de kit opératoire disponible.
- Le retard pris par certains patients à la maison soit dans les cabinets privés.
- Le problème de surveillance des patients en postopératoire.
- L'absence d'un service de Réanimation.

I-Appendicite aigue :

Epidémiologie

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

Auteurs	Effectif	Pourcentage
Cassina, [15],France, 2008	116 (p=0,052203)	42,30%
Ohene yeboah, [17], Ghana, 2006	2115 (p=0,000906)	38,9%
Adolphe A,(13),Mali,2012	56/101	55,4%
Notre étude 2014	37/95	38,94%

L'appendicite aiguë a été notre première cause des urgences abdominales comme en Europe [4], tandis que dans d'autres séries africaines elle occupe la deuxième place après l'occlusion [7].

Cette différence statistique pourrait être liée à la différence de taille des échantillons.

Nos malades étaient reçus en urgence par une équipe médicale constituée par le thésard, le médecin généraliste et le chirurgien.

Age :

L'âge moyen pour l'appendicite aiguë a été de 22ans. Ce résultat est comparable à celui de N.Keita, Patel Kenya et Mehibe Teheran qui avaient trouvé respectivement 21 ;29,5 et 20,4 ans.[18,20,21].

Sexe :

Le sexe ratio a été de 1,17 en faveur des hommes.

Ce résultat est comparable à celui de Ohene et nettement inférieur à celui N.Keita qui avaient trouvé respectivement 1,7 et 3,2 en faveur des hommes.[17,18]

Dans la littérature le sexe masculin est majoritaire.

Antécédents Chirurgicaux :

8% de nos patients atteints d'appendicite aiguë avaient subi une intervention chirurgicale.

Cliniques

Signes fonctionnels et généraux :

Les nausées, vomissements et fébricule ont été retrouvés chez tous nos patients.

Signes physiques :

La douleur abdominale et la défense de la fosse iliaque droite ont été retrouvées chez tous nos patients. Ces résultats sont comparables à ceux trouvés par Ohene et Patel.[17,20]

Examens para-cliniques :

Biologie :

Nous avons retrouvé une hyperleucocytose chez 72,97% comparable à celui de N Keita qui avait trouvé 80,9%.[18]

Echographie :

Elle a confirmé le diagnostic d'appendicite aiguë chez tous nos patients.

Dans tous les cas le diagnostic d'appendicite a été posé et dans la majorité des cas en l'absence d'examens morphologiques. Nous avons réalisé chez 37 malades de l'échographie qui a objectivé des signes en faveur d'appendicite (épaississement de la paroi appendiculaire).

Le traitement de l'appendicite aiguë est chirurgical. La voie d'abord des appendicites non compliquées reste l'incision de Mac Burney. Tous nos malades ont bénéficié d'une appendicectomie à ciel ouvert.

Les suites opératoires :

Tableau II : Suites opératoires selon les auteurs.

Auteurs	Garcia [27], Espagne 2005	Mungadi,[34] Nigeria, 2005	Daly [19], USA, 2005	Adolphe [14] Mali 2012	Notre étude 2014
Abcès de la paroi	2,2%	13,7%	1,2%	3,57%	2,10%
Taux de mortalité	0	1,6%	0	0	0

Les suites opératoires dans notre série ont été dominées par la suppuration pariétale , ce qui confirme les autres séries où le taux d’abcès de paroi a été de 1,2%[27] aux USA, 13,7%[34] au Nigéria et 2,2%[19] en Espagne,3,57%[14] au Mali. Le pronostic de l’appendicite est bon. Les auteurs ont rapporté un taux de mortalité de 0 à 1,6% [14, 19, 20, 21].

Nous n’avons pas enregistré de décès.

II-Occlusion intestinale :

Fréquence :

Tableau III: Fréquence des occlusions intestinales selon les auteurs.

Auteurs	Effectif	Fréquence	Test statistique
Arlette Dongmo 2006 [49]	37	13%	P=0,0000
Ouoleguem, Mali, 2007[24]	38	9,7%	P= 0,0000
Samoura[16], Mali,2009	28	28,2%	P=0,0000
Notre étude, Mali 2014	20	21,05%	P=0,0000

Ces taux sont nettement inférieurs à celui observé dans notre étude. Cela peut être lié au lieu d'étude car notre étude a été réalisée dans un C.S.Réf contrairement aux autres qui ont été faites dans des hôpitaux et à la taille de l'échantillon.

Age :

L'âge moyen de notre étude a été de 35 ans. Ce résultat est comparable à celui de Madiba Sissoko qui a trouvé une moyenne d'âge de 30,8 ans.[24]

Sexe :

Dans notre étude le sexe ratio a été de 1,85 en faveur des hommes. Ce résultat est nettement inférieur à celui de Samy Thierry de Valois qui a trouvé 2,2 en faveur des hommes [25]

Antécédents :

ATCD Chirurgicaux : Dans notre étude 30% de nos patients avaient déjà subi une intervention chirurgicale alors que Mamadou Moussa Diallo a trouvé 25,6%. [26]

CLINIQUES

Signes fonctionnels et généraux :

La douleur abdominale, les nausées et les vomissements étaient observés chez tous les patients.

