

OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple–Un But–Une Foi

\*\*\*\*\*  
UNIVERSITÉ DE BAMAKO

\*\*\*\*\*  
FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO –  
STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

N°...../

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES  
MECANIQUES : ASPECTS  
DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE  
A L'HOPITAL SOMINE DOLO  
DE MOPTI**

**THÈSE**

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2011

Devant Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

**M. Broulaye MARIKO**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

**(DIPLÔME D'ETAT)**

Jury

**PRESIDENT : Professeur Zimogo Zié SANOGO**

**MEMBRE : Docteur Adégné TOGO**

**CO-DIRECTEUR DE THESE : Docteur Bréhima TRAORE**

**DIRECTEUR DE THESE : Professeur Gangaly DIALLO**

## DEDICACES

**Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...  
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,  
L'amour, le respect, la reconnaissance...  
Aussi, c'est tout simplement que,**

**Je dédie ce travail...**

**A Dieu, le Tout Clément, le Miséricordieux, sans l'aide de qui je ne saurai atteindre cet objectif**

**• A mon adorable mère Aoua dite Saran Togola (In memorium)**

Aucune dédicace ne saurait entièrement exprimer tout mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que tu as consentis pour notre bonne éducation et notre bien être.

Tu as fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

En ce jour, j'espère réaliser chère maman un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi.

La maladie a eu raison de toi mais tu demeures éternellement gravée dans mon cœur.

Que ton âme repose en paix !

**• A ma maman adoptive Kadidia Mariko dite Tiô (In memorium)**

Aucun mot ne saurait exprimer tout ce que je ressens pour toi. Je te remercie pour tout le soutien exemplaire et l'amour exceptionnel que tu m'as portés depuis mon enfance.

Tu me seras à jamais l'exemplaire de sagesse, de bonté, et de générosité.

Puisse Allah, t'accueillir dans son paradis !

**• A mon père Youssouf Mariko (In memorium)**

Tu as fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Tu étais et tu demeures pour moi le chemin de ma vie.

Ce modeste travail est le résultat de ta patience, le fruit de tes sacrifices, et l'exaucement de tes vœux.

Puisse Dieu, le tout puissant, t'accepter dans son jardin éternel.

● **A mon oncle Seydou Mariko**

Je te dédie ce travail, en témoignage de mon profond respect, mon grand amour, et toute ma gratitude pour les sacrifices que tu as consentis.

Aucun de mes mots ne saurait exprimer l'ampleur de ma reconnaissance.

Ta présence presque permanente à mes côtés m'a procuré beaucoup de courage, de bon sens et de clairvoyance.

Puisse le tout puissant, t'accorder santé, bonheur et longévité et faire en sorte que je ne te déçoive jamais.

● **A ma grand-mère Gna Mariko dite Biya (In mémorium)**

J'aurai tant aimé que tu sois présente.

En souvenir de ton amour, tu continues à faire parti de mon existence.

Repose en paix.

● **A mes frères et sœurs**

Kadidiatou, Soumaïla, Chata, Adiara, Ami, Nouhoum, Rokia, Alou, Sali, Niéssoun,

Vous vous êtes toujours souciés de la bonne réussite de ce travail. Merci pour votre apport et soyez rassurés que je vous en suis et serai toujours reconnaissant.

● **A tous mes cousins et cousines,**

**A toute la famille Mariko,**

Je vous remercie pour tout le soutien et l'assistance.

Que ce travail soit le gage de ma reconnaissance.

● **A mon épouse Mariam M. Traoré et ma fille Mo-Ga-Nyong Aoua Mariko**

En témoignage de mon amour, de mon respect, de mon admiration et de ma grande affection. Je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et de mon sincère attachement.

Je te remercie pour ta patience et ton endurance, merci encore une fois de plus.

**Mo-Ga-Nyong Aoua Mariko** : Ma fille adorable, que Dieu te garde et te bénisse.

Ce travail est plus que le tien.

● **Aux familles**

Togola Arouna (Mamissa), Koné Tièfologo (zantiébougou), feu Seydou Koné (Bougouni), Samaké (Bougouni), Sidibé Amadou (Bougouni),  
Votre soutien constant et vos conseils que vous n'avez cessé de me prodiguer me sont chers. Merci pour tout.

● **Aux familles**

Mariko Arouna (Bamako), feu Fousseiny Togola (Bamako), Cissé Ibrahim (Mopti).

Mariko Bourama (Bamako), Traoré Mahamadou (Kossa).

Votre hospitalité, votre soutien inconditionnel et votre affection m'ont marqué pour toujours. Puisse Dieu, vous donner, santé, prospérité et longévité.

● **Au Médecin Colonel Boubacar DIALLO**

Je vous remercie vivement de m'avoir soutenu pour le choix de la chirurgie. Vous nous avez appris au bon raisonnement scientifique, la nécessité de se remettre en question, et la quête permanente d'un résultat plus parfait. Merci encore une fois, pour le savoir transmis.

● **Au Docteur Mahamadou KEITA**

Vous avez toujours répondu à toutes nos sollicitations quelles qu'elles soient.

Veillez trouver ici, l'expression de ma très profonde reconnaissance pour tous les enseignements que vous nous avez transmis. Que Dieu vous comble de ses bienfaits.

● **Au Docteur Mamadou Singaré**

En témoignage de mes sincères remerciements pour votre contribution à ce document.

Qu'Allah vous garde longtemps auprès de nous.

● **Au Docteur Ousmane Touré**

Grâce à votre sympathie, votre générosité, et votre dévouement pour le travail, j'ai appris les premiers rudiments de l'ophtalmologie. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

● **Aux Docteurs**

Sidiki **KEITA**, Djibril **TRAORE**, Famakan **KANE**, **Guindo** Mariam **TRAORE**, Modibo **COULIBALY**, Djibril **Boré**, Adama **Coulibaly**, Boukary **Guirou**, Moctar **Djiguiba**,

Merci pour tous vos conseils et surtout pour les moments passés ensemble.

● **Aux Docteurs**

Kardjigué **CAMARA** et Boubacar **N. COULIBALY** dit **B.N.C**, tous au dispensaire de Gakoura Guidimakan (Kayes).

Merci pour le soutien, l'encadrement, l'assistance, et les conseils prodigués au cours de mon stage. Que ce travail soit l'insigne de ma reconnaissance.

● **A mes Amis et/ou Camarades de promotion**

Moussa Mariko (dit Moussaba), Abdoul Karim Samaké, Dr Traoré Soma, Mamadou Sidibé, Bourama Koné (dit Atiapon), Badian dit Wénégué Traoré, Yacouba Koné (John), Aboubacar Diarra (Baye), Inzan Ballo, Oumar Sangaré.

Recevez ici mes sincères remerciements.

● **A mes collègues médecins, internes de l'H.S.D de l'année 2006 - 2007**

**CISSE O., KONE M., BOCOUM B., CISSE S., KONARE F., DOLO K., KANE S., CISSOUMA S., Bah H., Keïta K.**

Merci pour votre franche collaboration et votre esprit d'équipe. Ce travail est le résultat de nos efforts conjugués.

● **A tout le personnel médical et paramédical de l'H.S.D**

En témoignage de mes sincères remerciements et de ma profonde estime pour votre aide, sachez que je me suis senti auprès de vous comme un frère, un neveu et parfois même plus que tout cela.

Recevez ici l'expression de mon profond respect.

• **A mes professeurs de l'école fondamentale et  
secondaire**

M. Coulibaly Mamadou dit «Capi.» (1<sup>er</sup> cycle), M. Dembélé Kédine (prof.  
d'anglais), M. Traoré Sibiry (prof. de Biologie au L.K.F.B).

• **A TOUTES LES PERSONNES QUI ONT PARTICIPE  
A L'ACCOMPLISSEMENT DE CE TRAVAIL**

• **A TOUS CEUX QUE J'AI OMIS DE CITER**



## HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

### A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY DE THESE PROFESSEUR ZIMOGO ZIE SANOGO

#### **Maître de conférences agrégé en chirurgie générale**

#### **Cher Maître,**

Nous sommes très honorés de vous avoir comme président du jury de notre thèse.

Votre compétence professionnelle incontestable, votre raisonnement raffiné dans la démarche scientifique ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous.

Vous êtes et serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession.

Veillez, cher maître, trouver dans ce modeste travail, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE  
DOCTEUR ADEGNE TOGO**

**Spécialiste en chirurgie générale au service de Chirurgie générale  
du CHU Gabriel TOURE,  
Maître assistant en chirurgie générale à la Faculté de Médecine, de  
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie,**

**Cher Maître,**

Nous avons été marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez  
accepté de juger ce modeste travail malgré vos nombreuses  
occupations.

Votre rigueur dans le travail, votre simplicité, votre conscience  
professionnelle, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un  
praticien admirable.

Veillez trouver, cher Maître, le témoignage de notre grande  
reconnaissance et de notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE  
DOCTEUR BREHIMATRAORE**

**Chirurgien généraliste ;**

**Président de la commission médicale d'établissement de l'hôpital  
Sominé Dolo de Mopti.**

**Cher Maître,**

Nous avons profité de votre grande connaissance scientifique et de votre expérience.

Votre compétence, votre abord facile, votre dynamisme, votre rigueur associée à vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect.

Veillez croire, cher Maître, à l'assurance de notre respect et de notre reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE  
PROFESSEUR GANGALY DIALLO**

**Professeur Titulaire en Chirurgie Viscérale**

**Médecin Colonel major des Forces Armées du Mali**

**Chirurgien des Armées**

**Chef de service de Chirurgie Générale du CHU Gabriel TOURE**

**Secrétaire Général de la Société de Chirurgie Digestive du Mali**

**Chevalier de l'Ordre National de la Santé.**

**Secrétaire Général de l'Association des Chirurgiens d'Afrique  
Francophone.**

**Cher maître,**

Voici le moment opportun de vous présenter nos sincères  
remerciements pour nous avoir accepté dans votre service.

Nous sommes très heureux et fier d'être comptés parmi vos élèves.

Malgré vos multiples sollicitations, vous avez initié et dirigé ce travail.

Votre disponibilité, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre  
engagement combien inestimable tant dans la formation que dans le  
suivi du travail et vos qualités humaines nous ont à jamais marqué.

Nous avons bénéficié une grande satisfaction de votre encadrement. Cet  
encadrement précieux a contribué à l'élaboration de ce document. Votre  
satisfaction pour ce travail sera notre récompense.

Nous voudrions être dignes de la confiance que vous nous avez  
accordée et vous prions, cher Maître, de trouver ici le témoignage de  
notre sincère reconnaissance et profonde gratitude.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION :</b> .....	1
<b>OBJECTIFS :</b> .....	3
<b>GENERALITES :</b> .....	4
. Rappels anatomique et physiologique :	
. Mécanisme :	
. Physiopathologie :	
. Anatomie pathologie:	
. Etiologies :	
. Diagnostic positif :	
. Formes cliniques	
. Diagnostic différentiel :	
. Principes de traitement :	
. Complications :	
<b>METHODOLOGIE :</b> .....	33
. Cadre de l'étude :	
. Type et durée de l'étude :	
. Population d'étude :	
. Méthode :	
. Saisie et collecte des données :	
<b>RESULTATS :</b> .....	38
<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION :</b> .....	74
<b>CONCLUSIONS ET RECOMANDATION :</b> .....	100
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :</b> .....	102
<b>ANNEXES :</b> .....	113

## ABREVIATIONS

**ASA** : American Society of Anesthesiologists  
**AG** : Anesthésie Générale  
**AMG** : Arrêt des Matières et des Gaz  
ASP : Abdomen Sans Préparation  
ATB : Antibiotique  
ATP : Adénosine Triphosphate  
BW : Bordet Wassermann  
Batt. / min : Battement par minute  
°C : Degré Celsius  
**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire  
Cl- : Chlore  
Cm : Centimètre  
D1 : Premier Duodénum  
D2 : Deuxième Duodénum  
D3 : Troisième Duodénum  
D4 : Quatrième Duodénum  
DDL : Degré De Liberté  
ECBU : Examen Cyto-bactérien des Urines  
F CFA : Franc CFA (Communauté de Franc Africain)  
FID : Fosse Iliaque Droite  
FIG : Fosse Iliaque Gauche  
GEU : Grossesse Extra-Utérine  
G / l : Gramme par litre  
G / dl : Gramme par décilitre  
H : Heure  
**HSD** : Hôpital Sominé Dolo  
**HTA** : Hypertension Artérielle  
< : Inférieur  
≤ : Inférieur ou égal  
**J** : Jour  
K+ : Potassium  
Kg : Kilogramme  
L : Litre

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

L1 : Première vertèbre Lombaire  
L2 : Deuxième vertèbre Lombaire  
L4 : Quatrième vertèbre Lombaire  
L.K.F.B : Lycée Kalilou Fofana de Bougouni  
M : Mètre  
Min : Minute  
Ml : Millilitre  
Mm : Millimètre  
Mmol / l : Millimole par litre  
Mv / min : Mouvement par minute  
N : Nombre  
Na<sup>+</sup> : Sodium  
NFS : Numération Formule Sanguine  
**ORL** : Oto-rhino-laryngologie  
**PH** : Potentiel Hydrogène  
**POK** : Parasit Of Kyst  
**RFA** : République Fédérale d'Allemagne  
**SMIG** : Salaire Minimum d'Insertion Générale  
    ➤ : Supérieur  
    ≥ : Supérieur ou égal  
**TC** : Temps de Coagulation  
**TCK** : Temps de Céphaline-Kaolin  
**TP** : Taux de Prothrombine  
**TS** : Temps de Saignement  
**UIV** : Urographie Intra-Veineuse  
**USA**: United States of America  
**VS**: Vitesse de sédimentation

## I- INTRODUCTION

L'occlusion, dans son sens étymologique, dérive du mot latin *occlusio*, Signifiant action de fermer, état de ce qui est fermé [1].

L'occlusion intestinale aiguë mécanique est caractérisée par l'interruption du transit intestinal par un obstacle sur le grêle ou le côlon. Elle réalise ainsi un arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz dans un segment intestinal [2].

Il ne s'agit pas d'une maladie, mais d'un syndrome à causes multiples et à mécanismes variés [3].

L'occlusion est un syndrome ubiquitaire, connu depuis l'antiquité, auquel beaucoup d'auteurs se sont intéressés dans le monde :

▣ **En Europe**, dans ces 10 dernières années l'occlusion est devenue de plus en plus fréquente. La cause essentielle est due à la diverticulose acquise. [4] L'incidence annuelle des occlusions intestinales aiguës mécaniques est stable (40/100.000 habitants), touchant préférentiellement les personnes âgées. En pratique hospitalière, les occlusions représentent 10% des douleurs abdominales prises en charge [5].

Le taux de mortalité lié à l'occlusion est supérieur à 10% en occident. [5]

▣ **En Afrique :**

- En 2001, Harouna au Niger, trouve une fréquence de 41% d'occlusions intestinales aiguës mécaniques avec 14,8% de décès ;

Au Mali, singulièrement dans le district de Bamako, certaines études ont été menées dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré [3]

- En 2001, KONATE H. trouve que les occlusions intestinales occupent la première cause des abdomens aigus chirurgicaux avec une fréquence de 34,7 % et un taux de 6 % de décès. [6]

- En 2003, Sidibé M. B. Trouve 7,5% de décès dans les occlusions intestinales aiguës mécaniques.[3]



En Afrique, la mortalité globale liée à l'occlusion touche 12% des patients.

[5]

- A Mopti, aucune étude jusqu'ici n'avait été réalisée sur les occlusions intestinales. Cette absence de données sur ce syndrome en tant qu'une urgence abdominale classique, fréquente et grave, nous a motivé à réaliser ce travail pour lequel nous avons fixé les objectifs suivants :

## **OBJECTIFS**

### **- OBJECTIF GENERAL**

Etudier les occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service de chirurgie à l'hôpital régional de Mopti.

### **- OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- ▣ Déterminer la fréquence hospitalière des occlusions intestinales aiguës mécaniques à Mopti ;
- ▣ Décrire les aspects cliniques et para cliniques ;
- ▣ Déterminer les principales étiologies ;
- ▣ Analyser les résultats du traitement médical et chirurgical ;
- ▣ Evaluer le coût des de la prise en charge.

## II- GENERALITES

### 1- Rappels anatomique et physiologique de l'iléon et du côlon :

#### 1-1- L'iléon :

**1-1-1- Anatomie macroscopique :** [7] L'intestin grêle est la portion du tube digestif qui s'étend de l'estomac au colon. C'est un organe de digestion et d'absorption. Il comprend 3 segments de haut en bas :

- Le duodénum : C'est la partie la plus courte de l'intestin grêle. Il prend naissance au sphincter pylorique de l'estomac et s'étend sur 25cm ; puis fusionne avec le jéjunum.
- Le jéjunum : mesure 2m de longueur et s'étend jusqu'à l'iléon
- L'iléon : Mesure 3,6m de longueur et rejoint le gros intestin à la valvule iléo-cæcale.

L'iléon comme le reste de l'intestin grêle est un conduit musculo-membraneux plus ou moins aplati à l'état de vacuité, revêtant une forme régulièrement cylindrique quand il est distendu par les aliments et les gaz.

L'iléon a une coloration rosée, légèrement pale ; Il décrit une série d'anses (14 à 16 anses intestinales) ; dont chacune a une longueur de 20cm.

#### 1-1-2- Anatomie microscopique : [7]

Sur le plan histologique, la paroi de l'iléon est constituée par 4 tuniques, de dehors en dedans : séreuse, musculuse, sous muqueuse et muqueuse.

- a- La séreuse : Se continue le long du bord adhérent des anses intestinales avec les feuilles du mésentère.
- b- Les tuniques musculuse et sous muqueuse sont identiques à celles du duodénum
- c- La tunique muqueuse présente :

-Des villosités,

-Des valvules conniventes dont les dimensions et le nombre diminuent graduellement de l'angle duodéno-jéjunal vers la terminaison du jéjuno-iléon ; elles disparaissent complètement à 50cm environ en amont du gros intestin.

-Des follicules clos : On trouve en plus dans le jéjuno-iléon, des plaques de Peyer qui sont des amas de follicules clos dessinant à la face de la muqueuse des plaques blanchâtres d'aspect gaufré, de forme elliptique de 4 à 6cm de longueur. Elles siègent particulièrement sur la deuxième moitié du jéjuno-iléon et sur le bord libre de l'intestin.

### **3-1-2-3- Les rapports : [7]**

L'iléon tient de multiples rapports avec les autres organes intra abdominaux :

- en arrière : avec la paroi abdominale postérieure et organes rétro-péritoneaux (gros vaisseaux para vertébraux, partie sous méso colique du duodénum, les reins, les uretères, le côlon ascendant et surtout le colon descendant) ;
- en avant : il est en contact avec le grand épiploon qui couvre directement la masse intestinale et la paroi abdominale antérieure ;
- en haut : il répond au colon transverse
- en bas : il est en contact avec le colon pelvien.

### **3-1-2-4- Les vaisseaux et les nerfs : [7]**

- Les artères proviennent de l'artère mésentérique supérieure
- Les veines sont disposées comme les artères et se jettent dans la grande veine mésentérique.
- Les lymphatiques qui sortent de la paroi de l'iléon sont les chylifères d'ASELIUS. Ils vont directement soit aux éléments du groupe juxta intestinal, soit à ceux du groupe intermédiaire. Ces deux groupes communiquent eux-mêmes avec le groupe central dont les afférentes conduisent la lymphe de l'iléon dans le tronc lombaire gauche ou dans la citerne de PECQUET.

- Les nerfs viennent du plexus solaire par le plexus mésentérique supérieur.

### **3-1-2-5- La physiologie : [7]**

La fonction principale de l'iléon est la digestion et l'absorption. La présence du chyme dans le grêle entraîne la sécrétion du suc intestinal au rythme de 2 à 3 litres (L) par jour. Ce suc de pH=7,6 ; légèrement alcalin, renferme de l'eau et du mucus. Il est rapidement absorbé par des villosités et sert au transport des substances contenues dans le chyme lorsqu'elles entrent en contact avec les villosités.

Les enzymes intestinales sont élaborées dans les cellules épithéliales qui tapissent les villosités. Toute la digestion effectuée par ces enzymes a lieu à l'intérieur des cellules, à la surface de leur micro villosités. Parmi ces enzymes :

- la maltase, l'invertase et la lactase pour la digestion des glucides ;
- la rubonucléase et la desoxyrubonucléase pour la digestion des acides nucléiques.

#### **a- La digestion** : Est mécanique et chimique

La digestion mécanique est assurée par les mouvements de l'intestin qui sont de deux sortes :

- La segmentation est le plus important mouvement de l'intestin grêle.

C'est strictement une concentration localisée dans la région contenant le chyme. Elle assure le mélange du chyme et des sucs digestifs, et met les particules de nourritures en contact avec la muqueuse ; pour qu'elles soient absorbées. Cette segmentation ne fait pas avancer les aliments dans le tube digestif.

- Le péristaltisme propulse le chyme vers l'avant le long du tube digestif.

Le chyme avance dans l'anse au rythme de 1cm par minute, il demeure donc dans l'intestin grêle de 3 à 5 heures.

Le péristaltisme, tout comme la segmentation, est déclenché par la distension et réglé par le système nerveux autonome.

- la digestion chimique constitue le parachèvement de la digestion entamée dans la bouche et dans l'estomac. Les protéines, les glucides et les lipides qui restent, sont alors digérés par l'action conjuguée du suc pancréatique, de la bile et du suc intestinal, dans l'intestin grêle.

### **b- L'absorption :**

Après l'absorption des glucides, des protéines et des lipides, celle de l'eau dans l'intestin grêle reste essentiellement hémodynamique. Environ 9L de liquide pénètrent quotidiennement dans l'intestin grêle. Près de 8 à 8,5L de liquide sont absorbés dans l'intestin grêle. La quantité de liquide restant (0,1 à 1L) est cédée au côlon.

