

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple—Un But—Une Foi



U.S.T.T.B

Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako
(USTTB)



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire : 2021 - 2022

Thèse N°...../

THÈME

**URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES
AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE
DE LA COMMUNE I DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le/...../ 2023

Par : M. Massa MOUNKORO

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

Pour obtenir le grade de

Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président	:	M. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Professeur titulaire
Membre	:	M. Idrissa TOUNKARA	Maitre de conférences
Co-directeur	:	M. Modibo SANOGO	Médecin
Directeur	:	M. Amadou TRAORE	Professeur

Toutes les louanges reviennent à Allah, nous Le louons et demandons Son aide et nous cherchons refuge en Lui contre nos propres maux et contre nos mauvaises actions ; celui qu'Allah guide personne ne peut l'égarer et celui qu'Allah égare personne ne peut le guider. J'atteste qu'il n'y a de divinité adorée avec vérité qu'Allah, Lui Seul : Il n'a aucun associé, et j'atteste que (Mohammad) ﷺ est Son serviteur et Son Messager. La (traduction du sens de la) parole d'Allah dit : "Ô les croyants ! Craignez Allah comme Il doit être craint. Et ne mourez qu'en pleine soumission." [Âli 'Imrân : 3 : 102] La (traduction du sens de la) parole d'Allah dit : "Ô Hommes ! Craignez votre Seigneur qui vous a créés d'un seul être, et a créé de celui-ci son épouse, et qui de ces deux-là a fait répandre (sur la terre) beaucoup d'hommes et de femmes. Craignez Allah au Nom duquel vous vous implorez les uns les autres, et craignez Allah de rompre les liens du sang. Certes Allah vous observe parfaitement." [An-Nisâ : 4 : 1] La (traduction du sens de la) parole d'Allah dit : "Ô vous qui croyez ! Craignez Allah et parlez avec droiture, afin qu'Il améliore vos actions et vous pardonne vos péchés. Quiconque obéit à Allah et à Son messager obtient certes une grande réussite." [Al-Ahzâb : 33 : 71-72] Ensuite : La meilleure parole est la parole d'Allah et la meilleure guidance est la guidance de (Mohammad) ﷺ. Les pires choses sont celles qui sont inventées (dans la Religion), et toutes les choses inventées (dans la Religion), sont des innovations (religieuses), et toutes les innovations (religieuses) sont des égarements, et tous les égarements sont en Enfer. Ceci étant dit :

Je dédie ce travail à :

Mon père Feu OUAMIAN MOUNKORO Cher Père, ce travail est le tien. Tu as cru en moi et tu n'as ménagé aucun effort pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Tu m'as guidé dans mes premiers pas, tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de l'humilité, de la morale, de la justice et du pardon . Tu as été toujours un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et pour toute la famille.

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

Merci du fond du cœur car tu as été la clé de ma réussite. Que le Seigneur tout puissant Allah t'accueille dans son paradis, que t'on âme repose en paix.

Ma mère feu Dembélé KONE

Très chère Maman, tu incarnes pour moi l'affection d'une mère dévouée, courageuse et tolérante. Ton amour pour nous, ta grande générosité et ton sens du pardon m'ont toujours impressionné.

Je ne saurai oublier cette chaleur maternelle et les mots me manquent pour te qualifier et t'exprimer tout l'amour et l'admiration que je te porte.

Tout le mérite de ce travail est aussi le tien. Merci pour tes bénédictions, tes prières quotidiennes et tous les sacrifices consentis pour tes enfants ainsi que pour toute la famille . Que le Seigneur tout puissant Allah t'accueille dans son paradis, que t'on ame repose en paix.

Ma sœur feu Assétou MOUNKORO

Très chère sœur, tu incarnes pour moi l'affection d'une sœur dévouée, courageuse et tolérante. Ton amour pour nous, ta grande générosité et ton du pardon m'ont toujours impressionné. Que le Seigneur tout puissant Allah t'accueille dans son paradis, que ton ame repose en paix.

Mon Frère et mes Sœurs : Idrissa, Salimata et Ramata.

Chers frères et sœurs merci pour vos soutiens, vos affections et respect à mon égard. Que le bon Dieu me donne le courage d'être reconnaissant envers vous, qu'il soit le garant de notre fraternité.

Tous les membres de la grande famille MOUNKORO

L'union, la complicité et la joie de vivre qui ont toujours existé dans notre famille m'ont permis de faire naître ce modeste travail. En nous voyant, le mot fraternité prend tout son sens, puisse ALLAH nous garder encore pendant longtemps dans l'union et la compassion. Ces quelques lignes sont insuffisants pour vous exprimer mon attachement et mon amour soyez en remercier pour tout ce que vous avez fait et continu à faire pour moi. □ Ma femme et tous les membres de ma belle-famille merci pour tout.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus sincères vont :

□ Aux Spécialistes en Chirurgie générale : Nos Maîtres , Dr Modibo SANOGO, Dr Issaka DIARRA , Dr Amadou BERTHE urologue, Dr bessy SAMAKE , Dr bamake DEMBELE .

Merci chers Maîtres de m’ avoir fait confiance, vos patiences et vos indulgences à mon égard m’ ont beaucoup marqué. Prions Dieu pour qu’ il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

□ Au service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré : Feu Pr G. DIALLO, Pr Bakary T. DEMBELE, Pr Adégné TOGO, Pr Alassane TRAORE, Pr Lassana KANTE ,pr DIAKITE, pr Amadou TRAORE

Merci chers Maîtres de m’ avoir fait confiance. Prions Dieu pour qu’ il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

□ Aux personnels d’ anesthésie réanimation :

Dr KEITA, Tanti Oumou, Younoussa DIALLO et Dr Moussa HIDARA Je vous remercie très sincèrement pour l’ accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

□ Aux étudiants thésards du service de chirurgie générale :

Sambri TOURE, Seydou KASSONGUE, Mohamed TRAORE, Bekaye COULIBALY, Bamama GUINDO, Yaya COULIBALY, Souleymane Sympara, Dolo et Niaré merci pour la fraternité.

Aux médecins et DES du service : Dr Lamine DEMBELE, Dr Mama SYMPARA, Dr Yaya DIARRA.

Je vous remercie très sincèrement pour l’ enseignement, l’ accompagnement et le respect.

□ Aux cadets du service : Sidy DRAMÉ, KEÏTA, DIOURTÉ, BERTHÉ et COULIBALY.

Le chemin est encore long mais seul le courage et l’ abnégation permettent d’ atteindre le bout ; merci pour le respect.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

Aux personnels infirmiers : Youssouf COULIBALY.

Feue Mariam Aba CISSE, Assan SANGARE, Fatoumata TOURE, Niagalé DIAOUNE, Niélé TRAORE, Ramata KORERA, Mariam COULIBALY Merci d'avoir assuré les soins des patients.

Aux personnels du bloc opératoire :

Major Amadou oury DIAW, Yacouba COULIBALY, Issa, NIANG, BAGAYOKO. Merci pour votre compassion.

Tous les étudiants de la FMOS/FAPH, bon courage et bonne chance.

Tous ceux qui, de près ou de loin, ont œuvré pour notre formation et l'élaboration de ce travail.

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DE
JURY**

A notre maître et président du jury

Professeur Bakary Tientigui DEMBELE

Professeur titulaire de chirurgie générale à la F.M.O.S.

Diplômé de pédagogie en science de la santé à l'université de bordeaux

Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE.

Secrétaire général de la société malienne de colo proctologie

Chef de filière IBODE de l'institut national de formation en science de la santé (INFSS)

Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA)

Membre de la société Africaine francophone de chirurgie digestive (S.A.F.CHILD)

Membre du collège ouest africain des chirurgiens (WACS)

Membre de l'association française des chirurgiens (AFC)

Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone.

Cher maître

Vous nous faites un honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile ; votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré.

Vous êtes un modèle pour nous étudiants de cette faculté.

Veillez agréer, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A notre maitre et juge

Pr Idrissa TOUNKARA

Maitre de conférences à la FMOS

Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)

Spécialiste en chirurgie générale

Chef d'unité de chirurgie générale au CSRéf/CII

Ancien interne des hôpitaux

Praticien hospitalier

Cher Maitre

Malgré vos multiples obligations, vous avez accepté d'encadrer ce travail. Nous vous en sommes profondément reconnaissants. Vos orientations ont permis à ce travail de voir le jour, vos remarques judicieuses ont permis de l'affiner. Croyez seulement en notre sincère reconnaissance pour votre gentillesse

A notre Maître et co-directeur de thèse

Dr SANOGO Modibo

Membre de la SOCHIMA

Spécialiste en Chirurgie Générale.

Chef de service de chirurgie générale au CS Réf de la commune I.

Praticien hospitalier au CS Réf de la commune I.

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail. Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humilité, votre dextérité au bloc opératoire font de vous le maître admiré. Nous n'oublierons jamais l'atmosphère chaleureuse et conviviale de vos séances de travail. Veuillez agréer cher maître l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Amadou TRAORE

Médecin colonel à la Direction Centrale des services de santé des Armée (DCSSA)

Maître de conférences agrégé à la FMOS

Spécialiste en chirurgie générale.

Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE

Membre de la société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)

Cher maître

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire, nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

Liste des tableaux

Tableau I : Les signes et siège de l'occlusion.	24
Tableau II : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge	32
Tableau III : Répartition des patients selon le sexe.....	32
Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la profession.....	33
Tableau V : Répartition des patients en fonction du mode d'admission.	33
Tableau VI : Répartition des patients en fonction du délai d'admission.....	34
Tableau VII : Répartition des patients en fonction des antécédents médicaux.	34
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux.....	35
Tableau IX : Répartition des patients en fonction du siège de la douleur.	35
Tableau X : Répartition des patients en fonction des signes physiques.	37
Tableau XI : Répartition des patients en fonction des examens d'imagerie.....	37
Tableau XII : Répartition des patients en fonction du diagnostic.	38
Tableau XIII : répartition selon la nature du traitement médical.	38
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du/des geste(s) réalisé(s).....	39
Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la durée de la chirurgie.	40
Tableau XVI : Répartition des patients en fonction du délai de prise en charge.....	40
Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des complications postopératoires.....	41
Tableau XVIII : Relation entre le sexe et le diagnostic préopératoire.	41
Tableau XIX : Relation entre l'âge et le diagnostic préopératoire.	42
Tableau XX : Relation entre les complications et le diagnostic préopératoire.....	42
Tableau XXIII : La fréquence des urgences chirurgicales digestives selon les auteurs.....	44
Tableau XXIV : Fréquence des appendicites par rapport aux urgences chirurgicales abdominales selon les auteurs	46
Tableau XXV : Fréquence des péritonites par rapport aux urgences chirurgicales abdominales selon les auteurs	47

Liste des figures

Figure 1 : Schéma de l'appareil digestif de l'homme	5
Figure 2 : Schéma de l'estomac et du duodénum	7
Figure 3 : Schéma du colon, du rectum et du canal anal	9
Figure 4 : Schéma d'une hernie étranglée.....	10
Figure 5 : Répartition des patients en fonction des vomissements.	36
Figure 6 : Répartition des patients en fonction de l'état général.	36
Figure 7 : Répartition des patients en fonction du taux d'hémoglobine.	37
Figure 8 : Répartition selon le type d'anesthésie.	39
Figure 9 : Appendicite aiguë.....	59
Figure 10 : Suppuration pariétale (Abcès).....	59
Figure 11 : Occlusion intestinale.....	60
Figure 12 : Péritonite aiguë.....	60

