

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

===== || =====



UNIVERSITE DE BAMAKO

**Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'OdontoStomatologie**



Année Universitaire 2008-2009

Thèse N° /__/ M

**PRISE EN CHARGE DES URGENCES
CHIRURGICALES DIGESTIVES DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE «A» DU CHU DU
POINT G.**

THESE DE MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 06/12/2008

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

De l'Université de Bamako

Par Mr Issa Diafara BERTHE
Pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury:

Président :Pr Djibril SANGARE

Membres de jury :Dr Adama K. KOITA
:Dr Moussa A OUATTARA

Codirecteur de thèse :Pr Zimogo Zié SANOGO

Directeur de thèse :Pr Sambou SOUMARE

DEDICACES



DEDICACES

Nous rendons grâce à ALLAH, l'Omniprésent et l'Omnipotent, puisse le Seigneur Tout Puissant m'éclairer de sa lumière divine. AMEN

□ **A mon père : Diafara BERTHE**

Cher PAPA, ce travail est le tien. Tu as cru en moi et tu n'as ménagé aucun effort pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

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.

Tu as toujours été un exemple pour toute la famille car tu es un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et les autres, ce qui t'a valu les différentes distinctions du monde des transports de la nation malienne. Trouves 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 te guide et te bénisse.

□ **A ma mère : Nassarata COULIBALY**

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 mes grands parents : Feu Moussa BERTHE, Feu Issa COULIBALY , Feu Toumani SANGARE, Feue Kadidia SANGARE**

Mes remerciements les plus sincères et dormez en paix.

□ **A mon tonton et tante : Baba DIAWARA, Salimata TRAORE**

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. Que la terre américaine vous accueille avec prospérité et santé.

A mes frères et sœurs : Bassirou , Issiaka , kadidia , Boubacar surtout, Madame Boré Adiaratou BERTHE

Tu as été pour moi plus qu'une sœur. Saches que tu as été principalement la clef de ma réussite .Tu constitues pour moi une référence, un modele, 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 mes oncles et tantes :**
 Namaro BERTHÉ, Mamadou Issa COULIBALY, Bréhima BERTHÉ, Abibatou COULIBALY.
 Au professeur Djibril SANGARE

Cher tonton, cher maître, vous êtes l'initiateur de ce travail et vous n'avez ménagé aucun effort pour son élaboration.

Trouvez ici, l'expression de ma sincère reconnaissance.

- A la mémoire de Feu Karim BERTHE, Feue Aissata COULIBALY, Feue Fatoumata BERTHE**
Mes remerciements les plus sincères et dormez en paix.

- 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 atteints de pathologies chirurgicales digestives. Qu'ALLAH le tout puissant vous accorde la santé, paix et prospérité.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

- A tous mes maîtres de l'école primaire à la F.M.P.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 Pr. Sambou SOUMARE, Pr Yena SADIO, Pr Zimogo Zié SANOGO
Dr A. KOITA, Dr Moussa A OUATTARA, Dr TOGO, Dr Lamine SOUMARE, Dr L. TRAORE, Dr Youssouf YALKWE, Dr KOUMARE,
Dr CAMARA , Dr Drissa TRAORE, Dr Tidiane TRAORÉ, Dr BAMBA**
et tous ceux que je n'ai pas cité.

- A mes amis : Les jumeaux Fousseyni et Lassina OUATTARA,
Mamadou S KONE, Boubacar Tata SANGARE, Yacou Aba COULIBALY, Sidi B SISSOKO, Ismaila DOUCOURE, Aboubacar Pathé KEITA, Abdrahamane SANGARE , Daouda K CISSE,**

**Cheickna Hamala DIAKITE, Abdoul Aziz SANOGO, Leila SISSOKO ;
Mariam SAMAKE et tout ceux que je n'ai pas cité**

Vous m'avez maintes fois donné l'occasion de me rendre compte que je pouvais compter sur vous. Nous avons partagé des moments agréables, parfois difficiles, mais nous en sommes sortis toujours plus liés. Votre soutien durant toutes ces années aura été pour moi d'une valeur inestimable.

Grâce à vous, je crois en l'amitié véritable et les mots me manquent pour vous remercier. Que Dieu vous donne longue vie et perpétue nos liens.

A Mr Bréhima TRAORE

Plus qu'un ami tu es devenu un frère pour moi .Ton courage, ta disponibilité, ton sens de l'humour me laissent croire que je peux compter sur toi .Ton soutien moral et financier ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est le tien. Trouves ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Mr Tidiane TRAORE

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

A mon oncle Assamou COULIBALY

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. Tonton ce travail est le tien. Qu'ALLAH le tout puissant exhausse tes vœux et te bénisse.

A mon tonton Adjedou BERTHE

Trouvez ici toute ma profonde gratitude.

A ma très chère Djenèba DIARRA

La meilleure récompense est au près 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.

- Aux internes : Zakari SAYE , Isaïe DENA, Daouda SAMAKE, Louis TRAORE, Harouna KOULIBALY, Drissa KONE, M.M DOUMBIA, Tata FANE, Cheickna Hamallah DIAKITE, Jacques KANE, Youssouf COULIBALY, Salikou SANOGO, Salif SANGARE, Boubacar COULIBALY, Abdoulaye Sidey MAIGA, Adiaratou DOUMBIA, Awa SIDIBE, Aicha MARIKO , Abdoulaye OUATTARA**

et tous ceux que je n'ai pas cité.

- A mes camarades de promotion** du primaire, du secondaire et du supérieur ; en souvenir des moments agréables passés ensemble.
- A l'Etat malien** pour tous les efforts consentis pour ma formation.
- A tout le personnel de la chirurgie « A »**, Professeurs, Chirurgiens, CES, Internes, Infirmiers et infirmières, Anesthésistes, Aides de Bloc et Garçons de Salle.

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

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

AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Djibril SANGARE

Professeur titulaire en chirurgie générale

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.

A notre maître et membre du jury

Docteur Moussa Abdoulaye OUATTARA

Maître assistant à la FMPOS ;

Praticien hospitalier au CHU de POINT G.

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.

Cher maître, votre large sens d'écoute, votre disponibilité, votre rigueur pour le travail bien fait, votre courage, votre abord facile et votre souci pour l'encadrement de vos élèves font de vous un maître exemplaire.

Cher maître nous avons été impressionnés par la qualité de votre encadrement.

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 membre du jury

Docteur Adama KOITA

Maître assistant à la FMPOS ;

Praticien hospitalier au CHU de POINT G.

Cher maître, nous n'avons pas du tout été surpris par votre brillant passage au concours d'assistantat car, votre dynamisme, votre courage et surtout votre simplicité ne laissent personne indifférent.

Vous avez été un guide inestimable pour nous.

Trouvez ici Cher maître, l'expression de notre reconnaissance

A notre maître et co-directeur de thèse

Professeur Zimogo Zié SANOGO

Professeur agrégé en chirurgie générale

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

Praticien hospitalier au CHU de POINT G.

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, d'une extrême ténacité et d'un enseignant soucieux de la formation de ses élèves.

Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes dans la réalisation de ce modeste travail.

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

A notre maître et Directeur de thèse

Professeur Sambou SOUMARE

Professeur titulaire en chirurgie générale.

Chef de service de la chirurgie « A » du C.H.U du Point G.

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

Véritable bibliothèque vivante, vous nous avez donné l'amour de la médecine et grâce à vous, le C.H.U du Point G à travers la chirurgie « A » est une référence aujourd'hui dans la sous région voire en Afrique.

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

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

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

ASP = Abdomen Sans Préparation

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

°C = degré Celsius

Cm = Centimètre

GB = Globules Blancs

GEU = Grossesse Extra Utérine

H = Heure

Km = **Kilomètre**

NFS = Numération Formule Sanguine

PTFT = Pavillon Tidiani Faganda TRAORE

SAMU = Service d'Assistance Médical Urgente

TR = Toucher Rectal

TV = Toucher Vaginal

% = Pourcentage

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....

01

II. GENERALITES.....

03

III. METHODOLOGIE.....	
33	
IV. RESULTATS.....	
35	
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	
57	
VI. CONCLUSION.....	
66	
VII. RECOMMANDATIONS.....	
67	
VIII. REFFERENCES.....	
68	
IX. ANNEXES.....	
76	

I. 1. 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, kystes< de l'ovaire, anévrisme) ont été retrouvées chez 1000 malades ayant un abdomen aigu [4]. En 1988, Dargent en France [5] a trouvé que l'échographie abdomino- pelvienne est un examen obligatoire et toujours prioritaire dans la prise en charge de l'urgence chirurgicale abdominale en dépit des réserves liées à l'existence de faux positif ou négatif.

En 1979 à Dakar, Padonou [6] dans une série, a trouvé 5 étiologies (occlusion, péritonite, appendicite, GEU, éviscération). A Lomé en 1994, plusieurs étiologies des urgences chirurgicales ont été retrouvées, dont les 5 principales sont : occlusion intestinale, péritonite, traumatisme du foie, pancréatite, appendicite [7]. Domergue, en France [8] a étudié l'apport de la coelioscopie dans les urgences chirurgicales abdominales et considère que devant un abdomen aigu sa réalisation est un raccourci diagnostique et parfois un acte thérapeutique partiel (réalisé à minima) ou complet.

Le pronostic des urgences chirurgicales est grave [9].

En 1996, une étude Malienne sur les abdomens aigus, a rapporté un taux de mortalité de 17% [10]. Cette gravité serait liée :

- au retard de diagnostic conséquence d'une consultation tardive,
- au mauvais conditionnement des malades en préopératoire, faute de matériels.

Le but de notre travail était d'étudier les urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

2. Objectifs

2.1. Objectif général

Etudier la prise en charge des urgences chirurgicales digestives reçues et traitées dans le service de chirurgie « A » du CHU de Point G, de janvier 2004 à janvier 2006.

2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence hospitalière des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G ;
- Evaluer le résultat des examens morphologiques (ASP, échographie) dans la prise en charge des urgences chirurgicales digestives ;
- Décrire les suites opératoires et le pronostic des malades opérés en urgence.

II. GENERALITES

L'abdomen représente avec le petit bassin, la partie sous diaphragmatique du tronc. L'existence de la séreuse péritonéale qui entoure les viscères divise la cavité abdominale en deux parties qui sont :

Une partie intra péritonéale qui contient les viscères digestifs péritonisés ;

Une partie rétroperitonéale qui contient le pancréas, les organes urinaires, les surrénales, les axes vasculo-nerveux.

1. Rappels anatomique de l'appareil digestif (figure 1) [23]

Il comprend les éléments parmi lesquels :

- La bouche ;
- L'œsophage ;
- L'estomac ;
- L'intestin grêle ;
- Le colon ;
- Le rectum et le canal anal.

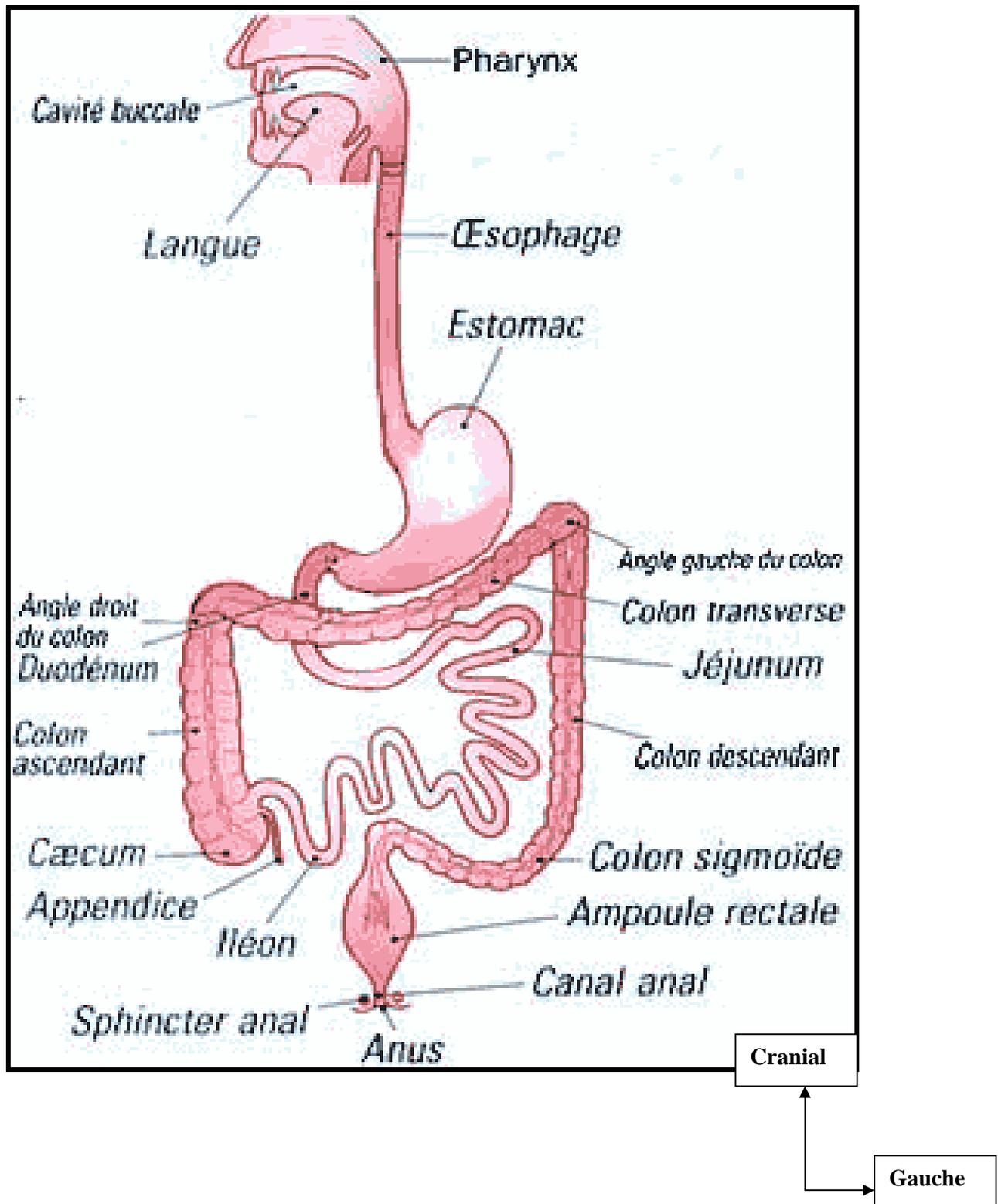


Figure 1 : appareil digestif

1.1. L'œsophage

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

1.2. L'estomac

C'est un réservoir musculéux interposé entre l'œsophage et le duodénum. Il est situé au dessous du diaphragme dans la cavité abdominale où il occupe l'hypochondre gauche et une partie de l'épigastre. L'orifice d'entrée est le cardia ou orifice cardinal au niveau duquel se trouve un système anti-reflux formant l'angle de HISS.

