

Ministère de l'Enseignement Supérieur 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

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie



FMOS

Année universitaire 2022-2023

Thème

Thèse N° :..... /

**URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DE L'HOPITAL
DE SIKASSO**

Présenté et soutenu publiquement le 05/12/2023 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

M. Lassina A. OUATTARA

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Boubacar **KAREMBE** Maître de conférences

Membre : M. Idrissa **TOUNKARA** Maître de conférences

Co-directeur : M. Moussa **DIASSANA** Maître de recherches

Directeur : M. Lassana **KANTE** Professeur



DEDICACES

DEDICACES

Je dédie cette thèse à...

Allah.

Nous rendons grâce à Allah, le Tout Puissant, le créateur de l'univers, qu'il nous éclaire de sa lumière divine et nous implorons sa grâce. AMEN !

Son Prophète Mohamed (Paix et Salut sur Lui).

Mon père : Abdoulaye OUATTARA

Papa, grâce à ta sagesse et à ta qualité d'homme modèle, tu as cultivé en nous le sens du respect, de l'honneur, de la dignité, de la responsabilité, de l'amour et de l'endurance dans le travail. C'est avec toi que nous avons appris à aimer notre patrie et à apporter notre pierre pour la construction de l'édifice. Tes prières ont été pour nous un grand soutien moral tout au long de nos études. Puisse Allah le Tout Puissant te préserver du mal, te comble de santé, de bonheur et t'accorde longue et heureuse vie.

Trouve ici, cher père la récompense de vos immenses sacrifices.

Ma mère : Diata OUATTARA

Femme exemplaire, courageuse et humble. Tu nous as inculqué les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse.

Tu es toujours dévouée pour nous. Tu nous as entourés d'une attention particulière et d'une affection qui nous ont toujours apporté réconfort et consolation. Tu as toujours su répondre à

Notre appel dans les moments difficiles. Tu n'as jamais cessé de te soucier de notre avenir grâce à tes multiples conseils et tes bénédictions.

Que Dieu le Tout Puissant t'accorde longue vie, bonne santé et qu'il nous donne la santé et les moyens nécessaires pour que nous puissions toujours nous battre pour toi dans la vie, Amen !

Mon oncle : Amidou OUATTARA

Cher oncle, ce travail est le vôtre également ; si je suis là aujourd'hui c'est quelque part grâce à vos encouragements et vos soutiens. Merci pour l'accompagnement tout au long de ce cycle.

Mon épouse : Mariam BARRY

Chérie, ce travail est le couronnement de ta patience et de ton encouragement. Nous avons bénéficié auprès de toi toute la tendresse qu'une femme doit à son mari. Merci pour tout le soutien que tu nous as apporté. Je prie le Tout Puissant de fructifier davantage nos relations.

Amen !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

A Dieu le Tout Puissant, le clément, l'omniscient, l'omnipotent, le miséricordieux, pour nous avoir guidé et donné la force et le courage de réaliser ce modeste travail.

A mes frères et sœurs : Drissa, Tènè, Oumou, Mariam, Ilyass, Fousseni, Lassine, Adjaratou, Aichatou, Zoumana Ouattara Benogo, Seydou Ouattara, Hamadine Ouattara et tous les membres de la famille que nous n'avons pas cités ; votre soutien inestimable et votre grande affection ont été capitale. Ce travail est le vôtre.

A mes tantes et tontons : Amidou OUATTARA, Nansa DOUMBIA, Chaka OUATTARA, Ounfa MAGASSA à Bamako, Drissa OUATTARA, Aminata OUATTARA, Fatoumata Coulibaly, Vos soutiens moral et financier ne nous ont jamais fait défaut. Trouvez ici notre profonde gratitude.

A tous les habitants du village de koffikro : la meilleure récompense est auprès de Dieu. Ce travail est le vôtre.

A tous mes Maîtres de l'école primaire particulièrement Mme. Sogolo TRAORE jusqu'à la **FMOS/FAPH** : la qualité de l'enseignement, vos leçons d'humilité m'ont impressionné.

Merci, le cœur plein d'émotion et de reconnaissance. J'espère que ce travail vous rendra fier de moi.

A mes amis : Dr Tiekoura COULIBALY, Dr Moumouni SIDIBE, Dr Sada DIARRA, Mohamed Koumou Keita, Abdramane DEMBELE, Bachirou COULIBALY, El Hassane TOURE et Oumar Sidibé, Mamadou Zié BALLO et tous ceux que j'ai omis. Grâce à vous, je crois en l'amitié véritable et les mots me manquent pour vous remercier. Que Dieu vous donne longue vie et perpétue nos liens !

A mes camarades de Promotion de l'INFSS, et du lycée Namakoro SANGARE de Zégoua en passant par l'école privée Mamby KEITA de Zégoua.

A toute la 12^e promotion du Numerus Clausus, la route a été longue et très fatigante mais nous avons pu relever le défi.

Aux différentes associations : BATISSEURS, CESKA, et la coordination nationale des thésards de SIKASSO.

Au directeur général de l'hôpital de SIKASSO.

Au personnel du service de chirurgie générale de l'hôpital de SIKASSO, à savoir :

- **Les chirurgiens** : Pr.DIALLO Aly Boubacar, Pr.DIASSANA Moussa; Pr. TRAORE Bathio et Dr. COULIBALY M. Bernard
- **Les Internes** : Seydou Bengaly., Mohamed Ongoiba., Siaka Diarra ;
- **A tout le corps paramédical de la chirurgie** : Major Namissa KEITA, Fatoumata SANOGO, Mme COULIBALY Salimata, Salif KONE, Fatou COULIBALY

A l'Etat malien pour tous les efforts consentis pour notre formation.

Et enfin, à tous ceux dont leurs noms n'ont pas été mentionnés.

**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Boubacar KAREMBE

- **Maitre de conférences à la FMOS ;**
- **Spécialiste en chirurgie générale ;**
- **Chef d'unité de chirurgie générale au CSREF de CIII**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).**

Cher maître,

Vous nous avez fait le privilège de codiriger cette thèse. Nous vous sommes infiniment reconnaissants pour la confiance que vous nous avez accordée en nous proposant ce sujet. Votre aide a été précieuse tout au long de la réalisation de ce travail. Votre humanisme, votre simplicité, votre écoute, votre disponibilité, votre générosité, votre rigueur envers le travail bien fait et tant d'autres force notre respect et admiration éternelle. Nous vous serons éternellement reconnaissants. Merci pour tout, ce modeste travail est le vôtre. Veuillez recevoir cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Pr Idrissa TOUNKARA

- **Maitre de conférences ;**
- **Ancien interne des hôpitaux ;**
- **Praticien hospitalier**
- **Chirurgien Généraliste**
- **Chef de service de chirurgie générale du CSREF CII,**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**

Illustre maître,

Vous êtes un véritable modèle de rigueur et discipline scientifique pour nous et les futures générations à venir. Vos qualités intellectuelles, votre persévérance et rigueur à la tâche ainsi que votre simplicité nous inspirent grandement. Vous êtes un monument de votre discipline, c'est un immense privilège que vous nous avez fait en voulant bien nous guider lors de nos travaux. Les mots nous manquent pour exprimer l'admiration et le respect que nous avons pour vous. C'est un immense honneur d'être comptés parmi vos élèves. Veuillez croire cher maître, en l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Professeur Moussa DIASSANA

- **Chirurgien Généraliste**
- **Maitre de recherches**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).**

Cher Maître ;

Nous sommes honorés par la confiance que vous avez placée en nous, en nous confiant ce travail. Nous avons bénéficié de vos qualités pédagogiques et humaines durant notre séjour à l'hôpital de Sikasso. Votre disponibilité, votre rigueur, votre assiduité dans le travail et vos qualités d'homme de culture et de recherche font de vous un homme admiré de tous et un exemple à suivre. Nous avons été séduits par votre qualité d'accueil et d'encadrement.

Veillez trouver dans ce travail notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Lassana KANTE

- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Maitre de conférences agrégé de Chirurgie générale à la FMOS**
- **Chargé de cours Ibode à INFSS**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).**

Cher maître,

Trouvez ici, le témoignage de notre profonde reconnaissance. Votre abord facile, vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre courtoisie, votre modestie et votre disponibilité font de vous un exemple respecté et admirable. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury, veuillez recevoir Mr le président, toute notre considération et profonde gratitude.

ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS :

ASP : Abdomen Sans Préparation.

ATB : Antibiothérapie.

BPO : Bilan Pré Opérateur.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

Cm = Centimètre.

CmHg : Centimètre de mercure.

CSRéf : Centre de Santé de Référence.

FID : Fosse Iliaque Droite.

FIG : Fosse Iliaque Gauche.

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomalogie. **g /dl** : gramme par décilitre.

GEA : Gastro Entero Anastomose.

GEU : Grossesse Extra-Utérine.

H : Heure.

IMC : Indice de Masse Corporelle.

INFSS : Institut Nationale de Formation en Science de la Santé.

IOT : Intubation Oro Trachéale

NFS : Numération Formule Sanguine.

SAMU : Service d'Assistance Médical Urgente.

SOCHIMA : Société de Chirurgie du Mali.

TR : Toucher Rectal.

TV = Toucher Vaginal.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION :..... 1

II. OBJECTIFS 4

III. GENERALITES :..... 6

IV.METHODOLOGIE..... 40

V RESULTATS 48

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :..... 72

VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 83

BIBLIOGRAPHIE 87

**LISTE DES TABLEAUX
ET FIGURES**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Repartition des patients selon la provenance	50
Tableau II : Repartition des patients selon la profession	51
Tableau III : repartition des patients selon le mode d'admission	52
Tableau IV : Repartition des patients selon le mode de transport.....	52
Tableau V : Repartition des patients selon le délai d'admission	52
Tableau VI : Repartition des patients selon le motif de consultation.....	53
Tableau VII : Repartition des patients selon les antécédents medico-chirurgicaux.....	53
Tableau VIII : Repartition des patients selon les caractéristiques de la douleur.....	54
Tableau IX : Repartition des patients selon l'arrêt des matières et des gaz.....	54
Tableau X : Repartition des patients selon la survenue des nausées et vomissements	55
Tableau XI : Repartition des patients selon les signes généraux	56
Tableau XII : Repartition des patients selon la défense ou la contracture abdominale	57
Tableau XIII : Repartition des patients selon le résultat de la percussion	57
Tableau XIV : Repartition des patients selon le résultat de l'auscultation abdominale	58
Tableau XV : Repartition des patients selon le résultat du toucher pelvien.....	58
Tableau XVI : Repartition des patients selon le taux d'hémoglobine	59
Tableau XVII : Repartition des patients selon le taux d'hématocrite.....	59
Tableau XVIII : Repartition des patients selon le groupage sanguin/rhésus	59
Tableau XIX : Repartition des patients selon la glycémie	60
Tableau XX : Repartition des résultats selon le résultat de l'ASP	60
Tableau XXI : Repartition des patients selon le résultat de l'échographie.....	60
Tableau XXII : Repartition des patients selon le diagnostic préopératoire.....	61
Tableau XXIII : Repartition des patients selon le type d'anesthésie	61
Tableau XXIV : Repartition des patients selon la voie d'abord	62
Tableau XXV : Repartition des patients selon le diagnostic peropératoire	62
Tableau XXVI : Repartition des patients selon la forme de l'appendice	63
Tableau XXVII : Repartition des patients selon l'étiologie des péritonites	63
Tableau XXVIII : Repartition des patients selon l'étiologie des occlusions intestinales aiguës.....	63
Tableau XXIX : Repartition des patients selon la position des paquets hémorroïdaires	64
Tableau XXX : Repartition des patients selon les types de hernie étranglée.....	64
Tableau XXXI : Repartition des patients selon le délai de consultation.....	69
Tableau XXXII : Repartition des patients selon le délai de prise en charge	64
Tableau XXXIII : Repartition des patients selon le traitement reçu avant l'admission	65
Tableau XXXIV : Repartition des patients selon le traitement préopératoire	65
Tableau XXXV : Repartition des patients selon le traitement postopératoire	65
Tableau XXXVI : Repartition des patients selon les gestes effectués	66
Tableau XXXVII : Repartition des patients selon les complications peropératoires.....	66
Tableau XXXVIII : Repartition des patients selon les suites opératoires pendant l'hospitalisation	67
Tableau XXXIX : Repartition des patients selon la durée d'hospitalisation en jour.....	68
Tableau XL : Repartition des suites opératoires après 1 mois en fonction des pathologies	70
Tableau XLI : Repartition des patients selon les suites opératoires à 3 mois	70

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Appareil digestif 11

Figure 2 : Colon-rectum-Canal anal..... 12

Figure 3 : Repartition des patients selon l'age..... 49

Figure 4 : Repartition des patients selon le sexe 50

Figure 5 : Repartition des patients selon la nationalité 51

Figure 6 : Fréquence globale des décès en fonction des pathologies..... 71

INTRODUCTION

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. En pratique, elles intéressent les équipes de garde chargées de recevoir nuit et jour des patients dont la guérison dépend d'une intervention chirurgicale [1].

Les urgences chirurgicales digestives représentent selon MONDOR, France, 1928 [2] des affections digestives, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou peu de jours.

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 [3].

Elles constituent de ce fait une préoccupation permanente pour le chirurgien.

Aux USA, 19 étiologies dont 4 chirurgicales (l'appendicite, la cholécystite aiguë, ulcère duodéal, l'occlusion intestinale aiguë) ont été retrouvées chez 1000 malades ayant un abdomen aigu [4].

En Europe, 5 des 10 premières étiologies des urgences abdominales en France étaient chirurgicales (appendicite aiguë, cholécystite aiguë, occlusion intestinale aiguë, ulcère perforé, pathologies néoplasiques) [5].

KONATE M. a eu 28,77% au CHU Gabriel Touré [6], Y FANE a eu 35,1% au CSRéf CI [7] et BERTE I. D. a eu 19,32% au service de chirurgie « A » du CHU du Point G [8]. Ces données montrent l'importance et la fréquence des urgences chirurgicales digestives.

A Abidjan les urgences chirurgicales abdominales représentent 33,31% de l'ensemble des urgences chirurgicales [9].

Au Niger, elles représentent 25,6% des urgences chirurgicales [10].

La prise en charge des urgences chirurgicales digestives est médico-chirurgicale

Une étude malienne réalisée par Kéita S sur les abdomens aigus, a rapporté un taux de mortalité de 17% [11]. Cette gravité serait liée :

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

Le pronostic des urgences chirurgicales est grave [12].

Certaines raisons contribuent à justifier l'intérêt que nous devons porter aux urgences chirurgicales digestives à l'hôpital de Sikasso. Ce sont :

- la diversité des problèmes de prise en charge des urgences chirurgicales digestives ;
- à l'hôpital de Sikasso, elles n'ont jamais fait l'objet d'une étude.



OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les urgences chirurgicales digestives reçues et traitées dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso.

2. Objectifs spécifiques :

2.1. Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives ;

2.2. Décrire les aspects cliniques et para cliniques des urgences chirurgicales digestives ;

2.3. Décrire l'aspect thérapeutique des urgences chirurgicales digestives ;

GENERALITES

III. GENERALITES :

III.a. Définition :

Les urgences chirurgicales digestives représentent selon **MONDOR**, France ,1928 [2] des affections digestives, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou peu de jours.