Table des matières

Liste des tableaux	X
Liste des figures	XI
Table des matières	XII
1. Introduction	1
2. Objectifs	3
3. Généralités	5
4. Méthodologie.....	29
4.1. Type et période d'étude.....	29
4.2. Cadre d'étude	29
4.3. Population d'étude	30
4.4. Échantillonnage	30
4.5. Collecte et supports des données	30
4.6. Analyse et saisie des données	30
4.7. Considérations éthiques	30
5. Résultats	32
2. Commentaires et discussion.....	44
2.1. Méthodologie.....	44
2.2. Fréquence	44
2.3. Age	44
2.4. Sexe	45
2.5. Activité Professionnelle	45
2.6. Mode d'admission.....	45
2.7. L'examen clinique	45
2.8. Fréquence des principales étiologies	46
2.8.1. Appendicite aiguë	46
2.8.2. Péritonite	47
2.8.3. Hernie étranglée	47
2.9. La prise en charge	47
2.10. Suites opératoires	48
Conclusion.....	51
Iconographie	52
Recommandations	53
3. Références bibliographiques.....	55
4. Annexes.....	59

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

4.1. Iconographie	59
4.2. Fiche d'enquête.....	61

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales concernent tous les patients admis en urgence et pour lesquels une décision d'intervention chirurgicale peut s'imposer dans les 24 heures [1]. Selon l'OMS, les douleurs abdominales évoluant depuis quelques heures ou quelques jours (moins de trois) et qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicale, nécessitent un traitement en urgence. Bref, c'est tout désordre non traumatique dans la sphère abdominale requérant une intervention chirurgicale urgente [2].

Les urgences chirurgicales digestives sont des pathologies qui occupent une place importante en chirurgie par : leur fréquence élevée, leur prise en charge difficile, leur taux de mortalité et de morbidité élevé dans le monde [3].

Les étiologies des UCD sont multiples : aux USA, 19 étiologies dont 5 chirurgicales (appendicite aigüe, cholécystite aigüe, occlusion intestinale aigüe, ulcère duodéal, anévrisme abdominal) ont été retrouvées chez 1000 malades présentant un abdomen aigüe [4].

Au Burkina Faso, selon Kambire JL et coll, les étiologies des urgences chirurgicales ont été dominées par les péritonites dans 43,1% ; les occlusions intestinales dans 27,4% ; les appendicites dans 16,9% et les traumatismes abdominaux dans 8,5% des cas [4]. Au Mali, en 2015, dans l'étude de Mallé OA, les urgences chirurgicales ont constitué 35,01% des interventions chirurgicales au CSRéf CI du District de Bamako [5]. Ces données montrent l'importance et la fréquence des urgences chirurgicales digestives.

L'urgence chirurgicale exige non seulement un diagnostic rapide et de présomption exact, mais aussi une intervention chirurgicale précoce sans faille. Elle constitue une préoccupation pour le chirurgien par sa fréquence et sa prise en charge, parfois multidisciplinaire. Le pronostic des urgences chirurgicales dépend surtout de la rapidité de la prise en charge [6]. Au Sénégal, Ibrahima Gaye a retrouvé au centre hospitalo-universitaire (CHU) le Dantec, une morbidité de 4,3% et une mortalité 4,96%. Cette morbidité était liée à la survenue de suppurations pariétales en post opératoire [7].

Les facteurs pouvant expliquer ce phénomène sont le retard de la PEC, la nature de l'UCD, les scores OMS, ASA et NNISS et la classification d'Altemeir. Dans le but d'actualiser les données et vue la fréquence élevée des pathologies chirurgicales digestives d'urgence nous avons jugé intéressant d'initier ce travail.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Étudier les urgences chirurgicales digestives au CS Réf C I de Bamako.

2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence hospitalière ;
- Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques ;
- Analyser les résultats de la prises en charge.

GÉNÉRALITÉS

3. GENERALITES

L'abdomen représente avec le petit bassin, la partie sous diaphragmatique du tronc. L'existence de la séreuse péritonéale qui entoure les viscères divise la cavité abdominale en deux parties qui sont : une partie intra péritonéale qui contient les viscères digestifs péritonisés, une partie rétro péritonéale qui contient le pancréas, les organes urinaires, les surrénales, les axes vasculo-nerveux.

3.1. Rappel anatomique de l'appareil digestif (figure 1) [8]

Il comprend les éléments parmi lesquels :

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

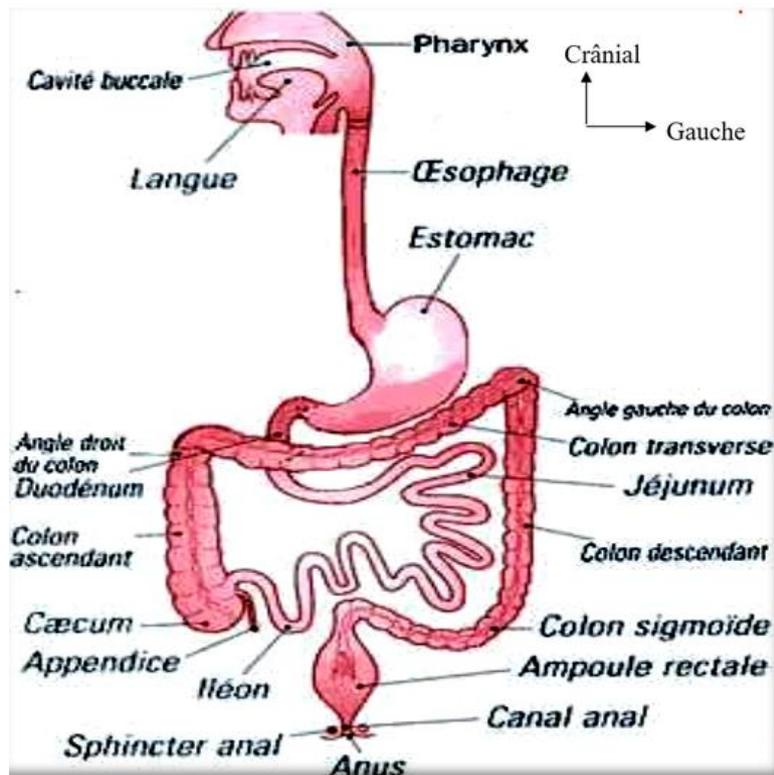


Figure 1 : Schéma de l'appareil digestif de l'homme [8].

3.1.1. L'œsophage

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

3.1.2. L'estomac

C'est un réservoir musculéux interposé entre l'œsophage et le duodénum. Il est situé au-dessous du diaphragme dans la cavité abdominale où il occupe l'hypochondre gauche et une partie de l'épigastre. L'orifice d'entrée est le cardia ou orifice cardinal au niveau duquel se trouve un système anti-reflux formant l'angle de HISS. L'orifice de sortie est le pylore où il existe un sphincter pratiquement fermé en permanence qui ne s'ouvre que par intermittence lors de la digestion. L'estomac comporte une portion verticale surmontée d'une grosse tubérosité (Fundus où siège la poche à air) et une portion horizontale : l'antrum qui aboutit au pylore. Son bord droit s'appelle petite courbure et son bord gauche, grande courbure. Dans la cavité gastrique se passe un temps important de la digestion sous l'action d'un double phénomène : mécanique dû aux contractions des muscles de l'estomac (péristaltisme) et chimique dû au suc gastrique sécrété par les glandes. Ces deux phénomènes aboutissent à la formation du chyme.

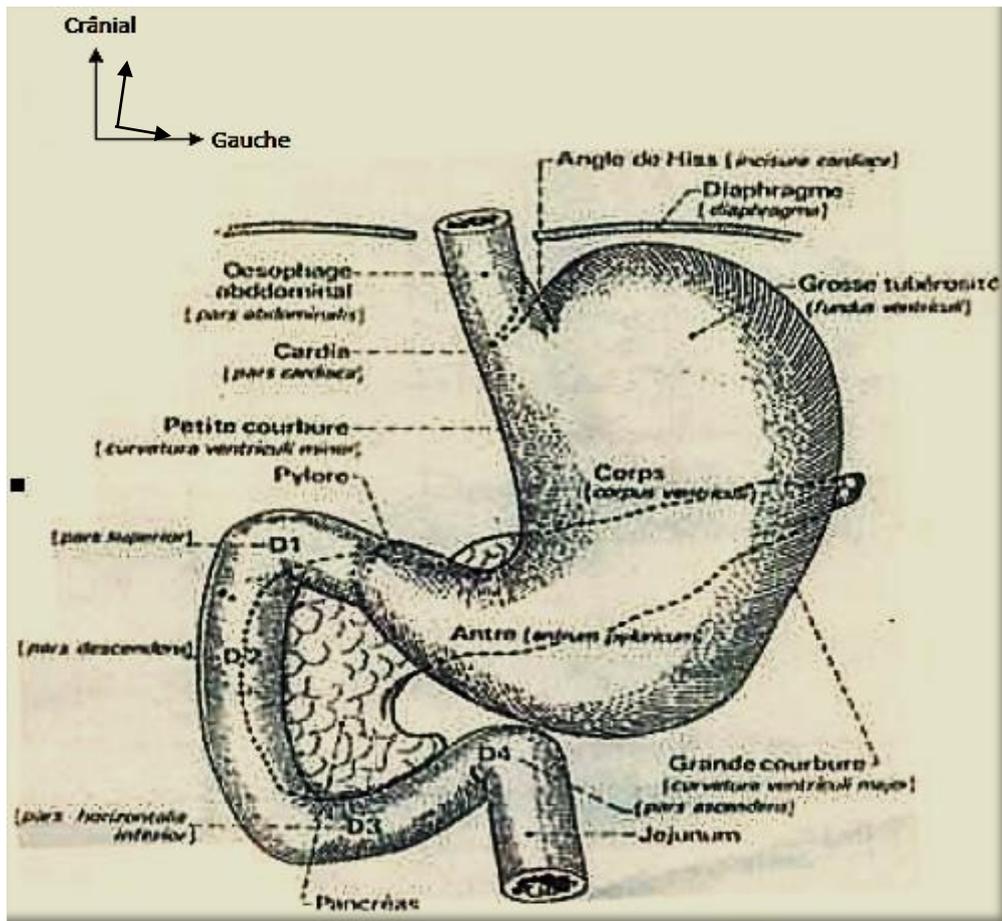


Figure 2 : Schéma de l'estomac et du duodénum [8].

3.1.3. L'intestin grêle

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

3.1.3.1. Le duodénum

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

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

3.1.3.2. Le jéjuno – iléon

Il s'étend de l'angle duodéno – jéjunal au caecum. Il mesure 6,5m. Son calibre varie entre 2 et 3 cm. Il comprend 15 à 16 flexuosités ou anses intestinales. Les anses jéjunales sont disposées horizontalement dans la cavité abdominale supérieure gauche tandis que les anses iléales sont placées verticalement dans la cavité abdominale inférieure droite. Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'iléon. Sous l'action de la bile, du suc pancréatique et du suc intestinal, le chyme gastrique est transformé en chyle. Le chyle est absorbé par un énorme réseau vasculaire drainé vers le foie par le système porte.

