

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE(MESRS)



REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2014- 2015

Thèse N °.....

TITRE:

Urgences abdominales chirurgicales au centre de santé de référence de MARKALA

THESE

Présentée et soutenue publiquement le... /.../2015devantle jury de
la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par :

M. Adama Batoucouné COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr Zanafon OUATTARA

Membre : Dr Moustapha Issa MANGANE

Co-directeur: Dr Djibrilah KANTHE

Directeur: Pr Bakary Tientigui DEMBELE

Dédicaces

Nous rendons grâce à ALLAH, le tout puissant, le créateur de l'univers, qu'il nous éclaire de sa lumière divine et nous implorons sa grâce. AMEN

A notre père : Batoucouné COULIBALY

Arraché très tôt à notre affection, j'ai pensé à toi à chaque instant de ce travail. Que ton âme repose en paix.

A notre mère : SitanBandji CAMARA

Très chère Maman, tu incarnes pour moi l'affection d'une mère dévouée, courageuse et tolérante. Ton amour pour nous, ta grande générosité et ton sens du pardon m'ont toujours impressionné. Je ne saurai oublier cette chaleur maternelle et les mots me manquent pour te qualifier et t'exprimer tout l'amour et l'admiration que je te porte.

Tout le mérite de ce travail est aussi le tien. Merci pour tes bénédictions, tes prières quotidiennes et tous les sacrifices consentis pour tes enfants ainsi que pour toute la famille. Que le seigneur tout puissant te bénisse t'accorde une longue vie dans la paix et dans la plus grande santé.

A ma grande mère et mère : Sétou CISSE

Chère grande mère, ce travail est le tien. Tu m'as guidé dans mes premiers pas, tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de l'humilité, de la morale, de la justice et du pardon.

Trouve dans cette œuvre l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Tes prières ne m'ont jamais fait défaut ainsi que tes encouragements, ton soutien moral, affectif et matériel.

Merci du fond du cœur car tu es la clé de ma réussite. Que le Seigneur tout puissant ALLAH t'accorde le paradis. Repose en paix.

A notre père et mère : Salif BOUARE et Fatoumata CISSE

Auprès de vous je n'ai manqué de rien. Je n'ai jamais eu la nostalgie d'un père ni d'une mère. Vous m'avez supporté malgré mon caractère souvent indésirable. Merci, le cœur plein d'émotion et de reconnaissance pour vos encouragements, et soutiens moraux. Que le tout Puissant vous soutienne, vous comble de bonheur et vous bénisse.

A mes grands frères et amis : Bakary Dramane TRAORE et Feu Issa TRAORE

Vous avez été pour moi plus que des frères. Sachez que vous avez été principalement la clef de ma réussite. Vous constituez pour moi une référence, un modèle, un atout humain.

Merci pour l'effort consenti pour l'équilibre familiale. L'expression de mes sentiments de profonde gratitude est inestimable pour vous témoigner toute mon affection. Rien ne vaut l'union dans la chaleur fraternelle et solidaire.

A ma Fiancée : Assa BOUARE

Toutes mes gratitudes et reconnaissances, retrouver ici mes sentiments les plus sincères. Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté. Je prie le tout puissant de fructifier davantage nos relations. Amen !

A mes frères et sœurs ; merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté. Je prie le tout puissant de fructifier davantage nos relations.

Amen !

A mes cousins et cousines,

A ma famille entière,

Il m'est difficile de trouver les mots pour vous manifester toute ma reconnaissance. Que le seigneur vous bénisse et vous comble. Merci.

A tous les malades, en particuliers ceux qui ont fait l'objet de cette étude.

Qu'ALLAH le tout puissant vous accorde la santé, paix et prospérité.

Remerciements

A Dieu, Le Tout Puissant, Le Clément, L'Omniscient, L'Omnipotent, Le Miséricordieux, pour m'avoir guidé, et donner la force et le courage de réaliser ce modeste travail.

A tous mes maîtres de l'école primaire à la F.M.O.S la qualité de l'enseignement, vos leçons d'humilité m'ont impressionné. Merci le cœur plein d'émotion et de reconnaissance. J'espère que ce travail vous rendra fier de moi.

Au médecin chef de MARKALA Boubacar TOURE

Votre affection et vos sages conseils ont été déterminants dans la réalisation de ce travail. Merci infiniment cher maître.

A ma tante : Tenindjè CAMARA

Je me souviens encore de tes sages conseils, de votre affection quand j'étais encore petit. Votre soutien moral, matériel et financier ont été d'un apport inestimable pour ma réussite. Tante ce travail est le tien. Qu'ALLAH le tout puissant exhausse tes vœux et te bénisse. Amen

A mes chers : Batoucouné COULIBALY, Sétou CISSE, Madoua CAMARA, Issa TRAORE, Abdoulaye COULIBALY

Paix à votre âme, que Dieu vous accorde le paradis. Amen !

A Mme KanthéSafiatou HAIDARRA, Que le tout puissant vous accorde santé et longue vie. Amen !

Aux Familles COULIBALY, CAMARA, CISSE, BOUARE, TRAORE, DIOP, KONARE, FOFANA, DIARRA

A M. Tidiane Sory CISSE

Vos soutiens, moral et financier ne m'ont jamais fait défaut. Trouvez ici ma profonde gratitude.

A mes oncles et tantes :

De peur d'en oublier je me garde de citer les noms, vous avez été d'une très bonne compagnie. Ce travail est le vôtre.

A ma très chère Kadiatou BOUARE

La meilleure récompense est auprès de Dieu. Ce travail est le tien. Merci de ta plus haute considération pour ma vie. Que Dieu te comble, t'accorde longue vie et te bénisse.

A MES AMIS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens d'amitié.

A MES COLLÈGUES THÉSARDS que le Miséricordieux nous gratifie le succès dans toutes nos démarches. Amen !

A mes cadets de l'internat : Pour votre disponibilité et votre respect.

A l'A.E.R.KO.S (association des étudiants ressortissants de la région de KOULIKORO et sympathisants)

A tout le personnel du C.S.Réf de MARKALA en général et ceux de la chirurgie en particulier

Merci pour la qualité des relations de franche et loyale collaboration.

A tout le personnel des hôpitaux et centre de santé du MALI.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Zanafon OUATTARA

Chirurgien urologue-andrologue

Certifié du cours supérieur d'épidémiologie pour cadre de la santé

**Président de la commission médicale d'établissement du CHU Gabriel
Touré**

Coordinateur du DES d'urologie

Chargé de cours d'urologie à la FMOS

Chef de service d'urologie du CHU Gabriel Touré.

Cher maître, vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce Jury malgré vos multiples occupations.

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

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

En témoignage de notre reconnaissance nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre sincère gratitude. Que le tout puissant vous comble de bonheur. Amen

A notre maître et membre du jury

Docteur Moustapha Issa MANGANE

Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE

Ancien interne des hôpitaux de BAMAKO

Membre de la société d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence

Cher maître, nous ne saurions trouver assez de mots pour vous témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à ce travail, mais aussi la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de le diriger.

Trouvez ici Cher maître, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect. Que Dieu le tout puissant vous accorde sa grâce, longévité, paix et Santé. AMEN

A notre maître et co-directeur

Docteur Djibrilah KANTHE

Chirurgien praticien hospitalier

**Chef de service de chirurgie générale et d'orthopédie-traumatologie du
C.S.Réf de MARKALA**

Membre de l'équipe cadre du district sanitaire de MARKALA

**Chargé de cours de pathologie chirurgicale, d'anatomie et de médecine
légale à l'IFSI de MARKALA.**

Cher maître, ce travail est sans doute le fruit de vos efforts.

Votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture et votre amour pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre. Soyez rassuré que vos nombreux conseils et enseignements ne seront pas vains et nous sommes très fiers d'être compté parmi vos élèves.

Nous garderons de vous l'image d'un homme de science et d'un enseignant soucieux de la formation de ses élèves.

Soyez-en remercié du fond du cœur et recevez cher maître nos sentiments de reconnaissance, de respect, et de profonde sympathie. Que Dieu le tout puissant vous accorde longue vie et la Santé. AMEN

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Bakary Tientigui DEMBELE

Maître de conférences à la FMOS

Chirurgien généraliste, praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE

Chargé de cours à l'INFSS

Membre de la société malienne de chirurgie

Membre de la société africaine de chirurgie

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

Votre rigueur scientifique, votre intégrité, et votre disponibilité ne constituent qu'une partie de vos qualités scientifiques et sociales.

Vous nous avez enseigné le savoir-faire et le savoir être.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude. Que le tout puissant vous protège et vous accorde longue vie, la santé. Amen

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : Anesthésie générale

ASP : Abdomen Sans Préparation.

BTS/mn : Battement/minute

°C :Degré Celsius

Cm : Centimètre

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMV : Cytomégalovirus

C.S.Réf : Centre de santé de référence

DCI : Dénomination commune internationale

DES : Diplôme d'étude de spécialité

FCFA: Franc communauté financière d'Afrique

FID : Fosse iliaque droite

FIG :Fosse iliaque gauche

HTA : Hypertension artérielle

IL1 : Interleukine1

Km : Kilomètre

Mc : Mac

NFS : Numération formule sanguine

TDM:Tomodensitométrie

TR: Toucher rectal

TV:Toucher vaginal

% : Pourcentage

I. INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales représentent selon Mondor, les affections qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours [1].

La définition la plus simple est celle d'Etienne : «l'urgence est ce cas nécessitant des soins sans délai» [2]

En précisant le délai pour l'urgence abdominale, le même auteur a défini en 1994 l'abdomen aigu comme des douleurs abdominales ayant débuté et évoluant depuis une semaine [3].

Les étiologies des urgences chirurgicales sont multiples.

Aux USA, 19 étiologies dont 6 chirurgicales (appendicite, cholécystites aiguës, occlusion intestinale aiguë, ulcère duodénal, kyste de l'ovaire, anévrisme) ont été retrouvées chez 1000 malades ayant un abdomen aigu [4].

En France, les urgences ont fait l'objet d'études récentes portant sur l'organisation pré hospitalière et hospitalière et sur la formation du personnel impliqué à différent niveau [5].

Au Mali, l'organisation des urgences ne répond à aucun schéma préétabli.

La fréquence varie selon les pays.

En France, en 2003, sur 636 urgences chirurgicales opérées 272 étaient abdominales soit 42,75% et **au Pakistan, en 2005**, sur 759 urgences chirurgicales opérées 71,4% étaient abdominales [3,4].

En Afrique, au Nigeria, en 2005, sur 902 urgences chirurgicales 25,6% étaient abdominales [6].

Au Mali, en 2005, sur 382 urgences chirurgicales opérées les urgences abdominales chirurgicales ont représentée 72,77% [7].

Fofana a trouvé à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou 117 cas d'urgences chirurgicales viscérales soit 35% de l'ensemble des pathologies chirurgicales [8].

Une étude prospective réalisée dans le service des urgences de l'hôpital national de Niamey a trouvé 255 cas du 06 mars au 02 septembre 2010 [9].

L'urgence chirurgicale est un problème important de santé publique en termes de morbidité et de mortalité. Elle s'observe à tout âge et les deux sexes sont concernés.

Le pronostic des urgences chirurgicales est fonction du délai de la prise en charge. Il reste encore sombre selon la littérature, avec un taux de mortalité de 4,7% à 9,7% environ et un taux de morbidité de 12,6% à 22% [7 ; 10 ;11].

C'est en cela que s'inscrit la présente étude qui se propose de contribuer à la compréhension des problèmes liés aux urgences chirurgicales.

OBJECTIFS

1. Objectif général :

Répertorier les urgences chirurgicales reçues au Service de la chirurgie générale du CS Réf de Markala.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales au service de la chirurgie générale du CS Réf de Markala ;
- Décrire les aspects cliniques des urgences chirurgicales ;
- Décrire les aspects thérapeutiques des urgences chirurgicales ;
- Analyser les suites de la prise en charge ;
- Evaluer le coût de la prise en charge.

II- Généralités

Les urgences chirurgicales, selon Mondor, sont les affections qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours [1].

A- Rappel anatomique :

Schématiquement l'abdomen, est une cavité limitée par des parois et contenant les organes rétro péritonéaux et les viscères intrapéritonéaux.

Les parois sont :

- En arrière, le rachis dorsolombaire et les dernières cotes sur lesquelles peuvent s'écraser le bloc duodéno pancréatique, les reins ou la rate ;
- Latéralement, le psoas et la paroi lombaire ;
- En haut les coupes diaphragmatiques séparant le thorax de la cavité abdominale ;
- En bas, le plancher pelvien et les muscles releveurs de l'anus ;
- En avant, la paroi antérolatérale de l'abdomen, constituée des muscles grands droits et des muscles larges tendus de l'ogive costale au pubis. C'est la paroi la plus accessible cliniquement et chirurgicalement.

L'abdomen contient :

- Les gros vaisseaux rétro péritonéaux ;
- Des viscères pleins :
 - Les reins situés dans le rétro péritoine, un peu en dehors des apophyses transverses des 11^{ème} et 12^{ème} vertèbres dorsales et des premières vertèbres lombaires ;
 - La rate en arrière des 9^{ème} et 10^{ème} côtes gauches ;
 - Le foie dans l'hypochondre droit, en arrière de la 5^{ème} à la 10^{ème} côte droite, mais non protégé dans la région épigastrique. Il est fixé à la paroi par le ligament coronaire et les ligaments triangulaires droit et gauche ;
 - Le pancréas en avant des deux premières vertèbres lombaires sur lesquelles il se moule.
- Des viscères creux : c'est l'ensemble du tube digestif, de l'œsophage abdominal au canal anal, reliés à la paroi abdominale par des mésos qui peuvent être dilacérés et saigner (grêle, colon sigmoïde et colon

transverse) ou accolés au péritoine pariétal postérieur (duodénum, colon ascendant, lombo-iliaque).

L'épanchement sanguin ou de liquide digestif se collecte dans les zones déclives, cul de sac de Douglas, hypochondre droit et gauche.