L'arrêt de matières et de gaz étaient présent dans 50% alors que M.Sissoko a trouvé 97,4%[24]. Dans tous les cas l'arrêt de matières et de gaz sont à la base du diagnostic de l'occlusion intestinale.

Signes physiques :

L'abdomen était distendu dans 55% de nos patients dans cette série.

Examens para cliniques :

ASP : Cet examen a montré des niveaux hydroaériques chez 50% de nos patients dans cette série alors Arlette Dongmo[49] a trouvé des NHA chez 78,5%. Dans tous les cas les NHA sont à la base de la confirmation du diagnostic d'occlusion intestinale aiguë. Un seul niveau hydroaérique suffit pour confirmer le diagnostic de l'occlusion intestinale.

Aspects thérapeutiques :

Nous avons effectué chez 50% de nos malades une laparotomie sus et sous ombilicale, qui nous a permis d'effectuer une libération des brides chez 25% des cas et une résection anastomose chez les 25% autres cas.

Etiologies :

L'étude a permis de trouver les étiologies suivantes : Brides Adhérences (18,18%), Volvulus du Sigmoides (27,27%), Hernies étranglées(45,45%),Fécalome (9,09%). Sidibé B [28] avait trouvé les étiologies suivantes : Hernies étranglées (46,6%), Brides Adhérences (13,2%), Volvulus du Sigmoides et du grêle (14,2%), tumeur colique (0,8%), péritonite (0,8%), Dembélé B [29] avait trouvé les étiologies suivantes : Hernies étranglées (44%), Brides Adhérences (16%), Volvulus du Sigmoides et du grêle (24%), tumeur colique (12%).

Nos résultats sont comparables à ceux de Sidibé B[25] et de Dembélé B[29].

Suites opératoires :

Tableau IV : Mortalité selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Fréquence	Test statistique
Samy Thierry De valois, Madagascar 2008, [25]	80	7,5%	P=0,017264
Samoura[16] ,Mali 2009	139	2,90%	P=0,000011
Roger Arthur 2012, [30]	232	8,2%	P=0,003059
Notre étude, Mali 2014	20	2,10%	P=0,056890

Dans notre étude la mortalité a représenté 2,10%. Ce taux est comparable à celui de Samoura[16] qui avait trouvé un taux à 2,90 et inférieur à ceux Roger A [30] et de Samy De valois[25].

La morbidité a été dominée par la suppuration pariétale. Plusieurs facteurs peuvent influencer les suites opératoires : les étiologies de l'occlusion, les tares, l'âge avancé des patients et la technique opératoire.

III-Péritonite :

Tableau V: Fréquence de péritonite aigue selon les auteurs par rapport aux urgences abdominales.

Auteurs	Effectif	Fréquence	Test statistique
Bouaggad ,Maroc 2007 [31]	46	13,2%	P=0,024022
Doui all, RCA, 2008 [34]	38	12,5%	P= 0,026679
Samoura, Mali, 2009. [16]	21	18,5%	P=0,350636
Notre étude, Mali 2014	17	17,89%	P=0,784236

Notre fréquence de 17,89% est nettement supérieure à ceux de Samoura [16] et à ceux de Bouaggad[31] et de DOUI [34] .

Age :

L'âge moyen dans cette série de notre étude a été de 26 ans.Ce résultat est comparable à ceux apporté par Coulibaly et Boré qui ont trouvé respectivement 26,4 et 24,4 ans .[32 ,33]

Sexe :

Le sexe ratio a été de 1,57 en faveur des hommes qui, est nettement inférieur à ceux apporté par les auteurs [31,34], qui ont trouvé respectivement 2,1 et 1,6.

Antécédents :

29,41% de nos patients avaient un antécédent d'UGD.

23% de nos patients avaient subi une intervention chirurgicale.

CLINIQUES

Signes fonctionnels et généraux :

La douleur abdominale et fièvre étaient présentes chez 100% de nos patients.

Signes physiques :

La contracture abdominale généralisée était présente chez 88,27% de nos patients.

La douleur abdominale, la fièvre, la contracture abdominale généralisées sont les principaux signes cliniques apportés par Bouaggad[31].

Examens para cliniques :

ASP : Dans notre étude cet examen a montré un croissant gazeux chez 29,41% alors que Boré[33] a apporté 45,5%.

ECHOGRAPHIE : Elle a objectivé un épanchement intra péritonéal Chez la plupart de nos patients.

Aspects thérapeutiques :

Nous avons effectué une laparotomie chez tous nos malades ce qui nous a permis de découvrir 29,41% de péritonites appendiculaire chez qui nous avons réalisé une appendicectomie, lavage abdominal et drainage et 41,17% de péritonites par perforation typhique chez qui nous avons réalisés un ravivement des berges de l'anse, lavage abdominal et drainage.

Tableau VI: Les étiologies des péritonites aiguës selon les auteurs.