3.1.4. Colon – rectum – canal anal

C'est la partie terminale du tube digestif. Le colon fait suite dans la fosse iliaque droite à l'iléon. Il présente à ce niveau un cul de sac ou cæcum auquel est appendu l'appendice puis traverse tout l'abdomen décrivant une grande boucle à concavité inférieure. Il comprend successivement le colon ascendant, le colon transverse, le colon descendant dans la fosse iliaque gauche (colon sigmoïde) puis descend dans le petit bassin où il présente une portion dilatée (rectum) puis il traverse le plancher du périnée et s'ouvre à l'extérieur par le canal anal. Sa longueur moyenne est de 1,5 m.

3.1.5. Glandes Annexes

3.1.5.1. Foie

Le foie est défini comme un organe glandulaire indispensable à la vie. Il est placé sur le trajet de la veine porte, et destiné à de multiples fonctions physiologiques (stockage du glucose sous forme de glycogène, fonction de détoxification, élaboration de la bile, etc....). Il joue un rôle important dans la digestion, puisque tout ce qui est élaboré au niveau de la grêle lui parvient par le système porte. La bile rejoint l'intestin grêle par les voies biliaires : Sécrétée en permanence par le foie, elle est stockée dans la vésicule biliaire et excrétée au moment de la digestion.

3.1.5.2. Pancréas

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

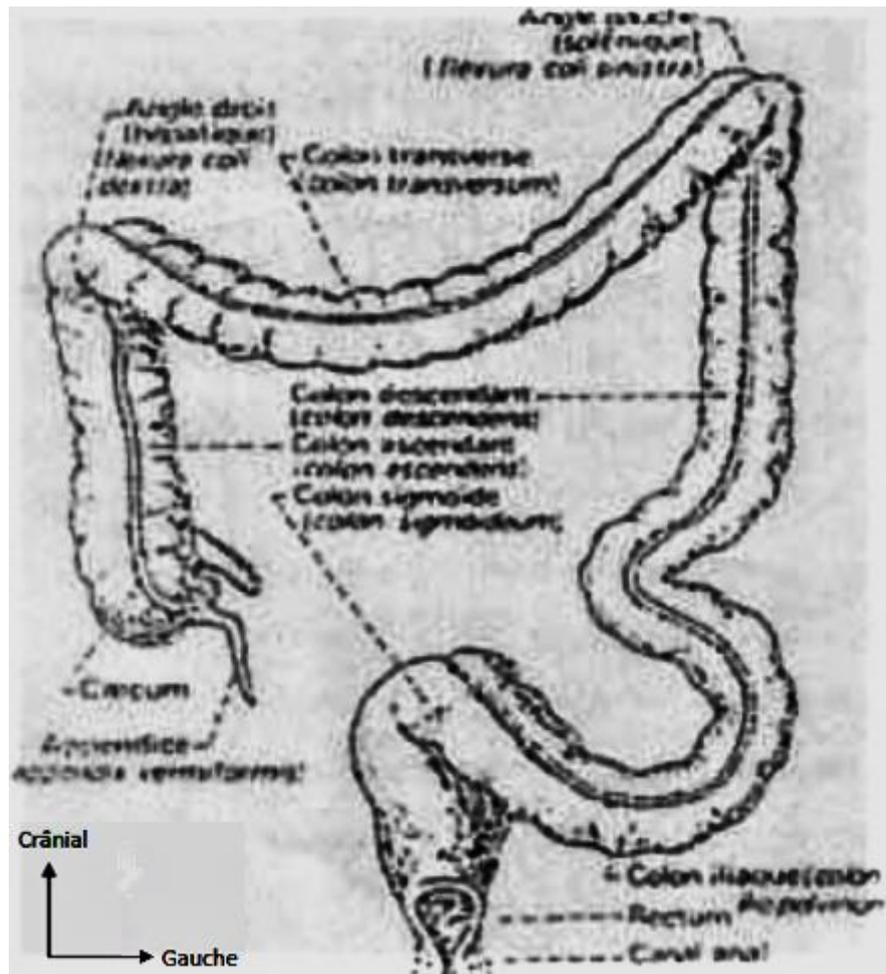


Figure 3 : Schéma du colon, du rectum et du canal anal [8].

3.2. Les urgences chirurgicales digestives

3.2.1. Hernie étranglée [9]

3.2.1.1. Définition

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

3.2.1.2. Physiopathologie

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

- la douleur liée à l'ischémie du viscère étranglé, qui est le plus souvent l'intestin grêle, parfois le côlon, l'appendice, l'épiploon ou l'ovaire.

- la nécrose ischémique du viscère ainsi étranglé peut-être rapide (quelques heures à un ou deux jours selon les cas).

- l'obstacle causé par l'étranglement d'une anse intestinale provoque une occlusion intestinale mécanique d'évolution rapide et grave. On comprend donc pourquoi il s'agit d'une urgence absolue.

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

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

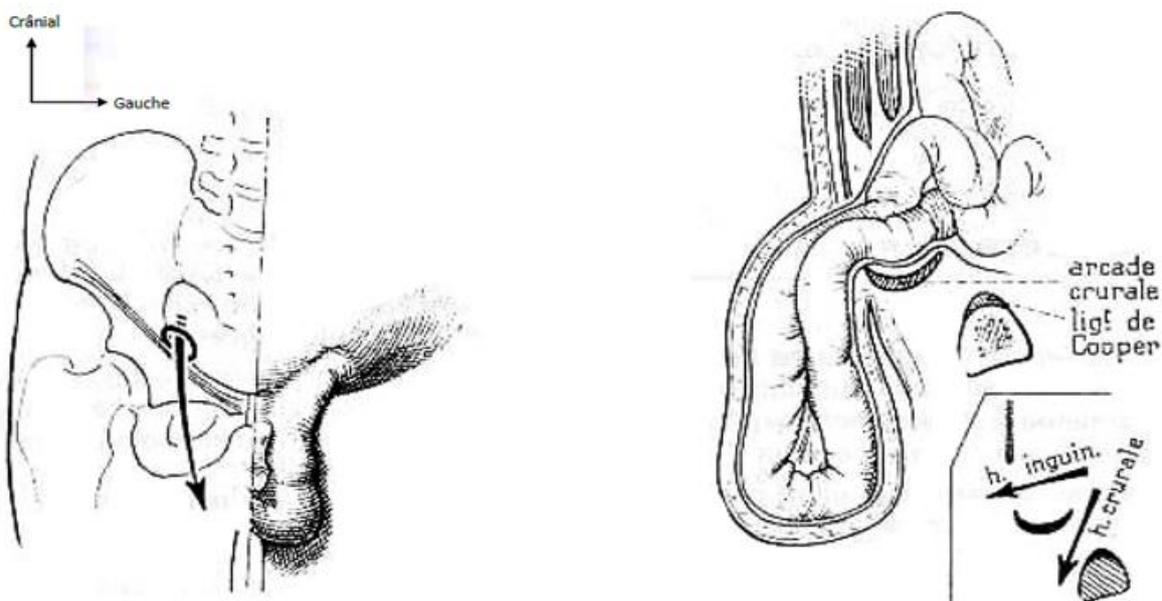


Figure 4 : Schéma d'une hernie étranglée [9].

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

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

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

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

3.2.1.3. Signes cliniques

Dans les formes typiques, le diagnostic de la hernie étranglée est facile. Les signes cliniques sont dominés par la douleur. Elle apparaît brutalement ou de façon progressive au niveau d'une hernie en général connue et indolore jusqu'à ce jour. À cette douleur isolée au début s'associent plus ou moins précocement des signes d'occlusion : une douleur abdominale diffuse d'évolution paroxystique, des nausées et vomissements, l'arrêt des matières et des gaz.

L'examen physique retrouve la douleur provoquée à la palpation de la voussure herniaire. Cette douleur est maximale au niveau du collet de la hernie. La hernie est irréductible et n'est plus expansive à la toux. Sa matité à la percussion dénonce la présence du liquide d'épanchement dans le sac herniaire. Le toucher rectal provoque une douleur du côté de la hernie. Les signes généraux sont modestes : température normale, pouls régulier un peu accéléré, souvent une agitation, mais l'état général est conservé.

L'évolution en l'absence de traitement chirurgical peut se faire vers la mort. Le phlegmon Pyo stercoral est une éventualité évolutive : localement la hernie devient chaude, rouge, douloureuse, la peau œdématisée. La rupture de l'anse étranglée à la peau réalise une fistule. Cette fistule peut entraîner une dénutrition rapide lorsqu'il s'agit d'une anse grêle.

3.2.1.4. Formes cliniques

Trois variétés évolutives sont à retenir :

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

Formes subaiguës : elles sont rares et réalisent le tableau classique de l'engouement herniaire. Elles se voient au cours des étranglements peu serrés. Ici l'arrêt des matières et gaz est peu marqué, les signes physiques sont moins nets : légère impulsion à la toux, pas de douleur au collet du sac. L'évolution peut se faire vers la guérison ou l'étranglement serré.

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

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

3.2.1.5. Les examens complémentaires

- L'ASP (abdomen sans préparation) débout de face : montre des niveaux hydro-aériques.
- L'échographie : Elle montre un épaissement de la paroi intestinale et une stase liquidienne dans le segment intestinal étranglé.
- Les examens biologiques : l'hématocrite, la numération globulaire donnent la mesure de l'hémoconcentration.
- L'ionogramme précise le degré de perturbation électrolytique, l'hypo chlorémie est la plus importante modification et la plus facile à compenser.

3.2.1.6. Diagnostic positif

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

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

3.2.1.7. Diagnostic différentiel

a. La péritonite herniaire

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

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

b. L'engouement herniaire

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

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

c. Les adénites inguinales

Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile

d. Les anévrysmes de l'artère iliaque externe

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

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

❖ **But**

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

3.2.1.9. Les complications liées au traitement

Elles sont nombreuses et souvent graves :

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

Elles sont les plus fréquentes :

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

3.2.2. Les péritonites aiguës [10]

3.2.2.1. Définition

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

3.2.2.2. Physiopathologie générale

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

Il s'agit :

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

3.2.2.3. Formes cliniques

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

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

b. Les formes asthéniques

Ce sont des formes particulières que l'on trouve chez les sujets âgés, mais aussi chez les malades de réanimation ou les immunodéprimés. Schématiquement, on peut décrire deux tableaux : celui d'une occlusion fébrile, d'installation plus ou moins rapide et nette dans l'arrêt du transit et dans l'évolution de la fièvre, et celui d'un choc toxi-infectieux inaugural. C'est le tableau de choc toxi-infectieux qui pose le plus souvent des problèmes diagnostiques. Les signes généraux dominent la symptomatologie, alors que l'examen physique est pauvre : douleur abdominale peu intense ou absente, contracture et défense rares, météorisme indolore, touchers pelviens peu démonstratifs. Ici, l'imagerie peut faire appel à l'échographie (épanchement liquidien péritonéal) si le météorisme n'est pas trop important à la TDM ou encore aux opacifications digestives utilisant des produits hydrosolubles. L'échographie et la TDM peuvent encore guider la ponction de l'épanchement (intérêt diagnostique et bactériologique).