L'absorption de l'eau dans l'intestin grêle s'effectue par osmose depuis la lumière jusqu'aux capillaires sanguins des villosités à travers les cellules épithéliales. Le taux normal d'absorption se situe entre 200 et 400 ml/h. L'eau traverse la muqueuse intestinale dans les deux directions. L'absorption de l'eau dans l'intestin grêle est liée à celle des aliments digérés et des électrolytes afin de maintenir l'équilibre osmotique avec le sang.

L'iléon est le siège de l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E, K), des vitamines hydrosolubles et la vitamine C.

### **3-1-3- Le côlon :**

### **3-1-3-1- Anatomie macroscopique : [7, 8]**

Le côlon ou le gros intestin s'étend de la valvule iléocœcale à la jonction recto-sigmoïdienne. La dénomination communément utilisée de « cadre colique » en indique la topographie abdominale périphérique ; son trajet étend successivement ascendant dans la région ilio-lombaire droite (segment caeco-ascendant), transversal depuis l'angle hépatique jusqu'à l'angle splénique (côlon transverse), descendant enfin dans la région lombiliaque et pelvienne gauche (segment descendant et ilio-pelvien).

La longueur (1,50m en moyenne) est susceptible de grandes variations individuelles, son calibre de 6,5cm diminue régulièrement du caecum à la jonction recto sigmoïdienne.

**a- Le côlon ascendant :** pratiquement vertical se termine au niveau de l'angle colique droit ou angle hépatique. C'est un organe habituellement fixe car sa paroi postérieure s'appuie directement sur la paroi abdominale par l'intermédiaire de la zone colique droite.

**b- Le côlon transverse:** Est étendu entre les angles coliques droit et gauche. Il est constitué par deux anses droite et gauche d'inégale importance, lui donnant l'aspect d'une guirlande à concavité postéro supérieure. Le tiers du côlon transverse situé à droite du ligament gastro-colique, est fixé aux faces antérieures des reins (ligament reno-colique) et du duodénum descendant par une zone d'adhérence unissant la zone déperitonéalisée colique droite à la zone duodéno-pancréatique. Les deux tiers gauches du côlon transverse peuvent être mobilisées par l'intermédiaire du méso côlon transverse dont la longueur est variable.

**c- Le côlon descendant :** Vertical, atteint le bord médial du muscle psoas. Il est comme le colon ascendant fixé à la paroi abdominale postérieure par l'intermédiaire de la zone colique gauche.

**d- Le côlon sigmoïde** : S'étend du bord médial du psoas jusqu'à la face antérieure de la vertèbre sacrée III, en regard de laquelle il se prolonge avec le rectum. C'est un organe mobile dont la longueur est variable. Il est rattaché à la paroi abdomino-pelvienne par le méso côlon sigmoïde dont la longueur est également variable et conditionne sa mobilité, sa position et ses rapports.

### **3.1.3.2- Anatomie microscopique : [9]**

**a- La muqueuse** : Ne présente ni villosités ni valvules conniventes permanentes, mais elle est formée d'un épithélium cylindrique simple qui renferme de nombreuses cellules caliciformes. Des cellules cylindriques et des cellules à mucus sont situées dans les glandes intestinales tubulaires, longues et droites, qui s'étendent sur toute l'épaisseur de la muqueuse. Des follicules lymphatiques solitaires sont aussi présents dans la muqueuse.

**b- La sous muqueuse** : Ressemble à celle du reste du tube digestif

**c- La musculieuse** : Est formée d'une couche externe de muscle longitudinal présentant un renflement formant trois bandes visibles que l'on appelle bandelettes longitudinales. Sous l'effet des contractions toniques des bandelettes, le côlon forme des séries de poches appelées haustrations qui lui donnent un aspect bosselé.

**d- La séreuse** : fait partie du péritoine viscéral. Des petites poches remplies de graisses du péritoine viscéral sont fixées aux bandelettes longitudinales, ce sont des appendices épiploïques.

### **3-1-3-3- Les rapports : [7]**

Le côlon à travers ses différentes portions présente de multiples rapports :

- en arrière avec les fosses iliaques, les fosses lombaires, les reins, le pancréas, le duodénum et les anses grêles.
- en dehors avec les parois latérales de l'abdomen et le diaphragme ;



- en dedans avec l'uretère droit, les vaisseaux spermatiques ou utero ovariens, les anses intestinales et le duodénum ;
- en avant avec la paroi abdominale antérieure, le foie, le grand épiploon, l'arrière cavité des épiploons, la vessie, l'utérus et les ligaments larges chez la femme.
- en haut avec le foie, l'estomac, la rate et les grêles ;
- en bas avec les anses grêles, la vessie, l'utérus et les ligaments larges.

### **3-1-3-4- Les vaisseaux et les nerfs : [7]**

- Les artères du côlon proviennent de la mésentérique supérieure et de la mésentérique inférieure.

Le territoire de la mésentérique supérieure s'étend jusqu'à l'angle colique gauche, et assure presque toujours entièrement l'irrigation du côlon transverse. La mésentérique supérieure donne naissance aux artères coliques droites supérieures, moyennes et inférieures. La mésentérique inférieure fournit les artères coliques gauches supérieures et inférieures ; cette dernière se divise en trois artères sigmoïdes.

- Les veines du côlon sont disposées comme les artères qu'elles accompagnent, et se rendent à la veine porte par les veines grande et petite mésentériques.
- Les lymphatiques du côlon vont successivement ; ou en sautant certains relais, aux ganglions épicoliques, aux ganglions para coliques situés le long de l'arcade artérielle, ainsi qu'aux groupes intermédiaires et principaux, placés le long des artères coliques.
- Les nerfs du côlon proviennent des plexus mésentériques supérieur et inférieur.

### **3-1-3-5- La physiologie du côlon : [8]**

Le côlon joue un rôle physiologiquement primordial dans la transformation du chyme intestinal qu'il rend apte à son élimination. Il y parvient par :

**a- La sécrétion d'un mucus qui protège et lubrifie sa muqueuse :**

La fonction d'absorption, limitée au côlon droit, s'exerce sur l'eau, le chlorure de sodium essentiellement, mais aussi sur certains glucides, tels que le lactose et le saccharose ;

Une flore de micro-organismes abondante est destinée à attaquer l'amidon et quelques protéines avec production d'ammoniac. C'est donc essentiellement un rôle de déshydratation du bol fécal qui est dévolu au côlon droit.

Les liquides à leur franchissement de la valvule de BAUHIN, les matières sont devenues pâteuses et même solides dans le côlon gauche. La traversée colique s'effectue normalement en 16heures.

**b- Les fonctions motrices :** par la succession d'ondes rythmiques

Péristaltiques et anti-péristaltiques, elles tiennent sous leur dépendance le brassage et le stockage surtout colique gauche du bol fécal ; de puissantes ondes propulsives provoquent l'évacuation.

**2- MÉCANISME**

L'agent occlusif peut être mécanique ou fonctionnel. Les occlusions fonctionnelles relèvent d'une altération de la motricité intestinale d'origine locale ou générale de cause réflexe ou inflammatoire, qui aboutit à la paralysie intestinale.

Les occlusions mécaniques, les plus fréquentes au niveau du côlon peuvent relever soit d'une obstruction de la lumière colique, soit d'une strangulation engendrant une ischémie intestinale.

**3- PHYSIOPATHOLOGIE**

Trois éléments sont à prendre en compte dans la physiopathologie de l'occlusion intestinale : la distension intestinale, les troubles de la microcirculation et les altérations des secteurs hydriques de l'organisme.

### **3-1- Distension intestinale**

La distension de l'intestin grêle représente un des points importants de la physiopathologie de l'occlusion. En effet, le contenu intestinal qui stagne en amont de l'obstacle provoque une dilatation de la lumière intestinale qui progressivement s'accroît, entraînant la poursuite des sécrétions, puis la diminution de la réabsorption liquidienne. L'augmentation de la distension est liée à la présence de gaz, due à la fois à l'ingestion de l'air dégluti et à la fermentation du contenu intestinal stagnant. Du fait de la tension croissante sur la paroi intestinale, la capacité de réabsorption s'arrête, l'organisme séquestrant d'importantes quantités d'eau, d'électrolytes et de protéines dans le tube digestif.

### **3-2- Troubles de la microcirculation**

La persistance de la distension intestinale entraîne un blocage de la microcirculation et donc une hypoxie avec possible nécrose de la muqueuse. La distension intestinale croissante provoque la diminution progressive de la pression partielle d'oxygène de la paroi intestinale, d'où une carence énergétique de cette paroi avec une paralysie de la couche musculaire lisse, aggravant d'autant la distension initiale. L'insuffisance d'apport d'oxygène par distension de la paroi intestinale va produire un œdème pariétal puis des manifestations inflammatoires nécrotiques voire perforatives.

L'intestin altéré par l'hypoxie et la protéolyse intracellulaire va produire un facteur myocardo-dépressif, occasionnant la diminution de la contractilité du muscle myocardique, et provoquer une vasoconstriction dans le territoire splanchnique ce qui accroît d'autant l'hypoxie intestinale.

### **3-3- Altération des secteurs hydriques de l'organisme**

Dans des conditions physiologiques, le tractus gastro-intestinal produit 5 à 6 litres de sécrétions digestives par 24 heures, 90% d'entre elles étant réabsorbées. Avec l'arrêt de la réabsorption, se développent d'importantes « pertes » de liquides et d'électrolytes qui stagnent dans la lumière intestinale. L'adulte présentant une grande surface péritonéale, la déperdition liquidienne serait de l'ordre de 4 litres pour un œdème du péritoine dont l'épaisseur augmenterait de 2 mm. Une distension ultérieure de l'intestin entraîne également l'augmentation de la pression dans la cavité abdominale avec une diminution de la perfusion de l'artère mésentérique supérieure et de la veine porte ainsi que du débit cardiaque.

Enfin, la distension intestinale occasionne la surélévation du diaphragme avec une limite de la fonction d'expansion pulmonaire. Ces différents mécanismes physiopathologiques aboutissent à une séquestration liquidienne intra-abdominale et à la formation d'un « troisième secteur » liquidien constitué aux dépens de la masse liquidienne circulante. Une hypovolémie relative est donc la conséquence finale de l'occlusion avec l'évolution vers le choc hypovolémique et l'insuffisance rénale fonctionnelle. Concernant l'équilibre acido-basique et électrolytique, il est à souligner qu'il s'agit, surtout dans les cas d'occlusion haute avec vomissements incœrcibles, d'une acidose hypokaliémique et hypochlorémique [10].

NB : dans les strangulations (volvulus d'une anse, invagination...), à l'occlusion de l'intestin s'ajoute celle des minces parois des veines de son méso. Leur drainage se fait mal ou pas du tout, ce qui empêche le sang artériel de circuler et favorise la nécrose intestinale ischémique. Le retentissement physiopathologique de cet état ajoutera aux trois facteurs précédents deux autres éléments :

- une aggravation de la chute de la masse sanguine par séquestration de sang dans le territoire veineux étranglé ;

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

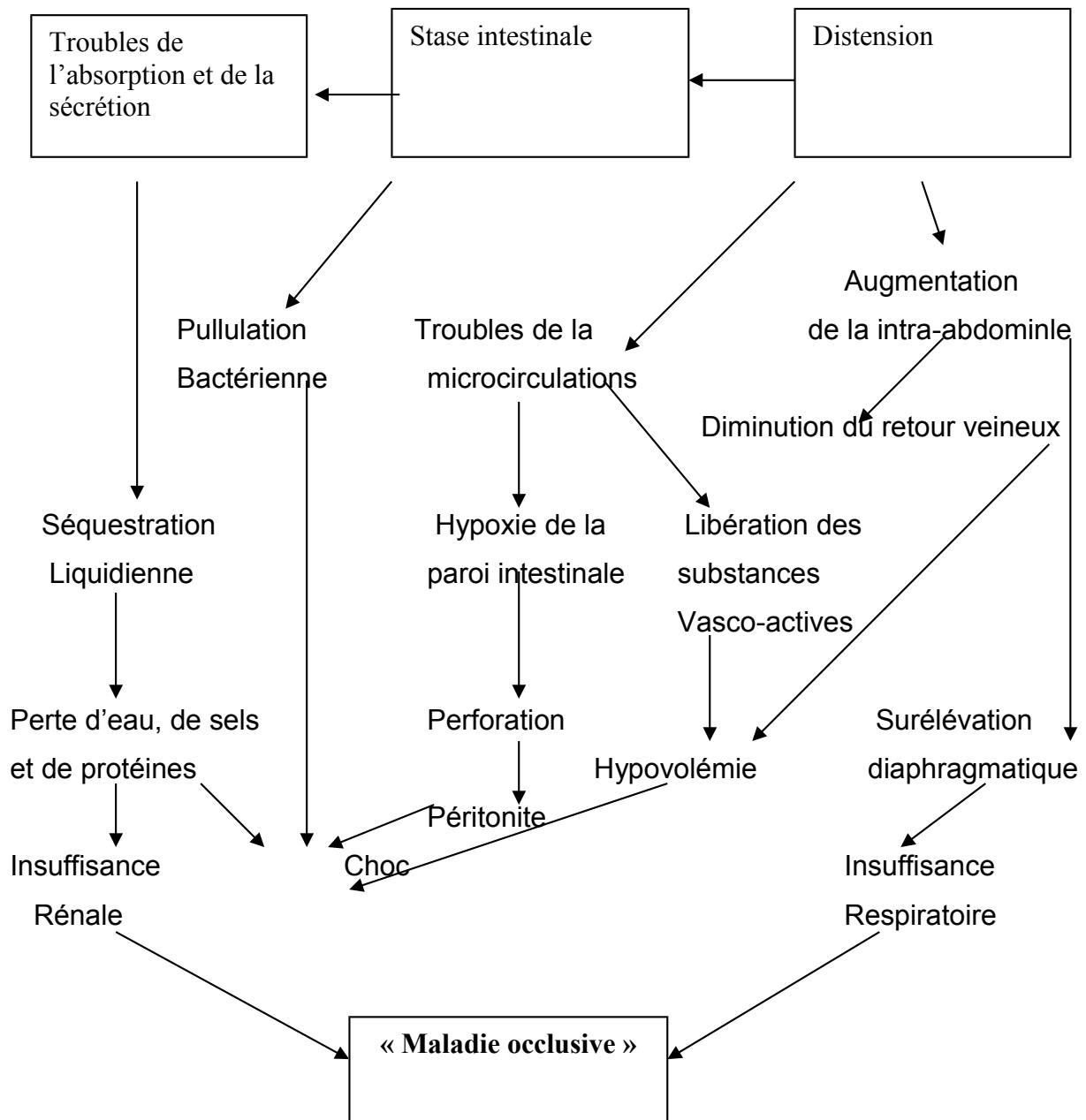
- une menace de péritoine, par exsudation microbienne hors de l'anse étranglée ou par inondation de liquide intestinal lors d'une perforation par distension ou d'un sphacèle.

Ces facteurs retentissent

- sur le sang circulant : hypovolémie, hémococoncentration, effondrements des électrolytes, tous facteurs de choc,

- sur les cellules et les espaces extra-cellulaires [11].

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**



**Figure 1** : Physiopathologie de l'occlusion intestinale [10]

#### **4- ANATOMIE PATHOLOGIE [12, 13]**

Chez un sujet occlus, au ventre ballonné parfois de façons monstrueuses, à l'ouverture du péritoine, on décrit trois faits principaux :

- l'écoulement d'un épanchement ascitique, abondant, clair ou sérosanglant,
- la protusion des anses intestinales distendues : l'intestin est le plus souvent gonflé à l'extrême, ses parois sont fines, de couleurs rouge vineux, son calibre pouvant varier de 4 à 10 cm de diamètre ;
- l'obstacle : il s'agit soit d'un engorgement d'anse, soit d'une masse tumorale, soit d'un enroulement d'anse sur son axe méésentérique : là l'anse est inerte, noirâtre, prête à se perforer. En aval de l'obstacle les anses sont aplaties, contractées, en amont d'une obturation serrée peuvent se découvrir des perforations dites « diastatiques », jumelées à des phénomènes infectieux.

#### **5- ETIOLOGIES [12, 13, 14, 15].**

L'occlusion intestinale aiguë mécanique est un syndrome d'une grande fréquence observée à tous les âges, spontanément ou après une intervention chirurgicale portant sur l'abdomen. Ses causes sont variables. Chaque étape de l'existence est caractérisée par un type d'occlusion.

**5-1- Occlusions néo-natales** : les plus fréquentes sont :

\* pour le côlon :

- l'imperforation anale,
- la maladie de Hirschprung,
- l'immaturation du côlon,
- le méésentère commun,

\* pour le grêle

- les brides par mal rotation de l'intestin

\* exceptionnellement, occlusions fonctionnelles en rapport avec une infection parentérale.

**5-2- Occlusions du nourrisson** : les causes les plus fréquentes sont :

- l'invagination intestinale aiguë,
- la torsion d'un mégacôlon congénital,
- les brides par mal rotation de l'intestin,
- l'iléus fonctionnel.

**5-3- Occlusions de l'enfant** : les causes les plus fréquentes sont :

- l'appendicite à forme occlusive,
- l'invagination intestinale aiguë,
- la péritonite tuberculeuse.

**5-4- Occlusions de l'adulte** , les causes les plus fréquentes sont :

- le volvulus du côlon pelvien,
- le volvulus de l'intestin grêle,
- les étranglements herniaires,
- le volvulus du caecum.

**5-5- Occlusions du sujet âgé** , les principales causes sont :

- le cancer colique,
- le volvulus du côlon pelvien,
- l'appendicite et la cholécystite occlusives,
- l'iléus biliaires,
- les hernies internes.

**6- DIAGNOSTIC POSITIF**

**6-1- Type de description**

Forme typique d'un sujet de 60 ans, sexe masculin, de volvulus du côlon pelvien, réalisant un tableau d'occlusion basse par strangulation.

**6-2- Anamnèse**

C'est le 1<sup>er</sup> temps de l'observation, elle permet de préciser les notions de :

- opérations antérieures,
- signes en faveur d'une affection maligne, perte de poids, modification du type habituel des exonérations,



- prise de médicaments : laxatifs, antidépresseurs, antiparkinsonniens,
- affection métaboliques : diabète, urémie [16],
- « carré de tradition » de l'occlusion composé de douleurs abdominales, vomissements, arrêt des matières et des gaz et météorisme. Il est très souvent incomplet, dans ce cas un syndrome minimum à base de douleurs abdominales et d'arrêt des gaz devrait suffire à sonner l'alerte.

**\* La douleur**

Cette douleur à début brutal ou progressif, d'intensité variable et peut toucher tous les cadrans de l'abdomen, mais est exceptionnellement (5%) localisée à droite. Elle est un signe caractéristique qui évolue le plus souvent par crises de colique intermittente dont les paroxysmes douloureux sont séparés par des phases d'accalmie relative marquées par un fond douloureux permanent. Ces coliques témoignent de la lutte de l'intestin contre l'obstacle.

**NB :** parfois faibles (donc trompeuses) chez le vieillard, les crises douloureuses peuvent prendre un aspect d'état de mal douloureux en cas de strangulation.

**\* Vomissements**

Classiques mais non caractéristiques, ils sont plus ou moins précoces et abondants, alimentaires, bileux. Leur caractère fécaloïde est hautement évocateur mais tardif.

**\* Le transit :**

Il est, par définition, toujours anormal (100%). L'arrêt des gaz est le symptôme le plus caractéristique et le plus analysable alors que l'arrêt des matières est plus aléatoire, le transit normal allant de 3 selles par jours à 3 selles par semaine [17, 18].

**\* La distension abdominale** est fréquente : (50%).

### 6-3- Signes généraux

Selon mécanisme et siège de l'obstacle, l'état général est différemment atteint tantôt parfaitement conservé, il peut être doublement atteint sur les plans anatomiques (distension et menace de sphacèle intestinal) et biologique (déséquilibre hydro électrolytique dû en particulier aux vomissements). Ici, l'évaluation de l'état général repose donc sur l'appréciation du faciès ; des signes de déshydratation [19, 20].

\* Déshydratation extracellulaire : diminution de la pression artérielle pouls, oligurie, lipothymie aux changement de position (déficit du compartiment vasculaire) pli cutané cernes péri oculaires et l'hypotonie du globe oculaire (déficit du compartiment intestinal).

\* Déshydratation intracellulaire : la soif, sécheresse des muqueuses bucco-gingivales, et parfois la fièvre en l'absence d'infection apparente, signes de choc (toxi-infectieux).

## **6-4- Signes physiques**

### **6-4-1- A l'inspection, elle note :**

- le ballonnement abdominal avec météorisme et précise son caractère : généralisé ou localisé. Il est médian et diffus (voussure épigastrique) dans les occlusions du grêle, en cadre dans celles par atteinte du sigmoïde et partiel et asymétrique en cas de volvulus du côlon. En cas d'occlusion haute du grêle le météorisme est absent.
- l'existence éventuelle de mouvements péristaltiques de l'intestin évoluant par reptation sous la paroi abdominale de manière spontanée ou provoquée par une chiquenaude. Ces mouvements traduisent la lutte contre l'obstacle en cas d'obstruction. A contrario, on peut noter une inertie de l'intestin dilaté fréquemment en cas de strangulation.
- l'existence d'une éventuelle cicatrice de laparotomie abdominale.

### **6-4-2- A la palpation**

Elle note une résistance élastique de la paroi =, parfois un durcissement intermittent correspondant à une vague de distension de l'intestin d'amont.

Elle contrôle l'absence de contracture pariétale (dans certains cas il peut exister une défense).

Elle trouve parfois un point douloureux fixe de bonne valeur localisatrice. Elle vérifie les orifices herniaires à la recherche d'une hernie étranglée.