III.b. Intérêt :

Les urgences chirurgicales digestives sont des urgences médico-chirurgicales, d'étiologies multiples et de fréquences élevées. Elles constituent **32,1%** de l'ensemble des interventions chirurgicales à Sikasso en 2009 [9]. La morbidité post opératoire a été de **38,1%** à l'hôpital national de Zinder en 2014[7]. Au cours d'une étude réalisée au CHU du Point G [8], leur taux de mortalité a été de **3,74%**.

III.c. Rappels anatomiques :

III.c.a. Rappels anatomiques de l'abdomen [11] :

L'abdomen contient la majeure partie de l'appareil digestif. L'appareil digestif comprend l'ensemble des viscères, qui sont destinés à la nutrition et rendent assimilables les aliments. Il se compose :

- **d'un tube musculo-membraneux**, qui depuis l'orifice buccal traverse la face, le cou, le thorax, l'abdomen pour se terminer par l'anus. Au niveau de ce tube digestif on distingue les segments suivants : la bouche, le pharynx, l'oesophage, l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin ;
- **des glandes digestives** : Les glandes salivaires, le foie, le pancréas, et la rate, sont les annexes à ce tube digestif. Ces organes sont contenus dans la cavité péritonéale ;
- **d'un péritoine** : Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne, à la partie diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito-urinaire. On reconnaît au péritoine, comme toute membrane séreuse : **un feuillet pariétal ; un feuillet viscéral et les replis membraneux** qui relie le péritoine pariétal au péritoine

viscéral. Les replis du péritoine sont de plusieurs sortes et portent suivant le cas, le nom de méso, d'omentum ou de ligament. On appelle méso les replis péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif. Le méso s'appelle mésogastre, méso duodénum, mésentère ou méso colon suivant qu'il est en connexion avec l'estomac, le duodénum, le jéjunum et l'iléum ou le colon. On donne le nom d'omentum aux replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra-abdominaux. Le péritoine viscéral, le péritoine pariétal, le méso, l'omentum et les ligaments sont des parties d'une même membrane. Ils limitent une cavité virtuelle : La cavité péritonéale. Le péritoine assure le soutien des organes de la cavité abdominale les suspendant et les fixant à la paroi. Le péritoine assure enfin la résorption des liquides intra-péritonéaux, cette résorption normale se faisant vers les hypochondres surtout à droite au-dessus du foie, à travers le diaphragme vers les lymphatiques du médiastin par des pertuis.

III.c.b. RAPPELS ANATOMIQUES DE L'APPAREIL DIGESTIF [11] :

Il comprend les segments suivants :

1-1-L'OESOPHAGE :

Il constitue le premier segment du tube digestif, c'est un conduit musculo-membraneux de 25 cm environ compris entre le pharynx en haut et l'estomac en bas, c'est la voie de passage du bol alimentaire. Il traverse la partie thoracique et se termine dans la partie supérieure de l'abdomen (portion abdominale), cette triple topographie fait que les rapports anatomiques de l'œsophage sont complexes. Il est situé en position médiane devant la colonne vertébrale, en arrière de la trachée puis de l'oreillette gauche, sa position abdominale oblique à gauche et en arrière du lobe gauche du foie. L'œsophage est le siège de plusieurs pathologies telles que les sténoses, les cancers, méga-œsophage, son abord chirurgical classique est parfois délabrant et très douloureux.

1-2-L'ESTOMAC :

L'estomac est un réservoir musculéux de 1000cc environ interposé entre l'œsophage et le duodénum où le bol alimentaire sous l'effet du suc gastrique et

des contractures musculaires de l'estomac se transforme en un mélange liquide, le **chyme**. C'est un organe thoraco-abdominal occupant la plus grande partie de la loge sous phrénique gauche, situé dans la partie supérieure de la cavité abdominale (épigastre, hypochondre gauche) dans l'étage sus méso colique, sous le diaphragme et au-dessus du colon transverse et de son méso. Comparé à la lettre **J**, il comporte : une portion verticale formée par le corps de l'estomac surmonté par le pôle supérieur ou fundus (grosse tubérosité) occupé par la poche à air gastrique ; une portion horizontale ; deux faces antérieure et postérieure ; deux bords ou courbures :

- la petite courbure, droite présente une portion verticale et une portion horizontale séparées par un angle : l'incisure angulaire ;
- la grande courbure, gauche est convexe.

Deux orifices :

- l'orifice supérieur œsophagien ou cardia est ovalaire, il est situé à droite et au-dessus du fundus, entre le bord gauche de l'œsophage abdominal et le fundus se place l'incisure cardiaque (angle de HIS) ; elle repère le cardia et forme à l'intérieur une valvule ; le pli cardial.
- L'orifice inférieur duodénal ou pylore est entouré par un sphincter. L'estomac répond à une double fonction de conduit et de réservoir ; c'est le canal gastrique que suivent les liquides arrivant par le cardia. Ce canal les dirige directement vers le fond de l'estomac puis vers l'antra et le pylore et de là vers le duodénum ; les deux plis de la muqueuse qui délimitent le canal sont soulevés par les fibres longitudinales de la << **cravate de suisse**>> et se terminent par la production d'un bol alimentaire.

1-3 - L'INTESTIN GRELE :

C'est un organe musculo-membraneux long et étroit du tube digestif qui s'étend de l'estomac au gros intestin (colon). Sa limite inférieure est marquée par un sillon (sillon iléo-cæcal) et une valvule iléo-cæcale (valvule de Bauhin). A son niveau

se fait la plus grande partie de la digestion, le chyme gastrique se transforme en chyle et l'absorption des aliments.

1-3-1- LE DUODENUM :

C'est la portion initiale, portion fixe de l'intestin grêle mesurant 25 cm de long et 3 à 4 cm de diamètre. Il s'étend du pylore à l'angle duodeno-jéjunal. Il forme un anneau incomplet ouvert en dedans et à gauche. Il entoure les 3 /4 de la tête du pancréas. Il comprend 4 parties :

-Une partie supérieure ou D1 : fait suite au pylore, légèrement ascendante de gauche à droite, sa portion initiale dilatée est l'ampoule duodénale (bulbe duodéal), siège des ulcères ;

-Une partie descendante ou D2 : reçoit l'abouchement des conduits biliaires et pancréatiques sur sa partie médiane au niveau des 2 papilles duodénales ;

-Une partie horizontale ou D3 : croise la colonne vertébrale à la hauteur de L4,

-Une partie ascendante ou D4 : se termine au niveau de l'angle duodeno-jéjunal, à gauche de la colonne vertébrale.

1-3-2 - LE JEJUNO -ILEON :

Il représente les deuxièmes et troisièmes parties mobiles de l'intestin grêle qui s'étendent de l'angle duodéno-jéjunal au cæcum (fosse iliaque droite). Il mesure 6,5m. Son calibre varie entre 2-3cm. Le jéjuno-iléon forme des flexuosités, les anses intestinales (15-16) ; les premières anses supérieures gauches sont horizontales, les dernières anses inférieures et droites sont verticales. Le jéjuno-iléon est rattaché au plan postérieur par le mésentère qui détermine un bord mésentérique, un bord libre (anti mésentérique) et 2 faces. Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'iléon.

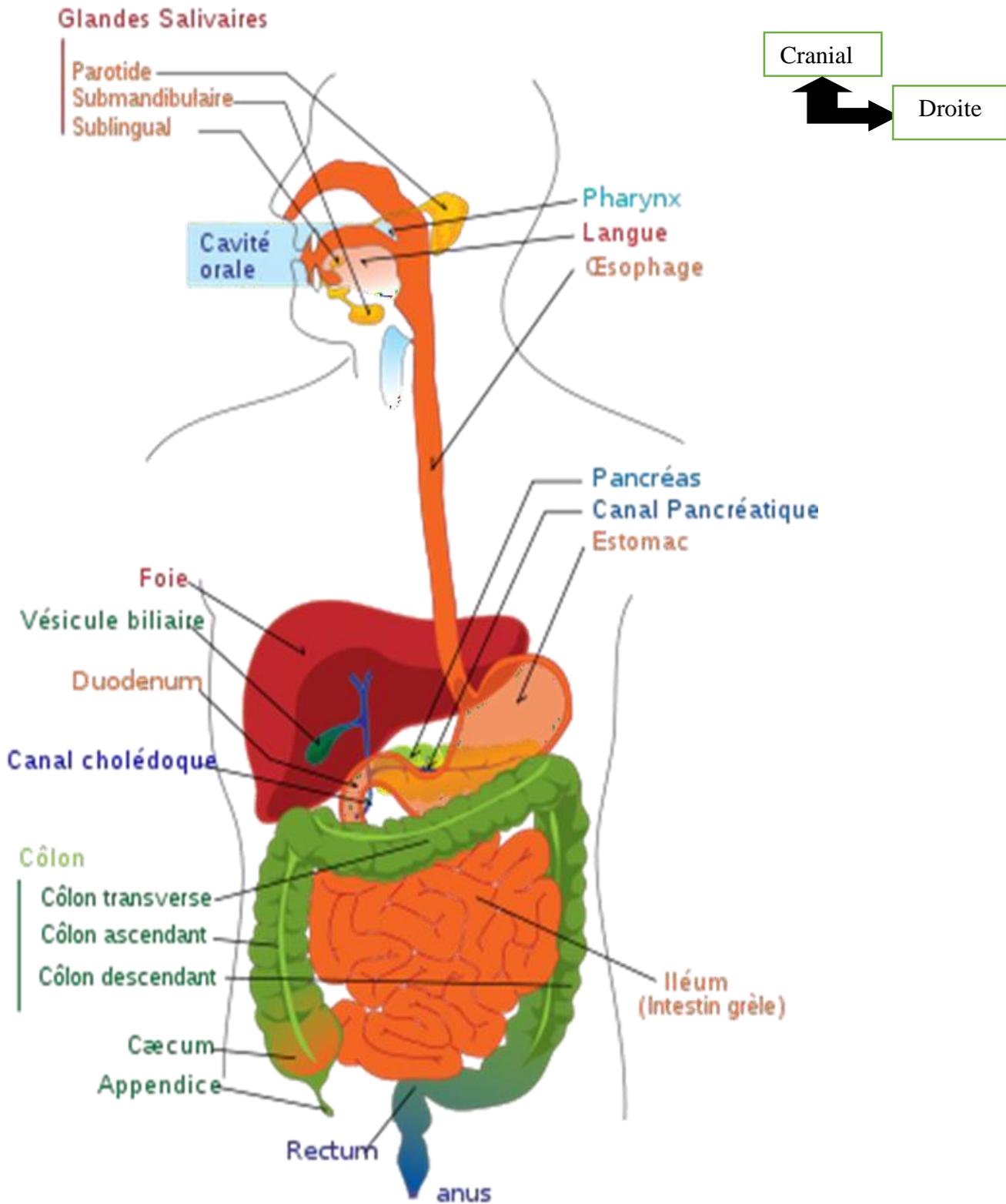


Figure 1 : Appareil digestif

1- 4 -LE GROS INTESTIN :

Portion terminale du tube digestif de 1,5 cm de long qui s'étend de la fin de l'iléon à l'anus, il est formé par le **cæcum**, le **colon ascendant**, **colon transverse**, le **colon descendant**, **colon sigmoïde** et le **rectum**.

Dans son ensemble il forme une boucle qui encadre les anses intestinales. Il contient les résidus alimentaires non absorbés au niveau de la grêle. Dans sa portion initiale sont réabsorbés l'eau et les sels, les résidus dégradés par des bactéries sont convertis en matières fécales évacuées au dehors par les contractures du gros intestin. Sa surface est irrégulière marquée par des saillies, les bosselures (haustrations) limitées par les incisures et des bandelettes longitudinales.

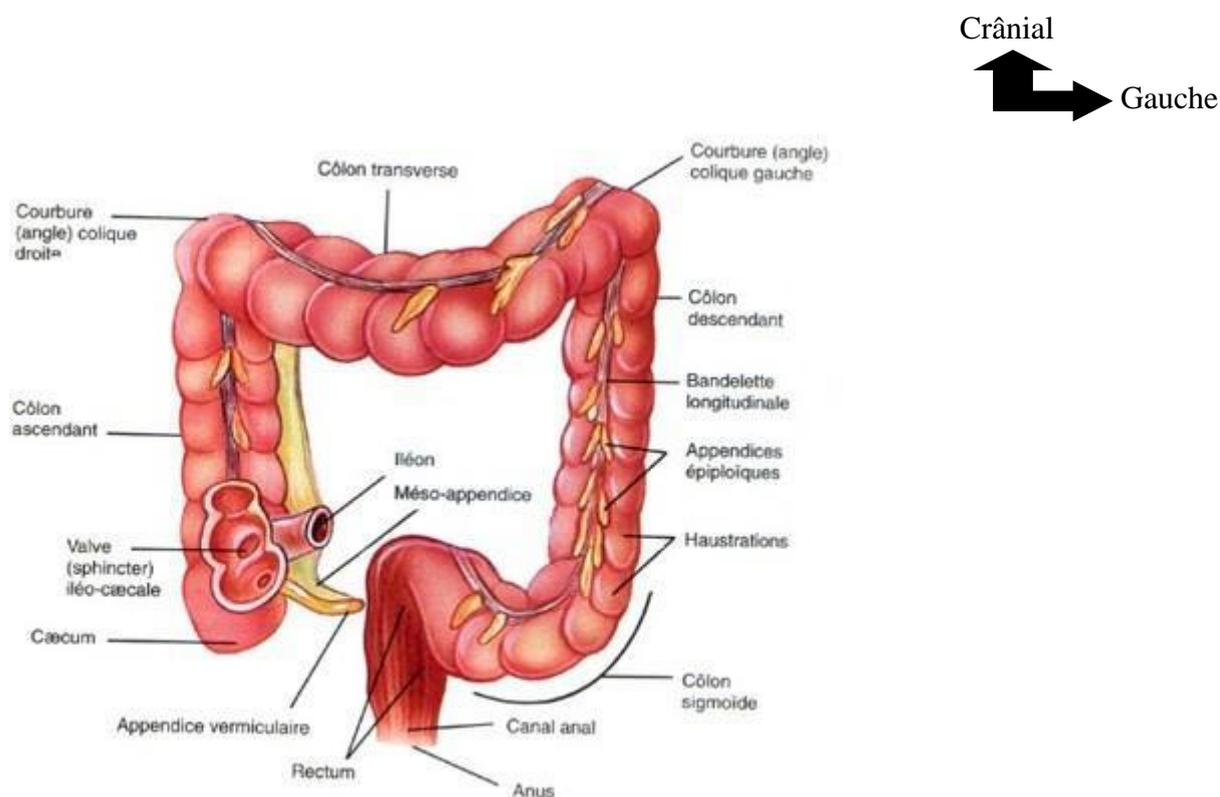


Figure 2 Colon-rectum-Canal anal

1-5 -LES GLANDES ANNEXES :

1-5-1-FOIE : le foie est le plus volumineux des glandes de l'organisme indispensable à la vie par ses fonctions métaboliques (stockage du glucose sous forme de glycogène, fonction de détoxification, élaboration de la bile etc....).

C'est un organe thoraco-abdominal situé sous le diaphragme, dans l'étage sus mésentérique : l'hypochondre droit, l'épigastre et en partie dans l'hypochondre gauche. 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 par les voies biliaires : excrétée en permanence par le foie, elle est stockée dans la vésicule biliaire et excrétée au moment de la digestion.