3.2.2.4. Étiologie

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

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

- Péritonites par perforation colique ;
- Péritonites postopératoires.

3.2.2.5. Traitement

Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps :

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

Le traitement médical est double

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

-un traitement anti – infectieux par l'antibiothérapie dont l'objectif principal est d'éviter ou de contrôler une diffusion de l'infection.

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

Principes du traitement chirurgical

La chirurgie utilise deux grands moyens :

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

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

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

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

3.2.3. Les appendicites aiguës [11]

3.2.3.1. Définition

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

3.2.3.2. Épidémiologie

Il semble que l'appendicite est plus fréquente dans les pays développés qu'en

Afrique. L'appendicite est plus fréquente chez l'enfant (7 à 15 ans) et rare chez l'adulte.

3.2.3.3. Etio-physiopathologie de l'appendicite

Est due :

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

3.2.3.4. Anatomie Pathologie

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

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

L'appendicite peut évoluer plus ou moins rapidement de la forme catarrhale à la péritonite en 24-72 heures. Donc l'appendicite est une urgence chirurgicale.

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

3.2.3.5. Étude clinique

a. Les signes fonctionnels

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

b. Signes généraux

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

c. Signes physiques

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

d. Signes para cliniques

La Numération Formule Sanguine (NFS) montre une hyperleucocytose (1.500 à 20.000 GB/mm³) surtout à polynucléaires neutrophiles. L'échographie peut parfois montrer un gros appendice à parois épaisses ou un épanchement péri appendiculaire.

e. L'évolution

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

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

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans les formes typiques signes physiques : la fosse iliaque droite est le siège d'une masse fluctuante douloureuse.

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

La NFS montre une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

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

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

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

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans le cas typique

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

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

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

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

3.2.3.8. La péritonite

Signes généraux : température élevée à 40° c, pouls accéléré.

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

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

Signes paracliniques :

Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS.

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

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

3.2.3.9. Diagnostic différentiel

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

Les pathologies médicales les plus fréquemment évoquées sont :

Le paludisme : il est parfois caractérisé par :

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

Le toucher rectal et le toucher vaginal sont sans douleur

La goutte épaisse est souvent positive.

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

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

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

L'adénolymphite mésentérique :

Une inflammation des ganglions mésentériques sans atteinte de l'appendice l'examen clinique ne permet pas de la distinguer de l'appendicite à coup sûr.

Il faut hospitaliser le malade et suivre l'évolution, soit faire une intervention exploratrice.

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

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

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

Il y a une pollakiurie, des brûlures mictionnelles. Il n'y a pas de défense de la fosse iliaque droite. La NFS est normale. L'échographie montre la stase dans les voies urinaires voire le calcul. La pneumopathie de la base droite : peut faire penser à une appendicite quand elle se relève par des douleurs de flanc droit, la fièvre ; mais il y a une toux, des signes d'atteinte du poumon droit à l'examen.

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

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

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

Les pathologies chirurgicales :

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

Il faut savoir éliminer :

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

Chez le vieillard : un cancer du caecum

Chez l'enfant : un diverticule de Meckel

Chez la vieille femme : une lithiase vésiculaire

3.2.3.10. Formes cliniques

a. Formes selon le terrain

L'appendicite du nourrisson : caractérisée par sa rareté et son évolution rapide

(La péritonite peut apparaître en moins de 24h).

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

L'appendicite du vieillard : se caractérise par une évolution lente en général.

Un syndrome pseudo-occlusif fébrile (d'où le diagnostic différentiel avec les occlusions, et cancer du caecum).

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

L'appendicite de la femme enceinte est caractérisée par :

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

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

La pyélonéphrite est caractérisée par :

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

b. Formes selon le siège

L'appendicite pelvienne :

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

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

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

L'appendicite sous-hépatique

Elle est caractérisée par :

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

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

Appendicite mésocoeliale caractérisée par :

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

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

3.2.11. Principe du traitement des appendicites aiguës

Le seul traitement est l'appendicectomie.

a. L'abcès appendiculaire nécessite

- une appendicectomie ;
- une antibiothérapie.

b. La péritonite nécessite

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

c. Le plastron appendiculaire

Son traitement comporte :

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

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

3.3. 3. Les occlusions intestinales aiguës [9]

3.3.1. Définition :

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

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

3.3.2. Physiopathologie :

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

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

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

- une hernie étranglée ;
- un volvulus ;
- une invagination intestinale.

Elle entraîne tôt des troubles ischémiques de l'intestin.

Dans les strangulations, la circulation est d'abord perturbée sur le retour veineux alors que l'artère continue à amener le sang dans la zone strangulée.

Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ; d'où une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre hydro-électrolytique.

La strangulation favorise la fermentation des matières dans l'intestin d'où production de gaz qui va s'accumuler à la partie supérieure de l'anse strangulée alors que le liquide reste à la partie inférieure. L'air et le liquide seront séparés par un niveau qui est toujours horizontal. A la radiographie, l'air sera perçu comme une image noire avec un niveau blanc (clair) horizontal inférieur.

Une élévation de pression des gaz dans l'intestin en amont de l'obstacle peut entraîner une Perforation de l'intestin, c'est la perforation diastasiq. La compression et l'obstruction sont moins urgentes que la strangulation, car les deux premières n'entraînent que tardivement des troubles ischémiques.

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

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

3.3.3. Signes cliniques

a) Les signes fonctionnels sont caractérisés par

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

b) Les signes généraux sont caractérisés par

- une chute de la tension artérielle (tardive) à cause des vomissements et des déperditions plasmatiques dans la lumière intestinale.
- une accélération du pouls

- des signes de déshydratation
- une température qui est fonction de l'étiologie

c) Les signes physiques sont caractérisés par

À l'inspection :

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

À la palpation :

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

À la percussion :

- La présence d'un tympanisme, souvent tardif A l'auscultation :
- La présence et l'accentuation de bruits hydro-aériques
- Aux touchers pelviens (Toucher Vaginal –Toucher Rectal) :
- La présence de signes qui sont fonction du siège et de l'étiologie de l'occlusion.
- La palpation des orifices herniaires recherche une hernie étranglée.

3.3.4. 3.4. Les signes para cliniques

a) La radiographie de l'abdomen sans préparation

Débout de face ou assis de face ou même couché de profil montre des niveaux hydro-aériques. Un seul niveau hydro-aérique suffit pour poser le diagnostic d'occlusion. Il est important de préciser le nombre, le siège et l'aspect des niveaux hydro-aériques.

b) Le lavement baryté

Est important pour rechercher le siège et la cause de l'occlusion du colon.

c) Le transit de la grêle

Effectué en dehors des périodes de vomissements peut montrer un obstacle sur l'intestin grêle. Les signes biologiques des troubles hydroélectrolytiques.

Car l'occlusion entraîne une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acide-basse. Ces troubles hydro-électrolytiques souvent fonctionnelles sont constatés sur l'ionogramme (souvent une "hyper natrémie"), l'azotémie ou la créatinémie (souvent une "hyperazotémie" ou un hyper créatinémie").

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

3.3.5. Formes cliniques

a. En fonction du siège

Tableau I : Les signes et siège de l'occlusion.

Signes d'occlusion	Sièges d'occlusion	
	Grêle	Colon
Douleurs	Idem	Idem
Vomissements	Précoces	Tardifs
Arrêt des matières et des Gaz	Tardif	Précoce
Altération de l'état général	Rapide	Tardif
Déshydratation	Rapide	Tardive
Météorisme	Absent	Important
Niveaux hydro-aériques	Plus larges que hauts, à bords fins centraux	Plus hauts que larges, à bords épais Périphériques
Lavement	Normal	Montre siège, le mécanisme de l'occlusion et la cause l'occlusion

b. En fonction du mécanisme

L'occlusion par volvulus du sigmoïde est caractérisée par :

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

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

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

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

c. En fonction de l'étiologie et de l'âge

▪ **Chez le nouveau-né**

- Les occlusions les plus fréquentes sont pour le colon :
- L'imperforation anale : diagnostiquée à l'inspection du périnée à la naissance ;
- La maladie de Hirschprung ;
- L'immaturation du colon pour le grêle
- Les brides par mal rotation de l'intestin qui entraînent souvent un volvulus.

▪ **Chez le nourrisson**

Les causes les plus fréquentes sont :

- l'invagination intestinale aiguë
- maladie Hirschprung.

▪ **Chez l'enfant**

Les causes les plus fréquentes sont :

- le diverticule de Meckel ;
- l'appendicite ;
- l'invagination intestinale aiguë.

▪ **Chez l'adulte**

Les causes les plus fréquentes sont :

- le volvulus du sigmoïde (surtout au Mali)
- le volvulus du grêle sur bride est provoqué par les séquelles de la laparotomie.
- La présence de bride est presque toujours secondaire à une intervention chirurgicale antérieure.

▪ **Chez le vieillard**

Les principales causes sont :

- le cancer du côlon qui est le plus fréquent
- le volvulus du sigmoïde
- l'appendicite du vieillard (c'est une occlusion fébrile avec douleurs dans la fosse iliaque droite)
- l'iléus biliaire rare au Mali, plus fréquent en Europe
- les hernies internes (exceptionnelles).

3.3.6. Diagnostic différentiel avec les occlusions fonctionnelles.

Les occlusions fonctionnelles sont caractérisées par :

- Signes Fonctionnels : des douleurs abdominales diffuses, des vomissements, une constipation sans arrêt franc des matières et des gaz.
- Signes Généraux : qui sont fonctions de la cause
- Signes Physiques : résumés par un météorisme important diffus Radiographie de l'Abdomen Sans Préparation débout de face prenant les coupes diaphragmatiques : montre une dilatation gazeuse diffuse (sur le grêle, le colon) avec peu de niveau hydro-aériques.
- Les principales causes de ces occlusions fonctionnelles sont les neuroleptiques, les antimétaboliques, etc....

3.3.7. . Traitement des occlusions

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

Le traitement médical :

Il consiste en :

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

Le traitement chirurgical :

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

Pour le volvulus du sigmoïde il faut pratiquer en urgence :

- ✓ Une laparotomie
- ✓ Une détorsion du sigmoïde
- ✓ Une sigmoïdectomie

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

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

- ✓ Une laparotomie
- ✓ La section de la bride

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

- ✓ La laparotomie
- ✓ Si possible une résection du cancer

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

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

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

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, analytique à collecte de données prospective allant du 1^{er} janvier 2021 au 1^{er} janvier 2023 soit une période de 2 ans.

4.2. Cadre d'étude

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CSRéf-CI du district de Bamako.

4.1.1. Situation géographique

Le CSRéf CI est situé à Korofina Nord rue 439 près du terrain de football et de la mairie.

Dans l'enceinte de l'établissement, le service de chirurgie générale est divisé en deux blocs :

- Les bureaux des chirurgiens et du major, la salle de soins, les salles d'hospitalisation situées dans le bloc d'hospitalisation au sud-est du centre.
- La petite chirurgie à l'entrée du centre au sud.

