

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple - Un but - Une foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

N°...../

TITRE

**ETUDE DES OCCLUSIONS INTESTINALES
AIGUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE III DU
DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

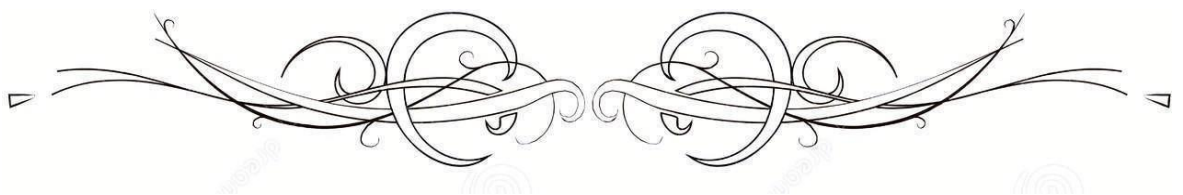
Présentée et soutenue publiquement le 05/12/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. ISSA S FOMBA

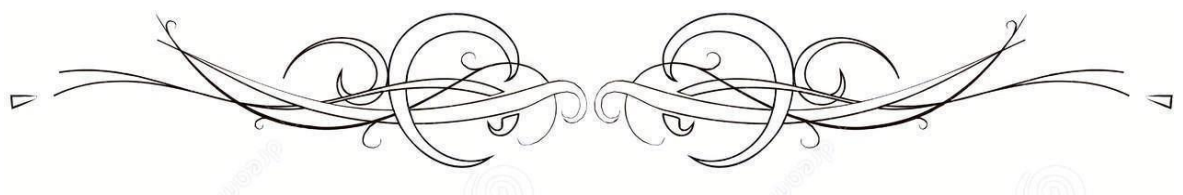
**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)**

Jury

Président	M. Lassana	KANTE	<i>Professeur</i>
Membres	M. Seydou	SANOGO	<i>Chargé de recherche</i>
Co-directeur	M. Idrissa	TOUNKARA	<i>Maitre de conférences</i>
Directeur	M. Boubacar	KAREMBE	<i>Maitre de Conférences</i>



**DEDICACE ET
REMERCIEMENTS**



DEDICACES :

Au nom du Dieu le clément et le miséricordieux louange à ALLAH le tout puissant.

Je dédie ce modeste travail en signe de respect, reconnaissance et de remerciement :

A mes chers parents, qui m'ont aidé, près et de loin.

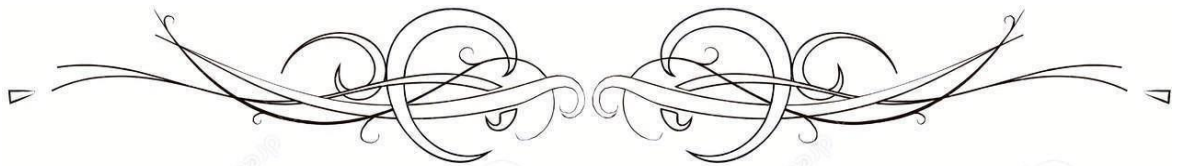
A toute l'équipe de Chirurgie du centre de référence commune3.

A toute ma famille, qui porte le nom FOMBA.

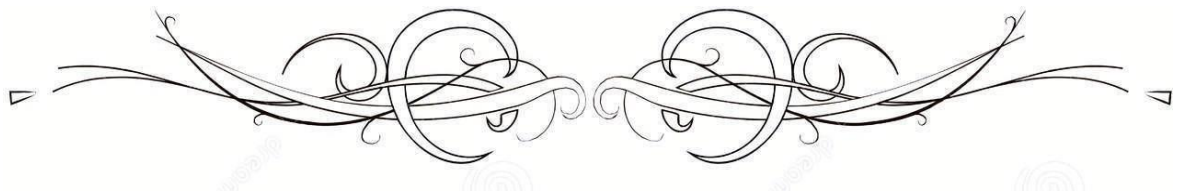
A tout ceux qui ont participé à l'élaboration de ce modeste travail et tous ceux qui nous sont chers.

REMERCIEMENTS :

En tout premier lieu, je remercie le bon Dieu, tout puissant, de m'avoir donné la force pour survivre, ainsi que l'audace pour dépasser toutes les difficultés



HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY



Hommage aux membres du jury

À notre Maître et Président

Professeur Pr KANTE LASSANA

- **Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Membre de l'association française des chirurgiens**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone (ACAF)**
- **Chargé de cours à la FMOS**

Cher Maître,

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

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

Vous êtes un modèle pour nous étudiants de cette faculté. Que Dieu veille sur vous.

À notre Maître et Membre du jury

Dr SANOGO SEYDOU

- **Spécialiste en chirurgie Traumato orthopédiste.**
- **Praticien au C S Réf de la commune III.**
- **Chargé de recherche.**

Cher maître,

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

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

À notre Maître et Codirecteur :

Pr Idrissa TOUNKARA

- **Maître 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,

Cher maître,

Vous nous avez fait l'honneur de co-diriger ce travail,

Votre disponibilité, votre humilité, votre modestie ainsi que votre charisme ont été toujours des valeurs humaines séduisantes pour nous depuis les premiers instants de notre rencontre.

Nous avons acquis auprès de vous non seulement des connaissances scientifiques mais aussi des principes de la vie sociale car vous n'avez établi aucune barrière entre nous.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

À notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Boubacar KAREMBE

- **Maître de Conférences à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien hospitalier**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie (SO CHI MA)**
- **Responsable du service de chirurgie du C S Réf C III**

Cher Maître,

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous vous remercions sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques au cours de notre formation. Vous nous avez toujours impressionnés par la clarté et l'aisance avec laquelle vous savez transmettre votre savoir. Nous avons eu l'opportunité de vous côtoyer et avons apprécié votre simplicité, votre acharnement au travail et surtout votre patience. Ces qualités font de vous un Homme admiré et respecté de tous. Trouvez ici, cher maître, notre profond respect et toute notre gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

OIA : Occlusion intestinale aiguë.

ASP : Abdomen sans préparation.

NHA : Niveau hydro aérique.

FMPOS : Faculté de médecine de Pharmacie et d'odonto-stomatologique.

TR : Toucher rectal.

TV : Toucher vaginal.

NFS : Numération formule sanguine.

FID : Fosse iliaque droite.

FIG : Fosse iliaque gauche.

COLL : Collaborateur.

Hbt : Habitant.

EMC : Encyclopédie -Medico -chirurgicale.

Vit- C : Vitamine c.

IBODE : Infirmier du bloc opératoire diplômé d'état

Metro perf : Métronidazole perfusion.

Med : Médecine.

HTA : Hypertension artérielle.

CHU : Centre Hospitalo- universitaire.

TA : Tension artérielle.

Dg : Diagnostic.

T°C : Température.

FMOS : Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-Stomatologie

J : Jour

L : Litre

L1, L2, L4 : Vertèbres lombaires (1,2 et3)

D1, D2, D3, D4 : Duodénum (1 ;2 ; 3et4)

ml : Millilitre

HIE : hernie inguinale étranglée

HLBE : hernie de la ligne blanche étranglée

HOE : hernie ombilicale étranglée

AMG : Arrêt des matières et de gaz

Listes des Figures

Image1 : Occlusion du grêle par obstruction (Corps étranger).....	17
Image 2 : occlusion du côlon et du grêle.....	29
Figure1 : schéma du grêle [15].....	11
Figure 2 : schéma des différentes portions du colon.....	13
Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe	44
Figure 4 : Répartition des patients selon l'ethnie.....	44
Figure 5 : Répartition des patients selon le traitement traditionnel	45
Figure 6 : Répartition des patients selon le mode d'admission	46
Figure 7 : Répartition des patients selon l'examineur à l'admission	46
Figure 8 : Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie avant la prise en charge chirurgicale.....	47
Figure 09 : Répartition des patients selon les ATCD chirurgicaux	47
Figure 10 : Répartition des patients selon la présence de vomissements	49
Figure 11 : Répartition des patients selon le trouble de transit digestif.....	50
Figure 12 : Répartition des patients selon la température.....	51
Figure 13 : Répartition des patients selon le siège de l'occlusion	57
Figure 14 : Répartition des patients selon le mécanisme de l'occlusion	58

Listes des tableaux

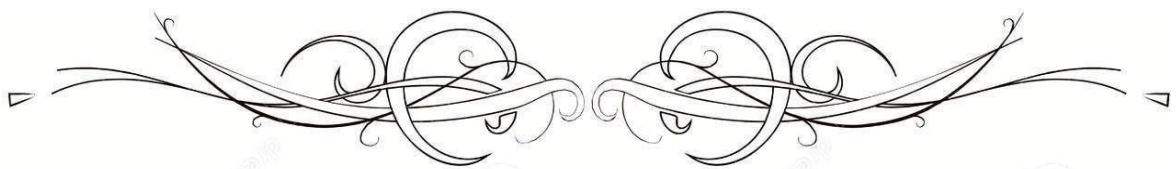
Tableau I : illustrant la Nature, le Siège, le Mécanisme et les Causes des OIA	25
Tableau II : Répartition des patients selon la tranche d'âge	43
Tableau III: Répartition des patients selon la profession	45
Tableau IV : Répartition des patients selon l'évolution de la douleur.....	48
Tableau V : Répartition des patients selon le type de la douleur	48
Tableau VI : Répartition des patients selon le siège initial de la douleur	49
Tableau VII : Répartition des patients selon le type de vomissement	50
Tableau VIII : Répartition des patients selon la nature des vomissements.....	50
Tableau IX: Répartition des patients selon la tension artérielle.....	51
Tableau X: Répartition des patients selon la classification de l'OMS de l'état général.	52
Tableau XI : Les conjonctives des patients.....	52
Tableau XII : Répartition selon Le pouls des patients.	52
Tableau XIII : La répartition selon la présence de cicatrice d'intervention chirurgicale.....	53
Tableau XIV : Répartition des patients selon la nature du météorisme.....	53
Tableau XV : Répartition des patients selon l'Etat de l'abdomen a la palpation.	54
Tableau XVI : Répartition des patients selon l'Etat des orifices herniaires.	54
Tableau XVII : La répartition des patients selon la percussion abdominale (tympanisme).....	55
Tableau XVIII : La répartition selon l'auscultation de l'abdomen (bruits hydroaérique).....	55
Tableau XIX : La répartition selon l'état du douglas au toucher rectal.....	56
Tableau XX : Répartition des patients selon les résultats de l'ASP	56
Tableau XXI : Les patients selon le résultat de l'échographie abdominale.....	57

Tableau XXII : Répartition selon le diagnostic de la radiographie de l'abdomen sans préparation	58
Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'étiologie.	58
Tableau XXIV : Répartition des patients selon les causes grêliques	59
Tableau XXV : Répartition des patients selon les causes coliques	59
Tableau XXVI : répartition des patients selon le traitement médical pré et post opératoire.....	60
Tableau XXVII : Répartition des patients selon la voie d'abord.....	61
Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'Etat de l'anse	61
Tableau XXIX : Répartition des patients selon le geste chirurgical.....	61
Tableau XXX : Répartition des patients selon la complication per-opératoire	62
Tableau XXXI : Répartition selon les suites opératoires immédiates	62
Tableau XXXII : Répartition selon la durée d'hospitalisation post opératoire	63
Tableau XXXIII : Etat des anses et technique d'opération.....	64
Tableau XXXIV : Durée d'évolution de la maladie avant l'hospitalisation et l'état des anses.....	64
Tableau XXXV : Complication per opératoire et technique de l'opérations....	65
Tableau XXXVI : fréquence des OIA selon les auteurs	68
Tableau XXXVII : l'âge moyen selon les auteurs	69
Tableau XXXVIII : Le sexe ratio selon les auteurs	69
Tableau XXXIX : Durée moyenne d'évolution de la maladie :	70
Tableau XL : Signes fonctionnels selon les auteurs	71
Tableau XLI : Signes physiques selon les auteurs	72
Tableau XLII : Réalisation de l'ASP selon les auteurs.....	73
Tableau XLIII : Diagnostic préopératoire selon les auteurs	74
Tableau XLIV : Diagnostic peropératoire selon les auteurs	75
Tableau XLV: Segment de l'occlusion selon les auteurs.	76
Tableau XLVI : Etat des anses selon les auteurs	77
Tableau XLVII : Geste thérapeutique selon les auteurs.	78

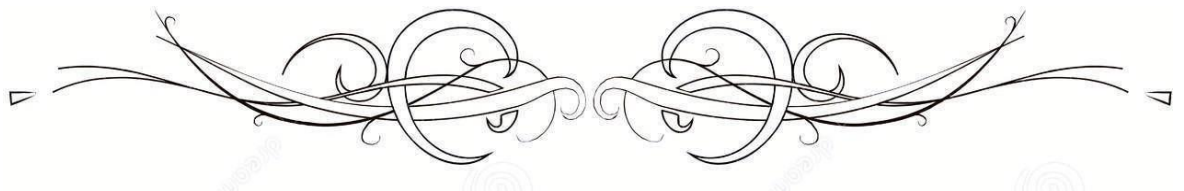
Tableau XLVIII : Morbidité selon les auteurs	79
Tableau XLIX : Mortalité selon les auteurs	80

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION	1
II.OBJECTIFS	3
III.GENERALITES	4
IV. METHODOLOGIE :	40
V.RESULTATS :	43
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	67
VII.CONCLUSION/RECOMMANDATIONS	81
REFERENCES	83
IX.ANNEXES	88



INTRODUCTION



I. INTRODUCTION

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

L'occlusion intestinale aiguë est caractérisée par un arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz au niveau d'un segment quelconque du tube digestif. Il ne s'agit pas d'une maladie, mais d'un syndrome à causes multiples et à mécanismes variés. [2] Ce syndrome d'une très grande fréquence peut apparaître du premier au dernier jour de l'existence et le sexe ne constitue pas un facteur de risque. [3]

Les causes en sont nombreuses et leurs prévalences relatives ont évolué avec le temps plaçant actuellement au premier rang les brides ou les adhérences postopératoires. [3]

Les mécanismes se répartissent en deux principales catégories : [3,4]

- Occlusions intestinales mécaniques (90-95% des occlusions intestinales)
- Occlusions intestinales fonctionnelles (iléus paralytique 5-10% des occlusions intestinales).

Les occlusions intestinales aiguës représentent une vaste entité clinique caractérisée par un syndrome clinique spécifique, complet ou incomplet, fait d'une douleur abdominale, des vomissements, d'un arrêt du transit et d'une distension abdominale. [3]

Le diagnostic et la stratégie thérapeutique qui s'y rattache doivent rester guidés par la clinique, même si certaines avancées techniques ou chirurgicales semblent pouvoir être bénéfiques (scanner, stents digestifs, chirurgie laparoscopie).[3]

Beaucoup d'auteurs se sont intéressés à l'étude des occlusions intestinales aiguës mécaniques :

En Europe, dans ces 10 dernières années l'occlusion est devenue de plus en plus fréquente. La cause essentielle est due à la diverticulose acquise.[5]

Au Mali :

En 2010 Madiba Sissoko a trouvé 39 cas d'occlusion intestinale aigüe sur 228 patients pris en charge pour urgence abdominale dans le service de chirurgie de l'hôpital Fousseyni Dao de Kayes.[6]

En 2011 Broulaye Mariko a trouvé 101 cas d'occlusion intestinale aiguë mécanique soit une fréquence de 28,8% des abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.[7]

La mortalité globale entre 10 à 12% est liée au retard dans la consultation et aux tares associés. [2,3]

C'est une urgence abdominale classique, fréquente et potentiellement grave et la prise en charge est médico-chirurgicale.

L'occlusion intestinale aigüe n'a jamais fait l'objet d'une étude au centre de santé et de référence de la commune III d'où l'intérêt du présent travail avec comme objectifs

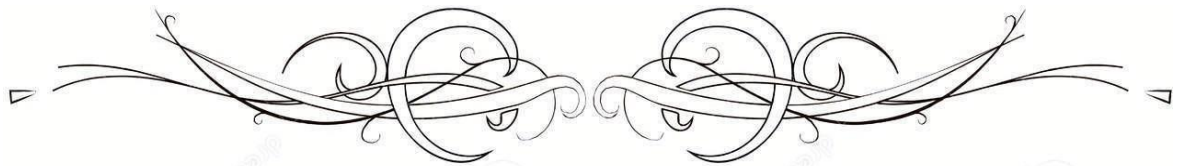
II. OBJECTIFS

➤ OBJECTIF GENERAL :

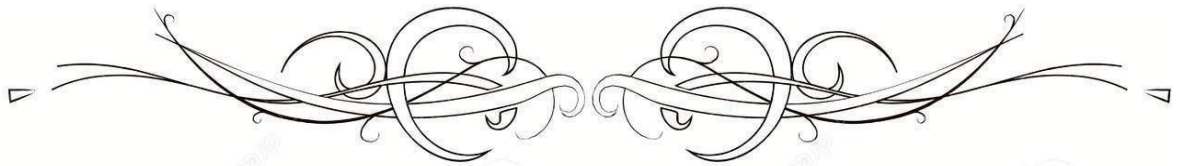
Etudier l'occlusion intestinale aiguë dans le service de chirurgie de CSREF CIII.

➤ Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des occlusions intestinales aiguës.
- Déterminer les principales étiologies.
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques.
- Evaluer les résultats du traitement.



GENERALITES



III. GENERALITES

1- DEFINITION :

L'occlusion intestinale aiguë est un syndrome caractérisé par un arrêt permanent, complet et douloureux du transit des matières et des gaz dans un segment intestinal. En opposition au sub-occlusion qui se caractérise par un arrêt incomplet du transit. [4,8] L'occlusion intestinale aiguë est une urgence abdominale (peut tuer en 6-12 heures en absence d'un geste thérapeutique urgent et efficace) [8,9].

2- EPIDEMIOLOGIE :

L'occlusion intestinale aiguë est un syndrome connu depuis la haute antiquité. Son histoire fut marquée par un immense effort clinique et expérimental dont nous ne ferons que citer les moments décisifs. Avant 1800 le traitement des occlusions était pratiquement le même que celui de la Constipation. Il s'adressait aux lavements répétés, à l'ingurgitation de mercure destiné à forcer l'obstacle, et même à des ponctions multiples de l'abdomen distendu [10]. Après l'apparition de l'anesthésie et l'asepsie, les progrès se font plus rapides surtout pour les occlusions coliques dont l'histoire est marquée par les noms de Bloch, Paul et Michulicz [10]. En 1986, Fuhr et Wessener préconisent la jéjunostomie proximale qui devient rapidement le procédé chirurgical habituel surtout pour la grêle. Vers 1992 l'on se rend compte du danger de cette méthode en face d'une strangulation et de son inutilité lors d'une occlusion paralytique, parallèlement à ses innovations techniques, les connaissances physiologiques progressent [10]. En 1912, Hartwel et Hoguet montre que la survie d'un patient en occlusion peut être prolongée par une équilibration hydroélectrolytique. [10] En 1933, les multiples incidents inhérents à la jéjunostomie conduisent Wangenstein à préconiser l'aspiration gastroduodénale dans le traitement des occlusions et en faire une méthode thérapeutique désormais fondamentale qui par la suite a été

améliorée par l'aspiration longue. Dès lors tout progresse. [10] Dans les pays occidentaux, les occlusions intestinales aiguës ont une incidence annuelle stable de 40 pour 100 000 hts touchant préférentiellement les personnes âgées. En pratique hospitalière, elles représentent 10% des douleurs abdominales prise en charge. Il est remarquable que la répartition étiologique soit modifiée durant les 50 dernières années avec une augmentation importante de la prévalence relative des brides et des adhérences (32%) au détriment des causes cancéreuses (26%) et des hernies étranglées (25%). Cela résulte d'une meilleure prise en charge de certaines affections (hernie, cancer digestif) et de l'augmentation du nombre des interventions avec l'âge, croissant la fréquence des brides et des adhérences. Cette répartition n'est pas la même dans les pays moins développés où les occlusions intestinales résultant d'un étranglement herniaire sont encore les plus nombreuses même si leur prévalence relative amorçe une nette diminution. Par ailleurs, la fréquence des brides et des adhérences après chirurgie laparoscopique n'est pas réellement connue. Les O.I.A représentaient 48,07% des urgences abdominales en 1982 à l'hôpital du point G ; 22,32% des urgences chirurgicales à l'hôpital Gabriel Touré en 2005. [4, 11, 12] Le taux de mortalité ou de morbidité est important : La mortalité était de 41% à Niamey en 2000 ; 60% entre septembre 2002 à septembre 2003 dans le service de chirurgie générale de l'hôpital régional de Kayes ; 4,16% à l'hôpital Gabriel Touré en 2005 contre 6,17% en 2006 à l'hôpital du point G. [4, 11, 12] Si la mortalité globale reste élevée (12%), elle est inégalement répartie : occlusion du grêle (5%), occlusion colique (22%) [3].

3. RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE : [4, 10, 14]

3.1 ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU GRELE :

3.1.1 DEFINITION :

L'intestin grêle est un segment du tube digestif, allant du pylore à la valvule iléo-caecale (valvule de BAUHIN). Il comprend deux parties : le duodénum et le jéjuno-iléon.

3.1.2 STRUCTURE : Mesurant en moyenne 7 m de long, à peu près cylindrique ; sa paroi comprend quatre tuniques de dehors en dedans : * la séreuse * la musculaire * la sous-muqueuse * la muqueuse.

3.1.3 LE DUODENUM : Partie initiale de l'intestin grêle, il est situé entre le pylore et l'angle duodénojéjunal (angle de TREITZ) et appliqué contre la paroi postérieure de l'abdomen entre L1 et L4.

3.1.3.1 ANATOMIE MACROSCOPIQUE : En forme d'anneau ouvert à gauche et en haut, il mesure environ 20 à 25 cm de long, 3 à 4 cm de diamètre avec une capacité de 250 ml. Il comprend 4 portions (supérieure, descendante, horizontale et ascendante) délimitée par 3 angles : Supérieur ou genu supérius Inférieur droit ou genu inférius Inférieur gauche ou angle duodénojéjunal. La partie médiale (interne) de la portion descendante du duodénum est le siège :

- De la papille duodénale majeure (orifice de l'ampoule de VATER)
- De la papille duodénale mineure (orifice du canal de SANTORINI)

3.1.3.2 MOYENS DE FIXITE : Le duodénum est le segment fixe du tube digestif entourant la tête du pancréas. Il est fixé par :

- Le muscle suspenseur du duodénum
- Le méso côlon transverse et le mésentère
- Des connections au pancréas

3.1.3.3 RAPPORTS : Il est lié aux organes par quatre portions :

- ✓ Portion supérieure ou sous hépatique ou premier duodénum (D1)
- ✓ Portion descendante ou pré rénale ou deuxième duodénum (D2)
- ✓ Portion horizontale ou troisième duodénum (D3)
- ✓ Portion ascendante ou quatrième duodénum (D4), qui se termine à la courbure duodénojéjunale. La courbure de l'anse duodénale est variable ; suivant la forme de cette courbure, le duodénum est dit en O, en C, en U ou en V.

3.1.3.4 VASCULARISATION DU DUODENUM :

La vascularisation est assurée par :

- Les artères pancréatico-duodénale supérieures postérieures et antérieures, qui sont les branches de l'artère gastroduodénale.

-L'artère pancréatico-duodénale inférieure, branche de l'artère mésentérique supérieure.

Les veines sont satellites des artères :

- ✓ La veine pancréatico-duodénale supérieure droite qui se draine dans la veine porte.
- ✓ La veine pancréatico-duodénale inférieure droite et inférieure gauche qui se drainent dans la grande veine mésentérique. Les lymphatiques s'abouchent dans les ganglions duodéno-pancréatiques antérieures et postérieures.

3.1.3.5 INNERVATION DU DUODENUM :

Les innervations du duodénum proviennent :

- ✓ Du pneumogastrique gauche pour D1.
- ✓ Du ganglion semi lunaire droit et du plexus mésentérique supérieur pour D2 et D3.

- ✓ Du pneumogastrique droit et ganglion semi lunaire gauche pour D4, la partie voisine de D3 et l'angle duodéno-jéjunal.

3.1.3.6 ANATOMIE FONCTIONNELLE DU DUODENUM :

Le duodénum joue un rôle très important dans le processus de digestion.

- ✓ Il reçoit les sels biliaires et les enzymes du pancréas à l'intérieur de la lumière duodénale.
- ✓ Le deuxième rôle important est celui de l'absorption c'est-à-dire la pénétration des nutriments provenant des aliments traversant la barrière duodénale pour passer dans le sang. Ces nutriments sont essentiellement :
 - Les vitamines
 - Le fer
 - Les corps gras (lipides)
 - Une partie des glucides

3.1.4 LE JEJUNUM ET L'ILEUM : La deuxième partie de l'intestin grêle, mobile, est constituée par le jéjunum et l'iléum (anses grêle).

3.1.4.1 ANATOMIE MACROSCOPIQUE : Les anses grêles ont l'aspect d'un tube cylindrique, décrivant une série de flexuosité (15 à 16 flexuosités appelées anses intestinales) depuis l'angle duodénojéjunal jusqu'à l'angle iléo-caecal. Elle mesure environ 5 à 6,5 m de long et 3 cm de diamètre. Leur lumière s'ouvre dans le caecum par un orifice muni d'un repli muqueux (valvule de Bauhin) les anses ont en commun :

- ✓ 2 faces convexes en contact avec les anses voisines ;
- ✓ Un bord adhérent concave, en regard duquel le péritoine se continue par les feuilles du mésentère.

- ✓ Un bord libre, convexe, en rapport avec la paroi abdominale antérieure ou avec les anses attenantes. -des villosités intestinales et des valvules conniventes nombreuses sur le jéjunum mais absentes sur l'iléum terminal.

3.1.4.2 MOYENS DE FIXITE : Le jéjunum et l'iléum sont des anses très mobiles maintenues par :

- ✓ Les extrémités (angle duodénojéjunal et angle iléo-caecal) et un long méso : le mésentère.

3.1.4.3 RAPPORTS DU JEJUNUM ET L'ILEUM :

-RAPPORTS PERITONEAUX : Se font avec le mésentère ; c'est un méso qui relie les anses grêles et la paroi postérieure et véhicule leurs vaisseaux et nerfs.

-RAPPORT AVEC LES ORGANES VOISINS :

Les anses grêles entrent en rapport avec :

- En arrière ; la paroi abdominale postérieure (la colonne lombaire sur la médiane), dont elles sont séparées par les organes rétropéritonéaux :
- Médiaux : gros vaisseaux prévertébraux, aorte et VCI.
- Latéraux : reins, uretères, partie sous-mésocolique du duodénum, caecum, côlon ascendant à droite, côlon descendant à gauche ;
- En avant : la paroi abdominale antérieure dont elles sont séparées par le grand épiploon.
- En haut : le côlon transverse et le méso côlon transverse ;
- En bas : le côlon sigmoïde et les organes du petit bassin (rectum et vessie chez l'homme, ligaments larges et utérus chez la femme).
- A droite : le côlon ascendant ; le caecum.
- A gauche : le côlon descendant.

3.1.4.4 ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE : Les anses grêles occupent l'étage sous méso colique de l'abdomen, il existe environ 16 anses grêles, en forme de U avec 2 branches presque parallèles (branche afférente et branche efférente) - les anses proximales (2/5), constituent le jéjunum sont empilées de façon horizontale ; elles occupent la partie supéro-gauche de l'étage sous -méso colique de l'abdomen ; -les anses distales (3/5), constituent l'iléum sont juxtaposées de façon verticale ; elles occupent la partie inféro-droite de l'étage sous méso colique.

3.1.4.5 ANATOMIE FONCTIONNELLE :

Les anses grêles :

- Par leur motricité, provoquent l'évacuation du bol alimentaire dans le côlon ;
- Assurent la dégradation des ingesta en bol alimentaire et secrètent certaines enzymes catabolisantes ;
- Absorbent : l'eau, le chlore, du sodium, du potassium, des glucides à 99% dont l'absorption maximale a lieu au niveau du jéjunum, les lipides ; les protides à 95% dont l'absorption maximale a lieu au niveau de l'iléon terminal.

3.1.4.6 VASCULARISATION DU JEJUNUM ET DE L'ILEUM : La vascularisation artérielle est assurée par les branches gauches (intestinales) de l'artère mésentérique supérieure. Les veines, grossièrement satellites des artères, se drainent dans des troncs tributaires de la veine mésentérique supérieure et par la même du système porte. Les lymphatiques comprennent trois réseaux anastomosés : un réseau muqueux, un réseau sous-muqueux et un réseau sous séreux qui se réunissent pour donner des collecteurs, très nombreux, arrêtés par 3 relais ganglionnaires : périphérique, intermédiaire et central. Ensuite le tronc

iléal, véhicule la lymphe vers le tronc lombaire gauche, puis vers l'origine du canal thoracique.

3.1.3.7 INNERVATION DU JEJUNUM ET DE L'ILEUM :

La double innervation sympathique et parasympathique des anses grêles provient du plexus mésentérique supérieur.

PARTICULARITE ANATOMIQUE : environ 2% de l'iléum présentent une petite excroissance appelée diverticule de MECKEL ou vestige du conduit vitellin, ce diverticule résulte de la non disparition du canal vitellin, il est situé entre 40 et 130cm de la valvule de Bauhin. Il se complique dans 17 à 27 % des cas et 46 à 63% des complications sont des occlusions mécaniques [4-23-24-25].

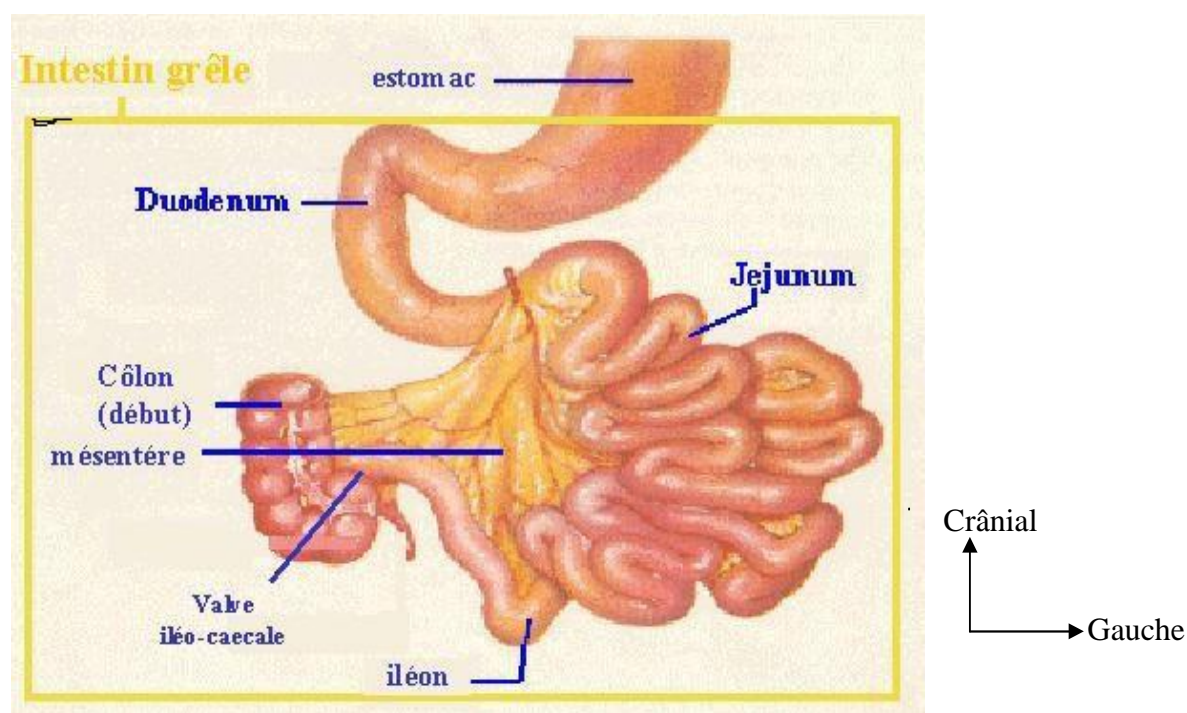


Figure1 : schéma du grêle [15]

3.2 ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU COLON :

3.2.1 ANATOMIE MACROSCOPIQUE : [27]

Le côlon est la partie du gros intestin comprise entre l'angle iléo-caecal et la jonction recto sigmoïdienne.

C'est un organe creux, dynamique, qui mesure 1,50 à 1,60 m de long, son calibre diminue progressivement de 25-30 cm au niveau du caecum à 12-15 cm au niveau du côlon sigmoïde.

Il comprend 8 segments :

- ✓ Le caecum, volumineux récessus, mesure environ 6 cm de hauteur, et de 6 à 8 cm de largeur situé dans la fosse iliaque droite, auquel est appendu un diverticule : l'appendice vermiforme ;
- ✓ Le côlon ascendant, fixe, verticalement ascendant dans la région lombaire droite ; mesure en moyenne 8 à 15 cm de longueur.
- ✓ L'angle droit, qui est intra-hépatique ;
- ✓ Le côlon transverse, oblique en haut et à gauche ; sa longueur varie entre 40 et 80 cm.
- ✓ L'angle gauche, infra-splénique ;
- ✓ Le côlon descendant, fixe, il mesure en moyenne 12 cm et comporte 3 segments :
 - * Lombaire, quasiment vertical ;
 - * Iliaque, traversant obliquement la fosse iliaque gauche ;
 - * Le côlon sigmoïde, décrivant une boucle de morphologie variable dans la pelvienne.

Les bandelettes musculaires longitudinales, au nombre de 3 (sauf au niveau des côlons iliaque et sigmoïde ne présentent que 2 bandelettes) parcourent toute longueur du côlon.

Des bosselures ou haustrations coliques, séparées par des sillons transversaux, apparaissent entre ces bandelettes et s'atténuent progressivement pour disparaître au niveau du rectum.

Les appendices épiploïques prolongement de la masse graisseuse des mésos, sont implantés le long des bandelettes. Elles sont plus développées sur le côlon gauche (côlon sigmoïde notamment).

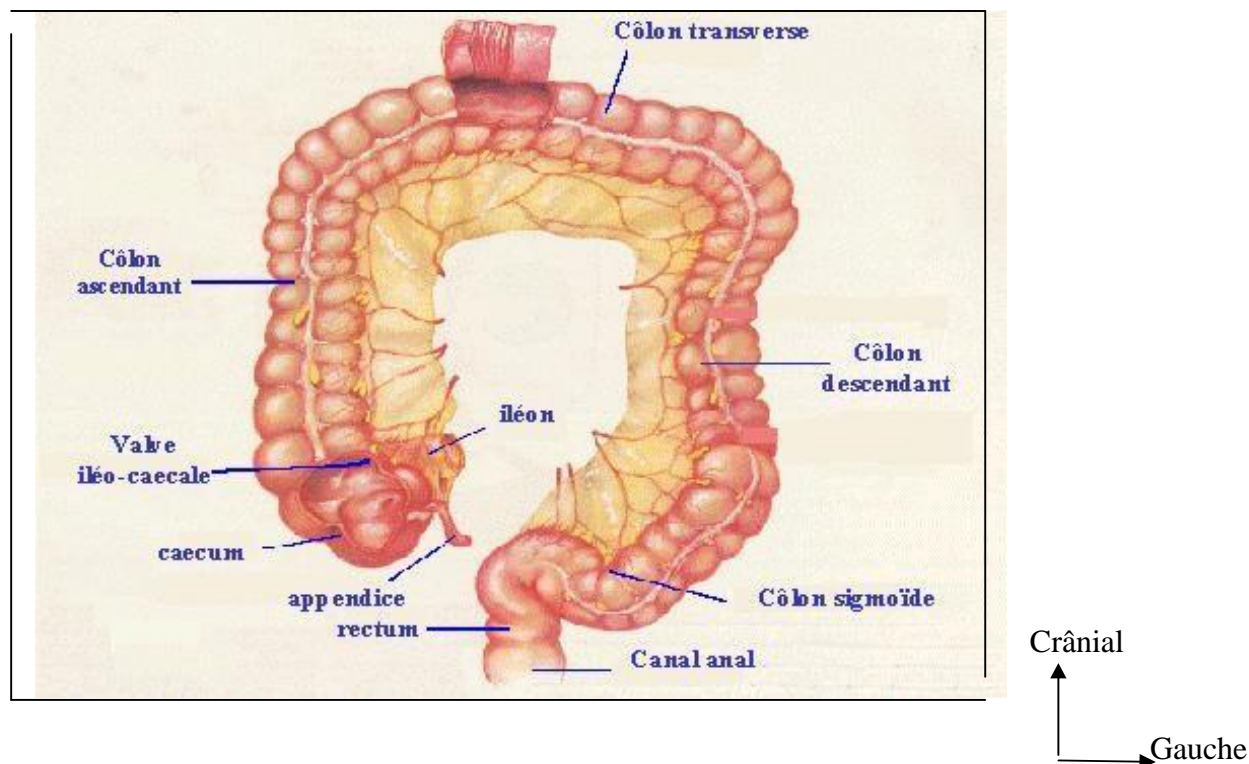


Figure 2 : schéma des différentes portions du colon [15]

3.2.2 ANATOMIE MICROSCOPIQUE :

Comme tous les autres segments du tube digestif, la paroi colique comporte 4 tuniques, superposées de dehors en dedans :

- La séreuse, constituée par le péritoine viscéral,
- La musculuse, formée de la superposition de 2 couches : une externe, longitudinale incomplète, épaisse ; l'autre interne, circulaire.
- La sous muqueuse, lâche, plans de glissement entre 2 couches adjacentes.
- La muqueuse, dépourvue de valvules conniventes et de villosités contrairement à l'intestin grêle.

3.2.3 MOYENS DE FIXITE DU COLON :

Le côlon droit est fixé à la paroi abdominale postérieure par le fascia de Toldt droit, le côlon transverse est relié à la paroi postérieure de l'abdomen par le méso-côlon, et le ligament gastro-colique le relie à la grande courbure de l'estomac, l'angle colique gauche est fixé par le ligament phrénico-colique gauche, le côlon descendant est fixé à la paroi abdominale postérieure par le fascia de Toldt gauche.

Le côlon sigmoïde est fixé par un méso-triangulaire reliant le côlon pelvien à la paroi postérieure sur laquelle il s'insère par deux racines.

3.2.4 ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DU COLON :

Le côlon est périphérique, dessinant un cadre colique, son trajet est successivement ascendant dans la région iléo-lombaire droit (segment caecoascendant) transversal depuis l'angle hépatique jusqu'à l'angle splénique (anse transverse), descendant enfin dans la région lombo-iliaque et pelvienne gauche (segments descendant et iléo-pelvien). Les réalités embryologiques, pathologiques et chirurgicales incitent à ne considérer que deux segments coliques :

- D'une part, le côlon droit, entre la valvule iléo-caecale et le tiers moyen de l'anse transverse ;
- D'autre part, le côlon gauche, entre le tiers moyen de l'anse transverse et la jonction sigmoïdo-rectale.

3.2.5 ANATOMIE FONCTIONNELLE :

Le côlon élabore et véhicule les matières fécales. Il y parvient par :

- La sécrétion d'un mucus qui protège et lubrifie sa muqueuse ;
- Au phénomène d'absorption : de l'eau, et des chlorures de sodium essentiellement, mais aussi de certains glucides (lactose, saccharose). Une

flore bactérienne qui assure la digestion et élabore des gaz. Ce rôle de déshydratation du bol fécal est dévolu au côlon droit ;

- Une fonction de motricité : par la succession d'ondes rythmiques péristaltiques et antipéristaltiques (stockage et brassage) du bol fécal. Les ondes propulsives provoquent l'évacuation des selles qui est assuré par le côlon gauche.

3.2.6 VASCULARISATION DU COLON :

Le colon présente deux territoires vasculaires :

- L'artère mésentérique supérieure irrigue le colon droit grâce à l'artère iléocaeco-appendiculaire et l'artère colique supérieure droite.
- L'artère mésentérique inférieure irrigue le colon gauche grâce à l'artère colique supérieure gauche et le tronc des sigmoïdiennes.

Les veines suivent les artères du même nom.

Les lymphatiques comportent plusieurs groupes ganglionnaires collecteurs : ganglions épicoliques, para colique et intermédiaires.

La lymphe gagne les principaux amas ganglionnaires, rétro-pancréatiques, à l'origine des artères mésentériques.

3.2.7 INNERVATION :

L'innervation du côlon est sous la dépendance des nerfs sympathiques et parasympathiques.

4. PHYSIOPATHOLOGIE :

- Mécanisme – Conséquences

4.1. MECANISME : [8]

Il existe deux principaux mécanismes dont la reconnaissance est importante car elle intervient dans l'urgence de la décision opératoire :

- les occlusions mécaniques ;
- les occlusions fonctionnelles.