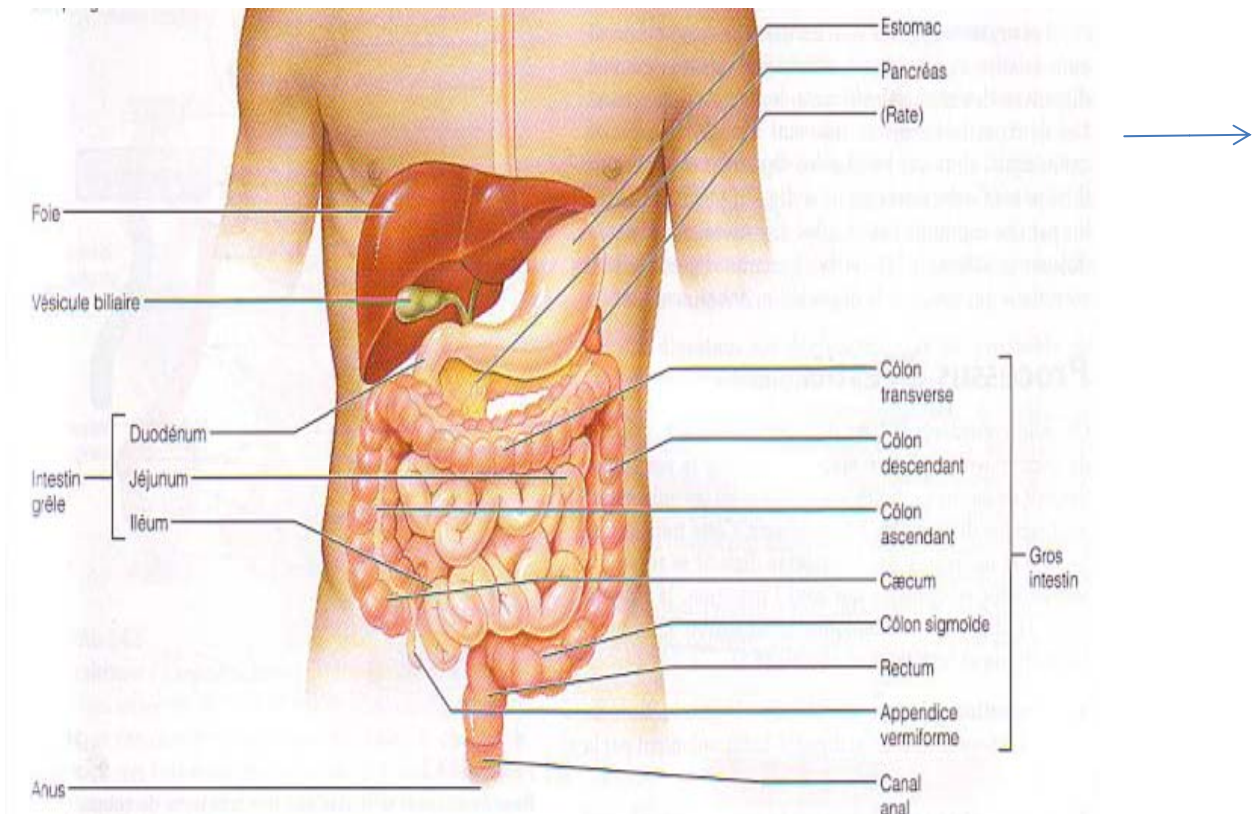


Figure IX : les organes intra-abdominaux ;

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE HUMAINES : ELAINE N MARIE B

Il existe sur la paroi abdominale des zones de faiblesse : la ligne blanche, l'ombilic et la région inguinale, qui peuvent être le site des hernies dont la complication majeure est l'étranglement qui est une urgence chirurgicale.

↑cranial

→gauche

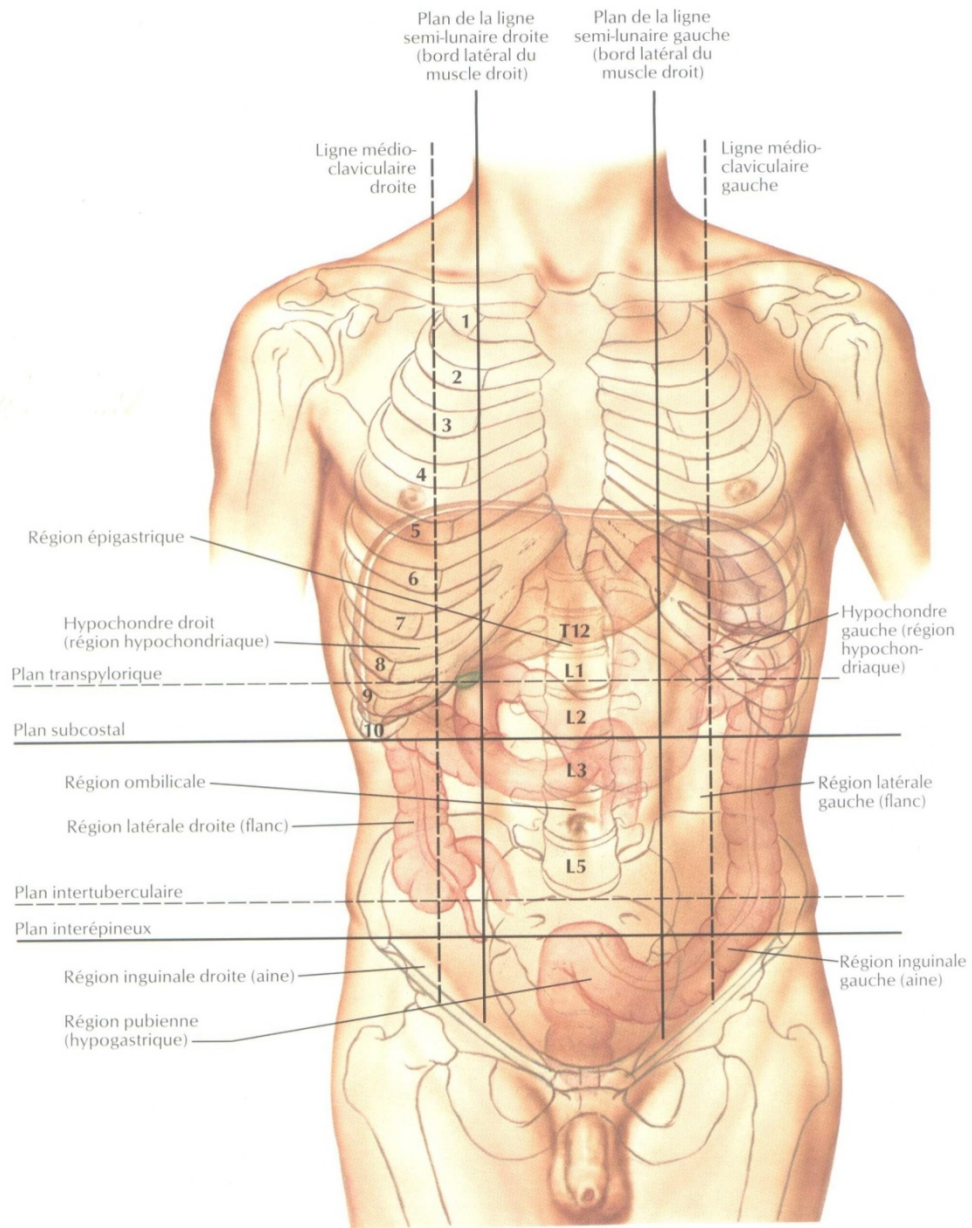


Figure X : les régions de l'abdomen

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

B- Sémiologie des urgences chirurgicales :

La douleur abdominale est un motif fréquent de consultation. Elle peut être symptomatique d'une affection digestive ou non, et d'intensité ou de gravité variable. Son traitement peut être médical ou chirurgical. Les investigations à mettre en œuvre devant une douleur abdominale aiguë doivent s'appuyer sur un examen clinique rigoureux, qui permet de formuler des hypothèses étiologiques précises, afin d'orienter le malade vers une éventuelle prise en charge hospitalière d'emblée. [12]

1. Les symptômes :

❖ La douleur spontanée :

❖ Type de douleur :

Elle peut être sourde, profonde/superficielle, intense/peu intense et n'est pas proportionnelle à la gravité. Exemple : les corticoïdes peuvent masquer la douleur d'une péritonite.

❖ Le siège :

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

- Fosse iliaque droite : appendice ;
- Région mésocoeliale (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.

La précision du site de la douleur est capitale pour l'orientation diagnostique étiologique.

❖ L'irradiation de la douleur :

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 aiguë : douleur initiale dans l'hypochondre droit avec irradiation en héli-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.

❖ **L'évolution :**

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

❖ **La fièvre :**

C'est un symptôme très peu spécifique. Il signe le recrutement macrophagique, qui entraîne la sécrétion d'IL1 qui va dérégler les centres de la thermorégulation. Sa présence témoigne le phénomène inflammatoire ou infectieux. Mais son absence ne traduit pas l'absence de ces phénomènes.

❖ **Le trouble du transit :**

- Nausées, vomissements ;
- Diarrhée ;
- Arrêt de matières et de gaz qui est le seul signe spécifique en termes de trouble du transit. L'arrêt de matières et de gaz peut être fonctionnel ou mécanique.

❖ **Les tuméfactions spontanées** généralement inguinales, douloureuses et irréductibles caractérisent les hernies étranglées dont il faut une intervention chirurgicale immédiatement.

2. Les signes provoqués :

Reconnaitre une douleur provoquée, une défense et une contracture qui peut être souvent discrète.

- ✓ **Douleur provoquée :** La palpation, en déprimant l'abdomen, provoque une douleur.
- ✓ **Défense :** C'est la contracture des muscles abdominaux cédant sous palpation douce. 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.

- ✓ **La 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 donnant à l'extrême "le ventre de bois". Elle traduit une réaction inflammatoire sous-jacente.

C- Description étiologique :

- **Appendicite** : La plus fréquente

L'appendicite aiguë est une affection fréquente ; elle concerne toutes les tranches d'âge. Le retard diagnostique peut avoir d'importantes conséquences devant des tableaux cliniques atypiques. Les décisions thérapeutiques s'appuient, outre sur un excellent examen clinique, de plus en plus fréquemment sur les examens biologiques et radiologiques ; l'appendicite aiguë est la première cause d'intervention aux urgences viscérales. [13]

En rappel, l'appendice vermiforme est une formation tubulaire borgne, d'un calibre d'environ 8 mm, d'une longueur moyenne de 8,5 cm, mais variant entre 2,5 cm et 20 cm ou davantage.

Sa base est implantée sur le bas-fond cæcal, au point de convergence des trois bandelettes, soit à 2,5 cm environ de la valvule iléocæcale.

Chez l'adulte, le développement asymétrique du cæcum rejette la base appendiculaire en arrière et à gauche. Habituellement dans la fosse iliaque droite, celle-ci suit les variations topographiques du cæcum : à gauche ou sur la ligne médiane en cas de mal-rotation congénitale, dans le pelvis ou sous le foie si le cæcum est anormalement long ou rétracté.

Haut

Gauche

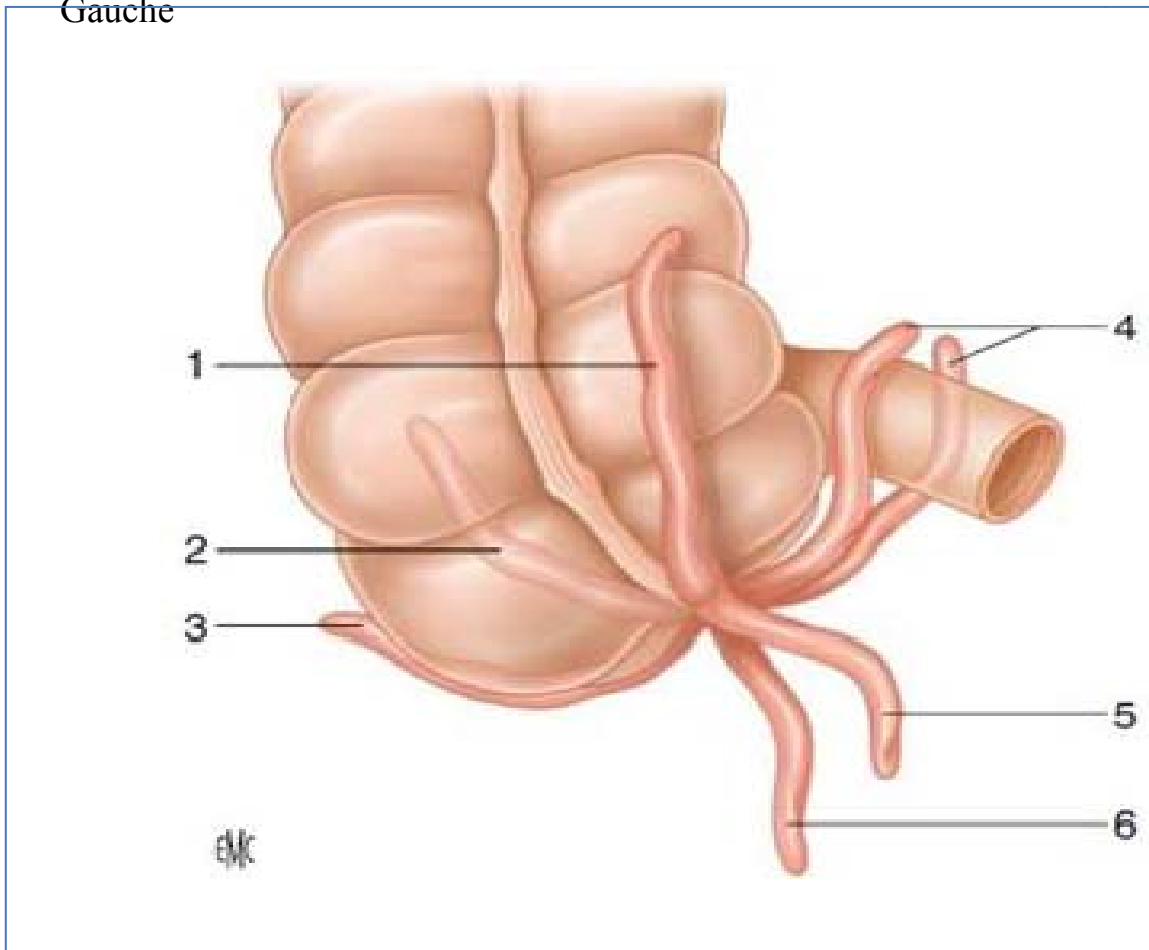


Figure XI :position de l'appendice. 1. Hépatique ; 2. Rétro-caecale intra-péritonéale ; 3. Rétro-caecale ; 4. Mésocœliaque pré et post-iléo-caecale ; 5. Normale ; 6. Pelvienne. [13]