4.1.2. Les locaux

Le service de chirurgie générale dispose d'une salle d'hospitalisation d'une capacité totale de 8 lits, de 4 bureaux (3 pour les chirurgiens et 1 pour le major), d'une salle de garde (pour les internes et pour les infirmiers), d'une salle de permanence (petite chirurgie), et d'un bloc opératoire. Le bloc opératoire est situé au côté nord du centre en face du service de gynécologie et comprend deux salles d'opération (nommées salle septique et salle aseptique), une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil ou d'attente et deux bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CS Réf (chirurgie digestive, urologie, gynécologie obstetrique, ORL et d'Odontostomatologie).

4.1.3. Le personnel

- Le personnel permanent est composé de :
 - Quatre (4) chirurgiens (2 chirurgiens généralistes, 1 chirurgien urologue, une chirurgienne maxillo-faciale) dont un (2) Chargés de Recherche
 - Un (1) assistant médical IBODE major du bloc
 - Un (1) technicien supérieur en santé, 5 techniciens de santé, 2 aides-soignantes, 3 techniciens de surface ou manœuvres.
- Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards et autres étudiants en médecine et des infirmiers stagiaires.

4.1.4. Les activités

- Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions chirurgicales d'urgences, la chirurgie réglée et les hospitalisations.
- Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes.

- Les staffs se tiennent chaque vendredi.

Les thésards sont répartis de telle sorte qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et la salle d'hospitalisation.

4.3. Population d'étude

Notre population d'étude était constituée de patients vus dans le service de chirurgie générale du CSRéf CI entre janvier 2019 et janvier 2021 pour motif lié à l'abdomen telles qu'une douleur abdominale.

4.4. Échantillonnage

Nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif de tous les patients répondant aux critères d'inclusion.

➤ Critères d'inclusion

Tout patient ayant été admis dans le service de chirurgie générale du CSRéf CI du district de Bamako pour douleur abdominale au cours de ladite période, chez qui une UGD a été diagnostiquée.

➤ Critères de non-inclusion

Tout patient ayant été admis dans le service pour d'autres motifs non liés à une atteinte de l'abdomen.

4.5. Collecte et supports des données

Les supports utilisés étaient : les dossiers médicaux des malades, les registres d'hospitalisation, les registres consignants les comptes rendus opératoires, les fiches d'enquêtes individuelles, les registres de consultations externes et le protocole d'anesthésie.

4.6. Analyse et saisie des données

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « IBM SPSS Statistic » version 25, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « WORD » version 2016, et enfin le logiciel « ZOTERO » a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques. La comparaison des textes a été faite en utilisant le test statistique Chi2 avec P significatif < 0,05.

4.7. Considérations éthiques

La proposition de cette étude a tenu compte des principes de confidentialité, de bienfaisance et de non-malfaisance tout au long de la collecte, de l'analyse et du rapport des données. Le consentement des patients n'a pas été recherché car il s'agissait d'une étude descriptive des observations faites au cours d'une activité de routine où chaque patient venait de son plein gré pour être pris en charge.

RÉSULTATS

5. Résultats

5.1. Epidémiologie

5.1.1. Fréquence

Au cours de notre étude nous avons enregistré 165 cas d'urgences chirurgicales digestives sur un total de 650 consultations soit 25,4% ; 450 interventions soit 37% et 510 hospitalisations soit 32%.

5.1.2. Age

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
[1 – 16]	31	18,8
[16 – 31]	71	43,0
[31 – 46]	41	24,8
[46 – 61]	12	7,3
> 61	10	6,1
Total	165	100

L'âge de nos patients était compris entre 1 et 75 ans avec une moyenne de 29 ans +/- 15 ans. La majorité des patients était âgée de 16 à 31 ans soit une fréquence de 43%.

Tableau III : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	117	70,9
Féminin	48	29,1
Total	165	100

Le sexe masculin prédominait avec un taux de 70,9%. Le sex-ratio H/F était de 2,4

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

5.1.3. Profession

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Étudiant / Élève	41	24,8
Ménagère	33	20,0
Commerçant	20	12,1
Ouvrier	15	9,1
Cultivateur	10	6,1
Fonctionnaire	4	2,4
Artisan	2	1,2
Expatriés ; personnes sans emploi	40	24,2
Total	165	100

La profession Étudiant/ Élève était plus représentés avec une fréquence de 24,8%.

5.1.4. Mode d'admission

Tableau V : Répartition des patients en fonction du mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Référé	117	70,9
Venu de lui-même	48	29,1
Total	165	100

70,9% des patients ont été référés.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du délai d'admission.

Délai d'admission	Effectif	Pourcentage (%)
1 jour	32	19%
2 - 4 jours	102	62%
5 - 7 jours	31	19%
Total	165	100

Le délai d'admission des patients a été de 2 à 4 jours dans 62% des cas, avec une moyenne d'un (1) jour et demi.

5.2. Aspects diagnostiques

5.2.1. Antécédents médicaux

Tableau VII : Répartition des patients en fonction des antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage (%)
HTA	8	4,8
Diabète	1	0,6
Aucun	155	94
Drépanocytose ; asthme	1	0,6
Total	165	100

L'hypertension artérielle était de 4,8% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Hernie	1	0,6
Aucun	162	98,2
Césariennes ; Adénomectomie de la prostate	2	1,2
Total	165	100

Aucun antécédent chirurgical n'a été retrouvé dans 98% des cas.

5.2.2. Motif de consultation

La douleur abdominale était le motif de consultation le plus représenté avec un taux de 100% chez tout nos patient

5.2.3. Siège de la douleur

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du siège de la douleur.

Siège de la douleur	Effectif	Pourcentage (%)
Fosse iliaque droite	123	74,5
Diffuse	27	16,4
Péri-ombilical	8	4,8
Région inguinale	4	2,4
Lombaire ; dorsales	3	1,8
Total	165	100

La fosse iliaque droite était le siège dans 74,5% des cas.

5.2.4. Présence de vomissements

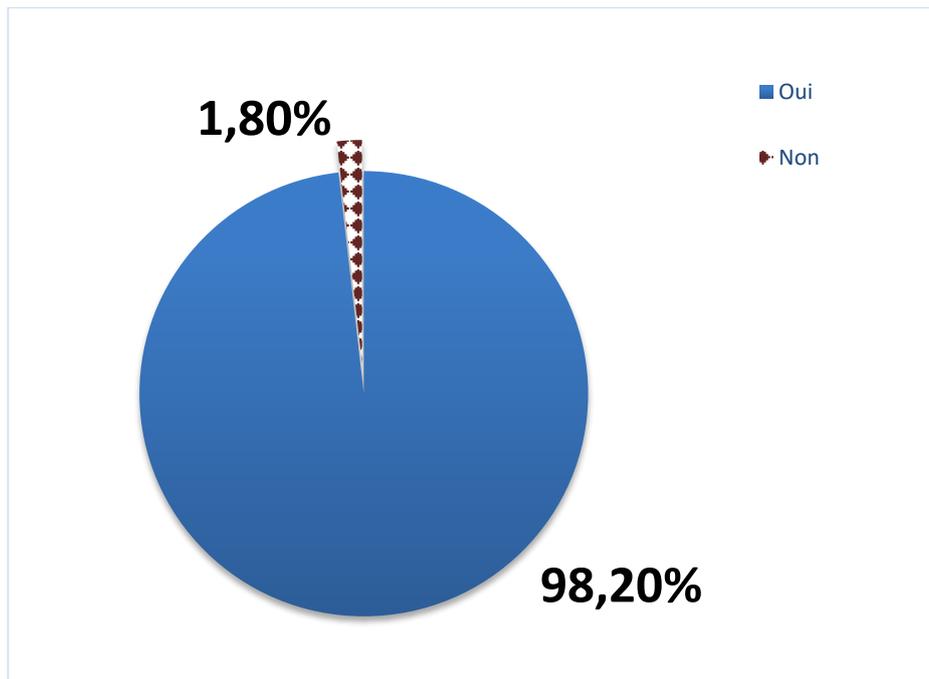


Figure 5 : Répartition des patients en fonction des vomissements.

Les vomissements étaient présents dans 98,2% des cas.

5.2.5. Etat général

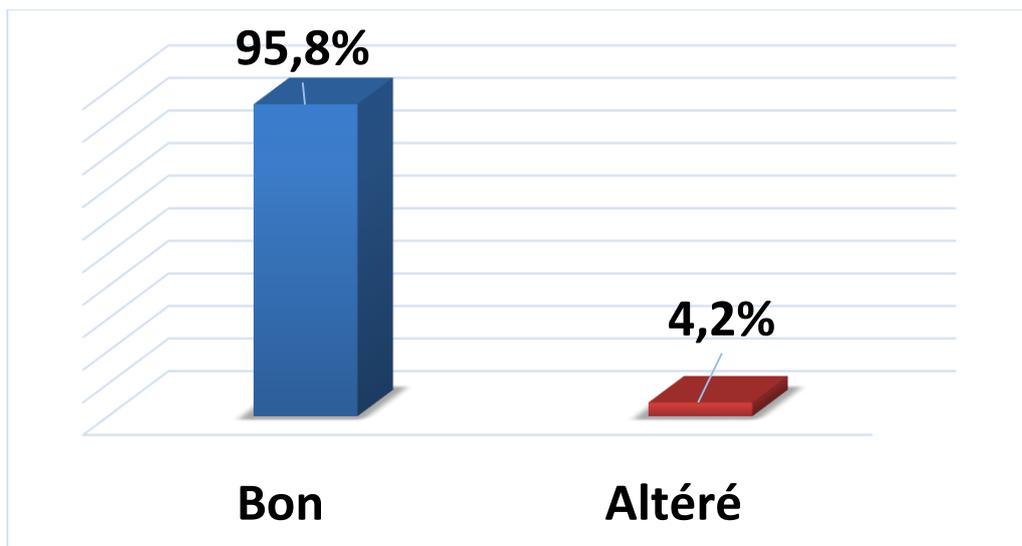


Figure 6 : Répartition des patients en fonction de l'état général.

L'état général était bon dans 95,8% des cas.

5.2.6. Signes physiques

Tableau X : Répartition des patients en fonction des signes physiques.

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Tympanisme	21	12,7%
Contracture abdominale	24	14,5%
Défense abdominale	120	72,8%
Total	165	100%

La défense abdominale était de 72,8% des cas.

5.2.7. Taux d'hémoglobine

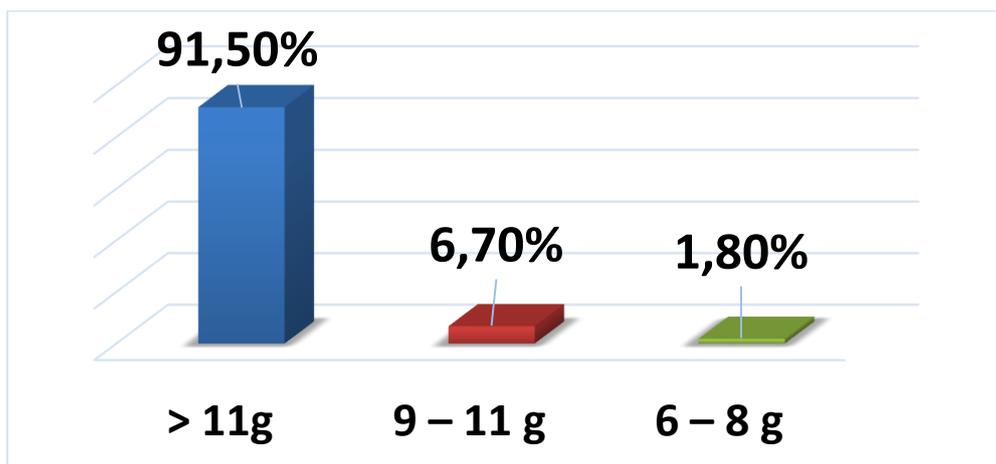


Figure 7 : Répartition des patients en fonction du taux d'hémoglobine.