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

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

Dans la cavité gastrique se passe un temps important de la digestion sous l'action d'un double phénomène : mécanique dû aux contractions des muscles de l'estomac (péristaltisme) et chimique dû au suc gastrique sécrété par les glandes.

Ces deux phénomènes aboutissent à la formation du chyme.

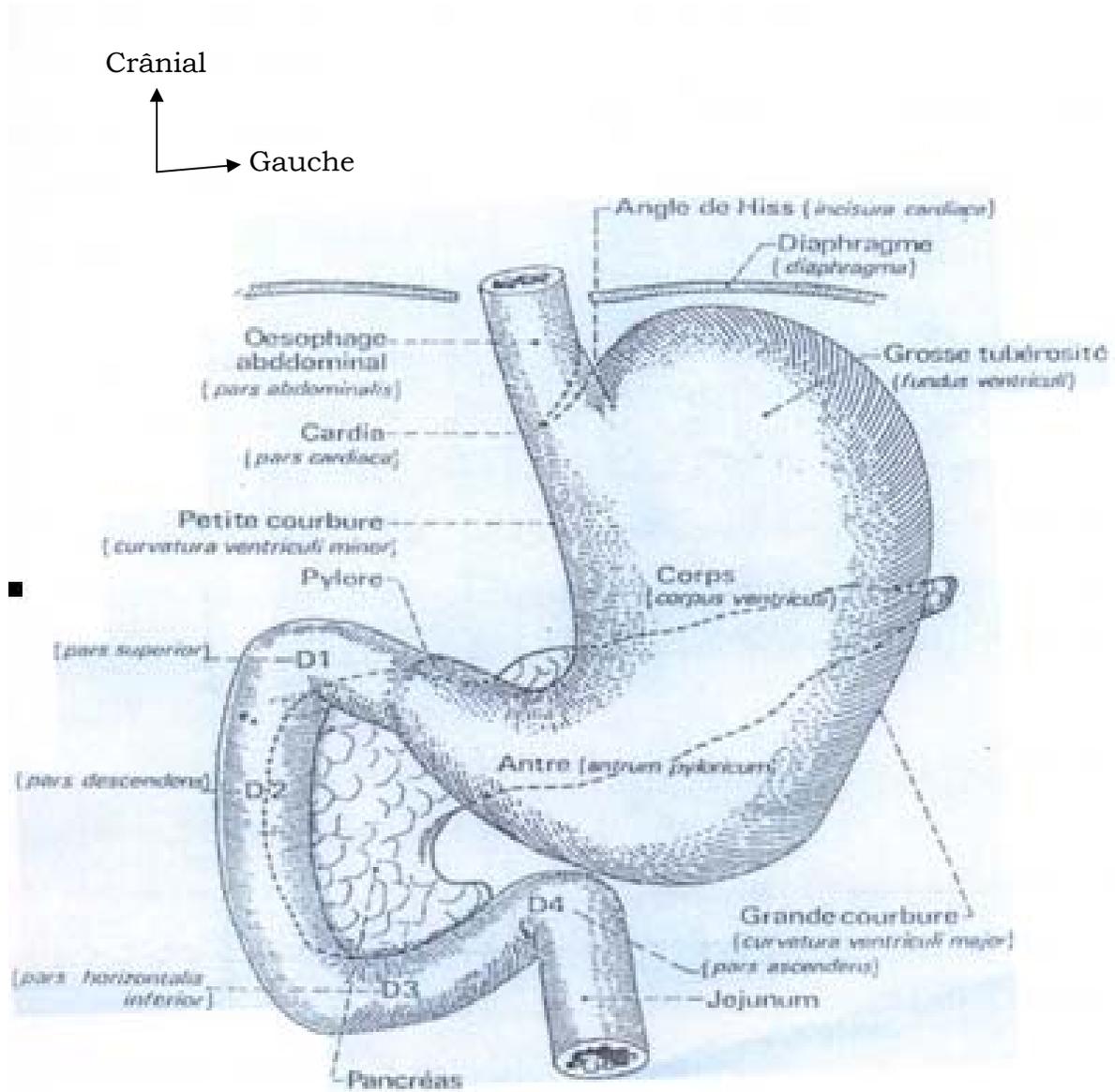


Figure 2 : estomac, duodénum [23]

1.3. L'intestin grêle

C'est un tube cylindrique, musculo-membraneux, qui unit l'estomac et le colon. Il est séparé de l'estomac par le sphincter pylorique. Sa limite inférieure est marquée par un sillon (sillon iléo – caecal) et une valvule iléo – caecale (valvule de Bauhin).

1.3.1. Le duodénum : qui veut dire en latin « par douze » car il mesure 12 travers de doigts, forme un anneau incomplet autour de la tête du pancréas. Sa longueur est de 25cm avec un diamètre de 3-4cm. Il comprend 4 parties :

- **1^{ère} portion** partant de l'estomac, elle se porte d'abord en haut, en arrière et à droite ;
- **2^{ème} portion**, elle se réfléchit et se dirige directement en bas au niveau du col de la vésicule biliaire ;
- **3^{ème} portion**, elle suit un trajet horizontal à gauche à la partie inférieure de la tête du pancréas ;
- **4^{ème} portion**, elle monte obliquement en haut et à gauche jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal à partir des vaisseaux mésentériques.

1.3.2. Le jéjuno – iléon

Il s'étend de l'angle duodéno – jéjunal au caecum. Il mesure 6,5m. Son calibre varie entre 2 et 3 cm.

Il comprend 15 à 16 flexuosités ou anses intestinales. Les anses jéjunales sont disposées horizontalement dans la cavité abdominale supérieure gauche tandis que les anses iléales sont placées verticalement dans la cavité abdominale inférieure droite.

Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'iléon. Sous l'action de la bile, du suc pancréatique et du suc intestinal, le chyme gastrique est transformé en chyle. Le chyle est absorbé par un énorme réseau vasculaire drainé vers le foie par le système porte.

1.4. Colon – rectum – canal anal

C'est la partie terminale du tube digestif. Le colon fait suite dans la fosse iliaque droite à l'iléon .Il présente à ce niveau un cul de sac ou caecum auquel est appendu l'appendice puis traverse tout l'abdomen décrivant une grande boucle à concavité inférieure. Il comprend successivement le colon

ascendant, le colon transverse, le colon descendant dans la fosse iliaque gauche (colon sigmoïde) puis descend dans le petit bassin où il présente une portion dilatée (rectum) puis il traverse le plancher du périnée et s'ouvre à l'extérieur par le canal anal. Sa longueur moyenne est de 1,5m.

1.5. Glandes Annexes

1.5.1. Foie

Le foie est défini comme un organe glandulaire indispensable à la vie. Il est placé sur le trajet de la veine porte, et destiné à de multiples fonctions physiologiques (stockage du glucose sous forme de glycogène, fonction de détoxification, élaboration de la bile, etc....)

Il joue un rôle important dans la digestion, puisque tout ce qui est élaboré au niveau du grêle lui parvient par le système porte. La bile rejoint l'intestin grêle par les voies biliaires : Sécrétée en permanence par le foie, elle est stockée dans la vésicule biliaire et excrétée au moment de la digestion.

1.5.2. Pancréas

Organe profond, rétro-péritoneal, on lui décrit trois portions : la tête, le corps et la queue (Caput, corpus et cauda pancreati). La tête est inscrite dans le cadre duodénal, dont elle est indissociable. C'est à ce niveau que sa sécrétion externe se déverse dans l'intestin grêle par l'intermédiaire du canal de wirsung et du canal de santoroni (ductus pancreatcus).

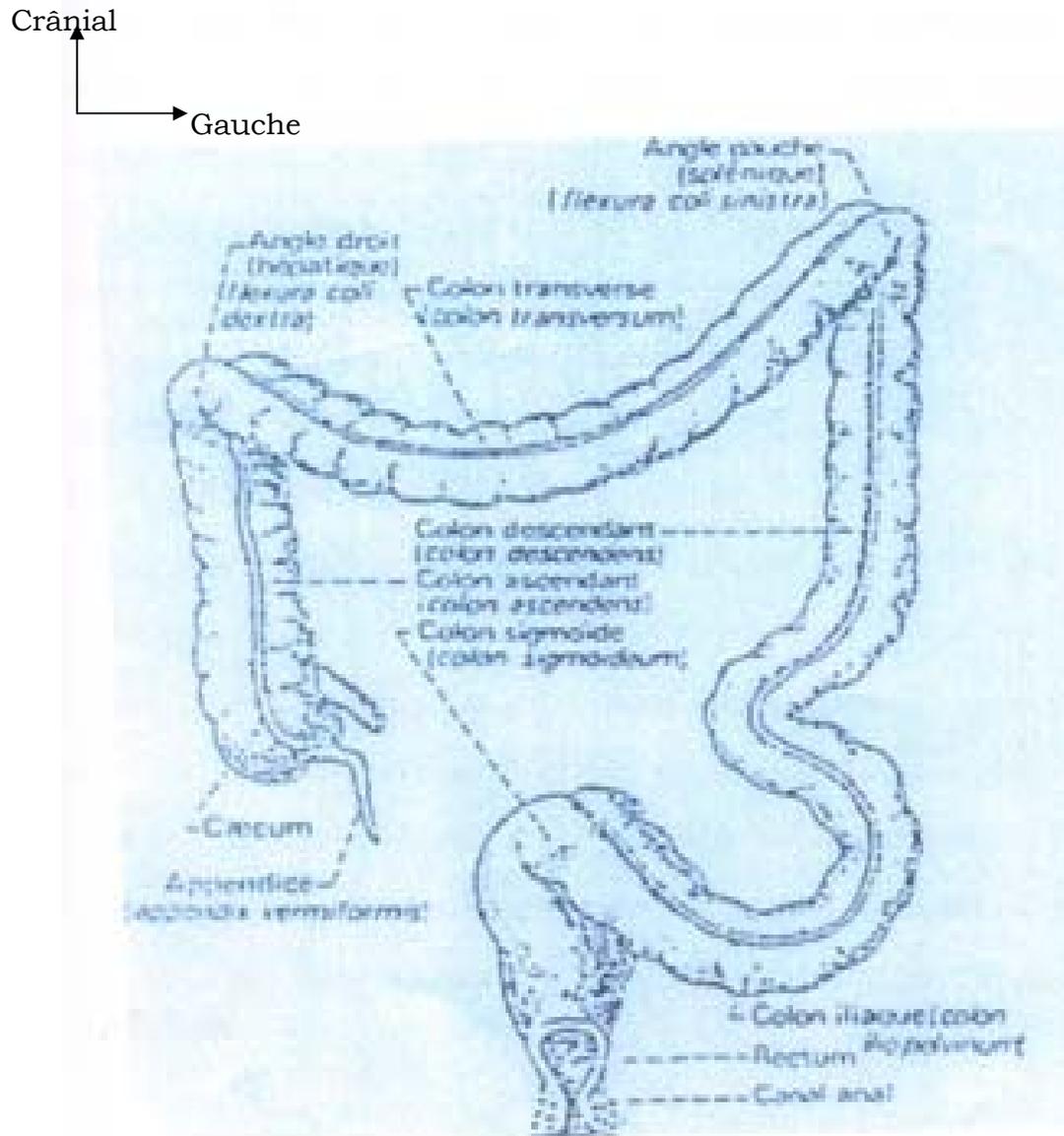


Figure 3 : colon, rectum, canal anal [23]

2. Les urgences chirurgicales digestives

2.1. Hernie étranglée (41)

2.1.1. Définition

L'étranglement herniaire se définit comme la striction serrée et permanente d'un viscère à l'intérieur du sac herniaire.

Il constitue le risque évolutif majeur de toute hernie, justifiant systématiquement la cure chirurgicale préventive.

2.1.2. Physiopathologie

Une hernie non compliquée est indolore (elle entraîne tout au plus un 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 manoeuvres 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.

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

Quels que soient leur taille et leur type anatomique, toutes les hernies peuvent s'étrangler un jour ou l'autre ; certaines plus que d'autres, cependant (fig. 4).