### **6-4-3- A la percussion**

Elle met en évidence un tympanisme, généralisé ou localisé, parfois aussi une matité traduisant soit des anses pleines de liquide, soit un épanchement péritonéal associé.

### **6-4-4- A l'auscultation**

L'auscultation de l'abdomen peut percevoir des bruits hydroaériques (borborygmes) traduisant la lutte contre un obstacle ou au contraire un silence anormal dit « sépulcral » signant un iléus paralytique voire des tintements métalliques en cas d'iléus mécanique.

#### **6-4-5- Les touchers pelviens**

- le toucher rectal vérifie la liberté ou non du cul-de-sac de Douglas ; la vacuité ou non de l'ampoule rectale ainsi que l'existence ou non d'une tumeur obstruant ou comprimant l'intestin.
- chez la femme le toucher vaginal vérifie l'état de l'appareil génital.

#### **6-5- Examens complémentaires**

##### **6-5-1- Examens biologiques**

Les paramètres biologiques faits en urgence (numération globulaire avec formule sanguine, ionogramme sanguin avec urémie, créatinémie, amylasémie, crase sanguine) sont nécessaires pour apprécier le retentissement général de l'occlusion et peuvent être utiles à l'anesthésie si une intervention chirurgicale doit être décidée [10].

**Tableau I : Modifications biologiques en cas d'occlusions [21]**

Biologie	Normal	Stade précoce	Stade tardif
Hématocrite	45%	=Ou ↑	↓
Protide	70 g/l	= Ou ↑	↓
Urée	2,5-7,4 mmol/l	↑	↓ ↑
P	7,38+/- 0,02	↑	↓ ↓
H			
Na+	140+/- 2mmol/l	=Ou ↑	=Ou ↓ ↓
K+	4,3+/- 5 mmol/l	↑	↓ ↓
Cl-	100+/- 5 mmol/l	↑	↓ ↓
CO <sub>3</sub> H-	25-27 mmol/l	↑	↓ ↓
Urée (urines)	250-500 mmol/l	=Ou ↑	↓ ↓
Na (urines)	130-200	↑	↓ ↓
K (urine)	50-100	↑	↓ ↓

## 6-5-2- Imagerie

### 6-5-2-1- La radiographie de l'abdomen sans préparation

C'est l'examen radiologique essentiel et comprend au mieux 4 clichés : clichés de face debout et couché centré sur les coupes et profil couché. Ces clichés mettent en évidence la rétention gazeuse précoce et la rétention liquidienne plus tardive. L'association de ces deux phénomènes aboutit à l'image de niveau hydroaérique d'importance et de nombres variables selon le délai, la localisation et la nature de l'occlusion.

Classiquement les niveaux hydro-aériques correspondant à une occlusion du grêle sont plus larges que haut, nombreux et centraux alors que ceux d'une occlusion colique sont périphérique moins nombreux et plus haut que large. Le diagnostic d'iléus paralytique est radiologique. Il se caractérise par une forte prédominance des images gazeuses par rapports aux images hydro-aériques, par le caractère modéré de la dilatation intestinale, et surtout par le caractère global de l'occlusion qui intéresse sans niveau de changement de calibre, le grêle en totalité et le côlon [22].

Les images des niveaux hydroaériques ne sont pas toujours retrouvées du fait de la présence en grande quantité de liquide ou d'une localisation haute. Ainsi 15 à 20% des patients ayant une occlusion n'ont pas de preuve radiologique de cette pathologie [23] et le diagnostic clinique doit toujours prévaloir [24].

### **6-5-2-2- La tomодensitométrie (scanner)**

Le scanner est de plus en plus réalisé. Il est intéressant à plusieurs titres : il peut affirmer le siège de l'obstruction et même parfois le mécanisme cancer colique avec visualisation de la tumeur occlusion du grêle sur bride montrant la strangulation et la jonction grêle sains dilaté, volvulus [25, 26, 27].

Le scanner peut aussi déceler certaines images évoquant une complication (pneumopéritoine, épanchement péritonéal) ; il peut guider la conduite opératoire, servant de bilan d'extension dans certains processus tumoraux (métastase).

### **6-5-2-3- Autres radiographies**

Les autres radiographies sont fonction du contexte étiologique, il s'agit notamment :

- d'une échographie abdominale,
- d'une artériographie mésentérique,
- l'opacification colique rétrograde aux hydrosolubles.

## **7- FORMES CLINIQUES**

**7-1- Selon le siège :** on distingue les occlusions du grêle et celles du côlon.

**Tableau II :** Diagnostic du niveau de l'occlusion

Signes	Grêle	Côlon
Douleur	Intense	Moins importante
Vomissement	Précoces	Tardifs
Arrêt du transit	Tardif (au début : faux transit par vidange de segment distal)	Précoce

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

Etat général	Déshydratation rapide	Conservé au début
Météorisme	Central	Périphérique en cadre
Douleur provoquée	En cas de souffrance l'intestin	dém
ASP	Niveau plus larges que haut centraux absence d'air dans le côlon haustrations allant d'un bord à l'autre des anses	Niveau plus haut que larges air dans le côlon en mont de l'obstacle, haustrations ne rejoignant pas les deux bords

## 7-2- Selon le mécanisme

Il faut distinguer les occlusions mécaniques qui forment deux groupes (par strangulation et par obstruction) et les occlusions fonctionnelles.

### 7-2-1- Occlusions mécaniques

**Tableau III:** diagnostic du mécanisme de l'occlusion

Signes	Strangulation	Obstruction
Douleur	Intense et constante	Moins importante, paroxystique
Déshydratation	Rapide	Plus tardive
Météorisme	Peu visible, parfois an palpable	Visible avec ondulation péristaltiques
Douleur provoquée	Constante, souffrance de l'anse	Rare
Bruits hydroaériques	Absents	Abondants
ASP	Niveau du liquide parfois unique	Niveaux liquides nombreux

### 7-2-2- Occlusions fonctionnelles

Elles peuvent être dues à une atonie intestinale ou à un iléus réflexe au cours de nombreuses affections médicales ou chirurgicales. Dans le cas d'une atonie intestinale pure, les douleurs sont modérées voire absentes et c'est surtout le météorisme important qui inquiète le patient.

Il y a rarement des signes de souffrance intestinale (sauf au niveau du caecum s'il est trop dilaté) et les bruits hydro-aériques sont diminués, voire absents. Sur l'abdomen sans préparation, la distension gazeuse atteint le plus souvent le grêle et le côlon de façon globale.

Quand aux occlusions inflammatoires qui ont une participation fonctionnelle liée à un foyer infectieux et une cause mécanique, elles rajoutent au syndrome occlusif un tableau infectieux comme en attestent la fièvre et l'hyperleucocytose à polynucléaires : elles s'observent au cours d'un abcès



**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

appendiculaire, vésiculaire ou gynécologique, voire d'une péritonite ou d'une pancréatite aiguë [10].

**7-2-3- Selon l'étiologie et l'âge**

**Tableau IV:** causes fréquentes de l'occlusion en fonction de l'âge [16]

Atrésie intestinale	X											
Sténose intestinale	X											
Iléus méconial	X											
Mégacôlon congénital	X	X										
Pancréas annulaire	X	X										
Duplication intestinale	X	X										
Sténose pylorique hypertrophique	X	X										
Maladie Hirschprung	X	X	X									
Invagination idiopathique		X	X									
Diverticule Meckel												
Ascariose			X	X								
Corps étranger			X									
Adhérences			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Brides			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Etranglement herniaire		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Maladie de Crohn				X	X	X	X	X	X			
Colite ulcéreuse							X	X	X			
Volvulus				X	X	X	X					
Cancer du côlon							X	X	X	X	X	X
Sténose après diverticulite								X	X	X	X	X
Infarctus mésentère								X	X	X	X	X
Iléus biliaire									X	X	X	X
Coprostase								X	X	X	X	X
Age en année	Péri-natale	1	5	10	20	30	40	50	60	70	80	90

## **8- DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

L'occlusion intestinale aiguë mécanique peut simuler une multitude d'affection médico-chirurgico-médicamenteuses, ce sont :

### **8-1- Les affections médicales**

- colique néphrétique,
- colique hépatique,
- pancréatite aiguë.

### **8-2- Les affections médicamenteuses**

- sujet âgé, sous neuroleptique,
- trouble de la kaliémie,
- anticoagulant.

### **8-3- Les affections chirurgicales**

- faux syndrome occlusif,
- hernie étranglée,
- éventration étranglée,
- invagination intestinale aiguë.

## **9- PRINCIPES DE TRAITEMENT**

Les données de la physiopathologie expliquent les principes thérapeutiques si le traitement médical permet une équilibration hydro-électrolytique et une décompression intestinale, le traitement chirurgical vise à supprimer l'obstacle et à pratiquer l'exérèse des segments intestinaux dévitalisés ou ceux responsables de l'occlusion.

### **9-1- Traitement médical**

Il est débuté rapidement tout en sachant qu'il ne doit en aucune manière retarder l'acte chirurgical notamment dans les cas d'occlusion du grêle par strangulation.

### **9-1-1- Antalgiques antispasmodiques**

La douleur peut aggraver le choc. Toutefois, l'emploi d'antalgiques du tableau B est à proscrire. Il convient de prescrire des antispasmodiques par voie intraveineuse ou intramusculaire. Ces médicaments soulagent le patient et ne masque pas la symptomatologie clinique.

### **9-1-2- Rééquilibration hydroélectrolytique et hémodynamique**

Elle constitue l'élément essentiel du traitement médical s'agissant de corriger la séquestration liquidienne dans le tube digestif (troisième secteur). Ce traitement peut être suffisant dans les occlusions sur adhérences, vues précocement et sans signe de souffrance intestinale. Cette rééquilibration se base sur des éléments clinique : durée d'évolution de l'occlusion, intensité de la déshydratation (soif, pli cutané, débit et densité urinaires, retentissement biologique (ionogramme). La mise en place d'une sonde urinaire à demeure est utile pour contrôler le débit urinaire. La pose d'un cathéter veineux central peut être indiquée ce qui permet de mesurer la pression veineuse centrale. Dans les occlusions sévères avec hypovolémie marquée, un apport de grosses molécules visant à augmenter la pression oncotique est nécessaire.

### **9-1-3- Aspiration digestive**

Elle lutte contre la distension intestinale et diminue de ce fait la stase veineuse qu'aggrave d'autant la souffrance de l'intestin occlus. Les modèles de sonde sont nombreux ; la sonde est habituellement positionnée dans l'estomac bien que certaines, plus longues et lestées permettent une aspiration intestinale plus proche de l'obstacle ; elles sont en pratique peu employées. L'aspiration du liquide intestinale et gastrique supprime les vomissements, quantifié la spoliation et précise les prescriptions hydro-électrolytiques.

### **9-1-4- Antibiothérapie**

L'administration d'antibiotiques peut retarder l'heure de la chirurgie. Elle doit être évitée avant d'avoir affirmé le diagnostic. Par contre l'antibiothérapie péri-opératoire (débuté à l'induction anesthésique) diminue les complications septiques.

### **9-2- Traitement chirurgical : [12, 13]**

#### **9.2.1- Occlusions mécaniques :**

Après une période de réanimation pré-opératoire :

- qui doit être brève en cas d'occlusion par strangulation (3 h) ;
- qui peut être prolongée, 3 à 6 h, en cas d'occlusion par obstruction, le traitement chirurgical peut être différé selon le siège et la nature de l'obstacle.

#### **9.2.1.1- Occlusion du grêle :**

On procède schématiquement comme suit :

- Incision médiane « à cheval » sur l'ombilic (que l'on peut agrandir vers le haut ou le bas selon les besoins de la cause).
- Exploration abdominale : on commence au carrefour iléo-cœcal et l'on « remonte » le grêle jusqu'à rencontrer l'obstacle.
- Correction de l'obstacle : adhésiolyse (adhérences, brides), kélotomie (hernie étranglée), détorsion (volvulus), résection tumorale.
- Vérification de la vitalité du segment intestinal libéré (couleur, péristaltisme, vaisseaux mésentériques...). Le traitement chirurgical requiert parfois la résection d'une ou de plusieurs anses. Le rétablissement de la continuité (anastomose termino-terminale) est immédiat.

### 9.2.1.2- Occlusion du côlon :

- Tumeur du côlon gauche :

Plusieurs attitudes thérapeutiques sont possibles :

- l'opération idéale est l'exérèse de celle-ci, de son méso et de ses ganglions,

- opérations palliatives :

♠ La colostomie première et résection seconde après régression de l'occlusion. cette colostomie doit se situer de proche amont de façon à pouvoir être supprimée en même temps que la tumeur.

♠ La colectomie immédiate sans rétablissement de la continuité, suivie d'un embouchement à la peau du bout colique distal et proximal appelé en « canon de fusil » (opération de BOULLY-WOLKMANN). Lorsque l'extériorisation du bout distal est impossible celui-ci sera fermé (opération de HARTMANN). La continuité sera rétablie après un délai de 2 à 3 semaines ou plus.

♠ La colectomie avec rétablissement immédiat de la continuité. Cette colectomie est effectuée sur un côlon bien vascularisé sans traction chez un sujet jeune en bon état général.

♠ Lorsque l'occlusion s'accompagne de lésions sphacéliques à distance, deux possibilités : colostomie de proche amont et extériorisation ou excision – suture de la zone en voie de nécrose.

♠ Colectomie sub-totale emportant l'ensemble du côlon distendu en amont du néoplasme ainsi que le néoplasme avec anastomose iléo-sigmoïdienne.

- Tumeur côlon droit :

♠ La colectomie droite avec iléo-transversostomie constitue l'opération de choix.

- Volvulus du côlon
- Il faut détordre le côlon,
- Si l'anse est saine, on procède à une simple détorsion associée ou non à la fixation pariétale .
- Si l'anse et le méso sont sphacélés, il faut faire une résection segmentaire du côlon suivie ou non de rétablissement de la continuité (le plus souvent on crée un anus artificiel). Le rétablissement de la continuité est réalisé deux ou trois mois plus tard.
- Les techniques non chirurgicales : lavement simple, lavement baryté, rectoscopie, rectoscopie + tube rectal, coloscopie et réduction spontanée permettant souvent de ne pas recourir à un acte chirurgical d'urgence.

Chez nous malheureusement tous les malades sont vu tardivement. Cette méthode n'est toutefois pas le traitement définitif du volvulus et l'intervention s'impose toujours à froid.

### **9.2.2- Occlusions inflammatoires :**

Elles posent les problèmes d'indications les plus difficiles :

- En cas d'occlusion par foyer circonscrit (cholécystite), le traitement antibiotique et la réanimation peuvent suffire à rétablir le transit,
- En cas d'occlusion par appendicite aiguë, il faut intervenir.

### **9.2.3- Occlusions post-opératoires :**

- Les occlusions tardives imposent le geste chirurgical que suggère toute cicatrice chez un occlus.
- Les occlusions précoces posent un difficile problème thérapeutique se résumant en un seul mot : expectative ou réintervention.
- Les secondaires précoces chez lesquelles on ne note pas d'atténuation des signes après réanimation, aspiration, antibiothérapie, imposent une reprise en sachant que le pronostic de telles interventions est mauvais, d'autant péjoratif que le malade est plus âgé.

## **10- COMPLICATIONS**

### **10-1- Evolution naturelle**

Les facteurs qui menacent la vie au cours d'une occlusion intestinale aiguë sont :

- le choc hypovolémique et ses conséquences,
- la perforation intestinale,
- les hémorragies digestives (stress ou syndrome de Mallory-Weiss),
- les pneumopathies par inhalation de vomissements.

Il existe de plus un risque local, celui de nécrose ou de perforation intestinale résultant d'ulcération mécaniques (iléus biliaire) ou d'une ischémie pariétale soit sur l'obstacle (bride étranglement, volvulus) soit en amont de l'obstacle (perforation diastatique due à la distension gazeuse).

### **10-2- Complications post-opératoires**

Les complications précoces à craindre sont :

- l'absence de reprise du transit (par occlusion fonctionnelle ou mécanique ou par iléus postopératoire prolongé),
- une péritonite par fistule ou par lâchage des fils de suture,
- abcès intra péritonéaux,
- cholécystite,
- éviscération,
- les phlébites et la défaillance cardio-respiratoire,
- la mort.

Les complications tardives sont essentiellement les éventrations et les occlusions intestinales aiguës secondaires (récidives) [28].

### III- METHODOLOGIE

#### 1. Cadre de l'étude :

##### 1.1- Présentation de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti :

Situé en bordure du fleuve Bani et couvrant une surface de 2,809 ha, l'hôpital Sominé Dolo de Mopti est l'unique structure de deuxième référence de la 5<sup>e</sup> région du Mali. Construit en 1965 et baptisé HOPITAL SOMINE DOLO le 1<sup>er</sup> mai 1995, il est situé entre l'hôtel de ville (au sud) et l'hôtel kanaga (au nord) sur l'axe reliant le quartier commercial et la résidence du gouverneur. L'hôpital est voisin respectivement d'Est en Ouest du quartier d'habitation du bas-fond et du fleuve Baní. Il sert de référence pour les cercles de la région, de lieu de stage pratique pour les élèves des écoles de santé de la région.

##### 1.2- L'infrastructure de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti :

L'hôpital compte 85 lits repartis entre deux pavillons d'hospitalisations.

- Un pavillon de médecine où sont hospitalisés les malades des services de médecine et de pédiatrie.

- Un pavillon de chirurgie avec les malades de toutes les spécialités chirurgicales de l'hôpital (chirurgie générale – gynéco-obstétrique – traumatologie – urologie – odontostomatologie – ORL)

Entre ces deux pavillons se trouve le bloc technique, composé de :

- Un bloc opératoire avec deux salles d'opérations.
- Un cabinet dentaire.
- Un service d'imagerie médicale (Radiologie et Echographie)
- Un laboratoire d'analyse disposant les bilans suivants :
  - . Hématologie : NFS, VS, Taux d'hémoglobine, Taux d'hématocrite
  - . Sérologie : Groupe rhésus, BW, etc.
  - . Biochimie : Glycémie, Créatininémie.



. Parasitologie : selle POK.

.Bactériologie : ECBU, Frottis vaginal.

Notre étude s'est déroulée dans les services de chirurgie générale, des urgences et du bloc opératoire. Le pavillon d'hospitalisation des services de chirurgie est doté de 46 lits et de 18 salles réparties comme suit :

- Quatre chambres climatisées de deux lits (1<sup>ère</sup> catégorie).
- Une chambre ventilée de deux lits (2<sup>e</sup> catégorie).
- Sept chambres ventilées de six lits (3<sup>e</sup> catégorie).
- Deux bureaux de consultation.
- Trois salles de garde.
- Une salle de pansement.

En plus l'hôpital est doté d'un logement de fonction pour le directeur, de deux logements d'astreinte pour un médecin généraliste et un chirurgien et enfin de deux abris pour les accompagnants des malades.

### **1.3- Le personnel du service de chirurgie générale et de gynéco-obstétrique :**

- Trois chirurgiens généralistes (deux maliens et un cubain).
- Quatre internes.
- Trois assistants anesthésistes réanimateurs dont un cubain (médecin).
- Cinq infirmiers
- Quatre techniciens de surface.

La prise en charge des urgences chirurgicales est faite par le chirurgien généraliste de garde aidé par une équipe de garde composée de :

- Un médecin stagiaire (présence facultative).
- Au moins deux internes.
- Un assistant en anesthésie réanimation.
- Trois infirmiers répartis comme suit :

- \* Un au service des urgences.
- \* Un au bloc opératoire.
- \* Un au niveau du pavillon d'hospitalisation.

- Un technicien de surface (aide soignant) au bloc opératoire.
- Deux techniciens de surface au pavillon d'hospitalisation.

## **2. Type et durée de l'étude :**

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée dans le service de chirurgie générale et des urgences de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti .Elle s'est déroulée sur une période de 12 mois (du 1<sup>er</sup> mars 2006 au 28 février 2007).

## **3. Population d'étude :**

### **- Echantillonnage :**

Nous avons recruté 101 patients pendant la période d'étude qui répondaient aux critères d'inclusion.

### **- Critères d'inclusion :**

Nous avons retenu dans notre étude tous les patients en hospitalisation chez qui le diagnostic d'occlusion intestinale aigüe mécanique a été posé en per-opératoire.

### **- Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les occlusions fonctionnelles ;
- Les malades non opérés.
- Les malades opérés dans d'autres services hors de Mopti.

## **4. Méthodes :**

Tous les malades à l'admission, ont fait un examen clinique complet. Au terme de cet examen, ceux dont le diagnostic d'occlusion était évident (les étranglements herniaires par exemple) ont été exempts d'examen radiologique.

Par ailleurs, certains examens complémentaires tels que : A.S.P, l'échographie abdominale, et le lavement baryté ont été demandés chez d'autres pour étayer le diagnostic d'occlusion.

Tous les malades ont bénéficié d'une réanimation de courte durée en préopératoire.

Les interventions chirurgicales ont été dirigées par un chirurgien généraliste qui décidait de la technique opératoire.

Dans les suites opératoires :

- Les complications ont été recherchées au lit du malade pendant la période d'hospitalisation ;
- A la sortie, c'était les visites post-opératoires ordinaires.

**- Les variables :**

Nous avons étudié les variables suivantes :

- variables sociodémographiques : age, sexe, profession, résidence
- Examen physique : signes généraux, signes fonctionnels, signes physiques.
- Examens complémentaires : A.S.P, échographie, lavement baryté, anatomo-pathologie, bilan biologie.
- Traitement : technique, suites opératoires.

**- Supports :** les supports utilisés étaient :

- Une fiche d'enquête
- Les dossiers de malades
- Le protocole d'anesthésie
- La collecte des données

**5. Saisie et collecte des données :**

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Epi-info version 6.04dfr.

