

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-STOMATOLOG**



N°.....

**Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques  
des urgences chirurgicales digestives au  
Centre de Santé Référence de Sikasso**

**TITRE DE LA THESE**

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

**Par : M. Kariba SANOGO**

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

**JURY**

**Président :** M. Nouhoum Ongoiba, *Professeur*  
**Membre :** M. Kiffery Ibrahim Keita, *Chirurgien généraliste*  
M. Brehima BENGALY, *Maître de conférences*  
**Co-directeur :** M. Souleymane Sanogo, *Chirurgien*  
**Directeur :** M. Drissa Traore, *Professeur*



# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DECICACES**

### **A ALLAH**

Louange à ALLAH Le Tout Puissant, L'Omniscient, L'Omnipotent qui nous a créé et nous a octroyé la santé et les moyens nécessaires pour faire ce travail.

### **A mon père : Oumar Sanogo**

Cher père, je te dédie ce travail car c'est grâce à ton engagement que j'ai pu commencer mon cursus scolaire. Ton engagement dans mon éducation est la meilleure des choses dont j'ai eu le plus besoin.

### **A mes mères : Fatoumata Sangaré et Aichata Sangaré**

Chères mères vous m'avez tout donné pour que je puisse avoir une vie meilleure. Votre affection, votre disponibilité, votre encouragement et votre soutien m'ont beaucoup aidé. Je vous remercie pour tout.

Que le tout puissant ALLAH vous donne la chance de bénéficier du fruit de ce travail dans la santé et dans le bonheur.

### **A mon cousin : Djakalia Sanogo**

Cher cousin, ce travail t'est entièrement dédié car c'est grâce à toi si je suis à ce niveau d'étude. Tu m'as conseillé et orienté du début jusqu'à la fin de mon cursus universitaire. Tes aides financières et matérielles m'ont beaucoup servi. Qu'Allah t'aide dans tes projets.

### **A ma grande sœur : Rokia Sanogo**

Merci pour tes conseils et tes aides matérielles et financières du début jusqu'à la fin de mon cursus universitaire.

## REMERCIEMENTS

**A mes Tontons :** Bourama Sanogo et Binafou Sanogo

mes sincères remerciements pour votre soutien au cours mon cursus scolaire et universitaire.

**A mes Tantes :** Mariam Sanogo et Salimata Sangaré mes remerciements pour votre aide.

**A tous mes frères, sœurs, cousins et cousines de la famille,** recevez mes remerciements pour votre encouragement et votre soutien.

**Au Pr Nouhoum Ongoiba,** merci de m'avoir accepté dans votre unité. Votre générosité et votre encouragement dans la recherche scientifique m'ont beaucoup aidé.

**Au Dr Souleymane Sanogo,** merci de m'avoir accueilli les bras ouverts et d'avoir accepté de m'accompagner pour cette thèse. Votre simplicité et votre principe de travail bien fait m'ont beaucoup aidé.

**Au Dr Kiffery Ibrahim Keita,** merci pour votre générosité, votre sympathie, votre dévouement dans le travail et votre soutien sans limite.

**Aux Pr Drissa Traore, Pr Brehima Bengaly** merci pour vos disponibilités et la formation offerte tout au long de cette thèse.

**A l'équipe de la chirurgie de Skasso,** merci pour votre disponibilité, votre enseignement, vos conseils et vos contributions.

**A tout le personnel de la FMOS/FAPH,** merci pour les enseignements offerts.

**A mes amis et camarades de classe,** etc. merci pour votre soutien et votre collaboration depuis le début de ce cursus universitaire

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## **Hommage aux honorables membres de jury**

**A notre maitre et Président du jury :**

**Professeur Nouhoum Ongoiba :**

- **Chef de service de chirurgie B du CHU du POINTG ;**
- **Praticien Hospitalier du CHU du POINT G ;**
- **Spécialiste en chirurgie Pédiatrie ;**
- **Maitre de conférences à la FMOS ;**
- **Maitre de conférences agrégé en anatomie et en organogenèse à la FMOS.**

Cher maitre,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre désir de vouloir toujours l'excellence et votre rigueur dans le travail font de vous un modèle admiré de tous. Que ce travail soit le témoin de notre sincère reconnaissance et de notre profonde estime.

**A notre maitre**

**Professeur Brehima Bengaly :**

- **Maitre de conférences agrégé en chirurgie générale ;**
- **Praticien hospitalier au CHU du PointG ;**
- **Membres de la société de chirurgiens du Mali ;**
- **Membres de la société Malienne de Colo-proctologie.**

**Cher maitre,**

C'est un grand honneur et un privilège de nous de vous avoir dans notre jury de thèse. Merci pour la simplicité que vous avez témoigné en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

Veillez trouver dans ce travail cher maitre, l'expression de notre gratitude



## **A notre maître**

### **Dr Kiffery Ibrahim Keita :**

- **Docteur spécialiste en Chirurgie générale ;**
- **Praticien au Centre de sante de référence de Sikasso ;**
- **Chef de l'unité de Chirurgie Générale du CSREF de Sikasso ;**
- **DU de sénologie**
- **Secrétaire administratif du syndicat du CSREF de Sikasso**

### **Cher maître,**

C'est un privilège que vous nous accordez en acceptant de juger cette thèse, nous en sommes très honorés.

Merci pour vos corrections et suggestions très utiles qui ont permis d'améliorer notre travail.

Trouvez ici cher maître, l'expression de nos sincères remerciements

**A Notre maitre et Co-directeur de these :**

**Dr Souleymane Sanogo :**

- **Maitre de recherche en chirurgie Générale ;**
- **Praticien hospitalier du CHU du POINT G ;**
- **Onco-senologue.**

**Cher Maître,**

Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques.

Votre disponibilité constante et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable.

Permettez-nous, cher Maître, de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements.

**A notre Maître et Directeur de Thèse :**

**Professeur Drissa Traoré :**

- **Professeur Titulaire en Chirurgie Générale à la FMOS ;**
- **Maitre de Conférences agrégé de Chirurgie Générale à la FMOS ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU du POINT G ;**
- **Secrétaire Générale de la société des chirurgiens du Mali ;**
- **Prix de meilleure communication Charles Marie GROS en France en2019 lors du congrès de la société Française de sénologie et de pathologie mammaire.**

**Cher Maitre**

C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre rigueur scientifique, votre large ouverture d'esprit, votre gentillesse font de vous un grand homme scientifique exceptionnel. Au-delà de votre compétence, votre disponibilité et votre engagement pour un travail bien fait, nous ont beaucoup aidés.

Cher Maître, permettez-nous, de vous exprimer notre gratitude et nos sincères remerciements

## Sigles et abréviations

|                |                                             |
|----------------|---------------------------------------------|
| <b>ASP</b>     | Abdomen Sans Préparation.                   |
| <b>ATB</b>     | Antibiothérapie.                            |
| <b>BPO</b>     | Bilan Pré Opératoire.                       |
| <b>CHU</b>     | Centre Hospitalier Universitaire.           |
| <b>CII</b>     | Commune II.                                 |
| <b>Cm</b>      | Centimètre.                                 |
| <b>CmHg</b>    | Centimètre de mercure.                      |
| <b>CSRéf</b>   | Centre de Santé de Référence.               |
| <b>FID</b>     | Fosse Iliaque Droite.                       |
| <b>FIG</b>     | Fosse Iliaque Gauche.                       |
| <b>FMOS</b>    | Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomalogie. |
| <b>g /dl</b>   | gramme par décilitre.                       |
| <b>GEA</b>     | Gastro Entero Anastomose.                   |
| <b>GEU</b>     | Grossesse Extra-Utérine.                    |
| <b>H</b>       | Heure.                                      |
| <b>IMC</b>     | Indice de Masse Corporelle.                 |
| <b>IOT</b>     | Intubation Oro Trachéale                    |
| <b>NFS</b>     | Numération Formule Sanguine.                |
| <b>SAMU</b>    | Service d'Assistance Médical Urgente.       |
| <b>SOCHIMA</b> | Société de Chirurgie du Mali.               |
| <b>TR</b>      | Toucher Rectal.                             |

## Sommaire

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 1 Introduction .....               | 1  |
| 2. Objectifs .....                 | 3  |
| 3. Généralités .....               | 5  |
| 4. Méthodologie.....               | 39 |
| 5 Résultats .....                  | 43 |
| 6 Commentaires et discussion ..... | 67 |
| 7. Conclusion.....                 | 75 |
| 8. Recommandations .....           | 76 |
| 9. Références .....                | 78 |

## Liste des tableaux

|                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tableau I :</b> Répartition des patients selon la tranche l'âge. ....                                    | 43 |
| <b>Tableau II :</b> Répartition des patients selon le sexe. ....                                            | 43 |
| <b>Tableau III:</b> Répartition des patients selon la profession. ....                                      | 44 |
| <b>Tableau IV:</b> Répartition des patients selon l'ethnie. ....                                            | 44 |
| <b>Tableau V:</b> Répartition des patients selon la résidence. ....                                         | 45 |
| <b>Tableau VI:</b> Répartition des patients selon le mode d'admission. ....                                 | 45 |
| <b>Tableau VII :</b> Répartitions des patients selon la référence par les agents de santé. ....             | 46 |
| <b>Tableau VIII:</b> Répartition des patients selon le motif de consultation. ....                          | 46 |
| <b>Tableau IX:</b> Répartition des patients selon les antécédents. ....                                     | 47 |
| <b>Tableau X :</b> Répartition des patients selon les signes fonctionnels. ....                             | 47 |
| <b>Tableau XI :</b> Répartition des patients selon le début de la douleur. ....                             | 48 |
| <b>Tableau XII :</b> Répartition des patients selon le siège de la douleur. ....                            | 48 |
| <b>Tableau XIII :</b> Répartition des patients selon l'état de l'évolution. ....                            | 49 |
| <b>Tableau XIV :</b> Répartition des patients selon les types de la douleur. ....                           | 49 |
| <b>Tableau XV :</b> Répartition des patients selon les signes généraux. ....                                | 50 |
| <b>Tableau XVI:</b> Répartition des patients selon les signes physiques. ....                               | 51 |
| <b>Tableau XVII:</b> Répartition des patients selon le score de l'OMS. ....                                 | 52 |
| <b>Tableau XVIII :</b> Répartition des patients selon l'alimentation. ....                                  | 52 |
| <b>Tableau XIX :</b> Répartition des patients selon l'échographie. ....                                     | 53 |
| <b>Tableau XX :</b> Répartition des patients selon l'ASP. ....                                              | 53 |
| <b>Tableau XXI :</b> Répartition des patients selon la NFS. ....                                            | 54 |
| <b>Tableau XXII :</b> Répartition des patients selon les groupes rhésus. ....                               | 54 |
| <b>Tableau XXIII :</b> Répartition des patients selon les taux d'hémoglobine. ....                          | 55 |
| <b>Tableau XXIV :</b> Répartition des patients selon le taux d'hématocrite. ....                            | 55 |
| <b>Tableau XXV :</b> Répartition des patients selon la glycémie. ....                                       | 56 |
| <b>Tableau XXVI :</b> Répartition des patients selon le délai d'admission. ....                             | 56 |
| <b>Tableau XXVII :</b> Répartition des patients selon le délai l'admission et l'intervention. ....          | 57 |
| <b>Tableau XXVIII :</b> Répartition des patients selon la nature du traitement pré opératoire. ....         | 57 |
| <b>Tableau XXIX :</b> Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire. ....                     | 58 |
| <b>Tableau XXX :</b> Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire. ....                      | 59 |
| <b>Tableau XXXI :</b> Répartition des patients selon la forme d'appendicite. ....                           | 59 |
| <b>Tableau XXXII :</b> Répartition des patients selon l'étiologie des péritonites. ....                     | 60 |
| <b>Tableau XXXIII :</b> Répartition des patients selon l'étiologie des occlusions intestinales aiguës. .... | 60 |
| <b>Tableau XXXIV :</b> Répartition des patients selon les types de hernies étranglées. ....                 | 61 |
| <b>Tableau XXXV :</b> Répartition des patients selon les gestes effectués. ....                             | 61 |

|                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tableau XXXVI</b> : Répartition des patients selon le type d'anesthésie .....                            | 62 |
| <b>Tableau XXXVII</b> : Répartition des patients selon la voie d'abord .....                                | 62 |
| <b>Tableau XXXVIII</b> : Répartition des patients selon le temps de l'intervention .....                    | 62 |
| <b>Tableau XXXIX</b> : Répartition des patients selon le type de complications post opératoire .....        | 63 |
| <b>Tableau XL</b> : Répartition des patients selon le clavier d'indication .....                            | 64 |
| <b>Tableau XLI</b> : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation .....                        | 65 |
| <b>Tableau XLII</b> : Répartition des patients selon les suites opératoires pendant l'hospitalisation ..... | 65 |

### Liste des figures

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figure 1</b> : appareil digestif .....                        | 9  |
| <b>Figure 2</b> : colon-rectum-canal anal .....                  | 10 |
| <b>Figure 3</b> : Répartition selon la prise de médicament ..... | 55 |
| <b>Figure 4</b> : Répartition selon les complications .....      | 63 |

# INTRODUCTION



## 1 Introduction

Les urgences chirurgicales digestives représentent selon HENRI MONDOR, des affections digestives, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou peu en de jours [1].

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place importante en chirurgie par : leur fréquence élevée leur prise en charge difficile, leur taux de mortalité et de morbidité élevé [2].

Les urgences chirurgicales ont constituées 32,1% de l'activité globale du service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso [3] ; KONATE M. a eu 28,77% au CHU Gabriel Touré [4] et BERTE I. D a eu 19,32% au service de chirurgie « A » du CHU du Point G [5].

Au CSRéf de San ; une étude réalisée par M.FONGORO en 2022, les urgences chirurgicales digestives représentaient 21,57% [6].

Aux USA, 19 étiologies dont 6 chirurgicales (l'appendicite, la cholécystite aigue, l'occlusion intestinale aigüe, la torsion du kyste de l'ovaire, l'anévrysme) ont été retrouvées chez 1000 malades ayant un abdomen aigu [7].

En France, Domergue a étudié l'apport de la coelioscopie dans les urgences chirurgicales abdominales et considère que devant un abdomen aigu sa réalisation est un raccourci diagnostique et parfois un acte thérapeutique partiel (réalisé à minima) ou complet [8].

Etude malienne réalisée par Keita S sur les abdomens aigus ont rapporté un taux de mortalité a 17% [9].