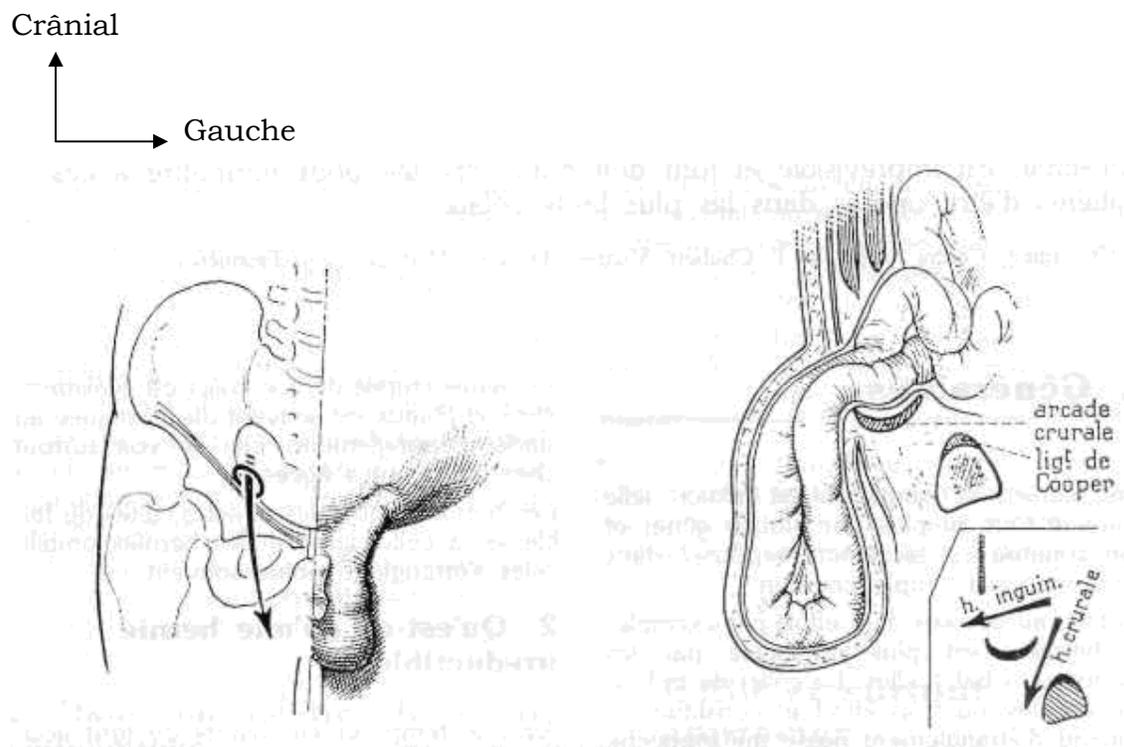


Figure 4 : Hernie étranglée

Ce sont surtout les hernies inguinales congénitales, dites encore obliques externes. Elles sont de loin les plus fréquentes, notamment en Afrique surtout chez l'enfant et l'adulte jeune. Elles traversent la paroi abdominale en suivant le canal inguinal et leur collet est étroit, d'où le risque d'étranglement.

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

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

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

Avec le temps et en dehors de tout accident aigu et douloureux, la hernie devient progressivement irréductible, du fait de son volume et des adhérences qui se créent au sein d'un sac épaissi et remanié. La hernie reste cependant peu douloureuse et n'est pas étranglée. Le risque d'étranglement

et d'occlusion à bas bruit est cependant élevé et l'intervention s'impose dans un délai bref.

2.1.3. Signes cliniques

Dans les formes typiques, le diagnostic de la hernie étranglée est facile. Les signes cliniques sont dominés par la douleur.

Elle apparaît brutalement ou de façon progressive au niveau d'une hernie en général connue et indolore jusqu'à ce jour.

A cette douleur isolée au début s'associent plus ou moins précocement des signes d'occlusion :

Une douleur abdominale diffuse d'évolution paroxystique, des nausées et vomissements, l'arrêt des matières et des gaz.

L'examen physique retrouve la douleur provoquée à la palpation de la voussure herniaire. Cette douleur est maximale au niveau du collet de la hernie.

La hernie est irréductible et n'est plus expansive à la toux. Sa matité à la percussion dénonce la présence du liquide d'épanchement dans le sac herniaire.

Le toucher rectal provoque une douleur du côté de la hernie.

Les signes généraux sont modestes : température normale, pouls régulier un peu accéléré, souvent une agitation, mais l'état général est conservé.

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

Le phlegmon pyostercoral est une éventualité évolutive : localement la hernie devient chaude, rouge, douloureuse, la peau oedematiée. La rupture de l'anse étranglée à la peau réalise une fistule. Cette fistule peut entraîner une dénutrition rapide lorsqu'il s'agit d'une anse grêle.

2.1.4. Formes cliniques

Trois variétés évolutives sont à retenir :

- Formes suraiguës elles sont l'apanage des petites hernies au collet très serré.

Ici l'évolution est très rapide et la symptomatologie est assez bruyante :

Syndrome hyper algique, vomissement fécaloïdes précoces, signes toxico-infectieux.

L'évolution en l'absence d'intervention chirurgicale se fait vers la mort en 24 à 48 heures. Parmi ces formes suraiguës le choléra herniaire est marqué par la prédominance des signes digestifs : vomissements répétés, et surtout une diarrhée continue entraînant une déshydratation rapide.

Ces formes se voient au cours d'un pincement latéral de l'anse intestinale étranglée. D'autres formes sont marquées par l'existence de crampes musculaires voire de crises convulsives réalisant les formes éclamptiques.

Ces aspects sont rares dans les hernies inguinales étranglées.

- Formes subaiguës : elles sont rares et réalisent le tableau classique de l'engouement herniaire.

Elles se voient au cours des étranglements peu serrés.

Ici l'arrêt des matières et gaz est peu marqué, les signes physiques sont moins nets : légère impulsion à la toux, pas de douleur au collet du sac. L'évolution peut se faire vers la guérison ou l'étranglement serré.

La limite entre engouement et étranglement herniaire n'est pas très nette. La différence entre ces deux entités cliniques n'a pas d'intérêt pratique et tout engouement doit être considéré comme un étranglement et traité chirurgicalement sans délai.

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

2.1.5. Les examens complémentaires :

- L'ASP (abdomen sans préparation) debout de face : montre des niveaux hydroaériques.

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

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

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

2.1.6. Diagnostic positif

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

- La douleur : elle est maximale au niveau du collet de la hernie ;
- L'irréductibilité de la hernie
- La hernie n'est plus impulsive ou expansive à la toux.

2.1.7. Diagnostic différentiel

a. La péritonite herniaire

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

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

b. L'engouement herniaire

C'est lorsqu'une hernie simple devient douloureuse et irréductible puis se réduit spontanément. Ici la douleur exquise au niveau de collet n'est pas nette.

En théorie il n'est pas un étranglement mais son potentiel évolutif est l'étranglement.

c. Les adénites inguinales

Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile

d. Les anévrysmes de l'artère iliaque externe

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

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

But :

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

2.1.9. Les complications liées au traitement

Elles sont nombreuses et souvent graves :

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

- complications postopératoires :

Elles sont les plus fréquentes :

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

2.2. Les péritonites aiguës [12]

2.2.1. Définition

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

2.2.2. Physiopathologie générale

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

Il s'agit :

- d'une 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.

2.2.3. Formes cliniques

a) Les formes cliniques communes dites sthéniques de l'adulte jeune

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

La symptomatologie clinique typique est caractérisée par la douleur, les troubles du transit (vomissements, arrêt des matières et des gaz) et les signes physiques abdominaux (météorisme, hyperesthésie cutanée, contracture ou défense). L'ensemble survient dans un contexte de syndrome infectieux plus ou moins intense. Tous ces signes sont précoces. Les modifications typiques de faciès (faciès péritonéal classique) sont plus tardives. La contracture abdominale, quand elle est présente, est pathognomonique.

b) 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).

2.2.4. Etiologie

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

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

2.2.5. Traitement

Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps :

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

Le traitement médical est double

- réanimation hydroélectrolytique, hémodynamique et calorique, pour compenser les conséquences de l'inflammation péritonéale (hypovolémie, perturbations électrolytique, catabolisme majoré...)
- un traitement anti – infectieux par l'antibiothérapie dont l'objectif principal est d'éviter ou de contrôler une diffusion de l'infection.

Le traitement chirurgical est le centre de la démarche. Il consiste à traiter la cause et à évacuer et drainer la collection purulente. C'est le point important du traitement anti-infectieux lui-même.

Principes du traitement chirurgical

La chirurgie utilise deux grands moyens :

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

De plus une évacuation de l'intestin fonctionnellement occlus peut s'avérer indispensable.

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

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

2.3. Les appendicites aiguës (39)

2.3.1. Définition

C'est l'inflammation aiguë de l'appendice. C'est une urgence chirurgicale.

2.3.2. Epidémiologie

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

2.3.3. Etio-physiopathologie

L'appendicite est due :

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

2.3.4. Anatomie Pathologie

Il existe une grande variété anatomo-pathologique d'appendicite :

- L'appendicite catarrhale : elle correspond à une inflammation de l'appendice (appendice rouge).
- L'appendicite phlegmoneuse : c'est un appendice turgescents couvert de fausses membranes avec du pus dans sa lumière et une nécrose suppurée de sa paroi.
- L'appendicite gangréneuse : quand l'appendice est couvert de plages nécrotiques s'étendant parfois jusqu'au cæcum.
- L'abcès appendiculaire est une appendicite purulente avec du pus autour de l'appendice.

L'abcès peut prendre une forme particulière appelée plastron quand les viscères de voisinage (anses grêles, épiploon, vessie) viennent s'accoler au contact du foyer inflammatoire.

La péritonite appendiculaire : c'est l'abcès appendiculaire avec du pus qui a diffusé dans la grande cavité péritonéale.

L'appendicite peut évoluer plus ou moins rapidement de la forme catarrhale à la péritonite en 24-72 heures. Donc l'appendicite est une urgence chirurgicale. L'abcès appendiculaire, le plastron, la péritonite appendiculaire sont des complications de l'appendicite catarrhale.

2.3.5. Etude clinique

a) Les signes fonctionnels :

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

b) Signes généraux :

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

c) Signes physiques

A l'inspection le ventre respire. La palpation révèle une douleur accompagnée d'une défense de la fosse iliaque droite.

Le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent une douleur à droite dans le Douglas.

A l'auscultation : les bruits abdominaux sont normaux au début.

d) Signes para cliniques

La Numération Formule Sanguine (NFS) montre une hyperleucocytose (1.500 à 20.000 GB/mm³) surtout à polynucléaires neutrophiles.

L'échographie peut parfois montrer un gros appendice à parois épaisses ou un épanchement péri appendiculaire.

e) L'évolution

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

La plupart du temps l'évolution se fait vers l'aggravation en quelques jours ; parfois cette aggravation est entrecoupée d'une accalmie traîtresse.

L'aggravation peut se faire vers l'abcès ou vers la péritonite.

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

Signes fonctionnels : sont les même que dans les formes typiques

Signes physiques : la fosse iliaque droite est le siège d'une masse fluctuante douloureuse.

Signes généraux : souvent une altération de l'état général, une température à 38 – 38,5°C (fièvre oscillante).

La NFS montre une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

L'évolution sans traitement se fait vers la perforation réalisant alors une péritonite généralisée.

2.3.7. Le plastron (est une complication de l'appendicite catarrhale).

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

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans le cas typique

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

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

Signes paracliniques : La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydro-aériques.

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

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

Signes généraux :

Température élevée à 40° c

Pouls accéléré

Signes physiques :

Contracture abdominale généralisée dite contracture en ventre de bois et maximum dans la fosse iliaque droite.

Le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent une douleur partout dans le Douglas.

Signes paracliniques :

Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS.

La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydroaériques.

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

2.3.9. Diagnostic différentiel :

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

Les pathologies médicales les plus fréquemment évoquées sont :

Le paludisme : il est parfois caractérisé par :

- une douleur de tout le flanc droit
- une fièvre à 39-40°C avec des frissons
- des vomissements, sans arrêt des matières ni des gaz

Le toucher rectal et le toucher vaginal sont sans douleur

La goutte épaisse est souvent positive.

L'hépatite virale : elle peut faire croire à une appendicite si elle se révèle par :

- une douleur de tout le flanc droit
- des vomissements
- une fièvre

Le siège de la douleur est haut. Il y a un subictère et les transaminases sont élevées, notion de contagé.

L'adénolymphite mésentérique :

Une inflammation des ganglions mésentériques sans atteinte de l'appendice l'examen clinique ne permet pas de la distinguer de l'appendicite à coup sûr. Il faut hospitaliser le malade et suivre l'évolution, soit faire une intervention exploratrice.

La colique néphrétique droite peut faire penser à une appendicite devant :

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

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

Elles sont paroxystiques.

Il y a une pollakiurie, des brûlures mictionnelles

Il n'y a pas de défense de la fosse iliaque droite

La NFS est normale.

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

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

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

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

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

Les pathologies chirurgicales :

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

Il faut savoir éliminer :

Chez la femme : une salpingite droite, une GEU droite, une complication d'une tumeur ovarienne droite (dans ce cas, le toucher vaginal et l'échographie peuvent mettre en évidence la tumeur)

Chez le vieillard : un cancer du caecum

Chez l'enfant : un diverticule de Meckel

Chez la vieille femme : une lithiase vésiculaire

2.3.10. Formes cliniques

a) Formes selon le terrain

L'appendicite du nourrisson : caractérisée par sa rareté et son évolution rapide (la péritonite peut apparaître en moins de 24h).

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

L'appendicite du vieillard : se caractérise par une évolution lente en général. Un syndrome pseudo-occlusif fébrile (d'où le diagnostic différentiel avec les occlusions, et cancer du caecum).

Dans le cancer du caecum il y a une douleur de la fosse iliaque droite, un amaigrissement une anémie, une image typique au lavement baryté.

L'appendicite de la femme enceinte est caractérisée par :

Au 1er trimestre peu de différence avec l'appendicite typique

Au 3ème trimestre : La douleur appendiculaire est plus haute. La défense est moins nette. Un problème de diagnostic différentiel se pose avec la pyélonéphrite de la femme enceinte.