1-5-2 – LE PANCREAS :

Le pancréas est une glande volumineuse, rétro-péritonéale avec ses fonctions exocrines et endocrines dont la sécrétion externe, le suc pancréatique contient des enzymes essentielles à la digestion. En relation étroite avec le duodénum, il s'étend transversalement, au-devant de la colonne vertébrale lombaire, dont il épouse la saillie antérieure, et celles des gros vaisseaux de l'abdomen. Il est légèrement oblique en haut et à gauche depuis la partie descendante du duodénum jusqu'à la rate et se place en grande partie en arrière de l'estomac. On lui décrit trois portions : la tête, le corps, et la queue. 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 Santorini.

1-5-3- LA RATE :

La rate un organe lymphoïde connecté au système porte. La rate joue un rôle très important dans la fabrication et le stockage des éléments figurés du sang. Elle intervient également dans la lutte contre les infections microbiennes. Elle est dans la loge sous-phrénique gauche derrière la grosse tubérosité de l'estomac. La rate se projette sur la paroi thoracique.

2 -STRUCTURE GENERALE DU TUBE DIGESTIF :

A partir de l'oesophage jusqu'au rectum, le tube digestif possède une paroi organisée en tuniques concentriques qui sont de l'intérieur vers l'extérieur :

-Une couche interne muqueuse : qui a selon des endroits, un rôle de sécrétion ou un rôle d'absorption par l'intermédiaire des capillaires ou des chylifères sous

muqueux. Un tissu aréolaire formant la sous muqueuse, comporte un épithélium, une lamina propria (chorion), une muscularis mucosae et des glandes.

-Une couche musculaire moyenne ou musculéuse : formée de deux (2) couches de fibres musculaires lisses : les fibres musculaires circulaires en profondeur et les fibres longitudinales en superficie.

-Une couche externe ou séreuse : soit une couche fibreuse (l'adventice) ; soit une couche séreuse (le péritoine) ; formée par un mésothélium reposant sur un tissu conjonctif lâche, n'existe que dans le trajet abdominal du tube digestif.

2.1. Quelques urgences chirurgicales digestives

2.1.1. Hernie étranglée [12]

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

2.1.1.2. Physiopathologie Une hernie non compliquée est indolore (elle entraîne tout au plus un simple gêne) et son contenu est facilement repoussé dans l'abdomen par simple pression. Parfois, au décours d'un effort par exemple, la hernie n'est plus réductible par les 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 incarcerated 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.

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

Avec le temps et en dehors de tout accident aigu et douloureux, la hernie devient progressivement irréductible, du fait de son volume et des adhérences qui se créent au sein d'un sac épaissi et remanié. La hernie reste cependant peu douloureuse et n'est pas étranglée. Le risque d'étranglement et d'occlusion à bas bruit est cependant élevé et l'intervention s'impose dans un délai bref.

2.1.1.5. Signes cliniques

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

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

A cette douleur isolée au début s'associent plus ou moins précocement des signes d'occlusion : Une douleur abdominale diffuse d'évolution paroxystique, des nausées et vomissements, l'arrêt des matières et des gaz.

L'examen physique retrouve la douleur provoquée à la palpation de la voussure herniaire. Cette douleur est maximale au niveau du collet de la hernie. La hernie est irréductible et n'est plus expansive à la toux. Sa matité à la percussion dénonce la présence du liquide d'épanchement dans le sac herniaire. Le toucher rectal provoque une douleur du côté de la hernie.

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

L'évolution en l'absence de traitement chirurgical peut se faire vers la mort. Le phlegmon Pyo stercoral est une éventualité évolutive : localement la hernie devient chaude, rouge, douloureuse, la peau oedématiée. 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.

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.

2.1.1.6. 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.

2.1.1.7. Diagnostic positif

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

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

2.1.1.8. Diagnostic différentiel

2.1.1.8.1. La péritonite herniaire

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

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

. 2.1.1.8.2. 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.

. 2.1.1.8.3. Les adénites inguinales

Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile.

. 2.1.1.8.4. Les anévrysmes de l'artère iliaque externe

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

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

But :

- Lever la striction ;
- Faire le bilan et la réparation des lésions viscérales ;
- Prévenir les récurrences.

Les complications liées au traitement :

Elles sont nombreuses et souvent graves :

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

- Complications postopératoires :

Elles sont les plus fréquentes :

- hématome au niveau de la plaie opératoire ;
- oedème 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 noeud de suture ;
- les péritonites postopératoires ;
- fistule digestive ;
- névralgie inguinale.

2.1.2. Les péritonites aiguës [13]

2.1.2.1. Définition :

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

. 2.1.2.2. Physiopathologie générale

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

Il s'agit :

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

2.1.2.3. Formes cliniques :

2.1.2.3.1. 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.

2.1.2.3.2. 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 dominant la symptomatologie, alors que

l'examen physique est pauvre : douleur abdominale peu intense ou absente, contracture et défense rares, météorisme indolore, touchers pelviens peu démonstratifs. Ici, l'imagerie peut faire appel à l'échographie (épanchement liquidien péritonéal) si le météorisme n'est pas trop important à la TDM ou encore aux opacifications digestives utilisant des produits hydrosolubles. L'échographie et la TDM peuvent encore guider la ponction de l'épanchement (intérêt diagnostique et bactériologique).

. 2.1.2.3.3. Etiologie :

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

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

. 2.1.2.3.4. 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 électrolytiques, 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.

2.1.2.3.4. Principes du traitement chirurgical :

La chirurgie utilise deux grands moyens :

- le traitement de l'organe responsable ;
- le traitement de la cavité péritonéale (évacuation de l'épanchement péritonéal, nettoyage péritonéal et drainage de la cavité). De plus une évacuation de l'intestin fonctionnellement occlus peut s'avérer indispensable. En pratique, on évacue d'abord la cavité abdominale, puis on traite l'organe, avant de parfaire la toilette péritonéale. Le traitement de l'organe dépend de l'étiologie de la péritonite.

2.1.3. Les appendicites aiguës (14)

2.1.3.1. Définition :

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

2.1.3.2. Epidémiologie :

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

2.1.3.3. Etio-physiopathologie

L'appendicite est due :

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

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

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

2.1.3.5. Etude clinique

2.1.3.5.1. Les signes fonctionnels :

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

2.1.3.5.2. 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.

2.1.3.5.3. Signes physiques

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

2.1.3.5.4. 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.

2.1.3.5.5. 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.

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

Signes fonctionnels : sont les même que dans les formes typiques

Signes physiques : la fosse iliaque droite est le siège d'une masse fluctuante douloureuse. **Signes généraux :** souvent une altération de l'état général, une température à 38–38,5°C (fièvre oscillante).

La NFS montre une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

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

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

Il est souvent favorisé par une antibiothérapie abusive, fait au début de la 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 para cliniques : La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydro-aériques.

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

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

Signes généraux :

Température élevée à 40° c

Pouls accéléré

Signes physiques :

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

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

Signes para cliniques :

Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS.

La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydro-aériques. L'évolution sans traitement se fait vers la mort en quelques heures.

2.1.3.6. Diagnostic différentiel :

L'appendicite peut faire évoquer beaucoup de pathologies chirurgicales et médicales. Les pathologies médicales les plus fréquemment évoquées sont :

Le paludisme : il est parfois caractérisé par :

- une douleur de tout le flanc droit ;
- une fièvre à 39-40°c avec des frissons ;
- des vomissements, sans arrêt des matières ni des gaz ;
- le toucher rectal et le toucher vaginal sont sans douleur ;

- la goutte épaisse est souvent positive.

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

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

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

L'adénolymphite mésentérique :

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

Il faut hospitaliser le malade et suivre l'évolution, soit faire une intervention exploratrice. **La colique néphrétique droite** peut faire penser à une appendicite devant :

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

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

Il y a une pollakiurie, des brûlures mictionnelles. Il n'y a pas de défense de la fosse iliaque droite. La NFS est normale.

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

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

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

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

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

Les pathologies chirurgicales :

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

Il faut savoir éliminer :

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

Chez le vieillard : un cancer du caecum.

Chez l'enfant : un diverticule de Meckel.

Chez la vieille femme : une lithiase vésiculaire.

2.1.3.7. Formes cliniques

2.1.3.7.1. 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 du flanc droit (surtout lombaires) ;
- des nausées ;
- une constipation ;
- une température de 38°-39°c avec des frissons parfois ;
- des troubles urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles).

2.1.3.7.2. 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 de 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 l'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-caecale : est caractérisée par des douleurs lombaires droites à différencier de la colique néphrétique.

Appendicite méso coeliaque : caractérisée par :

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

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

2.1.3.7.3. Principe du traitement des appendicites aiguës :

Le seul traitement est l'appendicectomie.

2.1.3.7.3.1. L'abcès appendiculaire nécessite :

- une appendicectomie ;
- une antibiothérapie.

2.1.3.7.3.2. La péritonite nécessite :

- une réanimation médicale pré, per, post-opératoire, jusqu'à la reprise du 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.

2.1.3.7.3.3. 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.

2.1.4. LES OCCLUSIONS INTESTIALES AIGUËS (15)

2.1.4.1. 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.

2.1.4.2. Physiopathologie :

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

- une obstruction ;
- une compression ;
- une strangulation.

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

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

Elle entraîne tôt des troubles ischémiques de l'intestin.

Dans les strangulations, la circulation est d'abord perturbée sur le retour veineux alors que l'artère continue à amener le sang dans la zone strangulée. Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ; d'où une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre hydro-électrolytique. La strangulation favorise la fermentation des matières dans l'intestin d'où production de gaz qui va s'accumuler à la partie supérieure de l'anse strangulée alors que le liquide reste à la partie inférieure.

L'air et le liquide seront séparés par un niveau qui est toujours horizontal. A la radiographie, l'air sera perçu comme une image noire avec un niveau blanc (clair) horizontal inférieur.

Une élévation de pression des gaz dans l'intestin en amont de l'obstacle peut entraîner une perforation de l'intestin, c'est la perforation diastatique.

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

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

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

2.1.4.3. Signes cliniques :

2.1.4.3.1-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.

2.1.4.3.2-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.

2.1.4.3.3. Les signes physiques sont caractérisés par :

A l'inspection :

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

A la palpation :

- une douleur provoquée dont le siège traduit la zone de souffrance de l'intestin ;

- une absence de contracture ;
- une tuméfaction qui n'est retrouvée que dans certains cas.

A la percussion : La présence d'un tympanisme, souvent tardif.

A l'auscultation : La présence et l'accentuation de bruits 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.

2.1.4.3.4. Les signes paracliniques :

- La radiographie de l'abdomen sans préparation, debout 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 préciser le nombre, le siège et l'aspect des niveaux hydro-aériques.

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

- 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 hydro-électrolytiques. 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 hypernatrémie), l'azotémie ou la créatinémie (souvent une hyperazotémie ou un hypercréatinémie).

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

Formes cliniques

2.1.4.4.1. En fonction du siège

Signe d'occlusion	Siège de l'occlusion	
	grêle	colon
Douleur	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	Abondant
Niveaux hydro-aériques	Plus larges que hauts	Plus hauts que larges
Lavement baryté	Normal	Montre le siège, le mécanisme et la cause
Transit du grêle	Montre le siège de l'occlusion	Normal

2.1.4.4.2. 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 un antécédent d'alternance de diarrhée et de constipation. Une tumeur à la palpation parfois.

2.1.4.4.3. En fonction de l'étiologie et de l'âge :

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

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

La maladie de Hirschprung ;

L'immaturité du colon pour le grêle ;

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

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

- l'invagination intestinale aiguë ;
- maladie Hirschprung.

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

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

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

- le volvulus du sigmoïde (surtout au Mali) ;
- le volvulus de la grêle sur bride qui 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).

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 antimitotiques, etc....

. 2.1.4.5. Traitement des occlusions

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

Le traitement Médical

Il consiste en :

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

Le traitement chirurgical :

Il est fonction de l'état général, du siège, de la cause, et du mécanisme de l'occlusion. Pour le volvulus du sigmoïde il faut pratiquer en urgence :

- une laparotomie ;
- une détorsion du sigmoïde ;
- une sigmoïdectomie.

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

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

- une laparotomie ;
- la section de la bride.

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

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

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

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

2.1.5-La thrombose hémorroïdaire [16] :

La maladie hémorroïdaire est une affection fréquente même si son épidémiologie et sa physiopathologie ne sont pas parfaitement connues. Les principaux facteurs de risque clairement identifiés sont les troubles du transit et les épisodes de la vie génitale féminine, les autres facteurs communément incriminés n'ont pas une implication démontrée. Ses modes d'expression cliniques sont multiples, un malade sur dix, seulement, nécessite une intervention chirurgicale, les autres sont traités efficacement par le traitement médical.

2.1.5.1. Rappel anatomique

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales, On distingue :

- Le réseau hémorroïdaire externe tributaire de l'artère pudendale.
- Le réseau hémorroïdaire interne dépendant de l'artère rectale supérieure.

Leur fonction : contribuent à la continence anale « fine », interviennent dans la discrimination selles/gaz et solide/liquide et participent au tonus de base du canal anal.

Le retour veineux se fait par les veines rectales supérieures, moyennes et inférieures vers la circulation porte et cave inférieure.

2.1.5.2. Les manifestations cliniques :

2.1.5.2.1- La thrombose hémorroïdaire interne :

2.1.5.2.1.1- La thrombose hémorroïdaire interne non extériorisée :

En fait rare, elle se manifeste par une douleur vive, permanente, intra canalaire.

Le toucher rectal la perçoit sous la forme d'une petite masse arrondie, dure, douloureuse, bleutée à l'anuscopie.

2.1.5.2.1.2- La thrombose hémorroïdaire interne prolabée :

La thrombose hémorroïdaire interne prolabée peut être circulaire ou plus localisée. Elle se manifeste par une vive douleur associée à un prolapsus tendu qui devient irréductible, oedémateux, violacé, voire noirâtre en son centre. L'évolution peut se faire vers le sphacèle ou vers la régression lente avec parfois des marisques résiduelles.

2.1.5.2.2-La thrombose hémorroïdaire externe :

La thrombose hémorroïdaire externe est la seule manifestation des hémorroïdes externes : petite tuméfaction bleutée, dure, douloureuse, le plus souvent unique, située sous la peau de la marge anale. Il peut exister une réaction oedémateuse. L'évolution spontanée se fait soit vers la nécrose avec énucléation du thrombus, soit vers la résorption du caillot en quelques semaines, laissant comme séquelle un « sac » cutané vide appelé « marisque ».

2.1.5.3. Traitement :**2.1.5.3.1- Traitement médical :****2.1.5.3.1.1- Les règles hygiéno-diététiques :**

Les recommandations classiques concernant l'éviction des épices, de l'alcool, du tabac, du café, etc. ne reposent sur aucune base scientifique valide. L'utilisation du froid et de bains de siège, préconisée par certains, n'est pas davantage fondée sur des preuves.

2.1.5.3.1.2- Les topiques :

L'efficacité de ces spécialités est mal évaluée ; elles paraissent efficaces sur la douleur peut-être en raison de leur excipient lubrifiant ou de la présence d'un protecteur mécanique facilitant la défécation, ou grâce au dérivé corticoïde qu'elles contiennent.

2.1.5.3.1.3- La régularisation du transit :

La correction des troubles du transit et en particulier de la dyschésie est importante. La prescription d'un mucilage et/ou l'augmentation de la ration

quotidienne en fibres alimentaires est conseillée pour le traitement à moyen terme des symptômes de la maladie hémorroïdaire.