4.1.1 Les occlusions mécaniques :

4.1.1.1 L'occlusion mécanique par strangulation : est une urgence chirurgicale car la vitalité de l'anse intestinale est compromise par la compression de son pédicule vasculaire (ischémie).

Le risque en est la nécrose et la perforation.

Les différentes étiologies de l'occlusion par strangulation sont :

- La bride intrapéritonéale
- L'étranglement d'un orifice herniaire (hernie étranglée)
- le volvulus du grêle, du sigmoïde ou du colon.
- L'invagination favorisée par le diverticule de Meckel et les polypes.

4.1.1.2 L'occlusion mécanique par obstruction : est une occlusion qui obstrue la lumière intestinale. L'obstruction peut entraîner des troubles hydroélectrolytiques, la distension de l'intestin ou une perforation du caecum.

L'obstacle peut être : un obstacle intraluminal (dans la lumière intestinale) : fécalome où stercolithe, corps étrangers déglutis, bézoards alimentaires ou organiques, iléus biliaire par migration des calculs, parasite.

Un obstacle extra luminal (hors de la paroi intestinale) : les brides et Adhérences, les hernies externes et internes, la carcinose péritonéale, les tumeurs mésentériques, kyste de l'ovaire. Un obstacle pariétal (dans la paroi intestinale) : les cancers, les tumeurs Bénignes (lipome, polype bénin ou léiomyome), les sténoses inflammatoires, radiques, ischémiques, iatrogéniques ou anastomotiques.

Crânial
↑
Gauche →



Image1 : Occlusion du grêle par obstruction (Corps étranger) [10]

4.1.2 Les occlusions fonctionnelles ou Iléus paralytiques : [10]

Ces occlusions ne correspondent à aucune lésion locale. Elles sont liées à une inhibition (temporaire) de la motricité intestinale qui peut être :

- ✓ Iléus idiopathique : neuropathie ou myopathie viscérale familiale.
- ✓ Iléus réflexe (iléus postopératoire) : colique hépatique, néphrétique ; distension de la vessie ; traumatisme abdominal ; torsion d'un kyste ovarien, d'un fibrome ; fracture de côtes ; fracture de la colonne ; infarctus du myocarde ; pneumonie des lobes inférieurs ; ischémie mésentérique.
- ✓ Iléus inflammatoire : péritonite ; abcès localisé intra-abdominal ; pancréatite aiguë.
- ✓ Iléus métabolique : hypokaliémie ; urémie ; porphyrie aiguë.
- ✓ iléus médicamenteux : anti cholinergique ; phénothiazines ; clonidine ; ganglioplégiques.
- ✓ autres causes : diabète ; sclérodermie ; dystrophies musculaires.

Les mécanismes divers [3]

- ✓ Les occlusions fébriles sont souvent mixtes (diverticule, maladie inflammatoires).
- ✓ Les hématomes de la paroi digestive survenant chez les patients le plus souvent sous traitement anticoagulant peuvent être la cause d'occlusion mécanique.

4.2 Conséquences [8]

L'élément commun à un syndrome occlusif est la distension intestinale.

Les liquides et les gaz sont à l'origine de cette distension.

- Les liquides : 5 à 10 litres de liquides constitués par les sucs digestifs transitent chaque jour dans l'intestin, 80 à 90 % sont normalement réabsorbés.

Si un obstacle au transit apparaît, la capacité de réabsorption de la muqueuse peut chuter à 10 %. L'hypersécrétion s'y ajoute au niveau de l'anse obstruée. L'accumulation des métabolites est responsable d'une élévation de l'osmolarité qui entraîne à son tour un appel d'eau. Il s'ensuit un système auto-entretenu.

- Les gaz : les 2/3 sont constitués d'air dégluti, 1/3 de la fermentation dans le tube digestif et de la diffusion de gaz du sang à travers la muqueuse.

Le volume d'air accumulé est évidemment moins important dans les occlusions hautes que dans les occlusions basses ;

4.2.1 Les conséquences locales de la distension intestinale : [8]

4.2.1.1 L'augmentation de la pression dans la lumière intestinale par l'activité péristaltique exagérée.

4.2.1.2 L'étirement des vaisseaux, responsable :

- * D'une diminution du débit sanguin et de la filtration capillaire par ouverture des shunts artérioveineux ;
- * D'une augmentation de la résistance vasculaire.

4.2.1.3 l'hypoxie locale :

C'est le phénomène le plus important qui entraîne : des troubles trophiques de la paroi intestinale des troubles de l'absorption (eau, électrolytes, protéine, glucose) des troubles de la perméabilité capillaire ; ils provoquent l'apparition d'un Œdème de la paroi et l'exsudation des liquides dans la cavité péritonéale. La quantité de liquide ainsi séquestrée peut être considérable. Ce « troisième secteur » peut être la cause d'un choc hypovolémique.

4.2.1.4 L'exagération de la distension, l'hypoxie, les pertes de potassium s'associent pour supprimer la contractilité de l'intestin. Leur activité sur la circulation lymphatique disparaît et l'œdème s'accroît.

4.2.2 Les conséquences générales de la distension intestinales sont métaboliques, circulatoire, respiratoires :

4.2.2.1 Rappel physiologique : [10] il est démontré que la partie supérieure du tractus gastro-intestinal est le siège des sécrétions et des premiers stades de la digestion. Ces sécrétions ont des volumes variables dont la quantité moyenne est la suivante par 24 heures :

- Salive : 1500 ml
- Sécrétion gastrique : 2.500 ml
- Sécrétion pancréatique : 700 ml
- Sécrétion biliaire : 500 ml
- Sécrétion intestinale : 300 ml

Ces sécrétions digestives représentent quotidiennement 5 litres. La partie terminale de l'iléon et du côlon droit assure l'absorption des sécrétions digestives.

Mais seulement 200 à 300 ml sont éliminées par les selles.

La composition du liquide traversant l'intestin grêle est diversement appréciée.

Elle est considérée comme hypotonique et ayant la composition suivante :

- Sodium 100 milli osmoles par litre ;
- Potassium 20 à 30 milli osmoles par litre ;
- Chlore 90 à 110 milli osmoles par litre ;
- Bicarbonate 20 à 30 milli osmoles par litre.

Une déplétion de 3 à 4 litres par 24 heures est la moyenne habituelle, sous forme d'un liquide pauvre en général en globules rouges, pauvre en protéines au début, quoiqu'une perte de protéine puisse se rencontrer par transsudation plasmatique à travers un grêle inflammé, due à l'augmentation de la perméabilité.

4.2.2.2 Les troubles métaboliques :

*Les pertes hydro électrolytes dues aux vomissements, à l'accumulation intraluminaire de liquide, à l'œdème pariétale, mésentérique, à l'épanchement péritonéal, entraînent une déshydratation globale.

*L'accumulation intraluminaire et intrapéritonéale de protéine est responsable d'une diminution du volume plasmatique.

4.2.2.3 Les troubles circulatoires :

*La diminution du volume plasmatique entraîne une diminution du débit cardiaque. Celui-ci est maintenu par une réaction adrénergique dont l'un des effets secondaires est une vasoconstriction périphérique.

5. Les effets à l'hypoxie intestinale :

- Acidose métabolique,
- Diminution de la filtration glomérulaire.

4.2.2.4 Les troubles respiratoires :

- * L'augmentation de la pression abdominale limite la course du diaphragme,
- * L'acidose retentie sur la fonction respiratoire,
- * Les troubles respiratoires sont surtout sensibles chez les patients âgés.

Les aspects particuliers :

- ✓ L'arrêt du transit favorise la prolifération des bactéries, dont la concentration devient identique dans le jéjunum et l'iléon.
- ✓ L'altération de la paroi intestinale permet la traversée des germes et entraîne une péritonite. [8]
- ✓ Dans les occlusions par étranglement où la suppléance vasculaire de l'intestin est d'emblée compromise, la notion de perte de globules rouges à l'intérieur des anses explique l'anémie et la douleur serait liée à une compression aigue des nerfs et des pédicules vasculaires. [10,16]

4.2.3 LE CHOC :

Dans certains cas d'occlusions du grêle, est réalisé un véritable tableau de choc compensé ou décompensé.

Le choc est relativement précoce dans les occlusions par strangulation.

Les souffrances de la circulation périphérique résultent alors souvent d'une part de la vasodilatation splanchnique due à l'hyper péristaltisme et aux réflexes nés de la douleur, d'autre part de la diminution du volume sanguin global : la strangulation s'accompagne souvent d'une hémorragie pariétale, péritonéale et intra-intestinale qui peut atteindre un demi litre ou plus et qui vient aggraver la diminution du volume sanguin due au stockage liquidien.

En outre, plus tardivement, dans toutes les occlusions non traitées même si elles ne résultent pas d'une strangulation, un état de choc s'installe ; il est alors dû :

- ✓ Soit à l'intensité de la spoliation sanguine et hydroélectrolytique,
- ✓ Soit à une perforation intestinale au niveau de l'obstacle et aux phénomènes infectieux qui l'accompagnent.

Ce schéma physiopathologique doit être nuancé en fonction du siège et du mécanisme de l'occlusion [8]

- ✓ En cas d'occlusion haute : le rôle de la distension est moins important. Les troubles sont liés aux vomissements : perte de chlore et de protons, alcalose et hypokaliémie.
- ✓ En cas d'occlusion basse colique, la valvule de Bauhin demeure habituellement fermée :
- ✓ La distension du grêle est modérée, les troubles hydroélectrolytiques sont plus lents à apparaître
- ✓ En amont de l'obstacle colique, la tension qui s'exerce sur la paroi et ses vaisseaux est fonction de la pression intraluminale et du diamètre de l'intestin.

La tension pariétale varie selon la loi de la place :

Tension pariétale = diamètre x pression x V

- ✓ Les phénomènes ischémiques sont alors maximums du caecum, là où l'intestin atteint son plus grand diamètre. Ils sont responsables des perforations qui siègent à distance de l'obstacle intestinale (perforation diastatique).

En cas d'occlusion par strangulation : l'hypovolémie, l'ischémie mésentérique et intestinale, la nécrose pariétale et la péritonite prennent le pas sur la distension.

5.ETIOLOGIES : [8 ; 17 ; 10 ; 9 ; 16]

L'occlusion intestinale aiguë est un syndrome d'une grande fréquence observée à tous les âges, spontanément ou après une intervention chirurgicale portant sur l'abdomen ; dans la recherche étiologique, il est essentiel de tenir compte de l'âge du malade examiné :

5.1. En fonction de l'âge :

5.1.1 Occlusions néo-natales : les causes les plus fréquentes sont :

* pour le côlon :

-L'imperforation anale,

-La maladie de Hirschsprung,

-L'immaturité du côlon,

- Le mésentère commun

* Pour le grêle :

- Les brides par mal-rotation de l'intestin.

* Exceptionnellement, occlusions fonctionnelles en apport avec une infection parentérale.

5.1.2 Occlusions du nourrisson :

Les causes les plus fréquentes sont :

-Invagination intestinale aiguë

-Malformations congénitales (mésentère commun, duplication enkystée)

-La torsion d'un mégacôlon congénital,

- Les brides par mal-rotation de l'intestin,

- L'iléus fonctionnel.

5.1.3 Occlusions de l'enfant : les causes les plus fréquentes sont :

-L'invagination intestinale aiguë,

-La maladie de Hirschsprung,

- Le volvulus du sigmoïde,
- L'inflammation appendiculaire
- Diverticule de Meckel
- L'iléus biliaire,
- Fécalome
- Les brides et adhérences.


5.1.4 Chez le sujet âgé :

Pour le côlon :

- Cancer du côlon
- Volvulus du sigmoïde
- Sigmoidite diverticulaire
- Volvulus du côlon droit
- Tumeur colique
- Pour le grêle :
- Iléus biliaire (surtout chez la femme âgée)
- Volvulus du grêle
- Sténose (inflammatoire, ischémique, parasitaire, alimentaire)
- Invagination intestinale (tumeur du grêle, diverticule de Meckel)
- Etranglement (occlusion sur bride+++ , hernie étranglée)
- Carcinose péritonéale

5.2 Occlusion fonctionnelle du grêle et du côlon (ou du côlon seul = syndrome d'ogilvie) : Les causes sont :

 Les troubles hydro électrolytiques

 Les infections intra péritonéales

✚ La période postopératoire

✚ Les troubles neurologiques

✚ Les affections intra péritonéales

Tableau I : illustrant la Nature, le Siège, le Mécanisme et les Causes des OIA

OCCLUSIONS AIGUES			
Nature	Organiques		Fonctionnelles
Siège	Grêle ou colon		Grêle et colon (ou colon seul : Syndrome d’ogilvie)
Mécanisme	Strangulation vasculaire	Obturation	Paralysie
Causes	1-volvulus 2- étranglement 3-invagination	1-tumeur 2-infection inflammation 3-corps étranger	1-troubles hydro électrolytiques 2-troubles neurologiques 3-affections rétro péritonéales 4-infections intrapéritonéales 5-période post opératoire

[4]

6. DIAGNOSTIC CLINIQUE :

Type de description : le syndrome occlusif

Les occlusions représentent environ 10 % des causes de douleurs abdominales aiguës de l’adulte. Plus d’une fois sur deux, elles touchent une femme et ce fait est surtout évocateur après 50 ans. [17]

6.1 Signes fonctionnels : sont caractérisés par :

-La douleur : peut toucher tous les cadrans de l'abdomen mais est exceptionnellement (5%) localisée à droite.

Elle est fréquemment paroxystique (50%) sans irradiation particulière.

-Les vomissements (et l'aspiration gastrique) soulagent inconstamment (30 %) la douleur, ils sont répétés et bilieux dans un tiers des cas.

Leurs caractères fécaloïdes sont hautement évocateurs et traduisent le terme ultime du retard apporté au diagnostic. Ils sont rarement alimentaires mais aussi évocateurs. Ces vomissements peuvent être tardifs ou précoces (en fonction du siège de l'occlusion).

-Le transit est toujours anormal

L'arrêt des gaz depuis 12 à 24 heures où plus est le symptôme le plus caractéristique et le plus analysable alors que l'arrêt des matières est plus aléatoire.

6.2 Les signes généraux : sont caractérisés par :

-Une température qui est plus d'une fois sur deux normales ; elle n'est jamais supérieure à 38,5° c en dehors des complications.

-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,

6.3 Les signes physiques :

A inspection :

On retrouve :

Un météorisme : fréquent (50 %), diffus (symétrique ou asymétrique) ce qui est évocateur, parfois localisé ce qui est encore plus évocateur.

Remarque : en cas de volvulus, le météorisme est préférentiellement asymétrique ou localisé.

En cas d'occlusion haute de l'intestin grêle, le météorisme peut faire défaut (occlusion « à ventre plat »).

Une cicatrice abdominale est évocatrice de brides ou d'adhérences en cas de volvulus l'intestin grêle (elle est difficile à retrouver en cas de chirurgie laparoscopique).

Les ondulations péristaltiques qui traduisent la lutte intestinale contre l'obstacle.

De façon inconstante, le ventre ne respire pas bien, cela va dans le sens du diagnostic.

A la palpation :

On retrouve :

Une douleur provoquée dont le siège traduit la zone de souffrance de l'intestin. Cette douleur contraste avec le reste de la palpation qui est normale : pas de défense, pas de contracture, pas de masse solide palpable (sauf éventuellement en cas d'obturation colique). La palpation des orifices herniaires recherche une hernie étranglée.

A la percussion : on rencontre la présence d'un tympanisme qui est dû à la présence de gaz à l'intérieur du tube digestif. Il est fréquent et hautement évocateur.

A l'auscultation : il y a la présence et l'accentuation de bruits hydroaériques.

Les touchers pelviens sont habituellement normaux et indolores.

7. DIAGNOSTIC : [3, 8, 17, 10,9]

Les examens complémentaires demandés dans le diagnostic des occlusions ont plusieurs buts :

Conforter le diagnostic clinique.

Apprécier le retentissement du syndrome occlusif, et guider la thérapeutique.

7.1. Biologie : les paramètres biologiques nécessaires sont :

- Numération formule sanguine (NFS)
- Bilan électrolytique
- Bilan de coagulation
- Glycémie
- Les examens préalables à une intervention digestive (groupe sanguin, bilan cardiovasculaire et pulmonaire).

Ces paramètres biologiques ont peu de valeur diagnostique Ils servent surtout à rechercher et quantifier les tares préexistantes du malade, le retentissement de la stase (3^o secteur) et des vomissements.

7.2 Imagerie :

-La radiographie de l'abdomen sans préparation : est indispensable et comprend :

-Un cliché de face, debout : un cliché d'ensemble centré sur les coupes du diaphragme, des clichés complémentaires :

*Face, en décubitus latéral droit et gauche ;

*Face, en position de Trendelenburg (tête en bas)

- un cliché de profil, couché : un cliché d'ensemble en décubitus dorsal. Ces clichés mettent en évidence la rétention gazeuse précoce et la rétention liquidienne plus tardive. L'association de ces deux phénomènes aboutit à l'image de niveau hydroaérique (image caractéristique de l'occlusion).

* les images hydroaériques du grêle sont typiquement plus larges que hautes, plus centrales et plus nombreuses, alors que les images hydroaériques du côlon sont plus hautes que larges, plus périphériques et moins nombreuses.

Ces clichés sans préparation doivent rechercher aussi des images de corps étranger (calcul biliaire de l'iléus), de bézoard, d'aérobie, d'anévrisme, de fécalome et d'épanchement liquidien péritonéal.

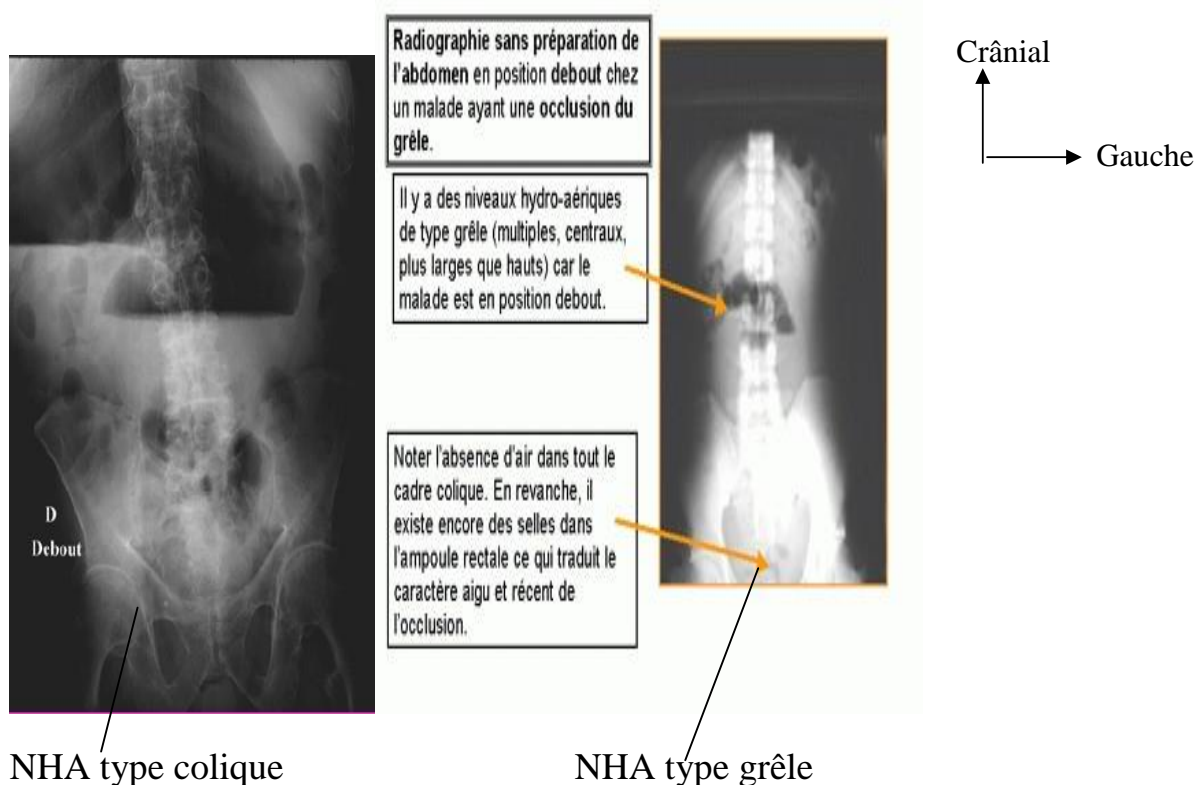


Image 2 : occlusion du côlon et du grêle

- ✓ Le lavement aux hydrosolubles : confirme le diagnostic en montrant une image en cône ou en bec d'oiseau. Il peut provoquer la détorsion de l'anse. Permet de préciser la localisation, la cause et le degré de l'obstruction

(cancer, diverticulite, occlusion paralytique) et peut autoriser la poursuite d'un traitement « médical » en cas d'obstruction incomplète.