Signes Auteurs	1	2	3	4
Ouoleguem[27] Mali 2008	Typhiques 71,6%	Gastriques 7,2%	Appendiculaires 7,2%	Autres 3,74%
Samoura[16] Mali 2009	Typhiques 18,4%	Gastriques 2,9%	Appendiculaires 12,6%	Autres 14,6%
*Notre étude 2014	Typhiques 41,17%	Gastriques 3,15%	Appendiculaire 29,41%	Autres 2,10%

Le taux de péritonite typhique prédomine avec un taux de 41,17%. Ce résultat est supérieur à celui de Samoura [16] et inférieur à celui Ouolegeum [27]; soit 18,4% et 71,6% cela s'explique par le retard de consultation de nos patients, due à la méconnaissance de la pathologie et l'utilisation abusive des médicaments traditionnels qui compliquent le tableau.

Signes Auteurs	1	2	3	4	5
Coulibaly[32] Mali 2006	Douleur abdominale	Contracture Abdominale	Arrêt de matières et de gaz	Défense Abdominale	Vomissement
Samoura[16] Mali 2009	Douleur abdominale	Contracture abdominale	Fievre	Vomissements	Arrêt de matières et gaz
Notre étude Mali 2014	Douleur abdominale	Contracture abdominale	Vomissements	Fièvre	Défense abdominale

Les principaux signes ayant conduit au diagnostic d'une péritonite (douleur, la contracture abdominale, la défense abdominale, les vomissements et l'arrêt des matières et des gaz) ont été observés chez les différents auteurs.

-Morbidité :

La péritonite aiguë est une pathologie septique, ce qui pourrait favoriser la survenue des infections pariétales après l'intervention. Ceci a été prouvé par certaines études : Anne Cecile EcZanno [35] et Adolphe [13] avec respectivement 46% et 55,2%. Notre taux reste le moins élevé, soit 11,7%; cela s'explique par la taille de l'échantillon.

-Mortalité :

Malgré les progrès de la réanimation, l'amélioration des techniques chirurgicales et une antibiothérapie de plus en plus adaptée, le pronostic de la péritonite aiguë reste toujours sombre. Le taux de mortalité reste élevé dans les séries de Anne Cecille Ezano [35] 21%. Nous n'avons pas enregistré de décès.

Durée d'hospitalisation :

La durée moyenne a été de 14 jours.

Le coût moyen de traitement a été de 78750 FCFA.

IV-GEU :

Fréquence :

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 13 cas de GEU soit 13,68% des urgences abdominales chirurgicales et elle occupe la quatrième place.

Notre fréquence est inférieure à celui d'Adolphe qui avait trouvé 19,80%. [13]

Age :

L'âge moyen a été de 28 ans. Ce résultat est comparable à celui obtenu par Gueneba Diem qui a trouvé un âge moyen de 26ans.[40]

CLINIQUES

Signes fonctionnels et généraux :

La Douleur abdominale et aménorrhée étaient présentes chez toutes nos patientes. Ce résultat a été rapporté également par Gueneba Diem.[40]

Signes physiques :La défense pelvienne était présente chez 69,29%. Cette défense a été rapportée par M A Keita avec un taux de 73,64%.[38]

Examens para cliniques :

ECHOGRAPHIE :

Elle a objectivé une GEU Rompue avec un épanchement intra péritonéal.

La salpingectomie a été la technique pratiquée dans tous les cas dans notre étude. Ceci s'expliquerait par le fait que la majorité des patientes sont reçues au stade de complication (rupture tubaire) rendant ainsi nécessaire la résection de la portion (tubaire) pathologique afin de prévenir ou de diminuer la survenue des récidives.

Rapporté également par Berthé[35], Kéita[36].

La transfusion sanguine a été nécessaire dans 10% des cas alors que 100% étaient rompues.

Suites opératoires :

Nous n'avons enregistré aucun décès dans le service au cours de notre période d'étude ; la disponibilité du sang dans le service et la bonne organisation de celui-ci ont certainement favorisé cette situation.

La présence permanente d'une équipe opérationnelle dans le service et un kit opératoire comportant les consommables nécessaires pour la prise en charge, disponible à tout moment ont joué un rôle fondamental dans la prise en charge immédiate de nos urgences. Les délais d'accès aux soins ainsi réduits ont amélioré le pronostic vital.[34 ;35 ;36].

V-Hémopéritoine Traumatique:

Fréquence :

Tableau VII : Fréquence des Hémopéritoine par rapport aux urgences chirurgicales abdominales selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Fréquence	Test statistique
Bismar, Arabie saoudi 2007[43]	29	3,6%	P=0,375650
Mehinto, Bénin 2006. [39]	53	4,2%	P= 0,940990
Traoré, Mali 2007,[41]	143	4,7%	P=0,778844
Notre étude, Mali 2014	08	8,42%	P=0,923321

Notre fréquence par rapport aux urgences abdominales chirurgicales est statistiquement élevée que celles retrouvées dans les séries Béninoise [39] , Saoudienne[43] et au CHU GT [41].

Age :

Dans notre étude l'âge moyen a été de 17 ans. Ce résultat est inférieur à celui de B.C.M.Traoré qui a trouvé une moyenne d'âge de 21,7 ans.[41]

Sexe :

Le sexe masculin a été majoritaire dans notre étude avec un sexe ratio de 2,2 en faveur des hommes comparables à celui de B.Traoré qui a trouvé un sexe ratio de 1,9 en faveur des hommes.