Vu les difficultés de prise en charge lié au retard diagnostique nous avons initié cette étude pour évaluer la fréquence, le traitement ainsi que les suites opératoires des urgences chirurgicales au centre de santé de référence de Sikasso

# OBJECTIFS

## **2. Objectifs**

### **2.1 Objectif général :**

Etudier les urgences chirurgicales digestives au Service de la chirurgie générale du CS Réf de SIKASSO.

### **2.2 Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives au service de la Chirurgie générale du CS Réf de SIKASSO ;
- Décrire les aspects cliniques des urgences chirurgicales digestives ;
- Décrire les aspects thérapeutiques des urgences chirurgicales digestives ;
- Analyser les suites de la prise en charge.

# GENERALITES

### 3. Généralités

#### 3.1 Définition

#### 3.2 Intérêt

Les urgences chirurgicales digestives sont des urgences médico-chirurgicales, d'étiologies multiples et de fréquences élevées. Elles constituent 32,1% de l'ensemble des interventions chirurgicales à Sikasso en 2009 [3]. Au cours d'une étude réalisée au CHU du Point G [5], leur taux de mortalité a été de 3,74%. La morbidité post opératoire a été de 38,1% à l'hôpital national de Zinder en 2014[10].

#### 3.3 Rappels anatomiques de l'abdomen [11]

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

- **D'un tube musculo-membraneux**, qui depuis l'orifice buccal traverse la face, le cou, le thorax, l'abdomen pour se terminer par l'anus. Au niveau de ce tube digestif on distingue les segments suivants : la bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin ;
- **Des glandes digestives** : Les glandes salivaires, le foie, le pancréas, et la rate, sont les annexes à ce tube digestif. Ces organes sont contenus dans la cavité péritonéale ;

**D'un péritoine** : Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne, à la partie diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito-urinaire. On reconnaît au péritoine, comme toute membrane séreuse : **un feuillet pariétal ; un feuillet viscéral et les replis membraneux** qui relie le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Les replis du péritoine sont de plusieurs sortes et portent suivant le cas, le nom de méso, d'omentum ou de ligament. On appelle méso les replis

péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif. Le méso s'appelle mésogastre, méso duodénum, mésentère ou méso colon suivant qu'il est en connexion avec l'estomac, le duodénum, le jéjunum et l'iléum ou le colon. On donne le nom d'omentum aux replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra-abdominaux. Le péritoine viscéral, le péritoine pariétal, le méso, l'omentum et les ligaments sont des parties d'une même membrane. Ils limitent une cavité virtuelle : La cavité péritonéale. Le péritoine assure le soutien des organes de la cavité abdominale les suspendant et les fixant à la paroi.

### **3.4 Rappels anatomiques de l'appareil digestif [11] :**

Il comprend les segments suivants :

#### **❖ L'œsophage**

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

#### **○ L'estomac**

L'estomac est un réservoir musculeux de 1000cc environ interposé entre l'œsophage et le duodénum où le bol alimentaire sous l'effet du suc gastrique et des contractures musculaires de l'estomac se transforme en un mélange liquide, le **chyme**. C'est un organe thoraco-abdominal occupant la plus grande partie de la loge sous-phrénique gauche, situé dans la partie supérieure de la cavité

abdominale (épigastre, hypochondre gauche) dans l'étage sus méso colique, sous le diaphragme et au-dessus du colon transverse et de son méso. Comparé à la lettre **J**, il comporte : une portion verticale formée par le corps de l'estomac surmonté par le pôle supérieur ou fundus (grosse tubérosité) occupé par la poche à air gastrique ; une portion horizontale ; deux faces antérieure et postérieure ; deux bords ou courbures :

- La petite courbure, droite présente une portion verticale et une portion horizontale séparées par un angle : l'incisure angulaire ;
- La grande courbure, gauche est convexe. Deux orifices :
- L'orifice supérieur œsophagien ou cardia est ovalaire, il est situé à droite et audessus du fundus, entre le bord gauche de l'œsophage abdominal et le fundus se place l'incisure cardiaque (angle de HIS) ; elle repère le cardia et forme à l'intérieur une valvule ; le pli cardial.

L'orifice inférieur duodénal ou pylore est entouré par un sphincter. L'estomac répond à une double fonction de conduit et de réservoir ; c'est le canal gastrique que suivent les liquides arrivant par le cardia. Ce canal les dirige directement vers le fond de l'estomac puis vers l'antra et le pylore et de là vers le duodénum ; les deux plis de la muqueuse qui délimitent le canal sont soulevés par les fibres longitudinales de la << cravate de suisse >> et se terminent par la production d'un bol alimentaire.

### ○ **L'intestin grêle :**

C'est un organe musculo-membraneux long et étroit du tube digestif qui s'étend de l'estomac au gros intestin (colon). Sa limite inférieure est marquée par un sillon (sillon iléo-cæcal) et une valvule iléo-cæcale (valvule de Bauhin). A son niveau se fait la plus grande partie de la digestion, le chyme gastrique se transforme en chyle et l'absorption des aliments.

### **Le duodénum**

C'est la portion initiale, portion fixe de l'intestin grêle mesurant 25 cm de long et 3 à 4 cm de diamètre. Il s'étend du pylore à l'angle duodeno-jéjunal. Il forme un

anneau incomplet ouvert en dedans et à gauche. Il entoure les 3 /4 de la tête du pancréas. Il comprend 4 parties :

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

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

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

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

Il représente les deuxièmes et troisièmes parties mobiles de l'intestin grêle qui s'étendent de l'angle duodéno-jéjunal au cæcum (fosse iliaque droite). Il mesure 6,5m. Son calibre varie entre 2-3cm. Le jéjuno-iléon forme des flexuosités, les anses intestinales (11-12) ; les premières anses supérieures gauches sont horizontales, les dernières anses inférieures et droites sont verticales. Le jéjunoiléon est rattaché au plan postérieur par le mésentère qui détermine un bord mésentérique, un bord libre (anti mésentérique) et 2 faces. Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'iléon.



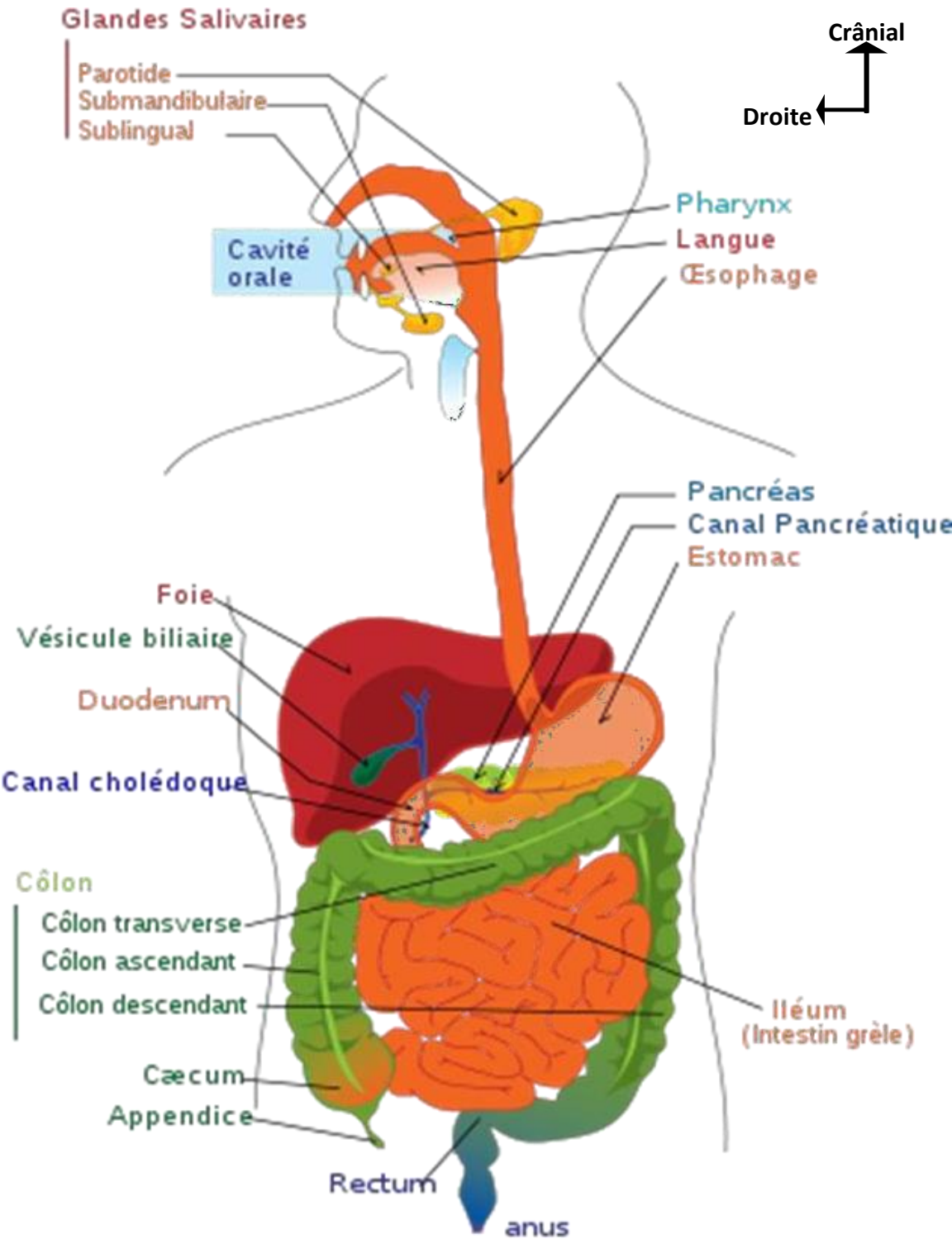
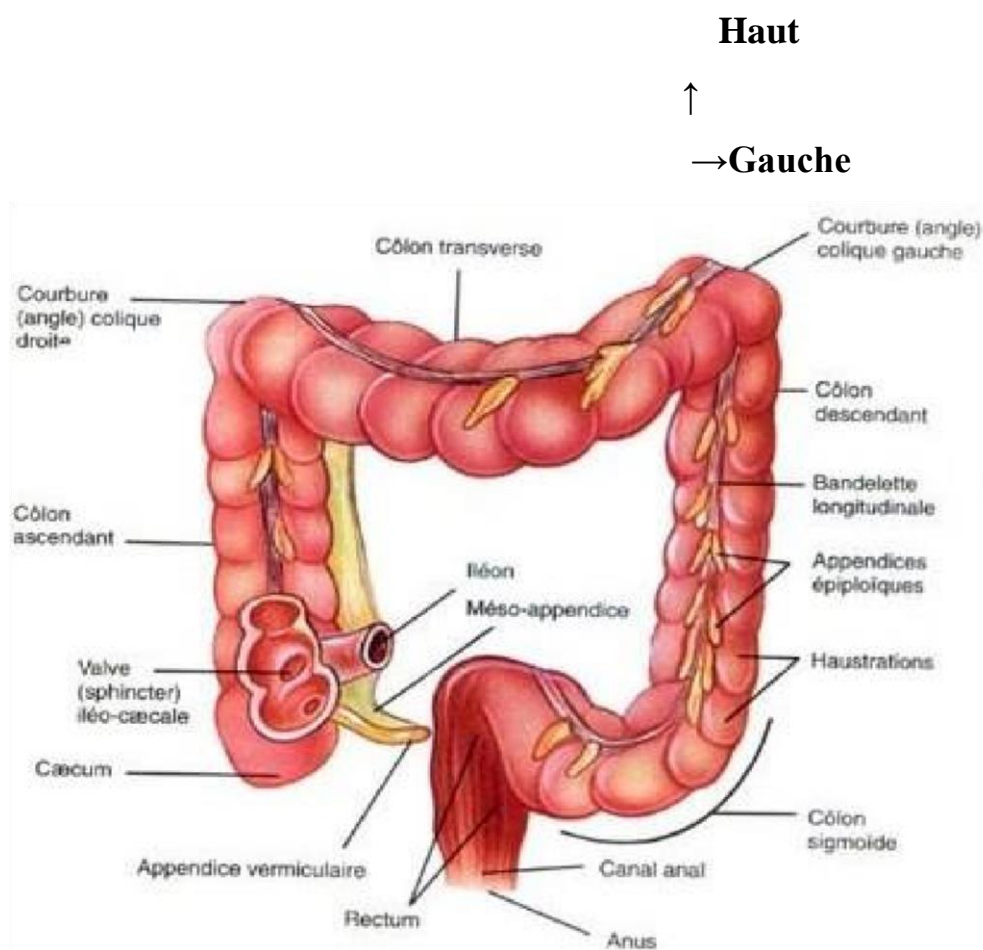


Figure 1 : appareil digestif [11]

## ○ Le gros intestin

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

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



**Figure 2** : colon-rectum-canal anal [11] :

### **3.4.1 LES GLANDES ANNEXES : FOIE**

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

C'est un organe thoraco-abdominal situé sous le diaphragme, dans l'étage sus méso colique : l'hypochondre droit, l'épigastre et en partie dans l'hypochondre gauche. Il joue un rôle important dans la digestion puisque tout ce qui est élaboré au niveau de la grêle lui parvient par le système porte. La bile rejoint l'intestin par les voies biliaires : excrétée en permanence par le foie, elle est stockée dans la vésicule biliaire et excrétée au moment de la digestion.

#### **○ Le pancréas**

Le pancréas est une glande volumineuse, retro-péritonéal avec ses fonctions exocrines et endocrines dont la sécrétion externe, le suc pancréatique contient des enzymes essentielles à la digestion. En relation étroite avec le duodénum, il s'étend transversalement, au-devant de la colonne vertébrale lombaire, dont il épouse la saillie antérieure, et celles des gros vaisseaux de l'abdomen. Il est légèrement oblique en haut et à gauche depuis la partie descendante du duodénum jusqu'à la rate et se place en grande partie en arrière de l'estomac. On lui décrit trois portions : la tête, le corps, et la queue. La tête est inscrite dans le cadre duodéal, dont elle est indissociable, c'est à ce niveau que sa sécrétion externe se déverse dans l'intestin grêle par l'intermédiaire du canal de Wirsung et du canal de Santorini.

#### **○ La rate**

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

### 3.5 Structure générale du tube digestif

A partir de l'œsophage jusqu'au rectum, le tube digestif possède une paroi organisée en tuniques concentriques qui sont de l'intérieur vers l'extérieur : **-Une couche interne muqueuse** : qui a selon des endroits, un rôle de sécrétion ou un rôle d'absorption par l'intermédiaire des capillaires ou des chylifères sous muqueux. Un tissu aréolaire formant la sous muqueuse, comporte un épithélium, une lamina propria (chorion), une muscularis mucosae et des glandes.