Le taux d'hémoglobine était inférieur à 11g/dl chez 7,5% des patients.

5.2.8. Imagerie

Tableau XI : Répartition des patients en fonction des examens d'imagerie.

Imagerie	Oui	Non
	N (%)	N (%)
Échographie	149 (90,3%)	8 (4,8%)
ASP	16 (9,7%)	157 (95,2%)
Total	165	

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

L'échographie a été réalisée dans 149 cas, soit une fréquence de 90,3%.

5.2.9. Diagnostic

Tableau XII : Répartition des patients en fonction du diagnostic.

Diagnostic	Diagnostic pré opératoire	Diagnostic peropératoire
Appendicite aiguë	120 (72,7)	121 (73,3)
Péritonite aiguë	22 (13,3)	21 (12,7)
Occlusion intestinale aigue	9 (5,6)	9 (5,6)
Hernie étranglée	12 (7,2)	12 (7,2)
Hémopéritoine post-traumatique	2 (1,2)	2 (1,2)
Total	165	165

L'appendicite aiguë était le diagnostic pré et peropératoire dans respectivement 72,7% et 73,3% des cas.

5.3. Aspects thérapeutiques

5.3.1. Traitement médicale

Tableau XIII : répartition selon la nature du traitement médical.

Nature	Préopératoire	Post-opératoire
Réhydratation	64 (38,8%)	1 (0,6%)
Antalgique + antibiotique	51 (30,9%)	95 (57,6%)
Antalgique + antibiotique + réhydratation	24 (14,5%)	48 (29,1%)
Antalgiques	19 (11,5%)	17 (10,3%)
Antibiotiques	7 (4,3%)	4 (2,4%)
Total	165	165

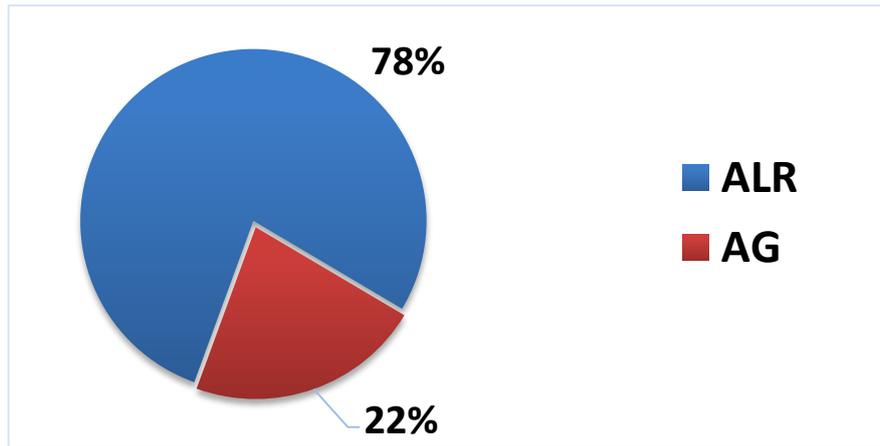


Figure 8 : Répartition selon le type d'anesthésie.

L'anesthésié locorégionale était la plus usitée avec 78% des cas.

1.1.1. Geste(s) réalisé(s)

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du/des geste(s) réalisé(s)

Prise en charge	Effectif	Pourcentage (%)
Appendicectomie plus enfouissement	130	78,8%
Cure de la hernie	12	7,4%
Appendicectomie plus enfouissement + lavage et drainage	7	4,2%
Résection + anastomose colon colique	4	2,4%
Suture de la perforation gastrique lavage et drainage	3	1,8%
Adhesiolyse	2	1,2%
Lavage et drainage	2	1,2%
Résection + anastomose ilio-colique	2	1,2%
Hemicolectomie gauche + colostomie	1	0,6%
Résection d'épiploon éviscéré + suture de la perforation	1	0,6%
Splénectomie	1	0,6%
Total	165	100

L'appendicectomie était le geste chirurgical réalisé dans 75,2% des cas.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

1.1.1. Durée de la chirurgie

Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la durée de la chirurgie.

Durée de l'acte chirurgical	Effectif	Pourcentage (%)
< 1 h	108	65,5
1 – 1h30	29	17,6
> 1h30	28	17
Total	165	100

La durée de l'acte chirurgical était moins d'une heure dans 65,5% des cas.

1.1.2. Le délai de la prise en charge

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction du délai de prise en charge.

Délai de prise en charge	Effectif	Pourcentage (%)
< 1 h	108	65,5
1 – 1h30	32	19,3
> 1h30	25	15,2
Total	165	100

Le délai de prise en charge était inférieur à 1h dans 65,5% des cas. Le délai moyen de prise en charge était de 2,47 avec des extrêmes allant de 2 à 4h.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

1.1.3. Complications postopératoires

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des complications postopératoires.

Complications postopératoires	Effectif	Pourcentage (%)
Suppuration pariétale	17	10,3
Aucun	148	89,7
Total	165	100

La suppuration pariétale a représenté les quatre (04) cas de complications postopératoire soit 2% des patients opérés.

1.2. Etude des facteurs de risque

1.2.1. Sexe et type d'urgence chirurgicale

Tableau XVIII : Relation entre le sexe et le diagnostic préopératoire.

Diagnostic préopératoire	Sexe		Totale
	Masculin	Féminin	
Appendicite	80	40	120
Hernie étranglée	11	1	12
Péritonite	19	3	22
Occlusion intestinale	5	4	9
Hémopéritoine	2	0	2
Total	117	48	165

P-value : 0,089

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le sexe et le type d'urgence chirurgicale.

Tableau XIX : Relation entre l'âge et le diagnostic préopératoire.

Diagnostic préopératoire	Tranche d'âge					Totale
	[1 - 16]	[16 – 31]	[31 - 46]	[46 -61]	≥- 61	
Appendicite	25	51	30	8	6	120
Hernie étranglée	2	5	3	1	1	12
Péritonite	3	11	6	1	1	22
Occlusion intestinale	1	3	1	2	2	9
Hémopéritoine	0	1	1	0	0	2
Total	31	71	41	12	10	165

P-value : 0,799

Tableau XX : Relation entre les complications et le diagnostic préopératoire.

Diagnostic préopératoire	Complication		Totale
	Présent	Aucun	
Appendicite	3	117	120
Hernie étranglée	2	10	12
Péritonite	7	15	22
Occlusion intestinale	5	4	9
Hémopéritoine	0	2	2
Total	17	148	165

P-value : 0,021

**COMMENTAIRES
&
DISCUSSION**

2. Commentaires et discussion

2.1. Méthodologie

L'avantage de notre méthodologie est qu'elle était prospective permettant le recueil des informations à travers l'interrogatoire des malades, les registres du bloc opératoire, les registres d'hospitalisation, les registres consignant les comptes rendus opératoires et les fiches d'enquêtes individuelles.

Cependant nous avons rencontré certaines difficultés comme l'insuffisance de suivi à moyen et long terme postopératoire due au non-respect des rendez-vous postopératoires par les patients.

2.2. Fréquence

Tableau XXI : La fréquence des urgences chirurgicales digestives selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test statistique
Berthé ID [12], 2008, CHU Point G	107	19,32	0,0049
Harouna Y [13], 2001, Niamey	475	25,60	0,0142
Fané Y [14], 2017, CSRéf CI	200	35,1	
Notre étude	165	25,4	

Au cours de notre étude la chirurgie digestive d'urgence a représenté 25,4 % des consultations du service de chirurgie générale du CSRéf de la commune I de Bamako. En 2017 [15], elle était de 35,1% des activités du service.

Des taux inférieurs ont été trouvés dans l'étude de Berthé ID [14] au Mali. Ceci s'expliquerait par la difficulté de l'accès du CHU du Point G et aussi par le fait que notre aire de santé fait frontière avec la région de Koulikoro. Donc en plus de notre aire de santé nous recevons beaucoup de malades venant de la région de Koulikoro.

Au Niger Harouna Y [15] avait trouvé un taux similaire au nôtre

2.3. Age

Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentée a été de 16 à 30 ans avec 43% des cas. Ce résultat est différent de celui de Fané Y [15] qui a trouvé dans sa série la tranche d'âge de 30 à 44 ans avec 55,5%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la population malienne soit majoritairement jeune

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

Dans la littérature les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie de 30 à 45 ans [17,18]. L'âge moyen était de 29,45 ans.

2.4. Sexe

Dans notre étude, le sexe masculin a été majoritaire soit 71 % avec un sex-ratio de 2,4.

Ce résultat est comparable à celui de Berthe ID [19] qui a trouvé un sex-ratio à 2,34.

Dans la littérature Africaine, Asiatique, Européenne [17,20], les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin dans la majorité des cas.

2.5. Activité Professionnelle

Dans notre étude, les élèves/étudiant, et les ménagères ont été majoritaires soit respectivement 24,8% et 20%. Ceci pourrait expliqué par les faites que les ménagères et les étudiant/élèves sont des jeunes au MALI.

2.6. Mode d'admission

Nos patients ont été reçus dans la majorité des cas avec une fiche d'évacuation soit 71%. Cela se justifie par le fait que le CSRéf soit une structure médico-chirurgicale de référence de 2^{ème} niveau pouvant recevoir les patients venant des CSCom où la chirurgie n'est pas pratiquée.

2.7. L'examen clinique

La douleur a été le premier motif de consultation chez 100% des patients.

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

Cette douleur a été rapportée dans la littérature comme motif de consultation le plus fréquent. Mabilia – Babela J.R. et coll. [20] ont trouvé 100 % des cas de douleur dans leur série. Pandonou N. et coll [18] ont eu 100 % des cas de douleur dans leur série. Konate M [3] a rapporté 100 % des cas de douleur dans son étude. Berthe ID [19] a rapporté 100 % des cas de douleur dans son étude.

2.8. Fréquence des principales étiologies

2.8.1. Appendicite aiguë

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

Auteurs	Effectifs	Pourcentages	Tests statistiques
Berthé ID [12], 2008, CHU Point G	22	21,27	0,0015
Konaté M. [21], 2005, CHU GT	278	28,77	0,0000
Fané Y [14] 2017, CSRéf CI	118	59	
Notre étude	120	72,7	

Au cours de notre étude, le diagnostic d'appendicite a été évoqué dans 120 cas en préopératoire. Ce diagnostic a été retrouvé dans les 121 cas en peropératoire.

Nos malades étaient reçus en urgence par une équipe médicale constituée par l'interne, le chirurgien et l'infirmier. Dans tous les cas le diagnostic d'appendicite a été évoqué et en absence d'examen complémentaires.

Ces données ont été rapportées dans les littératures Européennes et Africaines [18,22].

