

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple- Un But - Une Foi



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2023-2024

THESE N °

THESE

URGENCES CHIRURGICALES ABDOMINALES NON TRAUMATIQUES
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE III DU
DISTRICT DE BAMAKO DE JANVIER 2015 A DECEMBRE 2022

Présentée et soutenue publiquement le 18 /01 /2024... Devant la faculté de médecine et
d'odonto-stomatologie par

Mme AICHATH SAWANE

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine (DIPLOME D'ETAT)

Membre du jury

Président : M Lassana KANTE, Maitre de Conférences agré

Membre : M Aboubacar TOURE, Chirurgien

Co-directeur : M Madiassa KONATE, Maitre de Conférences agrégé

Directeur : M Boubacar KAREMBE, Maitre de Conférences

DEDICACES

Je dédie cette thèse à...

Allah. Nous rendons grâce à Allah, le Tout Puissant, le créateur de l'univers, qu'il nous éclaire de sa lumière divine et nous implorons sa grâce. AMEN ! Son Prophète Mohamed (Paix et Salut sur Lui).

Ma mère: KADIDJA DABO et ses sœurs, (mère, qui nous a laissé tôt, que votre âme repose en paix cher mère). Femmes exemplaires, courageuses et humbles. Vous nous avez inculqué les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. Vous nous avez entouré d'une attention particulière et d'une affection qui nous ont toujours apporté réconfort et consolation. Vous n'avez jamais cessé de vous soucier de notre avenir grâce à vos multiples conseils et bénédictions. Que Dieu le Tout Puissant vous accorde longue vie, bonne santé et qu'il nous donne la santé et les moyens nécessaires pour que nous puissions toujours nous battre pour vous dans la vie, Amen !

Mon père : BAKARY SY SAWANE et ses frères.

Papa, tu nous as été une source d'inspiration et un exemple à suivre. Tu as cultivé en nous le sens du respect, de l'honneur, de la dignité, de la responsabilité, de l'amour et de l'endurance dans le travail. Tes prières ont été pour nous un grand soutien moral tout au long de nos études. Puisse Allah le Tout Puissant vous accorde le paradis, ainsi qu'à tous nos disparus.

MES SŒURS ET FRERES.

A mes enfants SOULEYMANE, FATOUMATA et leur frères et sœurs.

A mon très cher époux IBRAHIM TRAORE et sa famille.

REMERCIEMENTS

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

A mes frères et sœurs : LADJI, MOUHAMED, PRUDENCE, MARIAM, FATOU, BINTOU, AMINATA, DJARIA, KOUMBA, SIRA, DJENEB A, CISSE et tous les membres de la famille que nous n'avons pas cité, sans oublier nos défunts ; votre soutien inestimable et votre grande affection ont été capitale. Ce travail, est le vôtre.

A mes tantes et tontons.

A ma patronne Dr. OLARU depuis NEW YORK.

A tous mes Maitres de l'école primaire jusqu'à la FMOS/FAPH : la qualité de l'enseignement, vos leçons d'humilité m'ont impressionné. Merci, le cœur plein d'émotion et de reconnaissance. J'espère que ce travail vous rendra fier de moi.

A mes amis : de près ou de loin. Grâce à vous je crois en l'amitié véritable et les mots me manquent pour vous remercier. Que Dieu nous donne longue vie et perpétue nos liens.

A toute la promotion du Professeur feu ANATHOLE TOUNKARA, la route a été longue et très fatigante mais nous avons pu relever le défi.

- Aux différentes associations : CESKA, la coordination nationale des thésards du Mali.

- Au Médecin chef du CSRéf de la commune III de BAMAKO

- Au personnel du CSRéf de la commune III de BAMAKO .

- Aux Infirmiers du CSRef de la commune III.

- A l'Etat malien pour tous les efforts consentis pour notre formation. Et enfin, à tous ceux dont leurs noms n'ont pas été mentionnés.

HOMMAGES AUX MEMBRES

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur LASSANA KANTE

- Maître de conférence agrégé en chirurgie générale a FMOS.
- Chirurgien, praticien hospitalier au CHU Gabriel Toure
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA).
- Membre de l'Association de chirurgie d'Afrique Francophone.

Cher maitre, vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury.

Votre simplicité et votre abord facile nous ont marqué.

Votre rigueur a la démarche scientifique a été un grand bénéfice dans notre apprentissage, merci pour toutes

Les connaissances que vous nous avez transmises. Recevez

Cher maitre l'expression de notre profond respect et reconnaissance

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur ABOUBACAR TOURE

- Chirurgien Generalist au CSref de la commune III
- Adjoint au service de chirurgie du CSRef de la communelll
- Membre de la (SOCHIMA)
- Membre de la croix Rouge.

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre amour à transmettre votre savoir ainsi que vos qualités humaines font de vous un exemple à suivre.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Professeur MADIASSA KONATE

- Professeur agrégé en chirurgie générale à la F.M.O.S;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;
- Membre de la Société de chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone

Cher Maître

Vous nous avez fait un grand honneur en codirigeant ce travail. Votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique et votre grand sens social font de vous un chef admirable. Permettez-nous cher maitre de vous en remercier. Puisse le Seigneur vous accorder la santé et la longévité

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR

Professeur BOUBACAR KAREMBE

- Maître de conférences à la FMOS
- Membre de la société de chirurgie du MALI (SOCHIMA)
- Spécialiste en chirurgie générale au CS Réf de la commune III
- Chef d'unité de chirurgie générale au CS Réf de la commune III

Cher maître

Nous saurions trouver assez de mots pour témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez pour ce travail, mais aussi la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Votre amour du travail bien fait et votre simplicité ainsi que votre sens du critique font de vous un maître exemplaire. Cher maître, recevez l'expression de notre profonde considération et de nos sincères remerciements.