CLINIQUE

Signes fonctionnels et généraux :

La douleur abdominale et la pâleur cutané-muqueuse chez la plupart de nos patients alors que Boris a trouvé les vomissements post prandiaux précoces chez tous ses patients.

Signes physiques :

La contracture abdominale à la palpation était le signe physique le plus présent. Ce signe physique a été décrit aussi par les auteurs comme le signe physique le plus constant [41,14 et 39].

Examens par aciniques :

ECHOGRAPHIE :

Elle a objectivé une rupture de la rate avec épanchement intra-péritonéal chez tous nos patients.

Aspects thérapeutiques :

Actuellement, le traitement opératoire de l'Hémopéritoine n'est plus systématique [41,39,46] mais notre attitude est restée classique ; une laparotomie devant tout tableau clinique et ou para clinique évocateur d'un Hémopéritoine franc et l'absence du scanner . Ce qui explique notre taux de 100 %, qui statistiquement est identique aux 100 % de Jérôme Duret [44].

Suites opératoires :

Tableau VIII: Morbidité selon les autres

Auteurs	Effectif	Fréquence	Test statistique
Marie, France 2005, [45]	94	21,8%	P=0,621809
Samuel, Australie 2006, [46]	127	22%	P= 0,658389
Notre étude, Mali 2014	5	20%	P=0,508562

Notre série avait comme taux de morbidité 20 % statistiquement identique aux 21,8 % de Marie et 22% de Samuel [45,46].

Ce taux de morbidité peut être influencé par les retards thérapeutiques.

Le facteur morbide dans notre série, était constitué de suppuration pariétale contraire à d'autres séries africaines [47, 48] qui étaient constituées d'éviscération, et d'hémorragie post opératoire. Cela peut être expliqué par la taille de notre échantillon.

Le pronostic d'un Hémopéritoine traumatique quelque soit les circonstances de survenu, est conditionné par la rapidité et la précision du diagnostic lésionnel et également par l'option thérapeutique [43] ; il dépend aussi des lésions associées. Le taux de mortalité de notre série 12,5% est nettement inférieur à celui de Marie [45] qui est de 17 %.

Toute fois, cela pourrait être en relation avec la fréquence.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Conclusion :

La fréquence des urgences abdominales chirurgicales est élevée au Cs réf de Bougouni avec 17,4%.

Les causes sont multiples et variées dominées par les appendicites aiguë, les occlusions intestinales et les péritonites.

Le tableau clinique est polymorphe.

L'amélioration des aspects thérapeutiques passe par un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate.

La prise en charge requiert une amélioration du plateau technique en passant par l'équipement et la dotation d'un service de réanimation.

RECOMMANDATIONS

1. Aux autorités:

- Dotation du CSRéf de Bougouni à un service d'accueil des urgences et un service de réanimation.
- La formation continue des Directeurs technique des Cscoms.
- Renforcement du plateau technique du CSRéf.
- Dotation du CSRéf d'une unité de Radiographie électronique.
- Recrutement un radiologue qualifié au sein du CSRéf.

2. Au Personnel sanitaire :

- Référence des patients à temps avant les complications.
- Renforcement des collaborations interdisciplinaires.
- Renforcement de la surveillance des patients en post-operatoire.

3. A la population de Bougouni :

- Eviction de l'automédication.
- Eviter le traitement traditionnel abusif.
- Consultation d'un centre de santé approprié devant toute douleur abdominale aigue.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

1-Petit Larousse médical L-Manilla et coll.

Masson (paris) , 2010 ; 6eme édition P215

2-Dan Popescu

Diagnostic des urgences abdominales chirurgicales

Amazone(Paris) ,2011 ;1ere édition P103

3-OMS

Procès verbal de la 1ere séance du conseil exécutif des 135 sessions(OMS), section 7

EB 135 ,2014 ;REC ;1

4-Boccard E et coll

Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010

Ann Fr Médecine Urgence 2011;(24);312-9

5-Moutei Hassan

Guide pratique des urgences chirurgicales viscerales

These Med(Maroc),2013;(6) 114-34.

6-Ekere AU, Yellow BE, Umune S

Surgical mortality in the emergencies roon,in orthop 2005,28-3,187-90

7-Konaté M

Urgences Chirurgicales au CHU GT, Thèse Méd, Université de BKO

2005,N°05 M238

8-A.Maiga

Urgences abdominales chirurgicales à l'hôpital de Gao, Thèse Med

2009 ;N°03 M67.

9-Soumana Aw

Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Gao à propos de 90 cas

Thèse Méd., BKO, Université de BKO, 2007,N°07 M14

10-Lebeau R,Diané B,Kassi AB,Yénon KS,Kouassi j c .

Non traumatic abdominal surgical emergencies in elderly patients at the Coccody université Hospital Center in Abdjan,Cote d'ivoire :etiokogy and outcome

Méd Trop(Mars) 2011 ;71(3) :241-4

11.ABbantanga FA,Nimako B,Amoah M.

The range of abdominal surgical emergencies in children older than 1 year at the komfo Anokye Teaching Hospital,Kumassi ,Ghana.