Physiopathologie :

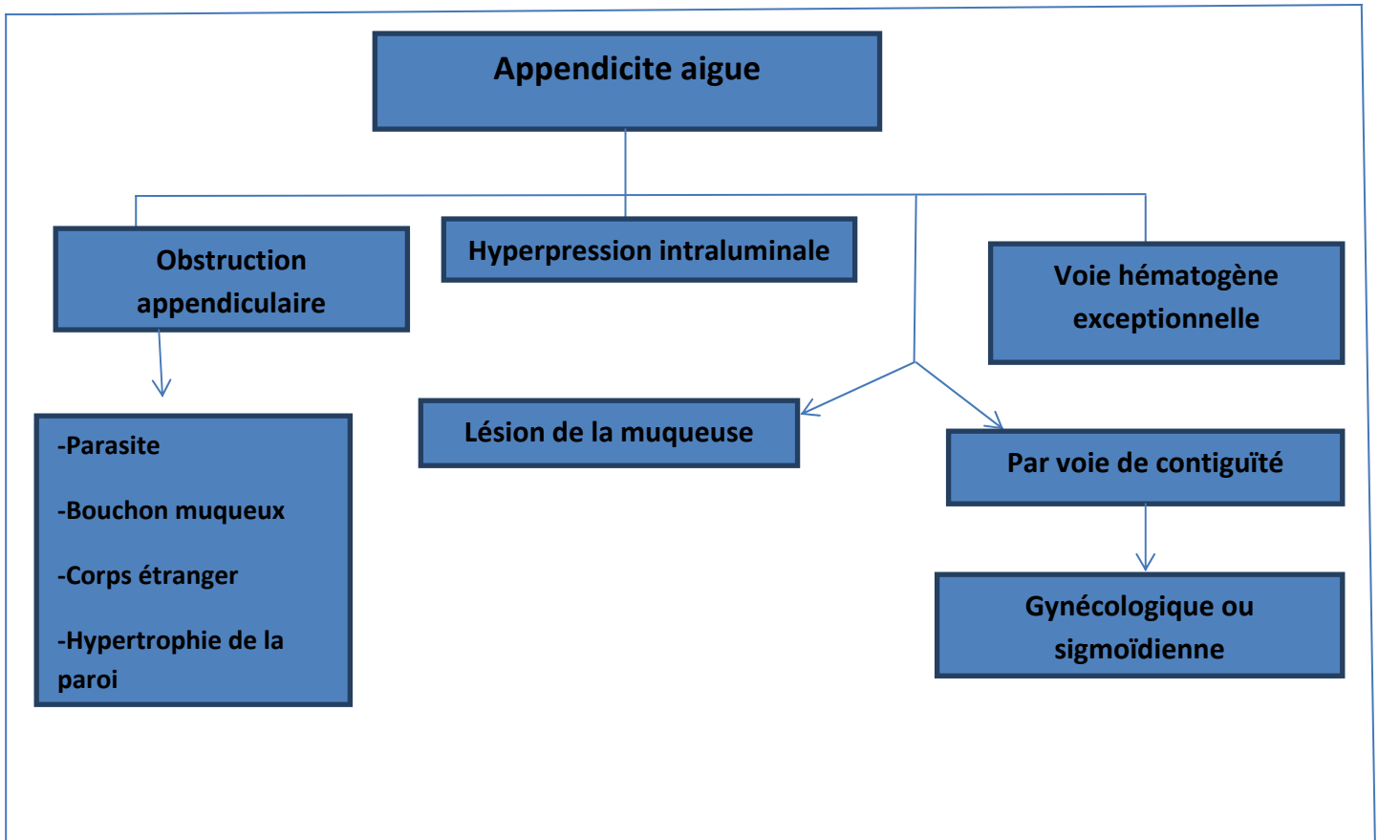


Figure XII : Physiopathologie de l'appendicite aiguë. [13]

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

- Une Douleur spontanée en fosse iliaque droite qui diffuse rapidement.
- Un Trouble du transit : nausées, vomissements, arrêt des gaz, constipation. Ces signes n'ont pas de réelle signification.
- Fièvre à 37.7-37.8 °C et atteint rarement 38.5°C. (Si supérieure 38.5° ce peut être une complication d'appendicite ou autre chose mais pas une appendicite simple).
- Palpation : défense dans la fosse iliaque droite
- 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 œdématiée, et un épanchement péritonéal liquidien réactionnel (de petite quantité). Une NFS montre une hyperleucocytose mais c'est non spécifique.

Traitement chirurgical : appendicectomie

Evolution naturelle :

-La guérison spontanée par le système immunitaire.

-La rupture dans le péritoine : péritonite.

On porte le diagnostic de péritonite aiguë : intervention chirurgicale d'urgence s'impose. 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.

➤ **Hernie étranglée :**

Définition

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

Physiopathologie :

Une hernie non compliquée est indolore (elle entraîne tout au plus une simple gêne) et son contenu est facilement repoussé dans l'abdomen par simple pression.

Parfois, au décours d'un effort par exemple, la hernie n'est plus réductible par les manœuvres habituelles. Le collet de la hernie est devenu trop étroit et constitue un anneau d'étranglement rigide qui empêche la réduction, comprime le viscère incarcéré et compromet sa vascularisation (d'abord le retour veineux puis la vascularisation artérielle).

Par définition, une hernie étranglée est donc une hernie devenue douloureuse et irréductible.

Cet étranglement a plusieurs conséquences :

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

Quels que soient leur taille et leur type anatomique, toutes les hernies peuvent s'étrangler un jour ou l'autre ; certaines plus que d'autres, cependant ce sont surtout les hernies inguinales congénitales, dites encore obliques externes. Elles sont de loin les plus fréquentes, notamment en Afrique surtout chez l'enfant et l'adulte jeune. Elles traversent la paroi abdominale en suivant le canal inguinal et leur collet est étroit, d'où le risque d'étranglement.

La hernie crurale dont le collet est également étroit et fibreux est souvent diagnostiquée au stade d'étranglement. Elle se voit surtout chez les femmes âgées.

Les hernies inguinales, dites de faiblesse, à collet large et les hernies ombilicales s'étranglent rarement.

Dans les formes typiques le diagnostic d'une hernie étranglée est facile et essentiellement clinique, le tableau est dominé par douleur et tuméfaction irréductible.

L'évolution en absence de traitement chirurgical peut se faire vers la mort.

Le traitement est chirurgical en urgence qui a pour but, lever la striction ; faire le bilan et la réparation des lésions viscérales ; prévenir les complications.

➤ **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.**- **Physiopathologie : 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 diastatique. **La compression et l'obstruction** : sont moins graves que la strangulation car les deux premières n'entraînent que tardivement des troubles ischémiques. **L'occlusion fonctionnelle** : se fait par inhibition du nerf intestinal. **L'occlusion mixte** : est une association de l'occlusion fonctionnelle et de l'occlusion mécanique ; en général, elle est due à une infection. **Occlusions fonctionnelles : non chirurgicales-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

- vomissement 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 diastatique du cæcum
- météorisme !
- 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.

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 de 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

-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 hypovolémie, 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 :

- ✚ de la vésicule biliaire ;
- ✚ de l'appendice ;
- ✚ d'un diverticule sigmoïdien ;
- ✚ 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.

- ✚ 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.

➤ **Les péritonites aiguës [14]**

- Définition :

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

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

Il s'agit :

- d'une hypovolémie, résultant de la création d'un troisième secteur liquidien et de la majoration des pertes non mesurables ;

- d'un syndrome infectieux, lui-même cumulé de phénomènes complexes.

- **Les formes cliniques :**

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

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

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

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

- Les formes asthéniques :

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

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

C'est le tableau de choc toxi-infectieux qui pose le plus souvent des problèmes diagnostiques. Les signes généraux dominent la symptomatologie, alors que l'examen physique est pauvre : douleur abdominale peu intense ou absente, contracture et défense rares, météorisme indolore, touchers pelviens peu démonstratifs.

Ici, l'imagerie peut faire appel à l'échographie (épanchement liquidien péritonéal) si le météorisme n'est pas trop important à la TDM ou encore aux opacifications digestives utilisant des produits hydrosolubles. L'échographie et la TDM peuvent encore guider la ponction de l'épanchement (intérêt diagnostique et bactériologique).

- **Etiologie :**

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

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

- **Traitement :**

Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps :

- le temps préopératoire
- le temps per opératoire ;
- le temps post-opératoire.

Le traitement médical est double :

La réanimation hydro électrolytique et le traitement anti infectieux pour combattre la diffusion de l'infection.

Le traitement chirurgical est le centre de la démarche. Il consiste à traiter la cause et à évacuer et drainer la collection purulente.

- **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'organe plein ;

Soit une péritonite par atteinte d'organe creux.

- **Les autres causes :**

- Torsion du cordon dont il faut une intervention chirurgicale urgente pour prévenir la nécrose testiculaire qui peut survenir au bout 6 heures de temps.
- Les thromboses hémorroïdaires.

III- METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Cette étude a été réalisée dans le service de Chirurgie générale du centre de santé de référence (C.S.Réf) de Markala.

2. Situation géographique :

La commune rurale de Markala, issue du morcellement des arrondissements intervenu en 1999, est constituée de dix (10) communes rurales administrées par les maires élus, qui sont à leur tour assistés par quatre sous-préfets ;

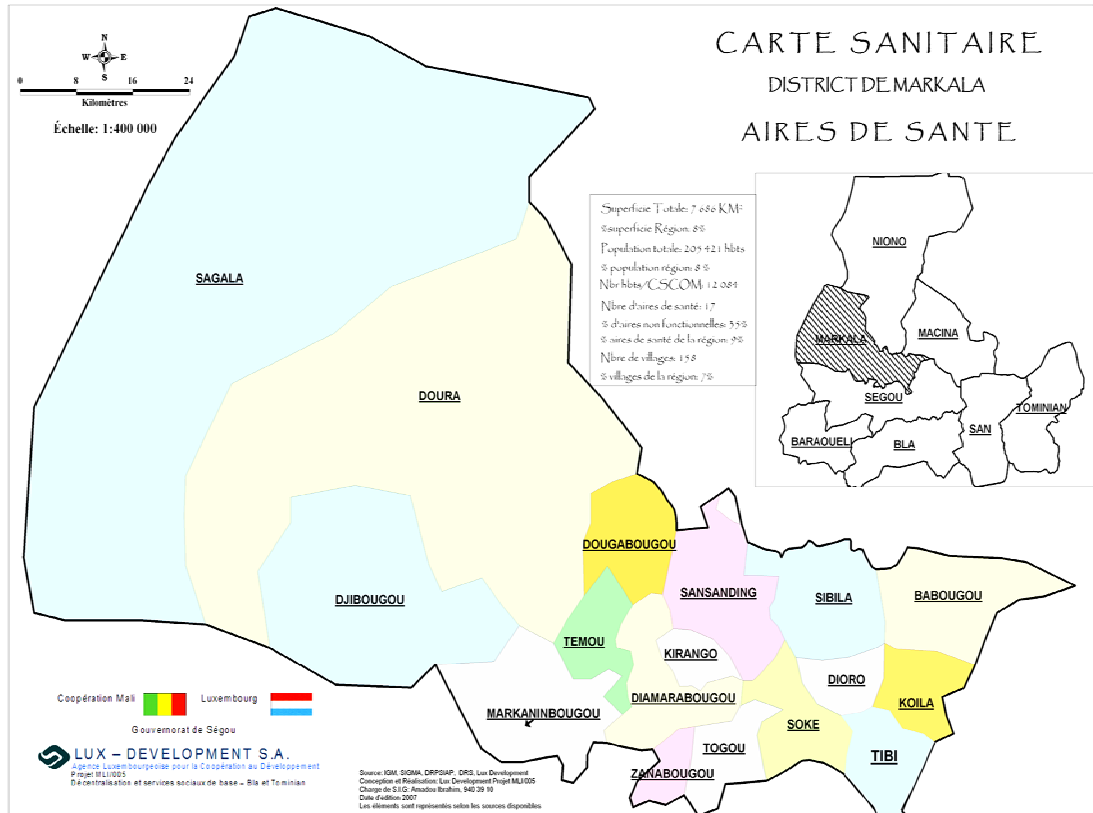
représentant ainsi la traitée administrative des quatre (4) arrondissements qui sont : Markala, Dioro, Doura, Sansanding.

Le district sanitaire de Markala a une superficie de 7 686 **km²** et compte environ **296802 habitants** dont les activités principales sont l'agriculture, l'élevage, la pêche, le commerce, l'artisanat et le transport.

La couverture socio-sanitaire est assurée par un Centre de Santé de Référence et par dix huit (18) CSCOM (Centres de Santé Communautaires) tous tenus par un personnel qualifié dont un non fonctionnel (ZANABOUGOU). D'une manière générale la configuration des aires sanitaires est dynamique du fait des affinités culturelles, politiques et de convenance des villages qui composent l'aire. Les activités du paquet minimum d'activités sont disponibles dans tous les CSCOM fonctionnel du district sanitaire.

Les limites : Le district sanitaire de Markala est limité :

- A l'Est par le District de Macina,
- A l'Ouest, au Sud et au Sud Est par le District de Ségou,
- Au Nord par le District de Niono,
- Au Nord-Ouest par le District de Banamba.



Population totale 2013 du District.....288 172 habitants
 Superficie du District.....7686 km²
 Nombre de communes (toutes rurales).....10
 Nombre d’aires de santé prévues par le PDSC16
 Nombre d’aires de santé existantes.....18
 Nombre d’aires de santés fonctionnelles.....17
 Nombre d’aires de santé non fonctionnelles.....1
 Les deux aires de plus sur la prévision du PDSC ont été la suite de la création de l’aire de Tiby à partir de l’aire de santé de Koïla et le transfert de Komola- zanfina au compte du district de Markala.