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : Anesthésie générale

ASP : Abdomen sans préparation

ATB : Antibiotique

BPO : Bilan préopératoire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CS Réf : centre de santé de référence

FID : Fosse iliaque droite

FIG : Fosse iliaque gauche

FMOS : Faculté de médecine et odonto-stomatologie

HB : Hémoglobine

IOT : Intubation oro-trachéale

INFSS : Institut National de Formation en Science de la Santé

NFS : Numération formule sanguine

OIT : occlusion intestinale aiguë

SNA : Sonde nasogastrique

SAMU : Service d'assistance médicale urgente

TR : Toucher rectal

TV : Toucher vaginal

Table des matières

INTRODUCTION	10
OBJECTIFS.....	11
1. Objectif général :.....	11
2. Objectifs spécifiques :.....	11
GENERALITES :.....	12
1. DEFINITION :.....	12
2. RAPPELS ANATOMIQUES.....	12
3. Quelques urgences chirurgicales digestives	19
IV. METHODOLOGIE.....	43
V. RESULTATS	46
1 EPIDEMIOLOGIE.....	46
1.1 Fréquence :.....	46
1.2 . Age	46
1.3. Sexe :.....	47
A-Aspects cliniques :	48
8-Traitement :.....	60
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	73
5. Les étiologies.....	79
CONCLUSION	82
RECOMMANDATIONS.....	83
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	84
ANNEXES	87
Fiche d'enquête	87
FICHE SIGNALITIQUE	96
SERMENT D'HYPPOCRATE.....	97

INTRODUCTION

Les urgences abdominales chirurgicales sont définies par leur durée (moins d'une semaine), nécessitant une prise en charge très rapide étant donné le risque vital [1].

Il s'agit des affections nécessitant une prise en charge chirurgicale rapide [2].

En France ; Boccard E et coll ; dans une étude rétrospective réalisée en 2010 sur 630 Urgences chirurgicales opérés ; 244 étaient abdominales soit 38,76% avec un taux de mortalité de 4% et un taux de morbidité de 13% [3].

Au Maroc ; Moutei Hassan a recensé en 2013 ; 233 urgences chirurgicales opérées ; 137 étaient abdominales soit 58,79% avec une mortalité de 5% et une morbidité de 13,3% [4].

Les urgences abdominales chirurgicales ont des causes multiples.

Au Mali dans une étude prospective réalisée en 2009 par Maiga A, les occlusions intestinales occupent la première place suivie par les appendicites aiguës puis les péritonites; les Grossesses extra utérine; les traumatismes abdominaux et les éviscérations [5,6].

Le diagnostic des urgences chirurgicales est clinique et paraclinique.

La prise en charge des urgences abdominales chirurgicales est médico-chirurgicale et est en fonction de l'étiologie.

Dans la littérature le pronostic dépend de l'étiologie, des lésions associées et du délai de prise en charge avec un taux de mortalité de 4,7 à 9,7% environ et un taux de morbidité de 12,6 à 22% [5,7,8].

L'importance et l'amélioration de la prise en charge des urgences abdominales chirurgicales au centre de santé de référence de la commune III (CSRef Com III) ont motivé notre travail afin d'apporter notre aide et améliorer notre aptitude sur les urgences abdominales chirurgicales.

OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les urgences abdominales chirurgicales reçues au Service de chirurgie générale du CS Réf de la Commune III.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences abdominales chirurgicales.
- Décrire les aspects étiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.
- Analyser les résultats de la prise en charge.
- Evaluer le coût de la prise en charge.

GENERALITES :

1. DEFINITION :

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

2. RAPPELS ANATOMIQUES

❖ Abdomen [2] :

La cavité abdominale occupe la moitié inférieure du tronc : elle est séparée de la cavité thoracique par le diaphragme thoraco-abdominal et du pelvis en bas par le diaphragme pelvien.

Elle est limitée :

- En haut par le diaphragme thoraco-abdominal
- En bas par le diaphragme pelvien
- En arrière par le rachis thoraco-lombaire - En avant par la paroi abdominale musculaire.

Cette cavité abdominale est divisée en 9 quadrants : 3 quadrants impairs et médians, 3 quadrants pairs et latéraux (6 quadrants latéraux) 3 quadrants impairs et médians :

- L'épigastre en haut
- La région ombilicale, en dessous au tour du nombril
- L'hypogastre, sous l'ombilic et au-dessus de la symphyse pubienne.

Les quadrants pairs et latéraux :

- L'hypochondre droit et gauche en haut, de part et d'autre de l'épigastre
- Les flancs droit et gauche au milieu, de part et d'autre de la région ombilicale

Les fosses iliaques droite et gauche en bas, de part et d'autre de l'hypogastre au-dessus du ligament inguinal.

❖ **L'APPAREIL DIGESTIF [3]:**

Il comprend les segments suivants :

• **L'œsophage :**

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

• **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 au-dessus du fundus, entre le bord gauche de l'œsophage abdominal et le fundus se place l'incisure cardiale (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 iléocæcale (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 duodenojéjunal, à gauche de la colonne vertébrale.