Ann Afr Méd 2009 ;8(4) :236-42.

12.Koumaré AK,Traoré I,Ongoiba N,Traoré AK dit Diop

Annal Chir 1995 ;(42)188.

13.Adolphe A

Les urgences abdominales chirurgicales abdominales au Csref de Koulikoro.

Thèse de Méd,BKO 2012 ;N°66 P66-67

14.Camara S

Problème d'anesthésie et réanimation posé par la chirurgie abdominale d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré

Thèse de Méd 2010. BKO(Mali).

15.Issimaila K

Les urgences abdominales chirurgicales :Etude rétrospective sur 2 années de Coccody

Thèse de Méd2006 ;Abidjan N°156 P49-50

16.Samoura L

Les urgences chirurgicales abdominales au Csref de Bougouni

Thèse de Méd ,BKO 2009 N°44 P53-54

17.Ohene yeboah,Togbe B

An audit of appendicits and appencectomy in koumassi Ghana
West afr Med 2006 ; 25 :138-46

18.Namakan Keita

Prise en charge de l'appendicite aigue à l'hôpital de kayes

These Med(Bko); 2008;30:71-72

19.Dealy CP,Cohan rh

Incidence of acute appencitis in patients with equivocal CT Finding
AJR Am J

Roentgenol 2005;184(6) ;1813-20

20.Patel SC

Laparoscopic appendicectomy at the aga khan hospital Nairobi
Kenya

East afr,Med j;2007;sep 80(9):447-51

21.Mehibe A

The appendiced at the hospital in Teheran

These Med; 2009;60(4):333-40

22.Kcharem Rim,Université Fes

Traitement laparoscipi des appendicitis aigues

These Med(Rabat);2010 n°0027

23.Chalbi Mariem

Les appendicitis aigues non compliques à propos de 214 cas

These Med(Tunis);2006;N°0024

24.Madiba Sissoko

Occlusion intestinale aigue à l'hopital fousseyni Daou de kayes

These de Med(bko);2010;N°141 P74-75

25.Samy Thierry de valois

Etude de la prise en charge d'occlusion intestinale au CHU

Antananarivo

These Med(Bko);2008 ;N°70 P 62-63

26.Mamadou Moussa Diallo

Prise en charge d'occlusion intestinale au service de chirurgie
generale du CHU GT

These Med(BKO);2009,N°78 P75-76

27.Oueleguem

Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital de Sikasso

Thèse de Méd BKO 2008 P64-65

28.Moussa Sacko

Occlusions intestinales aigues dans le service de chirurgie A de
l'hopital de Point G

These Med(BKO) ;2010 ;N°11 M70

29.Dembélé Boubacar Bréhima

Urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes(Mali) à
propos de 112 cas.

Thèse Méd-BKO,2005 :61,

30.Roger Arthur

Particularité étiologique des occlusions intestinales aiguës mécaniques à l'hôpital universitaire justinien.

These Med(cap-haitien);2012; N°77; P81

31.Bouaggad

Peritonite aiguë généralisée à l'hôpital de Fes

These Med(Fes)Maroc;2007;N°00212 P78-79

32.Cheick oumar sekou Coulibaly

Peritonite aiguë généralisée à l'hôpital de Sikasso

These de Med(Bko);2010;N°76;P66-67

33.Djibril Boré

Peritonite aiguë généralisée à l'hôpital Somino Dolo de Mopti

These Med,BKO 2009,N° 26 P75-76

34.Doui all,RCA

Les péritonites aiguës généralisées opérées dans les hôpitaux de Bangui

Etiologies et profil bactériologique à propos de 93 cas

2008 ;55 :617-62

35.Anne-Cecile EZanno

Urgences abdominales chez les patients de plus de 80ans

These Med(Nancy)France,2013,122(4),335-2

36.Issa diafara Berthé

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie A de l'hôpital de Point G

These Med(BKO),2008,N°9 M53

37.Berthé H

Etude épidémiologique et thérapeutique des GEU dans le service de gynéco-obstétrique du CHU PT G

These de Méd BKO,Université de BKO ;2009 ;N°09 M527

38.Keita A

Aspects épidémiologique et thérapeutique des GEU au Csref IV

Thèse Méd,BKO,université de BKO,2006 ;N°258

39.Mehinto,Benin

Aspects épidémiologiques et diagnostic des contusions abdomino-pelviennes chez l'adulte au CNHU-HKM

Méd d'afr noire 2006 ;53(10) Cotonou P534-538

40.Gueneba Diem

Grossesse extra-utérine au CHU GT

These de Med(BKO),2009,N°114,P65-66

41.Traoré B.C.M

Hémoperitoine dans les traumatismes fermés de l'abdomen

These de Méd,BKO,Université de BKO,2008 N°08 M270 P77-78

42.Boris et al

Non operative management of blunt

Splenic and liver injuries in adult poly trauma

Indian j surg 2007 ;69(1) :P 9-13

43.Bismor et al

outcome of non operative management of blunt splenic

trauma ;Kwait Méd j 2007 :39(2) :P 144-148

44. Jérôme Duret

Evaluation de pronostic du choc Hémorragique post-traumatique par la mesure de la saturation musculaire en oxygène

Thèse Med(Grenoble) ;2011 ;,GRE 15076 P58

45.Marie Françoise Odou

Paramètre de l'instabilité hémodynamique ,Doc tissimoni

hématocytologie 2005 ;P 675-678

46. Samuel M

Haemoperitoneum in tramatic emergency and intra-abdominal trauma

Department of surgery university of Arizona health sciences

Am J Chirg 2006 ;161 :P 247-251

47. Koné M B

Etude des hemoperitoines traumatiques à l' hôpital Somino Dolo de Mopti.