3. Description du centre de santé de référence de Markala:

Le C.S.Réf de Markala occupe le 2^{ème} niveau de référence selon la pyramide sanitaire du MALI.

3.1. Les locaux :

Le CSRéf de Makala est doté d'infrastructures suivantes :

- ✚ le service de chirurgie générale ;
- ✚ le service de gynécologie-obstétrique ;
- ✚ le service de médecine ;
- ✚ le service de pédiatrie ;
- ✚ le service d'acuponcture ;
- ✚ les blocs opératoires ;
- ✚ un laboratoire biologique fonctionnel 24h/24 ;
- ✚ un dépôt de médicaments essentiels en DCI ;
- ✚ Un dépôt de vente de médicaments DCI fonctionnel disponible la nuit ;
- ✚ une radiographie ;
- ✚ une échographie ;
- ✚ des bureaux administratifs ;
- ✚ Le SIS ;
- ✚ Unité de programme élargi de vaccination (PEV)
- ✚ Une unité d'hygiène / assainissement ;
- ✚ une morgue.

❖ **Description de la chirurgie générale :**

- Les infrastructures du service:

Le service est composé de trois blocs;

- Un premier bloc comprenant une salle opératoire, le bureau du major du bloc et une salle de stérilisation;
- Le deuxième bloc comprend le bureau du major du service, une salle de pansement et les salles d'hospitalisations qui sont au nombre de neuf (9) dont quatre VIP avec toilette interne. Nous disposons de vingt quatre lits d'hospitalisations (un lit dans chaque VIP et quatre dans chacune des autres salles).
- Le troisième bloc est composé de deux salles opératoires, le bureau du chef chirurgien et un bureau pour les anesthésistes.

N B: Nous partageons les salles opératoires avec le service de la gynéco-obstétrique.

➤ **Le personnel:**

- Un chirurgien qui est chef de service;
- Un technicien supérieur de santé comme major du service;
- Un technicien de santé;
- Des aides soignants;
- Un étudiant à la FMOS en année de thèse;
- Des élèves stagiaires de IFSI;
- Des manoeuvres.

➤ **Les activités du service de chirurgie :**

Au cours de l'étude, nous avons pris part à toutes les activités du service : visites, consultations externes, les interventions chirurgicales et le suivi des malades hospitalisés ainsi que des pansements. Les visites se déroulent chaque matin à partir de 7h 30mn en présence de tout le personnel de la chirurgie. Les consultations externes ont lieu tous les jours ouvrables. Les jours d'opération pour les interventions à froid sont : lundi, mercredi et le vendredi. Les patients programmés pour le bloc opératoire sont hospitalisés la veille de l'intervention pour lesquels un dossier médical est réalisé.

4. Type d'étude et période d'étude

Nous avons mené une étude prospective au service de chirurgie générale du C.S.Réf de Markala.

4.1 Durée d'étude:

Elle s'est étendue sur une période de vingt mois allant du 1^{er} octobre 2012 au 30 juin 2014.

5. Critères d'inclusion:

Tous les patients reçus au service de chirurgie générale du C.S.Réf de Markala pour urgence chirurgicale, opérés puis hospitalisés.

6. Critères de non inclusion:

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

-gynéco-obstétricales ;

-traumatologiques.

Tous patients opérés dans d'autres structures.

7. Echantillonnage :

Vu les critères sus – cités, nous avons recruté 52 patients pour urgences chirurgicales sur un total de 241 patients opérés au service de chirurgie générale.

8. Les variables étudiées ont concerné le sexe, l'âge, les antécédents, les signes fonctionnels et physiques, le traitement, les suites opératoires et le suivi

9. Collecte et traitement des données :

Les données ont été collectées grâce :

-aux dossiers médicaux des malades ;

- aux registres d'hospitalisation ;

- aux registres consignant les comptes rendus opératoires ;

- aux fiches d'enquêtes individuelles.

La saisie et le traitement des données ont été faits avec les logiciels

d'application Microsoft Word2010, et d'analyse EPI Info 7.1.4.0

Les résultats ont été discutés avec le test statistique de χ^2 , le test de l'écart réduit et le test exact de Fisher. Le seuil de signification a été de $p < 0,05$.

IV- Résultats

I- La fréquence :

La fréquence des urgences chirurgicales par rapport à l'ensemble des consultations et des hospitalisations:

Sur une période de vingt(20) mois, nous avons recensé 52 cas d'urgences chirurgicales sur 1012 consultations et sur 401 hospitalisations, soit respectivement 5,14% et 12,97%.

Tableau I : Répartition selon l'ensemble des interventions chirurgicales durant la période d'étude.

Ensembles des interventions chirurgicales durant la période d'étude	Effectif	Pourcentage
Hernies simples	83	34,44
Appendicites	14	5,81
Occlusions intestinales	5	2,07
Péritonites	10	4,15
Eviscération traumatique	1	0,41
Hernies étranglées	13	5,39
Thrombose hémorroïdaire	7	2,90
Adénome de la prostate	32	13,28
Torsion du cordon	2	0,83
Autres	74	30,71
Total	241	100

Autres : Hydrocèle, éventration, lipome, kyste de cordon.

Les urgences chirurgicales ont représenté 21,58% (52/241) de l'ensemble de nos interventions chirurgicales.

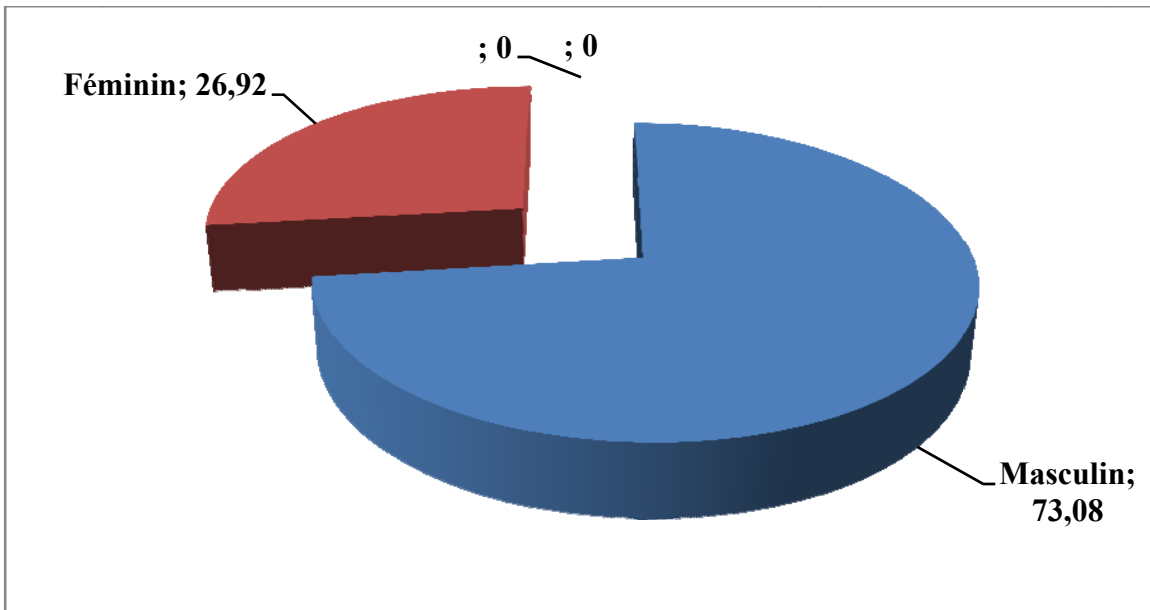
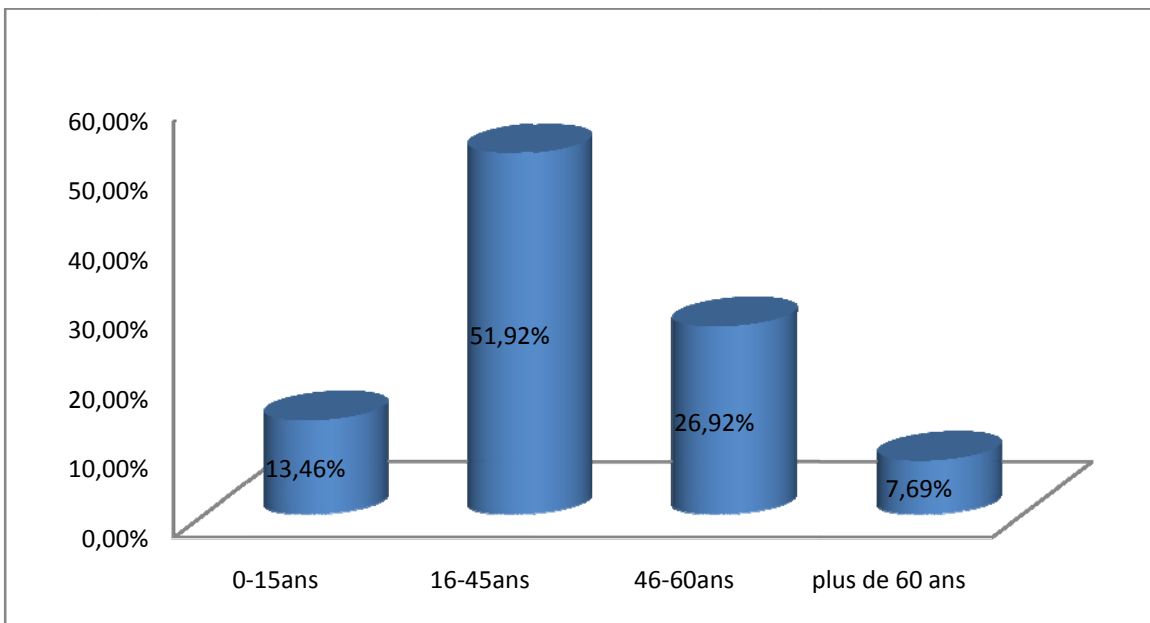


Figure I : Répartition des patients selon le sexe.

La majorité de nos patients était de sexe masculin soit un sex-ratio =2,71.



FigureII : Répartition des patients selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 16-45 était la plus représentée avec 51,92%.

La moyenne d'âge était de 36,42 ans ; avec des extrêmes de 8 ans et 78 ans.

L'écart type était de 6,58 ans.

Tableau II : Répartition des malades selon la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Markala	26	50,00
Dioro	6	11,54
Sansanding	4	7,69
Doura	2	3,85
Bellen	1	1,92
Dougabougou	1	1,92
Sibila	1	1,92
Togou	1	1,92
Autres	10	19,23
Total	52	100,00

La moitié soit 50% de nos patients venaient de Markala.

Autres = tous les patients qui venaient hors du district sanitaire de Markala.

Exemple : Niono, Macina, Siribala, Ségou.

Tableau III : Répartition des malades selon les ethnies

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	18	34,62
Peulh	8	15,38
Soninké	7	13,46
Bozo	6	11,54
Sonrhāï	3	5,77
Miniaka	2	3,85
Maures	2	3,85
Malinké	2	3,84
Boua	1	1,92
Dogon	1	1,92
Goun	1	1,92
Kako Lo	1	1,92
Total	52	100

Majorité de nos patients étaient des Bambaras, soit 34,62%.

Tableau IV : Répartition des malades selon la profession

PROFESSION	Effectifs	Pourcentage
Agent comptable	2	3,84
Berger	3	5,77
Chauffeur	2	3,85
Cultivateur	21	40,38
Elève	6	11,53
Enfant	1	1,92
Forgeron	1	1,92
Maçon	1	1,92
Matrone	1	1,92
Ménagère	10	19,23
Ouvrier en retraite	2	3,85
Pêcheur	1	1,92
Technicien en génie civil	1	1,92
Total	52	100

En termes de profession les cultivateurs étaient les plus représentés, soit 40,38%

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

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Référence/évacuation	14	26,92
Venue directement	38	73,08
Total	52	100

La majorité des patients étaient venus sans passer par une structure sanitaire, soit 73,08%.

Tableau VI : Répartition des malades selon les moyens d'admission

Moyen d'admission	Effectif	Pourcentage
Ambulance	5	9,62
Charrette	1	1,92
Tricycle	4	7,69
Taxis	10	19,23
Motocyclette	32	61,54
Total	52	100

La majorité des patients sont venus par leurs propres moyens.

II- Etude clinique :**Tableau VII : Répartition des malades selon le motif de consultation**

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale + tuméfaction inguinale	7	13,46
Douleur abdominale	35	67,29
Douleur anale	7	13,46
Douleur scrotale	2	3,84
Douleur et plaie abdominale	1	1,92
Total	52100	

La douleur abdominale était le motif de consultation le plus fréquent, soit 67,29%.

Tableau VIII : Répartition des malades selon le traitement initial avant l'admission

Traitement initial avant l'admission	Effectif	Pourcentage
Traditionnel	27	51,92
Médical	13	25,00
Aucun	12	23,08
Total	52	100

En termes de traitement initial 51,92% des patients avaient fait un traitement traditionnel avant leur admission.

Tableau IX : Répartition des malades selon l’initiateur du traitement avant l’admission

Initiateur du traitement avant l’admission	Effectif	Pourcentage
Automédication	25	48,08
Infirmier	5	9,62
Médecin	8	15,38
Spécialiste	1	1,92
Non identifié	13	25,00
Total	52	100

La majorité de nos patients avaient fait une automédication soit 48,08% des cas.

Tableau X : Répartition des malades selon le produit utilisé avant l’admission

Produit utilisé avant l’admission	Effectif	Pourcentage
Antalgique	10	19,23
Antalgique + Antibiotique	8	15,38
Antibiotique + Antiinflammatoire	2	3,85
Non identifié	32	61,54
Total	52	100

Des produits non identifiés avaient été utilisés par 61,54% des patients.

Tableau XI : Répartition des malades selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicites aiguës	14	26,92
Hernie étranglée	13	24,99
Abcès appendiculaire	4	7,69
Eviscération post-traumatique	1	1,92
Occlusion intestinale	2	3,85
Pelvipéritonite	1	1,92
Péritonite aiguë	6	11,54
Péritonite localisée	2	3,85
Thromboses hémorroïdaires	7	13,46
Torsion du cordon spermatique	2	3,85
Total	52	100

L'appendicite aiguë a été le diagnostic préopératoire le plus fréquent, soit 26,92%.