- **Le jéjuno -iléon :**

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

SYSTEME DIGESTIF HUMAIN

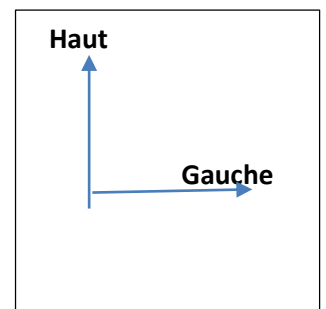
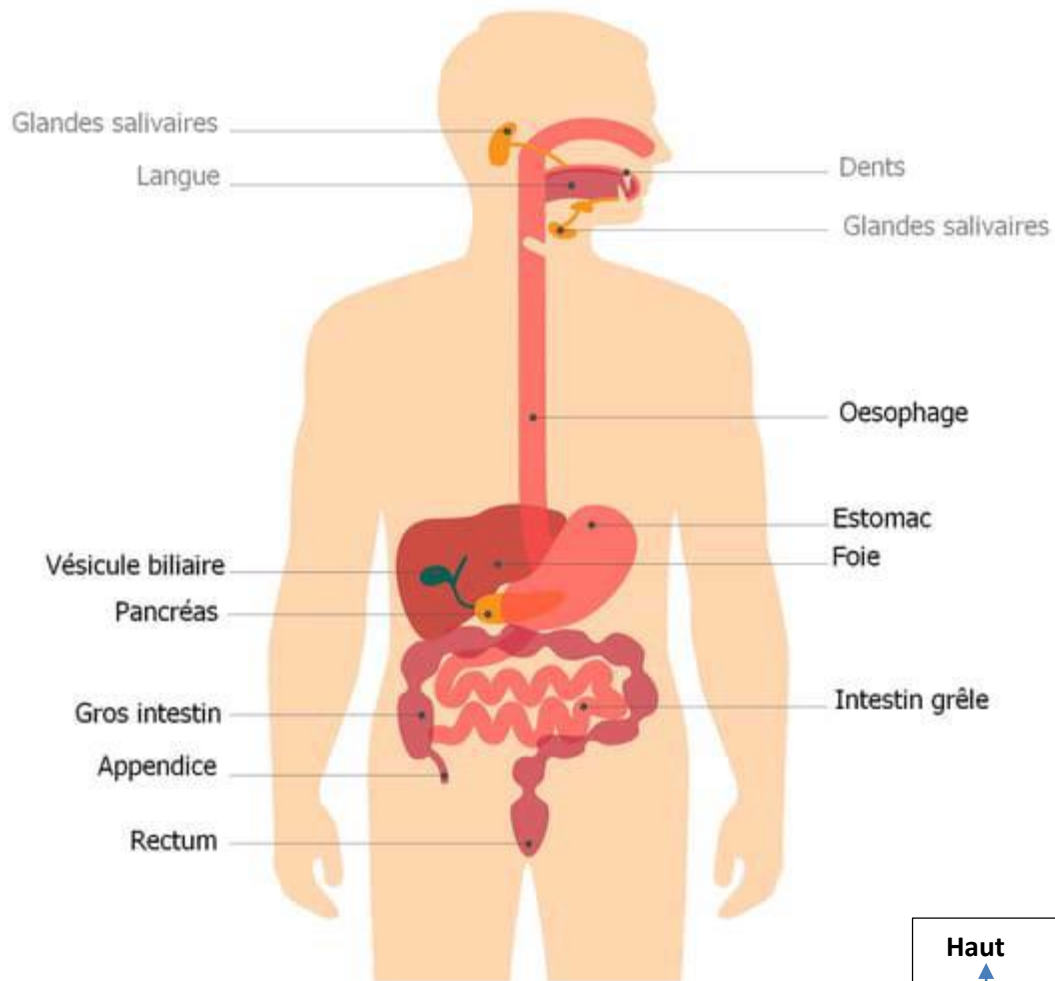


Figure 1 : Appareil digestif [3]

H

- **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 contractures du gros intestin. Sa surface est irrégulière marquée par des saillies, les bosselures (haustrations) limitées par les incisures et des bandelettes longitudinales.

- ❖ **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 du 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, rétropéritonéal avec ses fonctions exocrines et endocrines dont la sécrétion externe, le suc pancréatique contient des enzymes

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

- **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.

- ❖ **STRUCTURE GENERALE 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 musculeuse : 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. Quelques urgences chirurgicales digestives

❖ Hernie étranglée [4]

• 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.

au décours d'un effort par exemple, la hernie n'est plus réductible
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 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 hyper algique, vomissement fécaloïdes précoces, signes toxiinfectieux. 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 épaissement de la paroi intestinale et une stase liquidienne dans le segment intestinal étranglé.

- Les examens biologiques : l'hématocrite, la numération globulaire donnent la mesure de l'hémoconcentration.

- L'ionogramme précise le degré de perturbation électrolytique, l'hypo chlorémie est la plus importante modification et la plus facile à compenser.

- **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 complication septique peut survenir au niveau d'un viscère herniaire (appendice, sigmoïde ou diverticule de Meckel). Quelle que soit l'étiologie, le tableau réalisé est celui d'une suppuration locale au niveau d'une hernie faisant porter l'indication opératoire avec le plus souvent le diagnostic de hernie étranglée ou de phlegmon

Pyo stercoral. C'est alors l'intervention qui permettra un diagnostic lésionnel précis.

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

- 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 et

Prévenir les récurrences.

Les complications liées au traitement :

Elles sont nombreuses et souvent graves Complications per opératoires :

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

❖ **Les péritonites aiguës [5]**

• **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).

• **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.

- **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).

- **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.

- **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.

- **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 se réduit spontanément. Ici la douleur exquise au niveau de collet n'est pas nette. En théorie il n'est pas un étranglement mais son potentiel évolutif est l'étranglement.

- 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 récurrences.

- **Les complications liées au traitement** : Elles sont nombreuses et souvent graves

Complications per opératoires :

- compression ou lésion des vaisseaux fémoraux (surtout de la veine fémorale),
- lésion d'une corne vésicale, de l'artère épigastrique inférieure lors des 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.

❖ **Les appendicites aiguës [6]**

• **Définition :**

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

• **Epidémiologie :**

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

• **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 Masoni).

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

- L'appendicite catarrhale : elle correspond à une inflammation de l'appendice (appendice rouge).
- L'appendicite phlegmoneuse : c'est un appendice turgescant couvert de fausses membranes avec du pus dans sa lumière et une nécrose suppurée de sa paroi.
- L'appendicite gangréneuse : quand l'appendice est couvert de plages nécrotiques s'étendant parfois jusqu'au cæcum.
- L'abcès appendiculaire : est une appendicite purulente avec du pus autour de l'appendice. L'abcès peut prendre une forme particulière appelée plastron quand les viscères de voisinage (anses grêles, épiploon, vessie) viennent s'accoler au contact du foyer inflammatoire.
- La péritonite appendiculaire : c'est l'abcès appendiculaire avec du pus qui a diffusé dans la grande cavité péritonéale. L'appendicite peut évoluer plus ou moins rapidement de la forme catarrhale à la péritonite en 24-72 heures. Donc l'appendicite est une urgence chirurgicale.

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

- **Etude clinique** :

Les signes fonctionnels :

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

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.

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.

Signes para cliniques :

La Numération Formule Sanguine (NFS) montre une hyperleucocytose (15000 à 20.000 GB/mm³) surtout à polynucléaires neutrophiles. L'échographie peut parfois montrer un gros appendice à parois épaisses ou un épanchement péri appendiculaire.

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 hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles. L'évolution sans traitement se fait vers la perforation réalisant alors une péritonite généralisée.

- **Le plastron** (est une complication de l'appendicite catarrhale). Il est souvent favorisé par une antibiothérapie abusive, fait au début de l'appendicite.

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans le cas typique Signes physiques : la fosse iliaque droite est le siège d'un blindage dur, douloureux, mal limité, le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent une douleur du douglas à droite.

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

Signes para cliniques : La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydro-aériques. L'évolution peut se faire vers la régression ou vers la péritonite.