La pyélonéphrite est caractérisée par :

- des douleurs flanc droit (surtout lombaires) ;
- des nausées ;
- une constipation ;
- une Température 38°-39°c avec des frissons parfois ;
- des troubles urinaires (pollakiurie brûlures mictionnelles).

b) Formes selon le siège

L'appendicite pelvienne :

Elle se voit surtout chez la femme non enceinte, elle est caractérisée par :

- des douleurs basses dans la fosse iliaque droite ;
- des nausées ;
- une constipation ;
- une température 37°c – 37, 5°c ;
- un pouls accéléré ;
- une douleur provoquée à la palpation de la partie basse de la fosse iliaque droite ;

Le Toucher rectal et le toucher vaginal provoquent des douleurs aiguës à droite. Dans ce cas il faut éliminer une salpingite, une grossesse extra utérine.

L'appendicite sous-hépatique

Elle est caractérisée par :

- des douleurs dans hypochondre droit ;
- des nausées voir des vomissements ;
- une constipation ;
- une douleur, voir une défense provoquée dans l'hypochondre ;
- une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

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

Appendicite mésocoliaque caractérisée par :

- des douleurs périombilicales ;

- un syndrome pseudo occlusif (où le diagnostic différentiel avec une gastro entérite).

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

2.3.11. Principe du traitement des appendicites aiguës

Le seul traitement est l'appendicectomie.

a) L'abcès appendiculaire nécessite :

- une appendicectomie ;
- une antibiothérapie.

b) La péritonite nécessite

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

c) Le plastron appendiculaire : son traitement comporte :

- une réanimation médicale (perfusion, diète total) ;
- la glace sur la fosse iliaque droite ;
- une antibiothérapie ;
- une surveillance médicale rigoureuse ;

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

3. LES OCCLUSIONS INTESTIALES AIGUES (34)

3.1. Définition :

L'occlusion intestinale est un arrêt brutal complet et persistant du transit (des matières et des gaz) dans un segment intestinal. C'est une urgence chirurgicale.

Il existe des occlusions organiques, des occlusions fonctionnelles et des occlusions mixtes.

3.2. Physiopathologie :

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

- strangulation (exemple : volvulus, invagination) ;
- obstruction ;
- 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.

Dans les strangulations, la circulation est d'abord perturbée sur le retour veineux alors que l'artère continue à amener le sang dans la zone strangulée. Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ; d'où une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre 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 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.

3.3. Signes cliniques

a) Les signes fonctionnels sont caractérisés par :

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

b) Les signes généraux sont caractérisés par :

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

c) Les signes physiques sont caractérisés par :

A l'inspection :

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

A la palpation :

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

A la percussion :

La présence d'un tympanisme, souvent tardif

A l'auscultation :

La présence et l'accentuation de bruits hydroaériques

Aux touchers pelviens (Toucher Vaginal –Toucher Rectal) :

La présence de signes qui sont fonction du siège et de l'étiologie de l'occlusion.

La palpation des orifices herniaires recherche une hernie étranglée.

3.4. Les signes paracliniques

a) La radiographie de l'abdomen sans préparation, debout de face ou assis de face ou même couché de profil montre des niveaux hydroaériques. Un seul niveau hydroaérique suffit pour poser le diagnostic d'occlusion. Il est important préciser le nombre, le siège et l'aspect des niveaux hydroaériques.

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

c) Le transit du grêle effectué en dehors des périodes de vomissements peut montrer un obstacle sur l'intestin grêle. Les signes biologiques des troubles hydro-électrolytiques. Car l'occlusion entraîne une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acide-base. Ces troubles hydro-électrolytiques souvent fonctionnelles sont constatés sur l'ionogramme (souvent une "hypernatrémie"), l'azotémie ou la créatinémie (souvent une "hyperazotémie" ou un hypercréatinémie").

Il faut effectuer un bilan général du malade (clinique).'

3.5. Formes cliniques

a) En fonction du siège

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	Tardif
Déshydratation	Rapide	Tardive
Météorisme	Absent	Important
Niveaux hydro-aériques	Plus larges que hauts, à bords fins centraux	Plus hauts que larges, à bords épais Périphériques
Lavement	Normal	Montre siège, le mécanisme de l'occlusion et la cause l'occlusion

b) En fonction du mécanisme

L'occlusion par volvulus du sigmoïde est caractérisée par :

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

L'occlusion par cancer du sigmoïde qui atteint surtout le vieillard est caractérisée par :

- des douleurs progressives continues
- une altération de l'état général avant l'occlusion
- une fièvre avec parfois une anémie

Antécédent d'alternance de diarrhée et de constipation. Une tumeur à la palpation parfois.

c) En fonction de l'étiologie et de l'âge :

- Chez le nouveau né, les occlusions les plus fréquentes sont pour le colon :

L'imperforation anale : diagnostiquée à l'inspection du périnée à la naissance;

La maladie de Hirschprung;

L'immaturité du colon pour le grêle;

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

- Chez le nourrisson, les causes les plus fréquentes sont:

-l'invagination intestinale aiguë;

-maladie Hirschprung.

- Chez l'enfant les causes les plus fréquentes sont:

-le diverticule de Meckel;

-l'appendicite;

-l'invagination intestinale aiguë.

- Chez l'adulte, les causes les plus fréquentes sont:

-le volvulus du sigmoïde (surtout au Mali);

-le volvulus du grêle sur bride est provoqué par les séquelles de la laparotomie;

La présence de bride est presque toujours secondaire à une intervention chirurgicale antérieure.

- Chez le vieillard : les principales causes sont :

-le cancer du colon qui est le plus fréquent;

-le volvulus du sigmoïde;

-l'appendicite du vieillard : c'est une occlusion fébrile avec douleurs dans la fosse iliaque droite;

-l'iléus biliaire rare au Mali, plus fréquent en Europe;

-les hernies internes (exceptionnelles).

Diagnostic différentiel avec les occlusions fonctionnelles.

Les occlusions fonctionnelles sont caractérisées par :

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

Signes Généraux : qui sont fonctions de la cause

Signes Physiques : résumés par un météorisme important diffus

Radiographie de L'Abdomen Sans Préparation Débout de face prenant les coupes diaphragmatiques: montre une dilatation gazeuse diffuse (sur le grêle, le colon) avec peu de niveau hydroaériques.

Les principales causes de ces occlusions fonctionnelles sont les neuroleptiques, les antimitotiques, etc....

3.6. Traitement des occlusions

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

Le traitement Médical

Il consiste en:

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

Le traitement chirurgical :

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

Pour le volvulus du sigmoïde il faut pratiquer en urgence :

- une laparotomie
- une détorsion du sigmoïde
- une sigmoïdectomie

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

Pour le volvulus sur bride, il faut pratiquer en urgence :

- une laparotomie ;
- la section de la bride.

Pour l'occlusion par cancer du sigmoïde il faut faire :

- la laparotomie ;
- si possible une résection du cancer.

Sinon faire une colostomie qui sera suivi d'une résection du cancer. Dans le cas particulier des occlusions avec nécrose intestinal, il est toujours nécessaire de réséquer la zone nécrosée.

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

Après 40 à 60 jours d'évolution on effectuera le rétablissement de la continuité digestive si l'état général du malade le permet.

III. METHODOLOGIE

1. Type et durée de l'étude

Notre travail était une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur les patients reçus en urgence, traités et suivis au service de Chirurgie A du CHU du Point G. Elle s'est étendue sur la période de janvier 2004 à Janvier 2006.

2. Cadre d'étude

Le centre hospitalier universitaire (CHU) du Point « G » est un centre de troisième niveau de référence. Il est situé à 8Km du centre ville ; sur la colline du Point « G ».

Présentement l'hôpital compte 18 services dont deux services de chirurgie générale : « A » et « B ». Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie « A » du CHU du point « G ». Les activités du service sont dominées par la chirurgie digestive et thoracique. Le service comprend deux pavillons (PTFT et chirurgie II). Les entités comprennent 40 lits d'hospitalisation dont 18 de troisième catégorie, 16 de deuxième catégorie et 6 de première catégorie.

3. Patients

Tous les patients ont été recrutés dans le service de chirurgie « A ». Le recrutement a concerné les malades des deux sexes et tout âge. Un questionnaire établi a permis de recueillir tous les renseignements nécessaires pour chaque patient.

- **Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans cette étude, les patients reçus et opérés pour pathologie chirurgicale digestive aiguë (appendicite, occlusion, péritonite, traumatisme abdominal avec lésion digestive).

- **Critères de non inclusion**

Tous les patients reçus non opérés ou opérés pour d'autres urgences non digestives, n'ont pas été retenus dans l'étude.

Collecte et traitement des données

Les données ont été collectées grâce :

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

- 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 Word, office 2003 et d'analyse EPI Info 6.4.

IV. RESULTATS

1. Données sociodémographiques

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage (%)
0 – 19 ans	28	26,17
20 - 39 ans	52	48,60
40 – 59 ans	18	16,82
60 – 79 ans	9	08,41
Total	107	100

La majorité de nos patients, soit 39,6 % avait un âge compris entre 20 - 39 ans.

La moyenne d'âge a été de 32,67 ans. Les extrêmes étaient de 3 ans et 73 ans.

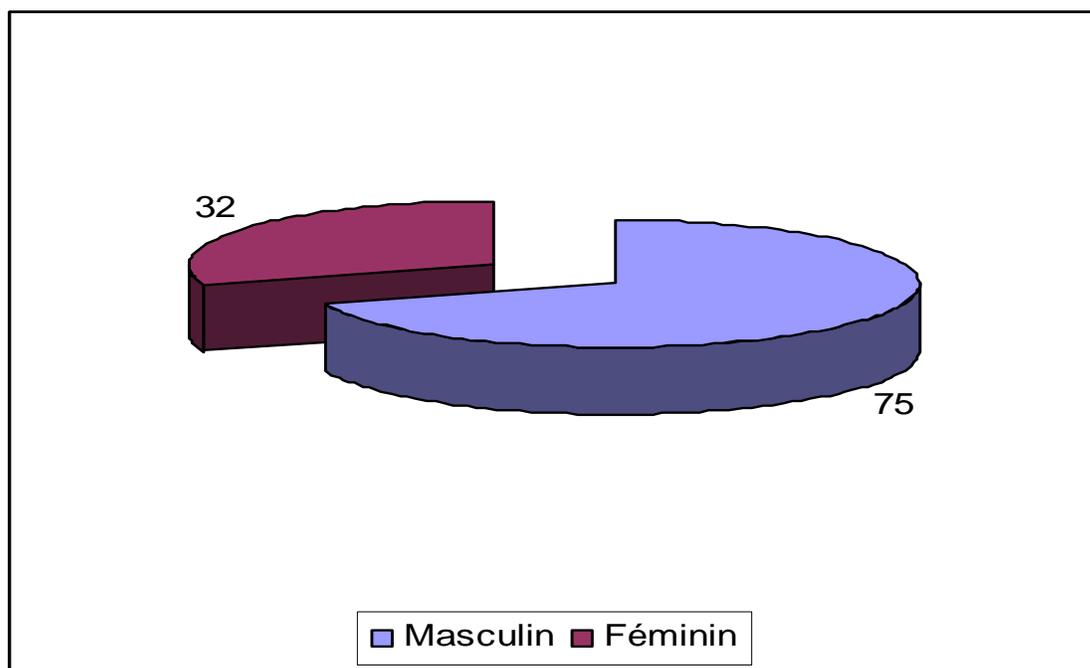


Figure 5 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe ratio a été de 2,34 en faveur des hommes.

Tableau II : Répartition des patients selon la provenance

Provenances	Effectif	Pourcentage (%)
Bamako	77	72
Bougouni	3	02,9
Sanankoroba	4	03,7
Doïla	6	05,6
Kolokani	9	08,4
Fana	4	03,7
Nara	1	00,9
Selingué	1	00,9
Ouéléssébougou	2	01,9
Total	107	100

La majorité de nos patients soit 72 % provenait de Bamako.

Tableau III : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnies	Effectif	Pourcentage (%)
Bambara	39	36,59
Sénoufo	7	06,5
Peulh	17	15,9
Soninké	17	15,9
Sonrhaï	3	02,8
Bobo	4	03,7
Minianka	2	01,9
Malinké	12	11,2
Autres	6	05,6
Total	107	100

L'ethnie bambara a été la plus représentée 36,59 %.

NB: nous avons rencontré d'autres ethnies comme : le vili, le kakolo, le bozo.

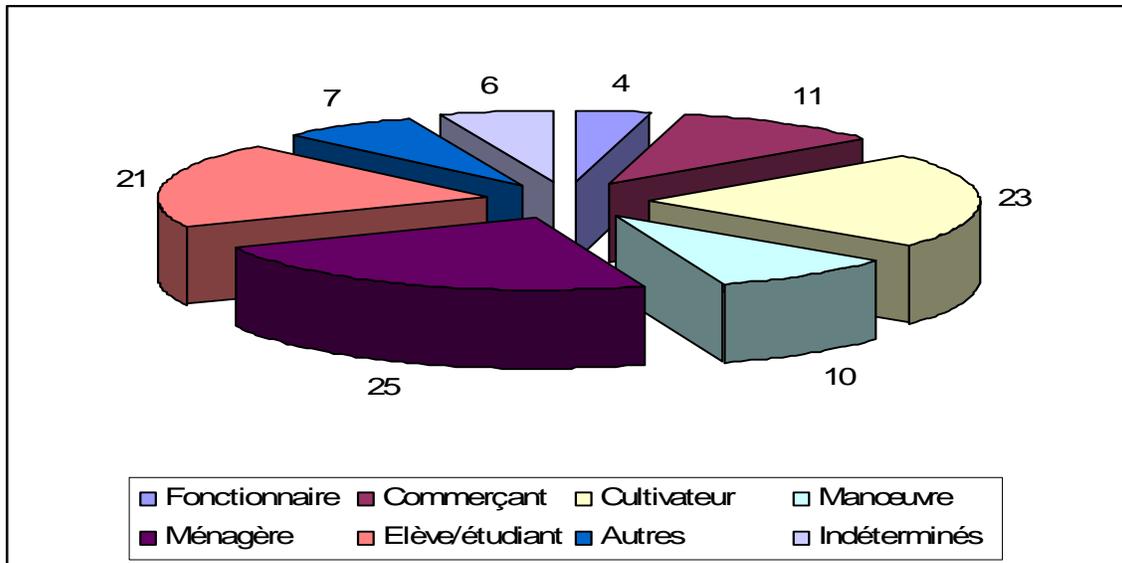


Figure 6: Répartition des patients selon l'activité

Les ménagères, les cultivateurs et les élèves/étudiants ont été majoritaires.