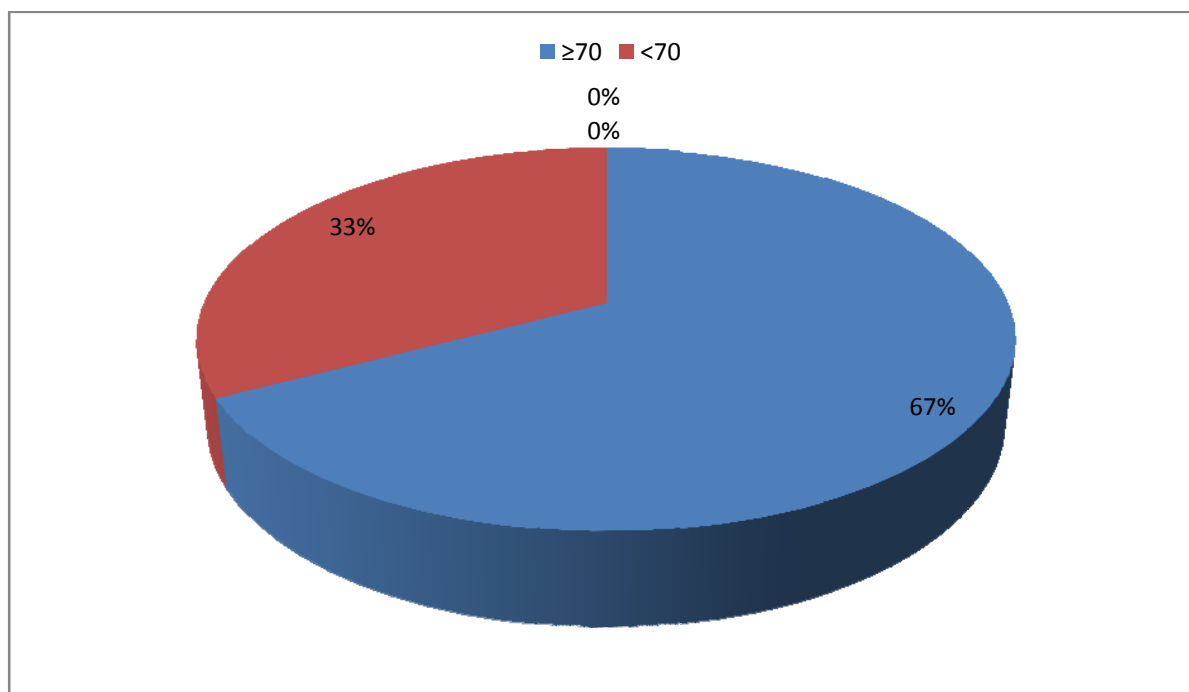


Figure III : Répartition des patients selon d'indice de KARNOFSKY

La majorité de nos patients avaient un bon état général (indice de **KARNOFSKY** ≥ 70 dans 67% des cas).

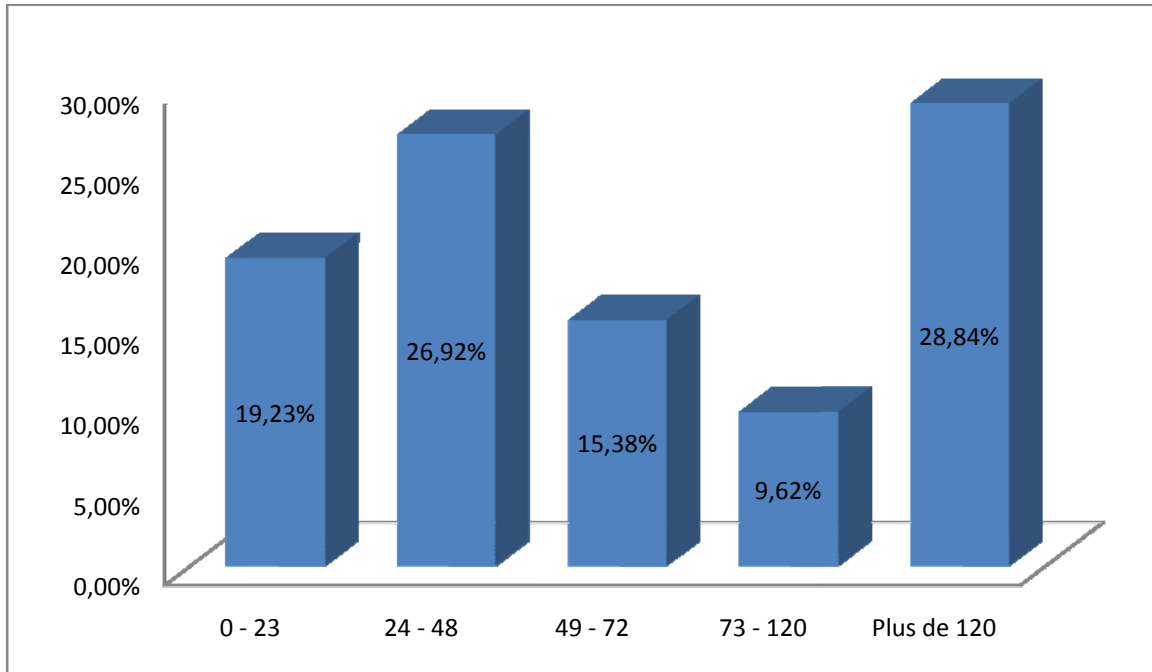


Figure IV : Répartition des patients selon le début des signes et le moment du diagnostic clinique

La moyenne du début des signes et le moment du diagnostic était de 72,02 heures ; avec des extrêmes de 5 heures et 168 heures.

L'écart type était de 50,94 heures.

Tableau XII : Répartition des patients selon les antécédents

Antécédents	Effectif N=52	Pourcentage
Antécédents chirurgicaux N=52		
Cure de la hernie	4	7,70
Laparotomie	2	3,84
Aucun	46	88,46
Antécédents médicaux N=52		
Aucun	49	94,27
Ulcère gastroduodéal	1	1,92
Hypertension artérielle	2	3,85
Antécédents gynéco-obstétricaux N=14		
Multipare	11	78,57
Nullipare	3	21,43

La majorité de nos patients n'avaient pas d'antécédents majeurs.

Tableau XIII : Répartition des malades selon les signes généraux

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Conjonctives et téguments		
Colorés	51	98,08
Pâles	1	1,92
Température en degré Celsius (°C)		
<37,5	25	48,08
[37,5-38,5]	26	50,00
>38,5	1	1,92
Fréquence cardiaque en Bt/mn		
[60-80[12	23,08
[80-100]	30	57,68
>100	10	19,24
Fréquence respiratoire en cycles/mn		
[14-22[29	55,76
>22	23	44,24
Tension artérielle en CmHg		
<10/7	4	8,51
[10/7-14/9]	41	87,23
>14/9	2	4,21

La majorité des patients avaient une bonne coloration, une tension artérielle normale, une fréquence cardiaque normale et 51,92% des patients avaient une température $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$

Tableau XIV : Répartition des malades selon le siège de la douleur

Siège	Effectif	Pourcentage
Fosse iliaque droite	18	34,61
Inguinoscrotale	15	28,84
Diffuse	10	19,24
Anale	7	13,46
Pelvienne	1	1,92
Periombilicale	1	1,92
Total	52	100

La douleur à la FID était la plus représentée soit 34,61% des cas.

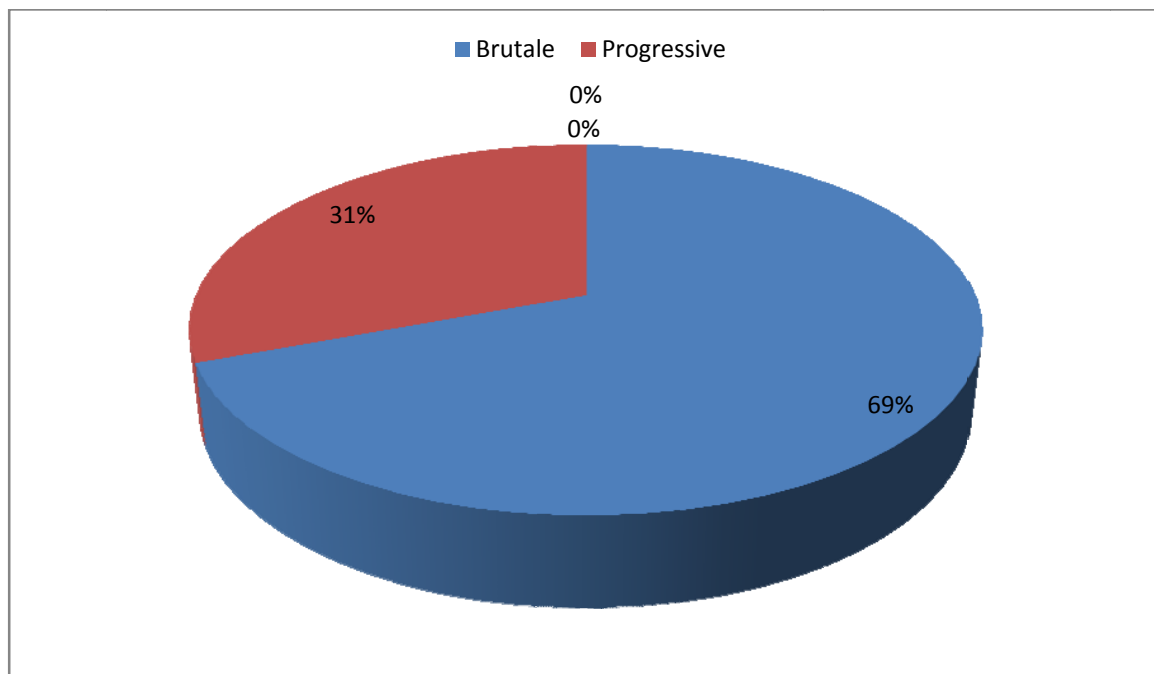


Figure V : Répartition des malades selon l'installation de la douleur.

Dans 69% des cas l'installation de la douleur était brutale chez nos patients.

Tableau XV : Répartition des malades selon le type de la douleur

Type	Effectif	Pourcentage
Brûlure	15	28,87
Piqûre	20	38,48
Torsion	14	26,88
Pesanteur	3	5,77
Total	52	100

La douleur sous forme de piqûre était la plus fréquente soit 38,48% des cas.

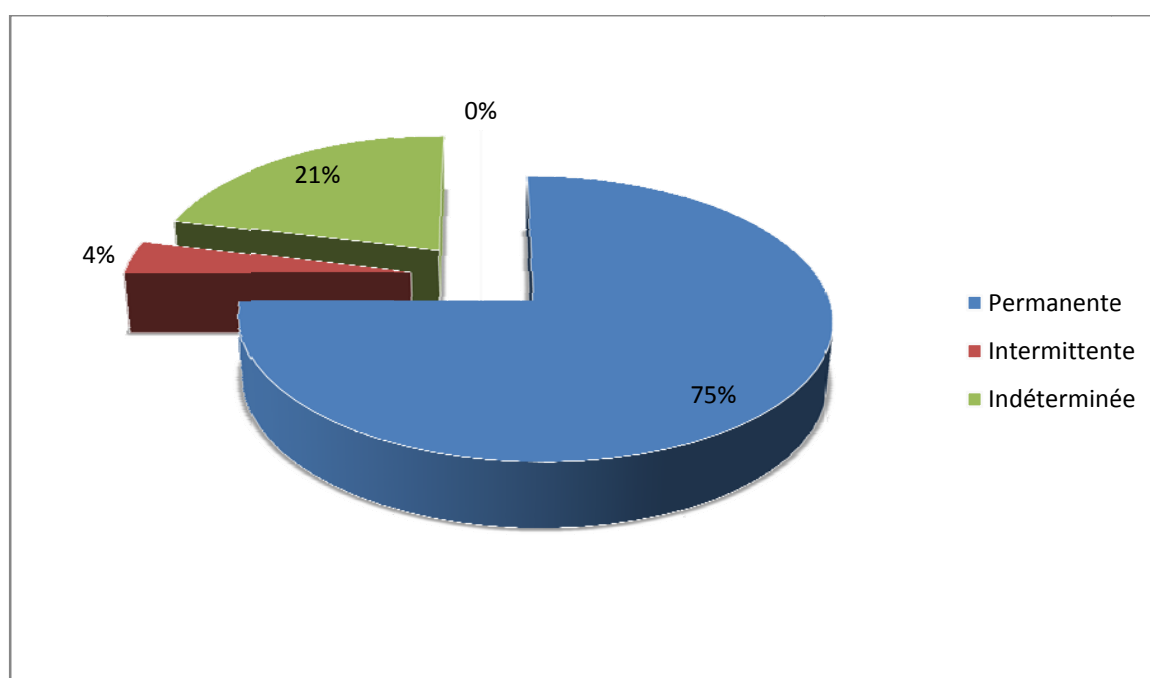


Figure VI : Répartition des malades selon l'évolution de la douleur.

L'évolution de la douleur était permanente dans 75% des cas chez nos patients.

Tableau XVI : Répartition des malades selon les signes associés à la douleur

Signes associés à la douleur	Effectif	Pourcentage
Arrêt des matières		
Oui	2	3,85
Non	50	96,15
Arrêt de gaz		
Oui	6	11,54
Non	46	88,46
Arrêt des matières et des gaz		
Oui	3	5,77
Non	49	94,23
Vomissements		
Oui	20	38,46
Non	32	61,54
Ballonnement abdominal		
Oui	2	3,85
Non	50	96,15
Fièvre		
Oui	27	51,92
Non	25	48,08
Dysurie		
Oui	1	1,92
Non	51	98,08

Le vomissement et la fièvre étaient les signes les plus associés à la douleur soit respectivement 61,52%, 51,92%.