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

Signes généraux : Température élevée à 40° c Pouls accéléré

Signes physiques : Contracture abdominale généralisée dite contracture en ventre de bois et maximum dans la fosse iliaque droite. Le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent une douleur partout dans le Douglas. Signes para cliniques : Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS. La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydro-aériques. L'évolution sans traitement se fait vers la mort en quelques heures.

- **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'endométriase : 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 cliniques :**

Formes selon le terrain

-L'appendicite du nourrisson : caractérisée par sa rareté et son évolution rapide (la péritonite peut apparaître en moins de 24h). Elle est grave parce que le diagnostic peut être posé tard et la contracture n'est pas toujours retrouvée en cas de péritonite.

-L'appendicite du vieillard : se caractérise par une évolution lente en général. Un syndrome pseudo-occlusif fébrile (d'où le diagnostic différentiel avec les occlusions, et cancer du caecum). Dans le cancer du caecum il y a une douleur de la fosse iliaque droite, un amaigrissement une anémie, une image typique au lavement baryté.

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

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

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

La pyélonéphrite est caractérisée par : des douleurs du flanc droit (surtout lombaires), des nausées, une constipation, une température de 38°-39°c avec des frissons parfois, des troubles urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles).

Formes selon le siège

-L'appendicite pelvienne : Elle se voit surtout chez la femme non enceinte, elle est caractérisée par : des douleurs basses dans la fosse iliaque droite, des nausées, une constipation, une température de 37°c – 37,5°c, un pouls accéléré, une douleur provoquée à la palpation de la partie basse de la fosse iliaque droite,

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

-L'appendicite sous-hépatique : Elle est caractérisée par : des douleurs dans l'hypochondre droit, des nausées voir des vomissements, une constipation, une douleur, voir une défense provoquée dans l'hypochondre, une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

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

-Appendicite méso cœliaque : Caractérisée par : des douleurs péries ombilicales, un syndrome pseudo occlusif (où le diagnostic différentiel avec une gastro entérite).

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

- **Principe du traitement des appendicites aiguës** : Le seul traitement est l'appendicectomie.

- L'abcès appendiculaire nécessite : une appendicectomie, une antibiothérapie et un drainage.

- La péritonite nécessite : une réanimation médicale pré, per, postopératoire, 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, 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.

❖ **Les occlusions intestinales aiguës [6] :**

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.

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 diastatique. 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.

- **Signes cliniques :**

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

- **Les signes généraux** sont caractérisés par : une chute de la tension artérielle (tardive) à cause des vomissements et des déperditions plasmatiques dans la lumière intestinale, une accélération du pouls, des signes de déshydratation, une température qui est fonction de l'étiologie.

- **Les signes physiques** sont caractérisés par :

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

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

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

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

Aux touchers pelviens (Toucher Vaginal –Toucher Rectal) : La présence de signes qui sont fonction du siège et de l'étiologie de l'occlusion. La palpation des orifices herniaires recherche une hernie étranglée.

- **Les signes para cliniques :**

- 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 de 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 effectuée en dehors des périodes de vomissements peut monter un obstacle sur l'intestin grêle. Les signes biologiques des troubles hydro électrolytiques. Car l'occlusion entraîne une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acide-basse. Ces troubles hydro électrolytiques souvent fonctionnelles sont constatés sur l'ionogramme (souvent une hyper natrémie), l'azotémie ou la créatinémie (souvent une hyperazotémie ou un hyper créatinémie). Il faut effectuer un bilan général du malade (clinique).

- **Formes cliniques**

En fonction du siège :

Tableau I : Siège des occlusions

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
Lavage 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 Hirschsprung ; 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 Hirschsprung.

- 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-aérique. Les principales causes de ces occlusions fonctionnelles sont les neuroleptiques, les antimitotiques, etc....

- **Traitement des occlusions** : Le traitement des occlusions est une urgence, il est médical et chirurgical

Le traitement Médical 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 suivie d'une

anastomose en un temps si l'état général du patient le permet ou en deux temps dans le cas contraire après la réalisation d'une stomie.

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Cette étude a été réalisée dans le service de Chirurgie générale du centre de santé de référence (CSRéf) de la Commune III

2. Situation géographique.

Le CSRéf CIII est situé à Bamako- coura en face de l'avenue de l'indépendance.

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

Le service administratif et financier, le service de la médecine interne, le service de la gynéco-obstétrique, le service de pédiatrie et PEV, le service d'imagerie médicale, le service de la pharmacie et laboratoire, le service de la chirurgie générale.

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

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

3. Les locaux :

Le service de chirurgie générale dispose de trois salles d'hospitalisation, de cinq bureaux pour les chirurgiens, d'une salle de garde (pour les infirmiers), d'un bureau du Major, d'une salle de permanence (petite chirurgie) et d'une unité de bloc opératoire.

Le bloc opératoire comprend deux salles d'opération, une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil, un bureau du Major et deux bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CS Réf exceptée la chirurgie Oto-Rhino-Laryngologie et l'Ophtalmologie qui n'ont pas commencé les activités chirurgicales

4. Le personnel :

Le personnel permanent est composé de 7 chirurgiens dont 2 urologues et

1 traumatologue-orthopédiste, 4 techniciens supérieurs de santé et 1 technicien de santé.

Le personnel du bloc opératoire est composé : 2 IBODES, 1 technicien supérieur de santé faisant fonction IBODE, un médecin anesthésiste réanimateur, 4 anesthésistes (assistants médicaux), 6 techniciens de surface ou manœuvre.

Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards, des étudiants et des infirmiers stagiaires.

5. Les activités :

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

6. Type d'étude et période d'étude

6-1. Type d'étude

Nous avons mené une étude prospective et rétrospective dans le service de chirurgie générale du CSRéf de la Commune III du District de Bamako.

6-2. Durée d'étude :

Elle s'est étendue sur une période de six ans allant Janvier 2015 à Décembre 2022.

7. Critères d'inclusion :

Tout patient opéré dans le service de chirurgie générale du CSRéf de la Commune III pour urgences chirurgicales abdominales en dehors des césariennes.

8. Critères de non inclusion :

-Toute douleur abdominale ne nécessitant pas une intervention chirurgicale urgente

- Tout patient opéré hors du service de chirurgie générale du CSRéf de la C III

9. Echantillonnage :

Vu les critères sus – cités, nous avons recruté 204 patients pour urgences chirurgicales abdominales sur un total de 1156 patients opérés au service de chirurgie générale.