2.1.5.3.1.4- Les veinotoniques :

Le rationnel de l'utilisation des veinotoniques repose sur leur effet vasculotrope et, pour certains, anti-inflammatoire. De nombreux produits sont disponibles et proposés pour le traitement de la maladie hémorroïdaire (diosmine, ginko-biloba, troxérutine, rutoside, etc.). Leur prescription très répandue dans les manifestations aiguës de la maladie contraste avec le peu de données scientifiques validant leur efficacité.

2.1.5.3.1.5- Les antalgiques et les anti-inflammatoires :

- Les antalgiques périphériques de classe 1 et 2 sont efficaces sur les douleurs des thromboses hémorroïdaires ;
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont probablement les médicaments les plus efficaces sur la douleur des thromboses hémorroïdaires en raison de leur action antalgique et anti-oedémateuse.

2.1.5.3.2- L'excision de thrombose hémorroïdaire :

- L'excision consiste à réséquer le caillot, l'ensemble du sac vasculaire et une partie de son revêtement cutané ;
- La plaie résultante de l'intervention cicatrise en 2 à 3 semaines, avec parfois un suintement séro-hématique ;
- Une application de topiques à visée cicatrisante et la prise d'antalgiques de classe 1 pendant 48 heures sont prescrites après la procédure ;
- L'incision ou l'excision de thrombose hémorroïdaire interne sont contre-indiquée du fait du risque hémorragique.

2.1.5.3.3- Traitement instrumental :

Les trois principaux traitements instrumentaux utilisés et validés dans la littérature sont :

- l'injection de sclérosant : chlorhydrate double de quinine urée (Kinurée H) ;
- la photo-coagulation par infrarouge ;

- la ligature élastique.

2.1.5.3.4- Traitement chirurgical :

Les principaux traitements chirurgicaux utilisés et validés dans la littérature sont :

- Les gestes portant sur le tissu hémorroïdaire : hémorroïdectomie pédiculaire ;
- Les gestes portant sur le sphincter interne : la sphinctérotomie interne a été proposée comme seul traitement du prolapsus hémorroïdaire circulaire thrombosé ;
- Les gestes visant à réduire le prolapsus et à traiter la composante vasculaire : Hémorroïdopexie par agrafage circulaire ou technique dite « de Longo ». « Hemorroidal arterial ligation » (HAL) Doppler, « recto anal repair » (RAR).

2.1.5.3.5- Les indications thérapeutiques

- Le traitement médical est généralement très efficace sur la douleur. La thrombose peut cependant persister 2 à 3 semaines avant de se résorber, en laissant éventuellement une marisque, ce dont le malade doit être informé ;
- Les thromboses uniques, externes et non oedémateuses sont efficacement traitées par excision.
- Les poly-thromboses ou les thromboses très douloureuses ou oedémateuses relèvent de la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- Le traitement instrumental et à fortiori les topiques et les veinotoniques sont inefficaces pour prévenir les récurrences des thromboses hémorroïdaires.
- La prescription de fibres peut être conseillée. En cas de thromboses invalidantes et récidivantes, une hémorroïdectomie pédiculaire peut être conseillée.
- Cette intervention peut être réalisée sans difficulté ou complication particulière en urgence devant un prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé sphacélé ou résistant à 48 heures de traitement médical.

Conclusion

La maladie hémorroïdaire est une affection fréquente aux modes d'expression cliniques multiples. Les principaux facteurs de risque identifiés sont les troubles

du transit et les épisodes de la vie génitale féminine. Un malade sur dix, seulement, nécessite une intervention chirurgicale, les autres sont traités efficacement par le traitement médical et surtout instrumental.

METHODOLOGIE

IV.METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude.

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective allant du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2022, soit une durée totale de 06 ans.

2. Cadre d'étude :

Le service de chirurgie générale de l'hôpital de SIKASSO a servi de cadre à notre étude ;

3. Présentation géographique de la région de Sikasso



Carte des cercles de Sikasso

La région de Sikasso ou 3^e région administrative du Mali, occupe le sud du territoire national entre 12°30' latitudes nord et la frontière ivoirienne d'une part et 8°45' longitudes ouest et la frontière burkinabé d'autre part. Elle est limitée au nord par la région de Ségou, au sud par la République de Côte d'Ivoire, à l'ouest par la république de Guinée, à l'est par le Burkina Faso et au nord-ouest par la région de Koulikoro. D'une superficie de 71790 Km² soit 5,8% du territoire national, la région de Sikasso compte 5 cercles (Sikasso, Kadiolo, Kolondièba, Yanfolila, et Yorosso), 1 commune urbaine (Sikasso), 144 communes rurales et 1831 villages avec une population de 3.242.000 habitants en 2015. La région de Sikasso, la seule région du Mali qui s'étend en exclusivité dans la zone humide

et subhumide, occupe une zone comprise entre les isohyètes 750 mm au nord et 1400 mm au sud.

4. Présentation de l'hôpital de Sikasso :

4.1. Situation géographique et l'implantation :

L'hôpital de Sikasso est situé au quartier Lafiabougou non loin du commissariat de police du 2ème arrondissement sur la route de Missirikoro en face du village CAN annexe. Il a 5 portes d'accès :

- Une porte principale destinée aux patients et usagers,
- Une porte destinée aux véhicules d'urgences,
- Une porte destinée à l'entrée du personnel,

L'ensemble de ces portes fait face à la route de Missirikoro ;

- Une porte d'accès de la morgue qui est située sur la façade Nord,
- Une porte d'accès des sapeurs-pompiers située sur la façade Est.

L'hôpital de Sikasso couvre une superficie d'environ huit (8) hectares (ha). Ce complexe hospitalier est pavillonnaire et comprend 21 bâtiments avec un mur de clôture de 1,7km linéaire. La pose de la première pierre a été faite en Novembre 2007 et l'inauguration a eu lieu le 18 Octobre 2010 sous la présidence de son Excellence Feu M. Amadou Toumani TOURE.

Le déménagement s'est déroulé le 29 Novembre 2010.

LES LOCAUX

a- Bloc hospitalisation chirurgie

- 1 salle d'accueil
- orientation ;
- 1 salle VIP à 1 lit ;
- 6 bureaux ;
- 2 grandes salles à 8 lits ;
- 2 grandes salles 6 lits
- 2 salles isolées de 1 lit
- 1 salle de garde des infirmiers

- 1 salle de soins ;
- 1 salle de garde des internes ;
- 4 toilettes
- Un Ascenseur

b- Bloc opératoire et stérilisation centrale

- Bloc opératoire
- 3 salles d'opération ;
- 1 salle de réveil avec 2 lits
- 1 salle de préparation des patients ;
- 2 bureaux ;
- 1 salle de garde des aides ;
- 2 salles de garde des anesthésistes ;
- 2 toilettes ;
- 2 vestiaires ;
- 1 salle d'entrée des produits ;
- 1 salle de sortie des linges salles

c- Stérilisation générale

- 1 aire de lavage ;
- 1 aire d'emballage ;
- 1 salle d'autoclave ;
- 2 salles de stockage du matériel stérilisé ;
- 1 salle de livraison du matériel stérilisé ;
- 2 toilettes ;
- 1 bureau ;
- 2 vestiaires ;
- 1 salle de garde.

d- Bloc du service d'accueil des urgences

- 2 salles d'accueil - orientation ;
- 3 box de tri ;

- 1 salle de soins ;
- 1 salle de plâtre ;
- 1 salle de petite chirurgie ;
- 1 salle de bain malade ;
- 2 salles d'observation à 3 lits ;
- 4 bureaux ;
- 1 salle de garde des internes ;
- 1 salle de garde des chirurgiens ;
- 1 salle de garde des médecins ;
- 2 salles de garde des infirmiers ;
- 2 toilettes.

e- Service de réanimation

- 1 salle d'accueil – orientation
- Une grande salle d'hospitalisation à quatre (4) lits
- Deux (2) salles VIP
- Une salle de garde des infirmiers
- Trois (3) bureaux

LE PERSONNEL :

f- Chirurgie

Il se compose de :

- Trois chirurgiens généralistes.
- Un chirurgien pédiatre
- 6 étudiants hospitaliers (faisant fonction d'interne)

Quatre infirmiers :

- 2 techniciens supérieurs de santé ;
- 2 Techniciens de Santé

g- Réanimation

Il se compose de :

Deux (2) médecins anesthésistes et réanimateurs

Sept (7) assistants médicaux anesthésistes réanimateurs

Six (6) infirmiers

h- Activités du service de chirurgie

- Les consultations externes du Lundi au vendredi.
- Les hospitalisations se font tous les jours.
- Les jeudis sont les jours de bloc pour la chirurgie viscérale.
- Chaque matin, il est organisé un staff de 45minutes.
- La visite des patients hospitalisés à partir de 08H 45mn.
- Les vendredis le staff général d'une heure.
- Le programme opératoire est établi chaque Vendredi.
- La sensibilisation des accompagnateurs se font tous les lundis.
- Une équipe de garde comprenant un chirurgien et un étudiant hospitalier est toujours détaché pour recevoir les urgences.

5. Echantillonnage.

Nous avons recensé 600 patients pendant notre période d'étude, qui répondaient aux critères d'inclusion.

□ Critères d'inclusion.

Tout patient consentant ayant été pris en charge pour urgences chirurgicales digestives.

□ Critères de non inclusion.

- Tout patient présentant une urgence chirurgicale autre que digestive.
- Tout patient ayant un abdomen aigu chirurgical décédé avant la prise en charge.
- Toute urgence digestive médicale.

6. Méthodes et patients.

Tous les malades à l'admission, ont eu un examen clinique complet. Au terme de cet examen, ceux dont le diagnostic d'urgence chirurgicale digestive était évident ont eu un Bilan Préopératoire (B.P.O.) et ou d'imagerie. Les interventions

chirurgicales ont été réalisées par un chirurgien qui décidait de la technique opératoire.

□ **Les variables.**

Nous avons étudié les variables suivantes :

- variables sociodémographiques : âge, sexe, profession, résidence ;
- signes cliniques ;
- signes paracliniques ;
- diagnostic : pré et peropératoire ;
- traitement : avant et après admission (opérateur, technique, Anesthésie, gestes effectués) ;
- complications : per et post opératoire ;
- suivi post opératoire : suites à un à trois mois et à 6 mois.

□ **Traitement.**

- Anesthésie : l'anesthésie générale + IOT (Intubation Orotrachéale) et la rachianesthésie ont été utilisées au cours de notre étude.
- Traitement chirurgical : la majorité des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical par laparotomie. La voie d'abord variait d'un diagnostic à un autre et modifiable en peropératoire selon les cas.

□ **Suivi des patients :**

Le suivi des malades a été effectué au service sur rendez-vous, ou par appel téléphonique après l'intervention. Le temps minimal de suivi a été de six mois.

7. Supports :

Les supports utilisés étaient :

- des dossiers médicaux des malades ;
- des registres d'hospitalisation ;
- des registres de comptes rendus opératoires ;
- des fiches d'enquêtes individuelles ;
- des registres de consultations externes ;

- le protocole d'anesthésie.

8. Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et traitées aux logiciels Microsoft Excel 2016, SPSS 20.

La comparaison des résultats a été faite par le test statistique de Chi2 avec comme seuil de signification $P < 0,05$.

Considérations éthiques :

Tous nos patients ont bénéficié d'un counseling associé au consentement éclairé verbal avant l'intervention chirurgicale. Tous ceux qui ont été opérés, ont tous acceptés de participer à notre étude.



RESULTATS

V RESULTATS

1- Fréquence des urgences chirurgicales digestives par rapport aux autres activités du service :

Sur une période de 6 ans, nous avons recensé **600 cas** d'urgences chirurgicales digestives sur **10300 consultations** soit **5,82%** et **44,80%** des patients opérés (**1339**).

2 - Répartition des patients selon la tranche d'âge

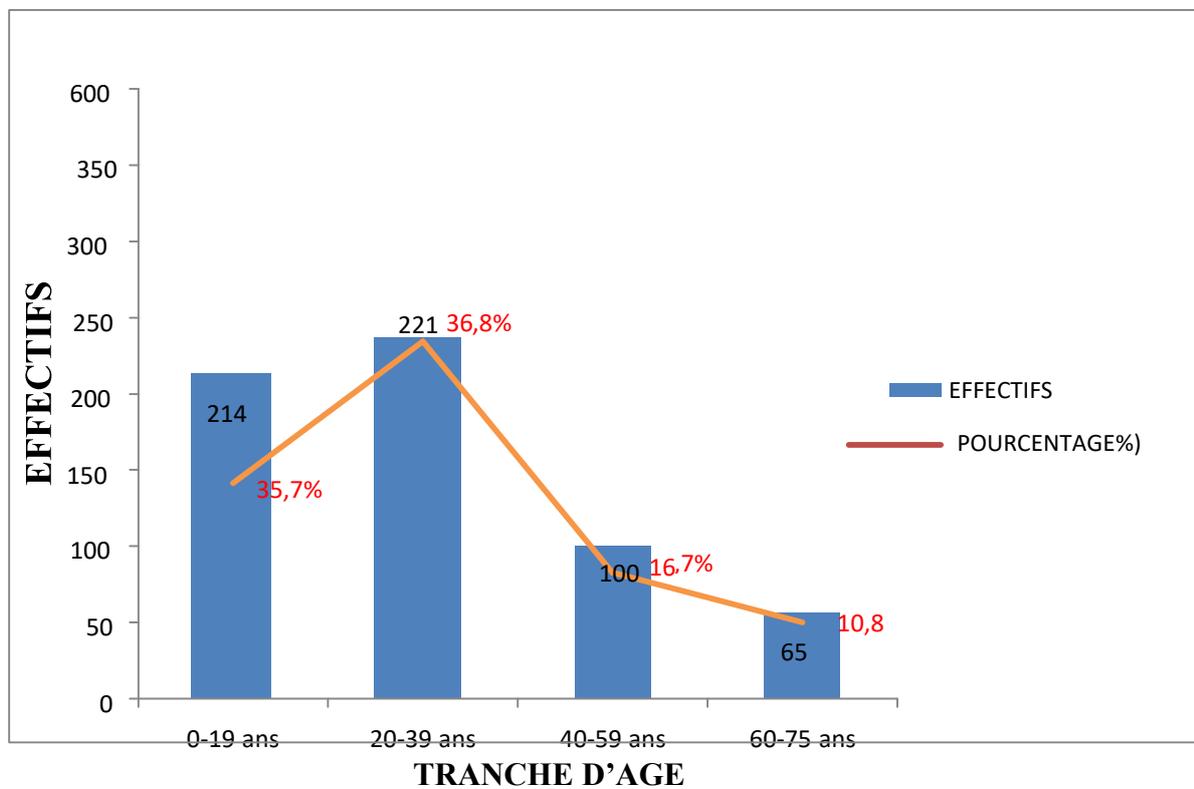


Figure 3 Répartition des patients selon l'âge

La majorité de nos patients, soit **36,8%** avait un âge compris entre **20-39 ans**. La moyenne d'âge a été de **27,5 ans**. Les extrêmes étaient de **1 an** et de **75 ans**.