On pourrait en conclure que le diagnostic d'appendicite est clinique et ne doit pas attendre une échographie, un scanner ou un ASP pour poser l'indication opératoire. À noter que le diagnostic de certitude reste anatomo-pathologique. Le taux d'appendicite dans notre série (72,7 %) est élevé par rapport à celui obtenu au service de chirurgie « A » du CHU du Point G [19] et au CHU Gabriel TOURE [22]. Ceci pourrait être lié au fait que : les appendicites sont beaucoup plus prises en charge dans les CSRéf que dans les CHU. À noter que l'appendicite aiguë est considérée en Europe comme la première cause des urgences chirurgicales abdominales [23].

2.8.2. Péritonite

Tableau XXIII : Fréquence des péritonites par rapport aux urgences chirurgicales abdominales selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Pourcentages	Test statistique
Harouna Y [13] 2001, Niamey	209	20,8	0,4678
Konate M [21] , 2005, CHU GT	60	32,9	0,0580
Fané Y [14], 2017, CSRéf CI	33	16,5	
Notre étude	21	12,7	

Dans notre étude, le diagnostic de péritonite a été posé dans 22 cas en préopératoire, et en per opératoire 21 cas. Dans tous les cas, l'échographie a contribué à porter l'indication opératoire. Dans la littérature, les auteurs [18,24] ont apporté que l'échographie est l'examen morphologique de choix dans le diagnostic de péritonite.

La péritonite a occupé la deuxième place (12,7 %) des urgences chirurgicales digestives après l'appendicite aiguë dans notre pratique. Harouna Y [17] et de Konate M [3] ont trouvé respectivement 20,8% et 32,9%.

Les péritonites de notre série étaient dues à une perforation appendiculaire la majorité des cas. Cette prédominance de la cause appendiculaire est rapportée par Fané Y [14] et Berthe ID [12]. Les deux premières étiologies (typhique, appendiculaire) de la péritonite sont univoques chez certains auteurs africains : Harouna (Niger) [17], Pandonou [18].

2.8.3. Hernie étranglée

La hernie étranglée a un taux de 7,2% dans notre série. Ce taux est comparable à celui du Niger [17] 7,5 % des cas (**P = 0,5464**). Il est moins élevé en Europe 1/1500 cas pour Papagrorgoriadas S et Coll [25], 1 % pour Bargy F et Coll [26]. Cela pourrait s'expliquer par la prise en charge précoce des hernies en Europe qu'en Afrique.

2.9. La prise en charge

Le délai de prise en charge était moins d'une heure dans 65,5% des cas.

Tous les auteurs sont unanimes qu'il faut éradiquer le foyer infectieux, lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique devant ces tableaux d'urgence chirurgicales digestives. Ce traitement médical était axé sur la réhydratation (38,8%), l'association antibiothérapie antalgique (30,9%) en préopératoire et dernière était de 57,6% en

postopératoire. Il y a toujours des désaccords concernant la durée du traitement antibiotique [27]. Toute infection locale ou généralisée en chirurgie digestive doit être traitée par une antibiothérapie de 7 jours ou plus suivant l'évolution [28].

L'anesthésie locorégionale a été la technique d'anesthésie la plus utilisée soit 78% des cas, suivie de l'anesthésie générale dans 22%. Ce résultat pourrait s'expliquer par notre fréquence d'appendicite, de la hernie soit environ 80% des cas et pour certains cas de péritonite appendiculaire localisée. Ces résultats concordent avec d'autres études réalisées dans le même service notamment Dicko A [29] dans son étude sur l'appendicite aiguë en 2019 a rapporté 63,9% d'anesthésie locorégionale.

L'appendicectomie en urgence était le geste thérapeutique le plus fréquemment réalisé dans notre série soit 83%. La voie d'abord des appendicites non compliquées reste l'incision de Mac Burney. Vu l'absence de la coelioscopie, la chirurgie à ciel ouvert a été la voie d'abord de prédilection. Dans 7,8% des cas, l'appendicectomie a été réalisée avec enfouissement plus lavage ou drainage à priori chez tous nos malades ayant une péritonite appendiculaire.

Cependant en Europe la voie laparoscopique a fait l'objet de plusieurs études concluant que la prise en charge laparoscopique des appendicites compliquées était possible et sans danger et que le recours à une laparotomie n'était nécessaire qu'en cas d'échec.

En France dans la série de Mariage M [30], 96,6% des patients ont été opérés sous laparoscopie. Parmi ses avantages, une réduction de : la douleur postopératoire, durée d'hospitalisation, adhérences et occlusions sur brides. Toutefois, le surcout lié aux matériels utilisés est l'un des essentiels inconvénients [31].

La cure de la hernie a été le second geste thérapeutique avec 7,4% des cas.

Dans le cadre de la prise en charge, d'autres gestes thérapeutiques ont été utilisés, cependant dans une proportion plus faible notamment la résection plus anastomoses (4,2%), adhésiolyse (1,2%).

2.10. Suites opératoires

La morbidité post opératoire a été dominée par les infections pariétales ; celles-ci se rencontrent surtout au cours des péritonites et contribuent à allonger la durée du séjour des patients à l'hôpital. Elles peuvent être amputables à une aseptie et à des mesures d'hygiène déficientes [32].

Dans notre étude, les suites opératoires se sont compliquées dans 10,3 % des cas.

Les suites opératoires ont été simples dans 89,7 % des cas. Aucun cas de décès n'a été enregistré.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

Par contre 1 décès soit 0,5 % a été rapporté par Fané Y [14], 4,46 % de décès ont été constatés par Boubacar [33] (112 cas) et 6,96 % par Dembélé M [34] (273 cas) au Mali.

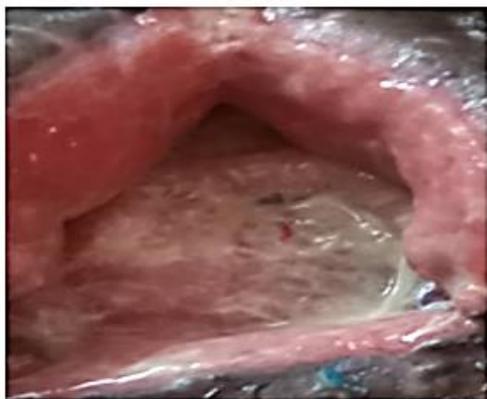
Ceci s'expliquerait par la sélection rigoureuse des patients donc la prise en charge ne nécessitant une hospitalisation en Réanimation.

**CONCLUSION
&
RECOMMENDATIONS**

Conclusion

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale par leur fréquence élevée. Les étiologies sont multiples et variées d'où la nécessité d'une étroite collaboration multidisciplinaire pour la prise en charge. Le diagnostic précoce et la durée de prise en charge (délais entre le début des symptômes - l'admission - l'intervention) constituent les principaux facteurs pronostiques. L'examen clinique bien conduit est la clef du diagnostic dans notre contexte. Les examens complémentaires morphologiques sont parfois difficiles à obtenir ou peu contributifs. Ils ne doivent pas retarder la sanction thérapeutique.

Iconographie



Suppuration pariétale (Absès)



Appendicite aiguë



Péritonite aiguë



Occlusion intestinale

Recommandations

➤ **A la population**

La consultation sans délai, des malades dans un centre de santé devant toute douleur abdominale aiguë.

L'observance d'une bonne hygiène alimentaire et corporelle

➤ **Aux autorités sanitaires**

La formation en nombre suffisant de spécialistes en chirurgie viscérale, en réanimation et en radiologie.

L'équipement des CSRéf en moyens matériels diagnostics (radiographie, échographie, scanner) et thérapeutiques (produits médicamenteux de première nécessité et de première urgence).

La création d'un système de sécurité sociale.

La mise en place d'un système de SAMU (Service d'Assistance Médicale Urgente).

Le renforcement de service des urgences en personnel adéquat et suffisant (Personnel médical et paramédical).

➤ **Au personnel sanitaire**

L'examen minutieux de tous les patients afin de poser un diagnostic précis.

La proscription de la prescription hâtive et répétée des antibiotiques et antalgiques.

La référence des malades dans le meilleur délai.

Le renforcement de la collaboration interdisciplinaire.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

3. Références bibliographiques

1. Zué AS, Josseaume A, Nsafu DN, Galois-Guibal L, Carpentier JP. Les urgences chirurgicales au Centre Hospitalier de Libreville. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 1 mars 2003;22(3):189-95.
2. MAÏGA AA. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des pathologies abdominales chirurgicales d'urgence à l'hôpital de GAO [Internet] [Thèse de médecine]. [Bamako]: FMOS; 2008. Disponible sur: <https://www.keneya.net/fmpos/theses/2009/med/pdf/09M372.pdf>
3. Konaté H. Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique au CHU Gabriel Touré [Internet] [Thèse de médecine]. [Bamako]: FMOS; 2003. Disponible sur: <https://www.keneya.net/fmpos/theses/2003/med/pdf/03M67.pdf>
4. Kambire JL, Sanon BG, Zare C, Kambou T. Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé. Étiologies et pronostic des urgences chirurgicales digestives au Centre Hospitalier Universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In.
5. Malle OA. Péritonites au CSRéf de la Commune I de Bamako: aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques [Thèse de médecine]. [Bamako]: FMOS; 2015.
6. Doumbia S. Abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital national de Point G [Thèse de médecine]. [Bamako]: FMOS; 1982.
7. Gaye I, Leye PA, Traoré MM, Ndiaye PI, Bah MD, Fall ML, et al. Prise en charge péri opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte au CHU Aristide Le Dantec. *Pan Afr Med J*. 2016;24:190.
8. Chevrel JP, Gueraud JB, Levy. Appareil digestif. Paris : Masson, 1986, 225 : 119-23.
9. Chirurgicale EM. Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. *Urgences Méd-Chir EMC*. 1984;240(59):A10.
10. Barbier J, Carretier M, Rouffineau J. Péritonites aiguës *Encycl. Chir Urgence*. 24048:B10.
11. David D. Les appendicites aiguës au CHU de Bangui, aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques. *Cah Santé*. 2001;11(2):117-25.
12. Berthe ID. Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G. Thèse Méd, FMOS Bamako, 2008 : 80 ; 102p.
13. Harouna Y. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) ; *Med d'Afrique Noire*, 2001, 42 (2) p.
14. Fané Y. Urgences chirurgicales digestives, diagnostic et prise en charge dans le service de chirurgie du CSRéf CI de Bamako. Thèse méd, FMOS, Bamako ; n°17M208 : 83p.
15. Berthé I. Evaluation de la qualité de vie des patients après adénomectomie selon le score d'IPSS dans le service d'Urologie du CHU Gabriel Touré [Thèse de médecine]. [Bamako]: FMOS; 2007.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