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

Le traitement de texte a été effectué sur le logiciel XP professionnel Word 2007.

Les tests de comparaison utilisés ont été le Khi2 avec une seuil de signification  $p < 0,05$ .

## IV- RESULTATS

### 1. Fréquence de l'occlusion :

Place de la pathologie occlusive à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti :

De Mars 2006 à février 2007, nous avons enregistré :

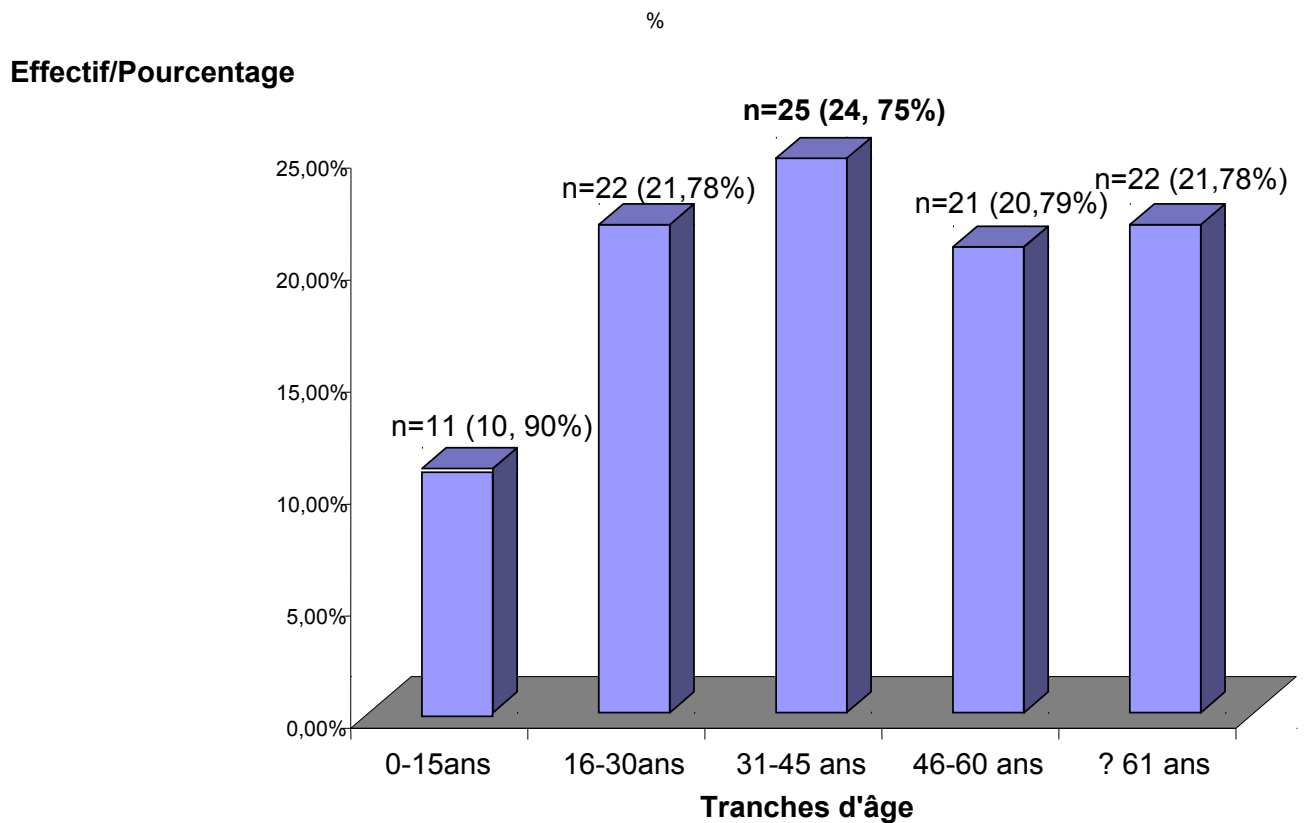
- 1640 cas d'hospitalisation ;
  - 912 cas d'intervention chirurgicale ;
  - 351 cas d'abdomen aigu chirurgical.
- 101 cas d'occlusion intestinale aiguë mécanique soit une fréquence de 28,8% des abdomens aigus chirurgicaux ; et 6,16% des hospitalisations.

**Tableau I** : Fréquence des abdomens aigus chirurgicaux

Abdomens aigus	Effectif	Pourcentage
Occlusions	101	28,8
Appendicite	98	27,9
Perforations digestives non appendiculaires	87	24,8
Hémopéritoine	65	18,5
Total	351	100

## 2- Caractéristiques socio-démographiques

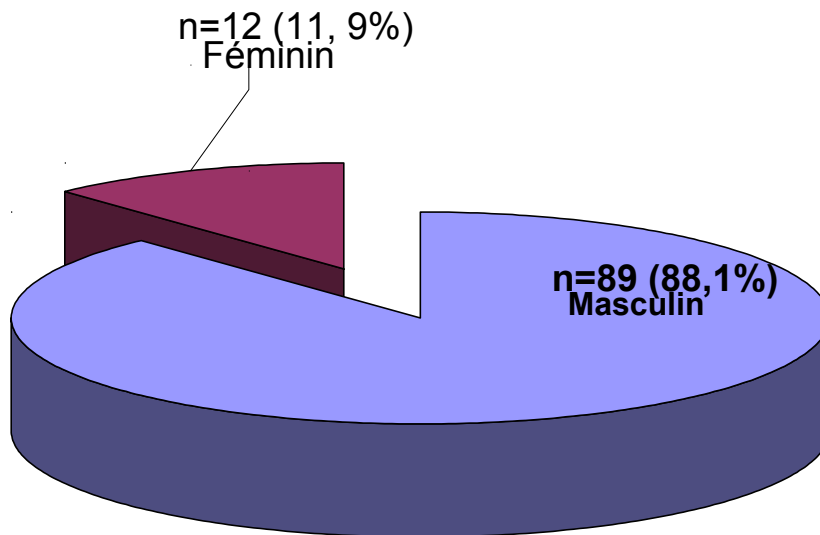
Figure I : Répartition des patients selon les tranches d'âge



Age moyen = 43,57 ans  $\pm$ 21,43

Extrêmes = 2 ans et 90 ans

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**



**Figure II** : Répartition des patients selon le sexe

Sex-ratio = 7,4.

**Tableau II : Provenance des patients**

Provenance	Effectif	Pourcentage
<b>Mopti ville</b>	<b>37</b>	<b>36,6</b>
Djenné	15	14,8
Bandiagara	18	17,8
Bankass	11	10,9
Douentza	5	5
Tenenkou	4	4
Koro	9	8,9
Autres *	2	2
Total	101	100

\*= Ségou : 2

- Nationalité des Patients :

Hormis un Burkinabé, tous nos patients étaient d'origine malienne

- Selon la référence des patients, 41malades/101, nous ont été adressés par le personnel médical. Les 60 autres sont venus d'eux-mêmes.



**Tableau III : Profession des malades.**

Principale activité	Effectif	Pourcentage
Commerçant	14	13,8
Ménagère	10	9,9
Pêcheur	15	14,9
<b>Cultivateur</b>	<b>24</b>	<b>23,8</b>
Enfant	11	10,9
Ouvrier	16	15,8
Elève/Etudiant	5	4,9
Fonctionnaire	2	2
Eleveur	4	4
Total	101	100

### 3- Mode de recrutement

Tous les patients ont été reçus en urgence soit 100%.

**Tableau IV : Catégorie d'hospitalisation**

Catégorie d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
1 <sup>ère</sup> catégorie	9	8,9
2 <sup>ème</sup> catégorie	14	13,9
<b>3<sup>ème</sup> catégorie</b>	<b>78</b>	<b>77,2</b>
Total	101	100

1<sup>ère</sup> catégorie :salles V.I.P à 2 lits, climatisées, ventilées, à 1000FCFA / J

2<sup>ème</sup> catégorie : salle à 2 lits, ventilée, à 750FCFA / jour

3<sup>ème</sup> catégorie : grandes salles à 6 lits et ventilées, à 250FCFA / jour

#### 4- Clinique

**Tableau V** : Siège de la douleur

Siège de la douleur	Effectif	Pourcentage
Région ombilicale	31	30,6
Hypogastre	11	10,9
FIG	6	5,9
Epigastre	4	4
FID	3	3
<b>Région inguinale</b>	<b>45</b>	<b>44,5</b>
Hypochondre gauche	2	2
Ligne blanche	2	2
Total	101	100

**Tableau VI** : Durée d'évolution de la maladie avant l'admission.

Durée d'évolution	Effectif	Pourcentage
<b>0-6 heures</b>	<b>47</b>	<b>46,5</b>
7 heures-3 Jours	36	35,7
4-7 jours	14	13,9
≥ 8 jours	4	3,9
Total	101	100

La durée moyenne était de 5 jours  $\pm 2$ . Les extrêmes étaient de 5 heures et 12 jours.

#### - Mode d'installation de la douleur:

La douleur était d'installation brutale chez 72 malades, et progressive pour les 29 autres / 101.

**Tableau VII : Répartition des patients selon le type de douleur**

Type de douleur	Effectif	Pourcentage
<b>Torsion</b>	<b>67</b>	<b>66,3</b>
Piqûre	23	22,8
Crampe	8	7,9
Torsion + écrasement	3	3
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

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

Irradiation de la douleur	Effectif	Pourcentage
<b>Région inguinale</b>	<b>43</b>	<b>42,5</b>
<b>Diffuse</b>	<b>38</b>	<b>37,6</b>
Sans irradiation	4	4
Dos	3	3
Région ombilicale	8	7,9
Organes génitaux	1	1
Autres *	4	4
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

\*= hypochondre + flanc=1                      flanc gauche=1

Organes génitaux+diffuse=1      fixe=1

- Selon l'évolution : la douleur évoluait de façon permanente chez 65 malades, et était intermittente pour les 36 autres.

**Tableau IX : Nature des vomissements**

Nature des vomissements	Effectif	Pourcentage
<b>Alimentaire</b>	<b>57</b>	<b>56,4</b>
<b>Bilieux</b>	<b>39</b>	<b>38,6</b>

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

Absent	4	4
Fécaloïde	1	1
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau X** : Répartition des patients selon l'arrêt du transit

Arrêt du transit	Effectif	Pourcentage
Matières	61	60,4
gaz	59	58,4
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XI** : Répartition des patients selon les autres troubles digestifs

Autres troubles digestifs	Effectif	Pourcentage
Nausées	7	7
Gargouillement	27	26,7
Régurgitations	4	4
Aucun trouble associé	63	62,3
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**N.B** : Sur les 101 cas, seul un patient a présenté des troubles urinaires (dysurie).

## 5. Signes généraux :

**Tableau XII** : Répartition des patients selon les signes généraux.

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Fièvre	11	10,9
<b>Sueur froide</b>	<b>41</b>	<b>40,5</b>
Amaigrissement	3	3
Fièvre+amaigrissement	2	2
Déshydratation+adynamie	1	1
Hoquet	1	1
Fièvre+frissons	1	1
Toux	1	1

Pour 40 malades / 101, il n'existait aucun signe général associé.

**Tableau XIII** : Répartition des patients selon l'état général (ASA)

Etat général (ASA)	Effectif	Pourcentage
<b>ASA I</b>	<b>93</b>	<b>92,1</b>
ASA II	8	7,9
Total	101	100

**Tableau XIV** : Répartition des patients selon la température à l'admission

Température à l'admission	Effectif	Pourcentage
>36°C	4	4
<b>37-37,5</b>	<b>63</b>	<b>62,3</b>
37,6°-38,5°C	30	29,7
>38,5°C	4	4

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

Total	101	100
-------	-----	-----

- Selon le rythme cardiaque :

90 malades / 101, avaient un rythme cardiaque normal ; tandis que les 11 autres présentaient une tachycardie.

**Tableau XV** : Répartition des patients selon la pression artérielle

Pression artérielle	Effectif	Pourcentage
<b>Normale (<math>10/06 \leq T.A \leq 14/09</math>)</b>	<b>79</b>	<b>78,2</b>
Basse (T.A < 10/06)	14	13,9
Elevée (T.A > 14/09)	8	7,9
Total	101	100

- Sur le plan respiratoire, 28 malades / 101, présentaient une polypnée.  
Les 73 autres malades n'avaient aucun trouble respiratoire.

## **6. Itinéraire thérapeutique avant l'admission à l'hôpital :**

- Selon l'usage du traitement traditionnel, 64 malades / 101, avaient utilisé un traitement traditionnel.

**Tableau XVI :** Répartition des patients selon le type de traitement traditionnel reçu avant l'admission à l'hôpital

Type de traitement traditionnel reçu avant l'admission	Effectif	Pourcentage
<b>Décoction de plantes</b>	<b>50</b>	<b>78,1</b>
Incantation	6	9,4
Décoction+talisma+Incantations	4	6,3
« Nassi »	2	3,1
Décoction+incantations	2	3,1
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

**Tableau XVII:** Répartition des patients selon la durée du traitement traditionnel avant l'admission à l'hôpital

Durée du traitement traditionnel avant l'admission	Effectif	Pourcentage
<b>≤ 24 heures</b>	<b>32</b>	<b>50</b>

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

25 heures - 2 jours	22	34,4
3-4 jours	8	12,5
5-6 jours	2	3,1
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

La durée moyenne du traitement traditionnel avant l'admission était de 2 jours  $\pm$  0,51. Les extrêmes étaient de 1 jour et 6 jours.

**Tableau XVIII** : Répartition des patients selon l'évolution sous traitement traditionnel avant l'admission à l'hôpital

Evolution sous traitement traditionnel avant l'admission	Effectif	Pourcentage
<b>Sans amélioration</b>	<b>38</b>	<b>59,4</b>
Sédation temporaire de la douleur	12	18,8
Accélération du vomissement	6	9,4
Diminution de la douleur	2	3,1
Indéterminé	2	3,1
Autres *	4	6,2
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

\*= fistulisation herniaire=

- Selon le traitement médical, 53 malades / 101, en avaient reçu avant leur admission à l'hôpital.

**Tableau XIX** : Répartition des patients selon le type de médicament reçu avant l'admission à l'hôpital

Type de médicament reçu avant l'admission	Effectif	Pourcentage
Sérum salé+glucosé	10	18,9
Antalgique+Antibiotique	5	9,4
Antalgique+Antiparasitaire	2	3,8
Antibiotique+antiparasitaire	1	1,9
<b>Antalgique+antiinflammatoire</b>	<b>14</b>	<b>26,4</b>
Indéterminé	12	22,6
Vogalène	3	5,7
Autres*	6	11,3
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

\* = hydroxyde aluminium=2 Spasfon=1      doxycycline =1      dufalac=2



**Tableau XX :** Répartition des patients selon la durée du traitement médical avant l'admission à l'hôpital

Durée du traitement médical avant l'admission	Effectif	Pourcentage
<b>≤ 12 heures</b>	<b>38</b>	<b>71,7</b>
13-24 heures	13	24,5
2-3 jours	2	3,8
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

La durée moyenne de ce traitement était de 14 heures  $\pm$ 1,4. Les extrêmes étaient de 11heures et 3 jours.

**Tableau XXI :** Répartition des patients selon l'évolution sous traitement médical avant l'admission à l'hôpital

Evolution sous traitement médical avant l'admission	Effectif	Pourcentage
<b>Sans amélioration</b>	<b>27</b>	<b>50,9</b>
<b>Sédation temporaire de la douleur</b>	<b>23</b>	<b>43,4</b>
Espacement des crises	3	5,7
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

## 7. Les Antécédents :

**Tableau XXII :** Antécédents chirurgicaux.

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Eventration	2	2
<b>Adénome de la prostate</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Appendicite aiguë	2	2
GEU	1	1
Kyste de l'ovaire	1	1
<b>Péritonite</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Plaie pénétrante de l'abdomen	1	1
Traumatisme abdominal	1	1
Traumatisme du foie	1	1
Volvulus du sigmoïde	1	1
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Pour 84 / 101 malades, il n'y avait pas d'antécédent particulier.

### 8- Signes physiques :

**Tableau XXIII : Sièges des cicatrices opératoires**

Siège des cicatrices opératoires	Effectif	Pourcentage
<b>A cheval sur l'ombilic</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
Médiane sous-ombilicale	5	5
Xypho sus-pubienne	1	1
Au point de Mac Burney	2	2
Para-rectal droit	2	2
Absence de cicatrice	84	83
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XXIV : Répartition des patients selon les autres signes physiques**

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
<b>Météorisme</b>	<b>63</b>	<b>62,4</b>
<b>Défense</b>	<b>57</b>	<b>56,4</b>
<b>Tuméfaction</b>	<b>53</b>	<b>52,5</b>
Cicatrice opératoire	17	16,8
Masse abdominale	3	2,9
Contracture	2	1,9

**Tableau XXV** : Répartition des patients selon la tuméfaction

Tuméfaction	Effectif	Pourcentage
<b>Inguinale</b>	<b>45</b>	<b>44,5</b>
Ombilicale	6	6
Ligne blanche	2	2
Pas de tuméfaction	48	47,5
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVI** : Répartition des patients selon la nature du météorisme

Nature du météorisme	Effectif	Pourcentage
<b>Ballonnement asymétrique</b>	<b>21</b>	<b>20,79</b>
Ballonnement symétrique	12	11,88
Diffus	26	25,74
Ballonnement asymétrique + respiration abdominale pressante	4	3,96
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Pour 38 / 101 malades, il n'y avait pas de ballonnement abdominal.

**Tableau XXVII** : Répartition des patients selon le résultat de la percussion

Percussion	Effectif	Pourcentage
------------	----------	-------------

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

<b>Tympanisme localisé</b>	<b>25</b>	<b>24,8</b>
<b>Tympanisme diffus</b>	<b>38</b>	<b>37,6</b>
Normale	38	37,6
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

- Selon l'auscultation abdominale, les bruits hydro-aériques ont été perçus chez 59 malades / 101.

**Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le résultat du toucher rectal**

Toucher rectal	Effectif	Pourcentage
<b>Ampoule rectale vide</b>	<b>77</b>	<b>76,2</b>
Douleur à droite du cul de sac de Douglas		8,9
Fécalome	6	5,9
Douleur à droite et à gauche	2	2
Glaire sur le doigtier	1	1
Sang sur le doigtier	1	1
Autres *	5	5
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

\*= douloureux avec Douglas bombé=3 ; selles semi-molles dans l'ampoule rectale=1 ; masse douloureuse à gauche=1

**9- Examens complémentaires :**

**Tableau XXIX : Répartition des patients selon l'examen biologique réalisé en urgence**

Examens biologiques	Effectif	Pourcentage
---------------------	----------	-------------

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

	<b>&lt;11</b>	<b>5</b>	<b>4,9</b>
Hémoglobine (g/dl)	11-17	92	91,1
	Non fait	4	4
	<30	1	1
	30-35	88	87,1
	<b>&gt;35</b>	<b>9</b>	<b>8,9</b>
Hématocrite (%)	Non fait	3	3
Groupage Rhésus		101	100

**Tableau XXX** : Répartition des patients selon le groupage rhésus

Groupage rhésus	Effectif	Pourcentage
<b>B+</b>	<b>39</b>	<b>38,6</b>
A+	21	20,8
AB+	17	16,8
O+	7	6,9
A-	7	6,9
O-	3	3
AB-	7	6,9
Total	101	100

**Tableau XXXI**: Répartition des patients selon le résultat de la radiographie d'abdomen sans préparation.

Résultat de l'ASP	Effectif	Pourcentage
<b>Niveaux plus hauts que larges</b>	<b>21</b>	<b>20,8</b>
Niveaux plus larges que hauts	28	27,7
Image en arceau colique	1	1
Normal	1	1
Autre*	1	1
Total	52	100

Pour 49 patients / 101, la radiographie d'abdomen sans préparation n'a pas été faite.

\*= dilatation colique en périphérie avec niveau hydroaérique dans les flancs=1

**Tableau XXXII** : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie

Résultat échographique	Effectif	Pourcentage
Normal	2	2
Masse dans la F.I.D	1	1
Masse caecale	1	1
Total	4	100

Pour 97 patients / 101, l'échographie n' a pas été faite.

- Suite à la limitation des moyens financiers des patients, l'examen d'anatomo-pathologie n'a été réalisé dans les cas tumoraux.  
Ainsi, par 4 patients / 101, nous avons trouvé des tumeurs toutes des adénocarcinomes.

## 10- Diagnostic :

**Tableau XXXIII** : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
<b>Occlusion intestinale</b>	<b>17</b>	<b>16,8</b>
<b>Hernies inguinale étranglées</b>	<b>46</b>	<b>45,6</b>
<b>Occlusion du grêle</b>	<b>13</b>	<b>12,9</b>
Volvulus du côlon sigmoïde	8	7,9
Hernies ombilicales étranglées	6	5,9
Péritonite	4	4
Hernies de la ligne blanche	2	2
Invagination intestinale aiguë	1	1
Maladie de Hirschprung	1	1
Tumeur intestinale	1	1
occlusion par brides+adhérence	2	2
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXIV** : Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire

Diagnostic peropératoire	Effectif	Pourcentage
<b>Occlusion/hernies inguinales</b>	<b>45</b>	<b>44,6</b>
<b>étranglées</b>		
<b>Volvulus du sigmoïde</b>	<b>20</b>	<b>19,8</b>
<b>Adhérences et brides</b>	<b>19</b>	<b>18,8</b>
<b>Hernies ombilicales étranglées</b>	<b>6</b>	<b>5,5</b>
Volvulus du grêle	1	1
Hernies de la ligne blanche étranglées	2	2
Occlusion par tumeur du rectum	2	2
Invagination intestinale aiguë	1	1
Tumeur sténosante angle iléo-caecal	1	1
Volvulus du colon transverse	1	1
Volvulus du coecum	1	1
Occlusion par hernie interne	1	1
Péritonite occlusive par perforation appendiculaire	1	1
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

## 11. Traitement :

**Tableau XXXV** : Durée de réanimation préopératoire



**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

Durée réanimation préopératoire	Effectif	Pourcentage
≤30 minutes	17	16,8
31-59 minutes	19	18,8
<b>1-2 heures</b>	<b>55</b>	<b>54,5</b>
> 2 heures	10	9,9
Total	101	100

La durée moyenne de la réanimation préopératoire était de 1 heure 10 minutes ±0,32. Les extrêmes variaient de 1 heure et 2 heures 30 minutes.