Thèse de Méd. ; BKO, université de BKO, 2007, N°07M44

48. Alli N

Management of Blunt abdominal trauma in Maiduguri a rétrospective study.Department surgery,university of Maiduguri teaching

hospital,Maiduguri Borno state, Niger 2005,32 :P 45-46

49.Arlette Dogmé

Les occlusions intestinales aiguës au service de chirurgie A de l'hôpital de point G

These (BKO),2006,n°74 P52-53

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIABATE

Prénom : SIDI

Titre de la thèse : Les urgences abdominales chirurgicales au CS Réf de Bougouni.

Année Universitaire : 2014-2015.

Pays d'origine : République du Mali

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale

Objectif général : Etudier les urgences abdominales chirurgicales au centre de santé de référence de Bougouni.

Résumé :

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée au CS Réf de Bougouni du 1^{er} Novembre 2013 au 30 Octobre 2014. Au cours de l'étude nous avons recensé 95 cas d'urgences abdominales chirurgicales dont 56 hommes et 39 Femmes avec un sexe ratio de 1,43 en faveur des hommes, la moyenne d'âge a été de 25 ans avec un écart type de 17ans, le délai moyen d'admission a été de 48heures.

Il s'agissait de 5 Urgences chirurgicales qui sont : L'appendicite aigue (37 cas), Occlusion intestinale (20 cas), Péritonite aigue (17 cas), GEU Rompue(13 cas),Hémopéritoine Traumatique(08 cas).

Les principaux signes cliniques ont été :La douleur abdominale (100%),Les vomissements(54%),La fièvre (76,1%),Les arrêts de matières et de gaz(10,52%),La contracture abdominale généralisée(15,78%),Tympanisme abdominal (7,36%),Défense de la FID(38,94%),Signe de Blum berg positif(30,52%),La douleur du cul de sac de douglas(41,05%),La distension abdominale(11,57%),Cri de l'ombilic(15,78%),Diminution de respiration(12,62%),La Métrorragie(3,15%).

L'ASP a montré les niveaux hydroaeriques dans 10,52% et de croissant gazeux dans 5,26%.

L'échographie abdominale a montré un épanchement péritonéal dans 17,89% et d'épaississement de la paroi appendiculaire dans 38,94%.

Les gestes thérapeutiques les plus pratiqués ont été : Appendicectomie (38,94%),La résection anastomose termino-terminale(6,31%),La Stomie (2,10%),Salpingectomie Totale(13,68%),Splénectomie partielle(5,26%).

Le taux de morbidité a été de 32, 5% et un taux de morbidité à 3,15%.

Les mots clés : Urgences, Chirurgie, Abdomen,Csréf de Bougouni,Mali.

Urgences abdominales aiguës chirurgicales au C.S.Réf de Bougouni

Fiche d'enquête

Les données administratives :

Q1. Numéro

fiche :...../.../.../.../

Q2. Numéro

dossier...../.../.../.../

Q3. Date de

consultation...../.../.../.../

Q4. Nom et

prénom.....

Q5. Age/...../

Q6. Sexe 1=M 2=F /.../

Q7. Adresse habituelle :

.....

Q8. Contact à

Bougouni :.....

Q9. Provenance:.....

Q10. Nationalité: 1=Maliennne 2=Autres /.../

9.Si autres à
préciser :.....

Q11. Ethnie:...../...../

Q12.

Profession:...../.../

1=fonctionnaire 2=commerçant 3=cultivateur 4=ménagère

5=élève/étudiant 7=autres 99=indéterminée

9.Si autres à

préciser :.....

Q13.Mode de recrutement : 1=urgence 2=consultation ordinaire
/.../

Q14.Adresser par: 1=agent de sante
2=autres :...../.../

9.Si autres à

préciser :.....

Q15. Date
d'entrée :...../.../.../

Q16. Date de
sortie:...../.../.../

Motif de consultation :

Q17. Motif :/.../

1=douleur abdominale 2=arrêt des matières et de gaz 3=météorisme

4=vomissement ou nausées 5=fièvre 6=autres

9.Si autres à

préciser :.....

Antécédents :

Q18.Médicaux: 1=oui 2=non 99=indéterminés /.../

9.Si oui à

préciser :.....

Q19.Chirurgicaux: 1=oui 2=non 99=indéterminés
/.../

9.Si oui à préciser:.....

Q20.Familiaux: 1=oui 2=non 99=indéterminés /.../

9.Si oui à préciser:.....