-L'Échographie :

-La tomodensitométrie (scanner) :

Le scanner est intéressant à plusieurs titres :

Il peut affirmer le siège de l'obstruction et même parfois le mécanisme : cancer colique avec visualisation de la tumeur, occlusion du grêle sur bride montrant la strangulation et la jonction grêle sain-grêle dilaté, volvulus.

Le scanner permet de préciser le degré et l'étendue des lésions au cours d'une occlusion ischémique. Enfin, outre certaines images évoquant une complication (pneumopéritoine, épanchement péritonéal), le scanner abdominal peut guider la conduite opératoire, servant de bilan d'extension dans certains processus tumoraux (métastase).

N.B: Les facteurs qui menacent la vie au cours d'une occlusion intestinale aiguë sont le choc hypovolémique et ses conséquences, les perforations intestinales, les hémorragies digestives, les pneumopathies par inhalation de vomissements.

8.FORMES CLINIQUES : [3, 17, 10,9]

8.1 En fonction du siège :

8.1.1 Occlusions du grêle :

Les occlusions de l'intestin grêle représentent 8 % des douleurs abdominales aiguës de l'adulte. Elles sont 3 à 4 fois plus fréquentes que les occlusions coliques.

L'âge supérieur à 40 ans est en faveur.

L'intensité de la douleur est souvent sévère, les vomissements répétés, l'arrêt des gaz assez tardif, la dilatation (météorisme) parfois localisées, une rapide altération de l'état général, un déséquilibre hydroélectrolytique.

A l'examen et à l'interrogatoire, on ne retrouve ni émissions glaireuses ni rectorragies ni antécédents de crises identiques ou atténués ayant cédés. Sur les radiographies de l'abdomen sans préparation : il existe des images hydroaériques, multiples, centrales, plus larges que hautes, à bords fins, disposées en « tuyau d'orgue ».

8.1.2 Occlusions coliques :

Les occlusions coliques représentent 2 % des douleurs abdominales aiguës de l'adulte.

Elles sont 3 à 4 fois plus rares que les occlusions du grêle. L'âge est souvent supérieur à 60 ans ; la douleur progressive, elle n'est ni particulièrement exacerbée par les aliments ni spécialement soulagée par les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz précoces, la dilatation abdominale(météorisme) généralement diffuse et non localisée, une alternation de l'état générale tardive. Sur les radiographies de l'abdomen sans préparation : existent des bulles hydroaériques plus nombreuses que l'obstacle est plus bas situé, elles sont périphériques, plus hautes que larges à bords épais marquées par des haustrations.

Le lavement (aux hydrosolubles) baryte, montre souvent l'atteinte colique et précise le siège exact, l'hydrosoluble brute sur l'obstacle donnant souvent des images en corne ou en bec d'oiseau.

8.2 En fonction de la nature et du mécanisme :

Sur le plan pratique, deux situations se discutent :

8.2.1 Occlusions mécaniques :

Les occlusions mécaniques sont les fréquences 90 à 95 % des occlusions intestinales, et elles relèvent toujours d'un transfert d'urgence en milieu chirurgical. Elles peuvent siéger sur le grêle ou sur le côlon ; leur mécanisme relève soit d'une obstruction, soit d'une strangulation.

Occlusions aiguës par strangulation : sont caractérisés par :

- ✓ Un début brutal, des douleurs intenses, violentes sans accalmie, sans prodrome,
- ✓ Contemporaines d'un collapsus précoce,
- ✓ Un météorisme asymétrique, immobile et tympanique, sans ondulation péristaltique, silencieux (signe de Von Wahl),
- ✓ Sur les clichés, une anse unique donnant une image en arceau avec un niveau liquide dans chaque pied de l'anse volvulée.

Occlusions aiguës par obstruction : on les évoque sur :

- ✓ Un début progressif,
- ✓ Souvent précédé de crises douloureuses ;
- ✓ Des mouvements péristaltiques ; des bruits hydroaériques ;
- ✓ Un arrêt du transit plus progressif ;
- ✓ Des images hydroaériques multiples et étagées réalisant l'aspect classique en tuyau d'orgue.

8.2.2 Occlusions fonctionnelles :

Elles sont moins fréquentes 5 à 10 % des occlusions intestinales. Elles se caractérisent par l'absence ou la faible intensité des douleurs, un météorisme important diffus, l'ondulation péristaltique et de bruits hydroaériques, une constipation sans arrêt franc des matières et des gaz.

L'élément clinique prédominant est le syndrome infectieux.

La radiographie produit des images plus diffuses que celles des occlusions mécaniques, avec peu de niveaux hydroaériques.

Les principales causes sont : les neuroleptiques, les antimitotiques, les affections rétro péritonéales, affections nerveuses, troubles neurologiques chez les

personnes âgées (maladie de Parkinson, troubles psychiatriques), le syndrome d'ogilvie.

8.3 En fonction de l'étiologie :

8.3.1 Pour les occlusions du grêle :

Occlusions sur brides ou adhérences péritonéales :

Hernies étranglées

Tumeurs du grêle

Diverticules du grêle

Autres : corps étrangers, phytobézoards, occlusions parasitaires.

8.3.2 occlusions du côlon

Cancers Sigmoidite volvulus du côlon (volvulus du sigmoïde ou du côlon pelvien, volvulus du côlon droit et du caecum, volvulus du côlon transverse) :

 Signes fonctionnels :

La douleur : est moins évocatrice, d'apparition progressive, moins intenses, diffuse, prédominant à la fosse iliaque gauche.

Les vomissements sont tardifs voire absents, remplacés par des simples nausées, qui secondairement deviennent alimentaires, bilieux puis fécaloïdes.

L'arrêt du transit (qui est le signe majeur) des matières et des gaz est précoce et absolu. Mais il peut être masqué par la vidange du segment intestinal d'aval.

Signes généraux :

- ✓ L'état général est conservé,
- ✓ Le faciès anxieux,
- ✓ La langue est chargée,

- ✓ La température est discrètement élevée : 37,5 – 38° c, rarement supérieur à 38°
- ✓ Le pouls est parfois modérément accéléré,
- ✓ La tension artérielle est normale.

A l'inspection, un météorisme abdominal (signe physique capital), d'apparition précoce, réalisant : une énorme masse tympanique, asymétrique immobile, oblique en haut et à droite, allongée de la fosse iliaque gauche à l'hypochondre droit : signe de Von Wahl.

La palpation, retrouve une résistance élastique de l'abdomen, parfois réveille une douleur dans la fosse iliaque gauche.

La percussion de l'abdomen est sonore.

L'auscultation retrouve une accentuation des bruits hydroaériques.

L'ampoule rectale est vide.

9.DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

9.1Il faut éliminer certaines affections médicales :

-la colique néphrétique (elle s'accompagne souvent d'une dilatation gazeuse du grêle et du côlon).

-une colique hépatique,

-une diarrhée importante, accompagnée de vomissement et d'un certain météorisme, mais sans douleur. Il existe alors des images gazeuses du grêle et du côlon, sur les clichés de l'abdomen sans préparation.

-l'hypokaliémie chez les patients âgés,

-les neuroleptiques chez les patients âgés (peuvent entraîner des distensions gazeuses coliques considérables).

9.2 Il faut éliminer des affections d'allure occlusive :

- La dilatation gastroduodénale aiguë spontanée (elle simule l'occlusion par sa douleur aiguë, ses vomissements, altération précoce de l'état général, le météorisme abdominal).
- Certains traumatismes importants (lombaires , crânio- encéphaliques , rachidiens , fractures du bassin avec hématome rétro péritonéal ,chez un patient alité, soumis à une ventilation assistée), s'accompagnent souvent de ralentissement réflexe du transit intestinal.
 - ✓ Les péritonites généralisées
 - ✓ La pancréatite aiguë
 - ✓ L'infarctus mésentérique
 - ✓ L'hémopéritoine de la grossesse extra-utérine
 - ✓ Les torsions d'annexes ou de kyste de l'ovaire.

10. Evolution et pronostic : [8, 10].

En l'absence de traitement, l'occlusion intestinale aiguë aboutirait au décès par nécrose intestinale, perforation, péritonite et choc septique.

- Traitée, son évolution et son pronostic sont fonction :

Des antécédents pathologiques, de l'âge, de la cause et du retentissement général de l'occlusion.

Le pronostic est en partie lié au type de l'occlusion, au siège de l'obstacle mais surtout à la précocité du diagnostic et de l'intervention.

- Les suites opératoires doivent faire l'objet de soins et de surveillance attentive :

Poursuite de l'aspiration digestive, de la réanimation hydro électrolytique ;
Prévention des complications thrombo-emboliques par le lever précoce ;
pulmonaires par la gymnastique respiratoire.

- La surveillance permet de dépister :
 - Une occlusion postopératoire précoce, plus souvent fonctionnelle, paralytique ou métabolique, que mécanique, par bride ;
 - Une fistule de la grêle, qui peut survenir s'il y a eu résection, entérotomie d'extraction d'un calcul ou d'un corps étranger, ou simplement du fait de la dissection et de la libération des anses intestinales adhérentes.
 - A distance, le patient n'est jamais à l'abri d'une récurrence occlusive.

11. Traitement des occlusions : [3, 8, 17, 9]

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

11-1- le traitement médical :

Mené avant, pendant et après l'intervention chirurgicale et consiste surtout :

1. réanimation-hydro-électrolytique : prise d'une voie veineuse

- ✓ Qui permet une correction progressive de l'hypovolémie ;
- ✓ Et une correction des troubles électrolytiques, guidée par la clinique et les examens biologiques.

2. une aspiration digestive par une sonde gastrique :

- ✓ Qui diminue la distension abdominale ;
- ✓ Supprime les vomissements ;
- ✓ Évite l'inondation trachéale et l'inhalation bronchique au moment de l'anesthésie.

3. Une fiche de surveillance de cette réanimation.

4. Un contrôle de la diurèse, par une sonde vésicale à demeure.

5. Une antibioprophylaxie et un traitement antalgique.

11-2- Le traitement chirurgical :

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

11-2-1- En cas d'occlusion du grêle :

L'intervention est précoce, sous anesthésie générale et intubation trachéale :

- ✓ Par une voie d'abord médiane ;
- ✓ Après libération de toutes les adhérences pour bien exposer tout le grêle ;
- ✓ Des prélèvements bactériologiques, d'un épanchement péritonéal, fréquent, cultivés sur -milieux Aero, anaérobies ;
- ✓ L'obstacle est recherché à la jonction du grêle plat et du grêle distendu ;
- ✓ Une occlusion par bride nécessite la section de la bride ;
- ✓ Une hernie interne sa réduction ;
- ✓ On apprécie ensuite l'aspect du grêle en recherchant un sillon d'étranglement, en étudiant sa coloration, la récupération d'ondulations péristaltiques, de battements visibles et palpables dans les vaisseaux droits du mésentère, sous l'effet du sérum chaud.

Après s'être assuré que le ballonnet de la sonde trachéale assure une bonne étanchéité :

- ✓ On pratique la vidange du grêle distendue, avec douceur, à contre-courant jusque dans l'estomac où son contenu est aspiré ;
- ✓ Si le grêle est sphacélé de façon irréversible, ou présente une sténose, une tumeur, une résection intestinale est pratiquée et le rétablissement de la continuité dans le même temps ;
- ✓ La toilette de la cavité péritonéale, effectuée au sérum tiède, débarrasse l'abdomen des caillots, des liquides septiques, évite la formation d'adhérences à l'origine de brides ;
- ✓ Les anses intestinales sont enfin ordonnées et rangées en bonne position.

11-2-2- En cas d'occlusion du côlon :

Lorsque l'occlusion réclame une intervention d'urgence, le cancer du côlon pose le problème, différemment selon le côté.

- **Le cancer du côlon droit :**

Lorsque la tumeur est extirpable, le cancer du côlon droit est traité par hémicolectomie droite et anastomose iléo-transverse. Lorsque la tumeur est inextirpable, le cancer est traité par dérivation interne :

Anastomose iléo-transverse latéro-latérale.

- **Le cancer du côlon gauche :**

Les conditions d'une exérèse immédiate sûre et carcinologique de la tumeur sont rarement réunies. Dans ce cas, l'anastomose immédiate est contre-indiquée. L'intervention est donc terminée par une double stomie, ou intervention de Hartmann (extériorisation de l'extrémité colique d'amont en colostomie terminale, iliaque gauche et l'abandon du moignon rectal ou colique d'aval fermé, dans le petit bassin).

Habituellement, la solution de prudence et de sécurité est une colostomie en amont de la tumeur laissée en place, colostomie latérale, sur baguette, effectué par une voie d'abord élective par rapport au siège connu de l'obstacle tumoral, précédent de quelques semaines la colectomie secondaire.

- **Le volvulus du côlon pelvien :**

En l'absence de contre-indication, c'est -à-dire :

- ✓ D'occlusion vue tard,
- ✓ De signes péritonéaux,
- ✓ De signes de nécrose de l'anse volvulée : douleurs intenses, vomissements, état de choc, défense abdominale, présence de sang au toucher rectal, qui imposent une intervention d'urgence.

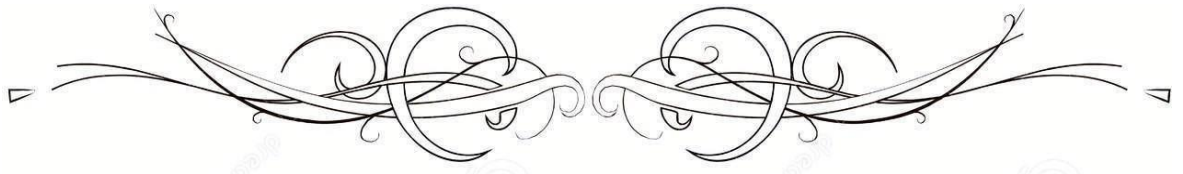
La détorsion est souvent tentée par colonoscopie. Une fois cette détorsion obtenue, il y a issue de matières de stase dans le rectum. Sous coloscopie, on peut faciliter cette détorsion en poussant un tube de Faucher. Une fois la détorsion endoscopique assurée, il faut vérifier la muqueuse de la zone de torsion et la muqueuse de l'anse volvulée. Pour éviter la récurrence, il faut envisager une résection sigmoïdienne ultérieure. En cas d'impossibilité de dévolvuler endoscopiquement le sigmoïde après que l'anse a été dévolvulée mais que la zone de torsion est douteuse, il est préférable d'intervenir en urgence.

En cas d'intervention en urgence l'anse est dévolvulée si cela n'avait été fait. Le tube de Faucher, mis en place préalablement dans le rectum et poussé après détorsion de l'anse, facilite la vidange de celle-ci. Une fois l'anse est dévolvulée, le sigmoïde est habituellement réséqué sans rétablissement immédiat de la continuité et avec mise des 2 bouts à la peau en canon de fusil ou intervention de Bouillie Wolkman.

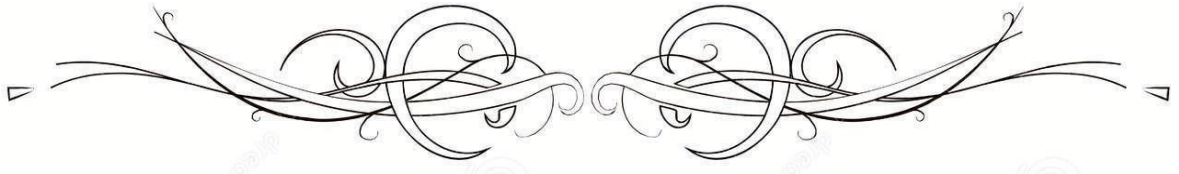
La mortalité post-opératoire dans ce contexte est élevée.

Le traitement idéal du volvulus du côlon pelvien est préventif : colectomie segmentaire des dolichocôlons qui ont présenté des épisodes occlusifs antérieurs incomplets.

Quant aux occlusions fonctionnelles, elles relèvent essentiellement d'un traitement « médical » et parfois une décompression endoscopique (syndrome d'ogilvie).



METHODOLOGIE



IV. METHODOLOGIE

1 Type et période d'étude :

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive et analytique allant du 1er Janvier 2015 au 31 Octobre 2022.

2 Site d'étude :

Notre site d'étude a été le service de chirurgie générale du C.S. Réf CIII du district de Bamako.

2-1 BIOGÉOGRAPHIE

Le C.S.RéfCIII est situé à BamakoCoura en face de l'Avenue de l'indépendance.

Dans l'enceinte de l'établissement, on distingue :

Le service administratif et financier, le service de la Médecine Interne,

Le service de la Gynéco-obstétrique, le service de la Pédiatrie et PEV,

Le service d'Imagerie Médicale, le service de la Pharmacie et Laboratoire ;

Le service de la chirurgie Générale.

L'unité de la chirurgie est divisée en trois blocs :

Les bureaux des chirurgiens ; les salles d'hospitalisation ; la petite chirurgie à l'entrée du centre qui représente également la salle de soins.

2-2 Les locaux :

Le service de chirurgie générale dispose de 3 salles d'hospitalisation, de 5 bureaux pour les chirurgiens, d'une salle de garde (pour les infirmiers), d'un bureau du Major, d'une salle de permanence (petite chirurgie), et d'une unité de bloc opératoire. Le bloc opératoire comprend deux salles d'opération, une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil, un bureau du major et deux bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du C.S.RéfCIII excepté la chirurgie Oto-Rhino-Laryngologie et l'Ophtalmologie qui n'ont pas commencé les activités chirurgicales.

2-3 Le personnel :

Le personnel permanent est composé de : 6 chirurgiens dont 1 urologue et 1 traumatologue-orthopédiste, 2 IBODES, 1 technicien supérieur de sante faisant fonction IBODE, 6 techniciens de surface ou manoeuvres. Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards, des étudiants et des infirmiers stagiaires.

2-4 Les activités :

Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions d'urgences et les hospitalisations. Les staffs se tiennent le vendredi. Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes.

2-4 Population d'étude :

Les patients ont été reçus en provenance du district de Bamako et environnement. Le recrutement a concerné les patients des deux sexes et de tout âge, admis pour occlusion intestinale aiguë dans le service de chirurgie de C S REF III de Bamako.

2-4 Echantillonnage :

Notre échantillon a concerné les patients des deux sexes, de tous les âges ayant été admis pour occlusion intestinale aiguë dans le service de chirurgie de C S REF III de Bamako durant la période d'étude.

Définition de cas :

Nous avons pris comme occlusion intestinale aiguë tout patient présentant un signe de la triade fonctionnelle de l'occlusion intestinale aiguë ou triade de Mondor (29) (douleur abdominale, vomissement, arrêt des matières et des gaz) avec distension abdominale à l'examen physique.

Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude tout patient admis pour occlusion intestinale aiguë dans le service de chirurgie générale du C.S. Réf CIII du district de Bamako.

Critères de non inclusion :

Les cas d'occlusion intestinale aiguë opérés en dehors de service de chirurgie générale du C.S. Réf C III du district de Bamako.

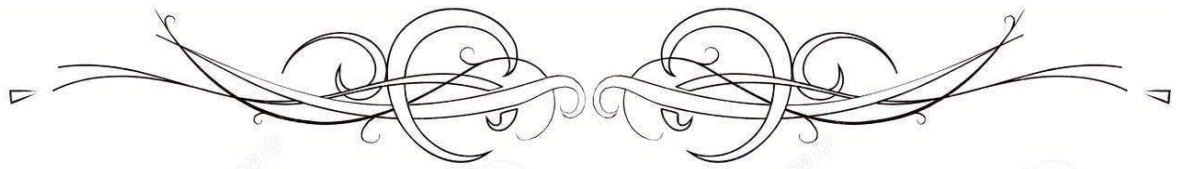
- Toutes autres pathologies chirurgicales rencontrées.