Ecart type = **13,45**

3-Répartition des patients selon le sexe

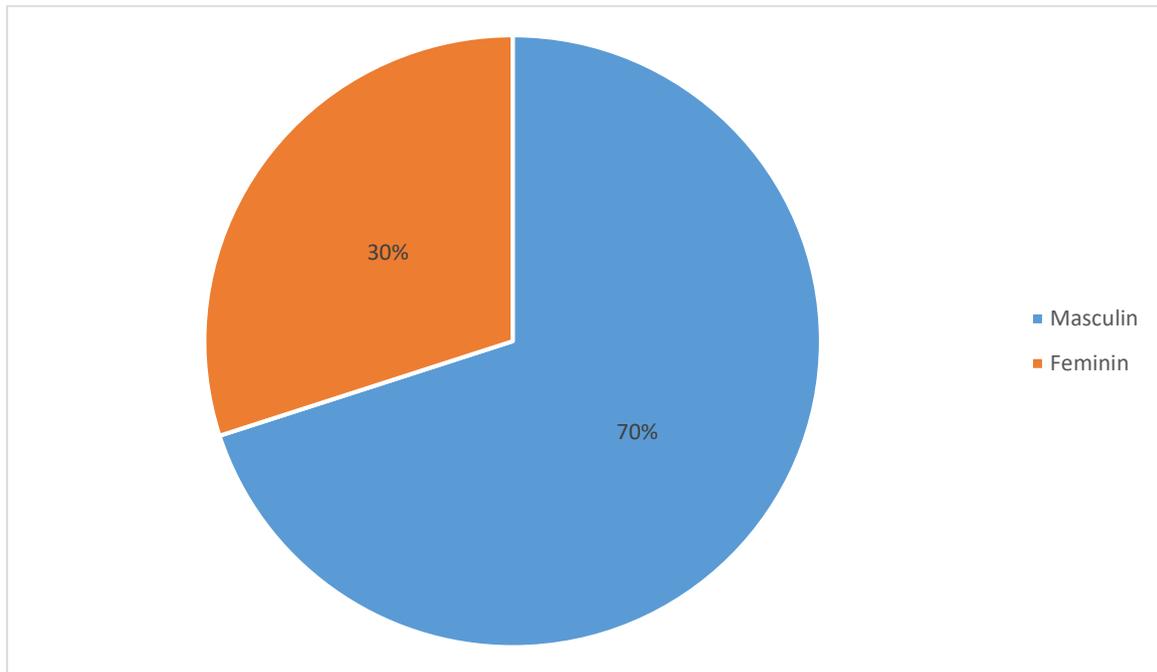


Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin a été majoritaire avec **70%(n=420)**.

Le sex-ratio a été de **2,3** en faveur des hommes.

Tableau I : Répartition des patients selon la provenance

PROVENANCE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Sikasso	237	39,5
Autres	363	60,5
Total	600	100,0

La plupart de nos patients provenait des autres villages avec **60,5 % des cas**.

4-Répartition des patients selon la nationalité

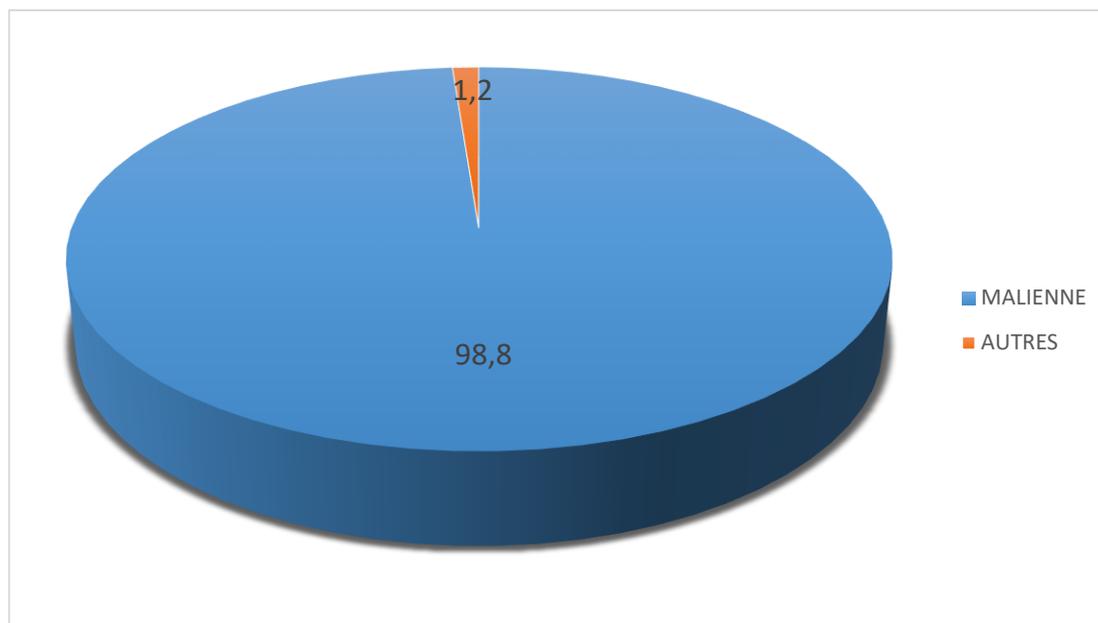


Figure 5 : Répartition des patients selon la nationalité

La nationalité malienne était la plus représentée avec **98,8%(n=593)**.

NB : les autres nationalités étaient constituées d'Ivoirienne et de Burkinabé

Tableau II : Répartition des patients selon la profession

PROFESSION	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Comptables	2	0,3
Enseignants	5	0,8
Médecins	1	0,2
Militaires	7	1,2
Infirmiers	3	0,5
Cultivateurs	196	32,7
Ménagère	104	17,3
Elève/étudiant	128	21,3
Commerçant	7	1,2
Ouvrier	43	7,2
Tailleur	5	0,83
Enfant	99	16,5
Total	600	100,0

Les cultivateurs représentaient **32,7%** de nos patients.

Tableau III : Répartition des patients selon le mode d'admission

ADRESSER_PAR	EFFECTIFS	POURCENTAGE
médecin	529	88,2
infirmier	27	4,5
Venu de lui-même	44	7,3
Total	600	100,0

Environ trois quart de nos patients ont été référés soit **92,7%**

Tableau IV : Répartition des patients selon le mode de transport

MODE DE TRANSPORT	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Ambulance	65	10,8
Taxi	535	89,2
Total	600	100,0

Le taxi a été le moyen de transport le plus utilisé avec **89,2%**

Tableau V : Répartition des patients selon le délai d'admission

DELAI D'ENTREE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Moins de 30 minutes	100	16,7
Entre 30 minutes et 12 heures	350	58,3
Entre 12 et 24 heures	150	25
TOTAL	600	100

La majorité des patients ont été admis entre 30min et 12h de leurs références soit **58,3%**.

Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation

MOTIF DE CONSULTATION	EFFECTIFS	POURCENTAGE
douleur abdominale	540	90,0
arrêt des matières et gaz	8	1,3
météorisme	2	,3
Tuméfaction inguinale	9	1,5
Tuméfaction ombilicale	19	3,2
douleur anale	22	3,7
Total	600	100,0

Le motif de consultation était dominé par la douleur abdominale soit **90%**.

Tableau VII : Répartition des patients selon les antécédents médico-chirurgicaux

ANTECEDENTS	EFFECTIFS	POURCENTAGE	
Médicaux	HTA	30	5,0
	VIH/SIDA	5	0,8
	Diabète	20	3,3
	HTA + diabète	11	1,8
	Asthme	5	0,8
	Drépanocytose	5	0,8
	Aucun	524	87,3
chirurgicaux	Myomectomie	5	0,8
	Hernie	16	2,7
	Adénomectomie	10	1,7
	Appendicite aigue	40	6,7
	Césarienne	25	4,2
	Aucun	504	84,0

Seulement **12,5%** des patients avaient des antécédents médicaux.

16,1% des patients avaient un antécédent chirurgical.

Tableau VIII : Répartition des patients selon les caractéristiques de la douleur

CARACTERISTIQUES	EFFECTIFS	POURCENTAGE	
	FID	127	21,2
	Hypochondre droit	25	4,2
	FIG	13	2,2
	Ombilicale	18	3,0
siège	Epigastre	20	3,3
	hypochondre gauche	31	5,2
	Diffus	349	58,2
	Région anale	12	2,0
Mode de début	Brutal	407	67,8
	Progressif	193	32,2
	Brulure	30	5,0
Type	Piqure	379	63,2
	Torsion	33	5,5
	Poignard	38	6,3
	crampe	8	1,3
	colique	109	18,2
	pesanteur	3	,5
Intensité	Modérée	561	93,5
	Forte	16	2,7
	Très forte	23	3,8
Evolution	Permanente	544	90,7
	Intermittente	56	9,3

La douleur diffuse, de début brutal, a type de piqure, d'intensité modérée, d'évolution permanente était la forme la plus fréquente.

Tableau IX : Répartition des patients selon l'arrêt des matières et des gaz

ARRET DE MATIERES ET DE GAZ	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Précoce	54	9
Tardive	100	16,7
Non	446	74,3
Total	600	100

L'arrêt des matières et des gaz a été trouvé dans **25,7%** des cas

Tableau X : Répartition des patients selon la survenue des nausées et vomissements

NAUSEES/VOMISSEMENTS		EFFECTIFS	POURCENTAGE
Alimentaire	Précoce	430	71,7
	Tardive	70	11,7
Bilieux	Tardive	26	4,1
Non		74	12,3
TOTAL		600	100

La majorité des patients ont présenté des nausées et ou des vomissements soit **87,7%**.

Tableau XI : Répartition des patients selon les signes généraux

SIGNES GENERAUX	CONSTANTE	EFFECTIF	POURCENTAGE
	S	S	
Température °C	<37,5	229	38,2
	[37.5-38.5]	82	13,7
	[38.5-39.5]	282	47
	>39.5	7	1,2
Pouls(pouls/min)	[60-80]	33	5,5
	[80-100]	527	87,8
	>100	40	6,7
Fréquence respiratoire (cycle/minute)	[14-22]	582	97
	>22	18	3,0
Tension Artérielle (cmhg)	non prise	8	1,3
	<10/6	2	0,3
	[10/6-14/9]	589	98,2
	>14/9	1	0,2
Indice de Karnofsky	80%	125	20,9
	70%	450	75
	60%	20	3,3
	50%	5	0,8

La majorité des patients soit **47%** avaient une température comprise entre **38,5°C** et **39,5°C**.

Le pouls était normal chez **87,8% des patients**.

La majorité des patients avait une fréquence respiratoire normale avec **97%** des cas.

La tension artérielle était normale chez **98,2% des patients**.

L'indice de Karnofsky était coté à **70%** chez **75 patients**.

Tableau XII : Répartition des patients selon la défense ou la contracture abdominale

DEFENSE OU SIEGE CONTRACTURE	EFFECTIFS	POURCENTAGE	
Défense	FID	150	25,0
	Epigastre	30	5,0
	Inguinale	30	5,0
	Ligne blanche	5	0,8
	Ombilicale	10	1,7
Contracture	Généralisée	345	57,5
Aucune défense ni contracture		30	5,0
TOTAL		600	100,0

La contracture abdominale était présente chez **57,5% des patients**

Tableau XIII : Répartition des patients selon le résultat de la percussion

PERCUSSION	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Matité	200	33,3
Tympanisme	70	11,7
Normale	330	55,0
Total	600	100,0

La percussion a été normale dans **55%** des cas suivie de la matité avec **33,3%**.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le résultat de l'auscultation abdominale

AUSCULTATION	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Bruits hydro-aériques normaux	196	32,7
Bruits hydro-aériques diminués	288	48,0
Bruits hydro-aériques augmentés	115	19,2
Silence abdominal	1	0,2
TOTAL	600	100,0

Les bruits hydro aériques étaient diminués dans **48% des cas.**

Tableau XV : Répartition des patients selon le résultat du toucher pelvien

T.R. /T.V.	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Normal	140	23,3
Douleur à droite	150	25,0
Douleur à gauche	20	2,5
Douglas bombé	215	35,8
Douleur diffuse	75	12,5
TOTAL	600	100,0

Le douglas était bombé chez **35,8% des patients.**

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

HEMOGLOBINE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
<10g/dl	141	23,5
>10g/dl	459	76,5
TOTAL	600	100,0

Plus de 7 sur dix des patients avaient un taux d'hémoglobine >10g/dl soit **76,5%** des cas.

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

HEMATOCRITE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
<35%	171	28,5
>35%	429	71,5
TOTAL	600	100,0

Le plus grand nombre des patients avait un taux d'hématocrite normal soit **71,5%**.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le groupage sanguin/rhésus

GROUPAGE/RHESUS	EFFECTIFS	POURCENTAGE
A positif	103	17,2
A négatif	17	2,8
B positif	123	20,5
B négatif	17	2,8
AB positif	28	4,7
AB négatif	3	0,5
O positif	282	47,0
O négatif	27	4,5
TOTAL	600	100,0

La majorité des patients avait un groupage / rhésus O positif avec **47% des cas**.

Tableau XIX : Répartition des patients selon la glycémie

GLYCEMIE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Hypoglycémie	8	1,3
Normale	590	98,3
Hyperglycémie	2	,3
TOTAL	600	100,0

La glycémie était normale chez **98,3% des patients**.

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

RESULTATS	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Niveaux hydro-aériques	125	20,8
Pneumopéritoine	146	24,3
Grisailles diffuses	16	2,7
Normal	85	14,2
Non fait	228	38,0
TOTAL	600	100

Le pneumopéritoine a été retrouvé chez **24,3% des patients**.

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

RESULTATS	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Normale	4	0,7
Epaississement de la paroi appendiculaire	209	34,8
Epanchement péritonéal	220	36,7
Abcès appendiculaire	30	5,0
Non faite	137	22,8
TOTAL	600	100,0

La majorité des patients avait un épanchement péritonéal à l'échographie soit **36,7%**.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire

DIAGNOSTICS	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Appendicite aiguë	128	21,3
cholécystite	15	2,5
Péritonite aiguë	223	37,1
Occlusion intestinale aiguë	88	14,7
Hernie étranglée	37	6,2
Thrombose hémorroïdaire	25	4,2
hémoperitoine	68	11,3
Invagination intestinale aiguë	16	2,7
TOTAL	600	100

La péritonite aiguë a été majoritaire avec **37,2%**

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le type d'anesthésie

TYPES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Rachianesthésie	142	23,7
Anesthésie générale + IOT	458	76,3
Total	600	100,0

L'anesthésie générale et la rachianesthésie ont été les types d'anesthésies les plus utilisés avec **76,3% et 23,7%**.

Tableau XXIV Répartition des patients selon la voie d'abord

VOIES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Point de mac Burney	128	21,3
Inguinale	11	1,8
Médiane sus ombilicale	103	17,2
Médiane sous ombilicale	24	4
Médiane sus et sous ombilicale	254	42,3
arciforme autour de l'ombilic	24	4
pararectale	15	2,5
Transverse sous ombilicale	16	2,7
Anale	25	4,2
TOTAL	600	100,0

La voie d'abord la médiane sus et sous ombilicale a été le plus utilisé avec **42,3% des cas.**

Tableau XXV : Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire

DIAGNOSTICS	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Appendicite aiguë	128	21,3
cholécystite	15	2,5
Péritonite aiguë	223	37,2
Occlusion intestinale aiguë	88	14,7
Hernie étranglée	37	6,2
Thrombose hémorroïdaire	25	4,2
Hémoperitoine	68	11,3
Invagination intestinale aiguë	16	2,7
TOTAL	600	100

La péritonite aiguë a été la pathologie la plus fréquente avec **37,2% des cas.**

Tableau XXVI : Répartition des patients selon l'état de l'appendice en per opératoire

FORMES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Catarrhale	45	35,2
Phlegmoneuse	55	42,9
Abcès appendiculaire	20	15,6
Gangrène	8	6,3
TOTAL	128	100,0

L'Appendicite phlegmoneuse a été la forme la plus fréquente avec **42,9%** en per opératoire

Tableau XXVII : Répartition des patients selon l'étiologie des péritonites

ETIOLOGIES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Perforation gastrique	50	22,4
Péritonite appendiculaire	125	56,1
Péritonite postopératoire	10	4,5
Perforation iléale	25	11,2
Pyo ovaire rompu	13	5,8
TOTAL	223	100,0

Les péritonites étaient d'origine appendiculaire dans **56,1% des cas.**

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'étiologie des occlusions intestinales aiguës

ETIOLOGIES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Tumeur gastrique sténosante	29	32,9
Tumeur colique sténosante	29	32,9
Volvulus du sigmoïde	30	34,2
TOTAL	88	100,0

Les tumeurs ont constitué **65,8%** des étiologies des occlusions intestinales aiguës.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la position des paquets hémorroïdaires

POSITIONS	EFFECTIFS	POURCENTAGE
3H ;7H ;11H	16	64
7H ;11H	3	12
3H ;7H	3	12
Couronne	3	12
TOTAL	25	100,0

La position 3H ;7H ;11H a été retrouvé dans **64% des cas**.