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

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

### 3.6 Quelques urgences chirurgicales digestives

#### 3.6.1 Hernie étranglée [11]

##### ○ Définition

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

##### ○ Physiopathologie

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

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

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

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

### ○ **Quelles sont les hernies qui risquent de s'étrangler ?**

Quels que soient leur taille et leur type anatomique, toutes les hernies peuvent s'étrangler un jour ou l'autre ; certaines sont plus rapide que d'autres.

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

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

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

### ○ **Qu'est-ce qu'une hernie irréductible ?**

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

### **Signes cliniques**

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

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

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

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

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

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

L'évolution en l'absence de traitement chirurgical peut se faire vers la mort. Le phlegmon Pyo stercoral est une éventualité évolutive : localement la hernie devient chaude, rouge, douloureuse, la peau œdématiée. La rupture de l'anse étranglée à la peau réalise une fistule.

Cette fistule peut entraîner une dénutrition rapide lorsqu'il s'agit d'une anse grêle. Trois variétés évolutives sont à retenir :

- Formes suraiguës : elles sont l'apanage des petites hernies au collet très serré. Ici l'évolution est très rapide et la symptomatologie est assez bruyante : Syndrome hyperalgique, vomissement fécaloïdes précoces, signes toxi-infectieux.

L'évolution en l'absence d'intervention chirurgicale se fait vers la mort en 24 à 48 heures. Parmi ces formes suraiguës le choléra herniaire est marqué par la prédominance des signes digestifs : vomissements répétés, et surtout une diarrhée continue entraînant une déshydratation rapide. Ces formes se voient au cours d'un pincement latéral de l'anse intestinale étranglée. D'autres formes sont marquées par l'existence de crampes musculaires voire de crises convulsives réalisant les formes éclamptiques.

Ces aspects sont rares dans les hernies inguinales étranglées.

- Formes subaiguës : elles sont rares et réalisent le tableau classique de l'engouement herniaire. Elles se voient au cours des étranglements peu serrés. Ici l'arrêt des matières et gaz est peu marqué, les signes physiques sont moins nets : légère impulsion à la toux, pas de douleur au collet du sac. L'évolution peut se faire vers la guérison ou l'étranglement serré. La limite entre engouement et étranglement herniaire n'est pas très nette. La différence entre ces deux entités cliniques n'a pas d'intérêt pratique et tout engouement doit être considéré comme un étranglement et traité chirurgicalement sans délai.
- Formes latentes (étranglement latent) : elles se voient volontiers chez les personnes affaiblies, les vieillards et les obèses. Les signes fonctionnels sont vagues : constipation opiniâtre, vomissement, arrêt des gaz peu net.

#### ○ Les examens complémentaires :

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

#### ○ Diagnostic positif

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

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

○ **Diagnostic différentiel**

**La péritonite herniaire**

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

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

**L'engouement herniaire**

C'est lorsqu'une hernie simple devient douloureuse et irréductible puis seréduit spontanément. Ici la douleur exquise au niveau de collet n'est pas nette. En théorie il n'est pas un étranglement mais son potentiel évolutif est l'étranglement.

**Les adénites inguinales**

Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile.

**Les anévrysmes de l'artère iliaque externe**

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

**Traitement chirurgical d'urgence : principes généraux et indications But :**

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

**Les complications liées au traitement :**

Elles sont nombreuses et souvent graves :

**• Complications per opératoires :**

- Compression ou lésion des vaisseaux fémoraux (surtout de la veine fémorale),
- Lésion d'une corne vésicale, de l'artère épigastrique inférieure lors des manœuvres,
- D'agrandissement de l'incision d'inguinotomie.



• **Complications postopératoires :**

Elles sont les plus fréquentes :

- Hématome au niveau de la plaie opératoire ;
- Œdème des bourses par lésion des veines et vaisseaux lymphatiques
- Infection de paroi ou abcès profond ;
- Lâchage de fil de suture des plans profonds ;
- Occlusions intestinales fonctionnelles ou par prise d'une anse intestinale dans un nœud de suture ;
- Les péritonites postopératoires ;
- Fistule digestive ;
- Névralgie inguinale.

**3.6.2 Les péritonites aiguës [12]**

**3.6.2.1 Définition :**

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

**3.6.2.2 Physiopathologie générale**

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

Il s'agit :

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

**3.6.2.3 Formes cliniques :**

- **Les formes cliniques communes dites sthéniques de l'adulte jeune :** Les signes cliniques sont ici typiques et permettent pratiquement seuls, de faire le diagnostic de péritonite. L'installation du syndrome peut dépendre de l'étiologie

mais la phase d'état (quelques heures après le début) est en générale commune à l'ensemble des étiologies.

La symptomatologie clinique typique est caractérisée par la douleur, les troubles du transit (vomissements, arrêt des matières et des gaz) et les signes physiques abdominaux (météorisme, hyperesthésie cutanée, contracture ou défense).

L'ensemble survient dans un contexte de syndrome infectieux plus ou moins intense. Tous ces signes sont précoces. Les modifications typiques de faciès (faciès péritonéal classique) sont plus tardives. La contracture abdominale, quand elle est présente, est pathognomonique.

### ○ **Les formes asthéniques :**

Ce sont des formes particulières que l'on trouve chez les sujets âgés mais aussi chez les malades de réanimation ou les immunodéprimés. Schématiquement, on peut décrire deux tableaux : celui d'une occlusion fébrile, d'installation plus ou moins rapide et nette dans l'arrêt du transit et dans l'évolution de la fièvre et celui d'un choc toxi-infectieux inaugural.

C'est le tableau de choc toxi-infectieux qui pose le plus souvent des problèmes diagnostiques. Les signes généraux dominent la symptomatologie, alors que l'examen physique est pauvre : douleur abdominale peu intense ou absente, contracture et défense rares, météorisme indolore, touchers pelviens peu démonstratifs. Ici, l'imagerie peut faire appel à l'échographie (épanchement liquidien péritonéal) si le météorisme n'est pas trop important à la TDM ou encore aux opacifications digestives utilisant des produits hydrosolubles. L'échographie et la TDM peuvent encore guider la ponction de l'épanchement (intérêt diagnostique et bactériologique).

#### **3.6.2.4 Etiologie :**

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

- Péritonites primitives ;
- Péritonites appendiculaires ;

- Péritonites par perforation gastroduodénale ;
- Péritonites typhiques ;
- Péritonites d'origine génitale ;
- Péritonites par perforation colique ;
- Péritonites postopératoires.

#### **3.6.2.5 Traitement :**

Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps :

- Le temps préopératoire, - Le temps per opératoire ;
- Le temps post-opératoire.

Le traitement médical est double :

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

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

#### **○ Principes du traitement chirurgical :**

La chirurgie utilise deux grands moyens :

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

De plus une évacuation de l'intestin fonctionnellement occlus peut s'avérer indispensable. En pratique, on évacue d'abord la cavité abdominale, puis on traite l'organe, avant de parfaire la toilette péritonéale. Le traitement de l'organe dépend de l'étiologie de la péritonite.

### **3.6.3 Les appendicites aiguës [13]**

#### **3.6.3.1 Définition :**

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

#### **3.6.3.2 Epidémiologie :**

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

#### **3.6.3.3 Etio-physiopathologie**

L'appendicite est due :

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

#### **2.1.3.4. Anatomie Pathologie :**

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

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

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

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

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

#### **2.1.3.5. Etude clinique**

##### **2.1.3.5.1. Les signes fonctionnels :**

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

##### **2.1.3.5.2. Signes généraux :**

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

##### **2.1.3.5.3. Signes physiques**

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

##### **2.1.3.5.4. Signes para cliniques**

La Numération Formule Sanguine (NFS) montre une hyperleucocytose (1.500 à 20.000 GB/mm<sup>3</sup>) surtout à polynucléaires neutrophiles.

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

##### **2.1.3.5.5. L'évolution**

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

La plupart du temps l'évolution se fait vers l'aggravation en quelques jours ; parfois cette aggravation est entrecoupée d'une accalmie traîtresse. L'aggravation peut se faire vers l'abcès ou vers la péritonite.

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

**fonctionnels** : sont les mêmes que dans les formes typiques

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

La NFS montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

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

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

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

**Signes fonctionnels** : sont les mêmes que dans le cas typique

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

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

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

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

- **La péritonite (est une complication de l'appendicite catarrhale) Signes généraux :**

Température élevée à 40°C Pouls accéléré

**Signes physiques :**

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

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

**Signes para cliniques :**

Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS.

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

**. 2.1.3.6. Diagnostic différentiel :**

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

**Le paludisme :** il est parfois caractérisé par :

- Une douleur de tout le flanc droit ;
- Une fièvre à 39-40°c avec des frissons ;
- Des vomissements, sans arrêt des matières ni des gaz ; - Le toucher rectal et le toucher vaginal sont sans douleur ; - La goutte épaisse est souvent positive.

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

Une douleur de tout le flanc droit,

- Des vomissements, - Une fièvre.

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

**L'adénolymphite mésentérique :**

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

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

Une douleur du flanc droit ;

- Des vomissements ;
- Une constipation.

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

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

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

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

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

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

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

### **Les pathologies chirurgicales :**

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

### **Il faut savoir éliminer :**

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



**Chez le vieillard :** un cancer du caecum.

**Chez l'enfant :** un diverticule de Meckel.

**Chez la vieille femme :** une lithiase vésiculaire.

### ○ Formes selon le terrain

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

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

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

Un syndrome pseudo-occlusif fébrile (d'où le diagnostic différentiel avec les occlusions, et cancer du caecum). Dans le cancer du caecum il y a une douleur de la fosse iliaque droite, un amaigrissement une anémie, une image typique au lavement baryté.

### ○ Formes cliniques

**L'appendicite de la femme enceinte est caractérisée par :**

Au 1<sup>er</sup> trimestre peu de différence avec l'appendicite typique.

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

**La pyélonéphrite est caractérisée par :**

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

### ○ Formes selon le siège

**L'appendicite pelvienne :**

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

- Des douleurs basses dans la fosse iliaque droite ;

- Des nausées ;
- Une constipation ;
- Une température de  $37^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$  ;
- Un pouls accéléré ;
- Une douleur provoquée à la palpation de la partie basse de la fosse iliaque droite ; le Toucher rectal et le toucher vaginal provoquent des douleurs aiguës à droite. Dans ce cas il faut éliminer une salpingite, une grossesse extra utérine.

#### **L'appendicite sous-hépatique :**

Elle est caractérisée par :

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

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

**Appendicite méso cœliaque :** caractérisée par :

- des douleurs péri-ombilicales ;
    - un syndrome pseudo occlusif (où le diagnostic différentiel avec une gastro entérite).
- Appendicite de la fosse iliaque gauche :** est exceptionnelle, elle survient chez un sujet dont le colon n'a pas subi de rotation.

#### **○ Principe du traitement des appendicites aiguës :**

Le seul traitement est l'appendicectomie. L'abcès appendiculaire nécessite : - Une appendicectomie ;

- Une antibiothérapie.

La péritonite nécessite :

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

Le plastron appendiculaire : son traitement comporte :

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

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

### **3.6.4 Les occlusions intestinales aiguës [14]**

#### **3.6.4.1 Définition**

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

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

#### **3.6.4.2 Physiopathologie :**

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

- Une obstruction ;
  - Une compression ;
  - Une strangulation.

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

- Une hernie étranglée ;
- Un volvulus ;

- Une invagination intestinale.

Elle entraîne tôt des troubles ischémiques de l'intestin.

Dans les strangulations, la circulation est d'abord perturbée sur le retour veineux alors que l'artère continue à amener le sang dans la zone strangulée. Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ; d'où une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre hydro-électrolytique. La strangulation favorise la fermentation des matières dans l'intestin d'où production de gaz qui va s'accumuler à la partie supérieure de l'anse strangulée alors que le liquide reste à la partie inférieure. L'air et le liquide seront séparés par un niveau qui est toujours horizontal. A la radiographie, l'air sera perçu comme une image noire avec un niveau blanc (clair) horizontal inférieur.

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

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

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

### **3.6.4.3 Signes cliniques :**

○ **Les signes fonctionnels ILS** sont caractérisés par

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

○ **Les signes généraux Ils sont caractérisés par :**

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

○ Les signes physiques Ils sont caractérisés par :

#### **A L'inspection :**

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

#### **A la palpation :**

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

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

**A l'auscultation :** La présence et l'accentuation de bruits hydro-aériques. **Aux touchers pelviens (Toucher Vaginal –Toucher Rectal) :**

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

La palpation des orifices herniaires recherche une hernie étranglée.

#### **3.6.4.4 Les signes paracliniques :**

- La radiographie de l'abdomen sans préparation, debout de face ou assis de face ou même couché de profil montre des niveaux hydro-aériques. Un seul niveau hydro-aérique suffit pour poser le diagnostic d'occlusion. Il est important préciser le nombre, le siège et l'aspect des niveaux hydro-aériques.
- Le lavement baryté est important pour rechercher le siège et la cause de l'occlusion du colon.
- Le transit de la grêle effectué en dehors des périodes de vomissements peut monter un obstacle sur l'intestin grêle. Les signes biologiques des troubles hydroélectrolytiques. Car l'occlusion entraîne une déshydratation avec des

modifications de l'équilibre acide-basse. Ces troubles hydro-électrolytiques souvent fonctionnelles sont constatés sur l'ionogramme (souvent une hypernatrémie), l'azotémie ou la créatinémie (souvent une hyperazotémie ou un hypercréatinémie).

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

### 3.6.4.5 Formes cliniques

#### En fonction du siège

| Signe d'occlusion             | Siège de l'occlusion           |                                           |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|
|                               | Grêle                          | Colon                                     |
| Douleur                       | Idem                           | Idem                                      |
| Vomissements                  | Précoces                       | Tardifs                                   |
| Arrêt des matières et des gaz | Tardif                         | Précoce                                   |
| Altération de l'état général  | Rapide                         | Tardif                                    |
| Déshydratation                | Rapide                         | Tardive                                   |
| Météorisme                    | Absent                         | Abondant                                  |
| Niveaux hydro-aériques        | Plus larges que hauts          | Plus hauts que larges                     |
| Lavement baryté               | Normal                         | Montre le siège, le mécanisme et la cause |
| Transit du grêle              | Montre le siège de l'occlusion | Normal                                    |

#### En fonction du mécanisme

L'occlusion par volvulus du sigmoïde est caractérisée par :

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

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

- Des douleurs progressives continues ;
- Une altération de l'état général avant l'occlusion ;
- Une fièvre avec parfois une anémie un antécédent d'alternance de diarrhée et de constipation. Une tumeur à la palpation parfois.