**Tableau XXXVI** : Répartition des patients selon la mise en place de la sonde naso-gastrique

Sonde naso-gastrique	Effectif	Pourcentage
Oui	97	96
Non	4	4
Total	101	100

Les 4 malades n'ayant pas bénéficié d'une sonde naso-gastrique avaient une hernie inguinale étranglée vue tôt.

**Tableau XXXVII** : Répartition des patients selon l'état de l'anse en peropératoire

Etat de l'anse en peropératoire	Effectif	Pourcentage
<b>Nécrosé</b>	<b>17</b>	<b>16,8</b>
Normal	79	78,2
Infarcis	5	5
Total	101	100

- La résection intestinale a été réalisée chez 40 patients soit 40% de cas.

**Tableau XXXVIII** : Répartition des patients selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectif	Pourcentage
Réduction per-opératoire de la hernie étranglée	43	42
Sigmoïdectomie+ anastomose termino-terminale en 1 temps	18	18
Adhésiolyse + section brides	16	16
Résection anastomose du grêle en 1 temps avec cure de la hernie	10	10
Résection+anastomose du grêle en 1 tps	4	4
Colostomie	4	4
Iléostomie	2	2
Désinvagination	1	1
Hemi-colectomie droite + curage ganglionnaire+ anastomose en 1 temps	1	1
Dévolvulation simple	1	1
Hémi-colectomie droite+ anastomose en 1 temps	1	1
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXIX** : Répartition des patients selon la durée de l'intervention chirurgicale

Durée de l'intervention chirurgicale	Effectif	Pourcentage
≤ 30 minutes	2	2
31-59 minutes	4	4
<b>1-2 heures</b>	<b>88</b>	<b>87,1</b>
> 2 heures	7	6,9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

La durée moyenne de l'intervention était de 1heure 30 minutes  $\pm 0,54$ . Les extrêmes variaient entre 30 minutes à 2heures 40 minutes.

**Tableau XXXX** : Répartition des patients selon le délai de la reprise du transit

Délai de la reprise du transit (jours)	Effectif	Pourcentage
0-1	44	43,6
<b>2-3</b>	<b>44</b>	<b>43,6</b>
4-5	13	12,8
Total	101	100

La durée moyenne de la reprise du transit était de 1,8 jour  $\pm 2,1$ , avec des extrêmes étaient de 1 et 5 jours.

**Tableau XXXXI** : Répartition des patients selon traitement reçu en réanimation postopératoire

Traitement reçu en réanimation postopératoire	Effectif	Pourcentage
<b>Perfusion+antalgique+aspiration gastro- duodénale+sonde urinaire+ antibiotique +antiparasitaire+vitamine</b>	<b>101</b>	<b>100</b>
Oxygénation=2	2	2
Antihypertenseur	1	1
Métoclopramide	1	1
Sonde rectale	1	1

## 12. Suites opératoires :

**Tableau XXXXII** : Suites à J14 postopératoires.

Suites à j14 post-opératoires	Effectif	Pourcentage
-------------------------------	----------	-------------

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

<b>Simples</b>	<b>76</b>	<b>75</b>
Suppuration pariétale	13	13
Décès	9	9
Fistules digestives	3	3
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXXIII : Suites à 1 mois post-opératoires**

Suites à 1 mois	Effectif	Pourcentage
<b>Simples</b>	<b>89</b>	<b>97</b>
<b>Retard de cicatrisation</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Névralgie</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Récidive du volvulus	1	1
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

- Pour 90 malades / 101, les suites étaient simples à 6 mois post-opératoires. Deux (2) malades avaient des cicatrices chéloïdes.

**Tableau XXXXIV : Mortalité selon l'étiologie**

Causes	Nombre	Nombre	Pourcentage
	de cas	de décès	de décès
Volvulus (côlon grêle)	23	4	17,4
Etranglements herniaires	54	2	3,7
Brides et adhérences	19	2	10,5
Tumeur intestinale	3	1	33,3
Autres	2	0	0
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>9</b>	<b>8,9</b>

\*= Occlusion par hernie interne=1 ; Péritonite occlusive par perforation  
perforation appendiculaire=1

**Tableau XXXXV : Durée totale d'hospitalisation**

Durée totale d'hospitalisation (jours)	Effectif	Pourcentage
0-7	39	38,6
<b>8-14</b>	<b>49</b>	<b>48,5</b>
15-21	8	7,9
22-29	2	2
>30	3	2,9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,1 jours  $\pm$  5,6 jours.

Les extrêmes variaient entre 1 à 36 jours.

### 13- Coût de la prise en charge :

**Tableau XXXXVI : Répartition des patients selon les coûts moyens de la prise en charge**

Coûts de la prise en charge (FCFA)	Coût moyen	Minimum	Maximum
Frais d'hospitalisation	3896,73	1000	13000
	$\pm$ 2614,37		
Frais d'ordonnance	72749,4	38200	119140
	$\pm$ 14119,36		
Acte opératoire	20000	20000	20000
<b>Coût total de la prise en charge</b>	<b>105174,3</b>	<b>70600</b>	<b>142920</b>
<b>Autres dépenses</b>	<b><math>\pm</math>1437,07</b>		
	9016,5	0	23900
	$\pm$ 4816,72		

## ANALYSES BI-VARIEES

**Tableau XXXVII :** Répartition des patients selon l'âge et les suites immédiates (J30) post-opératoires

Suites immédiates post- opératoire	Simple	Suppuration pariétale	Fistules digestives	Décès	Total
Age (en année)					
0 - 15	11 (100%)	-	-	-	11
16 – 30	19 (86%)	3 (14%)	-	-	22
31 - 45	21 (84%)	3 (12%)	-	1 (4%)	25
46 - 60	13 (62%)	4 (19%)	1 (4,7%)	3 (14,3%)	21
≥ 61	12 (54,5%)	3 (13,7%)	2 (9,1%)	5 (22,7%)	22
Total	76	13	3	9	101

La morbidité augmentait de façon proportionnelle avec l'âge. La différence a été statistiquement significative,  $\chi^2=13,18$  DDL=4 P=0,0104.

**Tableau XXXXVIII :** Répartition des patients selon l'âge et les suites à 6 mois post-opératoire.

Suites à 6 mois post-opératoire. Age (en année)	Simple	Chéloïde	Décès	Total
0 – 15	11 (100%)	-		11
16 – 30	22 (100%)	-		22
31 – 45	23 (92%)	1 (4%)	1 (4%)	25
46 – 60	17 (81%)	1 (6%)	3 (14,3%)	21
≥ 61	17 (77%)	-	5 (22,7%)	22

La morbidité et la mortalité à 6 mois post-opératoire n'était pas liées à l'âge avec  $\text{Chi}^2=8,86$   $p=0,064589$  et  $\text{Chi}^2=3,16$   $p=0,165047$  respectivement. Nous n'avons observé aucun décès ; et, seulement 2 cas de cicatrices chéloïdes comme complication en cette période de suivi.

**Tableau XXXXIX :** Répartition des patients selon le sexe et les suites immédiates (à J30) post-opératoires.

Suites à J14 post-opératoire	Sexe	Suppuration pariétale	Fistules digestives	Décès	Total	
		67 (75%)	11 (12%)	3 (4%)	8 (9%)	89
	Masculin	9 (75%)	2 (16,7%)	-	1 (8,3%)	12
	Féminin					

Le sexe n'a pas été un facteur influant dans la morbi-mortalité à suites immédiates (à J30 post-opératoire). Le test n'a pas été significatif dans la morbidité ( $p=0,737539$ ) et la mortalité ( $p=0,642011$ ).

**Tableau XXXXX :** Répartition des patients selon le sexe et les suites à 6 mois post-opératoire.

Suites à 6 mois post- opératoire	Sexe	Suppuration pariétale	Chéloïde	Décès	Total
	Masculin	80 (90%)	1 (1%)	8 (9%)	81
	Féminin	10 (83%)	1 (9%)	1 (8,3%)	11

Dans les suites à 6 mois post-opératoire, les complications demeurent identiques dans les 2 sexes ( $p=0,848850$ ).

**Tableau XXXXXI :** Répartition des patients selon le délai d'évolution et les suites immédiates (à J30) post-opératoires.

Suites immédiates	Suppuration	Fistules		
-------------------	-------------	----------	--	--



**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

post- opératoires Délai d'évolution	Simple	pariétale	digestives	Décès	Total
0 – 6 heures	45 (100%)	-	-	-	45
7heures – 3 jours	29 (71%)	7 (17%)	1 (2%)	4 (10%)	41
4 – 7 jours	2 (15%)	5 (39%)	2 (15%)	4 (31%)	13
≥ 8 jours	-	1 (50%)	-	1 (50%)	2

Les complications augmentaient proportionnellement avec retard dans la consultation. Plus le malade est vu tôt, moins on observe des complications. La différence entre les complications par rapport au délai d'évolution a été statistiquement significative ( $\text{Chi}^2=41,92$  ;  $p=0,000000$ ).

**Tableau XXXXXII : Etiologies (diagnostic) et les suites immédiates (à J30).**

Suites immédiates (à J30) post-opératoire Etiologies	Simple	Suppuration pariétale	Fistules digestives	Décès	Total
Etranglements herniaires	50 (92%)	1 (2%)	1 (2%)	2 (4%)	54
Volvulus (côlon – grêle)	14 (61%)	4 (17%)	1 (5%)	4 (17%)	23
Brides et adhérences	9 (47%)	7 (37%)	1 (5%)	2 (11%)	19
Tumeurs intestinales	2 (67%)	-	-	1 (33%)	3
Autres	1 (50%)	1 (50%)	-	-	2

Dans les suites immédiates, la morbidité a été prépondérante dans les brides et adhérences par rapport aux autres causes (Chi2= 19,60 p= 0,000055).

**Tableau XXXXXIII: Répartition des patients selon les suites immédiates (à J30) post-opératoires et la résection intestinale.**

Suites immédiates	Suppuration	Fistules		
-------------------	-------------	----------	--	--

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

(à J30) post-opératoires	Simple	pariétale	digestives	Décès	Total
Réséction intestinale	56 (92%)	3 (5%)	-	2 (3%)	61
Non réséqué	20 (50%)	10 (25%)	3 (8%)	7 (18%)	40

La résection intestinale était en rapport avec la survenue des complications immédiates. La différence a été statistiquement significative (Chi2= 22 ?67 P= 0,000002).

De même, la mortalité était étroitement liée à la résection intestinale (p=0,036046).

**Tableau XXXXXIV** : Répartition des patients selon les suites à 6 mois post-opératoire et la résection intestinale.

Suites à 6 mois post-opératoire	Simple	Chéloïde	Décès	Total
Réséction intestinale	58 (95%)	1 (2%)	2 (3%)	61
Non réséqué	32 (80%)	1 (3%)	7 (18%)	40

La morbidité à 6 mois post-opératoire demeure toujours liée à la résection intestinale. Le test a été statistiquement significatif (p=0,040).

**Tableau XXXXXV** : Répartition des patients selon les suites immédiates (à J30) post-opératoires et durée d'hospitalisation.

Suites immédiates (à J30) post-opératoires	Simple	Suppuration pariétale	Fistules digestives	Décès	Total
--	--------	-----------------------	---------------------	-------	-------

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

Durée d'hospitalisation					
0 – 7 jours	30 (77%)	-	-	9 (23%)	39
8 – 14 jours	44 (90%)	5 (10%)	-	-	49
15 – 21 jours	2 (25%)	6 (75%)	-	-	8
22 – 29 jours	-	1 (50%)	1 (50%)	-	2
≥ 30 jours	-	1 (33%)	2 (67%)	-	3

Les complications augmentaient proportionnellement à la durée d'hospitalisation. La différence était statistiquement significative (Chi2=17,71 D.D.L=2 p=0,000143).

**Tableau XXXXXVI** : Répartition des patients selon les suites à 6 mois post-opératoire et durée d'hospitalisation.

Suites à 6 mois post-opératoire			
Durée d'hospitalisation	Simple	Chéloïde	Total
0 – 7 jours	30 (100%)	-	30
	49		

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

8 – 14 jours	(100%)	-	49
	8		
15 – 21 jours	(100%)	-	8
	2		
22 – 29 jours	(100%)	-	2
	1	2	
≥ 30 jours	(33%)	(67%)	3

Hormis deux (2) cas de chéloïdes, toutes les suites étaient simples à six (6) mois post-opératoires.

## **V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1- Méthodologie :**

Notre étude prospective a été réalisée à Mopti dans un hôpital régional.

Au cours de cette étude, nous avons recensé les problèmes suivants :

-l'insuffisance du plateau technique de l'hôpital régional de Mopti (manque de service de réanimation)

-Absence de certains bilans biologiques (ionogramme par exemple) et d'imagerie en urgence.

-Absence d'examen histologique sur place.

-le faible pouvoir d'achat de certains patients a rendu difficile la prise en charge rapide de ces patients.

## 2- Epidémiologie :

### 2-1- Fréquence par rapport aux urgences abdominales :

**Tableau I:** Fréquence des urgences abdominales selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Fréquence (%)	Test statistique
Sidibé M. B.,Mali, 2003, [3]	120	36,6	P=0,210
Harouna, Niger, 2001, [29]	286	41	P=0,029
Brewer, Virgini, 1976, [30]	-	2,5	
Notre série, Mali, 2008	101	28,8	

Les occlusions intestinales aiguës mécaniques représentent 28,8% des abdomens aigus chirurgicaux ; classant ainsi la pathologie occlusive au premier rang avant l'appendicite, les perforations digestives non appendiculaires et l'hémopéritoine. Ce résultat est similaire à celui de sidibé M.B. [3] ( $\chi^2=1,57$   $p=0,210$ ), mais inférieur à celui de Harouna au Niger [29] ( $\chi^2=4,73$   $p=0,029$ ).

### 3- Caractéristiques socio-démographiques :

#### 3-1- L'âge :

**Tableau II:** Comparaison de l'âge moyen selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Age moyen	Test statistique
Harouna, Niger, 2001, [29]	286	40 ans	p=0,514980
Sinha, Inde, 2002, [31]	97	39,46 ans	p=0,530800
Bhuiyan et al, Afrique du Sud, 2005, [32]	85	42 ans	p=0,867972
Uludag, Turquie, 2004, [33]	152	55,5 ans	p=0,068343
Kossi , Finlande, 2002, [34]	101	66,8 ans	p=0,001144
Hiki, Japon, 2004, [35]	233	59,6 ans	p=0,006647
Notre série, Mali, 2008	101	43,57 ans	

L'occlusion intestinale aiguë apparaît dans notre étude comme une pathologie de l'adulte jeune, avec une moyenne d'âge de 43,57 ans. Notre résultat ne présente pas de différence statistiquement significative avec ceux d'auteurs [29, 31, 32, 33]. Cependant, Kossi en Finlande [34] et Hiki au Japon [35] rapportaient une moyenne d'âge plus élevée, avec respectivement  $p=0,00114$  et  $p=0,006647$ . Cette différence pourrait s'expliquer par l'espérance de vie élevée dans ces pays.

### 3-2- Le sexe

**Tableau III:** Comparaison du sexe selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Sexe ratio (homme/femme)	Test statistique
Sidibé M.B., Mali, 2003, [3]	120	5,4	P=0,543416
Kuremu, Kenya, 2004, [36]	93	1,6	P=0,091469
Kossi, Finlande, 2004, [34]	101	0,7	P=0,071255
Hiki, Japon, 2004, [35]	233	2	P=0,066069
Duron, France, 2006, [37]	186	0,5	P=0,005663
Zerey, USA, 2007, [38]	33	0,6	P=0,270080
Notre série, Mali, 2008	101	7,4	

La prédominance masculine est classique dans les occlusions intestinales aiguës mécaniques.

Dans notre série, les hommes ont été plus nombreux que les femmes. Ce même constat a été observé par d'autres auteurs [3, 35, 36]. Par contre, les auteurs [34, 37, 38] ont trouvé plus de femmes dans leurs études.

En effet, l'atteinte masculine par cette pathologie pourrait s'expliquer d'une part par le fait que :

- La hernie inguinale étranglée est plus fréquente chez les hommes ;
- Dans le volvulus, les hommes ont un mésocolon très haut appelé dolichomégacolon et les femmes un brachymésocolon [11] et en plus, elles ont un bassin plus large et une paroi abdominale moins tonique permettant une dévolvulation spontanée [23, 39, 40].



#### 4- Etude clinique :

##### 4-1- Durée d'évolution de la maladie :

**Tableau IV** : Durée moyenne d'évolution de la maladie selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Durée moyenne d'évolution (jours)	Test statistique
Sidibé M. B., Mali, 2003, [3]	120	4,2	p=0,545
Dongmo, Mali, 2006, [41]	82	5,26	P=0,990
Harouna, Niger, 2001, [29]	286	2,5	P=0,175
Notre série, Mali, 2008	101	5,5	

Le pronostic des occlusions intestinales aiguës mécaniques dépend beaucoup du délai de consultation.

Les 5,5 jours constituent un retard de consultation dans la prise en charge de cette pathologie. Ce même retard a été rapporté par d'autres auteurs africains [3 ; 29 ; 41].

##### 4-2- La douleur :

**Tableau V** : Fréquence de la douleur selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage (%)	Test statistique
Dongmo, Mali, 2006, [41]	82	94,7	p=0,082563
Harouna [29], 2001, Niger	286	100	-
Bensaad, Maroc, 2006, [42]	27	96	-
Adesunkanmi, Nigeria, 1991, [43]	142	99,5	-
Michael, USA, 2007, [44]	400	80	p=0,000001
Notre série, Mali, 2008	101	100	

La douleur est le signe fonctionnel le plus fréquent et sa sensibilité élevée en fait le signe le plus constant de notre triade occlusive. Comme pour d'autres séries [29, 41, 43], tous nos malades avaient une douleur abdominale.

Selon la littérature, la fréquence de la douleur dans les occlusions intestinales aiguës mécaniques serait liée à une compression aiguë des nerfs et des pédicules vasculaires [11].

##### 4-3- Vomissements :

**Tableau VI:** Fréquence des vomissements selon les auteurs

AUTEURS	Taille de l'échantillon	Vomissements (%)	Test statistique
Sidibé M.B, Mali, 2003, [3], n=120	120	75,8	$p=0,000027$
Dongmo, Mali, 2006, [41], n=82	82	78,40	$P=0,000198$
Bensaad, Maroc, 2006, [42], n=27	27	70	$P=0,000221$
Belkhatat et al, Maroc, 2005, [45], n=29	29	-	-
Notre série, Mali, 2008, n=101	101	96,03	

Les vomissements sont classiques mais non caractéristiques de l'occlusion intestinale aigue mécanique. Leur fréquence et leur abondance sont à l'origine probable d'un syndrome de déshydratation. Ils ont été présents dans 96,03% des cas de notre échantillon. Ce résultat est statistiquement supérieur à ceux des auteurs : Sidibé M.B.[3], 75,8% ( $p=0,000027$ ) ; Dongmo [41], 78,4% ( $p=0,000198$ ) ; Bensaad [42] 70% ( $p=0,000221$ ). Cette différence serait liée à un taux plus élevé d'occlusions intestinales hautes dans notre série.

#### 4-4- Arrêt des matières et des gaz :

**Tableau VII :** Fréquence de l'arrêt du transit selon les auteurs

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

AUTEURS	SidibéM.B Mali, 2003, [3], n=120	Dongmo, Mali, 2006, [41], n=82	Bensaad [42], 2006, Maroc N=27	Belkhayat et al Maroc, 2005, [45], n=29	Notre série, Mali, 2008, n=101
Arrêt du transit					
Matières	69 (57,5%) p=0,663002	63 (76,74%) p=0,018017	27 (100%) p=0,000008	29 (100%) p=0,000046	61 (60,4%)
Gaz	68 (56,6%) p=0,00000	64 (77,5%) p=0,0068	27 (100%) p=0,2878	29 (100%) p=0,2600	93 (92,1%)

L'arrêt des gaz est le symptôme le plus caractéristique et le plus analysable alors que l'arrêt des matières est plus aléatoire [17, 18].

Dans notre étude, l'arrêt des matières est observé dans 60,4% de cas et les gaz dans 58,4% de cas. Si ces deux entités ont été individualisées dans notre série, elles peuvent parfois être influencées par :

- la vidange du bout distal pour l'arrêt des matières,
- le carcan socio-culturel qui fait de l'arrêt des gaz un signe honteux à évoquer pour le patient et gênant à demander pour le médecin.

Notre observation ne diffère pas statistiquement de celle de Sidibé M.B. [3] pour l'arrêt des matières et de celles des auteurs Marocains [42 ; 45] pour l'arrêt des gaz. Par contre, elle est différente de celle de Dongmo au Mali [41].