Tableau XXX : Répartition des patients selon les types de hernie étranglée

TYPES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Hernie inguinale	18	48,6
Hernie ombilicale	16	43,2
Hernie de la ligne blanche	3	8,1
TOTAL	37	100,0

La hernie inguinale étranglée a été le type de hernie la plus fréquente avec **48,6%**

Tableau XXXI : Répartition des patients selon le délai de prise en charge

TEMPS	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Moins de 30 minutes	100	16,7
Entre 30 minutes et 12 heures	480	80
Entre 12 heures et 24 heures	20	3,3
TOTAL	600	100,0

Le délai moyen de prise en charge était compris entre 30 min et 12 heures soit **80%**

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

TRAITEMENTS	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Médical	400	66,7
Traditionnel	150	25,0
Aucun	50	8,3
Total	600	100,0

La majorité des patients ont reçu un traitement médical avant l'admission soit **66,7%**.

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le traitement préopératoire

TRAITEMENT	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Réhydratation	170	28,3
Antalgiques	90	15
Antibiothérapie	240	40
Réhydratation + antalgique + ATB	100	16,7
Total	600	100,0

Une antibiothérapie seule a été administrée chez **40%** des patients.

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le traitement postopératoire

TRAITEMENT	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Réhydratation + antalgique + ATB	565	94,1
Bain de siège +ATB + antalgique +réhydratation	35	5,8
Total	600	100,0

La majorité des patients soit **94,1%** ont reçu le traitement: Réhydratation+Antalgique+antibiotique.

Tableau XXXV : Répartition des patients selon les gestes effectués

GESTES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Appendicectomie	178	29,6
Cure de la hernie	37	6,2
Résection/anastomose	64	10,7
Iléostomie	25	4,2
Colostomie	2	0,3
Appendicectomie + toilette péritonéale	126	21
Suture de la perforation + toilette péritonéale	29	4,8
Hemorroïdectomie Selon Milligan et Morgan	25	4,2
Section des brides	25	4,2
Annexectomie	58	9,7
Desinvagination manuelle	8	1,3
cholécystectomie	23	3,8
TOTAL	600	100,0

L'appendicectomie et l'appendicectomie + toilette péritonéale ont été les gestes les plus effectués avec respectivement **29,6%** et **21%**.

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon les complications peropératoires

COMPLICATIONS	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Hémorragie	3	0,5
Décès	1	0,2
Aucune	596	99,3
TOTAL	600	100,0

La complication peropératoire la plus fréquente a été l'hémorragie avec **0,5%** suivi d'un cas de décès.

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon les suites opératoires pendant l'hospitalisation

PATHOLOGIES	SUITES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Péritonites aiguës	Suites simples	190	31,7
	Suppuration pariétale	33	5,5
Thrombose hémorroïdaire	Simple	20	3,3
	Hémorragie	3	0,5
Occlusion intestinale aiguë	Rétention urinaire	2	0,3
	Suites simples	84	14,0
Hernies	Fistule digestive	2	0,3
	Décès	2	0,3
Appendicite aiguë	Suites simples	37	6,2
Invagination intestinale aigue	Suites simples	128	21,3
hémoperitoine	Suites simples	16	2,7
cholécystite	Suites simples	68	11,3
TOTAL		600	100,0

La suppuration pariétale a été la complication la plus fréquente pendant l'hospitalisation avec **5,5% des cas**.

ETUDE ANALYTIQUE

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation en jour et pathologies

PATHOLOGIES	0-10	11-20	20-30	Décès
Appendicite aiguë	120	5	0	0
Péritonite aiguë	200	19	2	2
Cholécystite	2	13	0	0
Invagination intestinale aiguë	11	4	1	
hémopéritoine	58	10	0	0
Hernie étranglée	25	11	1	0
Occlusion intestinale aiguë	10	78	0	1
Thrombose hémorroïdaire	23	2	0	0
Total	451	142	4	3
pourcentage(%)	75,2	23,7	0,7	0,5

La plupart des patients, soit **75,2%** avait une durée d'hospitalisation comprise entre 0 et 10 jours. La durée moyenne d'hospitalisation a été de **10,6 jours**.

Tableau XXXIX : Répartition des patients selon le délai de consultation et diagnostics

DIAGNOSTICS	24H	24H-48H	48H-72H	>72H
Appendicite aiguë	20	78	15	15
cholécystite	1	6	4	4
Péritonite aiguë	0	73	100	50
Occlusion intestinale aiguë	3	20	15	50
Hernie étranglée	12	7	12	6
Thrombose hémorroïdaire	0	0	0	25
hémoperitoine	46	10	10	2
Invagination intestinale aiguë	1	2	7	6
TOTAL	83	196	163	158
Pourcentage	13,8	32,7	27,2	26,3

Environ 1/3 des patients ont consulté entre 24 H et 48 H du début des symptômes.

Tableau XL : Répartition des suites opératoires après 1 mois en fonction des pathologies

PATHOLOGIES	SUITES OPERATOIRES A 1 MOIS			
	Simple	suppuration pariétale	Eviscération	décès
Appendicite aiguë	123	5	0	0
Péritonite aiguë	210	10	1	2
Occlusion intestinale aiguë	86	1	0	1
Hernie étranglée	37	0	0	0
Thrombose hémorroïdaire	25	0	0	0
Invagination intestinale aiguë	16	0	0	0
hemoperitoine	68	0	0	0
cholécystite	10	5	0	0
Total	575	21	1	3
Pourcentage(%)	95,8	3,5	0,2	0,5

La suppuration pariétale a été la complication la plus fréquente à 1 mois post opératoire avec **3,5%**.

Tableau XLI : Répartition des patients selon les suites opératoires à 3 mois

SUITES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Simple	584	97,3
Éventration	2	0,3
Décès	4	0,7
Perdu de vue	10	1,7
TOTAL	600	100,0

Les suites opératoires ont été simples chez la plupart des patients soit **97,3%** après trois mois d'opération. Dix patients n'ont pas été revus pour suivis, soit 1,7% des cas. Deux patients ont fait une éventration.

5- La fréquence globale des décès en fonction des pathologies

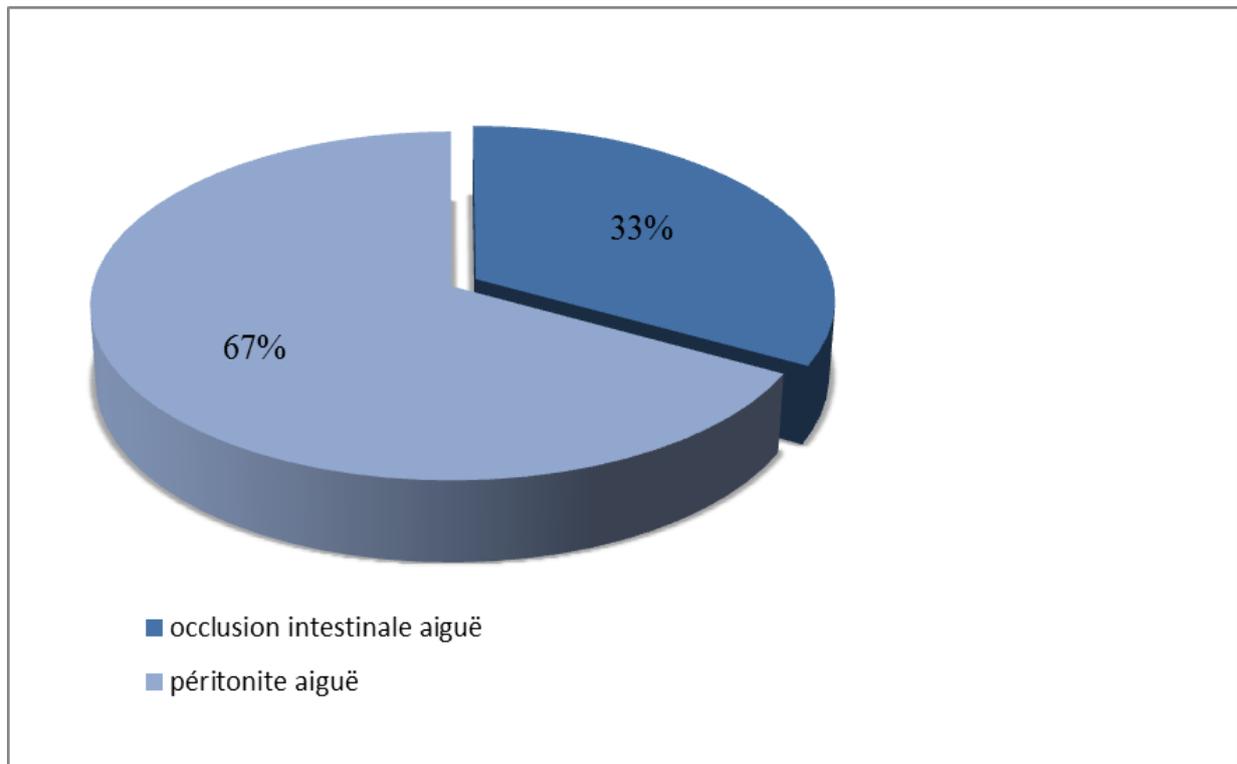


Figure 6 Fréquence globale des décès en fonction des pathologies

La péritonite aiguë a été la pathologie qui a entraîné la plupart des décès par septicémie avec **67%(n=3) des cas.**

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Méthodologie :

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

Cependant nous avons rencontré certaines difficultés à savoir :

- L'insuffisance du suivi post-opératoire due au non-respect des rendez-vous par les patients.
- L'insuffisance de suivi à moyen et long terme postopératoire due au non-respect des rendez-vous postopératoires par les patients.
- Le manque de moyen financier empêchant les patients non-inscrits à une assurance maladie à subvenir correctement au cout de la prise en charge de leur maladie.

3. Fréquence :

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

Auteurs	Effectif	Pourcentage	p
KARIM MAJ [16]	1267	36,68	0,157
HAROUNA [15]	475	25,60	0,003
Y. FANE [5]	200	35,1	0,096
Notre étude	600	44,80	

Au cours de notre étude, l'urgence chirurgicale digestive avait constitué **44,80%** de l'ensemble des interventions chirurgicales à l'hôpital de Sikasso.

Des taux proches ont été trouvés dans l'étude de KARIM MAJ [16], HAROUNA [15] Y. FANE [5] avec respectivement 36,68%, 25,6% 35,1%

Ces données témoignent de l'importance des urgences chirurgicales.

3. Age

Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentée a été de **20 à 39** ans, avec un taux de **36,8 %**.

Ce résultat était comparable à celui de Diafara B. [8] qui avait trouvé dans sa série la même tranche d'âge mais avec un taux sensiblement plus bas notamment **48,6%**. Dans la littérature les urgences chirurgicales digestives avaient concerné l'adulte jeune. l'âge moyen de nos patients a été **27,5**ans.

Le sexe masculin a été majoritaire dans notre étude, soit **70%** avec un sex-ratio de **2,3**.

Ce résultat est comparable à celui de SANGARE S. [10] en **2018** à Bamako qui a trouvé un sex-ratio de **1,80**.

Dans la littérature Africaine, Asiatique, Européenne [17, 18, 19, 20], les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin.

4. Provenance

Nous avons remarqué que **39,5%** des patients venaient de Sikasso. Les autres étaient repartis entre les autres localités du pays et les non nationaux.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que Sikasso a été le lieu de l'étude.

5. Profession

Dans notre série, les cultivateurs, les élèves /étudiants, les ménagères ont été majoritaires avec respectivement **32,7% ; 20,7% et 17,7%**.

Cette situation n'a aucune valeur scientifique car les urgences chirurgicales digestives ne sont pas liées à une activité professionnelle définie.

6. Mode d'admission

La majorité de nos patients ont été évacués soit **91%**. Cela se justifie par la situation de l'hôpital de sikasso au troisième niveau de la pyramide sanitaire du Mali.

7. Délai de prise en charge

Dix pourcent des patients ont été opérés entre 12heures et 24heures de leur admission puis **58,3%** ont été opérés entre **30min et 12 heures** après leur admission. Ceci s'expliquerait par les faits suivants :

- les problèmes financiers des familles pour l'exécution de certains examens (biologie et radiologie) et des frais d'ordonnances.
- L'insuffisance de matériels et des personnels soignants.

9. L'examen clinique

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

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

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

Mabiala – Babela J.R. et coll. [21] ont trouvé **100 %** des cas de douleur dans leur série.

Padonou N. et coll. [18] ont eu **100 %** des cas de douleur dans leur série. M. KONATE [22] a rapporté **100 %** des cas de douleur dans son étude.

- Toucher pelvien (le toucher rectal et vaginal)

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

Dans notre série au toucher rectal, la douleur à droite du cul de sac de Douglas était trouvée dans **25 %** des cas, elle était localisée partout dans le Douglas dans **35,8 %** des cas et absente dans **15%** des cas.

Le toucher vaginal a été normal chez **23,3 %** de nos patientes.

10. Contribution des examens para cliniques au diagnostic

- Biologie

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

Nous avons pratiqué le taux d'hémoglobine et d'hématocrite chez tous nos patients.

Echographie

L'échographie a une place importante dans le diagnostic des urgences chirurgicales digestives. Au cours de notre étude, elle a été l'imagerie la plus réalisée chez nos patients soit **77,2 %**. La pratique de cet examen en urgence, obligeait un déplacement du patient hors de l'hôpital par ses propres moyens ; d'où le retard à la prise en charge thérapeutique due à l'absence d'une équipe de garde à l'unité d'imagerie.

Certains de nos patients ont été référés avec un résultat d'échographie.

Elle a aidé au diagnostic dans **463 cas**. Dans **9 cas**, soit **1,5 %**, elle est apparue non contributive au diagnostic comme dans une étude faite au Maroc Abi F. et coll. [23] : dans **48 cas** de réalisation, l'échographie n'a pas aidé au diagnostic dans 17 cas soit **35,42 %**. On peut en conclure que le diagnostic d'un abdomen aigu est surtout clinique et ne doit pas être retardé en l'absence d'échographie.

- ASP

Nous avons réalisé l'ASP chez **62 %** des patients au cours de l'étude. Il n'a pas été contributif dans **14,2%** des cas. Il a montré **20,8%** des cas de niveaux hydro-aériques et **24,3%** des cas de pneumopéritoinies.