2. Modalités de prise en charge

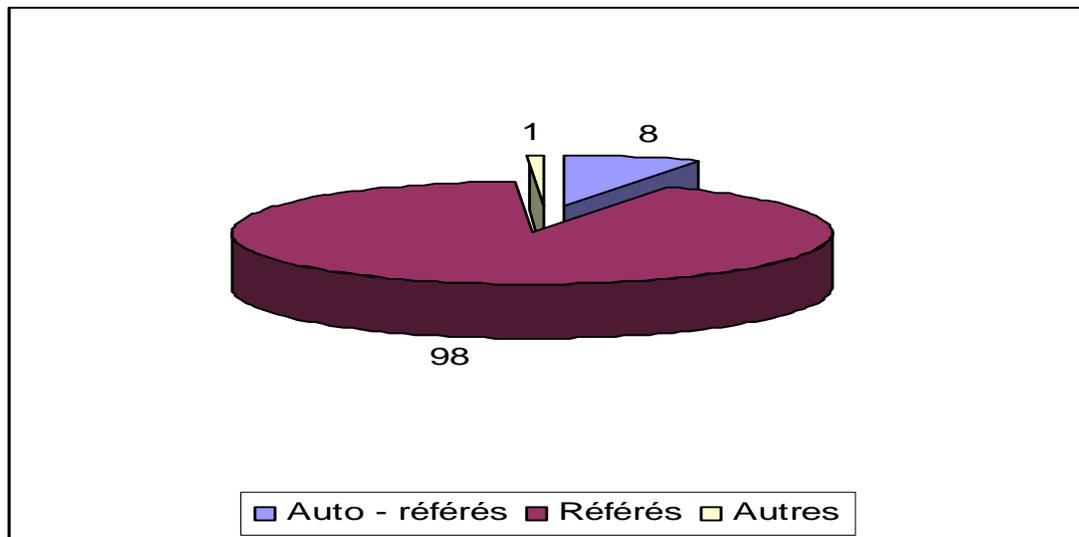


Figure 7: Répartition des patients selon le mode d'admission

La majorité des patients (soit 98 sur 107) a été référée.

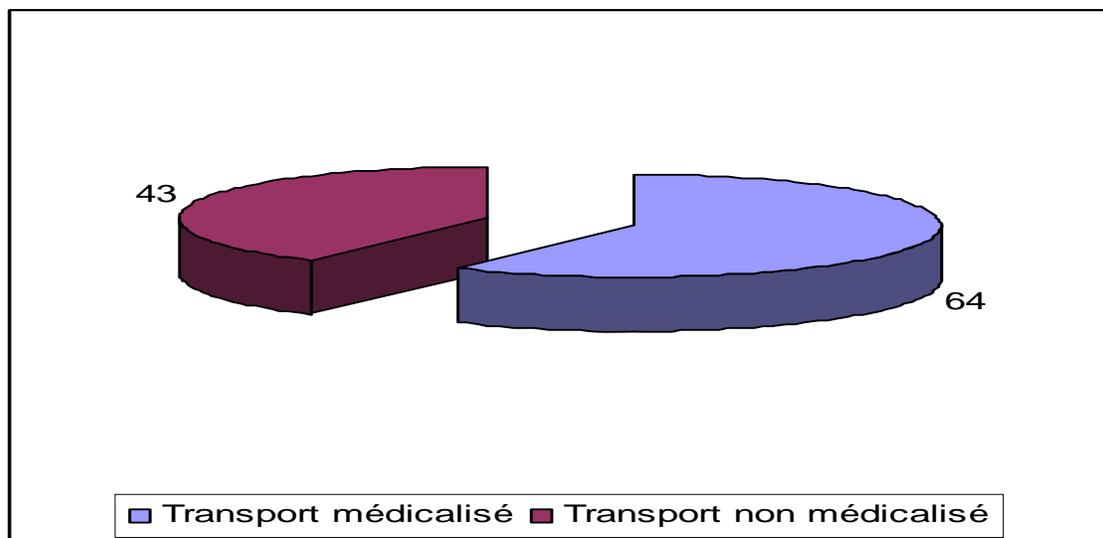


Figure 8: Répartition des patients selon les moyens de référence

Les patients transportés dans l'ambulance ont été prédominant avec 59,81 %.

Tableau IV : Répartition des patients selon le traitement antérieur

Traitement antérieur	Effectif	Pourcentage (%)
Médical	74	69,20
Chirurgical	6	05,60
Traditionnel	23	21,50
Aucun	4	30,7
Total	107	100

69,2 % des patients avaient déjà bénéficié d'un traitement médical avant leur admission.

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

Durée d'évolution	Effectif	Pourcentage (%)
0 – 12 h	5	04,7
13 – 24 h	11	10,3
24 – 48 h	45	41,9
48 – 72 h	11	10,3
> - 72 h	16	15
Indéterminé	19	17
Total	107	100

La majorité de nos patients, soit 41,9 %, a été vue entre 24-48 heures après le début de la maladie.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du temps écoulé entre admission et intervention

Temps écoulé entre admission et intervention	Effectif	Pourcentage %
2H	60	56,08
3H	22	20,56
4H	16	14,95
5-6H	6	05,61
Plus de 6H	3	02,80
Total	107	100

La majorité de nos patients a été opérée dans les deux premières heures après leur admission, soit 56,08 %.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction du temps écoulé entre le début des symptômes et intervention

Temps écoulé entre symptômes et intervention	Effectif	Pourcentage %
0 – 24 H	5	04,67
24 – 48 H	10	09,35
48 – 72 H	35	32,71
> 72 H	57	53,27
Total	107	100

53,27 % de nos patients ont été opérés après 72 heures du début d'apparition des symptômes.

3. Aspects cliniques

Tableau VIII : Répartition des patients selon le mode d'installation de la douleur

Début de douleur	Effectif	Pourcentage (%)
Brutal	46	43
Progressif	61	57
Total	107	100

57 % des patients présentaient une douleur d'installation progressive.

Tableau IX : Répartition des patients selon la localisation de la douleur au TR

TR	Effectif	Pourcentage (%)
Normal	30	28,04
Douleur à droite	41	38,32
Douleur diffuse	36	33,64
Total	107	100

La majorité de nos patients a présenté au TR une douleur localisée à droite au niveau du cul de sac de Douglas soit 38,32 %.

Tableau X : Répartition des patients selon la localisation de la douleur au TV

TV	Effectif	Pourcentage (%)
Normal	12	37,5
Douleur à droite	5	15,63
Douleur diffuse	11	34,37
Autres	4	12,5
Total	32	100

Le toucher vaginal a été normal chez la majorité de nos patients de sexe féminin soit 37,5 %.

Tableau XI : répartition des patients selon les chiffres de tension artérielle

Tension artérielle	Effectif	Pourcentage (%)
Normale (>10/8-<14/9)	77	71,96
Hypertendus (>14/9)	06	05,61
Hypotendus (9/7-10/7)	24	22,43
Total	107	100

71,96 % des patients avaient une tension artérielle normale.

Tableau XII : Répartition des patients selon le pouls

Pouls (pulsation par minute)	Effectif	Pourcentage (%)
Normal (60 à 100)	69	64,48
Tachycarde (supérieur à 100)	31	28,98
Bradycarde (inférieur à 60)	07	06,54
Total	107	100

Le pouls était normal chez 64,48 % des patients.

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction de l'indice de Karnofsky

Karnofsky	Effectif	Pourcentage (%)
80%	62	57,95
70%	31	28,97
60%	8	07,48
50%	5	04,67
40%	1	00,93
Total	107	100

57,95 % des patients présentaient un bon état général.

4. Examens para cliniques

- Biologie

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

Taux d'hémoglobine g/dl	Effectif	Pourcentage (%)
11 – 14	62	57,94
< 11	15	14,02
Non réalisé	30	28,04
Total	107	100

Le taux d'hémoglobine était normal chez la majorité de nos patients soit 57,94 %.

NB : Le taux d'hémoglobine n'a pas été fait chez 28,04 % de nos patients.

Tableau XV : Répartition des patients selon le taux d'hématocrite

Hématocrite (%)	Effectif	Pourcentage (%)
30 – 42	62	57,94
< 30	15	14,02
Non réalisé	30	28,04
Total	107	100

Le taux d'hématocrite a été normal chez la majorité de nos patients soit 57,94 %. Il n'a pas été fait chez 28,04 % des patients.

- Les examens morphologiques

Tableau XVI : Répartition des patients selon la demande de l'ASP

ASP	Effectif	Pourcentage (%)
Demandé	86	80,31
Non demandé	21	19,69
Total	107	100

Nous avons demandé l'ASP chez 86 patients soit 80,31 %.

Tableau XVII : Répartition des patients selon la réalisation de l'ASP

ASP	Effectif	Pourcentage (%)
Réalisé	82	95,34
Non réalisé	4	4,66
Total	86	100

L'ASP demandé a été réalisé chez la majorité de nos patients soit 95,34 %.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le résultat de l'ASP

ASP	Effectif	Pourcentage (%)
Niveaux hydro-aériques	49	59,76
Pneumopéritoine	14	17,07
Grisaille diffuse	19	23,17
Total	82	100

Les niveaux hydro-aériques ont été retrouvés chez 59,76 % des patients.

Tableau XIX : Répartition des patients selon la contribution de l'ASP au diagnostic

ASP	Occlusion	Péritonite	Total
	Niveau hydro-aérique	Pneumopéritoine Grisaille diffuse	
Contributif	44	32	76
Non contributif	3	3	6
Total	47	35	82

Au cours de notre étude, l'ASP a été contributif dans 76 cas dont 44 occlusions et 32 péritonites.

Tableau XX : Répartition des patients selon la demande de l'échographie

Echographie	Effectif	Pourcentage (%)
Demandée	33	30,84
Non demandée	74	69,16
Total	107	100

Nous avons eu recours à l'échographie chez 33 patients, soit 30,84 % des cas.

Tableau XXI : Répartition des patients selon la réalisation de l'échographie

Echographie	Effectif	Pourcentage (%)
Réalisée	21	63,64
Non réalisée	12	36,36
Total	33	100

21 patients ont bénéficié d'une échographie au cours de notre étude, soit 63,64 % des cas.

Tableau XXII : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie

Echographie	Effectif	Pourcentage (%)
Epanchement péritonéal	11	52,39
Normale	10	47,61
Total	21	100

L'épanchement péritonéal était présent chez 11 patients soit 52,39 %.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon la contribution de l'échographie au diagnostic

Diagnostic \ Echographie	Appendicite aiguë	Occlusion intestinale aiguë	Péritonite aiguë	Traumatisme abdominal	Total
Contributive	6	0	2	3	11
Non contributive	4	6	0	0	10
Total	10	6	2	3	21

Au cours de notre étude l'échographie a contribué au diagnostic dans 11 cas sur 21.

NB : aucun patient de l'étude n'a bénéficié d'un scanner.

Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction du lieu de réalisation des examens complémentaires

Lieu de réalisation	CHU du point G	Hors CHU du point G	Total
Examens complémentaires			
Taux d'Hb, Taux Ht	17	60	77
Groupage Rhésus	47	60	107
ASP	76	6	82
Echographie	4	17	21

Les taux d'hémoglobine et d'hématocrite ainsi que l'échographie ont été les examens complémentaires les moins réalisés au CHU du Point G ; par contre, l'ASP a été le plus réalisé.

Tableau XXV : Répartition des patients en fonction du diagnostic pré opératoire

Diagnostic	Effectif	Pourcentage (%)
Appendicite aiguë	22	21,57
Péritonite aiguë	35	31,71
Occlusion intestinale aiguë	47	43,92
Traumatisme abdominal	3	02,80
Total	107	100

Les urgences chirurgicales digestives traumatiques n'ont représenté que 02,80 % dans notre étude.

Tableau XXVI : Répartition des patients en fonction de l'étiologie des péritonites aiguës

Diagnostic	Effectif	Pourcentage (%)
Perforation iléale	23	65,72
Perforation gastrique	2	08,57
Péritonite appendiculaire	9	25,71
Total	35	100

Les péritonites par perforation iléale ont été les plus fréquentes, soit 65,72 % des péritonites.

Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction de la cause de l'occlusion

Diagnostic étiologique de l'occlusion	Effectif	Pourcentage (%)
Occlusion par volvulus du sigmoïde	22	46,81
Occlusion sur bride secondaire	8	17,02
Occlusion par hernie étranglée	12	25,53
Occlusion par Tumeur	5	10,64
Total	47	100

L'occlusion par volvulus du sigmoïde a été la plus fréquente, soit 46,81 % des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des patients en fonction du type d'appendicite

Type d'appendicite	Effectif	Pourcentage (%)
Appendicite phlegmoneuse	5	22,73
Appendicite catarrhale	10	45,45
Appendicite perforée	3	13,64
Abcès appendiculaire	4	18,18
Total	22	100

L'appendicite catarrhale a été la plus fréquente avec 10 cas sur 22.

Tableau XXIX : Répartition des patients en fonction du diagnostic per opératoire des traumatismes abdominaux

Type de lésions	Effectif	Pourcentage (%)
Lésions sur la rate et le colon	2	66,67
Lésion sur le grêle	1	33,33
Total	3	100

Les lésions sur la rate et le colon ont été les plus fréquentes, soit 66,67 % des cas de traumatisme abdominal.