### 5-Signes physiques :

**Tableau VIII:** Signes physiques selon les auteurs

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

Signes physiques	Météorisme Abdominale	Défense abdominale	Tuméfaction herniaire	Contracture abdominale	Autres
Auteurs	[ n (%) ]	[ n (%) ]	[ n (%) ]	[ n (%) ]	[ n (%) ]
Sidibé M.B, Mali, [3], n=120	67 (55,8%) (p=0,1113)	67 (55,8%) (p=0,9283)	56 (46,6%) (p=0,3895)	2 (1,7%) (p=0,7396)	-
Adesunkanmi et al, Nigeria, 1996, [43], n=142	82 (57,7%) (p=0,1754)	78 (54,9%) (p=0,8158)	28 (19,7%) (p=0,0000)	-	-
Najate K., Maroc, 2008, [46], n=24	19 (79,1%) (p=0,2226)	4 (16,7%) (p=0,0004)	-	-	-
Roscher, RFA, 1991, [47], n=275	255 (93%) (p=0,0000)	145 (53%) (p=0,5640)	-	6 (2,2%) (p=0,7771)	-
Notre série, Mali, 2008, n=101	67 (66,3%)	57 (56,4%)	53 (52,5%)	2 (1,9%)	20 (19,7)

**Météorisme abdominal :**

Le météorisme est fonction du siège et de la cause de l'occlusion. C'est un signe capital d'occlusion colique comme l'ont souligné certains auteurs [23, 29].

Dans notre série, il a été retrouvé dans 66,3% des cas. Ce taux est sans différence statistique avec ceux des auteurs africains [3 ; 43 ; 46]

Par contre, il est statistiquement inférieur à celui de Roscher en R.F.A [47], (93%) et p=0,000000. Cette différence peut s'expliquer par un taux élevé d'occlusion colique dans la série Allemande.

**Défense abdominale :**

Dans notre étude, 56,4% de l'effectif ont présenté une défense abdominale. Ce résultat ne diffère pas statistiquement de ceux des auteurs [3 ; 43 ; 47]. Par ailleurs, Najate au Maroc [46] a trouvé une proportion (16,7%) inférieure à la nôtre avec p=0,0004.

**Tuméfaction herniaire :**

L'exploration des orifices herniaires nous a permis d'avoir des éléments cliniques en faveur du diagnostic de présomption.

Dans notre série la tuméfaction herniaire a été retrouvée dans 52,5% des cas. Ce taux ne diffère pas statistiquement de celui de Sidibé M.B [3] au Mali avec  $p=0,389574$ . Il est statistiquement inférieur au taux de Adesunkanmi au Nigeria [43] avec  $p=0,000000$ .

L'absence de hernie étranglée dans les étiologies de Roscher [47], en R.F.A , s'explique par le fait qu'en Europe, les hernies sont opérées avant leur complication.

**Contracture abdominale** : C'est un signe de mauvais augure, elle traduit une réaction péritonéale.

Comme d'autres auteurs [3 ; 47] (1,7% et 2,2% respectivement), nous avons trouvé 1,9% de cas de contracture abdominale.

**N.B** : Autres : Cicatrice opératoire=16,8% ; Masse abdominale=2,9%

## 6- Examens complémentaires :

## 6-1- Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) :

**Tableau IX:** Disponibilité de l'ASP selon les auteurs

ASP	Effectif	Pourcentage (%)	Test statistique
<b>Auteurs</b>			
Dongmo, Mali, 2006, [41]	82	70,3	p=0,008189
Harouna, Niger, 2001, [29]	286	100	p=10 <sup>-6</sup>
Bensaad, Maroc, 2006, [42]	27	52	p=0,972982
Suris, Inde, 1999, [48],	24	75	p=0,036970
n=32			
Roscher, RFA, 1991, [47],	264	96	p=0,000000
n=275			
Notre série, Mali, 2008	101	51,5	

La radiographie d'abdomen sans préparation a pu être réalisée chez 51,5% des patients et a montré les signes radiologiques en faveur d'occlusion intestinale aiguë mécanique dans 98,07% des cas.

Notre résultat ne diffère pas de façon statistique de celui de Bensaad [42], 52% (p=0,972982). Par contre, il est statistiquement inférieur à ceux d'autres auteurs [29, 41, 47, 48].

## 6-2- Examen anatomopathologique :

**Tableau X:** Résultats anatomopathologique selon les auteurs

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

Auteurs	Sidibé T.A,	Wüthrich,	RAVELOSON,	Notresérie,
Résultats	Mali, 2009,	Genève, 2006,	Soavinandriana,2005,	Mali, 2008,
anatomopathologie	[44] n=42	[49], n=107	[50], n=75	n=101
Adénocarcinome	32	6	72	4
	(84,21)	(5%)	(96%)	(4%)
	p=0,000000	p=0,929471	p=0,000000	

Toute pièce opératoire doit subir l'examen anatomopathologique. Mais, suite à la limitation des moyens financiers de nos patients, nous n'avons pu faire que ceux des cas d'occlusion d'origine tumorale.

- Tumeur intestinale : la tumeur intestinale est retrouvée chez 4% de notre population. Elles étaient toutes des adénocarcinomes d'origine colique. Notre résultat ne présente pas de différence statistiquement significative avec celui de Wüthrich P [49], (p=0,929471). Par contre, il diffère de celui de Sidibé T.A [44], p=0,000000 ; et de RAVELOSON [50], p=0,000000.

## **5-8- Traitement**

### **5-8-1- Diagnostic peropératoire**

**Tableau XI:** fréquence de l'étiologie en per-opératoire selon les auteurs

Etiologies	Hernies	Volvulus	Brides et	Tumeur	Invagination	Autres
Auteurs	étranglées	tube digestif	adhérences	intestinale	intestinale	
Sidibé,	56 (46,6%)	20 (16,7%)	16 (13,3%)	2 (1,7%)	11 (9,2%)	6 (5%)
Mali, 2003,	$p=0,389574$	$p=0,253382$	$p=0,26644$	$(p=0,8452$	$p=0,00753$	$p=0,403$
[3], n=120						
Dongmo,		17,1%	36,8%	3,9%		26,3%
Mali, 2006,	10,5%	$p=0,339779$	$(p=0,00692$	$p=0,874$	-	$p=0,000$
[41],n=82	$p=0,00000$					
Harouna,		14%	7,3%	4,5%	7%	0,3%
Niger,	63,6%	$p=0,03976$	$(p=0,00113$	$p=0,6944$	$p=0,02205$	
2001,[29],	$p=0,048328$					-
n=286						
Sinha,			27,1%			
Inde, 2006,	22,43%	-	$p=0,17975$	-	-	-
[31] n=97	$p=0,000016$					
Notre série,	53	23	19	3	1	2
Mali,	(52,47%)	(22,77%)	(18,81%)	(2,97%)	(1%)	(1,98%)
2008,n=101						

#### - L'étranglement herniaire :

Il représente la principale cause de l'occlusion intestinale aiguë mécanique dans les pays moins développés [5].

Le taux de notre étude de 52,47% est statistiquement comparable à celui de Sidibé M.B.[3] au Mali, ( $p=0,3895$ ). Par contre, il diffère de façon statistique de ceux d'autres séries [29 ; 31 ; 41] avec  $p=0,0483$  ;  $p=0,0000$  ;  $p=0,00001$  respectivement. Dans les pays développés, la hernie inguinale est opérée avant qu'elle ne se complique.

#### - Le volvulus du grêle et du côlon :

le volvulus du grêle et du côlon se voit notamment : dans le cas du mésentère commun, diverticule de Meckel [51] ; mais aussi, lorsque



l'anse est mobile, avec un méso court et étroit et dans les cas de dolichocôlon sigmoïde.

Dans notre série, le volvulus du grêle et du côlon a occupé la deuxième place avec une proportion de 22,77% de cas. Ce taux ne présente pas de différence statistiquement significative avec d'autres séries maliennes [3 ; 41], ( $p=0,253382$ ) et ( $p=0,339779$ ) respectivement. Harouna au Niger [29], a trouvé un taux de 14% ( $p=0,03976$ ), inférieur au nôtre.

**- Brides et adhérences :**

Les occlusions sur brides et adhérences sont surtout fonction du taux de laparotomie chez les malades et des pathologies initiales opérées.

Dans notre série, les occlusions sur brides et adhérences sont retrouvées chez 19 patients soit 18,81% de cas. Ce taux ne diffère pas statistiquement de celui de Sidibé M.B. au Mali [3] : 13,3% ( $p=0,26644$ ) et de Sinha en Inde [31] : 27,10 ( $p=0,17975$ ). Par contre il diffère de celui de Dongmo au Mali [41] : 36,8% ( $p=0,00692$ ) et de Harouna au Niger [29] : 7,3% ( $p=0,00113$ ).

**- Tumeurs intestinales :**

Toutes nos tumeurs retrouvées, étaient des adénocarcinomes d'origine colique. Elles ont représenté les 2,97% de notre étude. Ce taux est statistiquement comparable à ceux des auteurs [3, 29, 41] qui ont varié de 1,7% à 4,5%, avec  $p=0,8452$  ;  $p=0,6944$  ;  $p=0,874$  et respectivement.

**- L'invagination intestinale :**

Notre seul cas retrouvé était survenu chez un enfant. Ce taux diffère de façon statistique de ceux des auteurs [3, 29] avec ( $p=0,00753$ ) et ( $p=0,02205$ ) respectivement.

### **5-8-2- Durée de réanimation préopératoire**

**Tableau XII:** Fréquence de la durée de la réanimation préopératoire selon les auteurs

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

<b>Auteurs</b>	<b>Sidibé M B., Mali,</b>	<b>Roscher</b>	<b>Notre série,</b>
<b>Durée réanimation préopératoire (H)</b>	<b>2003, [3], n=120</b>	<b>RFA, 1991, [47], n=260</b>	<b>Mali, 2008, n=101</b>
< 3 heures	120 (100%)	29 (10,5%)  p=10 <sup>-6</sup>	101 100%
> 3 heures		86 (31%)	-

Tous nos malades ont reçu une réanimation préopératoire dans un délai inférieur à 3 heures.

Ce temps de réanimation est généralement fonction des résultats cliniques (déshydratation, collapsus, état de choc...) et des examens biologiques, mais il ne doit en aucun moment retarder le geste chirurgical

La durée de réanimation de notre population ne diffère pas de celle de Sidibé [3] ; par contre, elle a été beaucoup plus longue chez Roscher [47].

### 5-8-3- Etat de l'anse en peropératoire

**Tableau XIII:** fréquence de nécrose intestinale selon les auteurs

Nécrose intestinale Auteurs	Fréquence [n (%)]	Test statistique
Dongmo A, Mali, 2006, [41], n=82	15 (18%)	p=0,795828
Adesunkanmi, Nigeria, 1996, [43], n=146	39 (27,4%)	p=0,052672
Sourkhati, Khartoum, 1996, [39], n=238	53 (27%)	p=0,046995
Roscher, RFA, 1991, [47], n=275	42 (15,27%)	p=0,712588
Markogiannakis H, 2007, [52]	14 (9,3%)	p=0,587414
Notre série, Mali, 2008, n=101	17 (16,8%)	

La nécrose intestinale est fonction du délai d'évolution, et du mécanisme de l'occlusion. Notre étude a trouvé 16,8% d'anses nécrosées. La proportion de la nécrose intestinale dans notre étude (16,8%) ne diffère pas statistiquement de celles d'autres auteurs [42, 43, 47, 52] avec respectivement (p=0,795828), (p=0,052672), (p=0,712588), et (p=0,587414). Sourkhati au Khartoum [39], a trouvé une proportion (27%) statistiquement supérieure à la nôtre avec p=0,046995.

#### 5-8-4- Résection intestinale

**Tableau XIV:** fréquence de la résection intestinale selon les auteurs

Résection intestinale	Fréquence	Test statistique
Auteurs	(%)	
Dongmo A, Mali, 2006, [41], n=82	34,7	p=0,447381
Mohamed , Maroc, 2008, [53], n=44	43,2	p=0,686802
Kuzu, Turquie, [54], n=106	100	P=0,000000
Roscher, RFA, 1991, [47], n=275	30	p=0,072420
Notre série, Mali, 2008, n=101	40	-

Le taux de résection intestinale est fonction de la présence de nécrose et de tumeur intestinale. Parfois, il peut y avoir une résection de levée d'obstacle (volvulus du sigmoïde). Le taux de résections intestinales était de 40% dans notre étude. Cette proportion de résection ne présente pas de différence statistiquement significative de celles des auteurs [41 ; 47 ; 53]. Par contre, Kuzu [54] a observé 100% de résections intestinales dans son étude. Cette différence peut s'expliquer par l'importance du nombre de nécroses chez ce dernier, qui conséquemment s'observe beaucoup plus dans les occlusions par strangulation (volvulus).

#### 5-8-5- Siège des occlusions :

**Tableau XV:** Fréquence du siège des occlusions selon les auteurs

<b>Auteurs</b>	<b>Dongmo, Mali, 2006, [41], n=82</b>	<b>Wysocki, Pologne, 2001, [55], n=468</b>	<b>Roscher, RFA, 1991, [47], n=275</b>	<b>Notre série, Mali, 2008, n=101</b>
Grêle	51,4% (p=0,000731)	352 (75,2%) (p=0,994298)	161 (58,5%) (p=0,002941)	76 (75,25%)
Côlon	35,7% (p=0,117464)	116 (24,7%) (p=0,994298)	114 (41,4%) (p=0,002941)	25 (24,75%)

Notre étude a permis de retrouver 75,25% d'occlusion par atteinte du grêle et 24,75% d'atteinte colique. Ce taux ne diffère pas de façon statistique avec celui de Wysocki en Pologne [55]. Par ailleurs, il diffère de ceux de Dongmo [41] et de Roscher [47].

Selon Adloff [56], les occlusions du grêle représentent 56% à 75% des occlusions intestinales mécaniques.

### 5-8-6- Mécanismes des occlusions :

**Tableau XVI:** Fréquence des mécanismes de l'occlusion selon les auteurs

Auteurs Mécanismes	Dembélé B, Mali, 2005, [57], n=	Harouna, Niger, 2001, [29], n=286	Wysocki, Pologne, 2001, [55], n=468	Notre série, Mali, 2008, n=101
Strangulation	88%	263 (92%) (p=0,3025)	272 (58,2%) (p=0,000000)	96 (95,04%)
Obstruction	12%	23 (8%) (p=0,080)	196 (41,8%) (p=0,000000)	3 (2,97%)

Le pronostic d'une occlusion intestinale aiguë mécanique dépend beaucoup de son mécanisme. Notre étude a permis de recenser 95,04% de strangulation et 2,97% d'obstruction. Ces résultats sont conformes à ceux de Harouna [29] : 92% (p=0,3025) de strangulation contre 8% (p=0,080) d'obstruction. Par contre, Wysocki [55] et Dembelé [57] ont enregistré des taux peu importants par rapport au nôtre : 58,2% de strangulation contre 41,8% d'obstruction et 88% de strangulation contre 12% d'obstruction respectivement.

### 5-8-7- Technique opératoire

**Tableau XVII:** Fréquence des techniques opératoires réalisées selon les auteurs

Auteurs	Dongmo Mali, 2006, [41], n=82	Bensaad, Maroc, 2006, [42], n=27	Kuzu, Turquie, [54] n=106	Notre série, Mali, 2008, n=101
<b>Techniques opératoires</b>				
Réduction per-opératoire de la hernie étranglée	-	-	-	43 (42%)
Résection anastomose immédiate	16% (p=0,006099)	22 (81,5%) (p=0,000009)	57 (53,2%) (p=0,00542)	34 (34%)
Adhésiolyse	36% (p=0,001296)			16 (16%)
Colostomie d'attente de Bouilly Wolkmann				2 (2%)
Colostomie d'attente de Hartmann		5 (18,5%) (p=0,00396)	49 (46,2%) (p=10 <sup>-6</sup> )	2 (2%)
Iléostomie	-	-	-	2 (2%)
Désinvagination	-	-	-	1 (1%)
Détorsion simple	-	-	-	1 (1%)

Les techniques chirurgicales possibles sont multiples. Le choix diffère en fonction du terrain et des habitudes des auteurs [58].

- Réduction peropératoire de la hernie étranglée : Elle a représenté 42% de nos gestes opératoires.

- Résection et anastomose immédiate (primaire) : les résections en urgence avec anastomose en un seul temps singulièrement dans le cas du côlon non préparé, continue à être un sujet de controverse. Cette approche n'était pas soutenue auparavant, car la présence de matières fécales gêne l'anastomose primaire et peut être responsable d'un lâchage de suture [59].

Nous avons effectué 34% de résections et anastomoses immédiates. Ce résultat est statistiquement inférieur à ceux de Bensaad [42] et de Kuzu [54], et supérieur à celui de Dongmo [41].

- Adhésiolyse : elle a représenté 16% dans notre série. Un Taux qui est statistiquement inférieur à celui de Dongmo [43] : 36% (p=0,00129).

- La colostomie d'attente de Bouilly Wolkman : l'intervention consiste dans un premier temps, en une résection de l'anse sigmoïdienne avec abouchement des deux lumières intestinales à la peau en canon de fusil. Dans un deuxième temps, la continuité digestive est rétablie par voie élective, trois à 6 mois plus tard [60, 61]

Dans notre série, ce type d'intervention a été pratiqué chez 2 patients soit 2% des cas.

- Colostomie de type Hartmann : elle est utilisée en cas d'extension de la nécrose au rectum. Elle associe une sigmoïdectomie et une fermeture du moignon rectal abandonné en intra-abdominal avec abouchement cutané du côlon d'amont en stomie terminale.

Dans notre série, la méthode de Hartmann a été réalisée chez 2 patients soit 2% des cas. Cette proportion est statistiquement inférieure à celles des auteurs [42, 54].

- Iléostomie : Elle a été pratiquée dans 2% de notre population.

- Désinvagination : Nous n'avons enregistré qu'un seul cas (1%), réalisé chez un enfant.

- Détorsion simple : Elle a été réalisée dans 1% de cas.

### **5-8-8- Durée de réanimation postopératoire**

La réanimation postopératoire consistait à maintenir les apports hydriques jusqu'à la reprise du transit [62].

La durée de réanimation postopératoire de notre population a varié de 1 à 5 jours avec une moyenne de 1,8 jour.



## 5-9- Suites opératoires

### 5-9-1- Complications postopératoires

**Tableau XVIII:** fréquence de la nature des complications selon les auteurs

Auteurs	Sidibé M Mali,2003, [3], n=120	Bensaad, Maroc,2006, [42], n=27	Kuzu, Turquie, [54], n=106	Adesunhanm i Nigeria1996, [43], n=142	Withrich Genève,2006, [49], n=107	Notre série, Mali 2008, n=101
<b>Complications</b>						
Suppuration pariétale	5 (4,2%) (p=0,018)	2 (7,4%) (p=0,654)	57 (53,7%) (p=0,000000)	23 (16,2%) (p=0,471986)	5 (4,7%) (p=0,0355)	13 (12,87%)
Décès	9 (7,5%) p=0,7024		-	12 (8,5%) p=0,8998	-	9 (8,91%)
Fistules digestives	3 (2,5%) (p=0,840)	1 (3,7%)	57 (7%) (p=0,371098)	1 (0,7%) (p=0,391605)	10 (9,3%) (p=0,0576)	3 (2,97%)
Récidives occlusives	4 (3,4%) p=0,4759	1 (3,7%)			13 (12,1%) p=0,00132	1 (1%)

#### - Suppurations pariétales :

La proportion de la suppuration pariétale dans notre étude (12,87%), ne présente pas de différence statistiquement significative avec ceux de la série Marocaine [42] et Nigériane [43]. Par contre, il diffère de ceux des auteurs [3 ; 49 ; 54] avec respectivement (p=0,018), (p=0,0355), et (p=0,00000).

#### - Fistules digestives :

Elles ont été trouvées dans 2,97% de cas de notre population. Cette proportion ne diffère pas statistiquement de celles des auteurs [3 ; 43 ; 49 ; 54] respectivement (p=0,840 ; p=0,391605 ; p=0,0576 ; p=0,371098).

**-Récidive occlusive :**

Nous n'avons enregistré qu'un seul cas. Cette récurrence était survenue après une détorsion simple d'un volvulus du sigmoïde. Notre résultat ne diffère pas de celui retrouvé par Sidibé M.B [3] : 3,4% de cas et ( $p=0,4759$ ). Par ailleurs, il est statistiquement inférieur à celui de Withrich [49] : 4,7% ( $p=0,00132$ ).

### 5-9-2- Mortalité

**Tableau XIX:** taux de mortalité postopératoire selon les auteurs

Auteurs	Mortalité	Taux de mortalité	Test statistique
Sidibé M, Mali, 2003, [3], n=120		9 (7,5%)	p=0,702466
Touré et al, Sénégal,2003, [63], n=50		12%	p=0,757935
Bhatnagar et al, 2004, [64], n=76		(42%)	p=0,000000
Grossman et al, 2000, [65], n=228		14%	p=0,194299
Mohamed, Arabie saoudite, 1997, [40], n=84		3 (3,5%)	p=0,142064
La Gamma,Rennes, 1991, [66], n=157		9 (6%)	p=0,328020
Notre série, Mali, 2008, n=101		9 (9%)	

Lors des suites immédiates, nous avons trouvé une proportion de 9% de cas de mortalité. Ce taux global de mortalité ne diffère pas de façon statistique à ceux des auteurs [3 ; 40 ; 63 ; 65 ; 66] avec respectivement (p=0,702466 ; p=0,1420 ; P=0,3280 ; p=0,7579 ; p=0,1942). Par ailleurs, notre résultat est inférieur au 42% de Bhatnagar [64] avec p=0,000000.

### 5-9-3- Mortalité selon les étiologies

**Tableau XX:** Taux de mortalité selon la cause de l'occlusion et les auteurs

Auteurs	Sidibé M, Mali, 2003, [3], n=120	Sourkati, Khartoum, 1996 [39], n=238	Roscher, RFA, 1991, [47], n=275	Notre série, Mali, 2008, n=101
Cause mortalité				
Volvulus du tube digestif (Côlon-grêle)	3 (2,5%) (p=0,816)			4 (3,96%)
Hernies étranglées				2 (1,98%)
Adhérences et brides	1 (0,8%) (p=0,880)		6 (2,2%) (p=0,777)	2 (1,98%)
Tumeur intestinale	2 (1,7%) (p=0,880)	37 (16,44%) (p=0,000058)	13 (4,7%) (p=0,1647)	1 (1%)

La mortalité est surtout due aux complications infectieuses, cardio-pulmonaire et rénale.