10. Patients et méthodes :

Le recueil des données a été effectué par consultation des dossiers des malades reçus au Centre de Santé de la Commune III. La collecte des données a permis de remplir les fiches d'enquête.

La fiche d'enquête comportait :

- Les données personnelles et administratives.
- Les données cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques.

11. Les variables d'études :

Ont concerné le sexe, l'âge, les antécédents, les signes fonctionnels et physiques, le traitement, les suites opératoires et le suivi.

12. Analyse et saisie des données :

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur Microsoft Word. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS (version 17.0).

Les résultats ont été discutés avec le test statistique de khi2, le test de l'écart réduit et le test exact de Fisher. Le seuil de signification a été de $p < 0,05$

V. RESULTATS

1 EPIDEMIOLOGIE

1.1 Fréquence :

Durant la période d'étude nous avons consulté 204 patients opérés pour urgence chirurgicale abdominale, sur 1156 patients opérés cela a représenté 17,64%.

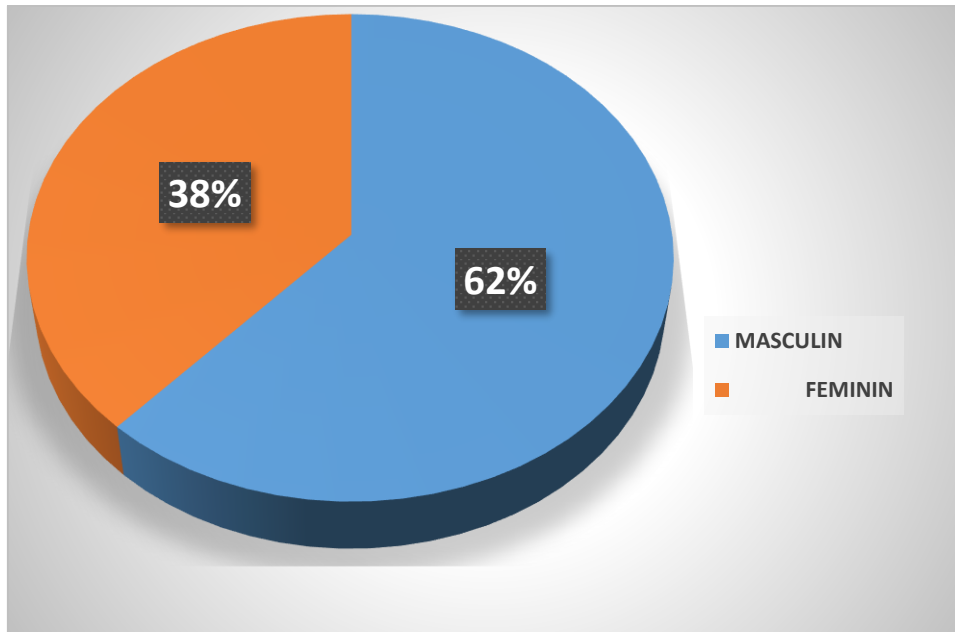
1.2 . Age

Tableau II: patients selon la tranche d'âge

Age	Effectif	Pourcentage (%)
[5-15]	25	12
[16-25]	68	33,3
[26-35]	0	0
[36-45]	61	30
[46-55]	32	16
[56-65]	0	0
[66-75]	13	6,3
[76-85]	4	2
>85	1	0,4
Total	204	100

La tranche d'âge la plus représentée a été de 16-25 ans avec 33,3%.

1.3. Sexe :



Le sexe masculin était majoritaire soit 62% avec un sex-ratio de 1,62.

Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

1.4. Ethnie

Tableau III : Patients en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	148	72,5
Maniga	7	3,4
Soninke	10	5,0
Peuhl	30	14,7
Soraye	9	4,4
Total	204	100

L'ethnie Bambara était majoritaire avec 72,5%.

1.5. Profession

Tableau IV : Patients en fonction de la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	24	11,8
Commerçant	24	11,7
Cultivateur	12	5,8
Ménagère	33	16,1
Élève/étudiant	79	39
Autres	7	3,4
Indéterminé	25	12,2
total	204	100

Les élèves et les étudiants étaient les plus représentés avec 39%.

A-Aspects cliniques :

1-Antécédents :

Tableau V : les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Diabète	16	7,8
UGD	5	2,5
Asthme	1	0,5
aucun	182	89,2
Total	204	100

Le diabète était l'antécédent médical le plus représenté avec 7,8%.

Tableau VI : Antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Laparotomie	14	6,9
Césarienne	10	4,9
Hernie	3	1,5
Appendicite	7	3,4
Aucun	170	83,3
Total	204	100

L'antécédent chirurgical prédominant était la laparotomie avec 6,9%

2-Motif de consultation

Tableau VII : Motif de consultation

Motif	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale + vomissements	194	95,1
Douleur + arrêt des matières et de gaz	8	4,0
Douleur abdominale	2	0,99
	204	100

Les douleurs abdominales étaient majoritaires avec 95,1%.

3-Siege de la douleur

Tableau VIII : Siege de la douleur

Siege de la douleur	Effectif	Pourcentage
FID	110	53,9
Diffus	48	23,5
Hypogastre	10	4,9
Flanc gauche	10	4,9
Péri ombilicale	10	4,9
Hypochondre droit	2	0,9
Inguinale	14	7
Total	204	100

La douleur au niveau de la fosse iliaque droite a représenté 53,9%.

4-Signes généraux

Tableau IX : Les signes généraux

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Conjonctive et téguments		
Pales	2	0,9
Colorés	202	99
Température en degré Celsius		
< 37,5	96	47
[37,5 -38,5 [19	9,3
[38,5 - 39,5]	6	3
> 39,5	83	40,6
Pouls en battement par minute		
[60 - 80 [7	3,4
[80 - 100]	196	96,1
= > 100	1	0,5
Fréquence respiratoire		
[14 - 22]	203	99,5
> 22	1	0,5
Tension artérielle en cm hg		
= < 10/6	14	6,9
[10/6- 14/9 [189	92,6
> 14/9	1	0,5

5-Les signes fonctionnels

Tableau X : Type de douleur

Type de douleur	Effectif	Pourcentage
brulure	18	9,0
pique	100	49,0
torsion	20	10,0
Crampe	66	32,0
Total	204	100

Douleur à type de pique était majoritaire avec 49 %.