### **En fonction de l'étiologie et de l'âge**

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

L'imperforation anale : diagnostiquée à l'inspection du périnée à la naissance ; La maladie de Hirschprung ;

L'immaturité du colon pour le grêle ;

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

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

- L'invagination intestinale aiguë ; - Maladie Hirschprung.

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

- Le diverticule de Meckel ;
- L'appendicite ;
- L'invagination intestinale aiguë.

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

- Le volvulus du sigmoïde (surtout au Mali) ;
- Le volvulus de la grêle sur bride qui est provoqué par les séquelles de la laparotomie.

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

- Chez le vieillard : les principales causes sont :

- Le cancer du côlon qui est le plus fréquent ;
- Le volvulus du sigmoïde ;
- L'appendicite du vieillard : c'est une occlusion fébrile avec douleurs dans la fosse iliaque droite ;

- L'iléus biliaire rare au Mali, plus fréquent en Europe ; - Les hernies internes (exceptionnelles).

### **Diagnostic différentiel avec les occlusions fonctionnelles.**

Les occlusions fonctionnelles sont caractérisées par :

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

**Signes Généraux** : qui sont fonctions de la cause

**Signes Physiques** : résumés par un météorisme important diffus

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

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

### **. 2.1.4.5. Traitement des occlusions**

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

#### **Le traitement Médical**

Il consiste en :

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

#### **traitement chirurgical :**

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

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

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

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



- Une laparotomie ;

- La section de la bride.

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

- La laparotomie ;

- Si possible une résection du cancer.

Sinon faire une colostomie qui sera suivi d'une résection du cancer.

Dans le cas particulier des occlusions avec nécrose intestinal, il est toujours nécessaire de réséquer la zone nécrosée. Après 40 à 60 jours d'évolution on effectuera le rétablissement de la continuité digestive si l'état général du malade le permet.

### **3.6.5 La thrombose hémorroïdaire [15] :**

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

#### **3.6.5.1 Rappel anatomique**

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales, On distingue :

-Le réseau hémorroïdaire externe tributaire de l'artère pudendale.

-Le réseau hémorroïdaire interne dépendant de l'artère rectale supérieure. Leur fonction : contribuent à la continence anale « fine », interviennent dans la discrimination selles/gaz et solide/liquide et participent au tonus de base du canal anal.

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

### **3.6.5.2 Les manifestations cliniques :**

#### **○ La thrombose hémorroïdaire interne :**

##### **La thrombose hémorroïdaire interne non extériorisée :**

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

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

##### **La thrombose hémorroïdaire interne prolabée :**

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

#### **○ La thrombose hémorroïdaire externe :**

La thrombose hémorroïdaire externe est la seule manifestation des hémorroïdes externes : petite tuméfaction bleutée, dure, douloureuse, le plus souvent unique, située sous la peau de la marge anale. Il peut exister une réaction œdémateuse.

L'évolution spontanée se fait soit vers la nécrose avec énucléation du thrombus, soit vers la résorption du caillot en quelques semaines, laissant comme séquelle un « sac » cutané vide appelé « marisque ».

### **3.6.5.3 Traitement**

#### **○ Traitement médical**

##### **Les règles hygiéno-diététiques :**

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

##### **Les topiques :**

L'efficacité de ces spécialités est mal évaluée ; elles paraissent efficaces sur la douleur peut-être en raison de leur excipient lubrifiant ou de la présence d'un

protecteur mécanique facilitant la défécation, ou grâce au dérivé corticoïde qu'elles contiennent.

### **La régularisation du transit :**

La correction des troubles du transit et en particulier de la dyschésie est importante. La prescription d'un mucilage et/ou l'augmentation de la ration quotidienne en fibres alimentaires est conseillée pour le traitement à moyen terme des symptômes de la maladie hémorroïdaire.

### **Les veinotoniques :**

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

### **Les antalgiques et les anti-inflammatoires :**

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

### **L'excision de thrombose hémorroïdaire :**

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

## ○ **Traitement instrumental**

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

- L'injection de sclérosant : chlorhydrate double de quinine urée (Kinurée H) ;
- La photo-coagulation par infrarouge ;
- La ligature élastique.

## ○ **Traitement chirurgical :**

Les principaux traitements chirurgicaux utilisés et validés sont :

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

## **Les indications thérapeutiques**

-Le traitement médical est généralement très efficace sur la douleur. La thrombose peut cependant persister 2 à 3 semaines avant de se résorber, en laissant éventuellement une marisque, ce dont le malade doit être informé ;

-Les thromboses uniques, externes et non œdémateuses sont efficacement traitées par excision.

-Les poly-thromboses ou les thromboses très douloureuses ou œdémateuses relèvent de la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

-Le traitement instrumental et à fortiori les topiques et les veinotoniques sont inefficaces pour prévenir les récurrences des thromboses hémorroïdaires.

-La prescription de fibres peut être conseillée. En cas de thromboses invalidantes et récidivantes, une hémorroïdectomie pédiculaire peut être conseillée.

-Cette intervention peut être réalisée sans difficulté ou complication particulière en urgence devant un prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé sphacélé ou résistant à 48 heures de traitement médical.

## **Conclusion**

La maladie hémorroïdaire est une affection fréquente aux modes d'expression cliniques multiples. Les principaux facteurs de risque identifiés sont les troubles du transit et les épisodes de la vie génitale féminine. Un malade sur dix, seulement, nécessite une intervention chirurgicale, les autres sont traités efficacement par le traitement médical et surtout instrumental.

# METHODOLOGIE

## **4. Méthodologie**

### **4.1 Cadre d'étude :**

Cette étude a été réalisée dans le service de Chirurgie générale du centre de Santé de référence (C.S.Réf) de SIKASSO.

Le CSRéf de Sikasso est devenu une structure sanitaire de premier recours au détriment de ses objectifs à savoir un centre où les CsCom doivent référer. Le CSRéf comporte :

- Service des urgences ;
  - Service de médecine ;
  - Service de chirurgie ;
  - Service d'ophtalmologie ;
  - Service de radiologie ;
  - Service d'odontostomatologie ;
  - Service de gynéco obstétrique maternité centrale ;
  - Service de psychiatrie ;
  - Service d'ORL ;
  - Service de pédiatrie ;
  - Un laboratoire central et une pharmacie ;
  - Les services administratifs ;
  - Une morgue
- Toutes ces structures sont coordonnées et gérées par une direction administrative assistée par une division technique. Il couvre 43 centres de santé communautaire (CSCoM) fonctionnels.

### **Présentation du service de la chirurgie de Sikasso La chirurgie comporte :**

- Une salle de consultation pour le chirurgien ;
- Une salle de pansement ;
- Six salles d'hospitalisations ;
- Une salle de garde ;
- Un bureau pour le major ;

- Deux toilettes ;

**Le personnel est composé de**

- 1 chirurgien ;

-1 Médecin communautaire

- 2 Médecins généralistes ;

- 4 Infirmiers ;

- 1 Interne ;

- 2 Manœuvres (Technicien de surface ou GS).

**Le fonctionnement**

- Les consultations sont journalières de même que les interventions chirurgicales.
- La visite est bi journaliers.

**Au niveau organisationnel du service de garde :**

**Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :**

- 1 Médecin ;
- Un interne ;
- Un infirmier faisant fonction d'anesthésiste ;
- Un laborantin ;
- Un garçon de salle ;
- Un chauffeur d'ambulance.

#### **4.2 Type et période d'étude**

Nous avons mené une étude transversale à collecte rétrospective et prospective au service de chirurgie générale du C.S.Réf de SIKASSO. Elle s'est étendue sur une période allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2022 au 15 Septembre 2023. Soit 21mois

#### **4.3 Critères d'inclusion.**

Tout patient ayant consulté dans l'unité de chirurgie générale du CS Réf de Sikasso, opéré et hospitalisé dans le service pour urgences chirurgicales digestives.

#### **4.4 Critères de non inclusion.**

- Tout patient présentant une urgence chirurgicale extra digestive.



- Toute urgence chirurgicale digestive non opérée dans l'unité.
- Tout patient ayant un abdomen aigu chirurgical décédé avant l'intervention.

#### **6. Echantillonnage :**

Nous avons recensé 152 patients pendant notre période d'étude, qui répondaient aux critères d'inclusion.

#### **4.5 Les variables étudiées**

Nous avons étudié les variables suivantes :

Le sexe, l'âge, le traitement, le délai de consultation, les signes fonctionnels et physiques, les antécédents, les suites opératoires, le suivi de 03 mois post opératoire.

#### **4.6 Collecte des données**

Les données ont été collectées grâce aux : – Dossiers médicaux des malades ;

- Registres d'hospitalisation ;
- Registres consignant les comptes rendus opératoires ;
- Fiches d'enquêtes individuelles.

#### **4.7 Saisie et analyse des données**

Les données ont été saisies avec le logiciel Microsoft Excel 2016 et analysées avec le logiciel SPSS version 25.0 La comparaison des résultats a été faite par le test statistique de Chi2 avec comme seuil de signification  $P < 0,05$ .

#### **4.8 Considérations éthiques**

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

# RESULTATS

## 5 Résultats

### 5.1. Fréquences

Pendant notre période d'étude, nous avons colligé 152 cas urgences chirurgicales ce qui représentaient 18,62% de l'ensemble des interventions chirurgicales (n=816) ;17,13% des hospitalisations dans le service (n=887) ;7,97% des consultations (n=1906).

**Tableau I :** Répartition des patients selon la tranche l'âge.

| Tranche d'âge      | Effectifs  | Pourcentages |
|--------------------|------------|--------------|
| 0-10ans            | 27         | 17,8         |
| <b>11-20ans</b>    | <b>46</b>  | <b>30,3</b>  |
| 21-30ans           | 29         | 19,1         |
| 31-40ans           | 14         | 9,2          |
| <b>Sup à 40ans</b> | <b>36</b>  | <b>23,7</b>  |
| <b>Total</b>       | <b>152</b> | <b>100</b>   |

La tranche d'âge de 11-20 ans était la plus représentée soit 30,3% avec des extrêmes de 05 à 65 ans. Ecart type : 14,46 ; Age moyen : 24,39 ans.

**Tableau II :** Répartition des patients selon le sexe.

| Sexe            | Fréquences | Pourcentages |
|-----------------|------------|--------------|
| <b>Masculin</b> | <b>99</b>  | <b>65,13</b> |
| Féminin         | 53         | 34,87        |
| <b>Total</b>    | <b>152</b> | <b>100,0</b> |

Le sexe masculin était le plus représenté avec une fréquence de 65 ,13% des cas soit un sex-ratio de 1,87.

**Tableau III:** Répartition des patients selon la profession.

| <b>Profession</b>     | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|-----------------------|------------------|---------------------|
| <b>Elève/étudiant</b> | <b>50</b>        | <b>32,9</b>         |
| Cultivateur           | 37               | 24,3                |
| Ménagère              | 32               | 21,1                |
| Enfant                | 17               | 11,2                |
| Commerçant            | 6                | 3,9                 |
| Fonctionnaire         | 5                | 3,3                 |
| Mécanicien            | 4                | 2,6                 |
| Infirmier             | 1                | 0,7                 |
| <b>Total</b>          | <b>152</b>       | <b>100</b>          |

Les élèves/étudiants étaient les représentés avec 32,9% des cas.

**Tableau IV:** Répartition des patients selon l'ethnie.

| <b>Ethnie</b>  | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|----------------|------------------|---------------------|
| <b>Sénoufo</b> | <b>93</b>        | <b>61,2</b>         |
| Bambara        | 26               | 17,1                |
| Peulh          | 13               | 8,6                 |
| Dogon          | 6                | 3,9                 |
| Mianka         | 6                | 3,9                 |
| Malinké        | 5                | 3,3                 |
| Touareg        | 2                | 1,3                 |
| Bella          | 1                | 0,7                 |
| <b>Total</b>   | <b>152</b>       | <b>100</b>          |

L'ethnie Sénoufo était la plus représentée avec une fréquence de 61,2% des cas.

**Tableau V:** Répartition des patients selon la résidence.

| Résidence                 | Effectifs  | Pourcentages |
|---------------------------|------------|--------------|
| <b>Cercles de Sikasso</b> | <b>85</b>  | <b>55,9</b>  |
| Ville de Sikasso          | 63         | 41,4         |
| Hors Sikasso              | 3          | 2,0          |
| Hors du Mali              | 1          | 0,7          |
| <b>Total</b>              | <b>152</b> | <b>100</b>   |

Le cercle de Sikasso était le plus représenté avec une fréquence de 55,9% des cas.

**Tableau VI:** Répartition des patients selon le mode d'admission.

| Mode d'admission | Effectifs  | Pourcentages |
|------------------|------------|--------------|
| <b>Référé</b>    | <b>78</b>  | <b>51,3</b>  |
| Venu de lui-même | 74         | 48,7         |
| <b>Total</b>     | <b>152</b> | <b>100</b>   |

La majorité de nos patients était référé soit un taux de 51,3% des cas.

**Tableau VII : Répartitions des patients selon la référence par les agents de santé.**

| <b>Agent</b>   | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|----------------|------------------|---------------------|
| <b>Médecin</b> | <b>45</b>        | <b>57,7</b>         |
| Infirmier      | 20               | 25,6                |
| Sage-femme     | 12               | 15,4                |
| Interne        | 1                | 1,3                 |
| <b>Total</b>   | <b>78</b>        | <b>100</b>          |

Les médecins avaient référé plus de patients avec 57,7% des cas.

**Tableau VIII: Répartition des patients selon le motif de consultation.**

| <b>Motif de consultation</b> | <b>Effectif N=152</b> | <b>Pourcentages</b> |
|------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <b>Douleur abdominale</b>    | <b>138</b>            | <b>90,8</b>         |
| Arrêt de matière et gaz      | 10                    | 6,6                 |
| Vomissement                  | 4                     | 2,6                 |

La Douleur était la plus représentée avec une fréquence de 90,8% des cas.

## 5.2. Examens Cliniques et Paracliniques

**Tableau IX:** Répartition des patients selon les antécédents.

|                 | Les antécédents     | Effectif N=152 | Pourcentages |
|-----------------|---------------------|----------------|--------------|
| <b>Médicaux</b> | Néant               | 145            | 95,4         |
|                 | <b>HTA</b>          | <b>5</b>       | <b>3,3</b>   |
|                 | Diabète             | 1              | 0,7          |
|                 | Asthme              | 1              | 0,7          |
|                 | <b>Chirurgicaux</b> | Néant          | 132          |
|                 | Oui                 | 20             | 13,2         |
|                 | <b>Total</b>        | <b>152</b>     | <b>100</b>   |

L'HTA représentait un taux de 3,3% de nos patients.