16. Camara S. Problème d'anesthésie et réanimation posé par la chirurgie abdominale d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré [Thèse de médecine]. [Bamako]: FMOS; 1989.
17. Harouna Y, Ali L, Seibou A, Abdou I, Gamatie Y, Rakotomalala J. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger): étude analytique et pronostique. *Médecine Afr Noire*. 2001;48(2):49-54.
18. Padonou N, BA D, N'DOYE M, GM C. Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. *Statistique de quatre années (1973-1976)*. Dakar MED. 1979;24(1):90-7.
19. Doumbia MM. Prise en charge des perforations digestives dans le service de chirurgie "A" au CHU du Point G. A propos de 202 cas [Thèse de médecine]. [Bamako]: FMOS; 2009.
20. Babela J, Pandzou N, Koutouba E. Étude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Brazzaville (Congo). *Médecine Trop*. 2006;66(2):172.
21. Konaté M. Urgences Chirurgicales à H.G.T. Thèse de Méd- Bamako, 2005 : 91 : 238. In.
22. Domergue J, Noel P, Fabre JM, Guillon F, Fagot H, Baumel H. Apport de la cœlioscopie dans les abdomens aigus. *Ann Chir Paris*. 1992;46(4):287-9.
23. Camara S. Problème d'anesthésie et réanimation posé par la chirurgie abdominale d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré ; thèse médecine Bamako (Mali) 1989, p68. In.
24. Adiadia G. Contribution à l'étude de péritonites aiguës généralisées chez l'enfant à propos de 100 observations au CHU de Dakar (Sénégal) [Thèse de médecine]. [Dakar]: CHU de Dakar; 1985.
25. Papagrigroriadis S, Browse DJ, Howard ER. Incarceration of umbilical hernias in children: a rare but important complication. *Pediatr Surg Int*. 1998;14:231-2.
26. Bargy F, Baudoin S. Hernies de l'enfant et de l'adulte. *Rev Prat*, 1997 ; 47 : 289 –94. In.
27. Lund DP, Murphy EU. Management of perforated appendicitis in children : a decade of aggressive treatment. *J Pediatr surg* 1994; 29 (8) : 1130-1134.
28. Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge des péritonites communautaires. Conférence de consensus du 16 juin 2000. Hôpital d'instruction des armées de Begin (94). Texte court : 11p.
29. Dicko A. Appendicite aiguë au centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse Med, Bamako, FMOS, 2008 ; n°19M179 : 130p.
30. Mariage M. Péritonite stercorale d'origine appendiculaire : une forme rare et grave d'appendicite aiguë. Thèse méd. Amiens 2016 n°174.
31. David A, Patrick MD. Prospective evaluation of a primary laparoscopic approach for children presenting with simple or complicated appendicitis. *The American journal of surgery* 192 2006; 192 : 750755.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

32. Assouto P, Tchaou B, Kangni N, Padonou J, Lokossou T, Djiconkpodé I, et al. Evolution post-opératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropical. *Médecine Trop.* 2009;69(5):477-9.
33. Dembele B. Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes (Mali) à propos de 112 cas [Thèse de médecine]. [Bamako]: FMOS; 2005.
34. Dembélé M. Les abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital de Point G, 273 cas [Thèse de médecine]. [Bamako]: FMOS; 1998.

ANNEXES

4. Annexes

4.1. Iconographie



Figure 9 : Suppuration pariétale (Abscess)



Figure 10 : Appendicite aiguë



Figure 11 : Péritonite aiguë



Figure 12 : Occlusion intestinale

4.2. Fiche d'enquête

Les urgences chirurgicales digestives au Centre de Sante de Référence de la commune I de Bamako

1. N°DOSSIER :
 2. Anonymat...../.....
 3. **Profession** :/___/ 1. Fonctionnaire 2. Artisan 3. Cultivateur 4. Ouvrier 5. Etudiant/Elève 6. Autres
 4. **Age (ans)** :/___/ Sexe :/___/ 1. Masculin 2. Féminin
 5. **Ethnie** :/___/ 1. Bambara 2. Peulh 3. Sonrhäï 4. Dogon 5. Soninké 6. Malinké 7. Autres.
 6. **Nationalité** :/___/ 1. Malienne 2. Autres
 7. **Résidence** :/___/ 1. Commune I 2. Commune II 3. Commune III 4. Commune IV 5. Commune V 6. Commune VI 7. Hors Bamako
 8. **Mode d'admission** :/___/ 1. Référé 2. Venu de lui-même
 9. **Moyen de référence** :/___/ 1. Ambulance 2. Taxi 3. Voiture personnelle 4. Autres
 10. **Référé par** :/___/ 1. Médecin 2. Infirmier 3. Sage-femme 4. Interne
 11. **Durée d'hospitalisation préopératoire** :
/___/ 1.0 – 3 jours 2.4 – 7jours 3. > 7jours
 12. **Durée d'hospitalisation post-opératoire** :
/___/ 1.0 – 3 jours 2.4 – 7jours 3. > 7jours
 13. **Durée totale d'hospitalisation** :
/___/ 1.0 – 3 jours 2.4 – 7jours 3. > 7jours
 14. Date de Sortie :/.../.../.../.../.....
- I-EXAMEN CLINIQUE :**
- 1-**Motif de consultation** :
- a. **Mode de début des signes** : 1. Brutal 2. Progressif 3. Ne sait pas

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

b. **Heures d'apparition des différents symptômes** : /___/ 1. Matin 2. Journée 3. Soir
4. Nuit

c. **Evolution** : /___/ 1. Permanente 2. Intermittente

d. **Etiologie** : /___/ 1. CBV 2. AVP 3. Accident domestique 4. Inconnues

2-Antécédents :

-**Médicaux** : /___/ 1.HTA 2. Diabète 3. Asthme 4. Drépanocytose 5. Autres Chirurgicaux :
/___/ 1. Hernie 2. Occlusion intestinale 3. Appendicite 4. Péritonite 5. Hémorroïdes 6.
Autres

-**Familiaux** : /___/ 1.HTA 2. Diabète 3. Asthme 4. Drépanocytose 5. Autres

-**Habitudes du malade** : /___/ 1. Thé 2. Tabac 3. Alcool 4. Cannabis 5. Autres

-**Notion de prise de médicaments** : /___/ 1. Oui 2. Non 3

-**DELAI D'ADMISSION** :

4-SIGNES FONCTIONNELS :

-Douleur :

Type de la douleur : /___/ 1. Brulure 2. Crampe 3. Picotement 4. Autres

Siège de la douleur : /___/ 1. Hypochondre droit 2. Hypochondre gauche 3. Epigastre 4. Flanc
droit 5. Gauche 6. Péri-ombilical 7. Hypogastre 8. Fosse lombaire droite 9. Fosse lombaire
gauche 10. Diffuse

Irradiation : /___/ 1. Oui 2. Non. Mode de sédation : /___/ 1. Oui 2. Non -Douleur
accompagnée de signes : /___/ 1. Oui 2. Non

-Signes accompagnant la douleur : /___/ 1. Diarrhée 2. Ballonnement 3. AMG 4.
Gargouillement 5. Constipation 6. Autres

-**Vomissement** : /___/ 1. Oui 2. Non

Caractéristique du vomissement : /___/ 1. Bilieux 2. Fécaloïde 3. Alimentaire 4. Autres -
Saignement : /___/ 1. Oui 2. Non

5-SIGNES GENERAUX :

Etat général : /___/ 1. Bon 2. Altéré 3. Mauvais

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

-Déshydratation : /___/ 1. Oui 2. Non

-Pouls :-Température :-Pression artérielle : -Diurèse : /___/

1. < 60cc/heure 2. 60 – 100cc/heure 3.> 100cc/heure 4. Non évaluée

-Conjonctives/ téguments : /___/ 1. Colorées 2. Non colorées

6-SIGNES PHYSIQUES :

-a-**Inspection** : recherche :

-Météorisme : /___/ 1. Oui 2. Non

-Type de météorisme : /___/ 1. Localisé 2. Généralisé et Diffus -Péristaltisme intestinal :
/___/ 1. Oui 2. Non

-Type de péristaltisme : /___/ 1. Localisé 2. Généralisé 3. Provoqué - Respiration
abdominale : /___/ 1. Oui 2. Non

-b- **Palpation** : recherche

-Contracture abdominale : /___/ 1. Oui 2. Non

-Type de contracture : /___/ 1. Localisée 2. Généralisée

-Voussure observée : /___/ 1. Oui 2. Non

-Type de voussure : /___/ 1. Mobile 2. Immobile –

- Défense abdominale : /___/ 1. Oui 2. Non –

Type de défense : /___/ 1. Localisée 2. Généralisée

-Palpation abdominale :

1.Cancer : /___/ 1. Oui

2. Non Masse pelvienne : /___/ 1. Oui 2. Non

-Palpation des orifices herniaires :

-Existence de hernie : /___/ 1. Oui 2. Non

Localisation : /___/ 1. Inguinale 2. Inguino-scrotale 3. Ombilicale 4. Autres

-c-**Percussion** : recherche

: -Sonorité : /___/ 1. Tympanisme 2. Matité 3. Normale

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

-d-Auscultation abdominale :

-Bruits hydro-aériques : /___/ 1. Oui 2. Non

II- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

-Taux d'hémoglobine : /___/ 1. < 6g 2. 6 – 8g 3. 9- 11g 4. >11g

-Groupage sanguin / rhésus : /___/ 1. A+2.A- 3. B+ 4. B- 5. O+ 6. O- 7. AB+ 8. AB-

-Echographie : /___/ 1. Oui 2. Non -A S P : /___/ 1. Oui 2. Non

Widal Félix : /___/ 1. Positif 2. Négatif 3. Non fat

-Temps écoulé entre l'arrivée et l'intervention : /___/ 1. < 30mn 2. 30 – 1 Heure 3. 1 – 1Heure 30mn 4. > 1Heure 30mn

III- DIAGNOSTIC :

1-Diagnostic pré opératoire : /___/

1. Appendicite 2. Hernie étranglée 3. Péritonite 4. Occlusion intestinale 5. Thrombose hémorroïdaire 6. Autres

2-Diagnostic per opératoire : /___/

1. Appendicite 2. Hernie étranglée 3. Péritonite 4. Occlusion intestinale 5. Thrombose hémorroïdaire 6. Autres

3-Delai de prise en charge : /___/

1. < 30mn 2. 30 – 1 Heure 3. 1 – 1Heure 30mn 4. > 1Heure 30mn

IV- TRAITEMENT :

A-Médical : /___/ 1. Oui 2. Non

1-Traitement préopératoire :

-Nature : Durée :/././.....

2-Traitement per opératoire :

-Nature : /___/ 1. Antalgiques 2. Antibiotiques 3. Réhydratation

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives – CSRéf Commune I

-Durée : /____/ 1. <30mn 2. 30mn–1 Heure 3. 1 –1 Heure30mn 4. >1 Heure30mn

3-Traitement post-opératoire :

-Nature : /____/ 1. Antalgiques 2. Antibiotiques 3. Réhydratation

-Durée : /____/ 1. <24 Heures 2. 24 – 48 Heures 3. 48 – 72 Heures 4. >72 Heures

B- Chirurgical : /____/ 1. Oui 2. Non

-Technique :

-Type d'anesthésie : /____/ 1. AG 2. Locorégionale 3. Locale

-Durée du traitement chirurgical : /____/

1. < 30mn 2. 30 – 1h 3. 1 – 1h 30mn 4. > 1h 30mn

C- Complications : /____/ 1. Oui 2. Non

1-Complications per opératoire : /____/ 1. Oui 2. Non

-Type de complications per opératoire : /____/ 1. Hémorragie 2. Décès 3. Autres :

.....

2-Complications post-opératoires : /____/ 1. Oui 2. Non

--Type de complications post-opératoire : /____/ 1. Hémorragie 2. Décès 3. Abscess de paroi 4. Fistules digestives 5. ISO 6. Autres

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre la loi 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 !