-Irradiation

Tableau XI : Irradiation

Irradiations	Effectif	Pourcentage
Sans irradiations	122	59,8
postérieure	44	21,6
douleur diffuse	38	18,6
total	204	100

La douleur était sans irradiation dans la majorité des cas avec 59,8%.

-Intensité de la douleur

Tableau XII : intensité selon EVS

Intensité selon EVS	Effectif	Pourcentage
faible	45	22
modérée	140	69
intense	19	9
Total	204	100

La douleur modérée était majoritaire avec 69 %.

-Evolution de la douleur

Tableau XIII : Evolution

Evolution	Effectif	Pourcentage
Permanente	154	75,5
Intermittente	50	24,5
Total	204	100

La douleur permanente était majoritaire avec 75,5%.

-Facteur exacerbant

Tableau XIV : facteur d'exacerbation

Facteur d'exacerbation	Effectif	Pourcentage
Pas de facteurs	98	48,0
La toux	90	44,1
L'alimentation	10	4,9
marche	6	3,0
Total	204	100

Le facteur exacerbant de la douleur était absent chez 48% de nos patients.

-Automédication

Tableau XV: patient selon l'automédication avant l'hôpital

Prise de médicament	Effectif	Pourcentage
Non	201	98,5
oui	3	1,5
Total	204	100

Les patients n'ayant pas pris de médicament étaient majoritaires avec 98,5 %

- Signes d'accompagnement

Tableau XVI :signes d'accompagnement

Signes d'accompagnement	Effectif		Total (%)
	présent	absent	
Vomissement	179(87,7)%	25(12,3)%	100
Ballonnement	28(14)%	176(86,3)%	100

Le vomissement était le signe accompagnateur le plus fréquent dans 87,7% des cas.

6-Signes physiques

-Etat de l'abdomen :

Tableau XVII : patient selon les signes physiques à l'inspection

Etat de l'abdomen à la respiration	Effectif	Pourcentage
Normal	198	97
abdomen respire mal	6	3
Total	204	100

L'état de l'abdomen à la respiration était normal chez la majorité des patients avec 97%.

-Présence de cicatrice

Tableau XVIII: patient selon la présence de cicatrice abdominale

Présence de cicatrice	Effectif	Pourcentage
Présent	34	16,7
Absent	170	83,3
Total	204	100

Cicatrice absente chez la majorité des patients avec 83,3%.

-Présence de tuméfaction :

Tableau XIX: patient selon la présence de tuméfaction

Tuméfaction	Effectif	Pourcentage
Absent	190	93
Présent	14	7
Total	204	100

Tuméfaction absente chez les patients avec 93%

-Signes de la palpation :

Tableau XX: patient selon les signes physiques à la palpation

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Défense de la FID	110	53,9
Défense hypogastrique	36	17,7
Défense péri-ombilicale	56	27,45
Défense de l'hypochondre droit	2	0,98
Total	204	100

Défense de la FID était majoritaire avec 53,9%

-Toucher rectal :

Tableau XXI : patient selon le résultat du toucher rectal

Toucher rectal	Effectif	pourcentage
Douleur à droite	110	53,9
Cris de Douglas	65	31,8
Non fait	2	1,0
Normal	27	13,2
Total	204	100

La douleur à droite était majoritaire avec 53,9 %

7-Examens complémentaires

-Biologie :

Tableau XXII : patient selon le résultat du taux d'hémoglobine à la NFS

Hémoglobine	Effectif	Pourcentage
1= < 10 g /dl	3	1,5
2 = > 10 g /dl	201	98,5
Total	204	100

Le taux d'hémoglobine était normal chez la majorité des patients avec 98,5%.

Tableau XXIII: patient selon le résultat du taux de leucocytes à la NFS

Leucocytes	Effectif	Pourcentage
normale	29	14,2
hyperleucocytose	175	85,8
Total	204	100

Il y avait une hyperleucocytose chez la majorité des patients avec 85,8%.

Tableau XXIV : patient selon le résultat du groupe sanguin

Groupe Sanguin	Effectif	Pourcentage
Rhésus		
A +	45	22
A -	3	1,5
B -	1	0,5
O+	120	58,8
AB+	35	17,2
Total	204	100

Le groupe sanguin o⁺ était majoritaire avec 58,8%.

-Imagerie :

Tableau XXV : Patient selon le résultat de la Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)

ASP	Effectif	Pourcentage
Non fait	80	39,2
Niveaux hydro-aériques	75	36,8
Croissant gazeux	6	3,0
Grisailles diffuses	43	21,0
Total	204	100

L'ASP a objectivé les niveaux hydro-aériques dans 36,8 % des cas.

Tableau XXVI : Echographie

Echographie	Effectif	Pourcentage
Non fait	46	22,5
kyste ovarien tordu	1	0,5
Epaississement de la paroi appendiculaire	110	54
Epanchement	43	21
GEU rompue	2	1
Cholécystite lithiasique	2	1
Total	204	100%

L'échographie montre un épaissement de la paroi appendiculaire chez 54% des patients.

-Diagnostic pré opératoire

Tableau XXVII : Diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicite	110	54
Cholécystite lithiasique	2	1,0
Péritonite	48	23,5
Occlusion	27	13,2
Kyste de l'ovaire tordu	1	0,5
Hernie étranglée	14	6,9
GEU rompue	2	0,9
Total	204	100

L'appendicite était le diagnostic préopératoire le plus représenté avec 54 %.

8-Traitement :

Tableau XXVIII: patient selon le traitement avant l'hôpital

Traitement avant l'hôpital	Effectif	Pourcentage
Traitement	62	30%
Aucun traitement	142	70%
Total	204	100%

Les patients n'ayant pas reçu de traitement avant l'admission étaient les plus représentés avec 70%.

Tableau XXIX: patient selon la nature du traitement avant l'hôpital

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage
Antalgique	45	22
Antibiotique	10	5
Traitement traditionnel	04	2
Automédication	03	1,5
Aucun	142	69,6
Total	204	100

Les patients n'ayant pris aucun traitement étaient les plus représentés avec 69,6%.

Tableau XXX: Patient selon le traitement à l'hôpital

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage
Anesthésie locorégionale	124	60,8
Anesthésie Générale	80	39,2
Total	204	100

L'anesthésie locorégionale a été réalisée dans 60,8 % des cas.