Dans notre étude 20 patients avaient des antécédents chirurgicaux.

**Tableau X :** Répartition des patients selon les signes fonctionnels.

| Motif de consultation                                         | Effectif N=152 | Pourcentages |
|---------------------------------------------------------------|----------------|--------------|
| <b>Douleur + Vomissement</b>                                  | <b>118</b>     | <b>77,6</b>  |
| Arrêt de matière et gaz + distension abdominale + Vomissement | 19             | 12,5         |
| Vomissement + nausées                                         | 15             | 9,9          |

Douleur +vomissement étaient les signes fonctionnels les plus représentés avec une fréquence de 77,6% des cas.

**Tableau XI : Répartition des patients selon le début de la douleur.**

| <b>Début de la douleur</b> | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|----------------------------|------------------|---------------------|
| <b>Progressive</b>         | <b>85</b>        | <b>55,9</b>         |
| Brutal                     | 67               | 44,1                |
| <b>Total</b>               | <b>152</b>       | <b>100</b>          |

La douleur d'apparition progressive était la plus représentée avec un taux de 55,9% des cas

**Tableau XII : Répartition des patients selon le siège de la douleur.**

| <b>Siège de la douleur</b> | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|----------------------------|------------------|---------------------|
| <b>Diffuse</b>             | <b>77</b>        | <b>50,7</b>         |
| FID                        | 41               | 27,0                |
| Péri ombilicale            | 15               | 9,9                 |
| Ombilicale                 | 8                | 5,3                 |
| Inguino-scrotale           | 7                | 4,6                 |
| Epigastre                  | 3                | 2,0                 |
| Péri-anale                 | 1                | 0,7                 |
| <b>Total</b>               | <b>152</b>       | <b>100</b>          |

La douleur diffuse de l'abdomen était la plus représentée avec une fréquence de 50,7% des cas.



**Tableau XIII : Répartition des patients selon l'état de l'évolution.**

| <b>Etat d'évolution</b> | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|-------------------------|------------------|---------------------|
| <b>Intermittente</b>    | <b>85</b>        | <b>55,9</b>         |
| Intense                 | 61               | 40,1                |
| Progressive             | 4                | 2,6                 |
| Brutal                  | 2                | 1,3                 |
| <b>Total</b>            | <b>152</b>       | <b>100</b>          |

L'évolution intermittente était la plus représentée avec un pourcentage de 55,9% des cas.

**Tableau XIV : Répartition des patients selon les types de la douleur.**

| <b>Les types de la douleur</b> | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|--------------------------------|------------------|---------------------|
| <b>Piqûre</b>                  | <b>77</b>        | <b>50,7</b>         |
| Torsion                        | 49               | 32,2                |
| Poignard                       | 20               | 13,2                |
| Brûlure                        | 6                | 3,9                 |
| <b>Total</b>                   | <b>152</b>       | <b>100,0</b>        |

La douleur à type de piqûre était la plus représentée avec une fréquence de 50,7% des cas.

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

| <b>Signes généraux</b> |                 | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|------------------------|-----------------|------------------|---------------------|
|                        | <b>Normal</b>   | <b>148</b>       | <b>97,4</b>         |
| Pouls                  | Accélééré       | 4                | 2,6                 |
|                        | <b>Normal</b>   | <b>101</b>       | <b>66,4</b>         |
| Température            | Hyperthermie    | 47               | 30,9                |
|                        | Hypothermie     | 1                | 0,7                 |
|                        | <b>Normal</b>   | <b>147</b>       | <b>96,7</b>         |
| Pression artérielle    | Hypotension     | 3                | 2                   |
|                        | Hypertension    | 2                | 1,3                 |
|                        | <b>Colorées</b> | <b>114</b>       | <b>75</b>           |
| Conjonctive            | Moyennes        | 32               | 21,1                |
|                        | Pales           | 6                | 3,9                 |
|                        | Non             | 137              | 90,1                |
| Déshydratation         | Oui             | 15               | 9,9                 |

Le Pouls était normal chez 97,4% de nos patients.

La température était normale dans 66,4% des cas.

La tension était normale pour 147 patients soit un taux de 96,7%.

Les conjonctives étaient colorées dans 75% des cas.

**Tableau XVI:** Répartition des patients selon les signes physiques.

| <b>Signes physiques</b> | <b>Effectif N=152</b>                  | <b>Pourcentage</b>       |             |
|-------------------------|----------------------------------------|--------------------------|-------------|
|                         | <b>Distendu</b>                        | <b>91</b>                | <b>59,9</b> |
| Inspection              | Météorisme                             | 20                       | 13,2        |
|                         | Cicatrice                              | 19                       | 12,5        |
|                         | Abdomen respire bien                   | 17                       | 11,2        |
|                         | Autres                                 | 44                       | 28,9        |
|                         |                                        | <b>Douleur localisée</b> | <b>57</b>   |
| Palpation               | Douleur abdominal diffuse              | 47                       | 30,9        |
|                         | Contracture                            | 33                       | 21,7        |
|                         | Cris de l'ombilic positif              | 12                       | 7,9         |
|                         | Défense abdominale                     | 3                        | 2           |
|                         |                                        | <b>Normale</b>           | <b>79</b>   |
| Percussion              | Matité                                 | 50                       | 32,9        |
|                         | Tympanisme                             | 23                       | 15,1        |
| Auscultation            | <b>Présence de bruit hydro-aérique</b> | <b>30</b>                | <b>19,7</b> |
|                         | Absent                                 | 122                      | 80,3        |
| Touché rectal           | Douleur dans le douglas à droite       | 43                       | 28,3        |
|                         | <b>Douglas bombé et douloureux</b>     | <b>62</b>                | <b>40,8</b> |
|                         | Normal                                 | 47                       | 30,9        |

Autres : vergeture (30), péristaltisme (7), types de péristaltisme (7)

La distension abdominale à l'inspection était la plus représentée avec un taux de 59,9% des cas.

La douleur localisée était la plus représentée avec une fréquence de 37,5% des cas.

**Tableau XVII:** Répartition des patients selon le score de l'OMS.

| L'état général | Effectifs  | Pourcentage |
|----------------|------------|-------------|
| 1              | 8          | 5,3         |
| 2              | 39         | 25,7        |
| 3              | 91         | 59,9        |
| 4              | 14         | 9,2         |
| <b>Total</b>   | <b>152</b> | <b>100</b>  |

Le score de l'OMS<sub>3</sub> était le plus représenté avec une fréquence de 59,9%.

**Tableau XVIII :** Répartition des patients selon l'alimentation.

| Alimentation | Effectif N=152 | Pourcentage |
|--------------|----------------|-------------|
| <b>Thé</b>   | <b>40</b>      | <b>26,3</b> |
| Tabac        | 22             | 14,5        |
| Alcool       | 2              | 1,3         |
| Néant        | 88             | 57,9        |

Le thé était le représenté avec une fréquence de 26,3% des cas.

**Tableau XIX :** Répartition des patients selon l'échographie.

| <b>L'écho.</b> | <b>Résultat écho</b>                      | <b>Effectif (%)</b> |
|----------------|-------------------------------------------|---------------------|
| <b>Réalisé</b> | <b>107</b>                                | <b>(70,8)</b>       |
|                | Epanchement intrapéritonéal               | <b>50 (46,7)</b>    |
|                | Epaississement de la paroi appendiculaire | 44 (41,1)           |
| Résultat n=107 | Normal                                    | 13(12,1)            |

La péritonite était le résultat majoritaire à l'échographie soit un taux de 46,7%

**Tableau XX :** Répartition des patients selon l'ASP

| <b>l'ASP.</b>  | <b>Résultat</b>                      | <b>Effectif (%)</b> |
|----------------|--------------------------------------|---------------------|
| <b>Réalisé</b> | <b>30</b>                            | <b>19,7</b>         |
|                | <b>Présence niveau hydro-aérique</b> | <b>19 (63,3)</b>    |
| Résultat n=30  | Croissant gazeux                     | 9 (30)              |
|                | Normal                               | 2 (6,7)             |

Présence de niveau hydro-aérique était le signe radiologique majoritaire soit 63,3% des cas.

**Tableau XXI : Répartition des patients selon la NFS**

| <b>NFS</b>       | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|------------------|------------------|---------------------|
| Normale          | 77               | 52,3                |
| Hyperleucocytose | 70               | 47,7                |
| <b>Total</b>     | <b>147</b>       | <b>100</b>          |

L'hyperleucocytose représentait 47,7% des cas.

**Tableau XXII : Répartition des patients selon les groupes rhésus.**

| <b>G/Rhésus</b> | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|-----------------|------------------|---------------------|
| <b>O+</b>       | <b>55</b>        | <b>36,2</b>         |
| B+              | 34               | 22,4                |
| A+              | 30               | 19,7                |
| AB+             | 12               | 7,9                 |
| B-              | 7                | 4,6                 |
| O-              | 5                | 3,3                 |
| A-              | 5                | 3,3                 |
| AB-             | 4                | 2,6                 |
| <b>Total</b>    | <b>152</b>       | <b>100</b>          |

Le groupage sanguin O+ était le plus représenté avec un taux de 36,2% des cas.

**Tableau XXIII** : Répartition des patients selon les taux d'hémoglobine.

| <b>Taux d'hémoglobine</b> | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|---------------------------|------------------|---------------------|
| 5-8g/dl                   | 7                | 4,6                 |
| <b>9-14g/dl</b>           | <b>131</b>       | <b>86,2</b>         |
| >14g/dl                   | 14               | 9,2                 |
| <b>Total</b>              | <b>152</b>       | <b>100</b>          |

La tranche 9-14 g/dl était majoritaire soit un taux de 86,2% des cas.

**Figure 3** : Répartition selon la prise de médicament.

La notion de prise de médicaments était présente chez 11 patients soit 7% des cas.

**Tableau XXIV** : Répartition des patients selon le taux d'hématocrite.

| <b>Hématocrite</b> | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|--------------------|------------------|---------------------|
| <35%               | 19               | 12,5                |
| <b>&gt;35%</b>     | <b>128</b>       | <b>84,2</b>         |
| Non faite          | 5                | 3,3                 |
| <b>TOTAL</b>       | <b>152</b>       | <b>100</b>          |

Le plus grand nombre des patients avait un taux d'hématocrite normal soit **90,8%**.

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

| <b>Glycémie</b> | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|-----------------|------------------|---------------------|
| Normale         | 147              | 96,7                |
| Hyperglycémie   | 4                | 2,6                 |
| Hypoglycémie    | 1                | 0,7                 |
| <b>Total</b>    | <b>152</b>       | <b>100</b>          |

La glycémie était normale chez 147 patients soit un taux de 96,7% des cas.

**Tableau XXVI : Répartition des patients selon le délai d'admission**

| <b>Délai</b>  | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|---------------|------------------|---------------------|
| 1-3 jours     | 103              | 67,8                |
| 4-6 jours     | 47               | 30,9                |
| Sup à 6 jours | 2                | 1,3                 |
| <b>Total</b>  | <b>152</b>       | <b>100</b>          |

Le délai d'admission maximal était 1-3jours soit un taux de 67,8%.

Délai moyen : 3 ,01 jours avec des extrêmes de 01 à 10 jours



### 5.3. Traitements

**Tableau XXVII** : Répartition des patients selon le délai l'admission et l'intervention

| Délai             | Effectifs  | Pourcentages |
|-------------------|------------|--------------|
| 1-2 heures        | 39         | 25,7         |
| <b>3-4 heures</b> | <b>93</b>  | <b>61,2</b>  |
| 5-6 heures        | 18         | 11,8         |
| > 6 heures        | 2          | 1,3          |
| <b>Total</b>      | <b>152</b> | <b>100</b>   |

Le délai de 2-3 heures était maximal soit un taux de 61,2% des cas.

Délai moyen : 2,39 heures, avec des extrêmes de 1heure à 7heures

**Tableau XXVIII** : Répartition des patients selon la nature du traitement pré opératoire.

| Nature du traitement                      | Effectifs | Pourcentages |
|-------------------------------------------|-----------|--------------|
|                                           | N=132     |              |
| <b>Antalgiques+Atb+Réhydratation</b>      | <b>94</b> | <b>61,8</b>  |
| Réhydratation+Antalgiques+ATB+Transfusion | 4         | 2 ;6         |
| Antalgiques+réhydratation                 | 34        | 22,4         |
| Antalgiques                               | 20        | 13,2         |
| Total                                     | 152       | 100          |

Les Antalgiques+Atb+Réhydratation étaient les plus représentés avec une fréquence de 61,8% des cas.

**Tableau XXIX : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire**

| <b>Diagnostic pré opératoire</b> | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|----------------------------------|------------------|---------------------|
| <b>Péritonite aigue</b>          | <b>68</b>        | <b>44,6</b>         |
| Appendicite aigue                | 43               | 28,3                |
| Occlusion intestinale aigue      | 21               | 13,8                |
| Hernie étranglée                 | 13               | 8,6                 |
| Hémo péritoine                   | 3                | 2,0                 |
| Éviscération par encornement     | 2                | 1,3                 |
| Invagination intestinale aigue   | 1                | 0,7                 |
| Thrombose hémorroïde             | 1                | 0,7                 |
| Total                            | 152              | 100                 |

La péritonite était le diagnostic pré op majoritaire soit 44,6% des cas.

**Tableau XXX** : Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire

| <b>Diagnostic per opératoire</b>        | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|-----------------------------------------|------------------|---------------------|
| <b>Péritonite appendiculaire</b>        | <b>42</b>        | <b>27,6</b>         |
| Appendicite aigue                       | 43               | 28,3                |
| Occlusion intestinale aigue             | 19               | 12,5                |
| Eviscération                            | 2                | 1,3                 |
| Hernie étranglée                        | 13               | 8,6                 |
| Hémo péritoine                          | 2                | 1,3                 |
| Invagination intestinale aigue          | 3                | 2,0                 |
| Péritonite par perforation<br>gastrique | 3                | 2,0                 |
| Péritonite par perforation iléale       | 24               | 15,7                |
| Thrombose hémorroïde                    | 1                | 0,7                 |
| <b>Total</b>                            | <b>152</b>       | <b>100</b>          |

Appendicite représentait à 28,3% des cas.

**Tableau XXXI** : Répartition des patients selon la forme d'appendicite

| <b>FORMES</b>        | <b>EFFECTIFS</b> | <b>POURCENTAGES</b> |
|----------------------|------------------|---------------------|
| Catarrh ale          | 12               | 27,9                |
| <b>Phlegmoneuse</b>  | <b>23</b>        | <b>53,5</b>         |
| Abcès appendiculaire | 5                | 11,6                |
| Gangrene             | 3                | 7,0                 |
| <b>TOTAL</b>         | <b>43</b>        | <b>100</b>          |

L'Appendicite phlegmoneuse a été la forme la plus fréquente avec 53,5%.