2-5 Supports de l'étude : Les supports utilisés étaient :

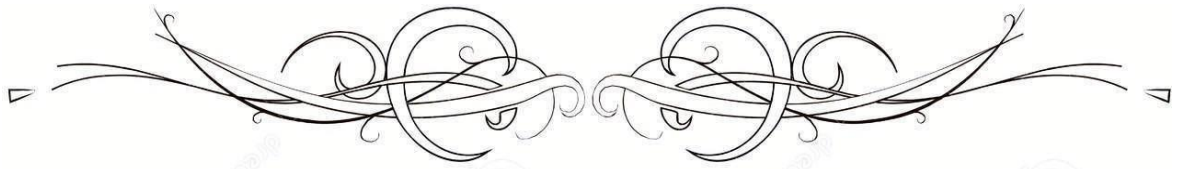
- Les dossiers médicaux des malades
- Les registres d'hospitalisation
- Les fiches d'enquêtes
- Les registres de consultations externes et le protocole d'anesthésie
- Cahier de compte rendu opératoire
- Les registres d'admission des infirmiers majors.

2-6 Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 25, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « WORD » version 2020. La comparaison des textes sera faite en utilisant le test statistique Chi2 avec P significatif < 0,05.



RESULTATS



V.RESULTATS :

1. Aspects épidémiologiques :

1-1 Fréquence

Au cours de la durée d'étude 7 875 consultations avaient été effectuées, 2 968 hospitalisations, 2 429 interventions chirurgicales dont 735 abdomens aigus chirurgicaux et 96 occlusions intestinales aigues opérées. Les occlusions intestinales aigues représentaient 3,23% des hospitalisations, 3,95% des indications chirurgicales, 13,06 % des urgences chirurgicales abdominales.

Tableau II : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Age	Effectif (n)	Pourcentage (%)
0-20	23	24.0
21-40	46	47.9
41-60	20	20.8
61-80	7	7.3
Total	96	100

La tranche d'âge 21 à 40 ans était majoritaire avec 47,9%, une moyenne de 31,11ans, avec des extrêmes de 5 et 80 ans et un écart type de 0,857.

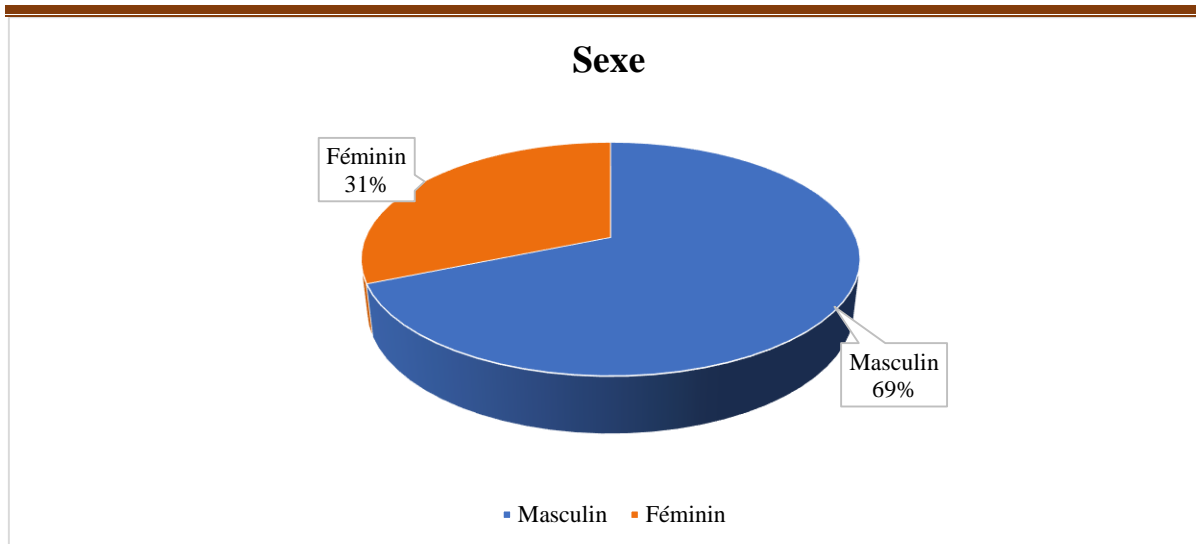


Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin était majoritaire avec 69%, le sex-ratio a été de 2,22 (H/F).

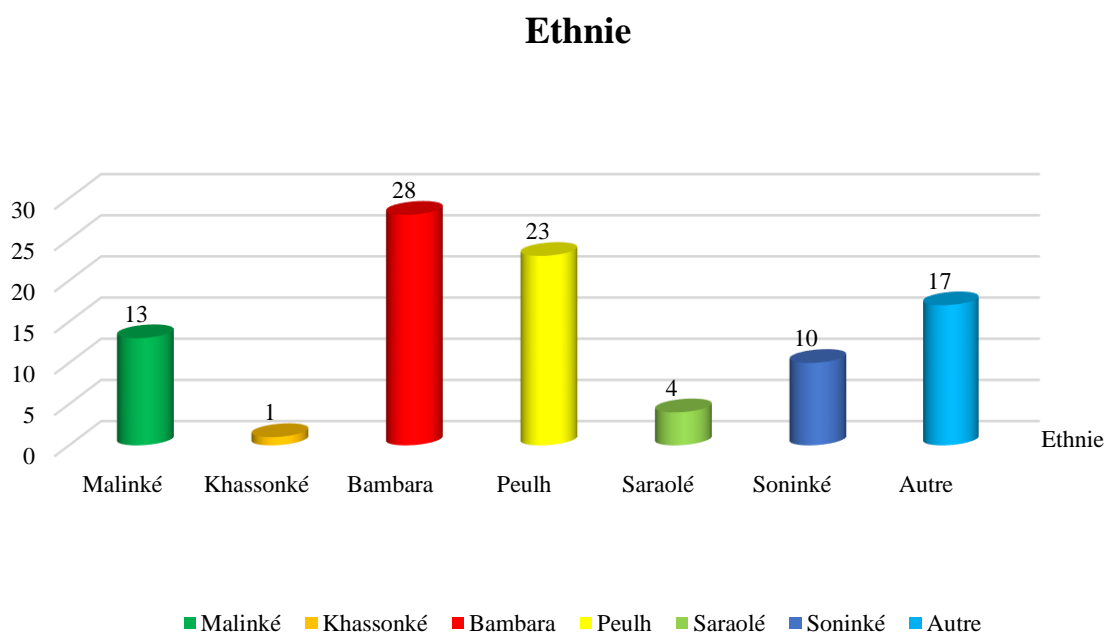


Figure 4 : Répartition des patients selon l'ethnie

L'ethnie la plus représentée était les bambaras avec un taux de 28%.

Tableau III: Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Commerçant	10	10,4
Ménagère	11	11,4
Elève/étudiant	10	10,4
Chauffeur	4	4,2
Ouvrier	16	16,7
Pêcheur	1	1,0
Cultivateur	40	41,7
Enfant	4	4,2
Total	96	100

La majorité de nos patients était composée de cultivateur avec 41,7%.

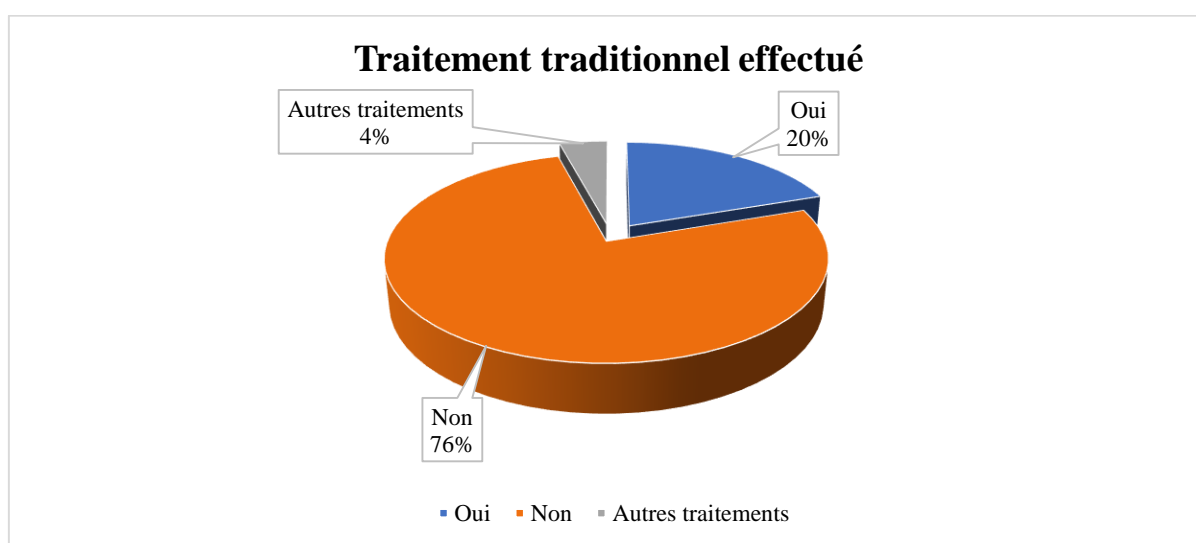


Figure 5 : Répartition des patients selon le traitement traditionnel

La majorité de nos patients n'avait pas fait le traitement traditionnel soit 76%.

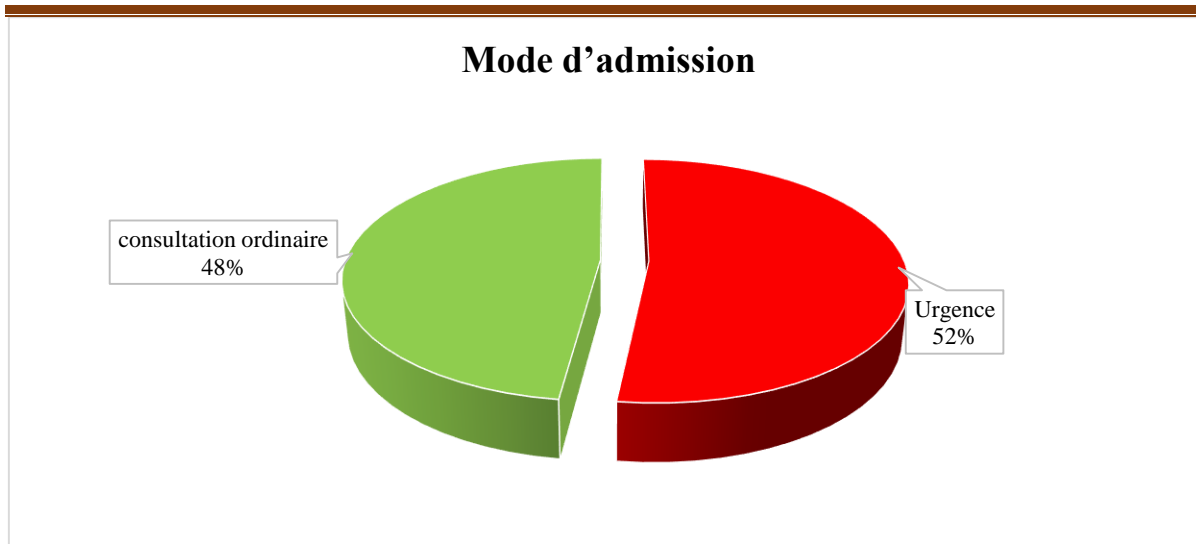


Figure 6 : Répartition des patients selon le mode d'admission

La majorité de nos patients était admis en urgence avec un taux de 52%.

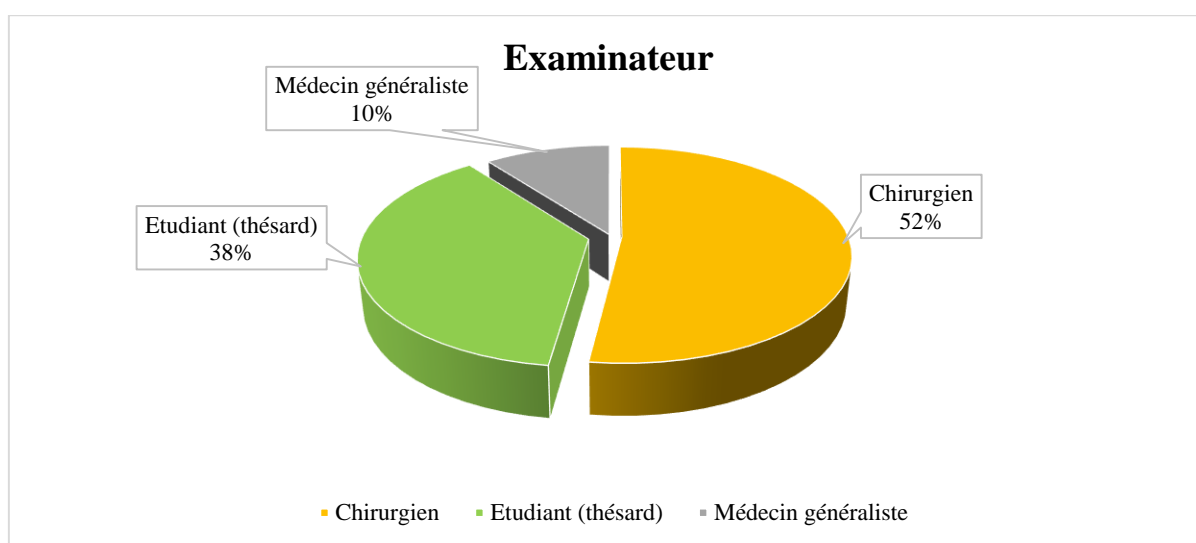


Figure 7 : Répartition des patients selon l'examineur à l'admission

La majorité de nos patients était examiné par le médecin chirurgien avec 52%.

Durée d'évolution de la maladie avant la prise en charge chirurgicale

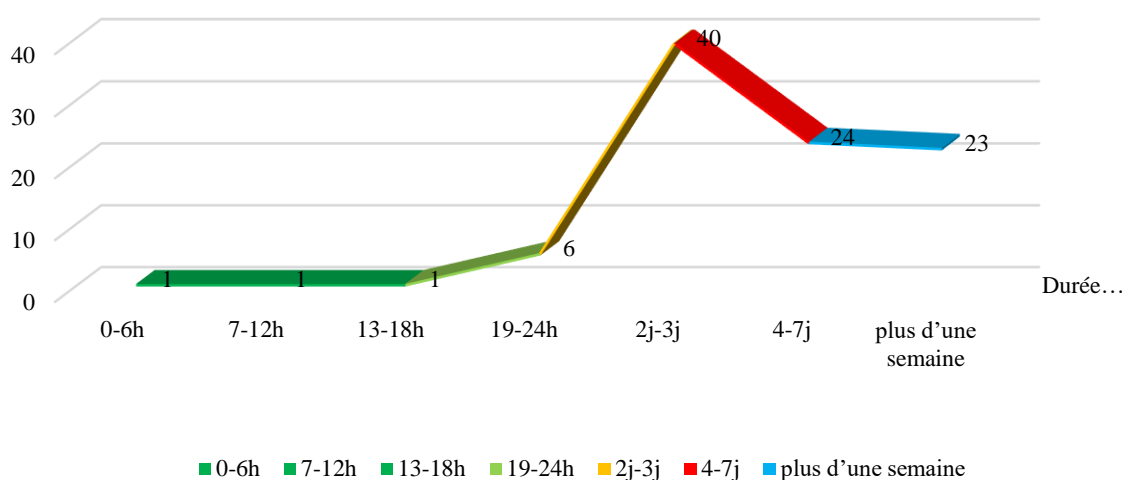


Figure 8 : Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie avant la prise en charge chirurgicale

La majorité de nos patients avait une durée d'évolution des symptômes de 2 à 3 jours avec un taux de 41,7%.

Les antécédents :

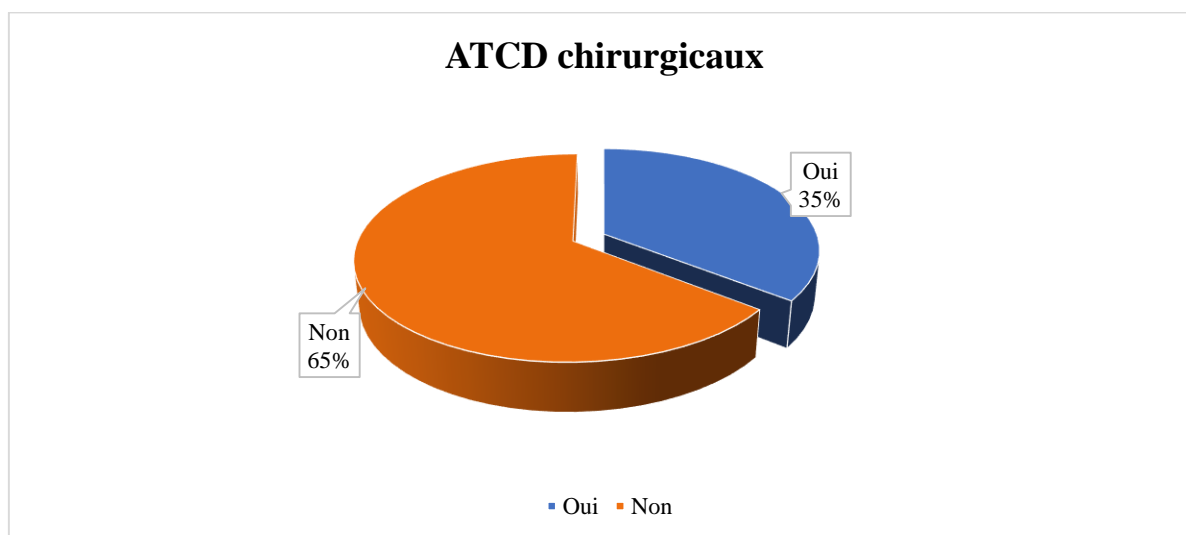


Figure 09 : Répartition des patients selon les ATCD chirurgicaux

La majorité de nos patients n'avait pas de l'ATCD chirurgical avec 65%.

2. ASPECTS CLINIQUES :

2-0-Diagnostic :

2-1. Signes fonctionnels :

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

Evolution de la douleur	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Douleur permanente	24	25
Douleur intermittente	72	75
Total	96	100

La douleur était intermittente chez la plupart de nos patients soit 75%.

Tableau V : Répartition des patients selon le type de la douleur

Type de la douleur	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Colique	14	14,6
Crampe	31	32,2
Piqûre	6	6,3
Brûlure	4	4,2
Torsion	37	38,5
Écrasement	4	4,2
Total	96	100

La douleur était à type de torsion chez 38,5% de nos patients.

Tableau VI : Répartition des patients selon le siège initial de la douleur

Siège de la douleur	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Hypochondre D	4	4,2
Hypochondre G	1	1,0
Flanc G / flanc D	4	4,2
FID	7	7,3
Epigastre	8	8,3
Hypogastre	1	1,0
Région sous-ombilicale	9	9,4
Diffus	32	33,3
Ombilic et région péri-ombilicale	30	31,3
Total	96	100

Nos patients avaient un siège diffus de la douleur initialement soit 33,3%.

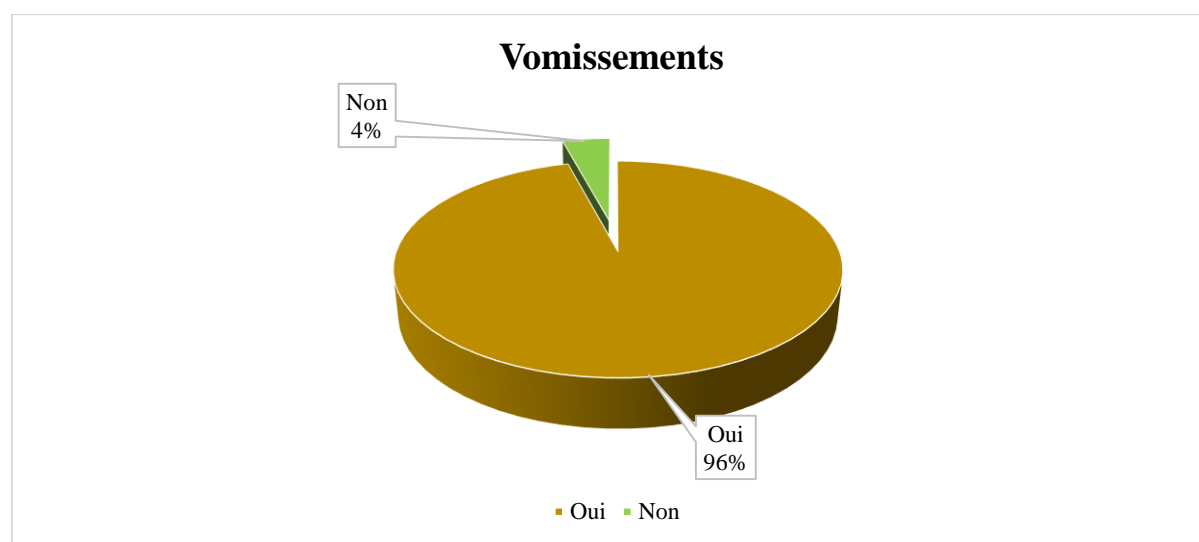


Figure 10 : Répartition des patients selon la présence de vomissements

Les vomissements étaient présents chez 96% de nos patients.