Tableau XVII : Répartition des patients selon les signes à l'inspection

Signes à l'inspection	Effectif	Pourcentage
Distension abdominale		
Oui	2	3,85
Non	50	96,15
Plaie abdominale		
Oui	1	1,92
Non	51	98,08
Cicatrice opératoire		
Oui	6	11,54
Non	46	88,46
Tuméfaction inguino-scrotale		
Oui	15	28,87
Non	37	71,13
Tuméfaction anale		
Oui	7	13,46
Non	45	86,54

La tuméfaction inguino-scrotale était le signe le plus retrouvé à l'inspection soit 28,87% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon les signes à la palpation

Signes à la palpation	Effectif	Pourcentage
Douleur		
Oui	52	100
Non	0	0,0
Défense		
Pas de défense	34	65,39
Fosse iliaque droite	13	24,99
Fosse iliaque gauche	3	5,77
Pelviennne	2	3,85
Contracture		
Non	38	73,05
Oui	14	26,95

La douleur était présente chez tous les patients à la palpation.

Tableau XIX : Répartition des patients selon les signes au toucher rectal

Toucher rectal	Effectif	Pourcentage
Normal	18	34,62
Douleur à droite	16	30,77
Cris de Douglas	8	15,38
Non fait	10	19,23
Total	52	100

Le toucher rectal était normal dans 34,62% des cas.

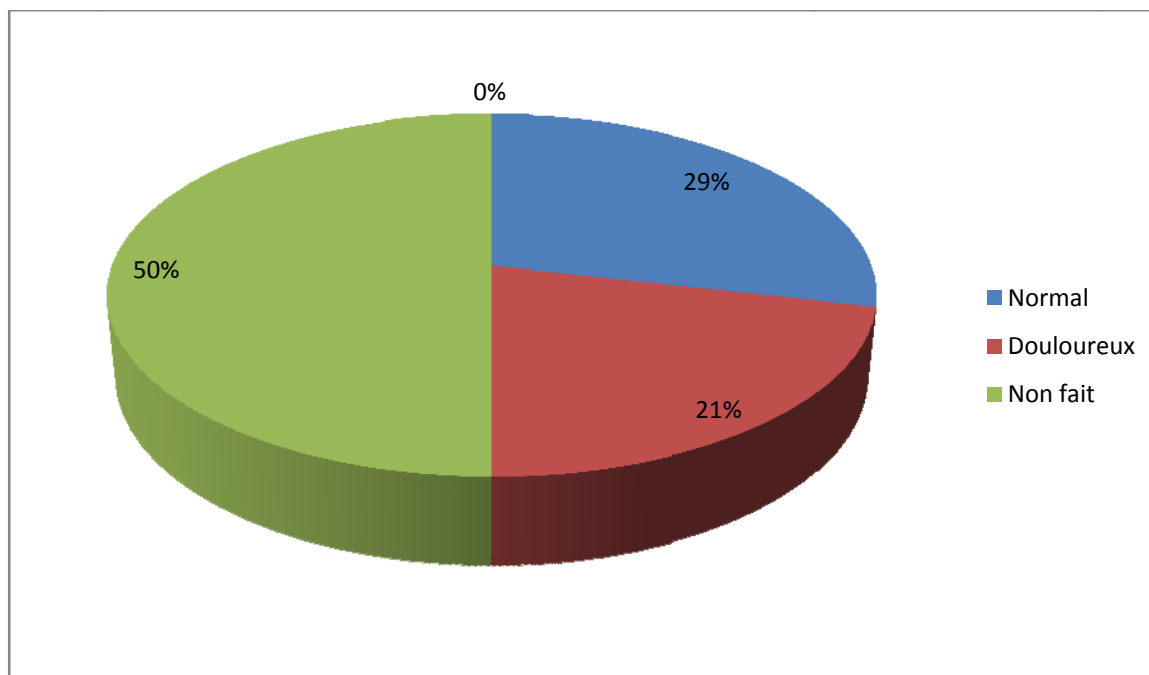


Figure VII : Répartition des patients selon les signes au toucher vaginal

Le toucher vaginal était douloureux dans 21% des cas

III- Moyens de diagnostic

Tableau XX : Répartition des malades selon le résultat de l'ASP

ASP	Effectif	Pourcentage
Non fait	48	92,30
Multiples niveaux hydro-aériques	2	3,85
Grisaille diffuse	2	3,85
Total	52	100

L'ASP a été nécessaire pour le diagnostic de 7,70% des cas chez nos patients.

Tableau XXI : Répartition des malades selon le résultat de l'échographie

Echographie	Effectif	Pourcentage
Non fait	36	69,23
Sans particularité	4	7,69
Appendicite	7	13,46
Epanchement abdominal	5	9,62
Total	52	100

L'échographie a contribué dans la confirmation du diagnostic dans 30,77%

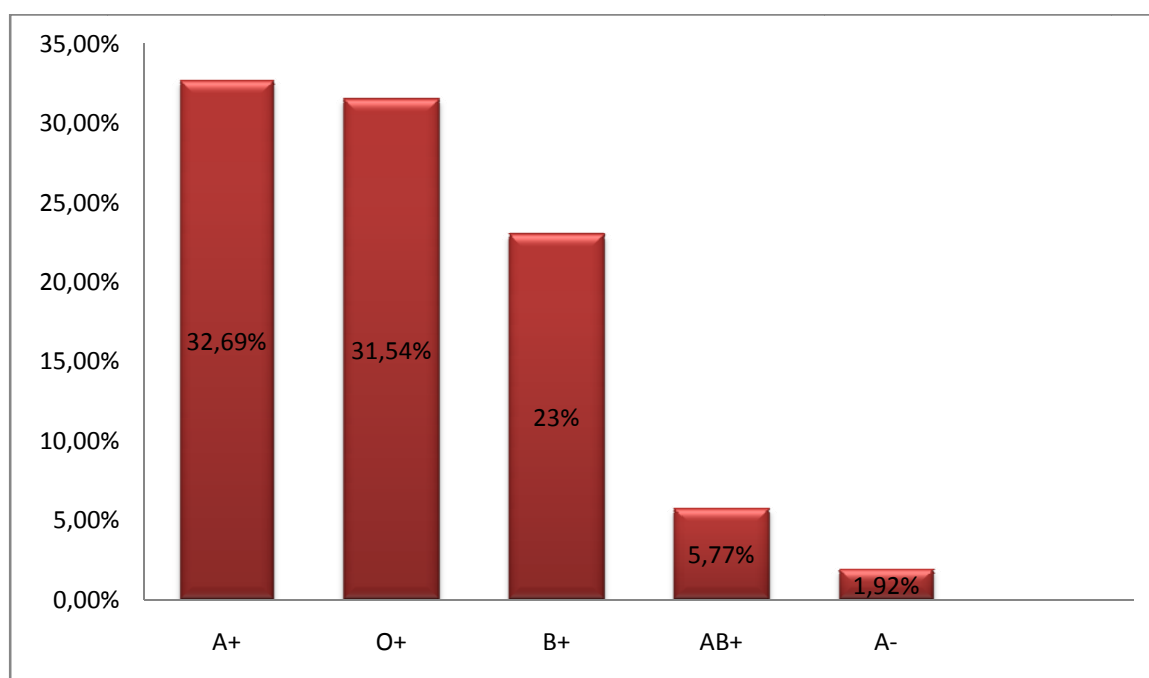


Figure VIII : Répartition des malades selon le groupage / rhésus

Tableau XXII : Répartition des malades selon le résultat de la glycémie

Glycémie	Effectif	Pourcentage
Normale	39	75,00
Elevée	1	1,92
Abaissée	1	1,92
Non faite	11	21,15
Total	52	100

La glycémie était normale chez 75% des patients.

IV- Diagnostic :

Tableau XXIII : Répartition des malades selon le diagnostic per opératoire

Diagnostic per opératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicites	13	25,00
Péritonites	10	19,23
Plastron abcédé	4	7,69
Occlusions intestinales	5	9,62
Hernies étranglées	10	19,23
Thrombose hémorroïdaire	7	13,46
Torsion du cordon	2	3,85
Eviscération post-traumatique	1	1,92
Total	52	100

L'appendicite a été la pathologie la plus fréquente en peropératoire, soit 25%.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'aspect de l'appendice

Appendicites	Effectif	Pourcentage
Catarrhale	6	46,15
Phlegmoneuse	4	30,77
Gangréneuse	2	15,38
Abcès	1	7,69
Total	13	100

L'appendicite était au stade catarrhal dans 46,15% des cas.

Tableau XXV : Répartition des patients selon l'étiologie des péritonites.

Péritonites	Effectif	Pourcentage
Appendiculaire	9	90,00
Perforation iléale	1	10,00
Total	10	100

Tableau XXVI : Répartition des patients selon l'étiologie des occlusions intestinales

Occlusions intestinales	Effectif	Pourcentage
Etranglement herniaire	3	60,00
Volvulus du sigmoïde	1	20,00
Bride	1	20,00
Total	5	100

Dans 60% des cas les occlusions étaient d'origine d'étranglement herniaire.

Tous les cas de hernies étranglées étaient d'origine inguinale.

V- PRISE EN CHARGE :

Tableau XXVII : Répartition des malades selon la prise en charge préopératoire

Prise en charge préopératoire	Effectif	Pourcentage
Perfusion de solutés	3	5,77
Antalgique	23	44,23
Perfusion de solutés + antalgique + antibiotique	10	19,23
Perfusion de solutés+ antibiotique	16	30,77
Total	52	100

44,23% de nos patients ont reçu un antalgique en préopératoire ce qui justifie la fréquence de la douleur comme motif de consultation.

Tableau XXIII : Répartition des malades selon la nature de l'incision

Nature de l'incision	Effectif	Pourcentage
Incision Mc Burney	16	30,77
Inguinotomie	15	28,85
Laparotomie	14	26,92
Incision anale	7	13,46
Total	52	100

L'incision Mac Burney a été la plus pratiquée.

Tableau XXIX : Répartition des malades selon la technique opératoire

Techniques opératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicectomie simple	8	15,38

Lavage + aspiration et drainage simple	6	11,54
Appendicectomie +enfouissement	6	11,54
Appendicectomie +lavage +drainage	7	13,46
Hémorroïdectomie selon MILLIGAN MORGAN	7	13,46
Résection des brides	1	1,92
Suture de la brèche	1	1,92
Cure selon Shouldice	1	1,92
Cure selon Bassini	12	23,08
Dévolvulation	1	1,92
Détorsion + orchidopexie	1	1,92
Orchidectomie	1	1,92
Total	52	100

La technique de BASSINI était la plus pratiquée pour la cure des hernies.

VI- Evolution et Pronostic :**Tableau XXX :** Répartition des malades selon les suites opératoires pendant l'hospitalisation

Suites pendant l'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
Simple	40	76,92
Douleur postopératoire	6	11,54
Suppuration pariétale	2	3,85
Fièvre + vomissement	1	1,92
HTA + hoquet	1	1,92
Décès	2	3,85
Total	52	100

Les suites opératoires ont été simples dans 76,92% des cas.

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

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
0-7 jours	49	94,23
8-12 jours	3	5,77
Total	52	100

La durée moyenne d'hospitalisation a été 3,88jours.

Minimal=2jours

Maximal=12jours

Tableau XXXII : Répartition des malades selon les suites opératoires à 1 mois

Suites opératoires à 1 mois	Effectif	Pourcentage
Simple	48	96,00
Non vu	2	4,00
Total	50	100

Dans 96,00% des cas les suites opératoires ont été simples à 1 mois.

Tableau XXXIII : Répartition des malades selon les suites opératoires à 2 mois

Suites opératoires à 2 mois	Effectif	Pourcentage
Sans particularité	45	90,00
Non vu	3	6,00
Episode de douleur de la FID	1	2,00
Tuméfaction scrotale	1	2,00
Total	50	100

Les suites ont été sans particularité chez 90,00% à 2 mois.

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le coût de la prise en charge.

Coût de la prise en charge	Effectif	Pourcentage
25000 -75000 FCFA	29	55,77
75001-100000 FCFA	19	36,54
Plus de100000 FCFA	4	7,68
Total	52	100

Le coût de la prise en charge de la majorité des patients était compris entre 25000-75000FCFA soit 55,77% des cas.

Moyenne=64086,72 FCFA.

Les extrêmes : 25000 – 110000FCFA.

V- Commentaires et discussion

I. Méthodologie :

L'avantage de notre méthodologie était la précision des informations à travers les dossiers des malades, les registres (du bloc opératoire, d'hospitalisation) et les fiches d'enquêtes individuelles, car nous avons participé nous même à la collecte des données.

Cependant, comme difficultés rencontrées nous pouvons citer :

-le retard de consultation des malades ;

-insuffisance de moyens pour certains malades à assurer leur prise en charge.

Fréquence

Tableau XXXV : La fréquence des urgences selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test statistique
M. Konaté [15]	382	72,77	P=0,00193
Mustaph, [16]	759	59.42	P=0,04487
Notre étude	52	21,58	

Nous avons constaté une différence statistiquement significative entre notre résultat et ceux rapportés par M. Konaté.

Cette différence statistiquement significative peut être expliquée par le petit nombre de notre échantillon.

Sexe

La majorité de nos patients était de sexe masculin soit un sex-ratio =2,71.

Ce résultat est comparable à celui de BERHE I D[17] qui a trouvé un sex-ratio à 2,34

Dans la littérature Africaine, Asiatique, Européenne [18 ; 19 ; 20 ; 21], les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin.

Age

La tranche d'âge de 16 – 45 ans a été la plus représentée avec 51,92% des cas.

Doumbia A[22] dans son étude a trouvé une tranche d'âge de 20 – 39 ans. Cela pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon.

Moyen d'admission

La majorité de nos patients étaient venus à leurs propres moyens Soit 61,54% des cas. Cela était dû à l'indisponibilité de l'ambulance et à l'enclavement de certaines localités.

Moment de la consultation

La majorité de nos patients étaient vus tardivement après 120 heures soit 28,84% des cas.

Le même constat a été rapporté par Doumbia A[22], soit 57,42% des cas.

Le retard à la consultation, habituel en Afrique, est imputable principalement à des facteurs culturels (traitement traditionnel) et surtout économiques [23 ; 24]. En général, les frais de consultation, d'hospitalisation et les frais de traitement sont à la charge des patients ; chose qui ne correspond pas toujours à leur pouvoir économique.

Examen clinique

La douleur abdominale a été le premier motif de consultation chez la majorité des patients de l'étude. Ceci montre que l'urgence abdominale chirurgicale se ramène au premier rang des urgences chirurgicales. M. KONATE [15] avait fait le même constat, soit 305 viscérales sur l'ensemble des urgences chirurgicales 382 cas.