SUITES OPERATOIRES

Tableau XXX : Répartition des patients selon les suites opératoires des appendicites

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage (%)
Suite simple	22	100
Total	22	100

Les suites opératoires ont été simples chez tous nos patients opérés pour appendicite aiguë.

Tableau XXXI : Répartition des patients selon les suites opératoires des péritonites

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage (%)
Suite simple	16	45,71
Infection pariétale	18	51,43
Décès	1	02,86
Total	35	100

Les suites opératoires se sont compliquées d'infection pariétale chez la majorité de nos patients opérée pour péritonite aiguë soit 51,43 %.

Un décès a été constaté, soit 02,43 % des cas.

Tableau XXXII : Répartition des patients selon les suites opératoires des occlusions intestinales aiguës

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage (%)
Suite simple	40	85,11
Infection pariétale	4	08,51
Névrалgie	1	02,12
Décès	2	04,26
Total	47	100

Les suites opératoires ont été simples chez 85,11 % de nos patients opérés pour occlusion intestinale aiguë.

Il a été constaté au cours de l'étude 2 décès, soit 04,26 % des cas.

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon les suites opératoires des traumatismes abdominaux

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage (%)
Suite simple	2	66,67
Décès	1	33,33
Total	3	100

Les suites opératoires ont été simples chez 66,67 % de nos patients opérés pour traumatisme abdominal.

Un décès (lésions multiples sur la rate et sur le colon) a été constaté, soit 33,33 % des cas.

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon les suites opératoires globales

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage (%)
Suite simple	80	74,77
Infection pariétale	22	20,56
Névrалgie	1	00,93
Décès	4	03,74
Total	107	100

Au cours de notre étude, les suites opératoires ont été simples chez 74,77 % des patients.

4 décès ont été constatés, soit 03,74 % des patients de l'étude.

Tableau XXXV : La fréquence globale des décès en fonction des étiologies

Etiologies	Décès	Pourcentage (%)
Occlusion intestinale aiguë	2	50
Péritonite aiguë	1	25
Traumatisme abdominal	1	25
Total	4	100

L'occlusion intestinale aiguë a été dans 50 % des cas la principale cause de décès au cours de notre étude.

4. Modalités de Suivi

Tableau : XXXVI Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation des péritonites

Durée d'hospitalisation (en jour)	Effectif	Pourcentage (%)
0-10	10	28,57
11-20	2	05,71
21-30	18	51,43
> à 30	5	14,29
Total	35	100

La majorité de nos patients opérés pour péritonite, soit 51,43 %, a eu une durée d'hospitalisation comprise entre 21 et 30 jours.

Tableau : XXXVII Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation des occlusions intestinales aiguës

Durée d'hospitalisation (en jour)	Effectif	Pourcentage (%)
0-10	20	42,55
11-20	10	21,28
21-30	05	10,64
> à 30	12	25,53
Total	47	100

La majorité de nos patients opérés pour occlusion intestinale aiguë, soit 42,55 %, a eu une durée d'hospitalisation comprise entre 0 et 10 jours.

Tableau : XXXVIII Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation des appendicites aiguës

Durée d'hospitalisation (en jour)	Effectif	Pourcentage (%)
0-3	16	72,73
3-6	6	27,27
Total	22	100

La majorité de nos patients opérés pour appendicite aiguë, soit 72,73 % a eu une durée d'hospitalisation comprise entre 0 et 3 jours.

Tableau : XXXIX Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation des traumatismes abdominaux

Durée d'hospitalisation (en jour)	Effectif	Pourcentage (%)
0-10	3	100
Total	3	100

Tous nos patients opérés pour traumatisme abdominal, soit 100 % des cas, ont eu une durée d'hospitalisation comprise entre 0 et 10 jours.

Tableau IIL : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation globale

Durée d'hospitalisation (en jour)	Effectif	Pourcentage (%)
0-10	53	49,53
11-20	15	14,02
21-30	19	17,76
> à 30	16	14,95
Décès	4	03,74
Total	107	100

La plupart de nos patients, soit 49,53 %, a eu une durée d'hospitalisation comprise entre 0 et 10 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 14,08 jours.

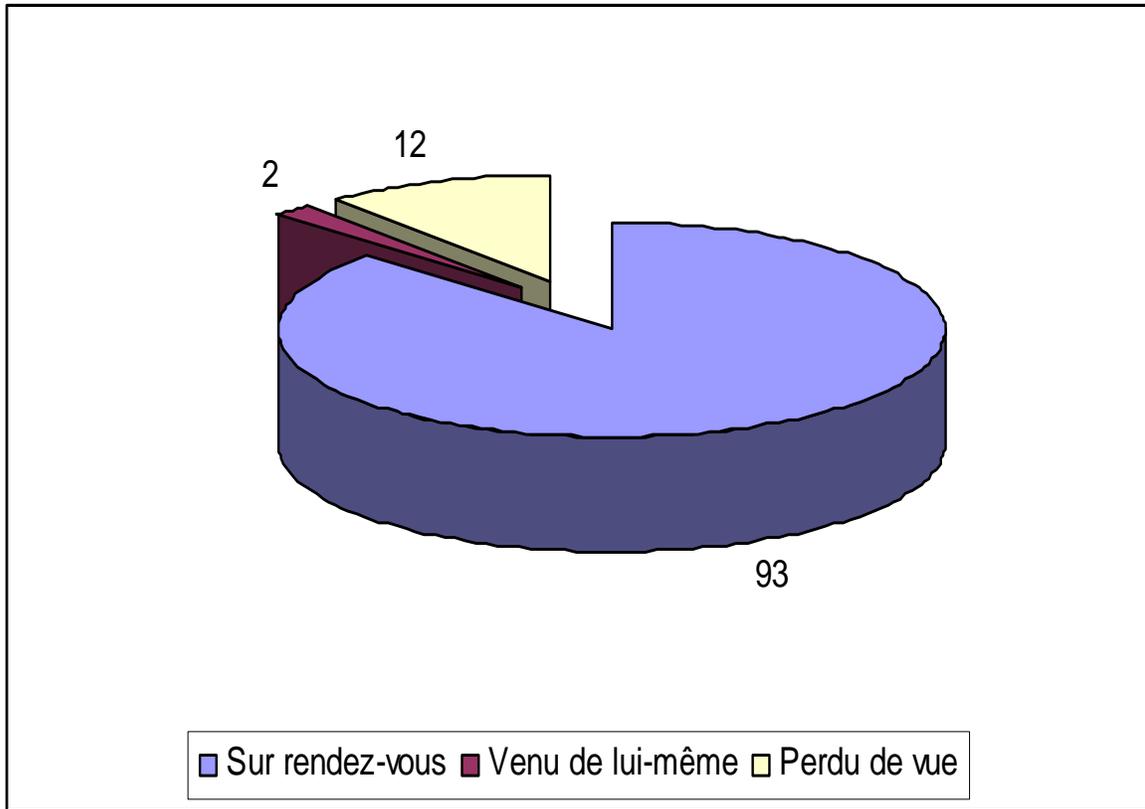


Figure 9 : Répartition des patients selon le suivi à 1 mois

12 patients n'ont pas été revus pour suivi, soit 11,22 % des patients.

2 patients opérés pour péritonite et revus présentait une éventration.

1 patient opéré pour abcès appendiculaire a présenté une infection de la paroi.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie

L'avantage de notre méthodologie était la précision des informations à travers les dossiers des malades, les registres du bloc opératoire, les registres d'hospitalisation, les registres consignants les comptes rendus opératoires et les fiches d'enquêtes individuelles.

Cependant nous avons rencontré certaines difficultés à savoir :

- l'insuffisance de suivi post-opératoire due au non respect des rendez-vous post-opératoires par les patients.
- la mauvaise tenue des registres.

2. Fréquence

Au cours de notre étude la chirurgie digestive d'urgence a constitué 19,32 % de l'ensemble des activités du service de chirurgie 'A' du CHU de Point G.

Des taux élevés ont été trouvés dans l'étude de M. Konaté [40] au Mali: 28,77 %.

Ce taux élevé par rapport à celui de notre étude s'expliquerait par la proximité du CHU Gabriel TOURE et aussi par le fait que les urgences chirurgicales étaient gérées par trois (3) services de chirurgie au CHU du Point G (chirurgie « A », « B » et l'urologie).

Au Niger Harouna Y [45] avait trouvé 25,60 %.

Ces données témoignent de l'importance des urgences chirurgicales.

3. Age

Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentée a été de 20 à 39 ans, avec 48,60 %. Ce résultat est comparable avec celui de M. KONATE qui a trouvé dans sa série la même tranche d'âge élevée avec 70 % (**P = 0,2429**).

Dans la littérature les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie de 30 à 45 ans [30, 45, 46, 56]. Nous sommes du même avis que ces auteurs car l'âge moyen a été de 33 ans (**P > 0,05**).

4. Sexe

Dans notre étude, le sexe masculin a été majoritaire, soit 70,1 % avec un sex-ratio de 2,34 en faveur des hommes.

Ce résultat est comparable à celui de M. KONATE [40] qui a trouvé un sex-ratio à 2,70 en faveur des hommes.

Dans la littérature Africaine, Asiatique, Européenne [45, 56, 61, 62], les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin.

5. Provenance

Nous avons constaté que 72 % des patients venaient de Bamako. Les 28 autres pourcentages étaient repartis entre les autres localités du pays.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que Bamako a été le lieu de l'étude, en plus elle est la plus peuplée des villes.

6. Activité professionnelle

Dans notre étude, les ménagères, les cultivateurs et les élèves/étudiants ont été majoritaires soit respectivement 23,37 %, 21,50 % et 19,63 %. Cette situation n'a aucune valeur scientifique car les urgences chirurgicales digestives ne sont pas liées à une activité professionnelle définie.

7. Mode d'admission

Nos patients ont été en majorité évacués, soit 91,59 %. Cela se justifie par l'importance du nombre de centres de santé de référence (CSRef) à Bamako aussi bien qu'à l'intérieur du pays.

8. Moment de la consultation

Nos patients ont été en majorité vus entre 24 - 48 heures du début d'apparition de la douleur, soit 41,9 %. Ce taux élevé a été rapporté au Gabon (70,3 %) [63].

Le retard à la consultation, habituelle en Afrique, est imputable principalement à des facteurs culturels (traitement traditionnel) et surtout économiques [64, 65].

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.

9. Temps écoulé entre l'admission et l'intervention

Nos patients en majorité soit 56,08 %, ont reçu une intervention chirurgicale dans les deux premières heures après leur admission. 43,92 % ont été opérés entre 3 heures et 6 heures après leur admission. Ceci s'expliquerait par les faits suivants :

- Certains examens complémentaires ne sont pas disponibles en urgence.
- Le faible pouvoir d'achat des patients qui supportent difficilement les frais des examens complémentaires et des ordonnances (absence d'assurance maladie au Mali).

10. L'examen clinique

La douleur a été le premier motif de consultation chez tous les patients de l'étude. Ceci montre que l'urgence digestive chirurgicale se ramène le plus souvent au diagnostic et à la prise en charge d'une douleur abdominale aiguë.

Ses 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 coll. [63] ont trouvé 100 % des cas de douleur dans leur série.

Padonou N. et coll. [56] ont eu 100 % des cas de douleur dans leur série.

M. KONATE [40] a rapporté 100 % des cas de douleur dans son étude.

- Toucher pelvien (le toucher rectal et vaginal)

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

Dans notre série au toucher rectal, la douleur à droite du cul de sac de Douglas était trouvée dans 38,32 % des cas, elle était localisée partout dans le Douglas dans 33,64 % des cas et absente dans 28,04 % des cas.

Le toucher vaginal a été normal chez la plus part de nos patientes soit 37,50 %.

11. Contribution des examens para cliniques au diagnostic

- Biologie

Nous avons réalisé le groupage rhésus chez tous nos malades. Cela s'expliquerait par la présence d'une équipe de garde et un plateau technique disponibles pour cet examen.

Nous n'avons pas pu pratiquer le taux d'hémoglobine et d'hématocrite chez 30 patients soit 28,04 %. Ceci est dû à l'insuffisance du plateau technique au laboratoire du CHU de Point G pour la réalisation de certains examens d'urgence.

Certains de nos patients ont été reçus avec des fiches consignant les résultats du taux d'hémoglobine et d'hématocrite.

D'autres étaient obligés de se déplacer hors de l'hôpital pour pouvoir bénéficier de ces examens.

- Echographie

L'échographie a une place importante dans le diagnostic des urgences chirurgicales digestives. Au cours de notre étude, elle a été réalisée chez seulement 21 patients soit 19,63 %. Cela s'expliquerait par le fait que dans le CHU du Point G, il n'y a pas une équipe de garde pour l'échographie. La pratique de cet examen en urgence, obligeait un déplacement du patient hors de l'hôpital par ses propres moyens ; d'où le retard à la prise en charge thérapeutique. Certains de nos patients ont été référés avec un résultat d'échographie.

L'échographie a aidé au diagnostic dans 11 cas. Dans 10 cas, soit 47,61 %, elle est apparue non contributive au diagnostic comme dans une étude faite au Maroc Abi F. et coll. [14]: dans 48 cas de réalisation, l'échographie n'a pas aidé au diagnostic dans 17 cas soit 35,42 %.

On peut en conclure que le diagnostic d'un abdomen aigu est surtout clinique et ne doit pas être retardé en l'absence d'échographie.

- ASP

Nous avons réalisé l'ASP chez 95,34 % des patients (82 sur 107 cas) au cours de l'étude.

Pour les occlusions le diagnostic a été évident (présence de niveaux hydro aériques) dans 44 cas soit 93,62%. Dans 06,38 % des cas l'ASP n'a pas été contributif.