Tableau VII : Répartition des patients selon le type de vomissement

Type de vomissement	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Précoce	44	45,8
Tardif	48	50

Les vomissements étaient tardifs dans 50% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la nature des vomissements

Nature des vomissements	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Fécaloïde	8	8,3
Alimentaire	58	60,4
Bilieux	30	31,3
Total	96	100

Les vomissements étaient alimentaires dans 64,1% des cas.

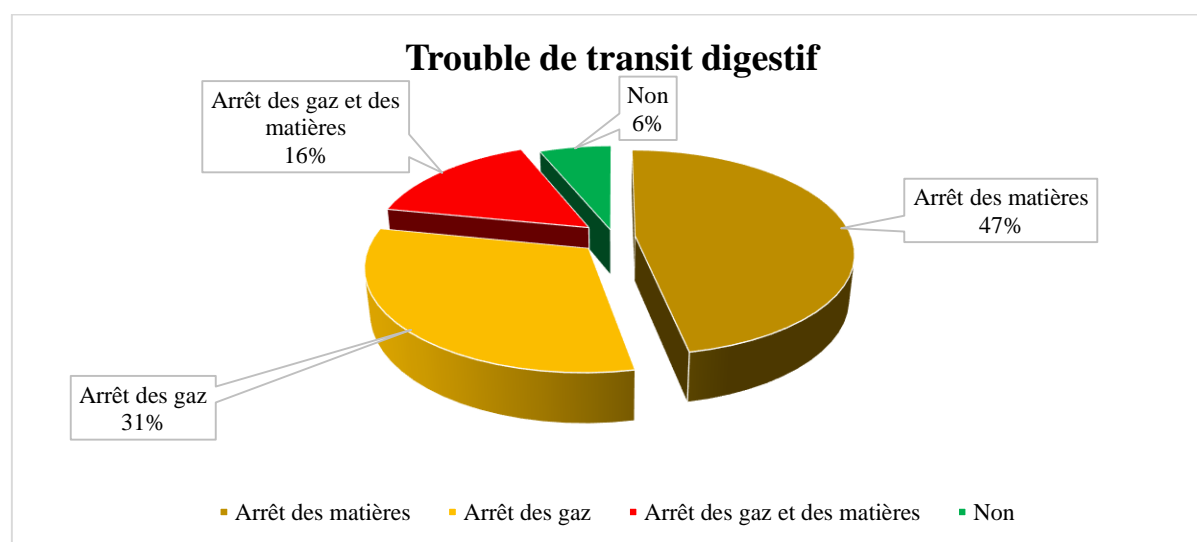


Figure 11 : Répartition des patients selon le trouble de transit digestif

Le trouble de transit digestif a type arrêt des matières était la plus représenté avec 47%.

2-2. Signes généraux :

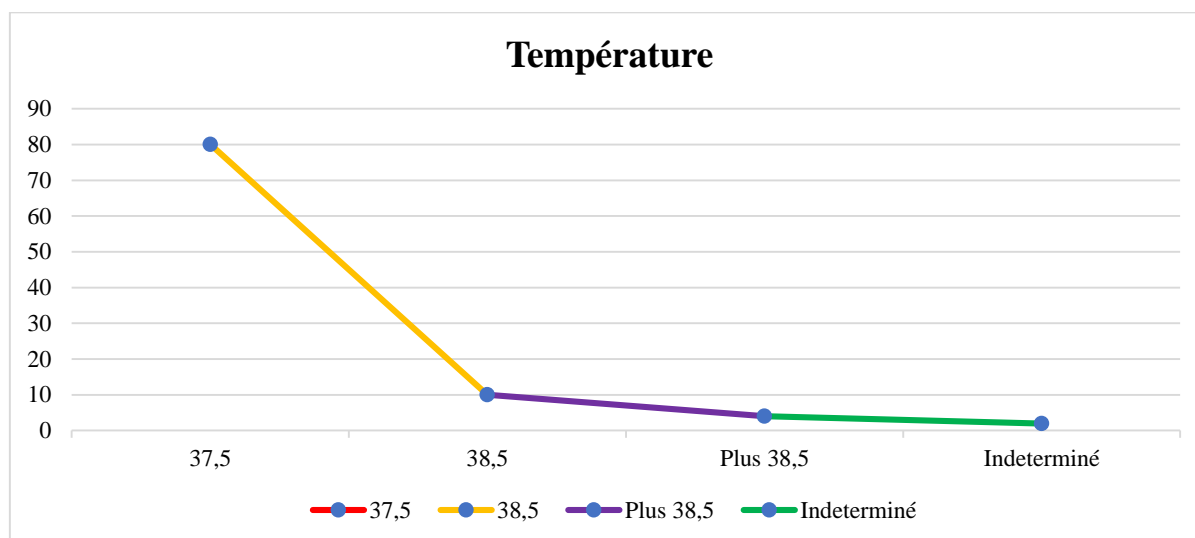


Figure 12 : Répartition des patients selon la température

La majorité des patients avait une température de 37,5° C avec 83,3%

Tableau IX: Répartition des patients selon la tension artérielle.

Pression artérielle	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Hypertension	6	6,3
Hypotension	28	29,2
Normal	62	64,6
Total	96	100

La majorité des patients avait une tension artérielle normal avec 64,6%.

Tableau X: Répartition des patients selon la classification de l’OMS de l’état général.

Classe OMS	Effectif (n)	Pourcentage (%)
OMS 0	1	1,1
OMS I	13	13,5
OMS II	73	76,1
OMS III	6	6,2
OMS IV	3	3,1
Total	96	100

La plupart des patients avait un bon état général (OMS 0, I, II) 87 patients soit 90,6%.

Tableau XI : Les conjonctives des patients.

Conjonctives	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Pâles	14	14,6
Colorées	60	62,5
Moyennement colorées	22	22,9
Total	96	100

Les patients avaient les conjonctives colorées dans 62,5% des cas.

Tableau XII : Répartition selon Le pouls des patients.

Pouls	Effectif (n)	Pourcentage (%)
51-80 pulsations	14	14,6
81-99 pulsations	22	22,9
100 pulsations ou plus	60	62,5
Total	96	100

Les patients avaient un pouls de 100 pulsations ou plus dans 62,5% des cas.

2-4. Signes physiques :

2-4-1. Inspection :

Tableau XIII : La répartition selon la présence de cicatrice d'intervention chirurgicale.

Cicatrice	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Pas de cicatrice	63	65,7
Médiane sous-ombilicale	4	4,2
Pfannenstiel	23	23,9
Inguinale droite	4	4,2
Inguinale gauche	2	2,0
Total	96	100

La majorité des patients n'avait pas de cicatrice d'intervention chirurgicale soit 65,7% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la nature du météorisme

Nature du météorisme	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Diffus	51	53,1
Absent	32	33,4
Asymétrique	13	13,5
Total	96	100

La nature du météorisme diffus était la plus représenté avec 53,1%

2-4-2. Palpation :

Tableau XV : Répartition des patients selon l'Etat de l'abdomen a la palpation.

Etat de l'abdominale a la Palpation	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Défense	18	18,8
Contracture	2	2,1
Souple	76	79,2
Total	96	100

La majorité des patients avait un abdomen souple avec 79,2%.

Tableau XVI : Répartition des patients selon l'Etat des orifices herniaires.

Etat des orifices herniaires	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Libre	88	91,7
Hernie réductible	2	2,0
Hernie irréductible	6	6,3
Total	96	100

La hernie étranglée a été retrouvée chez 6,3% de nos patients.

2-4-3. Percussion :

Tableau XVII : La répartition des patients selon la percussion abdominale (tympanisme).

Tympanisme	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Présent	82	85,4
Absent	14	14,6
Total	96	100

Il y avait un tympanisme abdominal chez 85,4% des patients.

2-4-4. Auscultation :

Tableau XVIII : La répartition selon l'auscultation de l'abdomen (bruits hydroaérique).

Bruits Hydro aériques	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Augmentés	56	58,3
Diminués	40	41,7
Total	96	100

Le bruit hydro-aérique était augmenté à l'auscultation de l'abdomen dans 58,3% des cas.

2-4-5. Le toucher rectal :

Tableau XIX : La répartition selon l'état du douglas au toucher rectal

Etat du douglas au toucher rectal	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Bombé et douloureux	8	8,3
Douloureux	28	29,2
Rectum vide	60	62,5
Total	96	100

L'état du douglas au toucher rectal était vide dans 62,5% des cas.

2-4-6- Les examens complémentaires :

Tableau XX : Répartition des patients selon les résultats de l'ASP

Résultat de l'ASP	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Niveaux hydro-aériques plus larges que hauts centraux	46	47,9
Niveaux hydro-aériques plus hauts que larges périphériques	27	28,1
Non réalisée	23	24,0
Total	96	100

La majorité des patients avait un niveau aérique central avec 47,9%.

Tableau XXI : Les patients selon le résultat de l'échographie abdominale.

Echographie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Non fait	21	21,9
Fait	75	78,1
Total	96	100

L'échographie abdominale a été réalisée chez 75 patients et plus de la moitié des résultats était en faveur d'un syndrome occlusif soit 78,1% des cas.

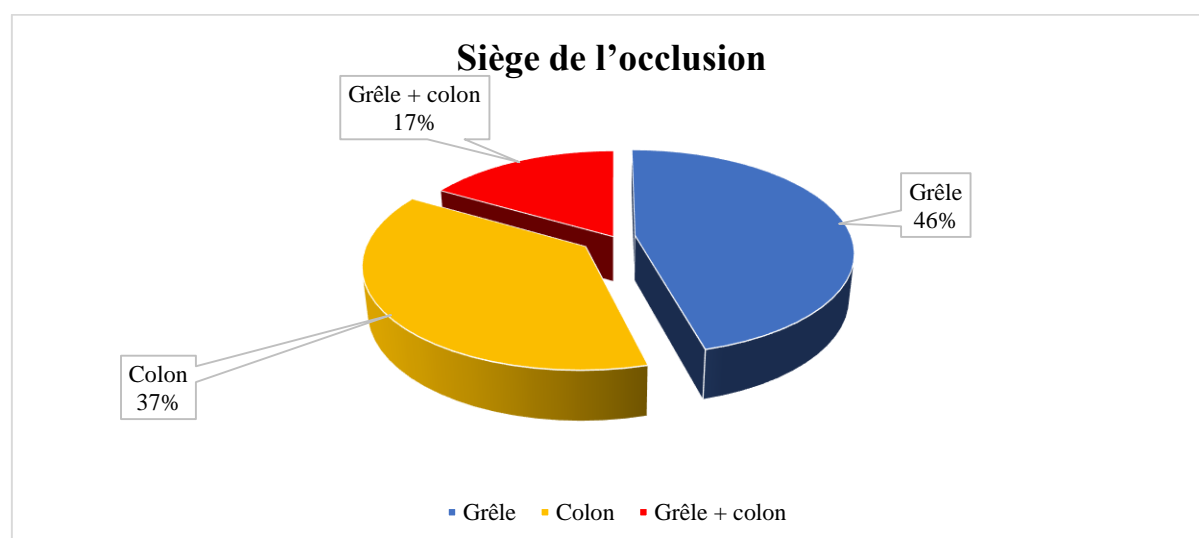


Figure 13 : Répartition des patients selon le siège de l'occlusion

Le grêle était le siège le plus représenté avec 46%.

Tableau XXII : Répartition selon le diagnostic de la radiographie de l'abdomen sans préparation

Diagnostic	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	73	21,9
Non	23	78,1
Total	96	100

La radiographie d'abdomen sans préparation n'a pas été réalisée chez 23 patients soit 78,1%.

2-4-7- Etiologies :

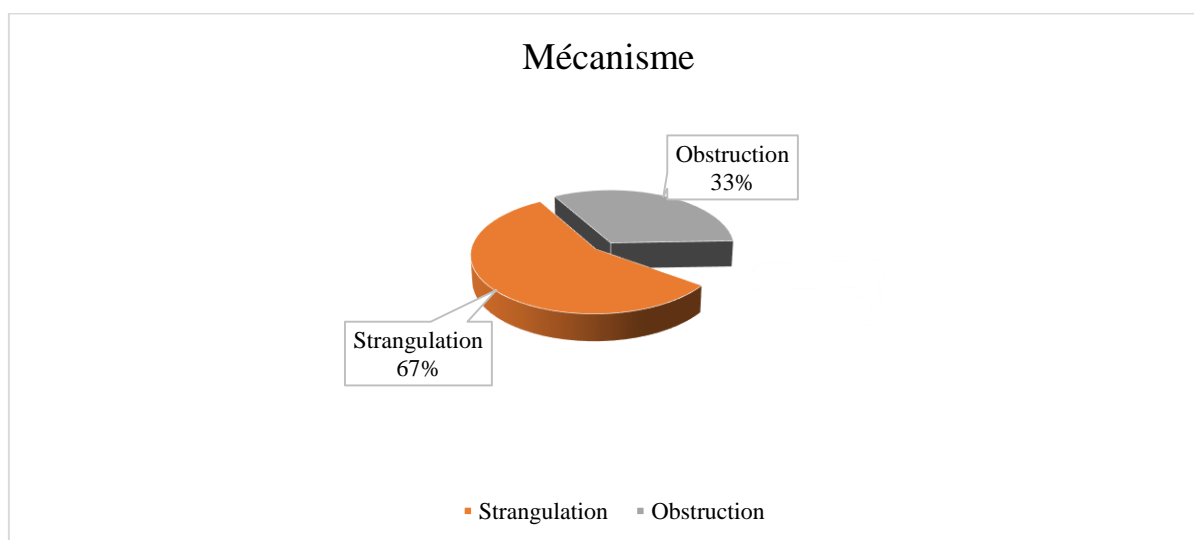


Figure 14 : Répartition des patients selon le mécanisme de l'occlusion

L'occlusion par strangulation était le plus représenté avec 67%.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'étiologie.

Etiologie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Brides et adhérences	36	37,5
Hernie étranglée	6	6,3
Volvulus du grêle	3	3,2
Volvulus du caecum	4	4,2
Volvulus du sigmoïde	8	8,3
Tumeur colique	25	26,0
Invagination intestinale aigue	13	13,5
Tumeur du grêle	1	1,0
Total	96	100

Les brides étaient l'étiologie occlusive la plus représentée avec 37,5%.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon les causes grêliques

Occlusion du grêle	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Bride adhérence	18	18,8
Invagination	13	13,5
Tumeur	1	1
Hernie étranglée	6	6,3
Volvulus	3	3,1
Total	41	42,7

Les brides et adhérences étaient la cause grêlique la plus fréquente avec 18,8%.

Tableau XXV : Répartition des patients selon les causes coliques

Occlusion du colon	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Bride adhérence	18	18,7
Tumeur	25	26,1
Volvulus du colon sigmoïde	8	8,3
Volvulus du Caecum	4	4,2
Total	55	57,3

Les tumeurs étaient la cause colique la plus représentée soit 26,1%.

3. ASPECTS THERAPEUTIQUES :

3 -1- Traitement médical :

Tableau XXVI : répartition des patients selon le traitement médical pré et post opératoire.

Traitement médical pré et post opératoire	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Antibiotique	96	100
Antalgique	96	100
Réhydratation	96	100
Total	96	100

Tous nos patients avaient reçu un traitement médical à base d'antalgique, antibiotique et réhydratation en préopératoire et postopératoire.

Les antibiotiques utilisés étaient la ceftriaxone 80 à 100 mg/Kg/J en deux prises.

Le métronidazole perfusion 30 mg/Kg/J.

La gentamicine 3 à 5 mg/Kg/J pendant 3 jours.

L'antalgique à base de paracétamol et Nefopam injectable.

La réhydratation était à base de sérum salée 0,9%, le Ringer lactate et le sérum glucosée 5%.

3-2- Traitement chirurgical :

3-2-1 Type d'anesthésie :

L'anesthésie générale a été réalisée chez tous nos patients

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la voie d'abord

Voie d'abord	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Laparotomie médiane	29	30,2
sous ombilicale		
Laparotomie médiane sus et sous ombilical	67	69,8
Total	96	100

Laparotomie médiane sus et sous ombilicale était la voie d'abord la plus représentée avec 69,8%.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'Etat de l'anse

Etat des anses	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Normal	29	30,2
Inflammatoire	41	42,7
Nécrosé	26	27,1
Total	96	100

L'anse était nécrosée dans 27,1% des cas.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon le geste chirurgical

Nature du geste	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Résection intestinale+ anastomose	35	36,5
Désinvaginassions	13	13,5
Adhésiolyse + résection de brides	36	37,5
Cure herniaire	6	6,2
Résection +Hartmann	6	6,2
Total	96	100

La section de brides était le geste chirurgical la plus représenté avec 37,5%.

Tableau XXX : Répartition des patients selon la complication per-opératoire

Complications per- opératoires	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Aucune	87	90,6
Hémorragie	3	3,1
Perforation digestive	4	4,2
Décès	2	2,1
Total	96	100

La majorité des patients n'avait eu aucune complication per-opératoire avec 90,6%.

Tableau XXXI : Répartition selon les suites opératoires immédiates

Suites opératoires	Effectif (n)	Pourcentage (%)
immédiates		
Simple	86	91,5
Infection pariétale	7	7,5
Décès	1	1,0
Total	94	100

❖ Répartition selon les suites opératoires immédiats

Les suites opératoires étaient simples chez le 93 patient restant soit 96,9%.

Tableau XXXII : Répartition selon la durée d'hospitalisation post opératoire

Durée d'hospitalisation	Effectif (n)	Pourcentage (%)
4-7 jours	87	90,6
1-2 semaines	5	5,2
> à 2 semaines	4	4,2
Total	93	100

Nos patients avaient une durée d'hospitalisation post opératoire comprise entre 4-7 jours soit 90,6% des cas.

Moyenne= 5 jours Ecart type= 0,94 Extrêmes= 4 jours et 21 jours

➤ **Etude analytique**

Tableau XXXIII : Etat des anses et voie d'abord

Etat des anses \ Voie d'abord	Normal	Inflammatoire	Nécrosé	Total
Laparotomie médiane Sus ombilicale	13	9	3	25
Laparotomie médiane sous ombilicale	1	1	2	4
Laparotomie médiane sus et sous ombilicale	24	22	21	67
Total	38	32	26	96

Khi-carré =4,89

ddl=4

P=0,298

Il n'existe pas de relation entre la technique d'opération et l'état des anses.

Tableau XXXIV : Durée d'évolution de la maladie avant l'hospitalisation et l'état des anses.

Etat des anses Dure d'évolution	Normal	Inflammatoire	Nécrosé	Total
0-6h	0	1	0	1
7h-12h	0	1	0	1
13-18h	0	0	0	1
19-24h	4	0	1	6
2j-3j	17	13	2	40
4j-7J	6	10	10	24
Plus d'une semaine	11	7	8	23
Total	38	32	5	96

Khi-carré =12,88

ddl =12

P =0,378

Il n'existe pas de relation entre la durée d'évolution de la maladie avant l'hospitalisation et l'état des anses.

Tableau XXXV : Complication per opératoire et voie d'abord.

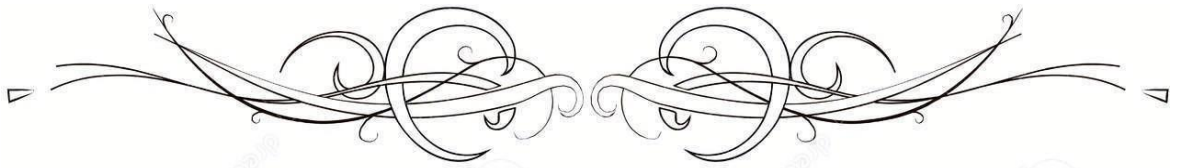
Complication per Voie d'abord	Aucune	Hémorragie	Perforation Digestive	Décès	Total
Laparotomie médiane Sus ombilicale	21	2	1	1	25
Laparotomie médiane sous ombilicale	4	0	0	0	4
Laparotomie médiane sus et sous ombilicale	62	1	3	1	67
Total	87	3	4	2	96

Khi-carré =3,60

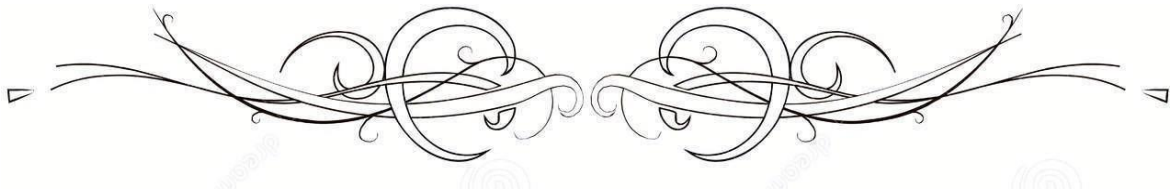
ddl =6

P =0,730

Les complications per opératoires n'étaient pas liées à la technique de l'opération



**COMMENTAIRES
ET DISCUSSION**



VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1.Méthodologie :

Nous avons mené une étude rétrospective sur 08 ans allant de janvier 2015 à Octobre 2022 dans le CS Réf CIII et qui a porté sur 96 cas d'occlusion intestinale aiguë.