Ces caractéristiques sémiologiques et les autres signes associés ont permis dans tous nos cas, l'orientation diagnostique.

Cette douleur a été rapportée dans la littérature comme motif de consultation le plus fréquent.

Mabiala – Babela J.R. et al, Padonou N. et al. et KONATE M. [25 ; 26 ; 27] ont observé 100 % des cas de douleur dans leur série.

- Toucher pelvien (le toucher rectal et vaginal)

Il a été systématique et essentiel pour l'orientation diagnostique.

Contribution des examens para cliniques au diagnostic

Echographie

Au cours de l'étude, elle a été réalisée chez 16 patients, soit 30,77 % dont 23,08% ont été concluants. Le même constat a été fait par Abi F. et al. [28]. L'attente des examens complémentaires ne doit pas retarder la prise en charge.

L'ASP

Nous avons réalisé l'ASP chez 7,70% des patients au cours de l'étude.

Pour les occlusions le diagnostic a été évident (présence de niveaux hydro aériques) dans 100% cas.

Nous estimons qu'en plus des éléments cliniques, l'ASP peut contribuer en absence du scanner au diagnostic de l'occlusion intestinale mais il ne doit pas être récusé en l'absence d'ASP.

Etiologie : concernant les urgences abdominales nous avons noté les étiologies suivantes

Tableau XXXVI : Les étiologies selon les auteurs

Auteurs	Arnaud [29]	Ouattara [30]	Adejuyibé[31]	Emil [32]	Notre étude
Etiologie par ordre décroissant	Appendicite	Occlusion	Occlusion	Appendicite	Appendicite
	Occlusion	Péritonite	Péritonite	Occlusion	Hernies étranglées
	Péritonite	Appendicite	Appendicite	Péritonite	Péritonite
	Hémopéritoine	Hémopéritoine	Hémopéritoine	Hémopéritoine	Occlusion

Les étiologies des urgences chirurgicales abdominales sont variables selon les séries africaines ; elles sont dominées par occlusion et appendicite.

1. Appendicite

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

Auteurs	Effectif	Pourcentage
Cassina, [33], Allemagne, 1996	116 (p=0,00003)	42,30
Konaté, [27], Mali, 2005	278 (p=0,02308)	28,77
Mungadi I A, [15], Nigeria, 2004	2115 (p=0,33385)	38,9
Notre étude	52	25,00

L'appendicite aiguë a été notre première cause des urgences abdominales comme en Europe [34], tandis que dans d'autres séries africaines elle occupe la deuxième place après l'occlusion [27 ; 28].

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

Dans tous les cas le diagnostic de l'appendicite a été posé et dans la majorité des cas en l'absence d'examen complémentaires. Nous avons réalisé chez 16 malades une échographie dont 7 ont objectivé des signes en faveur d'une appendicite.

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**. La cœlioscopie n'est pas encore introduite dans notre centre. Selon certains auteurs l'abord cœlioscopique aurait comme avantage : la diminution des complications pariétales, la diminution de la douleur postopératoire, la diminution de la durée d'hospitalisation et la réhabilitation post-opératoire précoce [35 ; 36].

Les suites opératoires :

Les complications post opératoires dans notre série ont été dominées par la suppuration pariétale soit 1,92% ; ceci a été rapporté par d'autres séries où le taux d'abcès de paroi a été de 1,2% Daly aux USA, 13,7% Mungadi, Nigéria et 2,2% Garcia, Espagne. Le pronostic de l'appendicite est bon ; nous n'avons enregistré aucun cas de décès par appendicite. Les auteurs ont rapporté un taux de mortalité de 0 à 1,6% [27 ; 37 ; 38 ; 5].

2. Hernies étranglées :

Fréquence

La hernie étranglée est la deuxième cause la plus fréquente des occlusions du grêle [39].

Dans notre étude elle a été la première cause d'occlusion, avec 19,23%.

Dans une étude réalisée dans un Hôpital régional de notre pays [40], la hernie étranglée a été la 3ème urgence digestive la plus fréquente et 4ème rang sur l'ensemble des urgences abdominales chirurgicales.

En Angleterre elle a occupé le 4ème rang en 2007 [41].

La prise en charge immédiate des hernies avant complication pourrait être à l'origine de cette faible fréquence dans les pays développés.

L'anesthésie générale a été utilisée chez la majorité des patients dans notre étude comme dans la série ivoirienne en 2006 [19] ; plus de la moitié des cas : soit (60,9% et 70,7%), [42] et [43].

Le choix de cette technique d'anesthésie s'explique par le fait que :

-l'accessibilité des produits de l'AG

-la hernie inguinale étranglée peut donner un tableau d'occlusion accompagné d'hypovolémie.

Cette hypovolémie et le contexte d'urgence constituent des limites pour anesthésie locorégionale [44].

-l'âge du patient (surtout chez les enfants)

L'objectif principal du traitement de la hernie est double : La suppression de la hernie et la prévention des récurrences [45].

Dans notre série la technique de Bassini a été la plus pratiquée pour la cure des hernies inguinales.

Même si pour la plupart des auteurs, le Shouldice semble la meilleure technique de la cure de la hernie, c'est le Bassini qui continue d'avoir la préférence des chirurgiens au CHU de Cotonou : (91,53%) des patients ont bénéficié de cette technique [20].

Tableau XXXVIII : la mortalité selon les auteurs, avec la technique de SHOULDICE

Auteurs	Effectif	Pourcentage
Galli, Italie, 2006, [46]	31	0
Harouna Y, Niger, 2003, [47]	742	40
Sissoko M, Kayes, 2009 [48]	36	2,78
Diane B, RCI, 2006, [19]	200	1,5
Sangaré, Mali, 2002, [49]	46	0
Notre étude	10	0

Le risque de nécrose intestinale et la mortalité augmentent proportionnellement avec le retard dans la prise en charge [46].

Les taux de mortalité selon les auteurs varient de 0 à 40%.

Ces taux de mortalité pourraient être liés à

- La présence de nécrose intestinale,
- La prise en charge tardive
- L'âge avancé du patient (supérieur à 60ans)
- Les pathologies associées. [42]

3. Péritonites :

Fréquence

Tableau XXXIX : Fréquence des péritonites aiguës selon les auteurs par rapport aux urgences abdominales.

Auteurs	Effectif	Fréquence	Test statistique
Hosoglu, Turquie 2004 [50]	306	13,2%	P=0,28225
Doui all, RCA, 2008 [51]	746	12,5%	P=0,74834
Dembélé, Mali, 2005, [15]	2670	7,4%	P=0,31017
Notre étude	52	19 ,23	

Notre fréquence de 19,23% est statistiquement inférieure à celles retrouvées par DEMBELE [15], HOSOGLU et de DOUI [50 ; 51]. Cette différence s'expliquerait par la petite taille de notre échantillon.

Nous avons effectué une laparotomie chez tous nos malades ce qui nous a permis de découvrir 90% de péritonites appendiculaires chez qui nous avons réalisé appendicectomie, lavage abdominal et drainage et 10% de péritonites par perforation iléale chez qui nous avons réalisé une résection réparatrice, lavage abdominal et drainage.

Suites opératoires :

Tableau XL : Morbidité selon les auteurs.

Auteur	Effectifs	Fréquence	Test statistique
Almowitch, France ,2000 [52]	39	2,5	P=0,84465
KouaméB, RCI ,2001 [53]	48	31,25	P=0,03558
DembéléB, Mali, 2005 [15]	200	13,5	P=0,90878
Notresérie	10	3,85	

La morbidité varie entre 2,5% à 31,2% [52; 53].

Ceci reste encore élevé et représente la principale cause de long séjour des malades en milieu hospitalier et de majoration des frais.

Notre taux de 3,85% est inférieur à celui de KouaméB, Dembélé B [15 ; 53].

Cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon et à la précocité de la prise en charge des pathologies pouvant entraîner une péritonite.

La mortalité liée aux péritonites aiguës dépend de l'étiologie et de la précocité de la prise en charge [54].

4. Occlusions intestinales :

Fréquence :

Tableau XLI : Fréquence des occlusions intestinales selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Fréquence	Teststatistique
Kossi, Finlande 2004[55] M.Sacko	1118	43,7	P=0,30311
Catel, Paris, 2003 [56]	117	36,7	P=0,00027
Arlette, Mali, 2006, [57]	82	36,8	P=0,00001
Notre étude, Mali 2012	52	9,62	

Notre résultat n'est pas statistiquement différent de ceux de **Catel** et **Arlette** [56 ; 57] mais différent de celui de **Kossi**[55].

Tableau XLII : les étiologies des occlusions selon les auteurs.

Auteurs	Hernies étranglées	Brides Adhérences	Volvulus du Sigmoidé	Autres
Dembélé B [15]	44%	16%	24%	16%
Sidibé B [58]	46,6%	13,2%	14,2%	25,6%
Notre étude	60%	20%	20%	

La prédominance des occlusions comme cause d'urgences abdominales chirurgicales en Afrique est en rapport avec l'incidence élevée des hernies étranglées. En Europe la cure herniaire sanctionne le diagnostic d'une hernie inguinale avant qu'elle ne se complique.

Suites opératoires :

Dans notre étude nous n'avons enregistré aucun cas de décès consécutif à l'occlusion contrairement à **Akakakaya** [59] (7,5%) de cas de décès.

Plusieurs facteurs peuvent influencer les suites opératoires : les étiologies de l'occlusion, les tares, l'âge avancé des patients et la technique opératoire.

Hémopéritoine : nous n'avons pas enregistré de cas d'hémopéritoine

VI- Conclusion

Les urgences chirurgicales occupent une place importante dans la chirurgie contemporaine de par sa fréquence élevée et dominée par les urgences abdominales dont les étiologies sont multiples et variées, d'où la nécessité d'une étroite collaboration multidisciplinaire. Le retard à l'intervention (délais entre le début des symptômes - l'admission - l'intervention) constitue le principal facteur pronostique.

L'examen clinique bien conduit est la clef du diagnostic dans notre contexte.

Les examens complémentaires morphologiques sont parfois difficiles à obtenir ou peu contributifs. Ils ne doivent pas retarder la sanction thérapeutique.

L'appendicite reste la plus fréquente des urgences abdominales chirurgicales chez l'adulte jeune. Un diagnostic précoce et une prise en charge rapide amélioreraient le pronostic.

RECOMMANDATIONS

I-Aux autorités gouvernementales :

- La formation continue des chefs de poste médicaux
- Doter les C.S.Réf d'anesthésiste réanimateur qualifié
- L'amélioration des plateaux techniques des centres de santé de référence
- L'amélioration du système d'assurance maladie

II- Au personnel sanitaire :

- Référer les malades dans les meilleurs délais.
- Renforcer la collaboration interdisciplinaire

III-A la population :

- Eviter l'automédication
- Consulter immédiatement devant toute urgence chirurgicale.

VII- Bibliographie

1. Mondor H.

Diagnostics urgents : (Paris) Masson 1965 ; 1119

2. Etienne J.C.

Diagnostic des urgences chirurgicales.

Enc Med Chir (Paris), Urgences 1998; 240-039 B-10 : 27

3. Etienne et al.

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës.

Enc Med Chir Urgences 1994; 240-390310: 27

4. Brower

Ency Med Chir Urgences (Paris) 2004; 2: 24048B10.

5. Daly CP, Cohan RH ,rancis IR caoili EM , Ellis JH , Nan M.

Incidence of acute appendicitis in patients with equivocal CT finding. *AJR Am J Roentgenol* 2005;184(6):1813-20.

6. EKERE AU, YELLOWE BE UMUNE S.

Surgical mortality in the emergency room

In orthop, 2005, 28 (3): 187-90.

7. Konaté M :

Les urgences chirurgicales au CHU Gabriel Touré

Thèse Med, Bamako, Université de Bamako, 2005, N°05M238.

8. Fofana M.

Pathologies chirurgicales à l'hôpital de Ségou.

Thèse Med, Bamako, 2006.

9. Congrès de SARANF 2012, 28eme à Abidjan.

10. Lebeau R, Diané B, Kassi AB, Yénon KS, Kouassi JC.

Nontraumatic abdominal surgical emergencies in elderly patients at the Cocody University Hospital Center in Abidjan, Côte d'Ivoire: etiology and outcome.

Med Trop (Mars). 2011;71(3):241-4.

Ann Afr Med. 2009;8(4):236-42.

11. Abantanga FA, Nimako B, Amoah M.

The range of abdominal surgical emergencies in children older than 1 year at the KomfoAnokye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana.

Ann Afric Med. 2009 Oct-Dec; 8(4):236-42. doi: 10.4103/1596-3519.59578.

12. P. Wind, G. Malamut, C.-A. Cuénod, J. Bénichou. Stratégie des explorations des douleurs abdominales. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-050-A-20 ; 2007.

13. F. Borie, C. Philippe. Appendicite aiguë. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gastro-entérologie, 9-066-A-10, 2011.

14. Barbier J. Carretier M. Rouffineau J. et al.

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

15. Dembélé Boubacar Bréhima :

Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes (Mali) à propos de 12 cas.

16. Mushtaq A, Mehbood Ali S, Stephen L, Philomena D J, Sifat W : Survey

of surgical emergencies in a rural population in the Northern areas of Pakistan. Trop Med & Int Health 2005; 12 : 846.

17. BERTHE ID

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G

Thèse Med, Bamako, Université de Bamako, 2008, N°09M53.

18. Harouna Y.

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

19. Lebeau R, Diane B, Koffi E, Yenon K, Kouassi J.C.

La résection intestinale au cours de la prise en charge de la hernie inguinale étranglée de l'adulte : Facteurs prédictifs et influence sur le pronostic de la hernie

Rev. Int. Sc.Med 2006 ; 8(1) :50-54

20. D.K.MEHINTO, O.F.J.ROUX, N.PADONOU.

Prise en charge des hernies étranglées de l'aine chez l'adulte à propos de 295 cas.

J ;Afr ; chir ; digest 3(2) :1-5

21. Cassina P. et al.

Die effizienz der chirurgischgrunddiagnostikbeinaktenabdominalschmerz.
Der Chirurg 1996; 67: 254- 60.

22. DOUMBIA A

Les urgences abdominales chirurgicales reçues au Service de chirurgie générale du CS Réf de Koulikoro à propos de 101 cas.