Q21.Gynéco-obstétriques: 1=oui 2=non 99=indéterminés
/.../

9.Si oui à préciser:.....

Les signes:

Les signes généraux :

Q22.Indice Karnofsky(en
%) :...../.../

1=<70 2= \geq 70

Q23.Plis de déshydratations : 1=oui 2=non /.../

Q24.conjonctives et
téguments :...../.../

1=pâles 2=colorées 3=ictériques 4=autres

9.Si autres à
préciser :.....

Q25.Température en degré
Celsius...../.../

1=<37,5 2=[37,5-38,5[3=[38,5-39,5] 4=>39,5

5=non

quantifiée(cause) :.....

Q26.Pouls en battement par
minute:...../.../

1=<60 2=[60-80[3=[80-100] 4=>100

Q27.Fréquence respiratoire en cycle par
minute :...../.../

1=<14 2=[14-22] 3=>22

Q28.IMC :...../.../

1=<18,5 2=[18,5-25[3= \geq 25

Q29.Tension artérielle(en cm Hg)

:...../.../

1=<10/6 2=[10/6-14/9[3= \geq 14/9

Q32.Score de

Glasgow :...../.../

1=<8

2= \geq 8

Les signes fonctionnels:

Douleur abdominale :

Q30. siège de la

douleur :...../.../

1=FID 2=hypogastre 3=FIG 4=flanc droit 5=flanc gauche 6=péri
ombilicale 7=hypochondre droit 8=épigastre 10=hypochondre
gauche

11=diffus 12=autre 99=indéterminé

9.Si autres à
préciser:.....

Q31.Les irradiations

:...../.../

1=sans irradiations 2=à la pointe de l'omoplate 3=postérieure
transfixiant

l'épigastre 4=pelvienne 5=autres 99=indéterminées

9.Si autres à
préciser:.....

Q32. L'installation de la douleur: 1=brutale 2=progressive

99=indéterminée /.../

Q33. Type de la douleur

...../.../

1=brûlure 2=piqûre 3=torsion 4=pesanteur 5=écrasement 6=colique
7=crampe 8=autres 99=indéterminé

9.Si autres à
préciser:.....

Q34.la durée d'une crise

douloureuse :...../.../

1=5-15min 2=16-30min 3=31-60min 4=1-6h 5=6-24h 6=1-3jours
7=plus de 3 jours

Q35. Intensité selon E.V.S: 1=faible 2=modérée 3=intense 4=très intense
/.../

Q36. Evolution: 1=Permanente 2=intermittente 99=indéterminée
/.../

Q37.Facteurs

d'exacerbation:...../.../

1=pas de facteurs 2=la mobilisation 3=la toux 4=l'inspiration profonde
5=l'alimentation 6=la prise de médicament 7=autre 99=indéterminés

9.Si autres à
préciser:.....

Q38.Facteurs

d'accalmie:...../.../

1=pas de facteurs 2=mobilisation 3=alimentation 4=prise de médicament
5=vomissement 6=autres 99=indéterminés

9.Si autres à
préciser:.....

Q39.Arrêt de matières et de gaz : 1=oui 2=non /.../

Q40.Vomissement : /.../

1=pas de vomissement 2=alimentaire 3=bilieux 4=fécaloïde
5=hématique

6=post prandial précoce 7=post prandial tardif 8=autres
99=indéterminé

9.Si autres à
préciser:.....

Q41.Ballonement abdominal : 1=oui 2=non /.../

Q42.Fièvre : 1=oui 2=non /.../

Q43. Signes d'accompagnement : 1=oui 2=non /.../

9.Si oui à
préciser :.....

Les signes physique :

Inspection :

Q44.Abdomen distendu : 1=oui 2=non /.../

Q45.Respiration abdominale : 1=oui 2=non /.../

Q46.Plaie abdominale : 1=oui 2=non /.../

9.Si oui préciser : -Le
siège :.....

-La
localisation :.....

-La taille :.....

Q47.Présence de cicatrices opératoires sur l'abdomen : 1=oui 2=non
/.../

9.Si oui préciser le siège
:.....

Q48.Tuméfactions abdominales: 1=oui 2=non /.../

9.Si oui préciser le siège

.....

Q49.Forme de l'abdomen : 1=sans particularité 2=anormale
/.../

Palpation :

Q50.Douloureuse : 1=oui 2=non /.../

Q51.Défense
abdominale :...../.../.../

1=FID 2=hypogastre 3=FIG 4=flanc droit 5=flanc gauche 6=péri
ombilicale

7=hypochondre droit 8=épigastre 10=hypochondre gauche
11=diffuse

12=autres

9.Si autres à
préciser :.....

Q52. Contracture
abdominale :...../.../.../

1=FID 2=hypogastre 3=FIG 4=flanc droit 5=flanc gauche 6=péri
ombilicale

7=hypochondre droit 8=épigastre 10=hypochondre gauche
11=diffuse

12=autres

9.Si autres à
préciser :.....