Tableau XXXI: Patients selon l'aspect macroscopique de l'appendicite

Aspect macroscopique	Effectif	Pourcentage (%)
Appendicite catarrhale	4	3,6
Abcès Appendiculaire	10	9,1
Appendicite Phlegmoneuse	63	57,3
Appendicite gangreneuse	33	30
Total	110	100

L'appendice était phlegmoneux dans la majorité des cas avec 57,3%.

-Gestes chirurgicaux :

Tableau XXXII : Patients selon la technique opératoire

Technique Opératoire	Effectif	Pourcentage (%)
Appendicectomie sans enfouissement du moignon	04	3,6
Appendicectomie avec enfouissement du moignon	96	87,3
Appendicectomie + enfouissement + lavage drainage	10	9,1
Total	110	100

Appendicectomie+ enfouissement était la technique la plus utilisée avec 87,3%.

-Gestes et étiologies :

Tableau XXXIII: Patients en fonction de l'étiologie de l'occlusion

Etiologie de l'occlusion	Effectif	Pourcentage (%)
Occlusion par adhérence	2	5,0
Occlusion sur bride	14	34,1
Occlusion par hernie étranglée	14	34,1
Occlusion par invagination intestinale aiguë	4	9,8
Occlusion par volvulus du colon sigmoïde	3	7,3
Occlusion par Tumeur colique	4	9,7
Total	41	100

L'occlusion sur bride et l'occlusion par hernie étranglée avaient dominé chacune avec 34,1%.

Tableau XXXIV: Patients selon la technique Opératoire

Technique Opératoire	Effectif	Pourcentage (%)
Adhesiolyse	2	5,0
Résection des brides	14	34,1
Désinvaginations	4	9,8
colectomie droite + anastomose iléo- transverse	4	9,7
Traitement du sac + cure de la hernie	14	34,1
Sigmoïdectomie + anastomose colo rectale en un temps	3	7,3
Total	41	100

La technique opératoire la plus utilisée était la résection des brides avec 34,1%.

Tableau XXXV : Répartition des patients selon l'étiologie de la péritonite

Etiologie de la Péritonite	Effectif	Pourcentage (%)
Péritonite appendiculaire	20	40
Péritonite par perforation gastroduodénale	13	26
Péritonite par perforation iléale typhique	16	32
Péritonite gynécologique	1	2
Total	50	100

Péritonite appendiculaire était l'étiologie la plus représentée avec 40%.

Tableau XXXVI: Patients selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectif	Pourcentage (%)
Appendicectomie + enfouissement+lavage drainage	20	75
Excision suture de la perforation	25	11,8
Résection iléale avec anastomose iléo- iléale+lavage drainage	4	10,9
Aspiration du liquide ovariectomie +lavage drainage	1	2,34
Total		

Le geste le plus utilisé était une appendicectomie suivie de lavage et drainage

-Cholécystite aiguë lithiasique : La cholécystectomie a été réalisée chez 02 patients soit 0,98%.

- Grossesse Extra-Utérine(GEU) Rompue : Une aspiration de l'hémopéritoine associée à une salpingectomie ont été réalisées chez 02 patientes opérées pour GEU rompue soit 0,98%.

-Torsion de kyste de l'ovaire : nous avons eu 03 cas de kyste de l'ovaire soit 1,47%.

Tableau XXXVII : Patients selon la technique opératoire

Technique Opératoire	Effectif	Pourcentage (%)
Détorsion kystectomie	1	0,49
Détorsion + ovariectomie	2	0,98

Tableau XXXVIII : Patients selon les suites opératoires.

Suite opératoire	Effectif	Pourcentage
simple	193	94,6
suppuration	1	0,5
éviscération	1	0,5
Fistule digestive	8	3
Décès	3	1,4
Total	204	100

Les suites opératoires ont été simples dans 94,6% des cas.

9- Etude analytique

Tableau XXXIX : fréquences des pathologies chirurgicales non traumatiques en fonction de la tranche d'âge

Diagnostic préopératoire	Tranche d'âge							%
	5-15ans	15-25ans	35-45ans	45-55ans	65-75ans	75-85ans	>85ans	
Appendicite	20	42	38	15	5	0	0	0,12
Péritonite	5	18	16	6	1	1	1	0,33
Occlusion	0	2	7	10	6	2	0	0,29
Hernie étranglée	1	3	1	7	1	1	0	0,15
Cholécystite lithiasique	0	0	1	1	0	0	0	0,06
GEU rompue	0	2	0	0	0	0	0	0,01
Torsion de kyste de l'ovaire	0	1	0	0	0	0	0	0,00
Total	25	68	61	32	13	4	1	100

Dans notre étude la pathologie la plus représentée était la péritonite avec 0,33%.

Tableau XL: suites opératoires et diagnostic

Suites opératoires	Suppuration%	Fistule%	Eviscération %	Total%
Appendicite	3/110 (%)	0/110 (%)	0/110 (%)	3/110 (%)
occlusion	1/23 (%)	0/23 (%)	0/23 (%)	1/23 (%)
Péritonite	4/50 (%)	1/50 (%)	1/50 (%)	6/50 (%)
Hernie étranglée	0/14 (%)	0/14 (%)	0/14 (%)	0/14 (%)
Cholécystite	0/2 (%)	0/2 (%)	0/2 (%)	0/2 (%)
Torsion de kyste de l'ovaire	0/3 (%)	0/3 (%)	0/3 (%)	0/3 (%)
GEU rompue	0/2 (%)	0/2 (%)	0/2 (%)	0/2 (%)
Total	8/204	1/204	1/204	10/204

Tableau XLI: mortalité et diagnostic

Mortalité	Fréquence	Pourcentage
Appendicite	1/110	0,01
occlusion	0/27	0
Péritonite	3/50	0.06
Hernie étranglée	0/14	0
Cholécystite	0/2	0
Torsion de kyste de l'ovaire	0/3	0
GEU rompue	0/2	0
Total	204	0,07/100

Le taux de mortalité est faible avec 0,07%.

Tableau XLII : cout médicament

Cout médicament	Effectif	Pourcentage
60000-70000	124	60,7
70000-90000	31	15,2
90000-110000	43	21,0
110000-130000	4	2
130000-150000	2	1
Total	204	100

60,7 des patients ont dominé avec un cout compris entre 60.000-70.000.