Les patients ont été recensés à partir des dossiers d'hospitalisation et des registres de compte rendu et de consultation.

Cependant nous avons rencontré un certain nombre de difficultés :

- La mauvaise conservation des dossiers
- Absence de certains bilans biologiques (ionogramme ; glycémie ; créatinémie ...etc..) et d'imagerie en urgence (radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)).
- Le retard de la prise en charge de certains malades dû au faible pouvoir d'achat.

2-EPIDEMIOLOGIE :

2.1. Fréquence :

Tableau XXXVI : fréquence des OIA selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test Statistique
Koné L. MALI ,2015[29]	42/148	28,4%	P=0,00072
Sissoko M. Mali,2010 [6]	39/228	17,10%	P=0,084100
Makhouad R. Maroc, 2018[30]	98/784	12,5%	P=0,14735
Traore K Mali, 2021 [39]	44/314	14%	P=0,041
Notre étude Mali 2023	96/2429	13 ,06%	

Les occlusions intestinales aiguës représentent une cause fréquente d'hospitalisation en chirurgie [35]. Dans notre étude, les occlusions intestinales aiguës représentaient 13,06% des interventions abdominales chirurgicales. Ce taux ne diffère pas statistiquement de celui trouvé dans l'étude de Traore K [39] au Mali.

2.2-Age :

Tableau XXXVII : l'âge moyen selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Age moyen
Kossi J, Finlande2004[34]	101	66,8
Harouna. Y, Niger,2001[20]	286	32
Mariko B, Mali, 2008 [11]	101	43,6
Dembélé A, Mali,20131[32]	122	45,6
Notre étude Mali 2023	96	31 ,11

L'âge n'est pas un facteur de risque de l'occlusion intestinale aiguë.

L'Age moyen de 31,11 ans observé dans notre série est comparable avec ceux trouve par Mariko B. Harouna. Y Dembélé A. [11 ;20 et 32].

2.3-Sexe :

Tableau XXXVIII : Le sexe ratio selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Sexe /Ratio
Sacko M, Mali, 2008, [34]	117	2
Kouadio GK, RCI,2005 [43]	49	1 ,2
Duron J, France2006[42]	186	0 ,5
Notre étude Mali 2023	96	2,22

Le sexe n'est pas un facteur de risque. Cependant la prédominance masculine a été trouvée dans plusieurs séries [34 ;42 ;43]. Le sexe masculin était majoritaire

dans notre série avec un sexe ratio de 2,22. Ce résultat est comparable à celui trouvé par Sacko. M au Mali [34].

Tableau XXXIX : Durée moyenne d'évolution de la maladie :

Auteurs	Effectif	Durée moyen
DONGMO.M, Mali, 2006 [4]	52	5,3 ±1,6
Mariko B, Mali, 2008[7]	101	5±2
Kone. L, Mali 2015[29]	42	5,4±3,4
Traoré F, Mali 2020 [31]	71	5±3,1
Notre étude Mali 2023	96	2±3,1

La durée d'évolution de la maladie et auteur est un facteur de pronostic [36]. Notre durée moyenne a été de **2±3,1 jours**. La durée moyenne varie selon les séries africaines entre 2 à 5 jours [4 ;11 ;29]. Ce retard de consultation pourrait s'expliquer par le circuit du malade, le traitement traditionnel avant l'arrivé et l'automédication.

3. CLINIQUE :

3.1. Les signes fonctionnels :

Tableau XL : Signes fonctionnels selon les auteurs

Signes Auteurs	Douleurs Abdominale N. %	Vomissements N. %	A M G N. %
Kouadio GK, CI 2001 [43]	49 ; 100%	49 ; 100%	49 ; 100%
Harouna Y, Niger 2000 [20]	34 ; 100%	32 ; 94%	26 ; 76,5
Dembélé B T Mali 2008 [36]	100 ; 100%	100 ; 100%	88 ; 88%
Notre étude Mali 2023	96 ; 100%	92 ; 96%	96 ; 100%

La douleur abdominale et les vomissements sont des symptômes très fréquents d'une occlusion intestinale aiguë [44].

La douleur abdominale a été observée chez tous nos patients et dans toutes les autres séries [20 ; 36 ; 43].

Les vomissements et l'arrêt des matières et de gaz ont été retrouvés dans notre étude à des taux de 96% et 100 %. Ces taux ne diffèrent pas de ceux retrouvés dans la littérature [20 ; 36].

3.2. Examens physiques :

➤ Signes physiques

Tableau XLI : Signes physiques selon les auteurs

Examens Auteurs	Météorisme	Défense Abdominale	Masse abdominale Douloureuse	Contracture
Traoré. K Mali,[39]	N=2 /44 4,5%	N=34 /44 77, 3%	N=06/44 14%	N=01 /44 2,3%
Koné. L. Mali [29]	N=24/42 66,7%	N=20/42 47,6%	–	N=6/42 14,3%
Sacko .M Mali [34]	N=80/117 68,38%	N=28/117 23,93%	–	N=7/117 5,98%
Notre étude Mali 2023	N=51 /96 53,1%	N=18 /96 18,8%	–	N=2/96 2,1

Le signe physique le plus constant de l'OIA est le météorisme. Ce météorisme a été retrouvé dans 53,1% dans notre série. Ce taux est comparable à ceux trouvés par Sacko M [34] et Koné L [29] au Mali qui ont rapporté respectivement 66,7% et 68,38%. Mais diffère de celui rapporté par Traoré K qui a trouvé 4,5% de météorisme abdominale. Cette différence pourrait être expliquée par un nombre élevé d'occlusion du grêle dans son étude.

3.3. Toucher rectal : Selon les auteurs

Le touche rectale doit être systématique à la fin de tout examen clinique. Il a été réalisé chez tous nos patients avec un rectum vide dans 62,5% et douloureux dans 29,2%. Ce résultat se rapproche aux données de la littérature [29 ;39].


4-Examens complémentaires :

Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) :

Tableau XLII : Réalisation de l'ASP selon les auteurs

Auteur	Effectif	Pourcentage
Sacko.M, Mali2010[34]	117	87,20
Koné. L. Mali,2015[29]	42	57,1
Gamma A Paris,1994[41]	110	70
Notre étude Mali 2023	96	76

L'ASP a pu être réalisée chez 76% des patients et a montré des niveaux hydro-aériques en faveur d'une occlusion intestinale aiguë chez tous les patients ayant bénéficiés de cet examen. Nos résultats sont comparables à ceux trouvés par Koné L [29] qui a réalisé une radiographie de l'abdomen sans préparation dans 87,5% avec le résultat est en faveur d'une occlusion intestinale aiguë. Notre taux ne diffère pas de celui trouvé par Gamma à Paris [41] qui a rapporté une fréquence de réalisation de l'ASP à 70% et celui de Sacko M [34] qui a trouvé 87,20%.

 TDM abdominale : Le scanner est l'examen de référence en cas de suspicion de syndrome occlusif. Il permet de mettre en évidence le siège de l'occlusion les signes de souffrances intestinales et les lésions associées.

Dans notre étude aucun patient n'a bénéficié de la TDM à cause de sa non disponibilité.

5. Diagnostic

Tableau XLIII : Diagnostic préopératoire selon les auteurs

Auteurs Diagnostic	Samassekou. N, Mali 2019 [10]	Mariko.B Mali,2010[7]	Notre étude
Bride	N=51 (44 ,7%)	N=2 (2%)	N=36 (37%)
OIA	N=23 (20,2%)	N=17(16,8%)	N=49 (51,5%)
HIE	N=21 (18,4%)	N=46(45,6)	N=8 (8,3%)
Volvulus du sigmoïde	N=3 (2,6%)	N=8 (7,9)	N=3 (3,2%)
Eventration étranglée	N= 2 (1,6%)	-	-
HLBE	N=8 (10,5%)	N=2(2%)	-
HOE	N=8 ;7%	N=6(5,9)	-

Dans notre étude les occlusion intestinales aigues étaient le diagnostic préopératoire le plus rencontré avec 51,5 % des cas.

Tableau XLIV : Diagnostic peropératoire selon les auteurs

Auteurs Diagnostic	Dogmo. A, Mali 2006 [4]	Sacko.M Mali2010[34]	Notre étude
Bride / Adhérence	N=30 ;36,86% (P=0,521)	N=5 ;4,27% (P=0,05)	N=36 ; 37,5 %
Volvulus du grêle	N=14 ;17,5% (P=0,240)	N=31 ;26,5% (P=0,969)	N=3 ; 3,2%
Volvulus du sigmoïde	N=14 ; 17,5% (P=0,240)	N=31 ;26,50% (P=0,969)	N=8 ; 8,3%
Tumeur du grêle	-	-	N=3 ; 3,2%
Tumeur colique	-	-	N=25 ;26,0%
Hernie étranglée	N=8 ;10,5% (P=0,783)	N=05 ;4,27% (P=0,050)	N=6 ; 6,3%
Invagination intestinale aigue	-	-	N=13 ; 13,5%

Les causes de l'occlusion intestinale sont variées. Dans notre étude les brides et les adhérences étaient le diagnostic peropératoire le plus rencontré avec 37,5 % des cas.

Ce taux comparable aux résultats obtenus par Sacko M, Mali [34] et Dogmo. A [4] qui ont rapporté respectivement 4,27% et 36,86%.

Les volvulus du grêle constituaient 3,2% des causes de l'occlusion dans notre étude, sans différence statistiquement significative avec ceux de l'étude de Dogmo A [4] et de Sacko M [34].

Les volvulus du sigmoïde ont représenté 8,3% des causes de l'occlusion dans notre étude, sans différence statistiquement significative avec ceux de l'étude de Dogmo A [4] et de Sacko M [34].

Les hernies étranglées constituaient 6,3% des causes de l'occlusion dans notre étude, ce taux ne diffère pas statistiquement des résultats obtenus par Sacko M Mali [34].

6. Traitement :

6.1 Siège de l'occlusion :

Tableau XLV: Segment de l'occlusion selon les auteurs.

Auteurs \ Segment	Sidibé. B, Mali,[2]	Sacko. M Mali ,2010[34]	Dogmo. A Mali, [4]	Notre étude
Grêle	74,2%	64,1%	51,4%	46%
Colon	25,8%	29,1%	35,7%	37%
Mixte	-	6,8%	12,9%	17%

Dans notre étude, le segment intestinal en occlusion concernait le grêle dans 46% des cas. Ce taux est respectivement de 64,1% et 51,4% dans l'étude de Sacko M [34] et de Dogmo A [4] sans différence statistiquement significative avec la nôtre.

Le segment colique était concerné par l'occlusion dans 37% des cas.

6.2 Etat des anses :

Tableau XLVI : Etat des anses selon les auteurs

Auteurs Etat des anses	Koné.L Mali, [29],	Sacko. M Mali ,2010[34]	Dogmo A Mali, [4]	Notre étude
Normal	47,6%	68,4%	56%	30,2%
Anses inflammatoires	21,4%	12%	26%	42,7%
Anses nécrosées	28,6%	18%	18%	21,1%

L'anse était nécrosée dans 21,1% de notre effectif. Ce taux est comparable de ceux trouvés par Sacko .M [34] et Dogmo A [4] qui ont trouvé chacun 18% de taux de nécrose intestinale.

6.3 Geste thérapeutique :

Tableau XLVII : Geste thérapeutique selon les auteurs.

Auteurs Gestes	Kone L, Mali,[29]	Sacko .M Mali ,2010[34]	Dogmo A Mali, [4]	Notre étude
Résection des brides /Adhésiolyse	35,3%	42,74%	36%	37,5%
Résection anastomose	19,6%	23,97%	16%	36,5%
Désinvaginasson	-	-	-	13,5 %
Cure de hernie	7,1%	4,2%	8%	8,3%
Résection colostomie	15,7%	18,80%	18,7%	19,8%

Le traitement chirurgical de l'occlusion est fonction de l'étiologie et de l'état des anses. Dans notre série les gestes les plus réalisés étaient la résection de brides, adhésiolyse et une résection anastomose avec respectivement à 37,5 % et 36,5% ce taux est comparable aux données de la littérature [4 ;29 ;34].

7. Suites opératoires

➤ Morbidité :

Tableau XLVIII : Morbidité selon les auteurs

Auteurs Morbidité	Duron J France 2006[42]	Harouna. Y Mali 2001 [20]	Beyrouth I, Tunisie, 2006[43]	Kouadio GK, RCI, 2004[43]	Notre étude
Abcès de la paroi	40(14)	20(29%)	44(17)	8(16,3)	7(7,5)
Sepsis	-	-	-	-	-
Fistule Digestive	-	8(12%)	-	-	-

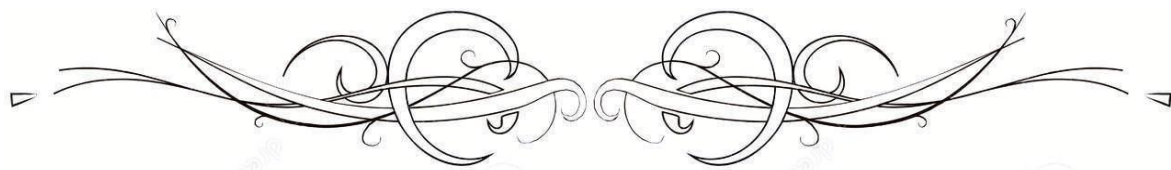
L'infection du site opératoire est la complication la plus fréquente en chirurgie digestive. La morbidité dans notre étude a été représentée par les abcès de la paroi avec 7,5%. Ce taux est comparable à ceux rapportés par les auteurs Français et ivoirien [42 ;43] avec $P > 0,05$. Il existe une différence entre notre fréquence et celle trouvée au Mali et en Tunisie. Cette différence serait liée au biais de recrutement.

➤ **Mortalité :**

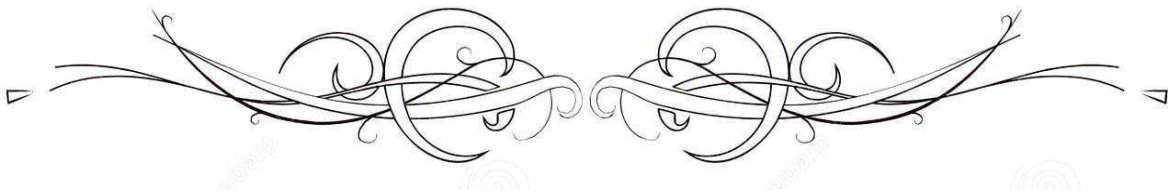
Tableau XLIX : Mortalité selon les auteurs

Auteurs	Effectif	P
Beyrout I, Tunisie 2006[43]	5(2%)	0,00111
Mkhametar R, Maroc 2012[47]	15(7,8%)	0,005388
Johamet H, France 1999[46]	29(10,5%)	0,419161
Notre étude Mali 2023	3(3,1%)	

Nous avons trouvé un taux de 3,1% de mortalité globale. Ce qui diffère de ceux de la série Tunisienne et marocaine [44 ;47] avec un p inférieur à 0,05. Cette différence pourrait être liée à la taille notre échantillon.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS



VII.CONCLUSION/RECOMMANDATIONS

1.Conclusion :

L'occlusion intestinale aiguë est une urgence médico- chirurgicale. Le retard de consultation, l'âge avancé et l'automédication font toute la gravité de cette affection. Malgré les progrès thérapeutiques, la morbidité et la mortalité restent encore élevées. Le diagnostic et la prise en charge précoce amélioreraient le pronostic.

2.Recommandations

❖ Aux populations :

- Consulter immédiatement en cas de douleur abdominale dans un centre de santé le plus proche.
- Eviter le traitement traditionnel et l'automédication devant les douleurs abdominales.
- L'amélioration de l'hygiène individuelle et collective.

❖ Aux autorités sanitaires :

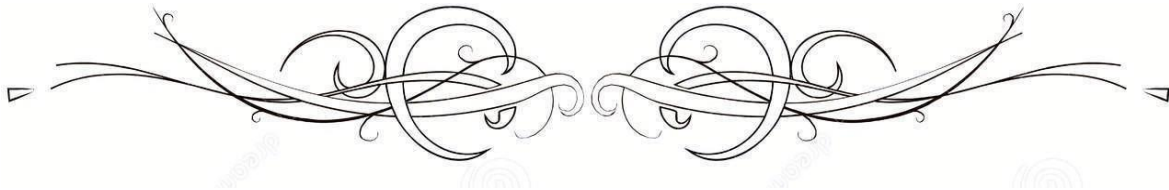
- Mettre à la disposition un kit d'urgence pour la prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux.
- Doter le CS Réf d'une unité de réanimation de qualité.

❖ Aux personnels sanitaires :

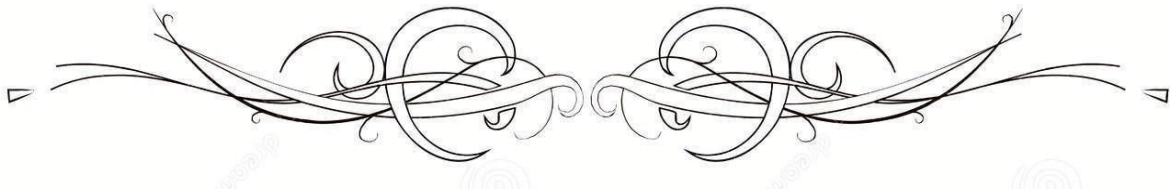
- La référence à temps opportun des patients.
- Eviter la prescription abusive d'antalgiques et d'antibiotiques devant les douleurs abdominales avant le diagnostic.
- Le traitement des foyers infectieux.

❖ Aux C S Réf CIII :

- La disponibilité des examens biologiques, un personnel qualifié pour la réalisation d'imagerie (l'échographie et l'ASP) pendant les heures de garde et jours fériés.
- La formation continue du personnel



REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES



REFERENCES

1- DELAMARE J. et COL.

Dictionnaire des termes de Médecine ,25eme édition Maloine, Paris, 1999, 576p.

2- SIDIBE MOUSSA BADJAN :

Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré (MALI) Thèse méd. Bamako-03P-62, 94p.

3- DURON J, KEILANI K, BARRAT C et AL. Contamination peropératoire de la cavité péritonéale par des micros étrangers. Chirurgie1996 ; 121 : 175–180.

4-DONGMO ARLETTE MICHELLE :

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie ‘A’ de l’hôpital du Point-G. Revue de cas. Thèse Med. Bamako-06M-263 ,70p

5- PERRIS P, MASELLA A. NON NEOPLASTIC

Intestinal occlusion www.Pubmed.com Consulté le 29 mars 2006.

6- MADIBA SISSOKO

Aspects épidémio-cliniques et prise en charge à l’hôpital régionale FOUSSEYNI DAOU de Kayes. Thèse Med

7-BROULAYE MARIKO :

Occlusions intestinales aiguës mécaniques : aspects diagnostique et thérapeutique à l’hôpital Sominé Dolo de Mopti à propos de 101 cas, Mars 2006-Février 2007.Thèse Médecine Bamako 2011 ; n 0 82.

8-MARCHAND JP :

Occlusions intestinales aiguës : étiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, pronostic, principe du traitement. La vie médicale 1969 ; 1990 : 39-48

9- KOUMARE A.K:

Cours de sémiologie chirurgicale à l'usage des étudiants de la FMPOS 2003.
(P11-15)

10-NOUHOUM SAMASEKOU

Occlusion du grêle : Aspects épidémiologiques, clinique, et thérapeutique dans le service de chirurgie générale de l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti thèse Med. 2006 ; n°113

11- DEMBELE BOUBACAR BREHIMA :

Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes (MALI)à propos de 112 cas. Th. Médecine Bamako 05-M-243 (P24-29)

12- KONATE MADIASSA :

Les urgences chirurgicales à l'hôpital Gabriel Touré, thèse Med. Bamako-05-M238 (P48-54).