Q53.Présence de masse abdominale: 1=oui 2=non
/.../

Q54.Profondeur de la plaie abdominale : /.../

1=pas de plaie 2=non pénétrante 3=pénétrante 4=perforante

Q55. Percussion: 1=matité 2=tympanisme /.../

Q56. Auscultation:
...../.../

1=bruits hydroaeriques normaux 2=bruits hydroaeriques diminués
3=bruits

hydroaeriques augmentés 4=silence abdominal

Q57. Toucher rectal:...../.../.../

1=normal 2=douleur à droite 3=douleur à gauche 4=masse à droite
5=masse à

gauche 6=douglas bombé 7=glaiure sur le doigtier 8=sang sur le doigtier
10=autres

9.Si autres à
préciser :.....

Q58. Toucher vaginal:...../.../

1=normal 2=douleur à droite 3=douleur à gauche 4=masse à droite
5=masse à

gauche 6=glaiure sur le doigtier 7=sang sur le doigtier 8=autres

9.Si autres à
préciser :.....

Examens Complémentaires :

NFS

Q59. Hémoglobine...../.../

1=<10g/dl 2=>10g/dl

1=<35% 2=>35%

Q60. Groupe sanguin et

rhésus...../.../

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

Q61. Glycémie: 1=hypoglycémie 2=normale 3=hyperglycémie

/.../

Q62.

ASP :...../.../

1=non fait 2=sans particularité 3=niveaux hydroaériques 4=opacités

5=croissant gazeux 6=autres

9.Si autres à

préciser :.....

Q63.

Echographie :...../.../

1=non fait 2=sans particularité 3=épaississement de la paroi
appendiculaire

4=épanchement 5=GEU rompue 6=lithiase biliaire 7=abcès du foie
8=abcès

sous phrénique 10=kyste du pancréas 11=kyste mésentérique 12=kyste
ovarien

13=lithiase urinaire 14=autres

9.Si autres à

préciser :.....

Diagnostic :

Q64. Diagnostic

préopératoire :...../.../

1=appendicite 2=cholécystite 3=péritonite 4=occlusion 5=kyste de
l'ovaire

6=imperforation anale 7=hernie étranglée 8=GEU 10=hémopéritoine

11=sténose hypertrophique du pylore 12=autres 99=indéterminé

9.Si autres à

préciser :.....

Q65. Diagnostic per

opératoire :...../.../

1=appendicite 2=cholécystite 3=péritonite 4=occlusion 5=kyste de l'ovaire

6=imperforation anale 7=hernie étranglée 8=GEU 10=hémopéritoine

11=sténose hypertrophique du pylore 12=autres 99=indéterminé

9.Si autres à

préciser :.....

Traitement :

Traitement reçu avant l'admission:

Q66.Médical: 1=oui 2=non 99=indéterminée /.../

9=Si oui à

préciser :.....

Q67.Traitement traditionnel : 1=oui 2=non 99=indéterminé /.../

9.Si oui à préciser :.....

Médical :

Traitement préopératoire :

Q68. Nature du

traitement :...../.../

1=antalgique 2=anti inflammatoire 3=antibiotique 4=antiparasitaire

5=perfusion 6=transfusion 7=autres 99=indéterminée

9.Si autres à

préciser :.....

Traitement postopératoire :

Q69. Nature du

traitement :/.../

1=antalgique 2=antibiotique 3=antiparasitaire 4=perfusion 6=transfusion

7=autres 99=indéterminée

9. Si autres à préciser :

Chirurgical:

Q70.

Opérateur :/.../

1=Chirurgien 2=DES/Interne 3=Etudiant hospitalier

Q71. Type

d'anesthésie :/.../

1=locale 2=locorégionale 3=A.G

Q72. Technique

opératoire :

.....
.....

Q73. Nature de

l'incision :/.../

1=au point Mc Burney 2=Biquini 3=inguinotomie 4=para rectale 5=sous costale

6=médiane sus ombilicale 7=médiane sous ombilicale 8=médiane sus et sous

ombilicale 10=autres

9. Si autres à préciser :

Q74. Gestes

effectués :...../.../

1=appendicectomie 2=cholécystectomie 3=résection/anastomose

4=colectomie 5=ileostomie 6= Splénectomie 7=Section des brides

8=Suture de la perforation digestive 10=Colostomie 11=Lavage péritonéal

12=Dérivation/interne 13=autres

9.Si autres à

préciser :.....

Q75. Complications

peropératoires :...../.../

1=absentes 2=hémorragique 3=arrêt cardio-respiratoire 4=décès
5=autres

9.Si autres à

préciser :.....

Suites opératoires :

Q76. Pendant

l'hospitalisation...../.../

1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive

5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres 99=indéterminées

9.Si autres à

préciser :.....

Q77. Suites à un

mois :...../.../

1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive

5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres 99=indéterminées

9. Si autres à

préciser :.....

Q78. Suites à trois

mois :...../.../

1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive

5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres 99=indéterminées

9. Si autres à

préciser :.....

Q79. Mode de

suiti :...../.../

1=sur rendez-vous 1=revenu de lui-même 2=vu à domicile 3=autres

99=indéterminé

9. Si autres à

préciser :.....

Q80. Coût du traitement

(CFA):...../.../

1=<75000

2=75000-100000

3=100000-125000

4=125000-150000

5=>150000

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 leurs pères.

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

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

Je le jure