**Tableau XXXII** : Répartition des patients selon l'étiologie des péritonites

| <b>Etiologies</b>                      | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|----------------------------------------|------------------|---------------------|
| Péritonites appendiculaire             | 42               | 60,9                |
| Péritonites par perforations iléale    | 24               | 34,8                |
| Péritonites par perforations gastrique | 3                | 4,3                 |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>69</b>        | <b>100</b>          |

Les péritonites étaient d'origine appendiculaire dans 60,9% des cas.

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

| <b>Etiologies</b>           | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|-----------------------------|------------------|---------------------|
| Tumeur gastrique sténosante | 3                | 15,8                |
| Tumeur colique sténosante   | 6                | 31,6                |
| Volvulus du sigmoïde        | 10               | 52,6                |
| <b>TOTAL</b>                | <b>19</b>        | <b>100</b>          |

Les Volvulus du sigmoïde ont constitué **52,6%** des étiologies des occlusions intestinales aiguës.

**Tableau XXXIV : Répartition des patients selon les types de hernies étranglées.**

| <b>Types</b>               | <b>Effectives</b> | <b>Pourcentagess</b> |
|----------------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Hernie inguinale</b>    | <b>7</b>          | <b>53,8</b>          |
| Hernie ombilicale          | 4                 | 30,8                 |
| Hernie de la ligne blanche | 2                 | 15,4                 |
| <b>TOTAL</b>               | <b>13</b>         | <b>100</b>           |

La hernie inguinale étranglée a été le type de hernie la plus fréquente avec **53,8%**

**Tableau XXXV : Répartition des patients selon les gestes effectués**

| <b>Gestes</b>                                           | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentages</b> |
|---------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>Appendicectomie</b>                                  | <b>43</b>       | <b>28,3</b>         |
| Cure de la hernie                                       | 13              | 8,6                 |
| Résection/anastomoses                                   | 15              | 9,8                 |
| Section des brides                                      | 4               | 2,6                 |
| Iléostomie                                              | 7               | 4,6                 |
| Appendicectomie +toilette péritonéale+drainage          | 42              | 27,6                |
| Suture de la perforation+ toilette péritonéale+drainage | 27              | 17,8                |
| Hemorroidectomie Selon Milligan et Morgan               | 1               | 0,7                 |
| <b>TOTAL</b>                                            | <b>152</b>      | <b>100,0</b>        |

L'appendicectomie a été le geste le plus effectué avec une fréquence de **28,3%**.

**Tableau XXXVI : Répartition des patients selon le type d'anesthésie**

| Type d'anesthésie    | Effectifs  | Pourcentages |
|----------------------|------------|--------------|
| <b>Locorégionale</b> | <b>87</b>  | <b>57,3</b>  |
| AG                   | 63         | 41,4         |
| Locale               | 2          | 1,3          |
| <b>Total</b>         | <b>152</b> | <b>100</b>   |

L'anesthésie locorégionale était majoritaire soit un taux de 57,3% des cas.

**Tableau XXXVII : Répartition des patients selon la voie d'abord**

| VOIES                          | Effectifs  | Pourcentages |
|--------------------------------|------------|--------------|
| <b>Point de mac Burney</b>     | <b>43</b>  | <b>28,3</b>  |
| Inguinotomie                   | 7          | 4,6          |
| Médiane sus ombilicale         | 16         | 10,5         |
| Médiane sous ombilicale        | 15         | 9,9          |
| Médiane sus et sous ombilicale | 71         | 46,7         |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>152</b> | <b>100,0</b> |

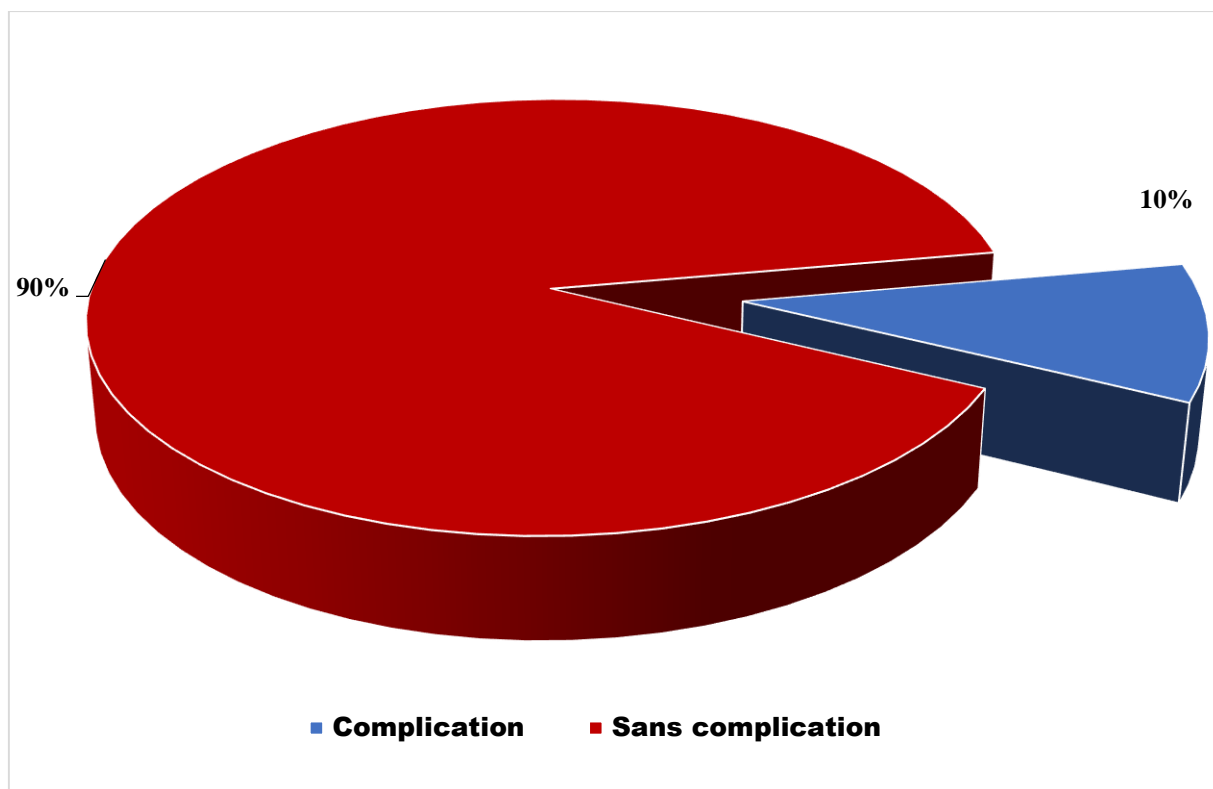
La Médiane sus et sous ombilicale a été la plus utilisée avec 46,7% des cas.

**Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon le temps de l'intervention**

| Temps           | Effectifs  | Pourcentages |
|-----------------|------------|--------------|
| <b>1-2heure</b> | <b>76</b>  | <b>50,0</b>  |
| 2-3heure        | 65         | 42,8         |
| 3-4heure        | 11         | 7,2          |
| <b>Total</b>    | <b>152</b> | <b>100</b>   |

Le temps de 1-2 heures était le plus représenté avec un taux de 50% des cas. Temps moyen : 2,07 heures, avec des extrêmes de 01heure à 04heure

## 5.4. Complications



**Figure 4 :** Répartition selon les complications

On observe que 15 patients avaient présenté des complications soit un taux de 9,9%.

**Tableau XXXIX :** Répartition des patients selon le type de complications post opératoire

| Complications         | Effectif  | Pourcentages |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Décès                 | 4         | 26,7         |
| Suppuration pariétale | 8         | 53,3         |
| Fistule digestive     | 3         | 20,0         |
| <b>Total</b>          | <b>15</b> | <b>100</b>   |

Suppuration pariétale représentaient 53,3% des complications.

**Tableau XL:** Répartition des patients selon le clavier dindon

| <b>Clavier dindon</b> | <b>Effectifs</b> | <b>Pourcentages</b> |
|-----------------------|------------------|---------------------|
| <b>Grade 1</b>        | <b>8</b>         | <b>53,3</b>         |
| Grade 3B              | 3                | 20,0                |
| Grade 5               | 4                | 26,7                |
| <b>Total</b>          | <b>15</b>        | <b>100</b>          |

Le grade I représentait 53,3% des cas.

**Classification de clavier Dindon des complications post opératoire**

| <b>Grade</b>     | <b>Définition</b>                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Exemples</b>                                                              |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grade I</b>   | Tout évènement post opératoire indésirable ne nécessitant pas de traitement, médical, chirurgical, ou radiologique<br>Seul traitement autorisé sont les antiémétiques ; antipyrétiques, antalgiques, diurétiques, électrolytes, et la physiothérapie : | Iléus ; abcès de la paroi mis à plat au chevet patient                       |
| <b>Grade II</b>  | Complication nécessitant un traitement médical n ; étant pas autorisé dans le grade I                                                                                                                                                                  | Thrombose veineuse périphérique ; nutrition parentérale totale ; transfusion |
| <b>Grade III</b> | Complication nécessitant chirurgical, endoscopique ou radiologique                                                                                                                                                                                     |                                                                              |
| <b>IIIa</b>      | Sans anesthésie générale                                                                                                                                                                                                                               | Ponction guidée radiologiquement                                             |
| <b>IIIb</b>      | Sous anesthésie générale                                                                                                                                                                                                                               | Reprise chirurgicale pour saignement ou autre cause                          |
| <b>GradeIV</b>   | Complication engageant le pronostique et nécessitant des soins intensifs                                                                                                                                                                               |                                                                              |
| <b>Iva</b>       | Défaillance d ; un organe                                                                                                                                                                                                                              | Dialyse                                                                      |
| <b>IVb</b>       | Défaillance multi-viscérale                                                                                                                                                                                                                            |                                                                              |
| <b>Grade V</b>   | Décès                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                              |
| <b>Suffixe d</b> | Complication en cour au moment de la sortie du patient nécessitant un suivi ultérieur (d=discharge )                                                                                                                                                   |                                                                              |



**Tableau XLI : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation**

| Durée en jour | Effectifs  | Pourcentages |
|---------------|------------|--------------|
| 1-3           | 20         | 13,2         |
| 3-6           | 36         | 23,7         |
| <b>6-10</b>   | <b>87</b>  | <b>57,2</b>  |
| > 10          | 9          | 5,9          |
| <b>Total</b>  | <b>152</b> | <b>100</b>   |

La majorité de nos patients avait une durée d'hospitalisation comprise entre 6-10 jours soit 57,2% des cas. Avec une durée moyenne : 6,59 Jours , avec des extrêmes de 1jour à 35 jours

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

| PATHOLOGIES                 | SUITES                | EFFECTIFS POURCENTAGES |      |
|-----------------------------|-----------------------|------------------------|------|
|                             |                       |                        |      |
| Péritonites                 | Fistule digestive     | 3                      | 20   |
|                             | Suppuration pariétale | 4                      | 26,7 |
| Aiguës                      | Decès                 | 2                      | 13,3 |
|                             | Suppuration pariétale | 4                      | 26,7 |
| Occlusion intestinale aiguë | Decès                 | 2                      | 13,3 |
|                             |                       |                        |      |
| <b>TOTAL</b>                |                       | 15                     | 100  |

La suppuration pariétale a été la complication la plus fréquente pendant l'hospitalisation avec 26,7% des cas.

Les suites opératoires d'un (01) mois et trois (03) mois ont été simples

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

## 6 Commentaires et discussion

Notre méthodologie a été avantaagée car l'enquêteur lui-même a examiné le malade, ceux qui a permis d'avoir des résultats fiables et exploitables. Nos informations ont été recueillies à l'aide des dossiers des malades, les registres du bloc opératoire, les registres d'hospitalisation, les registres consignant les comptes rendus opératoires, les fiches d'anesthésie et les fiches d'enquête individuelle. Cependant nous avons rencontré certaines difficultés à savoir :

- L'insuffisance du suivi pendant l'hospitalisation des patients opérés due à l'insuffisance du personnel soignant.
- Une salle de réanimation non équipée.
- L'insuffisance du suivi post-opératoire due au non-respect des rendez-vous par les patients.
- Le manque de moyen financier empêchant les patients non-inscrits à une assurance malade à subvenir correctement au coup de la prise en charge de leur maladie.

### Fréquence

Au cours de notre étude, l'urgence chirurgicale digestive avait constitué **18,62%** de l'ensemble des interventions chirurgicales au CSRéf de Sikasso.

Ce taux était inférieur à une étude menée par BROWER E. au CHRU de Montpellier en France en 2003 [8] qui avait retrouvé **42,63%** .

Des études menées au service de chirurgie A au CHU du point G en 2008[8], à l'hôpital préfectoral d'Inezgane en 2014-2015[10] et au CSRéf de Bougouni au Mali 2011[14] avaient retrouvés respectivement des taux différents notamment **19,32%**, **36,68%** et **9,70%**.

Cette différence du taux par rapport à notre étude s'expliquerait par le lieu et la durée de l'étude.

## Age

Dans notre série, la tranche d'âge de 11 à 20 ans était la plus représentée avec un taux de **30,3 %**, **Age moyen :24,39 et les extrêmes de 5 à 65ans**. Ce résultat était différent de celui de SANGARE S. au CSRéf de la commune II de Bamako [15] qui avait trouvé dans sa série 58,3% âgée de 20-39 ans. **Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon étudiés qui était supérieur de celui de Sangaré mais inférieur à sa durée de l'étude**. Dans la littérature les urgences chirurgicales digestives avaient concerné l'adulte jeune.

## Sexe

Le sexe masculin a été majoritaire dans notre étude, soit **65,1%** avec un sex-ratio de **1,87** en faveur des hommes. Ce résultat est comparable à celui de SANGARE S. au CS Réf de la commune II de Bamako [15] qui a trouvé un sex-ratio de **1,8** en faveur des hommes. Dans la littérature Africaine, Asiatique, Européenne [17-18], les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin.

## Profession

Dans notre série, les élèves /étudiants, les cultivateurs et les ménagères ont été majoritaires avec respectivement **32,9% ; 24,3% et 21,1%**. Cette situation n'a aucune valeur scientifique car les urgences chirurgicales digestives ne sont pas forcément liées à une activité professionnelle définie.

## Résidence

Nous avons observé que **55,9 %** des patients résidaient dans le cercle de Sikasso et 41,4% dans la ville de Sikasso. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la ville de Sikasso a été le lieu de l'étude donc est plus proche des patients résidant dans le cercle ou la ville de Sikasso.