Nous estimons que le diagnostic d'occlusion intestinale est surtout clinique et ne doit pas être récusé en l'absence d'ASP.

Pour les péritonites le pneumopéritoine a été retrouvé dans 17,07 % des cas. Par contre il n'a pas été retrouvé dans 10,98 % des cas.

Ces résultats de l'ASP se rapprochent à ceux d'Ismaila K à Abidjan au CHU de Coccodi (46) qui a trouvé dans sa série le pneumopéritoine à l'ASP dans 18,2 % des cas. Il était absent dans 11 % des cas (**P < 0,0001**).

L'ASP ne montre pas toujours le pneumopéritoine. On peut en conclure que l'ASP ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique des péritonites.

- Le scanner

Dans notre série, aucun patient n'a bénéficié d'un scanner. La place du scanner dans le diagnostic des douleurs abdominales aiguës chirurgicales est actuellement reconnue primordiale [58, 64 %].

2. Fréquence des principales étiologies

12.1. Appendicite aiguë

Au cours de notre étude, le diagnostic d'appendicite a été posé dans 22 cas en préopératoire. Ce diagnostic a été retrouvé dans les 22 cas en peropératoire.

Nos malades étaient reçus en urgence par une équipe médicale constituée par l'interne, le CES, le chirurgien. Dans tous les cas le diagnostic d'appendicite a été posé et dans la majorité des cas en l'absence d'examen morphologiques.

Ces données ont été rapportées dans les littératures Européenne [1, 2, 31] et Africaine [8, 7].

On pourrait en conclure que le diagnostic d'appendicite est clinique et ne doit pas attendre une échographie, un scanner ou un ASP pour se déterminer à porter une indication opératoire.

Le taux d'appendicite dans notre série (21,57 %) se rapproche de celui obtenu par M. KONATE au Mali CHU Gabriel TOURE [40] et par Padonou et coll.

Au Sénégal [56] qui sont respectivement 28,77% et 31,50% (**P = 0,2854**).

L'appendicite aiguë est considérée en Europe comme la première cause des urgences chirurgicales abdominales [30]. Dans notre série comme dans les autres séries africaines [30, 66], elle occupe la troisième place après l'occlusion et la péritonite. Ceci pourrait être lié au fait que : les appendicites sont prises en charge dans les structures hospitalières de deuxième niveau, mais pas les occlusions et les péritonites.

12.2. Péritonite aiguë :

Dans notre étude, le diagnostic de péritonite a été posé dans 35 cas en préopératoire, et en peropératoire le même diagnostic a été retrouvé. Dans la majorité des cas soit 32, l'ASP a contribué à porter l'indication opératoire. Seulement dans 3 cas, il n'a pas été contributif (présence de niveau hydroaérique du à l'iléus paralytique très souvent retrouvé dans la péritonite).

Dans la littérature, les auteurs [7, 8, 12, 15] apportent que l'ASP est l'examen morphologique de choix dans le diagnostic de péritonite.

La péritonite a occupé la deuxième place (31,71 %) des urgences chirurgicales digestives après l'occlusion intestinale aiguë dans notre pratique. Ce résultat est superposable à celui de Boubacar au Mali [38] (28,79) (**P = 0,6083**). En Europe elle occupe la quatrième place (4,2 %) des urgences chirurgicales après l'appendicite, l'occlusion et le traumatisme abdominal selon Chalnet et Coll. [28]. Ceci s'expliquerait par la fréquence de certaines pathologies chez le sujet jeune en Afrique (complications de la fièvre typhoïde, appendicite).

23 des 35 péritonites de notre série étaient dues à une perforation iléale, soit 65,72%. Ce taux est nettement supérieur à celui de Lorand en France 3% [63] (**P > 0,05**).

Cette différence s'expliquerait par la fréquence des maladies infectieuses (fièvre typhoïde) et par la consultation tardive de nos malades en Afrique.

Les deux premières étiologies (typhique, appendiculaire) de la péritonite sont univoques chez certains auteurs africains : Harouna (Niger) [45], Padonou (Sénégal) [56].

12.3. Occlusion intestinale aiguë :

Au cours de l'étude, nous avons retenu en préopératoire le diagnostic d'occlusion dans 47 cas. Dans 100 % des cas, le même diagnostic a été retrouvé en peropératoire. Dans 44 cas, l'ASP a aidé au diagnostic. Il n'a pas été contributif pour le diagnostic dans 3 cas. Nous en concluons que l'ASP contribue à compléter la clinique dans le diagnostic des occlusions mais la sanction thérapeutique ne doit pas être retardée dans l'attente de l'ASP.

Avec un taux de 43,92 %, l'occlusion intestinale aiguë occupe la première place des étiologies des urgences chirurgicales digestives de notre étude.

- Mécanisme des occlusions

Dans notre étude, le mécanisme le plus fréquent a été la strangulation avec 89,36 % contre 10,64 % pour l'obstruction tumorale de l'ensemble de notre échantillon.

Nous sommes du même avis que certains auteurs africains : Harouna (Niger), Sidibé (Mali) [45, 53] et européens : Roscher [58] qui ont également trouvé dans leurs séries une fréquence des occlusions par strangulation plus élevée que les autres mécanismes.

Ce constat est contraire à celui d'autres auteurs qui ont trouvé l'obstruction plus fréquente que la strangulation : 74 % contre 26 % pour Adloff [11] sur 109 cas et 77 % contre 23 % pour Abi F. [14] sur 100 cas.

Chez nous comme chez beaucoup d'auteurs africains Harouna [45] Padonou [56] la hernie étranglée et le volvulus ont été les causes de strangulation les plus fréquentes ; alors qu'en Europe prédominent les occlusions par bride ou par obstruction tumorale selon Adjadja G [15], Roscher [58].

- Le diagnostic peropératoire

. Volvulus du sigmoïde

Le volvulus du sigmoïde, dans notre étude, a un taux de 46,81 %. Ce taux est supérieur à celui de Boubacar [38] 24 % et de Malick [30] au Mali 26,2 % (**P = 0,5290**).

. Hernie étranglée

La hernie étranglée a un taux de 25,53 % dans notre série. Ce taux est supérieur à celui de Harouna au Niger [45] qui a eu 7,5 % des cas (**P = 0,4651**). Il est comparable à celui de Mabilia-Babela J.R. et coll. Congo 24,75 % (**P = 0,00002**). Il est moins élevé en Europe 1/1500 cas pour Papagrigroriadas S et Coll. [69], 1 % pour Bargy F et Coll. [70]. Cela pourrait s'expliquer par la prise en charge précoce des hernies en Europe qu'en Afrique.

12.4. Traumatisme abdominal :

Nous avons trouvé 2,80 % de traumatismes abdominaux. Ce taux se rapproche de celui obtenu par Camara S [30] et Koumaré S au Mali [47] qui ont trouvé respectivement 3,7 % et 5,5 % (**P = 0,0102**).

12.5. Suites opératoires

La morbidité post opératoire a été dominée par les infections pariétales ; celle-ci se rencontre surtout au cours des péritonites et contribue à allonger la durée du séjour des patients à l'hôpital. Elles sont amputables à une aseptie et à des mesures d'hygiène déficientes.

Dans notre étude, les suites opératoires se sont compliquées d'infection pariétale dans 20,56 % dont 16,82 % pour les péritonites.

Ce taux élevé a été rapporté dans d'autres études :

Madiassa [40] au Mali CHU Gabriel TOURE : 18,75% ; Mabilia-Babela J.R. [63] au Congo : 20,11% (**P = 0,000001**).

Les suites opératoires ont été simples dans 74,77 % des cas avec une durée moyenne d'hospitalisation de 14,08 jours. Cela s'expliquerait par le taux élevé de suites opératoires simples.

Au cours de l'étude, nous avons constaté 4 décès soit 3,74 % contre 4,46 % chez Boubacar [38] (112 cas) et 6,96 % chez DEMBELE M [75] (273 cas) au Mali. Ceci s'expliquerait par la différence de taille de nos échantillons.

L'occlusion a été la principale cause de décès soit (50 %) des cas. Ce taux élevé a été rapporté par M KONATE [40] au Mali CHU Gabriel TOURE (65 %).

La majorité de nos patients (86,92 %) a été revue après les trente premiers jours de leur sortie de l'hôpital. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patients (72 %) résidait à Bamako ville.

VI. CONCLUSION

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place de choix dans la pathologie chirurgicale de part leur fréquence élevée. Les étiologies sont multiples et variées d'où la nécessité d'une étroite collaboration multidisciplinaire. La prise en charge est onéreuse. 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.

VII. RECOMMANDATIONS

A LA POPULATION :

- La consultation sans délais, des malades dans un centre de santé devant toute douleur abdominale aiguë.
- L'observance d'une bonne hygiène alimentaire et corporelle.
- La vaccination contre la fièvre typhoïde

AUX AUTORITÉS SANITAIRES

- La formation en nombre suffisant de spécialistes de chirurgie viscérale, de réanimation et de radiologie.
- L'équipement des hôpitaux en moyens matériels diagnostics (radiographie, échographie, scanner) et thérapeutiques (produits médicamenteux de première nécessité et de première urgence).
- La création d'un système de sécurité sociale.
- La mise en place d'un système de SAMU (Service d'Assistance Médicale Urgente)
- Le renforcement de service des urgences en personnel adéquat et suffisant (personnel médical et paramédical).
- L'organisation de campagnes de vaccination contre la fièvre typhoïde sur toute l'étendue du territoire national.

AU PERSONNEL SANITAIRE

- L'examen, de façon minutieuse de tous les patients afin de poser un diagnostic précis.
- La proscription de la prescription hâtive et répétée des antibiotiques et antalgiques.
- La référence des malades dans le meilleur délai.
- Le renforcement de la collaboration interdisciplinaire.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Mondor H.

Diagnostiques urgents : (Paris) Masson 1965 ; 1119p

2. Etienne J.C.

Diagnostic des urgences chirurgicales.

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

3. Etienne et al.

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës.

Enc Med Chir Urgences 1994; 240-390310: 27p

4. Brower

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

5. Dargent J et al.

Occlusions post opératoires tardives du grêle par brides : étude rétrospective de 47 dossiers facteurs pronostics.

Lyon Chir 1987 ; 83 (3) : 404 – 406.

6. Domergue et al.

Apport coelioscopique dans les abdomens aigus

Ann Chir 1992 ; 46 (4) : 287- 289.

7. Padonou et al.

Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar, statistiques de quatre ans (1973- 1976).

Dakar Med 1979; 24 (1): 90- 137.

8. Adelain TB.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service polyvalent d'anesthésie et de réanimation du CHU de Cotonou.

Thèse Med Cotonou 1994, N°616.

9. Doumbia S

Abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital national de Point G.

Thèse Med Bamako 1982; N° 12

10. Keita S.

Problème diagnostique et thérapeutique des abdomens aigus en chirurgie. Thèse Med Bamako, 1996, 13.

11. Adloff. M

Occlusion intestinale aiguë de l'adulte : Encycl. Med. Chir, (Paris France), urgences 20459 A10 10-1984 : 20 P.

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

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

13. Chiche B. Moule P. :

Urgence Chirurgicale

MASSON 1980, 2 P.

14. Abi. F, El fares F, Nechad M.

Unité de chirurgie viscérale des Urgences, CHU. Ibnou Rochd

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

15. Adiadia G :

Contribution à l'étude de péritonites aiguës généralisées chez l'enfant à propos de 100 observations au CHU de Dakar (Sénégal), thèse médecine, Dakar ; 1985 N0 45.

16. Abolo. LM, Kouda A Z E, E Dzoat, Malonga E E, Essombar.

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

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

17. Ahouassou V.A

Les traumatismes de la rate chez l'adulte à propos de 48 cas au CNHU de Cotonou, thèse médecine Cotonou, 1994, 587p.

18. Arnaud J.P. Turbelin J.M

Conduite à tenir devant un abdomen aigu. Encycl. Chirurgie. 24039 B10, 3p-1982.

19. Audry G. Barthèse. T, Grapi,

A propos de 144 cas. Ann. Pédiatrie (Paris), 1990 ; 37 :(9) : 567- 69.

Péritonites appendiculaires.

20. Beata Akpadia K.S. N, Hodonoua K. S.

Les péritonites par avortement provoqué illégal. Epidémiologie et Diagnostic : à propos de 66 cas observés de mars 1987 à septembre 1989. Publication médicale africaine, 117 : 8-14.

21. Bensahel H. Brunet J. P :

Les occlusions intestinales de cause organique ; urgences chirurgicales néonatales ; la médecine infantile ; novembre 1969 : 735- 746.

22. Barbier J. Carretier M. Rouffineau J. Kramps J.M.

Péritonites aiguës ; Encycl. Chirurgie urgence (Paris), 24048 B10, 2, 1988. 18p 1984.

23. Chevrel. JP. Gueraud, JB. Levy.

Appareil digestif, Masson 1986 ; 225 : 119 - 123.

24. Bazira L. N'Sabinana C. Armstrong O.

Influence de la nécrose intestinale dans le pronostic post opératoire des occlusions intestinales aiguës, expérience de 123 cas opérés à l'hôpital de Bujumbura ; Ann Chir. 1989; 43, (10): 811-813.

25. Bellakdar a., Salmi E. Neppar M. Lakloufi A et Bouzidi A.

La perforation traumatique de l'intestin grêle au cours des contusions abdominales à propos de 27 cas ; Lyon Chir 1987; 83(4) : 261- 63.

26. Binet JP Fagnet PL.

Péritonites et leurs complications : Rev du praticien ; Paris, 1980 ; 30, (11) : 636-641.

27. Boureau M.

Invagination intestinale aiguë, pédiatrie pratique (Malonie Paris), pathologie, 1985 :993-995.