13-ROUVIERE HENRI –DELMAS ANDRE :

Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle (Tome2, Paris : Masson, 15^eédition

15-AKCAkAYA A, AIIMOGLU O, HEVENk T, Bas G, Sahin M:

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

16-ENCYCLOPEDIE-MEDICO-CHIRURGICALE :

Occlusion intestinale aiguës de l'adulte. Urgences-Medico-Chirurgicales (EMC-UMC-Tome1).

17-HAY FLAMANT :

Occlusions intestinales aiguës de l'adulte : sémiologie chiffrée (les signes et leur valeur ; traitement chirurgical) 1993 ; 674-683.

18- MADIBA SISSOKO : Les occlusions intestinales aiguës : Aspects épidémiocliniques et prise en charge à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes. Thèse de médecine Bamako2010; n°571.

19-. MAGLINTE D, Gage S, Harmon B. Obstruction of the small intestine and role of Ct in diagnosis accuracy. Radiology1993 ; 188 : 61-4.

20 -HAROUNA Y et al : Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey : étude analytique et pronostique Med.Afrique. Noire 2001 ;48(2) :49-54.

21-SINHA S; Kaushik R; Yadav Td; Sharma R; Ahari AK:

Mechanical bowel obstruction: the shndigarh experience. Department of surgery, Government Medical college and Hospital. Sector 32 B Chandigarh, 160047, India. Trop gastroenterol 2002 janvier-mars ; 23/1 :13-5.

22-DIARRA FATOUMATA :

Problèmes posés par l'anesthésie réanimation des occlusions intestinales aiguës à l'hôpital du Point-G. Thèse méd. Bamako ;1985 ;(24) ; 113 p.

23-ROUVIERE HENRI –DELMAS ANDRE :

Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle (Tome2, Paris : Masson, 15^eédition).

24-KHAZARA R, BUSSONE M :

Une cause rare d'occlusion intestinale chez le sujet âgé. J chir 1990 ; 127 :426-427.

25-ATTIPOU K., James Y.E., ANOUKOUM T.

Occlusions intestinales aiguës. Aspects épidémiologiques et étiologiques au CHU de Lomé-Benin-Togo (Etude rétrospective à propos de 498 cas)

8° journée scientifique de l'université de Benin (1995), sciences

Médicales et Biologiques.

26-LEVY.E:

Les grands principes de la réanimation des occlusions intestinales aiguës. La revue du Praticien :1969 ;19(32) :4719-4726.

27- KONATE MADIASSA :

Les urgences chirurgicales à l'hôpital Gabriel Touré, thèse Med V. Bamako-05M238 P48-54.

28-OLIVIER CL :

Radiodiagnostic des occlusions intestinales aiguës Masson, édition. Paris, 1955.34p.

29.KONE L.

Occlusions intestinales aiguës mécaniques : Aspects diagnostiques et thérapeutiques au centre de santé de référence de Bougouni. Thèse de médecine Bamako 2015 ; n°170.

30.MAKHOUADR.

Etude rétrospective des occlusions intestinales : diagnostic et prise en charge (service de chirurgie viscérale, HIT Marrakech). Thèse de médecine n°99 ;2018.

31.FOUSSEYNI TRAORE :

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I de Bamako. Thèse de médecine 2019 ; n°129.

32.DEMBELEA.C.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie générale du C.H.U.de Kati. Thèse de médecine Bamako2013 ; n°354.

33.EIHILAJ :

Les occlusions intestinales aiguës à l'hôpital ALFARABI d'Oujda à propos de 110 cas. Thèse médicale, Rabat2000.

34 SACKO M.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie "A" CHU du point G à propos de 117 cas. Thèse de médecine Bamako 2010.

35- P. TAUREL, C. ALILI, E.PAGES, F. CURROS Doyon, I. MILLET

Occlusion mécanique : Pièges diagnostiques et éléments clés du compte rendu. JournaldeRadiologieDiagnostiqueetinterventionnelle2013 ; n°94, p814-827.

36.. DEMBELE B T, Traoré A, Diakité I et al. Occlusion du grêle sur bride et adhérence en chirurgie générale CHU Gabriel Touré, Département de chirurgie générale CHU Gabriel Touré, Mali médical 2011 (TOME XXVI) N°4.

37-MOMBET PALAU :

Imagerie des occlusions intestinales La revue du praticien1993 ; 43(6) :691-699.

38-KONIPO F :

Les occlusions intestinales (à propos de 260 cas traités à l'hôpital du Point G.). These Med.1979, Bamako. N°1,84p.

39- KARIM TRAORE :

Occlusion intestinales aiguës Aspect diagnostique et thérapeutique au CSRéf de Ouélessébougou. Thèse de médecine Bamako 2020 n° 102 ; 77p.

40- ADLOFF A : Les occlusions intestinales aiguës de l'adulte. Encyclopédie-medico-chirurgicale (EMC)24059A10.1984,10.

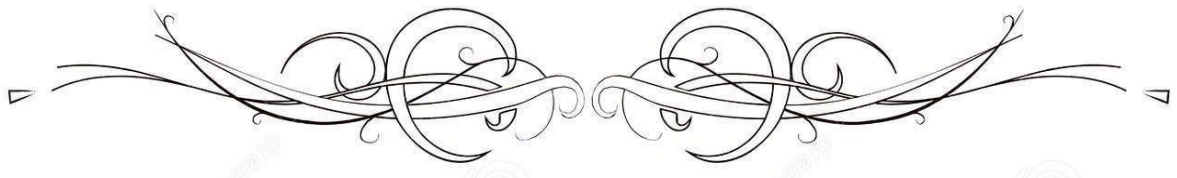
41-GAMMA A Paris : Les occlusions du grêle par brides et adhérences. Analysesur157 Cas opérés J. Chir1994, 131 : 279–284.

42- GK. Kouadio, HTTURQUIN. Prise en charge des occlusions post-opératoires du grêle par brides et adhérences au CHU de Treichville à Abidjan. Médecine d'Afrique Noire 2004–51(12).

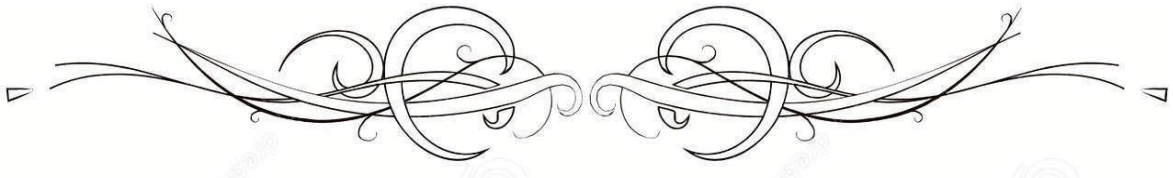
43. BEYROUT I, Gargouri F, Gharbi A et al. Late post-operative adhesive small-bowel occlusions. About 258 Cases. Tunis Med. 2006; 84: 9–15.

45 HASHIMOTO. Balloon-Occluded Retrograde Transvenous Obliteration of Gastric Varices: Use of CT-Guided Foam Sclerotherapy to Optimize Technique. Vol 199 ; pages : 200-207.

46. JOHANET H, TRAXER O, MANCEAU C, CAZIN S, CHOSIDOW D. MARMUSE J. P et coll Occlusions aiguës du grêle. Indications et résultats. ANN Chir. 1999,53 :859- 864.



ANNEXES



IX. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

A- DONNEES ADMINISTRATIVES :

1-N° de fiche...../ _ / _ /

2-N° Dossier du malade...../ _ / _ / _ / _ / _ / _ /

3- Date de consultation...../ _ / _ / _ / _ / _ /

4-Nom et Prénoms...../ _ / _ / _ /

Q1- Age : 1- [0-20] 2- [21-40] 3- [41-60] 4- [61-80] 5- [81-100]

Q2-Sexe : 1- M 2-F

Q3- Profession : 1-Commerçant 2-ménagère 3-Elève/étudiant 4-Eleveur 5-Fonctionnaire 6-Cultivateur 7-Pêcheur 8-Autres

Q4-Adresse habituelle

Q5- Ethnie : 1-Malinké 2-Khassonké 3-Bambara 4-Peulh 5-Saraolé 6- Soninké 7-Autre

Q6-ATCD chirurgicaux : 1- oui 2-non 3- Si oui à préciser

Q7- Traitement traditionnel : 1-oui 2-non 3-Autres traitements

Q8- Durée d'évolution de la maladie avant l'hospitalisation : 1- [0-6h] 2- [7-12h] 3- [13-18h] 4-[19-24h] 5- [2j-3j] 6-[4-7j] 7- [plus d'une semaine]

Q9- Mode d'admission : 1-Urgence 2-consultation ordinaire

B-EXAMEN CLINIQUE :

Q10- Examineur : 1- chirurgien 2- étudiant (thésard) 3- médecin généraliste

Q11-Douleur abdominale : 1-oui 2-non

Q12- Evolution de la douleur :1-paroxystique 2-intermittente 3-continue
4- [1+2] 5- [1+3]

Q13- Type de la douleur :1-colique 2-crampe 3-piqûre 4-brûlure 5-torsion 6-écrasement 7- indéterminé

Q14- Mode de début : 1-brutal 2-progressif

Q15- Intensité : 1-minime 2-modérée 3-forte

Q16- Siège de la douleur :1-hypochondreD 2-hypochondreG 3-flancD 4-flanc G 5-FID 6-FIG 7- épigastre 8-Hypogastre 9-région sous ombilicale 10-diffus 11-ombilic et région péri-ombilicale 12-indeterminé

Signes d'accompagnement :

Q17- Vomissement :1-oui 2-non

Q18- Type de vomissement :1-précoce 2-tardif 3-indeterminé

Q19- Nature :1-suc gastrique 2-fécaloïde 3-al imentaire 4-hématique
5- bilieux 6-indéterminé

Q20- Arrêt des gaz :1-oui 2-non

Q21- Arrêt des matières :1-oui 2-non

Signes généraux :

Q 22- La température...../ _/

1. 37,5 ; 2. 38,5 ; 3. 39 et plus ; 4. ind.

Q23- Le pouls...../ _/

1. tachycardie 2. Bradycardie 3. Normal 4. ind.

Q24- Tension artérielle (TA)...../ _/ _/

1. hypertension 2. Hypotension 3. Normal 4. ind.

TA Systolique : 1= <120 , 2= 120-129 , 3= 130-139 , 4= 140-159 , 5= 160-179, 6= >180

TA diastolique : 1<80 , 2= 80-84 , 3= 85-89 , 4= 90-99 , 5= 100-109 , 6= >110

Q25- Fréquence respiratoire...../ _/ _/

1. tachypnée 2. Bradypnée 3. Normal 4. Ind.

Fréquence respiratoire : 1= <16 Batt/mn , 2= 16-20 , 3= 21-26 , 4 = 27-30 .

Q26- Atteinte de l'état général : 1-oui 2-non

Q27-Conjonctives : bien colorées moyennement colorées pâles

SIGNES PHYSIQUES :

- Inspection :

Q28-Météorisme : 1-oui 2-non

Q29- Nature du météorisme : 1-diffus 2-localisé 3-symétrique 4-central
5- latéral D 6-latéral G 7-Asymétrique 8-indéterminé

Q30- Cicatrice de laparotomie abdominale : 1-oui 2-non

Q31- Siège : 1-xipho-pubienne 2-médiane sus-ombilicale 3-médiane sous ombilicale 4-inguinale D 5-inguinaleG 6-inguinale bilatérale 7-oblique au point de Mc Burney 8-curviligne supra pubienne 9-péri-ombilicale
10- indéterminé 11- [4+5]

Q32- Ondulations péristaltiques : 1-oui 2-non

-Palpation :

Q33- Etat de la paroi abdominale :1 -contracture 2 – défense 3-masse 4
souple

Q34- Etat des orifices herniaires :1-libre 2-réductible 3-irréductible

-Percussion :

Q35- Caractère de distension :1-tympanisme 2-matité

-Auscultation abdominale :

Q36- Silence :1-oui 2-non

Q37- Bruit hydro-aérique augmente :1-oui 2-non

Q38- Bruit hydro-aérique diminue :1-oui 2-non

Q39- Touche rectal

Douglas bombe :1-oui 2-non

Q40-Masse dans le rectum :1-oui 2-non

Q41- Touche vaginale :

Douglas bombe :1-oui 2-non

C- EXAMEN PARACLIQUE :

Q42-ASP :1-fait 2-non fait

Q43- Résultat de l'ASP : 1- normale 2- niveaux hydro-aériques plus larges que
hauts 3- centraux 4- Niveaux hydro-aériques plus hauts que larges 5-
périphériques 6-distension intestinale diffuse 7-Autres 8- indéterminé

Q44- Echographie :1-fait 2-non fait

Q45- Résultat :1-normale 2-masseannexielle 3-péritonite 4-occlusion 5-
indéterminé 6-autres 7- faux positif 8-faux négatif

D-DIAGNOSTIC :

-spécification :

Q46- Sièges de l'occlusion : 1-grêle 2-colon 3-grêle+colon

Q47- Mécanisme : 1-fonctionnel 2-strangulation 3-obstruction

Q48- Etiologie : 1-bridés et adhérences 2-iléus biliaire 3-appendicite 4-incarcération d'anse 5- sigmoïdite 6-médicament 7-occlusions post-opératoires 8-carcinose péritonéale 9-troubles hydro électrolytiques 10-volvulus du grêle 11- cholécystite aiguë 12-cancer du côlon sigmoïde 13-volvulus du caecum 14- hernie étranglée 15-volvulus du sigmoïde 16-tumeur colique 17-invagination intestinale aiguë 18-imperforation anale 19-péritonite , 20-sténose 21-tumeur du grêle 22-Fecalome 23-indéterminé

E-TRAITEMENT :

1-médical :

Q49- traitement médical en pré et postopératoire : Réanimation : 1-oui 2-non 1-SNG 2-ATB 3 -antalgique 4-transfusion 5-ReH₂O+ATB 6-autre

2-Chirurgical

Q50- Voie d'abord

1-Laparotomie médiane sus ombilicale 2-Laparotomie médiane sous ombilicale 3- Laparotomie médiane sus et sous ombilical

Q51-Diagnostic per opératoire

1-Occlusion de la grêle

-Bride – Adhérence – Invagination – Tumeur – Volvulus

2- Occlusion du colon

-Bride – Adhérence – Invagination – Tumeur – Volvulus du colon sigmoïde -volvulus du Coe cum

Q52 - Etat des anses :1-saine 2-inflammatoire 3-nécrosé 4-indéterminé

Technique opératoire :

Q53 -nature du geste :1-résection intestinale + anastomose 2-résection intestinale + dérivation 3-adhésiolyse 4-cure herniaire 5- Hartmann 6-Bouilly Volkmann

Q54 - Complications per-opératoires : 1-aucune 2-hémorragie 3-perforation digestive 4- décès 5-indéterminé 6- autre

Q55 - Suites opératoires immédiates (j0-j10) : 1-simple 2-hémorragie 3-infection 4-éviscération 5-fistule digestive 6- suppuration pariétale 7-récidive 8-décès 9-autre sortie de l'hôpital :

Q56- Suites opératoires au bout d'un mois : 1-simple 2-récidives 3-eviscération 4-retard de cicatrisation 5-cicatrisation pathologique 6-indéterminé 7-autre

Q57-Suites opératoires au bout de 3 mois :1-recidive 2- éventration

Q58 - Soins en externe :1-durée 10jours 2-15jours 3->15jours

Q59- Séjour hospitalier : 1-[0-7j] 2-[8-15j] 3-[16-21j] 4-[22-30j] 5-[plus d'un mois]

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Fomba

Prénom : Issa S

Adresse : Sabalibougou ; Commune V

Tel : 94285312 – 62 62 06 92

Email : Issafomba16@gmail.com

Titre : Etude des occlusions intestinales aiguës au centre de sante de référence de la commune III du district de Bamako.

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Chirurgie Générale.

RESUME : Notre étude s'est déroulée du janvier2015 au Octobre 2023 dans le service de chirurgie générale du CS Réf CIII soit une période de 08ans. Il s'agissait d'une étude rétrospective.

Il s'agissait de 66 patients de sexe masculin et 30 de sexe féminin (sex-ratio=2,22). L'âge moyen était de 31,11ans avec des extrêmes allant de 5 ans et 80ans et un Ecart-type de 0,85. Les signes cliniques étaient dominés par : la douleur abdominale (100% de cas), les vomissements (96% de cas), l'arrêt des matières et des gaz (100%) et météorisme (35,3%) .Les principales causes retrouvées en peropératoire ont été : brides et adhérences (37,5%) ; hernie étranglée (6 ,3%), volvulus du sigmoïde (8,3%), tumeur colique (26%); volvulus du grêle (3,2%) ; invagination intestinale aiguë (13,5%). Le taux de mortalité globale a été de 3,1%.

ICONOGRAPHIE



Figure 15 : Occlusion sur tumeur grêle

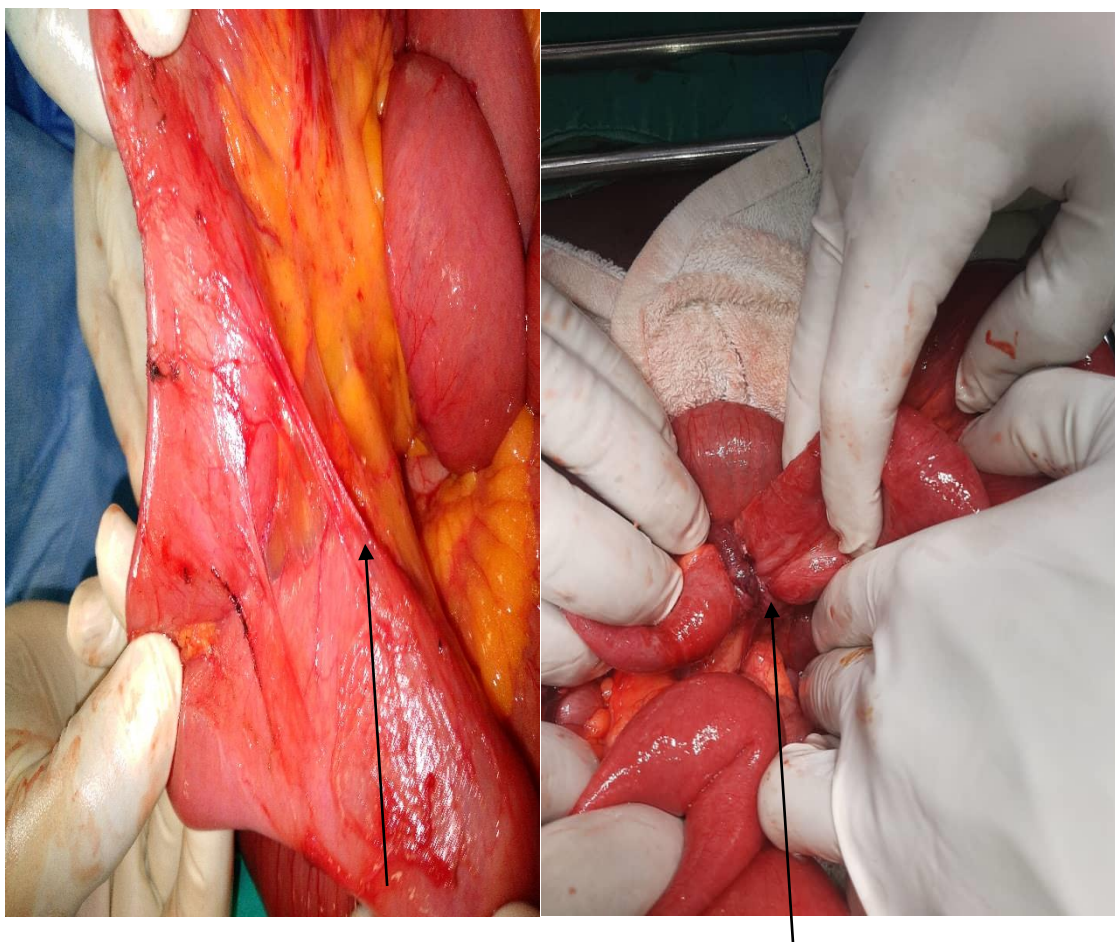




Figure 16 : Occlusion par volvulus du colon sigmoïde avec nécrose



Figure 17 : Anse reséqué

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

Je le jure