## **Mode d'admission**

Plus de la moitié de nos patients ont été référés, soit **51,3%**. Cela peut se justifier par la situation du CSRéf au deuxième niveau de la pyramide sanitaire du Mali.

## **Temps écoulé entre l'admission et l'intervention**

Nous avons observé que 11,8 % des patients ont été opérés entre 3 heures et 4 heures de leur admission puis 61,2% ont été opérés entre 2 heures et 3 heures après leur admission. Ceci s'expliquerait par les faits suivants :

- Les problèmes financiers des familles pour l'exécution de certains examens (biologie et radiologie) et des frais d'ordonnances.
- Certains examens complémentaires ne sont pas disponibles en urgence au CSRéf.

## **L'examen clinique**

La douleur a été le premier motif de consultation chez la majorité de nos patients avec 90,8%. Ceci montre que l'urgence digestive chirurgicale se ramène le plus souvent au diagnostic et à la prise en charge d'une douleur abdominale aiguë. Ses caractéristiques sémiologiques et les autres signes associés ont permis dans tous nos cas, l'orientation diagnostique.

Cette douleur a été rapportée dans la littérature comme motif de consultation le plus fréquent. Mabilia Babela J.R. et collaborateur [19] ont trouvé 100 % des cas de douleur dans leur série. M. KONATE [4] dans son étude au CHU Gabriel Toure de Bamako a rapporté 100 % des cas de douleur.

### **- Toucher pelvien (le toucher rectal)**

Il a été systématique et essentiel pour l'orientation diagnostique. Dans notre série au toucher rectal, le douglas bombé et douloureux était trouvé dans 42,1% des cas, elle

était localisée à droite dans le Douglas dans 30,9% des cas. Le toucher rectal a été normal chez 30,0% de nos patientes.

## **Contribution des examens para cliniques au diagnostic**

### **Biologie**

Nous avons réalisé le groupage rhésus chez tous nos malades et le groupage sanguin O+ était le plus représenté avec un taux de 36,2% des cas. Cela s'expliquerait par la fréquence élevée du groupe sanguin O dans la population mondiale.

Nous avons réalisé le taux d'hémoglobine chez tous les patients et le taux d'hémoglobine 9-14 g/dl était majoritaire soit un taux de 86,2% des cas. Ceci est dû au fait que la majorité de ces patients étaient des masculins.

### **- Echographie**

L'échographie a une place importante dans le diagnostic des urgences chirurgicales digestives. Au cours de notre étude, elle a été l'imagerie la plus réalisée chez nos patients soit **70,8 %**. Certains de nos patients ont été référés avec un résultat d'échographie. Elle a aidé au diagnostic dans **107 cas**. On peut en conclure que le diagnostic d'un abdomen aigu est surtout clinique et ne doit pas être retardé en l'absence d'échographie.

### **- ASP**

Nous avons réalisé l'ASP chez **19,7 %** des patients au cours de l'étude. Le croissant gazeux était le signe radiologique le plus fréquent soit 63,3% des cas. Cette situation peut être expliquée par le fait que la majorité de nos patients était atteinte de péritonite.

## **Fréquence des urgences chirurgicales digestives**

### **Péritonite aiguë :**

Dans notre étude, le diagnostic de péritonite aiguë a été posé dans 69 cas en per opératoire. La péritonite appendiculaire a occupé la première place 42 cas soit 27,6%, à celui de Harouna Y. et collaborateur au Niger [20] qui a trouvé 28,2% de péritonite.

Contrairement aux séries menées aux USA, en Europe et au Maroc où elle a été la quatrième cause des urgences chirurgicales digestives avec respectivement 6,09% ; 4,04 % et 9,01%. Ceci s'expliquerait par la fréquence dans notre étude la complication de l'appendicite aiguë et l'automédication par la prise d'anti-inflammatoire.

La Peritonite par perforation iléale a représentée 15,7% soit 24 des cas. Ceci est inférieur à celui de Brahim GAYE et All [21] qui a trouvé 51,72%. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon.

### **Appendicite aiguë**

Le diagnostic d'appendicite a été posé dans 43 cas. Dans tous les cas, le diagnostic d'appendicite a été posé et dans la majorité des cas en l'absence d'examens morphologiques.

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

Le taux d'appendicite dans notre série était de 28,3 % ce taux est largement inférieur à celui obtenu par Karim MAJ à l'hôpital préfectoral d'Inezgane 2014 2015 [10] qui a trouvé 43,4%. Ce même constat est fait chez M Koné, Diarra M, Dicko A avec 31,66% ; 48,3% et 36,23% [22, 23, 24]. Cette différence de taux serait liée à la taille de l'échantillon par rapport à notre étude.

### **Occlusion intestinale aiguë :**

Nous avons retenu en préopératoire le diagnostic d'occlusion dans **21 cas et 19** en peropératoire soit 12,50%. Ce résultat est différent de Fongoro.M qui avait trouvé dans son étude 6,20%. Ceci pourrait s'expliquer la taille de l'échantillon, la durée de l'étude et le retard de la prise en charge.

L'occlusion intestinale aiguë occupe la troisième place des étiologies des urgences chirurgicales digestives de notre étude.

## **Hernie étranglée**

La hernie étranglée a un taux de 8,6% dans notre série. Ce taux est comparable à celui de Harouna Y. au Niger [20] qui a eu 9,8 % des cas. Il est inférieur à celui de Mabilia-Babela J.R. et collaborateur [19] au Congo qui a trouvé 24,75 %. Il est moins élevé en Europe, 1/1500 cas trouvé par Papagrigoriadas S et Collaborateur dans leur étude [25], 1 % de cas d'hernie étranglée trouvé par Bargy F et Collaborateur dans leur étude [26]. Cette situation pourrait s'expliquer par la prise en charge précoce des hernies en Europe qu'en Afrique.

## **Traitements pré opératoire**

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement pré opératoire des cas. Les antalgiques+antibiotique+réhydratation étaient les plus représentés avec une fréquence de 61,8% des cas, cette situation est différente de celui de

SAMASSEKOU P [27] qui a trouvé que le traitement préopératoire était fait à

65,08% par l'association antibiotique antalgique. La prise en charge de la douleur préopératoire, requiert une meilleure connaissance sur la physiologie de la douleur et la pharmacologie des différents antalgiques. Tous les antalgiques peuvent être utilisés seuls ou en association en fonction du terrain.

## **Suites opératoires**

La péritonite aiguë est une pathologie septique, ce qui pourrait favoriser la survenue des infections pariétales après l'intervention et contribue à allonger la durée du séjour des patients à l'hôpital. Elles. La majorité de nos patients (97,4%) a été revue après un mois de leur intervention. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patients (55,9 %) résidait dans le cercle de Sikasso.

Dans notre étude, la suppuration pariétale a été la complication la plus fréquente en post opératoire avec 53,3% des complications.



Dans cette série, la durée d'hospitalisation était comprise entre 6-10 jours soit 57,2% des cas. Cela s'expliquerait par le taux élevé de suites opératoires simples.

Ce même constat est fait par Drissa B [28] et Diakité D [29] au cours de leur étude,

Au cours de l'étude, nous avons constaté 4 décès soit 2,63 % contre 3,43% chez Y Fané. [30] et 4,56 % chez Tangara T [31]. Ce taux de mortalité faible dans notre série serait dû à la précocité de la prise en charge d'une part et à l'exactitude de l'indication thérapeutique d'autre part. Le grade I représentait 53,3% des cas.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **7. Conclusion**

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

## **8. Recommandations**

A la fin de notre étude, nous recommandons :

### **Aux autorités sanitaires**

- De former en nombre suffisant de spécialistes de chirurgie viscérale, de réanimation et de radiologie.
- D'équiper les structures de santé en moyens matériels diagnostics (radiographie, échographie, scanner), thérapeutiques (produits médicamenteux de première nécessité et de première urgence) et personnels.

### **Aux centres de santé communautaire**

- D'éviter l'administration prolongée d'antalgiques.
- De référer en temps opportun les patients et leur préparation pour une bonne évacuation.

### **A la population**

- De consulter sans délais, dans un centre de santé devant toute douleur abdominale aiguë.
- D'observer une bonne hygiène alimentaire et corporelle, individuelle et collective.

# REFERENCES

## 9. Références

1. **Mondor H.** Diagnostic urgent abdomen. Paris Masson, 1965 : 119p. .
2. **CHICHE B. MOULLE P.** Urgence chirurgicale. Masson, Paris 1980 ;
3. **Ouologuem OM.** Urgences chirurgicales digestives non traumatiques à l'hôpital de Sikasso. Thèse Med –Bamako, 2009; 97p; N°204
4. **KONATE. M:** Urgences Chirurgicales à H.G.T. Thèse de Méd- Bamako, 2005 : 91 ; 238.
5. **BERTHE I.D** Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G. Thèse de Méd- Bamako, 2008 : 80 ; 102
6. **FOMGORO MODIBO** Les urgences chirurgicales digestives au centre de sante de référence de SAN Thèse de Médecine 2022.
7. **ETIENNE JC.**Diagnostic des urgences Chirurgicales **Encyl.Med.Chirurgie** (Paris) Urgences 1995;24-039B: 27.
8. **BROWER Ency Med Chir** Urgences (Paris) 2004; 2: 24048B10.
9. **KEITA S.** Problème diagnostic et thérapeutique des abdomens aigus en chirurgie. Thèse Med Bamako, 1996, 13.
10. **Karim MAJ.** Bilan d'activité des urgences chirurgicales digestives de l'hôpital préfectoral d'Inezgane sur 2 ans 2014 – 2015, Thèse méd. Marrakech, 2017,189p.E
11. **CHEVREL J P, GUERAUD. J, LEVY. B :** Appareil digestif. Masson 1986 ; 223 :119- 123.
12. **Barbier J, Carretier M, Rouffineau J et al.** Péritonites aiguës **Encycl. Chirurgie urgence**, 24048 B10. 2-1988. 18 P.
13. **Donnelly NJ, Semmens JB, Fletcher Dr, Holman CD.** Appendicectomy in west Australia: Profil and trends: 1981 – 1992. **MJA** 2001 ; 175 : 15p.
14. **Samoura L.** Prise en charge des urgences chirurgicales viscérales au CS Réf de Bougouni. Juin 2011.. Thèse Médecine Bamako 2011, 124p, N°188.

15. **SANGARE S.** urgences chirurgicales digestives au Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako. 2019 thèse de médecine p83 N390.
16. **Roscher R, Frank R, Baumann A, Berger HG.** Results of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine Abteilung für Allgemeinchirurgie an der Universität Wien. Donau. Chir 1991 ; 62(8) : 641-649. 22.
17. **Padonou N, Diagne B, N'Diaye M, Cherbonnel GM, Noussaume O.** Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques des quatre années (1973-1976) Dakar médical, 1979, 24,190-197. 23.
18. **Samoura L.** Prise en charge des urgences chirurgicales viscérales au CS Réf de Bougouni. Juin 2011.. Thèse Médecine Bamako 2011, 124p, N°188
19. **Mabiala-Babela JR, Pandzou N, Koutaba E, Ganga-Zandzou S, SengaP.** Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Brazzaville (Congo). Med Trop 2006; 66: 172- 176
20. **Harouna Y.** Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) ; Médecine d'Afrique Noire 2001, 42 (2) p.
21. **IBRAHIMA GAYE, PAPE ALASSANE LEYE, MAMADOU MOUR TRAORE, PAPE IBRAHIMA NDIAYE, EL HADJI BOUBACAR BA, MAMADOU DIAWO BAH:** Prise en charge péri-opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte du CHU Aristide Le Dantec. PAN AFR MED J. 2016 ; 24 : 190
22. **Koné M** Prise en charge de l'appendicite aiguë au centre de santé de référence de Bougouni [internet] thèse] Université des sciences des centres de santé techniques et des technologies de Bamako 2021 Cité 17sept 2023 sept disponible sur <http://www.bibliosanté.ml/handle/123456789/460236>
23. **Diarra M** Appendicite au centre de référence de la commune 3 du district de Bamako [internet [thèse] université des sciences des techniques et des technologies de Bamako 2021 [cité 19 sept 2023] disponible sur : <http://www.bibliosanté.ml/handle/123456789/4802>

- 24. Dicko.M** Appendécite aiguë au centre de référence de la commune du district de Bamako [internet [thèse] université des sciences des techniques et des technologies de Bamako 2019 [cité 03 oct. 2023] disponible sur : <http://www.biblio-sante.ml/handle//123456789/2107>
- 25. Papagrigoriadas S, Browse DJ, Howard ER.** Incarceration of umbilical hernias in adult: a rare but important complication. *Urgences int* 1988; 4: 231- 236
- 26. Bargy F, Baudoin S.** Hernies de l'enfant et de l'adulte. *Rev Prat* 1997 ; 47 : 289 – 294
- 27. SAMASSEKOU P :** Urgences chirurgicales digestives au centre de santé de référence de Koulikoro (Mali) thèse de médecine 2009 p59 n423
- 28. Drissa B :** Les péritonites aiguës : Aspects cliniques diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital Fousseyni Dao de Kayes. Thèse de Med-Bko 2010, 2011 :15-139
- 29. Diakité .M** Abdomens aigus chirurgicaux au centre de santé de référence de Koutiala ; thèse MED : 2022 86 (22M99)
- 30. Y. FANE** Urgences chirurgicales digestives : diagnostic et prise en charge. 2017 ; 83 (17M208).
- 31. TANGARA. T** Urgences chirurgicales digestives au centre de santé de référence de Markala . 2016, 88 (16M238).