Thèse Med, Bamako, 2013.

23. Abdou Raouf O, Guikoumbi JR, NDinga JP et Coll

Les urgences chirurgicales au centre hospitalier de Libreville. M
ed Trop 2002; 62: 281.

24. Kassal B, Kane O, Diouf E, Beye MD

Les urgences dans un centre hospitalier universitaire en milieu tropical: le point de vue de l'anesthésiste réanimateur.

Med. Trop 2002;62:247-250.

25. Mabilia-Babela J.R., Pandzou N., Koutaba E., Ganga-Zandzou S., Senga P.

Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Brazzaville (Congo).

Med Trop 2006;66:172-176.

26. Pandonou N. Diagne B. N' Diaye M. Cherbonnel GM. Noussaume O.

Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques des quatre années (1973-1976)

Dakarmédical, 1979, 24, 190-197.

27. Konaté H :

Abdomens aigus chirurgicaux au service chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Med , Bamako, Université de Bamako, 2003, N°0 3M67.

28. Abi. F, Elfares F, Nechad M.

Unité de chirurgie viscérale des Urgences, CHU. Ibnou Rochd

Casablanca Maroc J. chir (Paris) 1987;471-474.

29. Arnaud J et al .

Conduite à tenir devant un abdomen aigu.

Encycl Med Chir (Paris) urgences 24089B-3-2003.

30. Outtara D.

Les urgences abdomino-chirurgicales chez l'enfant à propos de 84 cas.

Thèse Med, Bamako, 1997, 97M15.

31. Adejuyibé O, Fashain EO.

Acute intestinal obstruction in Nigerian children.

Trop Gastro enterol 2001; 6: 120-123.

32. Emil S, Laberge JM, Baicam L.

Appendicitis in children a ten years update of therapeutic recommendations.

Pediatric Surg 2003; 38 (2): 236-42.

33. Cassina P. et al.

Die Effizienz der chirurgischen Grunddiagnostik bei akuten abdominalem Schmerz. Der Chirurg 1996; 67: 254-60.

34. Arnaud J et al .

Conduite à tenir devant un abdomen aigu.

Encycl Med Chir, Paris, 2003, 24.

35. Adejuyigbé O, Fashain EO.

Acute intestinal obstruction in Nigerian children. *Trop Gastro Enterol* 2001; 6 : 120-123.

36. Hartmann B.

Péritonites aiguës in Mondor diagnostics urgents abdomen (Paris) *Masson 9ème Edit*; Paris 1979; 24.

37. Garcia Vazquez A, Cano Novillo I, Benavent Gordo MI, Delgado Munoz MD, Anton-Pacheco Sanchez J, Berchi Garcia FJ.

Results of laparoscopic treatment of complicated appendicitis. *Cir Pediatr* 2005; 18 (1): 8-12.

38. Mungadi IA, Jabo BA, agwu NP.

A review of appendicectomy in North –western Nigeria. *Niger J Med*; 2004; (3): 240-3.

39. Bahadir K, Hakan I, Tahir M, Duzgun A, Moran M, Mahir M.

Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults

Am jSurg 2003; 181(2): 101-4

40. Sissoko M

Etudes des hernies inguinales étranglées à l’Hôpital FousseyniDaou de Kayes.

These de Medecine Bamako 2009,N°86.

41. Jorge Barreiro

Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults

Am J. Surg 2007; 77(1):40-5

42. Alvarez-P, José A, Baldonado C, Francisco GR, Isabel S, Barreiro J et al

Cir Esp 2005; 77(1): 40-45

Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults.

Cir Esp 2005; 77(1): 40-45

43. Sagara A

Etude des hernies inguinales étranglées à l’Hôpital régional de Kayes.

These Med Bko 2005,N°79

44. Ferzli G, Shapiro K, Chaudry G, Patel S.

Laparoscopic extra peritoneal approach to acutely incarcerated inguinal hernia.

SurgEndosc 2004; 18(2): 228-31

45. Pélissier E.

Anatomie Chirurgicale des Hernies de l'aine. Technique chirurgicale Appareil digestif

Encycl Med chir Paris 2000; 3: 40-105.

46. Galli A, Scalambra MS, Balsamo F et al

Laparoscopic repair strangulated hernias

SurgEndosc 2006; 20(1):131-4

47.HAROUNAY.- ALI L. - SEIBOU A. - ABDOUL I. - GAMATE Y. -

BAZIR A. - HABIBOU A.

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

48. DAO M

Hernies inguinales étranglées à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti.

These de Medecine; Bamako; Université de Bamako; 2011; 93.

Thèse Méd, Bamako, université de Bamako, 2005, N°05M243.

49. Sangaré B.

Hernies inguinales étranglées au service de chirurgie générale et pédiatrique
l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med Bko 2002 ; N 71

50.Hosoglu S, Mustafa Ademir et Coll:

Thèse de Médecine

Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever.

Am j epidemiology 2004; 160: 46-50.

51. Doui D et all:

les péritonites aiguës généralisées opérées dans les hôpitaux de Bangui.

Etiologies et profil bactériologique à propos de 93 cas :2008,55 :617-622.

52. ALMOWITCH H :

Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé

Gastro enterolclin bio (Paris) 2000; 24: 1012-1017

53. KOUAME B

Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations

typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Côte d'ivoire

Bull Soc PatholExot 2001; 94 (5): 379-382

54. JEAN YM, JEAN LC :

Péritonite aiguë

Revprat (paris) 2001 ; 51 : 2141-2145

55. J. Kossi, P. Salminen, M. Laato.

The epidemiology and treatment patterns of postoperative adhesion induced intestinal obstruction in varsinais-suomi Hospital District.

Scandinavian journal of surgery 2004 ; 93: 68 – 100.

56. L Catel,FLefèvre,VLaurent,LCanard,LBresier,FGuillemain D et D

Régent.

Occlusion du grêle sur bride : quels critères scanographiques de gravité rechercher ? *J radiol.* 2003 ; 84 : 27-31.

57. Dongmo Alertte Michelle :

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie "A" de l'hôpital du Point G.

Thèse Méd, Bamako, université de Bamako, 2006, N°06M263.

58. Sidibé B. :

Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service du CHU Gabriel Touré.

Thèse de Méd, Bamako, université de Bamako, 2003, N°03M62.

59. Akacacaya A, Alimoglu O, Hevenk T Bas G, Sahin M.

Mechanical intestinal obstruction caused by abdominal wall hernias. *Ulus Travina Derg* 2000; 6 (4): 260-5.

FICHE SIGNALITIQUE

NOM:Coulibaly

PRENOM: AdamaBatoucouné

ADRESSE : 62381515 / 73276125. Molaoumar13@yahoo.fr

PAYS D'ORIGINE : MALI

VILLE : Bamako

ANNEE DE SOUTENANCE :2013/2014

TITRE DE LA THESE : Les urgences chirurgicales au CS Réf de Markala.

SECTEUR D'INTERET : Chirurgie, Santé publique.

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie et de la Faculté de Pharmacie.

VII- RESUME

1. Objectif général :

Répertorier les urgences chirurgicales reçues au Service de la chirurgie générale du CS Réf de Markala.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales au service de la chirurgie générale du CS Réf de Markala ;
- Décrire les aspects cliniques des urgences chirurgicales ;
- Décrire les aspects thérapeutiques des urgences chirurgicales ;
- Analyser les suites de la prise en charge ;
- Evaluer le coût de la prise en charge.

Sur une période d'étude de vingt(20) mois, nous avons recensé 52 cas d'urgences chirurgicales sur 1012 consultations et sur 401 hospitalisations, soit respectivement 5,14% et 12,97%.

Il s'agit de 38 hommes et 14 femmes (sex-ratio 2,71) dont l'âge moyen a été de 36,42ans

La douleur abdominale a été le principal motif de consultation.

L'examen physique a permis dans la majorité de cas de poser le diagnostic.

Devant certains cas douteux, nous avons demandé des examens para cliniques (échographie, ASP et groupage/rhésus).

Le traitement était en fonction de l'étiologie.

Appendicites 13/52

Hernies étranglées 10/52

Péritonites 10/52

Thromboses hémorroïdaires 7/52

Occlusions 5/52

Plastrons abcédés 4/52

Torsions du cordon 2/52

Eviscération post-traumatique 1/52

Le taux de mortalité était de 3,85%.

Mots clés :urgence, étiologie, chirurgie.

FICHE D'ENQUÊTE
URGENCES CHIRURGICALES AU CSRÉF MARKALA

Renseignements sociodémographiques

{Q1} Age :/___/ ans

{A2} Sexe:...../___/

(1=M ; 2=F)

{Q3} Adresse habituelle:...../___/

{Q4} Contact ou s/c à Markala :/___/

{Q5} Provenance :...../___/

{Q6} Nationalité :/___/

{Q7} Ethnie :...../___/

{Q8} profession :...../___/

Mode et moyen d'admission

{Q9} Mode d'admission :...../___/

1=évacué ; 2=venue de lui-même

{Q10} Moyen d'admission :...../___/

1=par ambulance ; 2=par charrette ; 3=par tricycle ; 4=par taxis ; 5=par moto

Séjour hospitalier

{Q11} Date d'entrée :...../___/___/___/

{Q12} Durée totale d'hospitalisation :...../___/

{Q13} Date de sortie :...../___/___/___/

Motif de consultation

{Q14} Motif :/_____/

{Q15} Début :/___/

Examen clinique

{Q16} Signes fonctionnels : / ___/

1=douleur, 2=nausées et vomissement, 3=gargouillement, 4=météorismes, 5=constipation, 6=arrêt de matières et de gaz, 7=épreintes, 8=rectorragie, 9=engouement, 10=méléna, 11=décoloration des selles, 12=diarrhée, 13=hématémèse, 14=ténésme, 15=autres.

{Q17} signes cardiorespiratoire :/___/

(1=douleur, 2=dyspnée, 3=bradypnée, 4=tachycardie, 5=toux, 6=polypnée, 7=hémoptysie, 8=épistaxis, 9=absent, 10=autres, 11=absent)

{Q18} Signes urinaires :/___/

1=brulure mictionnelle, 2=dysurie, 3=polyurie, 4=oligurie, 5=anurie, 6= hématurie, 7=pyurie, 8=pas de signes

{Q19} signes de traumatisme : /___/

1=plaie, 2=hémorragie, 3=ecchymose, 4=œdème, 5=absent, 6=hémorragie, 7=pas de signes, 8=autres

{Q20} Signes neurologiques : /___/

1=conscient, 2=obnubilation, 3=agitation, 4=déficit moteur, 5=coma, 6=autres, 7=absent

{Q21} Signes endocriniens : /___/

1=oui ; 2=non si oui préciser : /_____/

Traitement reçu avant l'admission

{Q22} Médical :/___/

1=oui ; 2=non

{Q23} Prescripteur : /___/

1=automédication, 2=infirmier, 3=médecin, 4=spécialiste, 5=autres

{Q24} produit prescrit:..... /___/

1=antalgique, 2=antibiotique, 3=antiinflammatoire, 4=autres

{Q25} traditionnel : /___/

1=oui ; 2=non si oui préciser la nature : /_____/

{Q26} Autres : /___/

{Q27} Durée du traitement : /___/

{Q28} Effet du traitement : / ___/

Antécédents

{Q29} Médicaux : / ___/

1=oui ; 2=non si oui préciser : / _____/

{Q30} Chirurgicaux : / ___/

1=oui ; 2=non si oui préciser : / _____/

{Q31} Familiaux : / ___/

1=oui ; 2=non si oui préciser : / _____/

{Q32} Gynéco-obstétricaux: / ___/

1=oui ; 2=non si oui préciser : / _____/

{Q32a} Nombre de grossesses : / ___/

{Q32b} Nombre d'avortements spontanés : / ___/

{Q32c} Nombre d'avortements provoqués : / ___/

{Q32d} Naissance vivante : / ___/

{Q32e} Décédé : / ___/

Signes physiques

{Q33} Etat général : / ___/

(1=bon, 2=passable, 3=altéré)

{Q34} Pression artérielle : / ___/

{Q35} Température : / ___/

{Q36} Pouls : / ___/

{Q37} la fréquence respiratoire : / ___/

{Q38} Inspection : / ___/

{Q39} Conjonctives : / ___/

{Q40} Palpation : / ___/

{Q41} Percussion : / ___/

{Q42} Auscultations : / ___/

{Q43} Toucher rectal :/___/

{Q44} Toucher vaginal :/___/

{Q45} Autres : /___/

Signes para cliniques

{46} ASP :/___/

1=oui ; 2=non si oui préciser : /_____/

{Q47} Echographie abdominale : /___/

1=oui ; 2=non si oui préciser : /_____/

{Q48} Echographie doppler :/___/

1=oui ; 2=non si oui préciser: /_____/

{Q49} Radiographie thoracique :/___/

1=oui ; 2=non si oui préciser : /_____/

{Q50} Groupage/Rhésus :/___/

{Q51} Glycémie :/___/

1=oui ; 2 =non si oui préciser : /_____/

{Q52} Autres : /_____/

Diagnostic

{Q53} Diagnostic préopératoire :/___/

{Q54} Diagnostic peropératoire :/___/

1=appendicite, 2=péritonite, 3=hernie étranglée, 4=occlusion par (étranglement herniaire, IIA, volvulus du sigmoïde, autres), 5=hémopéritoine, 6=éviscération, 7=abcès, 8=torsion du cordon spermatique, 9=rétention aiguë d'urine, 9=plaies traumatiques, 10=pneumothorax, 11=autres)

Prise en charge (traitement)

{Q55} Médical : /_____/

{Q56} Avant l'opération : /_____/

{Q57} Peropératoire : /_____/

{Q58} Postopératoire : / _____ /

{Q59} Chirurgical : / _____ /

{Q60} Par qui : / _____ /

{Q61} Aide opérateur : / _____ /

{Q62} Anesthésiste : / _____ /

{Q63} Suite opératoire immédiate : / _____ /

{Q64} Suite 1M : / _____ /

{Q65} Suite 2M : / _____ /

{Q66} Coût de la prise en charge : ? _____ ? _____ ? _____ ? _____ ? _____ ? _____ /

CFA

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 !