#### 5-9-4- Durée moyenne d'hospitalisation postopératoire selon les auteurs

**Tableau XXI:** Durée moyenne d'hospitalisation selon les auteurs

<b>Mortalité</b>	<b>Extrêmes (jours)</b>	<b>Durée moyenne (jours)</b>
<b>Auteurs</b>		
Diakité M, 2006, [67]	1 et 99 jours	14,8 jours ± 17,58
Sidibé, Mali, 2003, [3], n=120		9,2 jours
Dongmo, Mali, 2006, [41], n=82	2 et 61 jours	15,31 jours
Notre série, Mali, 2008, n=101	2 et 36 jours	11,2 jours

La durée moyenne d'hospitalisation postopératoire était de 11,2 jours ; elle était proche de celles des auteurs [3, 41]. La durée d'hospitalisation dépend des complications postopératoires et de la technique chirurgicale.

### 5-9-5- Coût de la prise en charge selon les auteurs

**Tableau XXII:** Coût de la prise en charge selon les auteurs

<b>Auteurs</b>	<b>Diakité M, 2006, [67]</b>	<b>Sidibé, Mali, 2003 [3], n=120</b>	<b>Notre série, Mali, 2008, n=101</b>
<b>Coût (FCFA)</b>			
Coût minimum	132000	12225	70600
Coût moyen	156900	95649	105174
Coût maximum	173000	258320	142920

Le coût moyen de la prise en charge était de 105174 FCFA, qui est largement supérieur au SMIG malien qui s'élève aujourd'hui à 28460 FCFA [16]. Les extrêmes variaient entre 70600 FCFA et 142920 FCFA.

## 5-10- Durée d'évolution de la maladie et l'état de l'anse

**Tableau XXIII** : fréquence des nécroses et la durée moyenne d'évolution de la maladie selon les auteurs

<b>Auteurs</b>				
<b>Durée d'évolution état de l'anse (heures)</b>	<b>Dongmo , Mali, 2006, [41], n=82</b>	<b>Markogiannakis H 2007, [52], n=750</b>	<b>Roscher, RFA, 1991, [47], n=275</b>	<b>Notre série, Mali, 2008, n=101</b>
< 6 heures (Ischémie)	26%	21 (14%)	23 (8,4%)	-
> 6 heures (Nécrose)	18%  (p=0,7958)	14 (9,3%)  (p=0,01953)	42 (15,27%)  (p=0,7125)	17  (16,83%)

La nécrose a été retrouvée chez 17 malades soit 16,83% après 6 heures d'évolution de la maladie. Cette proportion ne diffère pas statistiquement de celles des auteurs [41 ; 47], qui étaient de : 18% (p=0,7958), et 15,27% (p=0,7125) respectivement. Par contre, la différence du taux de notre étude a été significative comparé à celui de Markogiannakis H [52] avec p=0,01953.

## VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## 1. CONCLUSION :

La pathologie occlusive représente 11,07% des activités de chirurgie et 28,8% des abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital régional de Mopti. Elle apparaît dans notre étude comme une affection de l'adulte jeune, avec une prédominance masculine. Leurs étiologies sont multiples.

La douleur a représenté le signe fonctionnel le plus constant au sein de notre population d'étude (100%), tandis que la radiographie d'abdomen sans préparaton a été l'examen para clinique le plus fiable (98,07% d'images caractéristiques).

En raison de la prédominance des occlusions par strangulation (95,04%), les gestes thérapeutiques les plus pratiqués ont été : la réduction peropératoire de la hernie étranglée (42%), la résection anastomose immédiate (34%) ; l'adhésiolyse + section des brides (16%).

L'analyse des suites opératoires a permis d'individualiser un taux de mortalité post opératoire global de 9%.

Le retard diagnostique lié à une consultation tardive explique cette mortalité.



## 2. RECOMMANDATIONS :

### **Aux Autorités politiques :**

- La meilleure organisation des systèmes de référence ;
- La promotion de la coopération entre structures sanitaires et tradithérapeutes ;

### **Aux Autorités sanitaires :**

- Le recyclage du personnel de santé sur la pathologie occlusive ;
- L'examen histologique des pièces opératoires notamment les tumeurs
- La bonne collaboration entre tradithérapeutes et le personnel sanitaire;

### **A la population :**

- La consultation précoce devant toute douleur abdominale associée à un arrêt des matières et de gaz ;
- L'acceptation du paiement des frais d'anatomo-pathologie des pièces opératoires.

## VII- REFERENCES

**1- Delamare J. et col.**

Dictionnaire des termes de Médecine

25<sup>ème</sup> édition Maloine, Paris, 1999, 576 p.

**2- Cachera J.P. et al.**

Pathologie chirurgicale , 3<sup>ème</sup> Edition, Masson, Paris, 1978. 821p.

**3- Sidibé M.**

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

These, Med, 2003, Bamako.

**4- Perris P. , Masella A.**

Non neoplastic intestinal occlusion

[www.Pubmed.com](http://www.Pubmed.com)

Consulté le 29 mars 2006.

**5- Duron Jean Jacques**

Occlusions intestinales aiguës

Revue du praticien ; 2001 ; 51 ; 5p.

**6- Konaté H.**

Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique au CHU Gabriel Touré.

These, Med. 2003, Bamako.

**7- ROUVIRE H**

Anatomie humaine descriptive et topographique.

Paris Masson 1970; P : 345-375.

**8- J ACQUES G**

Les Cancers coliques : traitement chirurgical.

Paris Edition médicale internationales 1989 ; P 55-97.

**9- GALLOT D, P LASSER, JP LECHAUX**

COLOSTOMIES

EMC Techniques chirurgicales Appareil digestif 2002 ; 11: 40 – 540

**10- Rohr S, Kopp M, Meyer C.**

Occlusion intestinale du grêle: physiopathologie, étiologie, diagnostic et traitement.

Rev Prat 1999 ; 49 : 435-440.

**11- Leger L.**

Sémiologie chirurgicale;

6ème Edition, Masson, Paris, 1999, 444p;

**12- Encyclopédie médico-chirurgicale**

Occlusion intestinale aiguë de l'adulte.

Urgences-médeco-chirurgicale, Tome I, Paris, urgences, 1984, 24059A10,  
10, 20p.

**13- Patel J.C.**

Chirurgie viscérale.

3<sup>ème</sup> Edition, Masson, Paris, 1978, 1520p.

**14- Soumaré S, Alain GD.**

Occlusion intestinale aiguë.

Conduites chirurgicales du Point « G » à l'usage des internes Bamako,  
2001 : 80-4.

**15- Thomeret**

Physiopathologie de l'occlusion intestinale.

J Chir 1985 ; 5 : 67.

**16- Haussmom J ;**

Chirurgie

Mémento. Maloine, Paris, 1997, 308p.

**17- Grecho U**

Evaluation de deux produits homéopathiques sur la reprise du transit après chirurgie digestive.

Presse Med 1989; 18: 59-62.

**18- Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS et al.**

Epidemiology of constipation (EPOC) Study in the United States: relation of clinical subtypes sociodemographic features.

Am J Gastroenterol 1999; 94: 3530-40.

**19- Condon RE, Nyhus LM**

Manual of surgical therapeutics, 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Little Brown company, 1972.

Chap 7, Fluid an Electrolyte therapy: p.183-213.

Chap 14: Intestinal obstruction: p. 295-310.

**20- Kleinknecht D, Assan R, babinet P et al.**

Principes de reanimation médicale.

Chap 6: les spoliations digestives au cours des affections abdominales aiguës.

2<sup>ème</sup> Ed, Flammarion, Paris, Médecine-Sciences, 1975 : 260-78.

**21- Lagache G, Lephats F.**

Les syndromes occlusifs intestinaux aigus.

EMC, Estomac-Intestin (2), 1982, 9044-B-10.

**22- Millat B, Guillon Fr, Avila JM.**

Occlusions intestinales aiguës de l'adulte.

EMC, Traité de gastroenterologie, 1993, 9-044-A-10.

**23- Eisenberg RL, Heineken P, Hegcock MW et al.**

Evaluation of plain abdominal radiographs in abdominal pain.

Ann Surg 1983; 198: 464-9.

**24- Hay JM, Flamant Y.**

Occlusions intestinales aiguës de l'adulte sémiologie chiffrée (les signes et leur valeur) et le traitement chirurgical.

Rev Prat 1993 ; 43 : 674-83.

**25- Daneshmand S, Hedley CG, Stain SG.**

The utility and reliability of computed tomography scan in the diagnosis of small bowel obstruction.

Am Surg 1999; 65: 922-6.

**26- Zalcmann M, SY M, Donkier V et al.**

Helical CT Signs in the diagnosis of intestinal ischemia in small-bowel obstruction.

AJR Am J Roentgenol 2000; 175: 1601-7.

**27- Catalano O.**

Computed tomographic appearance of sigmoid volvulus abdom.

Imaging 1996; 21: 314-7.

**28- Pourriat JL, Martins CI.**

Principes de réanimation chirurgicale.

2<sup>ème</sup> Edition, Lonrai, Arnette, 2005, 1430p.

**29- Harouna M, Ali L, Saïbou A, Gamatie Y, Rakotomalala J, Habibou A, Bazira.**

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) à propos de 724 cas.

Med Afr Noire 2001 ; 2 (48).

**30- Brewer et col.**

Occlusions intestinales aiguës au service des urgences chirurgicales de l'hôpital universitaire de Virginie (U.S.A). EMC-1987.

**31- Sinha S, Kauslik R, Yadao Td, Sharma R.**

Mechanical bowel obstruction : the schandigarh experience. Department of surgery, Government medical college and hospital.

Sector 32B Schandigach 160047, India.

Trop gastroenterol 2002; 23(1): 13-5.

**32- Bhuiyan MMZU, Machowski ZA, Liny Ama BS, Madiba MCM.**

Management of sigmoid volvulus in polokwane mankeweng hospital.

Jr Sud Afr Chir 2005; 43, 1: 17-9.

**33- Uludag M, Akgun I, Yetkin G, Kebudi A, Isgor A,**

Factors affecting morbidity and mortality in mechanical intestinal obstruction

Illus Trauma Dig 2004; 10 (3): 117-84.

**34- Kossi J, Salminen P, Laato M.**

The epidemiology and treatment patterns of post-operative adhesion induced intestinal obstruction in Varsinais-suomi hospital district

Scand J Surg 2004; 93: 65-70.

**35- Hiki N, Takishita Y, Kubota K, Tsugi E, Yamaguchi H, Shimizu N, Imamura K, Shimagama S, Mafune K, Kaminishi M.**

A seasonal variation in the onset of postoperative adhesive small bowel obstruction is related to changes in the climate.

Dig Liver Dis 2004; 36 (2): 125-9.

**36- Kurema RT, Jumbi G.**

Adhesive intestinal obstruction.

East Afr Med J 2006 ; 83 (6) : 333-6.

**37- Duron JJ, Silva NJ, Du Montee ST, Berger A, Muscari F, Hennet H, Veijrieres M, Hay JM.**

Adhesive postoperative small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a multicenter prospective study.

Ann Surg 2006; 244 (5): 750-7.

**38- Zerey M, Sechrist CW, Kercher KW, Song RF, Mahews BD, Heniford BT.**

Laparoscopic management of adhesive small bowel obstruction.

Am Surg 2007; 73 (5): 3-8.

**39- Sourkhati EO, Fahal AH, Suliman SH, El Razig SA, Arabi YE.**

Intestinal obstruction in Khartoum.

East Afr Med J 1996; 73 (5): 316- 9.

**40- Mohamed AY, Al Ghaiti A, Lanyevin JM, Nassar A.H.**

Causes and management of intertinal obstruction

Jr Col Surg 1997; 42 (1): 21-3.

**41- Dongmo A.**

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

Thèse Méd., Bamako, 2006, N°263, 97p.

**42- Bensaâd S.**

Volvulus du sigmoïde dans le service de chirurgie A au C.H.U HASSAN II de Fès.

Thèse Med. , Maroc, 2006, N°

**43- Adesunkanmi AR, Agbakwuru EA.**

Changing pattern of acute intestinal obstruction in a tropical African population.

East Afr Med J 1996 ; 73 (11) : 727-31.

**44- SIDIBE T.A**

Cancer du côlon : Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

Thèse, Méd., Bamako, 2010, N°178, 110p.

**45- Belkhayat R, Rabani K, Louzi A, Finnech , El Idrissi H.**

La sigmoïdectomie à froid dans le traitement du volvulus du sigmoïde par voie élective.

Ilius 2005 ; N°25.



**46- Najate K.**

Apport du scanner dans les occlusions intestinales ;

[www.fmp-usmba.ac.ma\\_cdim\\_Nouveau-e-theses-32-08\[1\].pdf](http://www.fmp-usmba.ac.ma_cdim_Nouveau-e-theses-32-08[1].pdf)

Consulté le 15 /06/2010.

**47- Roscher R, Frank R, Baumann A, Berger HG.**

Resultats of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine  
abteilung fur allegemme in chirurgie.

Chir. 1991; 62 (8): 614-9.

**48- Suri S, Gupta S, Sudhakar FJ, Venkataramu NK, Sood B, Wig JP.**

Comparative evaluation of plain films ultrasound and computer training un  
the diagnosis of intestinal obstruction.

Acta Rad Chand India 1999; 40 (4): 422-8.

**49- Wüthrich P.**

Complications opératoires, résultats fonctionnels et qualité de vie après  
coloproctectomie totale et anastomose iléo-anale avec réservoir iléal :  
l'expérience genevoise.

These Med, Genève, 2006. N°10472.

**50- J.R RAVELOSON, HYH RANTOMALALA, B. RAKOTOARISOA, TB  
RAKOTOBÉ, GX TOVONE, RD GIZY, H. RAZAFINDRAMBOA**

Prise en charge des cancers du côlon en occlusion au centre hospitalier de  
Soavinandriana

Med. Afr. Noire 2005 ; 5211 : 633 – 637.

**51- Millat B, Guillon F, Avila JM.**

Occlusions intestinales aiguës de l'adulte.

Encycl Med Chir (Paris-Frances) Edition Technique. Gastro enterologie, 9-044-A. 1993. 21p.

**52- Markogiannakis H, Messaris E, Dardamanis D, Pararas N, Tzertzenelis D, Giannopoulos P et al.**

Acute mechanical bowel obstruction: clinical presentation etiology, management and outcome.

World J Gastro enterol 2007; 13 (3): 432-437.

**53- Mohamed I.**

Les occlusions intestinales chez l'enfant ;

[www.fmp-usmba.ac.ma/cdim/e-theses/103-08.pdf](http://www.fmp-usmba.ac.ma/cdim/e-theses/103-08.pdf)

Consulté le 15/06/2010.

**54- Kuzu MA, Aslar AK, Soran A, Polat A et al.**

Emergent resection for acute sigmoid volvulus.

Dis Colon Rectum , 45. 1085-90.

**55- Wysocki A, Krzwon J.**

Causes of intestinal obstruction

Przegl Lek 2001; 58 (6): 507-8.

**56- Adloff A.**

Les occlusions intestinales aiguës de l'adulte.

Encycl Med Chir (Paris-Frances) Edition Technique. Gastro enterologie, 24059-A10. 1984. 10p.

**57- Dembélé B. B**

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

These Med, Bamako, 2005. N°243.

**58- Alshawi JS, Edinb FRCS et al.**

Recurrent sigmoid volvulus in pregnancy : report of a case and review of the literature.

Dis colon Rectum 2005; 48: 1811-3.

**59- Ali Nawaz K**

Sigmoid volvulus.

[www.emedecine.com/radio/byname/sigmoidvolvulus](http://www.emedecine.com/radio/byname/sigmoidvolvulus).

**60- Frank H, Netter MD.**

Atlas d'anatomie.

Abdomen, Plancher 267-8.

**61- Ballantyne GH.**

Volvulus of the colon.

In Fagio VW. Current therapy in colon and rectal surgery.

Ed. Decker (Philadelphia), 1990. 254-65.

**62- Guivarc'H M, Roulet-Audy IC.**

Volvulus du colon pelvien.

Encycl Med Chir (Paris-Frances) Edition Technique. Estomac-Intestin ; 1984 ; 3 ; 9063-B10.

**63- Touré CT, Dieng M, MBaye M, Sanou A, NGom et al.**

Résultats de la colectomie en urgence dans le traitement du volvulus du colon au CU de Dakar.

Ann Chir 2003 ; 128 : 98-101.

**64- Bhatnagar BNS, Shara CLN, Gautam A, Kakar A, Reddy DCS.**

Gangrenous sigmoid volvulus: a clinical study of 76 patients.

Int J Colonrectal Dis 2004; 19: 134-42.

**65- Grossman EM, Longo WE, Stratton MD, Virgo KS, Johnson E.**

Sigmoid volvulus in department of veterans affairs medical centers.

Dis colon rectum 2000; 43 (3): 414-8.

**66- La Gamma A, Letoquart JP, Kunin N, Chaperon J, Mambrini A.**

Obstruction of the small intestine caused by bridles and adhesions, analysis of 15 operated cases.

J Chir 1994; 131 (6-7) 279-84.

**67- Diakité M.**

**Prise en charge des traumatismes de l'abdomen dans le service de chirurgie B de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.**

**Thèse Méd., 2008, Bamako, N°465.**





**23-le début :**...../...../

1-brutal :

3-autres à préciser :

2-progressif :

9- indéterminé :

**24-Type de la douleur :**...../...../

1. -brûlure :

2-colique :

3-piqûre :

7-crampe :

4-torsion :

8-autres à préciser :

5-pesanteur :

9-indéterminé :

6-écrasement :

**25-Irradiations :**...../...../...../

1-organes génitaux

5-membres supérieurs

2-périnée

6-membres inférieurs

3-bretelle

7-dos

4-diffuse

8-sans irradiation

99-indéterminé

10-autres à préciser

**26-Durée d'une crise :**...../...../

1-5-15min

4-6-24h

2-16-30min

5-6-3j

3-31-60min

6-plus de3j

**27-Evolution :**...../...../

1-douleur permanente

3-autres à préciser

2-intermittente

9-indéterminée

**Signes d'accompagnement :**

**Troubles digestifs :** ...../...../...../

**28-vomissements :** ...../...../...../

- |                |                      |
|----------------|----------------------|
| 1-absents      | 9-peu abondants      |
| 2-liquidiens   | 10-2+3               |
| 3-alimentaires | 11-4+5               |
| 4-bilieux      | 12-10+6+8            |
| 5-fécaloïdes   | 13-11+7+9            |
| 6-précoces     | 99-indéterminé       |
| 7-tardifs      | 15-autres à préciser |
| 8-abondants    |                      |

**29-arrêts des matières :** ...../...../

- |                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| 1-absents             | 5-durée :plus de 72h |
| 2-durée :moins de 24h | 6-indéterminé        |
| 3-durée :plus de 24h  | 7-autres à préciser  |
| 4-durée :48-72h       |                      |

**30-arrêts des gaz :** ...../...../...../

**31-autres signes :** ...../...../...../

- |                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| 1-pas de troubles | 11-décoloration des selles |
| 2-nausées         | 12-dysphagie               |
| 3-diarrhée        | 13-régurgitations          |
| 4- constipations  | 14-épreintes               |
| 5- rectorragie    | 15-6+7                     |
| 6-méléna          | 16-3+14+11                 |
| 7-hématémèse      | 17-4+5                     |
| 8-gargouillement  | 18-6+4+5                   |
| 10-ténésme        | 19-4+8                     |
| 99-indéterminé    | 20-autres à préciser       |



**Signes non digestifs :**...../...../...../

**32-urinaires :**...../...../...../

- |                          |                |                      |
|--------------------------|----------------|----------------------|
| 1- pas de trouble        | 7-3+5          |                      |
| 2-pollakiurie            | 8-3+6          |                      |
| 3-brûlures mictionnelles | 10-2+4         |                      |
| 4-dysurie                | 99-indéterminé |                      |
| 5-hématurie              | 6-pyurie       | 11-autres à préciser |

**33-gynéco-obstétriques :**...../...../...../

- |                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| 1- pas de trouble : | 7-2+3                  |
| 2-aménorrhées       | 8-2+4                  |
| 3-leucorrhées       | 10-3+5                 |
| 4-métrorragies      | 99-indéterminés        |
| 5-prurit vulvaire   | 11-autres à préciser : |
| 6-dyspareunie       |                        |

**34-Autres signes associés :**...../...../...../

- |                                |                      |
|--------------------------------|----------------------|
| 1-pas d'autres signes          | 6-frissons           |
| 2-fièvre subjective            | 7-ictère             |
| 3-toux                         | 8-amaigrissement     |
| 4- trouble du rythme cardiaque | 10-asthénie          |
| 5-sueur froide                 | 11-gène respiratoire |
| 12-7+8+10                      | 14-autres à préciser |
| 13-5+8                         | 99-indéterminés      |



3-Autres à préciser ..... 9 -indéterminée.