Ces résultats de l'ASP se rapprochent à ceux de **Karim MAJ** à l'hôpital préfectoral d'Inezgane à Marrakech [16] qui a trouvé dans sa série le pneumopéritoine à l'ASP dans **36,22%** des cas Il était absent dans **14,49 %** des cas.

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

- Le scanner

Dans notre série, 10 patients ont bénéficié d'un scanner. Ce qui objectivé une tumeur gastrique perforée.

La place du scanner dans le diagnostic des douleurs abdominales aiguës chirurgicales est actuellement reconnue primordiale [18, 24].

11- Répartition des 4 premières urgences digestives par ordre de fréquence selon les auteurs

Rhône France 2003 [25]	Williams burg USA 2004 [26]	Dakar 2016 [18]	Bougouni Mali 2009 [10]	Tiznit Maroc 2004-2005 [27]	Hôpital préfectoral d'Inezgane 2014-2015[16]	notre étude 2022
Appendicite aiguë	Appendicite aiguë	Occlusion Intestinale	Peritonite aigue	Appendicite aiguë	Appendicite aiguë	Péritonite aiguë
Cholécystite aiguë	Cholécystite aiguë	Péritonite aiguë	Appendicite aiguë	Cholécystite aiguë	Cholécystite aiguë	Appendicite aiguë
Occlusion intestinale	Occlusion intestinale	Appendicite aiguë	Hernie étranglée	Occlusion intestinale	Occlusion intestinale aiguë	Occlusion intestinale aiguë
Péritonite aiguë	Péritonite aiguë	Traumatisme abdominal	Abcès appendiculaire	Péritonite aiguë	péritonite aiguë	Traumatisme abdominal

Les étiologies des urgences abdominales chirurgicales sont variées dans les séries africaines.

A Bougouni, la péritonite aiguë occupe la première place, à Dakar, elle constitue la deuxième cause après les occlusions intestinales aiguës contrairement aux séries menées aux USA, en

Europe et au Maroc où l'appendicite aiguë a été la première cause des urgences chirurgicales suivie de la cholécystite, puis les occlusions intestinales et la péritonite en dernier lieu.

Dans notre série la péritonite est la première, suivie de l'appendicite puis de l'occlusion intestinale aiguë et du traumatisme abdominal.

Cette différence est liée au lieu de réalisation de l'étude et à la fréquence de ces pathologies (Péritonites aiguës, appendicites aiguës, occlusions intestinales aiguës et traumatismes abdominaux).

Fréquence des urgences chirurgicales digestives

12.2. Péritonite aiguë :

Auteurs	Effectifs	Pourcentages	P
HAROUNAY, Niger 2001[14]	209	20,8	0,009
KONATE M, Mali 2005 [3]	60	32,9	0,3283
FANE Y. [5]	33	16,5	
Notre étude	223	37,2	

Dans notre étude, le diagnostic de péritonite a été posé dans **223 cas** en préopératoire, et en peropératoire le même diagnostic a été retrouvé. Dans **146 cas**, l'ASP a contribué à porter l'indication opératoire.

Seulement dans **4 cas**, il n'a pas été contributif (présence de grisaille diffus dû à la présence de liquide dans le cadre iléo colique retrouvé dans la péritonite).

Dans la littérature, les auteurs [**18, 30, 13, 33**] apportent que l'ASP est l'examen morphologique de choix dans le diagnostic de péritonite.

La péritonite a occupé la première place (**37,2%**) des urgences chirurgicales digestives suivie de l'appendicite aiguë dans notre pratique. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de Harouna Y. et All au Niger [**24**] **28,2%**. Contrairement aux études menées aux USA, en Europe et au Maroc où elle a été la quatrième cause des urgences chirurgicales digestives avec respectivement **6,09% ; 4,04 % et 9,01%**. Ceci s'expliquerait par la fréquence dans notre étude de la complication de l'appendicite aigue et l'automédication par la prise d'antiinflammatoire. **12.3.**

12.1. Appendicite aigue

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

Auteurs	Effectifs	Pourcentages	P
BERTHE I. D Mali 2008 [9]	22	21,27	0,56882
KONATE M. Mali 2005[3]	278	28,77	0,12643
Notre étude	128	21,3	

Au cours de notre étude, le diagnostic d'appendicite a été posé dans **128 cas**.

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

Ces données ont été rapportées dans les littératures Européenne [2, 28, 29] et Africaine [30, 18].

On pourrait en conclure que le diagnostic d'appendicite est clinique et ne doit pas attendre un examen paraclinique pour se déterminer à porter une indication opératoire.

Le taux d'appendicite dans notre série était de **21,3 %** se rapproche de celui obtenu par BERTHE I. D [9] au service de chirurgie « A » du CHU du Point G et par M. KONATE au Mali CHU Gabriel TOURE [3].

L'appendicite aiguë est considérée en Europe comme la première cause des urgences chirurgicales abdominales [29]. Dans les autres séries africaines [31, 32], elle occupe la troisième place après l'occlusion et la péritonite.

12.5. Occlusion intestinale aiguë :

Au cours de l'étude, nous avons retenu en préopératoire le diagnostic d'occlusion dans **88 cas**. Dans **99 %** des cas, le même diagnostic a été retrouvé en peropératoire. Un cas d'appendicite mésocoliaque a porté diagnostic différentiel avec l'occlusion soit **1% des cas**. Dans **84 cas**, l'**ASP** a aidé au diagnostic. Il n'a pas été demandé dans **4 cas**. Nous en concluons que l'**ASP** contribue à compléter la clinique dans le diagnostic des occlusions intestinale aiguë. L'occlusion intestinale aiguë occupe la troisième place des étiologies des urgences chirurgicales digestives de notre étude.

- Mécanisme des occlusions

Dans notre étude, le mécanisme le plus fréquent a été l'obstruction tumorale avec **65,8 %** contre **34,2 %** pour la strangulation de l'ensemble de notre échantillon.

Ce résultat se rapproche de certains auteurs qui ont trouvé l'obstruction plus fréquente que la strangulation : **74 %** contre **26 %** pour **Adloff [37]** sur **109 cas** et **77 %** contre **23 %** pour **Abi F. [23]** sur **100 cas**.

Ce résultat diffère à ceux de certains auteurs : Harouna Y. (Niger), Sidibé (Mali) [**24, 38**] qui ont trouvé dans leurs séries une fréquence des occlusions par strangulation plus élevée que les autres mécanismes.

Chez nous comme à Dakar et en Europe prédominent les occlusions par tumeurs colorectales ou par brides selon T.M.M et all [**39**], Adiadia G [**40**] et Roscher [**17**].

Alors que chez beaucoup d'auteurs africains Harouna Y [**24**] Padonou [**18**] la hernie étranglée et le volvulus ont été les causes de strangulation les plus fréquentes.

- Le diagnostic peropératoire

. Volvulus du sigmoïde

Le volvulus du sigmoïde, dans notre étude, a un taux de **33,34 %**. Ce taux est supérieur à celui de Boubacar [**41**] **24 %** et de Malick [**42**] au Mali **26,2 % (P =0,2725)**.

12.3. Hernie étranglée

La hernie étranglée a un taux de **6,2%** dans notre série. Ce taux est superposable à celui de

Gbessi Dansou Gaspard au Benin [34] qui a eu **15,38%**. Ce taux est inférieur à celui de Harouna Y. au Niger [24] qui a eu **9,8 %** des cas (**P = 0,1938**).

Il est inférieur à celui de Mabilia-Babela J.R. et coll. [21] Congo **24,75 %** (**P = 0,5272**). Il est moins élevé en Europe **1/1500** cas pour Papagrigoriadas S et Coll. [35], **1 %** pour Bargy F et Coll. [36]. Cela pourrait s'expliquer par la prise en charge précoce des hernies en Europe qu'en Afrique.

12.6. La thrombose hémorroïdaire

Au cours de notre étude, **25 cas** de thrombose hémorroïdaire ont été enregistrés soit **4,2%** de l'ensemble des urgences digestives. Le diagnostic est clinique et ne doit attendre aucun examen paraclinique pour poser l'indication opératoire car c'est une urgence chirurgicale. L'hémorroïdectomie selon Morgan et Milligan a été la technique utilisée chez tous nos patients. Ce résultat est statistiquement supérieur à une étude menée à l'hôpital préfectoral d'Inezgane [16] qui a trouvé **3,33%**. Ceci pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon.

12.7. Suites opératoires

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

Dans notre étude, les suites opératoires se sont compliquées d'infection pariétale dans **5,5 %** dont **5,5 %** pour les péritonites.

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

Konate M. [22] au Mali CHU Gabriel TOURE : **18,75%** ; Mabilia-Babela J.R. [21] au Congo : **20,11%**.

Les suites opératoires ont été simples dans **93 %** des cas.

Au cours de l'étude, nous avons constaté **4** décès soit **0,7 %** contre **3,74%** chez BERTHE

I.D. [8] et **4,46 %** chez Boubacar [41]. Ce taux de mortalité faible dans notre série serait dû à la précocité de la prise en charge. La péritonite aigüe a été la principale cause de décès soit (**66,33 %**) des cas.

Contrairement aux études menées par M Konaté [22] au Mali CHU Gabriel Touré et Harouna Y. [24] au Niger où l'occlusion intestinale aigüe a été la principale cause de décès avec respectivement **65 %** et **50%**.

La majorité de nos patients (**99,1%**) a été revue après un mois de leur intervention. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patients (**60,5,5 %**) résidaient à Sikasso.

VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place importante en chirurgie de par leur fréquence élevée et du fait qu'elles concernent l'enfant et l'adulte jeune. A l'hôpital de Sikasso, les étiologies sont multiples qui sont entre autre les péritonites aiguës, les appendicites aiguës, les occlusions intestinales aiguës, les hernies étranglées, et les thromboses hémorroïdaires d'où la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire. Le retard à l'intervention augmente le cout et le délai de la prise en charge ainsi que le risque de complication. L'examen clinique est la clef du diagnostic dans notre contexte et suffit à lui seul à mettre en route un traitement approprié.

VII- RECOMMANDATIONS

A la fin de notre étude, nous recommandons :

A la population

- De consulter sans délais, dans un centre de santé devant toute douleur abdominale aiguë.
- D'éviter l'automédication.

Aux centres de santé de la périphérie

- D'éviter l'administration prolongée d'antalgiques devant une suspicion d'abdomen aigue.
- De redynamiser la caisse de solidarité du système de référence-évacuation.
- De faire la formation continue du personnel.

A l'hôpital de Sikasso

- De faire la formation continue du personnel.
- De doter la salle de pansement et de réanimation en matériels adéquats de qualité et de quantité.
- De créer un système de sécurité sociale.

Aux autorités sanitaires

- De former en nombre suffisant de spécialistes de chirurgie viscérale, de réanimation et de radiologie.
- D'équiper les structures de santé en moyens matériels diagnostics (radiographie, échographie, scanner), thérapeutiques (produits médicamenteux de première nécessité et de première urgence) et personnels.
- De mettre au point un système de SAMU (Service d'Assistance Médicale Urgente).
- De renforcer les centres de santé de deuxième niveau en personnel adéquat et suffisant (personnel médical et paramédical).

- D'élaborer un programme d'information ; d'éducation et de communication à l'intention des populations sur la gravité et les dangers de l'automédication et du traitement traditionnel en matière d'urgences chirurgicales abdominales.



BIBLIOGRAPHIE

VIII-BIBLIOGRAPHIE

1. **Fongoro M.** urgences chirurgicales digestives au centre de santé de référence de San. Thèse médecine San, 2022
2. **Mondor H.** Diagnostic urgent abdomen. Paris Masson, 1965 : 119.
3. **Encycl. Méd Chirurgicale.** Elsevier Masson SAS.(Paris)2004;ISBN :9782842990312.
4. **Brower** Ency Med Chir Urgences (Paris) 2004; 2: 24048B10.
5. **Hassan MM.** Guide pratique des urgences chirurgicales viscérales. Thèse médecine.
FES,2013 ;307p
6. **Konate M.** Urgences Chirurgicales à H.G.T. Thèse de Méd- Bamako, 2005 : 91; 238.
7. **I.A. Magagi, H. Adamou, O. Habou, A. Magagi, M. Halidou, K. Ganiou** urgences digestives en Afrique subsaharienne :étude prospective d'une série de 622 patients a l'hôpital national de Zinker,Niger. bull. Soc.Pathol. Exot. (2017) 1101 :191.
8. **Berthe ID.** Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du point G. Thèse médecine Bamako, 2008, p102
9. Lebeau R, Diané B, Kassi AB, Yénon KS, Kouassi JC urgences abdominales digestives non traumatiques au CHU de Cocody 2011
10. **Harouna Y.** Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger)
11. **SAMASSEKOU P.** Urgences chirurgicales digestives au centre de référence
Koulikoro.2009; Médecine d'Afrique Noire 2001, 42 (2) p.
12. **Diallo G, Ongoïba N, Yéna S, Diakité I, Traoré DAK, Koumaré AK.**
Hernie inguinale étranglée à l'hôpital de point G. Mali Médical 1996; (XI), 3- 4,
39- 41.

13. **Barbier J, Carretier M, Rouffineau J et al.** Péritonites aiguës Encycl. Chirurgie urgence, 24048 B10. 2-1988. 18 P.
14. **Donnelly NJ, Semmens JB, Fletcher Dr, Holman CD.** Appendicectomy in west Australia: Profil and trends: 1981 – 1992. MJA 2001 ; 175 : 15p.
15. **Encyclopédie Médico-Chirurgicale.** Occlusion intestinale aiguë de l'adulte.
Urgences médico- chirurgicales (EMC) 240 59 A10. 1984.10p.
16. **Karim MAJ.** Bilan d'activité des urgences chirurgicales digestives de l'hôpital préfectoral d'Inezgane sur 2 ans 2014 – 2015, Thèse méd. Marrakech, 2017,189p.
17. **Roscher R, Frank R, Baumane A, Berger HG.** Results of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine Abteilung fur al legemme in chirurgie universitat Uim. Donau. Chir 1991 ; 62(8) : 641-649.
18. **Padonou N et al.** Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au C.H.U de Dakar. Dakar Med 2016 ; 24(1) :30-37.
19. **Padonou N, Diagne B, N'Diaye M, Cherbonnel GM, Noussaume O.** Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques des quatre années (1973-1976) Dakar medical, 1979, 24,190-197.
20. **Samoura L.** Prise en charge des urgences chirurgicales viscérales au CS Réf de Bougouni. Juin 2011
21. **Mabiala–Babela JR, Pandzou N, Koutaba E, Ganga-Zandzou S, SengaP.** Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Brazzaville (Congo). Med Trop 2006; 66: 172- 176.
22. **Diop PS, Ba PA, Ka I, N'doye JM, Fall B.** prise en charge diagnostique des abdomens aigues non traumatiques au service des urgences de

- l'hôpital général de Grand –Yoff : à propos de 504 cas. Bull Med Owendo 2011 ;13(37) :42-46.
23. **Abi F, El fares F, Nechad M.** Unité de chirurgie viscérale des Urgences, CHU. Ibnou Rochd Casablanca. Maroc J. chir (Paris) 1987 Aug- Sep ; 471-474.
 24. **CHEVREL J P, GUERAUD. J, LEVY. B :** Appareil digestif. Masson 1986 ; 223 :119-123.
 25. **Ency Med Chir (EMC) Urgences** (Paris) 2004; 2: 24048B10.
 26. **FANYO G et AL:** Acute abdomen calls for considerable resources analyses of 3727 in patients in the country of Stockholm during quarter of 2001 zakartiding en 2003;(37):4002-4012.
 27. **SAJRADI BRAHIM.** Bilan des urgences chirurgicales viscérales à l'hôpital provincial de Tiznit au cours de 2 années (2004-2005).2013
 28. **Etienne JC.** Diagnostic des urgences chirurgicales Encycl. Méd. Chirurgie (Paris) urgences 1995, 24-039B : 27.
 29. **Adelain TB.** Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service polyvalent d'anesthésie et de réanimation du CHU de Cotonou. Thèse Med Cotonou 1994, N°616.
 30. **Abdou Raouf O, Guikoumbi JR, NDinga JP et Coll.** Les urgences chirurgicales au centre hospitalier de Libreville. Med Trop 2002; 62: 281p.
 31. **Chiche B.** Appendicite aiguë. Encycl Med chir (Paris France) urgence, face 24050 A10 (4304) 1984.
 32. **Mungadi IA, Jabo BA, Agwu NP.** A review of appendicectomy in Sokoto, North- Western Nigeria. Niger J Med 2004; 13 (3): 240- 243.