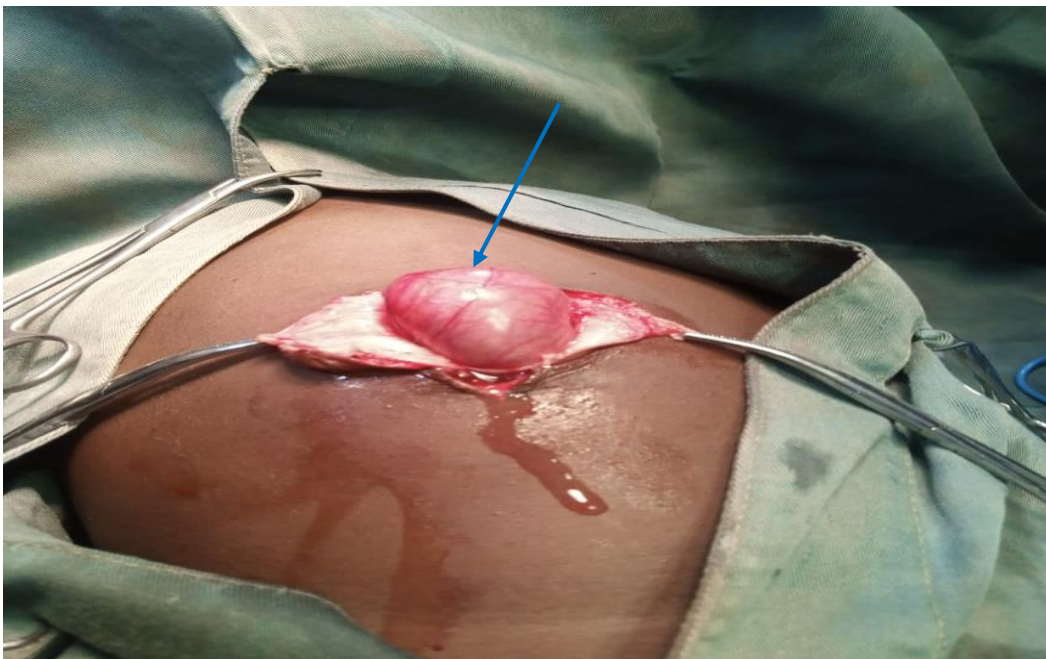


# ICONOGRAPHIE

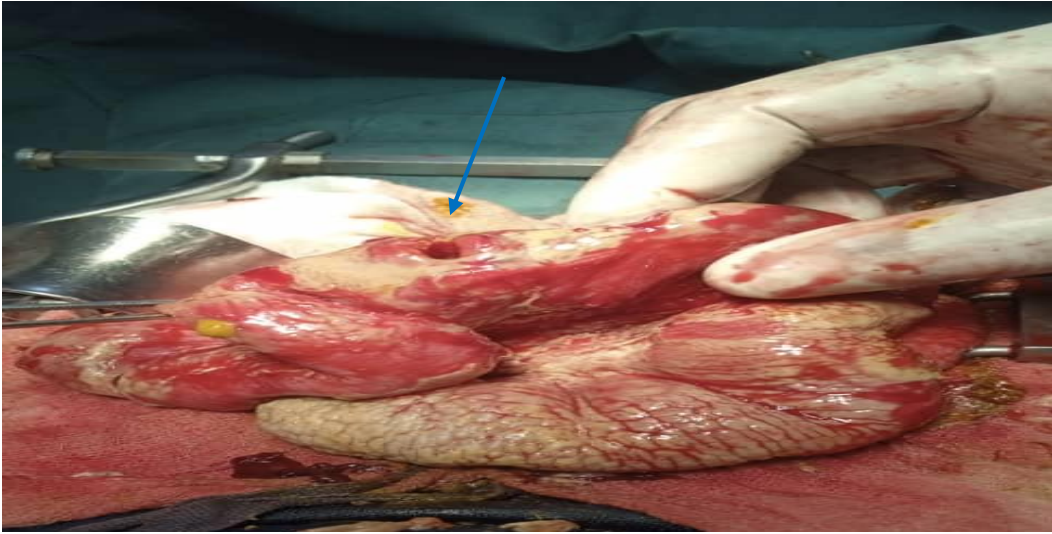
ICONOGRAPHIE



**APPENDICITE AIGUE**



**HERNIE OMBILICALE ETRANGLEE**



**PERITONITE PAR PERFORATION ILEALE**



**THROMBOSE HÉMORROÏDAIRE**

# ANNEXES

**Fiche d'enquête :**

Q1. Numéro de la fiche : .....

...../.../.../.../ Q2. Numéro du

dossier ..... /.../

.../.../

Q3. Date de consultation

..... /.../

.../.../

Q4. Nom et prénom : .....

Q5. Age (année) : ...../...

.....

/

Q6. Sexe 1=M 2=F /.../

Q8. Contact à Sikasso .....

Q9. :.....

Residence

Q10. Nationalité : 1=Maliennne 2=Autres /.../

9.Si autres à préciser :.....

Q11.Profession:

.....

/.../

1=fonctionnaire 2=commerçant 3=cultivateur 4=ménagère 5=élève/étudiant

7=autres 9.Si autres à préciser

:.....

Q12.Mode de recrutement : 1=urgence 2=consultation

ordinaire /.../

Q13. Adresser par : 1=médecin 2 : infirmier 3=lui-même 4

:autres ../.../

9. Si autres à préciser : .....

Q14. Date de référence : .....

Q15. Moyen de transport :

1 : Ambulance 2 : Taxi 3 :

autres...../...../ Si autres à préciser :  
.....

Q16. Durée entre la référence et l'entrée:.....

Q17. Motif de consultation ou de référence : ...../  
.....  
/

1=douleur abdominale 2=arrêt des matières et de gaz

3=météorisme 4=vomissement ou nausées 5=fièvre

6=autres

9. Si autres à préciser : .....

Antécédents :

Q18. Médicaux: 1=oui 2=non /... .. /

9. Si oui à préciser : .....

Q19. Chirurgicaux: 1=oui 2=non /... .. /

9. Si oui à préciser:.....

Q20. Familiaux: 1=oui 2=non /... .. /

9. Si oui à préciser:.....

Q21. Gynéco-obstétriques : 1=oui 2=non /... .. /

9.Si oui à préciser: .....

Les signes:

Les signes généraux :

Q22.Plis de déshydratations : 1=oui 2=non /... .....

Q23.conjonctives et téguments :...../...../

1=pâles 2=colorées 3=ictériques 4=autres

9.Si autres à préciser :.....

Q24.Température en degré Celsius...../...../

1=<37,5 2=[37,5-38,5[ 3=[38,5-39,5] 4=>39,5 5=non quantifiée(cause) :.....

Q25.Pouls en pulsation par minute:...../...../

1=<60 2=[60-80[ 3=[80-100] 4=>100

Q26.Fréquence respiratoire en cycle par minute :...../... / 1=<14

2=[14-22] 3=>22

Q27.IMC :...../...../

1=<18,5 2=[18,5-25[ 3>=25

Q28.Tension artérielle(en cm Hg) :...../...../

1=<10/6 2=[10/6-14/9[ 3>=14/9

Q29.Score de Glasgow :...../...../

1=<8 2>=8

Les signes fonctionnels:

Douleur abdominale :

Q30. siège de la douleur :...../...../

1=FID 2=hypogastre 3=FIG 4=flanc droit 5=flanc gauche 6=péri ombilicale 7=hypochondre droit  
8=épigastre 10=hypochondre gauche 11=diffus 12=autre 99=indéterminé

9.Si autres à préciser:.....

Q31. Les irradiations : ..... /... .. /

1=non 2= oui

9. Si oui à préciser:.....

Q32. L'installation de la douleur: 1=brutale 2=progressive /... .. /

Q33. Type de la douleur ..... /... .. /

1=brûlure 2=piqûre 3=torsion 4=pesanteur 5=poignard 8=autres

9. Si autres à préciser:.....

Q34. la durée d'une crise douloureuse : ..... /... .. /

Q35. Intensité : 1=faible 2=modérée 3=intense 4=très intense /... .. /

---

---

Q36. Evolution: 1=Permanente 2=intermittente /... .. /

Q37. Facteurs d'exacerbation:..... /... .. / 1=non  
2=oui

9. Si oui à préciser:.....

Q38. Facteurs d'accalmie:..... /... .. / 1=non 2=oui

9. Si oui à préciser:.....

Q39. Arrêt de matières et de gaz : 1=oui 2=non /... .. /

Q40. Vomissement : /... .. / 1=non 2=oui

9. Si oui à préciser:.....

Q41. Ballonnement abdominal : 1=oui 2=non /... .. / Les signes physiques :

Inspection :

Q42. Abdomen distendu : 1=oui 2=non /... .. /

Q43. Respiration abdominale : 1=oui 2=non /... .. /

Q44. Plaie abdominale : 1=oui 2=non /... /

9. Si oui préciser : -La localisation :.....



Q45. Présence de cicatrices opératoires sur l'abdomen : 1=oui 2=non / ..... /

9. Si oui préciser le siège : .....

Q46. Tuméfactions abdominales: 1=oui 2=non /... .. /

9. Si oui préciser le siège: .....

Palpation :

Q48. Douleuruse : 1=oui 2=non /...../

Q49. Défense abdominale ..... /.../.../

1=oui 2=non

9. Si oui préciser le siège : .....

Q50. Contracture abdominale ..... /.../.../

1=oui 2=non

9. Si oui préciser le siège : .....

Q51. Présence de masse abdominale: 1=oui 2=non /.../

Q52. Percussion: 1=matité 2=tympanisme /.../

Q53. Auscultation: ..... /.../

---

1=bruits hydro-aériques normaux 2=bruits hydro-aériques diminués

3=bruits hydro-aériques augmentés 4=silence abdominal

Q54. Toucher pelvien ..... /.../.../ 1=fait 2=non

fait

9. Si fait ; résultat: .....

.....

Examens Complémentaires :

Q55. Hémoglobine..... /...../

1=<10g/dl 2=>10g/dl

1=<35% 2=>35%

Q56. Groupe sanguin et rhésus...../ .....

1=A+ 2=A- 3=B+ 4=B- 5=AB+ 6=AB- 7=O+ 8=O-

Q57. Glycémie: 1=hypoglycémie 2=normale 3=hyperglycémie/... ..

Q58. ASP :...../ .....

1=non fait 2=Normal 3=niveaux hydro-aériques 4=opacités

5=croissant gazeux 6=autres

9.Si autres à préciser :.....

Q59. Echographie abdominale ...../.../

1=non fait 2=normale 3= anormale

9.Si anormale, résultat :.....

Q 60. Scanner abdominal ...../...../

1=normal 2=anormal

Si anormal ,résultat :.....

Diagnostic :

Q61.Diagnostic préopératoire :...../..

1=appendicite 2=cholécystite 3=péritonite 4=occlusion 5=imperforation anale 6=hernie étranglée

7=hémopéritoine 8=sténose hypertrophique du pylore 9=thrombose hémorroïdaire 10=autres

11=indéterminé

12.Si autres à préciser :.....

Q62. Diagnostic per opératoire :...../...../

1=appendicite 2=cholécystite 3=péritonite 4=occlusion 5=imperforation anale 6=hernie étranglée

7=hémopéritoine 8=sténose hypertrophique du pylore 9=thrombose hémorroïdaire 10=autres

11=indéterminé

12.Si autre à préciser :.....

Q63.Delai entre l'admission et l'intervention:.....

Traitement :

Traitement reçu avant l'admission:

Q64. Moderne: 1=oui 2=non /... .. /

9=Si oui à préciser :.....

Q65. Traitement traditionnel : 1=oui 2=non /... .. /

9. Si oui à préciser:.....

Traitement reçu après admission :

-Médical :

Q66. Traitement préopératoire : .....

.....

Q68. Traitement postopératoire :.....

.....

- Chirurgical :

Q69. Opérateur : ...../...

.....

/

1=Chirurgien 2=DES/Interne 3=Etudiant hospitalier

Q70. Type d'anesthésie :...../...

.....

/

1=locale 2=locorégionale 3=A.G

Q71. Technique opératoire :.....

.....

Q72. Voie d'abord :...../...../

1=au point Mc Burney 2=inguinotomie 3=para rectale 4=sous costale 5=médiane sus ombilicale 6=médiane sous ombilicale 7=médiane sus et sous ombilicale 8=autres

9.Si autres à préciser : .....

Q73.Gestes effectués : ...../...

.....  
/

1=appendicectomie 2=cholécystectomie 3=résection/anastomose 4=colectomie 5=iléostomie 6= Splénectomie 7=Section des brides 8=Suture de la perforation digestive 10=Colostomie

11=Lavage péritonéal 12=hemorroïdectomie

13=autres

9.Si autres à préciser : .....

Q74.Mise en place d'un drain ...../...

.....  
/

1=oui 2=non

Si oui préciser le type ...../

.....  
/

Complications :

Q75. Complications peropératoires :...../...../

1=oui 2=non

9.Si oui à préciser : .....

Complications post opératoires :

Q76. Pendant l'hospitalisation...

.....

/.../

1=oui 2=non

9. Si oui à préciser : .....

Q77. Date de sortie : ...../...../...../.....

/

Q78. Durée d'hospitalisation post opératoire en jour : .....

Suivi post opératoire :

1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive 5=éventration

6=éviscération 7=décès 8=autres 10=indéterminées

9. Si autre à préciser .....

1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive 5=éventration

6=éviscération 7=décès 8=autres 10=indéterminées

9. Si autre à préciser .....

## 10 Fiche signalétique

**Nom :** SANOGO **Prénom :** Kariba

**Titre :** Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des urgences chirurgicales digestives au Centre de Santé de Référence de Sikasso.

**Secteur d'intérêt :** chirurgie générale.

**Pays :** Mali.

**Ville de soutenance :** Bamako.

**Année :** 2022-2023.

**Lieu de dépôt :** bibliothèque de la FMOS.

### RESUME

Les urgences chirurgicales digestives représentent selon MONDOR, France, [1] des affections digestives, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou peu de jours. Cependant la diversité des problèmes de leurs prises en charge et surtout qu'elles n'ont jamais fait l'objet d'une étude au CSRéf de Sikasso, nous ont motivés à porter un intérêt à ce sujet. Nous avons mené une étude transversale rétrospective et prospective allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2022 au 15 septembre 2023 avec comme objectifs de : Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives au service de la Chirurgie générale du CS Réf de SIKASSO ; d'écrire les aspects cliniques des urgences chirurgicales digestives ; d'écrire les aspects thérapeutiques des urgences chirurgicales digestives ; d'analyser les suites de la prise en charge ;

Nous avons recensé 152 patients opérés pour urgences chirurgicales digestives. Le sexe masculin était le plus représenté avec un ratio de 1,87. La majorité des patients résidait dans le cercle de Sikasso. La douleur abdominale a été le motif de consultation dans 90,8% des cas. Le diagnostic était essentiellement clinique et paraclinique dans les cas douteux. Il s'agissait de l'échographie et de l'abdomen sans préparation. La péritonite a été la pathologie la plus représentée avec 44,6%.

L'anesthésie locorégionale et l'anesthésie générale était majoritaire soit un taux de 57,2% des cas et la rachianesthésie ont été utilisées avec respectivement 57,3% et 41,4%. Les suites opératoires ont été simples dans la majorité des cas. Le pronostic est bon lorsque la prise en charge est précoce. Le traitement est médicochirurgical.

**Mots clés :** Urgences chirurgicales, chirurgie générale CSRéf de Sikasso.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

Je le jure.