28. Bresmber L. Braun E. Dbs A. Baissel P. Grosdidier J. :

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

29. Buffin R P, Dabrowski A, KasKas M, Helfrich H, Sabrah H.

Volvulus du colon sigmoïde résection anastomose en urgence. J s urg. 1992; 129; (12): 531-536.

30. Camara S.

Problème d'anesthésie et réanimation posé par la chirurgie abdominale d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré ; thèse médecine Bamako (Mali) 1989, 68.

31. Chiche B.

Appendicite aiguë. Encycl Med chir (Paris France) urgence, face 24050 A10 (4304) 1984.

32. Chevrel J.P. Gueraud, J B. Levy.

Appareil digestif, Masson 1986 ; 225 : 119- 123.

33. Domergue et al.

Apport coelioscopique dans les abdomens aigus.

Ann. Chir 1992 ; 46 (4) : 287- 289.

34. Donnelly NJ, Semmens JB, Fletcher Dr, Holman CD.

Appendicectomy in west Australia: Profil and trends: 1981 – 1992.

MJA 2001 ; 175 : 15p.

35. David D et al.

Les appendicites aiguës au CHU de Bangui, aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

Cahier s santé 2001; 11 (2): 117 – 125.

36. Daly CP, Cohan RH, Francis IR, Caoili EM, Ellis JH, Nan BO

Incidence of acute appendicitis in patients with equivocal CT findings.

AJR Am J Roentgenol 2005; 184 (6): 1813-20.

37. Da silva et al.

Traitement non opératoire de l'hémopéritoine chez l'enfant à propos de 32 cas pris en charge dans le service de chirurgie et de pédiatrie du CHU de Yopougon.

Med Urg 1997 ; 13 :2p.

38. Boubacar Bréhima Dembélé.

Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes, A propos de 112 cas, Oct 2002- Sept 2003. Thèse Med Bamako, 2005; 250.

39. Diallo G. Ongoïba N., Yéna S., Diakité I., Traoré Diop A K., Koumaré A K

Hernie inguinale étranglée à l'hôpital de point G. Mali Medical 1996; (XI), 3- 4, 39- 41.

40. Madiassa Konaté.

Prise en charge des urgences chirurgicales au CHU Gabriel Touré 2003-2004. Thèse Med Bamako, 2005, 238.

41. Encyclopédie Médico Chirurgicale.

Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. Urgences médico- chirurgicales (EMC) 240 59 A10. 1984. 10p.

42. Etienne, J C, Fingerhut A, Eugenc, Wesenfelderl.

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës

43. Essomba A et al.

Traumatismes fermés du foie, analyse d'une série de 29 cas.

J Chir 1997; 134 (34): 154 – 157.

44. Fall B. N'Diaye M. Fall I. Dia A. Moguya S. A. O., Diop M. Kane A.

Les laparotomies blanches en urgence pour syndrome abdominal aigu - J chir. 1991; 128 ; 39 – 41.

45. Haroura Y.

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

46. Issimaila K.

Les urgences abdominales chirurgicales : Etude rétrospective sur deux années de Cocody. Thèse Med Abidjan N°1156.

47. Koumaré S.

Les urgences chirurgicales à l'hôpital du Point G. Thèse chir 1999.

48. Koumaré AK.

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

49. Kampo F.

Les occlusions intestinales à propos de 260 cas traités à l'hôpital du Point G. Thèse Med 1979, (7) :136p.

51. Leriote JP.

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

52. Manienti A. Campisi M. Floremza C. Gavioli M et Caregnata T.

Défaillance polyviscérale dans les péritonites. Lyon chir 1987 83B(6): 427- 428.

53. Moussa Badjan Sidibé. Aspect épidémiologique, clinique et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques

54. N'Dayisba G. Bazira L. Gahongano G. Hitimana A. karayuba R.

Bilan des complications infectieuses en chirurgie générale. Analyse d'une série de 2218 interventions. Méd Afr Noire, 1992; 89(39): 571-573.

55. Ongoïba N.

Contribution à l'étude épidémiologique et clinique des péritonites aiguës dans les hôpitaux de Bamako et de Kati (abstraction faite des péritonites post opératoires). Thèse Med Bamako, N : 24,1984.114p.

56. Pandonou N. Diagne B. N'Diaye M. Cherbonnel G M. Noussaume O.

Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques des quatre années (1973-1976) Dakar médical, 1979, 24,190-197.

57. Pelehnan R.

Lésions traumatiques viscérales. Pédiatrie pratique, perinatalogie.perelman; malvine (paris) ,1985; 271- 277.

58. Roscher R. Frank R. Baumane A. Berger HG.

Results of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine Abteilung für Allgemein Chirurgie universität Uim. Donau. Chir 1991 ; 62(8) : 641-649.

59. Traoré I.T.

Complication à l'étude épidémiologique des appendicites dans hôpitaux de Bamako et de kati. Thèse, 1985,15p.

60. Yao K.

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

61. Mushtaq A Mehbood Ali S, Stephen L, Philomena D J, Sifat W.

Survey of surgical emergencies in the rural population in the Northern areas of Pakistan. Trop Med and Int Health 1999; 12: 846p.

62. Cassina P. et al.

Die effizienz der chirurgischen grunddiagnostik beim akuten abdominalscherz. Der Chirurg 1996; 67: 254- 60.

63. Mabiala-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.

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

Les urgences chirurgicales au centre hospitalier de Libreville.

Med Trop 2002; 62: 281p.

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

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

Med. Trop 2002; 62: 247- 250.

66. Mungadi IA, Jabo BA, Agwu NP

A review of appendicectomy in Sokoto, North- Western Nigeria.

Niger J Med 2004; 13 (3): 240- 243.

67. Lorand et al.

Epidémiologie des péritonites en France. Etude ARC et AURC, Paris 1999.

68. Diakité S.

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

69. Papagrigoriadas S. Browse DJ, Howard ER.

Incarceration of umbilical hernias in adult: a rare but importane complication.

Urgences int 1988; 4: 231- 236.

70. Bargy F Baudoin S.

Hernies de l'enfant et de l'adulte.

Rev Prat 1997 ; 47 : 289 - 294.

71. Doumbia D.

Etude des urgences chirurgicales à l'hôpital de point G de novembre 1981 à novembre 1982. Thèse Med, 1982, 13 : 102p.

72. Codio HM.

Occlusion intestinale mécanique de l'adulte. Aspect épidémiologique clinique, étiopathogénique et thérapeutique. A Propos de 59 cas colligés à la clinique universitaire viscérale de CHNU de Cotonou. Thèse Médecine, Cotonou 1995, 626p.

73. Chalnet et Coll.

A propos de 1766 cas d'urgences abdominales. Statistiques de 10 ans d'un service de chirurgie générale. Ann. Chir 1962; 16: 1-29-34.

74. Dargent J. Caillot J. L. Chalbet J.Y. Neidhart J.P. H.

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

75. Dembélé M.

Les abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital de Point G, 273 cas. Thèse Med 98 – M – 58.

76. Dembélé M. Papadato A.

A propos de 15 perforations typhiques de l'intestin grêle. Med. Afr. Noir 1994 4(21): 258- 86.

77. Dia A. Fall B. Thognon Ph N'Diaye A K, Sow M L, Diop A:

Les occlusions intestinales par brides post opératoire. 76 observations. J chir. (Paris) 1991; 12 (128): 548 – 51.

78. Bikandou G. Dikoka. Ngolo R, Fila A. Benamar B. Obengui A., Massango R. : Les perforations intestinales d'origines thyphique à Brazzaville. Publication médicale africaine 1992, 120 : 37- 41.

ANNEXES

Fiche signalétique

NOM: BERTHE

PRENOM : Issa Diafara

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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007 – 2008

PAYS D'ORIGINE : MALI

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (**FMPOS**) de l'Université de Bamako.

SECTEUR D'INTERET : CHIRURGIE.

RESUME

-le système de référence évacuation mise en place par la direction nationale de la santé; la déféctuosité des routes et des moyens de transports constituent les principales raisons de cette étude dont la réalisation a nécessité les objectifs suivants :

Objectif général

Etudier les urgences chirurgicales digestives reçues et traitées dans le service de chirurgie « A » du CHU de Point G, de janvier 2004 à janvier 2006.

Objectifs spécifiques

Déterminer la fréquence hospitalière des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU de Point G ;

Evaluer le résultat des examens morphologiques (ASP, échographie) dans la prise en charge des urgences chirurgicales digestives;

Décrire les suites opératoires et le pronostic des malades opérés en urgence.

De janvier 2004 à janvier 2006 le service de chirurgie « A » du CHU du point G a réalisé 107 urgences chirurgicales digestives dont les dossiers étaient exploitables 75 hommes et 32 femmes soit un sexe ratio de 2,34 en faveur des hommes.

L'âge moyen a été 30,47 ans ; 91,59% d'évacuations sanitaires

La principale étiologie a été les occlusions intestinales aiguës avec 43,92%

La fréquence des urgences chirurgicales digestives a été 19,32% de l'ensemble des activités du service de chirurgie « A » du CHU du point G

Nous avons fait recours à l'échographie chez 27 patients soit 25.23% de notre échantillon

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 14,08 jours. Quatre décès a été constaté soit 3,74% de notre échantillon.

Mots clés : urgence- chirurgie – digestive- évacuation.

FICHE D'ENQUETE

Q1. N° fiche...../_/_/_/_/

Q2. N° DOSSIER...../_/_/_/_/

Q3. Date de consultation...../_/_/_/_/

Q4. Nom et Prénom.....

Q5. Age en année:/_/_/_/_/

Q6. Sexe :_/_

Masculin

Féminin

Q7. Provenance :_/_

Ville de Bamako

Bougouni

Sanankoroba

Sélingué

Ouélessébougou

Dioïla

Kolokani

Fana

Nara

Djidié

Kati

Djéma

Q8. Adresse habituelle :.....

Q9. Contact à Bamako :.....

Q10. Nationalité :_/_

Malienne :

Autres (à préciser) :

Q11. Adressé par :....._/_

Venu de lui-même : 1

Médecin : 2

Infirmier : 3

Indéterminé : 4

Autres à préciser :

Q12. Principale activité :_/_

Cadre supérieur : 1

Cadre moyen : 2.

Commerçant : 3

Cultivateur : 4

Manœuvre : 5

Ménagère : 6 .

Elève/Étudiant 7

Indéterminé 8

Autres

Q13. Ethnie :_/_/ _

Bambara : 1

Sénoufo : 2

Peul : 3 Soninké 4

Sonrhä: 5

Bobo: 6

Dogon: 7

Minianka: 8

Malinké: 9

Tamashek : 10

Touareg : 11

Autres :

Q14. Moyen de transport :_/_/ _

Ambulance : 1

Taxi : 2 .

Autres à préciser :

Q15. Date de référence :_/_/ _

Q16. Délais entre l'admission et l'intervention....._/_/ _

CLINIQUE

Q17. Motif de consultation :_/_/ _

Douleur inguinale : 1

Tuméfaction inguinale : 2.

Douleur abdominale : 3.

Autres :

Q18. Début de la douleur :_/_

Brutal : 1

Progressif : 2.

Autres :

19. Durée d'évolution :_/_

0 à 12h : 1.

13 à 24 h : 2 .

24 à 48 h : 3.

48 à 72h : 4

Supérieure à 72h : 5

Indéterminée : 6

20. Traitement antérieur :_/_

Médical : 1

Chirurgical : 2

Traditionnel : 3

Autres :

SIGNES CLINIQUES A L'ADMISSION

Q21. Signes généraux :

Tension artérielle :_/_

Normale : 1

Augmentée : 2

Diminuée : 3

Autres :

Le Pouls :_/_

Normale : 1

Augmentée : 2

Diminuée : 3

Autres :

Etat général (Karnofsky):_/_

Mauvais : 1

Bon : 2

Passable : 3

Q22. TR :_/_

Normal : 1

Douleur à droite : 2

Douleur à gauche : 3

Douleur partout : 4

23. TV :_/_

Normal : 1

Douleur à droite : 2

Douleur à gauche : 3

Douleur partout : 4

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q24. Hémoglobine_/_

Normale : 1

Augmentée : 2

Diminuée : 3

Autres :

Q25. Hématocrite....._/_

Normale : 1

Augmentée : 2

Diminuée : 3

Autres :

Q26. ASP :_/_

Normal : 1

Niveau hydro aérique : 2

Pneumopéritoine : 3

Autres :

Q27. Echographie abdominale :_/_

Normale : 1

Epanchement : 2

Autres :

Q28. Temps écoulé entre l'arrivée à l'hôpital et l'intervention

2h : 1

3h : 2

4h : 3

5- 6h : 4

Plus de 6h : 5

DIAGNOSTIC PER OPERATOIRE....._/_

Appendicite aiguë: 1

Péritonite aiguë : 2

Occlusion intestinale : 3

Traumatisme abdominal : 4

Autres :

Q29.Si Péritonite aiguë (étiologie)..... _/_

Perforation iléale

Perforation gastrique

Péritonite primitive

Péritonite appendiculaire

Autres à préciser

Q30.Si Occlusion intestinale.....___/

Occlusion par volvulus du sigmoïde

Occlusion sur bride secondaire

Occlusion par hernie étranglée

Occlusion par tumeur

Autres à préciser :

Q31.Si appendicite ___/

Appendice phlegmoneux

Appendice catarrhale

Appendice perforé

Abcès appendiculaire

Autres à préciser

Q32.Durée d'hospitalisation post opératoire en jour:_/_/_

Q33.Date de sortie_/_/_

SUIVI POST OPERATOIRE.....___/

Suite simple : 1

Infection pariétale : 2

Névralgie : 3

Décès : 4

Mode de suivi à un mois :___/

Sur rendez- vous : 1

Venu de lui – même : 2

Autres 3 :

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'Etre Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.