33. **Camara S.** Problème d'anesthésie et réanimation posé par la chirurgie abdominale d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré ; thèse médecine Bamako (Mali) 1989, 68.
34. **Gbessi DG1, Dossou FM1, Ezin EFM, Hadonou A, Imorou-Souaibou Y, Lawani I, Mehinto DK, Olory Togbe JL, Bagnan KO.** Prise en charge des urgences chirurgicales abdominales à l'hôpital de zone de Comè au Bénin à propos de 169 cas. RAMUR Tome 20 -N°2-2015.56p
35. **Papagrigoriadas S, Browse DJ, Howard ER.** Incarceration of umbilical hernias in adult: a rare but importane complication. Urgences int 1988; 4: 231- 236.
36. **Bargy F, Baudoin S.** Hernies de l'enfant et de l'adulte. Rev Prat 1997 ; 47 : 289 - 294.
37. **Adloff M.** Occlusion intestinale aiguë de l'adulte : Encycl. Med. Chir, (Paris France), urgences 20459 A10 10-1984 : 20 P.
38. **Sidibé MB.** Aspect épidémiologique, clinique et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques. Thèse de méd, Bamako 2003. 94p.03M62.
39. **Wade TMM, Ba PA, Diao ML, Diop B, Cissé M, Konaté I.** Urgences chirurgicales digestives non traumatiques chez le sujet âgé au CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar : à propos d'une série de 110 cas J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. (2016) 10 :190-193 DOI 10.1007/s12157-016-0678-4.191p
40. **Adiadia G.** Contribution à l'étude de péritonites aiguës généralisées chez l'enfant à propos de 100 observations au CHU de Dakar (Sénégal), thèse médecine, Dakar ; 1985 N0 45.
41. **Dembélé BB.** Urgences chirurgicales digestives à l'Hôpital régional de Kayes (Mali) à propos de 112 cas. Thèse Méd –Bamako, 2005 : 61 ; 234

42. **Dembélé M.** Les abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital de point G,273 cas. Thèse méd. 98-M-58.

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : OUATTRA

Prénom : Lassina A.

Titre : urgences chirurgicales digestives à l'hôpital de SIKASSO.

Secteur d'intérêt : service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso.

Pays : Mali.

Ville de soutenance : Bamako.

Année : 2022-2023.

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMOS.

RESUME

Les urgences chirurgicales digestives représentent selon **MONDOR**, France ,1928 [2] des affections digestives, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou peu de jours. Cependant la diversité des problèmes de leurs prises en charge et surtout qu'elles n'ont jamais fait l'objet d'une étude **à l'hôpital de Sikasso**, nous ont motivés à porter un intérêt à ce sujet. Nous avons réalisé une étude prospective et retrospective descriptive allant du **1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2022**, soit une durée totale de 06 ans avec comme objectifs de déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives ; de décrire les aspects cliniques et para cliniques dans la prise en charge des urgences chirurgicales digestives, décrire l'aspect thérapeutique des urgences chirurgicales digestives.

Nous avons recensé **600 patients** opérés pour urgences chirurgicales digestives ce qui correspond à **5,82%** des consultations globales et **44,80%** de l'ensemble des interventions chirurgicales. Le sexe **masculin** était le plus représenté avec un ratio de **2,3**. La moyenne d'âge a été de **27,5 ans**. La majorité des patients

provenait des autres villages. La douleur abdominale a été le motif de consultation dans **90%** des cas. Le diagnostic était essentiellement clinique et paraclinique dans les cas douteux. Il s'agissait de l'échographie, l'abdomen sans préparation et parfois le scanner abdominal. La péritonite aiguë a été la pathologie la plus représentée avec **37,2%**. L'anesthésie générale et la rachianesthésie ont été utilisées avec **76,3 % et 23,7%**. La majorité des patients ont été opérés entre **30minutes** et **12h** de leurs entrées au service soit **80%**. La péritonite aiguë a constitué **67 %** de décès par septicémie. La technique opératoire était décidée en fonction de la pathologie et du choix du chirurgien. Les suites opératoires ont été simples dans la majorité des cas. Le pronostic est bon lorsque la prise en charge est précoce. Le traitement est médico-chirurgical.

Mots clés : Urgences chirurgicales, Tube digestif, chirurgie générale Sikasso.

Fiche d'enquête :

Q1. Numéro de la fiche :/.../.../.../

Q2. Numéro du dossier :/.../.../.../

Q3. Date de consultation :/.../.../.../

Q4. Age (année) :/...../

1= 0 à 20ans 2=20 à 40ans 3= \geq 40ans

Q5. Sexe 1=M 2=F /.../

Q6. L'ethnie :...../.../

1=Bambara 2=Peulh 3= Soninké 4= Miniaka 5= Senufo
6= Dogon 7=Bozo

Q7. Contact à Sikasso :.....

Q8. Provenance:.....

Q9. Nationalité : 1=Malienne 2=Autres /.../ 9.Si autres à préciser :.....

Q10.Profession:...../.../
1=fonctionnaire 2=commerçant 3=cultivateur 4=ménagère 5=élève/étudiant 7=autres 9.Si autres à préciser :.....

Q11.Mode de recrutement : 1=urgence 2=consultation ordinaire /.../

Q12.Adresser par :1=médecin 2 : infirmier 3=lui-même 4 :autres/ 9.Si autres à préciser :.....

Q13. Moyen de transport : 1 : Ambulance 2 : Taxi 3 : autres...../...../ Si autres à préciser :

Q14. Délai de consultation:.....

Date d'entrée.....

Durée d'hospitalisation.....

Date de sortie.....

Q15. Motif de consultation ou de référence :...../...../
1=douleur abdominale 2=arrêt des matières et de gaz 3=météorisme 4=vomissement ou nausées 5=fièvre 6=autres 9.Si autres à préciser :.....

Type d'antécédents :

Q16.Médicaux: 1=oui 2=non /...../ 9.Si oui à préciser :.....

Q17.Chirurgicaux: 1=oui 2=non /...../ 9.Si oui à préciser:.....

Les signes:

Les signes généraux :

Q18.Plis de déshydratations : 1=oui 2=non /...../

Q19.conjonctives et téguments :...../...../
1=pâles 2=colorées 3=ictériques 4=autres 9.Si autres à préciser :.....

Q20.Température en degré Celsius...../...../
1=<37,5 2=[37,5-38,5[3=[38,5-39,5] 4=>39,5 5=non quantifiée(cause) :.....

Q21.Pouls en pulsation par minute:...../...../
1=<60 2=[60-80[3=[80-100] 4=>100

Q22.Fréquence respiratoire en cycle par minute :...../...../
1=<14 2=[14-22] 3=>22

Q23.IMC :...../...../
1=<18,5 2=[18,5-25[3>=25

Q24.Tension artérielle(en cm Hg) :...../...../
1=<10/6 2=[10/6-14/9[3>=14/9

Q25.Score de Glasgow :...../...../
1=<8 2>=8

Les signes fonctionnels:

Douleur abdominale :

Q26. siège de la douleur :...../...../
1=FID 2=hypogastre 3=FIG 4=flanc droit 5=flanc gauche 6=péri ombilicale 7=hypochondre droit 8=épigastre 10=hypochondre gauche 11=diffus 12=autre 99=indéterminé 9.Si autres à préciser:.....

Q27.Les irradiations :...../...../
1=non 2= oui 9.Si oui à préciser:.....

Q28. L'installation de la douleur: 1=brutale 2=progressive /...../

Q29. Type de la douleur/...../
1=brûlure 2=piqûre 3=torsion 4=pesanteur 5=poignard 8=colique 9.Si autre préciser:.....

Q30.la durée d'une crise douloureuse :...../...../

Q31.Intensité : 1=faible 2=modérée 3=intense 4=très intense /.../

Q32. Evolution: 1=Permanente 2=intermittente /...../

Q33. Facteurs d'exacerbation:...../...../
 1=non 2=oui 9.Si oui à
 préciser:.....

Q34. Facteurs d'accalmie:...../...../
 1=non 2=oui 9.Si oui à
 préciser:.....

Q35. Arrêt de matières et de gaz : 1=oui 2=non /...../

Q36. Vomissement : /...../ 1=non 2=oui 9.Si oui à
 préciser:.....

Q37. Ballonnement abdominal : 1=oui 2=non /...../

Les signes physiques :

Inspection :

Q38. Abdomen distendu : 1=oui 2=non /...../

Q39. Respiration abdominale : 1=oui 2=non /...../

Q40. Plaie abdominale : 1=oui 2=non /.../ 9.Si oui préciser : -

Q41. Voussure : 1=oui 2=non /...../

Q42. cicatrice d'intervention chirurgicale : 1=oui 2=non /...../

Q43. Eviscération : 1=oui 2=non /...../

La localisation :.....

Q44. Présence de cicatrices opératoires sur l'abdomen : 1=oui 2=non /...../ 9.Si oui
 préciser le siège :.....

Q45. Tuméfactions abdominales: 1=oui 2=non /...../ 9.Si oui préciser le
 siège:.....

Palpation :

Q46. Douleur : 1=oui 2=non /...../

Q47. Défense abdominale :...../.../.../
 1=oui 2=non 9.Si oui préciser le siège
 :.....

Q48. Contracture abdominale :...../.../.../
 1=oui 2=non 9.Si oui préciser le siège
 :.....

Q49. Présence de masse abdominale: 1=oui 2=non /.../

Q50. Percussion: 1=matité 2=tympanisme /.../

Q51. Auscultation:...../.../
 1=bruits hydro-aériques normaux 2=bruits hydro-aériques diminués

3=bruits hydro-aériques augmentés 4=silence abdominal

Q52.Toucher pelvien :...../...../
 1=fait 2=non fait 9.Si fait ;
 résultat:.....

Examens Complémentaires :

Q53.Hémoglobine...../...../
 1=<10g/dl 2=>10g/dl 1=<35% 2=>35%

Q54.Groupe sanguin et rhésus...../...../
 1=A+ 2=A- 3=B+ 4=B- 5=AB+ 6=AB- 7=O+ 8=O-

Q55. Glycémie: 1=hypoglycémie 2=normale 3=hyperglycémie/...../

Q56. ASP :...../...../
 1=non fait 2=Normal 3=niveaux hydro-aériques 4=opacités 5=croissant gazeux 6=autres 9.Si
 autres à préciser :.....

Q57. Echographie abdominale :...../...../
 1=non fait 2=normale 3= anormale 9.Si anormale, résultat
 :.....

Q 58. Scanner abdominal/...../
 1=normal 2=anormal Si anormal ,résultat
 :.....

Diagnostic :

Q59.Diagnostic préopératoire :...../...../
 1=appendicite 2=cholécystite 3=péritonite 4=occlusion 5=imperforation anale 6=hernie
 étranglée 7=hémopéritoine 8=sténose hypertrophique du pylore 9=thrombose hémorroïdaire
 10=autres 11=indéterminé 12.Si autres à préciser
 :.....

Q60. Diagnostic per opératoire :...../...../
 1=appendicite 2=cholécystite 3=péritonite 4=occlusion 5=imperforation anale 6=hernie
 étranglée 7=hémopéritoine 8=sténose hypertrophique du pylore 9=thrombose hémorroïdaire
 10=autres 11=indéterminé 12.Si autre à préciser
 :.....

Q61.Delai entre l'admission et l'intervention:.....

Traitement :

Traitement reçu avant l'admission:

Q62.Medical moderne: 1=oui 2=non /...../ 9=Si oui à préciser
 :.....

Q63.Traitement traditionnel : 1=oui 2=non /...../ 9.Si oui à
 préciser:.....

Traitement reçu après admission :

-Médical :

Q64. Traitement préopératoire :

Q65. Traitement postopératoire : détailler le traitement post opératoire.....

Chirurgical :

Q66. Operateur :...../...../
1=Chirurgien 2=DES/Interne 3=Etudiant hospitalier

Q67. Type d'anesthésie :...../...../
1=locale 2=locorégionale 3=A.G

Q68. Technique opératoire :.....

Q69. Voie d'abord :...../...../
1=au point Mc Burney 2=inguinotomie 3=para rectale 4=sous costale 5=médiane sus ombilicale 6=médiane sous ombilicale 7=médiane sus et sous ombilicale 8=autres 9.Si autres à préciser :.....

Q70. Gestes effectués :...../...../
1=appendicectomie 2=cholécystectomie 3=résection/anastomose 4=colectomie 5=iléostomie 6= Splénectomie 7=Section des brides 8=Suture de la perforation digestive 10=Colostomie 11=Lavage péritonéal 12=hémorroïdectomie 13=autres 9.Si autres à préciser :.....

Q71. Mise en place d'un drain/...../
1=oui 2=non Si oui préciser le type/...../

Complications :

Q72. Complications peropératoires :...../...../

Complications post opératoires :

Q73. Pendant l'hospitalisation Delai de survenue...../...../

1=oui 2=non 9.Si oui à préciser :.....

Q74. Date de sortie :/...../...../...../

Q75. Durée d'hospitalisation post opératoire en jour :

Suivi post opératoire :

Q76. Suites à un mois :...../...../
1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive 5=éventration

6=éviscération 7=décès 8=autres 10=indéterminées 9. Si autre à préciser
.....

Q77. Suites à deux mois :/...../
1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive 5=éventration
6=éviscération 7=décès 8=autres 10=indéterminées 9. Si autre à préciser
.....

Q78. Suites à trois mois :/...../
1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive 5=éventration
6=éviscération 7=décès 8=autres 10=indéterminées 9. Si autre à préciser
.....

Q79. Suites à six mois :/...../
1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive 5=éventration
6=éviscération 7=décès 8=autres 10=indéterminées 9. Si autre à préciser
.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence **des Maîtres de cette faculté**, de **mes chers condisciples**, devant **l'effigie d'Hippocrate**, je promets et je jure, au nom de **l'Être Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes **soins gratuits** à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des **considérations de religion, de nation, de race, de Parti** ou de **classe sociale** viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine **dès la conception**.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales **contre les lois de l'humanité**. Respectueux et **reconnaissant** envers mes maîtres, je rendrai à **leurs enfants** l'instruction que j'ai reçue de **leur père**. Que les hommes m'accordent **leur estime** si je suis fidèle à **mes promesses**. Que je sois couvert **d'opprobre et méprisé** de mes confrères si **j'y manque**.

Je le jure.