### Antécédents

**42-Médicaux :** ...../...../

1-constipation	11-infection urinaire	20-1+4
2-allongement	12-drépanocytose	21-1+2+3+4
3-ub-occlusion	13- HTA	22-2+3
4-douleur abdominale	14-Asthme	23-2+4
5-gastro-enterite	15-diabete	24-2+3+4
6-gastrite	16-tuberculose	25-3+4
7-ulcère-gastrique	17- AMG	26-4+5
8-ulcère duodéal	18 -1+2	27-autre à préciser :
10-infection génitale	19-1+3	99-indéterminé

**43-chirurgicaux : (opéré de l'abdomen)** ...../...../

1- oui 2-non

**43a-si oui préciser le diagnostic :** ...../...../

1-simple 3 -autres à préciser :.....  
2-abcès de parois 9 -indéterminé

**44-gynéco-obstétriques :** ...../...../...../

1-Nullipare	5-Fibrome utérin	10-3+7
2-Multipare	6-Kystes de l'ovaire	11-2+4
3-Avortement provoqué	7-GEU	12-autres à préciser :
4-césarienne	8-Obstruction tubaire	99-indéterminé

### Examen

#### Signes généraux

**45-Etat général :** ...../...../...../

1-SA I : patient normal en bonne santé  
2-SAII : existence d'une maladie à retentissement faible ou modérée  
3-SAIll : existence d'une maladie limitant l'activité sans être invalidante  
4-SAIv : existence d'une maladie invalidante mettant la vie en danger

5-SAV : malade moribond

**46-Température en degré Celsius :...../...../...../**

- |                  |                                |
|------------------|--------------------------------|
| 1-normal         | 4-(38.5-39.5°C)                |
| 2-<36° C         | 5->39.5°C                      |
| 3-(37.5°-38.5°C) | 6- non quantifiée (cause)..... |

**47-Rythme cardiaque :...../...../...../**

- |           |                 |                 |
|-----------|-----------------|-----------------|
| 1- normal | 2-<50batts /min | 3->100batts/min |
|-----------|-----------------|-----------------|

**48-TA :...../...../...../**

- |           |                    |
|-----------|--------------------|
| 1-normale | 4-collapsus        |
| 2- basse  | 5- choc infectieux |
| 3-élevée  |                    |

**49-Fréquence respiratoire :...../...../...../**

- |              |                            |
|--------------|----------------------------|
| 1-normale    | 3->20mv/min                |
| 2-<16mv /min | 4-non prise (cause) :..... |

**50-Poids (en Kg)...../...../**

**51 -Taille (en m)...../...../**

### Signes physiques

#### Inspection

**52-présence de cicatrice opératoire sur l'abdomen :...../...../**

- |       |        |
|-------|--------|
| 1-oui | 2- non |
|-------|--------|

**53-siège de la cicatrice :...../...../**

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| 1-xypho sus-pubienne                     | 6-peri-ombilicale     |
| 2-mediane sus ombilicale                 | 7-inguinale droite    |
| 3-mediane sous ombilicale                | 8-inguinale gauche    |
| 4-à cheval sur l'ombilic                 | 10-inguino-bilaterale |
| 5-au point mission de coopération Burney | 11-para-rectale       |

**54-Taille de la cicatrice :...../...../**

- |        |        |
|--------|--------|
| 1-<5cm | 2->5cm |
|--------|--------|

**55-Nature de la cicatrice :...../...../**

1-atrophique

2-hypertrophique

**56-Météorisme abdominal :...../...../**

1-oui :

2-non

**56a- Si oui : ...../...../**

1 -ballonnement symétrique

2-ballonnement asymétrique

3-respiration abdominale pressente

4-respiration abdominale absente

5-1+3

6-2+3

99-indéterminé

7- autres

## Palpation

**57-Défense abdominale localisée :...../...../**

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 1-FID               | 8-Hypochondre gauche |
| 2-FIG               | 10-Peri-ombilicale   |
| 3-Epigastre         | 11-Diffuse           |
| 4-Hypogastre        | 12-1+5               |
| 5-Flanc droit       | 13-2+6               |
| 6-Flanc gauche      | 99-indéterminé       |
| 7-Hypochondre droit | 14-autres à préciser |

## Masse

**58-les limites :...../...../**

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1- régulières | 2-irrégulières |
|---------------|----------------|

**59-Consistance :...../...../**

- |         |                            |
|---------|----------------------------|
| 1-molle | 9-indéterminée             |
| 2-ferme | 4-autres à préciser :..... |
| 3-dure  |                            |

## Mobilité

**60-Par rapport au plan profond :...../...../**

- |          |              |
|----------|--------------|
| 1-mobile | 2-non mobile |
|----------|--------------|

**61-Réductibilité :...../...../**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1-oui | 2-non |
|-------|-------|

**62-Impulsivité à l'effort de toux :...../...../**

- |       |        |
|-------|--------|
| 1-oui | 2- non |
|-------|--------|

**62-Masse indolore :...../...../**

- |        |        |
|--------|--------|
| 1- oui | 2- non |
|--------|--------|

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

**63-siège :** ...../...../

1-FID	10-peri-ombilicale
2-FIG	11-1+4
3-Epigastre	12-5+6
4-Hypogastre	13-2+5
5-Flanc droit	14-2+6
6-Flanc gauche	15-3+7+8
7-Hypocondre droit	99-indeterm
8-Hypocondre gauche	16-autres à préciser

**64-Douleurs provoquées :** ...../...../...../

1-FID	10-peri-ombilicale
2-FIG	11-Diffuse
3-Epigastre	12-1+2+4
4-Hypogastre	13-1+5
5-Flanc droit	14-2+6
6-Flanc gauche	15-3+7+8
7-Hypocondre droit	99-indeterm
8-Hypocondre gauche	16-autres à préciser :.....

**65- Percussion :** ...../...../

1-normale	4-tympanisme symétrique
2-matité	9-indeterminé
3-tympanisme diffus	6-autres à préciser :.....

**66- Auscultation :** ...../...../

1-bruits hydro-aeriques accentués	2-bruits hydro-aeriques absents
-----------------------------------	---------------------------------

**67-Toucher rectal :** ...../...../

1-ampoule rectale vide	5-glaire sur le doigtier
2-douleur à droite	6-sans sur le doigtier
3-douleur à gauche	7-2+3
4-masse à droite	8-4+5

10-masse à gauche

11-autres à préciser :.....

**68- Examen général**

**Tête** :...../...../

1-faciès normal

4-faciès icterique

2-faciès pâle

9-indeterm

3-faciès cyanosé

**Cou** :...../...../

1-normal

3-adénopathies

2-cicatrice

9-indéterminé

**Appareil cardio-vasculaire** :...../...../

1-pas de cardiopathies

9-indéterminé

2-présence de cardiopathies

3-autres à préciser :.....

**Appareil respiratoire** :...../...../

1-pas d'affection respiratoire

9-indéterminé

2-présence d'affection respiratoire

3-autres à préciser :.....

**Adénopathies** :...../...../

1-pas d'adénopathies

8-2+3

2-sous maxillaire droite

10-4+5

3-sous maxillaire gauche

11-6+7

4-aisselle droite

12-8+10

5-aisselle gauche

99-indéterminé

6-aine droite

13-autres à préciser :....

7- aine gauche

**Réflexes** :...../...../

1-normaux

9-indéterminé

2-abolis

4-autres à préciser

3-déficitaires



## Examens complémentaires

### Bilan sanguin

**69.- hémoglobine :** ...../...../

- |             |            |
|-------------|------------|
| 1-<11g/dl   | 4->17g/dl  |
| 2-11-17g/dl | 5-non fait |

**70-Hématocrite :** ...../...../

- |           |             |
|-----------|-------------|
| 1-< 30%   | 3->36%      |
| 2- 30-35% | 4- non fait |

**71- Eosinophile :** ...../...../

- |         |             |
|---------|-------------|
| 1-<5%   | 3->6%       |
| 2-5- 6% | 4- non fait |

**72-Groupes sanguin et rhésus :** ...../...../

- |                   |                   |                    |                  |
|-------------------|-------------------|--------------------|------------------|
| 1- A <sup>+</sup> | 3-PO <sup>+</sup> | 5-AB <sup>+</sup>  | 7-O <sup>+</sup> |
| 2-A <sup>-</sup>  | 4- B <sup>+</sup> | 6- AB <sup>-</sup> | 8-O <sup>-</sup> |

**73-Urée:**...../...../

- |            |         |          |
|------------|---------|----------|
| 1- normale | 2-Basse | 3-Elevée |
|------------|---------|----------|

**74-Glycémie :**...../...../

- |               |                 |               |
|---------------|-----------------|---------------|
| 1-<4,1 mmol/l | 2-4,1-6,1mmol/l | 3->6,1 mmol/l |
|---------------|-----------------|---------------|
- 4-non fait.

**75-Vitesse de sédimentation :**...../...../

- |            |         |          |
|------------|---------|----------|
| 1- Normale | 2-Basse | 3-Elevée |
|------------|---------|----------|
- 4- non fait

**76- TS ,TC ou TCK :**...../...../

- |          |       |           |            |
|----------|-------|-----------|------------|
| 1-Normal | 2-Bas | 3 -Elevée | 4-non fait |
|----------|-------|-----------|------------|

**77- TP :**...../...../

- |            |                |            |
|------------|----------------|------------|
| 1- Normale | 2-Pathologique | 3-Non fait |
|------------|----------------|------------|

### IMAGERIES

**78-ASP :**...../...../...../

- |                    |  |
|--------------------|--|
| 1-Non faite        | 4-Niveaux hydro-aériques plus hauts que larges |
| 2-Normale          | 5-Niveaux hydro-aériques plus larges que hauts |
| 3-croissant gazeux | 6-Bulle gazeuse unique                         |
| 7-Arceau gazeux    | 11-Image en double canon                       |
| 8-Images en cornue | 99-Indéterminé                                 |
| 10-Arceau colique  | 12- Autre à préciser.....                      |

**79-Echographie :**...../...../...../

- |                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1- Non faite                 | 6-Masse annexielle          |
| 2- Normale                   | 7-Masse utérine             |
| 3-Pathologie hépatites       | 8-Ascite                    |
| 4-Calcul des voies biliaires | 10-Pathologie rénale        |
| 5-Adénopathie                | 11-Autres à préciser :..... |

**79a-si anomalie, préciser :**.....

**80. Lavement Baryté :** ...../...../

- |             |           |  |
|-------------|-----------|--|
| 1- non fait | 2. Normal | 3. Arrêt de la baryte en bec<br>d'oiseau |
|-------------|-----------|--|

**81.Transir du grêle :** ...../...../

- |             |           |             |
|-------------|-----------|-------------|
| 1. Non fait | 2. Normal | 3. Anomalie |
|-------------|-----------|-------------|

**81a. Si anomalie préciser :** .....

**82. Fibroscopie :** ...../...../

- |              |            |             |
|--------------|------------|-------------|
| 1. Non faite | 2. Normale | 3. Anomalie |
|--------------|------------|-------------|

**82a.Si anomalie, préciser :**.....

**83. Anoretoscopie :** ...../...../

- |              |            |             |
|--------------|------------|-------------|
| 1. Non faite | 2. Normale | 3. Anomalie |
|--------------|------------|-------------|

**83a. Si anomalie, préciser :** .....

**84.Colonoscopie :** ...../...../

- |              |            |             |
|--------------|------------|-------------|
| 1. Non faite | 2. Normale | 3. Anomalie |
|--------------|------------|-------------|

**84a. Si anomalie, préciser :** .....

**85. UIV :** ...../...../

- |              |            |             |
|--------------|------------|-------------|
| 1. Non faite | 2. Normale | 3. Anomalie |
|--------------|------------|-------------|

**85a. Si anomalie, préciser :** .....

**86. SCANNER :** ...../...../

- |             |           |             |
|-------------|-----------|-------------|
| 1. Non fait | 2. Normal | 3. Anomalie |
|-------------|-----------|-------------|

**86a. Si anomalie, préciser :** .....

**Diagnostic.**

**87-Diagnostic pré-opératoire :**

- |                              |                                     |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 1-occlusion intestinale      | 18-abcès                            |
| 2-occlusion du grêle         | 19-invagination intestinale aiguë   |
| 3-volvulus du colon sigmoïde | 20-sténose hypertrophique du pylore |
| 4 –occlusion mixte           | 21- ulcère duodénale                |
| 5-pancréatite                | 22-imperforation anale              |
| 6-gastro entérite aiguë      | 23-maladie de Hirschprung           |

**OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES MECANIQUES : ASPECTS DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

7-tumeur hépatique	24 -hernie étranglée
8 tumeur intestinale	25-dysménorrhée
10-GEU	26-kyste de l'ovaire
11-affection pulmonaire infla.	27-infarctus mésentérique
12-infection urinaire	28-douleur abdo d'étiologie indeter
13-Lithiase urétérale	29-abces splénique
14-appendicite perforée	30-3+16
15-cholecystite	31-3+17
16-peritonite	32-6+19
17-salpingite	33-autres à préciser..... 99-indeterminé

**88 –Diagnostic per opératoire**

1 – non opéré	14-maladie de Hirschprung		
2-obturation par un corps étranger	15-péritonite		
3-prolifération tumorale intra lminale	16-appendicite perforée		
4-imperforation anale	17 GEU		
5-épaississement inflammatoire de la paroi	18-salpingite		
6-compression extrinsèque de voisinage	19-cholecystite		
7 volvulus du sigmoïde	20 abcès hépatique		
8-volvulus du grêle	21 abcès splénique		
10-adhérences et brides	22 pancréatite		
11-étranglement herniaire	23 ileus biliaire		
12-adénopathies mésentériques	24 tumeur gastrite		
13-IIA	25-sténose- hypertrophique du pylore		
26- 3+7	27- 3+8	28- 16+6	29-autres à préciser.....
99 -indéterminé			

## Traitement

### Traitement pré-opératoire

**89- Médical :**...../...../  
1-oui 2-non

**90- Nature du traitement :**...../...../...../

- |                                |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|
| 1-Aspiration gastro –duodénale | 8-Sonde rectale             |
| 2. Antalgique                  | 10-Sonde urinaire           |
| 3. Anti-inflammatoire          | 11- Lavement évacuateur     |
| 4. Antibiotique                | 12-1+2+6                    |
| 5. Antiparasitaire             | 99-indéterminé              |
| 6. Perfusion                   | 13-autres à préciser :..... |
| 7. Transfusion                 |                             |

**91-Durée du traitement :**...../...../

- |             |         |
|-------------|---------|
| 1- 0-30 min | 3-1-2h  |
| 2- 31-60min | 4- > 2h |

**92- Traitement chirurgical :**...../...../

- |        |        |
|--------|--------|
| 1- oui | 2- non |
|--------|--------|

**93- Durée du traitement chirurgical :**...../...../

- |              |          |
|--------------|----------|
| 1- 0-30 min  | 3-1- 2 h |
| 2- 31-60 min | 4 -> 2 h |

**94-Resultat du traitement:**...../...../

- |                     |                    |                 |
|---------------------|--------------------|-----------------|
| 1- non satisfaisant | 2-Peu satisfaisant | 3- Satisfaisant |
|---------------------|--------------------|-----------------|

**95- Etat de l'anse :**...../...../

- |             |                                   |
|-------------|-----------------------------------|
| 1. Normal   | 5-mesosygmoides normal            |
| 2. Infarcis | 6-mesosygmoides altéré ou perforé |
| 3. Nécrosé  | 7-tumeur intestinale              |
| 4. Perforé  | 8-Autres à préciser :.....        |

**96-Type de torsion:**...../...../

- 1- type rectum en avant 2-type rectum en arrière 3-autres à préciser :.....

**97- Nombre de tours de spires :**...../...../

- |            |                         |
|------------|-------------------------|
| 1-1/2 tour | 4- plus de 2 tours      |
| 2-1 tour   | 5-autre à préciser..... |
| 3-2 tours  |                         |

**98- Technique Opératoire :...../..... /**

- |  |   |
|--|---|
| 1. résection anastomose immédiate<br>tumeur  | 12-résection simple de la                   |
| 2. résection anastomose secondaire(Hartmann) | 13- appendicectomie                         |
| 3. détorsion simple                          | 14-sigmoïdectomie                           |
| 4. détorsion plus colopexie                  | 15- réduction sous A.G                      |
| 5. Hemi- colectomie                          | 16- 1+6                                     |
| 6. Anastomose termino- terminale             | 17- 1+7                                     |
| 7. Anastomose termino latérale               | 18-1+8                                      |
| 8. Anastomose latéro-latérale                | 19- 11+1                                    |
| 10-inguinotomie                              | 20-13+19                                    |
| 11-Désinvagination                           | 21-colostomie d'atteinte de bouilli-volkman |
|  | 22- Autres à préciser :.....                |

**SUITES OPERATOIRES**

**99-Nombre de jours en réanimation :...../...../**

**100 –traitement reçu en réanimation :...../...../**

- |                                |                         |
|--------------------------------|-------------------------|
| 1-perfusion                    | 7-ATB à préciser :..... |
| 2-transfusion                  | 8- 1+4+5+6+7            |
| 3-oxygénation                  | 10-1+4+7                |
| 4-antalgique                   | 11-1+2                  |
| 5-Aspiration gastro- duodenale | 12-autre à préciser     |
| 6-sonde urinaire               | 99-indeterminé          |

**101-suite opératoire au bout de 6 jours :...../...../**

- |          |              |
|----------|--------------|
| 1-simple | 2-compliquée |
|----------|--------------|

**101a- si compliquée :...../..... /**

- |                              |                           |              |
|------------------------------|---------------------------|--------------|
| 1-fièvre                     | 6-récidive                | 12-1+2+3+5+6 |
| 2-suppuratation pariétale    | 7- 1+2                    | 13-2+3       |
| 3-insuffisance anastomotique | 8-1+3                     | 14-2+5       |
| 4-péritonite                 | 10-1+ 4                   | 15- 2+6      |
| 5-perforation                | 11-1+5                    | 16-2+3+4+5+6 |
| 17-3+4                       | 21-4+5                    |              |
| 18-3+5                       | 22- 4+5+6                 |              |
| 19-3+6                       | 23- 5+6                   |              |
| 20-3+4+5+6                   | 99-indeterminé            |              |
|                              | 25-autre à préciser ..... |              |

**102- suites opératoires au bout d'un mois :...../...../...../**

- |                                      |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. Simple                            | 8-récidives              |
| 2. retard de cicatrisation           | 10-éventration           |
| 3. douleur abdominale                | 11-éviscération          |
| 4. diarrhée                          | 12-3+4                   |
| 5. persistance de la constipation    | 13-3+5                   |
| 6. formation de cicatrices chéloïdes | 99-indéterminé           |
| 7. granulome .sur fils               | 14-autre à préciser :... |

**103-suites opératoires au bout de 6 mois :...../...../...../**

- |                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| 1- simple                | 6-f-éventration      |
| 2-crises sub- occlusives | 7-éviscération       |
| 3-constipation           | 8-2+3                |
| 4-récidives              | 99-indéterminé       |
| 5-fistules digestives    | 10-autres à préciser |

**HOSPITALISATION**

1 Durée de séjours pré-opératoire :...../...../

2-Durée de séjours en réanimation :...../...../

3- Durée de séjours avant la deuxième intervention :...../...../

4- Durée globale d'hospitalisation...../...../

5-Frais d'hospitalisation ...../...../

6-Frais d'ordonnances...../...../

7- Frais de l'intervention...../...../

8- Coût total de prise en charge...../...../

9- Autres dépenses...../...../

## FICHE SIGNALETIQUE

**Nom** : MARIKO

**Prénom** : Broulaye

**Titre** : Occlusions intestinales aiguës mécaniques : Aspects diagnostique et thérapeutique à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

**Année académique** : 2010-2011

**Pays d'origine** : MALI

**Ville de soutenance** : Bamako

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque (F.M.P.O.S)

**Secteur d'intérêt** : Clinique, traitement.

### RESUME :

But : Notre étude prospective a pour but :

- D'étudier la fréquence des occlusions intestinales aiguës mécaniques ;
- D'étudier les aspects diagnostique et thérapeutique ;
- Evaluer le coût de la prise en charge de ces occlusions.

Méthode :

L'étude s'est déroulée de façon prospective. Elle a duré 12 mois (de Mars 2006 à Février 2007). Nous avons retenu tous les malades opérés pour occlusion intestinale aiguë mécanique.

Résultat :

Nous avons traité 101 cas d'occlusions intestinales aiguës mécaniques, ce qui a prévalu 28,8% des urgences chirurgicales abdominales. C'était 89 hommes et 12 femmes.

L'âge moyen de nos patients était de 43,57ans ; les extrêmes étaient 2 ans et 90 ans. Le délai moyen de consultation était de 5 jours  $\pm$ 2.

Les signes cliniques étaient dominés par : la douleur abdominale (100% de cas), les vomissements (96,03% de cas), l'arrêt des matières (60,4%), l'arrêt des gaz (100%) et le météorisme (62,4%).

L'A.S.P a été réalisé chez 51,5% des patients et a montré les signes radiologiques en faveur d'occlusion intestinale aigue mécanique dans 98,07% de cas.

Sur le plan étiologique, les principales causes retrouvées en per-opératoire ont été : Hernies étranglées (52,47%), Volvulus du tube digestif (22,77%), brides et adhérences (18,81%), tumeurs intestinales (2,97%), invagination intestinale (1%), hernie interne et péritonite occlusive (1,98%).

Les techniques opératoires pratiquées ont été : Réduction per-opératoire de la hernie étranglées (42%), résection anastomose immédiate (34%), adhésiolyse (16%), colostomie d'attente de Bouilly Wolkman (2%), colostomie d'attente de Hartmann (2%), iléostomie (2%), désinvagination (1%), détorsion simple (1%).

Les suites ont été simples dans 75,24%, tandis que les complications ont été observées dans 15,84% de cas.

Le taux de mortalité enregistré était de 9%.

Le coût moyen de la prise en charge était de 105174 FCFA.

Mots clés : Occlusion intestinale aigue mécanique, chirurgie, Mopti.



## 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  
d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

**Je donnerai les soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un  
dessus de mon travail, je ne participerai à aucun p  
d'honoraires.**

**Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,  
ma langue taira les secrets qui m'ont été confiés, et mon état  
ne corrompra les mœurs, ni à favoriser le crime.**

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

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

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

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

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

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

**JE LE JURE !!!**