Le cout moyen du traitement a été de 135.000 CFA avec des extrêmes variant entre 60.000 CFA et 150.000 CFA ce qui est supérieur au salaire minimal garanti (SMIG) d'où la nécessité de vulgariser la couverture maladie universelle.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Aspects méthodologiques

Nous avons mené une étude prospective et rétrospective dans le service de chirurgie générale du CSRef de la Commune III du District de Bamako. Elle s'est étendue sur une période de six ans allant Janvier 2015 à Décembre 2022.

❖ La phase rétrospective :

Le caractère rétrospectif a conféré un certain nombre de limite à notre étude. Certains renseignements n'ont pas toujours été mentionnés dans les dossiers médicaux des malades, entre autres certaines données sociodémographiques et cliniques (suivi post-opératoire). Le cout élevé des examens (imagerie) pourrait expliquer l'absence de certains résultats. D'autre part la méconnaissance de la maladie par la population a retardé la prise en charge ainsi que la perte de vue de certains patients rendant difficile la prise en charge. L'enquête de suivi post-opératoire à court, et long terme a été menée en exploitant les dossiers hospitaliers souvent complétés par les appels téléphoniques. Le téléphone a été utilisé pour joindre les patients qui sont hors de Bamako. Nous avons rencontré des problèmes au niveau des adresses et des numéros de téléphone qui étaient quelques fois incorrects.

❖ La phase prospective :

Durant cette phase, les patients ont bénéficié d'un suivi régulier et l'examen histologique a été réalisé dans la plupart des cas. Cette phase nous a permis d'avoir un aperçu sur les urgences abdominales chirurgicales ; de mieux organiser le système de référence de certains patients. Les difficultés rencontrées ont été les problèmes d'avoir un bilan complet des patients à cause des moyens limités de la plupart des patients et l'insuffisance du plateau technique du CSRef.

2. Aspects épidémiologiques

Tableau XLIII : Fréquence des urgences abdominales sur l'ensemble des urgences chirurgicales selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test statistique
Coulibaly AA 2021, Mali [6]	117	19,1%	0,9999
Doumbia AA, Mali 2013 [7]	101	66,01 %	0,0000
Konaté, Mali, 2005 [5]	305	79,84%	0,0000
Notre étude 2021	204	17,64%	-

La fréquence trouvée dans notre série est inférieure à celles de Doumbia AA, au Mali en 2013 [7] et de Konaté au Mali en 2005 [5] qui ont trouvé respectivement 66,01 % et 79,84% des cas mais comparable à celle de Coulibaly AA [6] en 2021 au Mali qui avait trouvé 19,1% des cas. Cependant nous avons trouvé une différence significative entre nos résultats et ceux de ces auteurs ($p < 0,05$). Cette différence pourrait être liée aux lieux d'études. Car ces deux études ont été réalisées dans les hôpitaux dont la fréquence est plus élevée.

❖ Age et auteurs

L'âge n'est pas un facteur de risque. Dans la littérature, les urgences chirurgicales abdominales concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie de 30 à 45 ans [8].

La tranche d'âge la plus représentée dans notre série a été de 16-25 ans dans 33,3% des cas. Ce résultat est statistiquement comparable à celui de Coulibaly AA en 2021 au Mali [6] qui avait trouvé 38% ($P = 0,6585$). Cette fréquence juvénile pourrait s'expliquer par la forte activité physique des jeunes.

❖ **Sexe et auteurs**

Tableau XLIV :Sexe selon les auteurs

Auteurs	Pourcentage	Sex ratio
Coulibaly AA 2021, Mali [6]	64,1%	1,8
Doumbia AA, Mali 2013 [7]	55,4%	0,8
Notre étude	62%	1,62

Dans la littérature, les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin [9].

Le sexe masculin était majoritaire soit 62% avec un sex-ratio de 1,62. Ce résultat est comparable à celui de Coulibaly AA en 2021 au Mali [6] qui avait trouvé 64,1% des cas mais diffère de celui de Doumbia AA au Mali en 2013 [7] qui avait trouvé une prédominance féminine.

3. Aspects cliniques

XLV :Signes fonctionnels et auteurs

Auteurs	Coulibaly AA	Sangare S, Mali	
Signes fonctionnels	2021, Mali [6]	2019 [8]	Notre étude
Douleur abdominales	117 (100%) P = 0,0704	120 (100%) P = 0,0704	194 (95,1%) -
Arrêts des matières et des gaz	12(10,3%) P = 0,1658	30(34,1%) P < 0,005	8 (4,0%) -
Vomissements	12(10,3%) P = 0,0074	100(83,3%) P < 0,005	2 (0,99%) -

La douleur abdominale a été le signe fonctionnel le plus fréquent des urgences abdominales chirurgicales soit 95,1% des cas. La douleur siégeait au niveau de la fosse iliaque droite (53,9% des cas) ; à type de pique (49 %) ; sans irradiation dans la majorité des cas dans 59,8% des cas. La douleur était majoritairement modérée avec 69 % ; d'évolution permanente dans 75,5% des cas, aggravée par la toux (44,1%). Ceci montre que l'urgence abdominale 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.

Coulibaly AA 2021, Mali [6] et Sangaré S, Mali 2019 [8] avaient fait le même constat.

Deux patients avaient présenté de vomissement. Ce taux est statistiquement inférieur aux études menés par Sangaré S au Mali en 2019 [8] et par Coulibaly AA en 2021, au Mali [6] qui ont trouvé respectivement 93,3% et 37,6%. Cette

différence s'explique par le nombre élevé des péritonites et des occlusions intestinales aiguës dans leur étude.

L'arrêt des matières et des gaz a représenté 4%. Ce taux est comparable à celui de Coulibaly AA en 2021 au Mali [6] qui avait trouvé 10,3% ($P = 0,1658$) mais statistiquement inférieur à celui de Sangaré S au Mali en 2019 [8] ($P < 0,005$).

Signes physiques et auteurs

La défense de la fosse iliaque droite (FID) était le signe physique le plus majoritaire avec 53,9%. Ce taux est comparable à ceux de Fané Y au Mali en 2017 [10] qui avait trouvé 59% des cas ($P = 0,4763$) et de Sangaré S au Mali en 2019 [8] qui avait trouvé 70,8% ($P = 0,0133$).

La douleur du cul de sac de Douglas a représenté 53,9% des cas qui est statistiquement différente à celle de Fané Y au Mali en 2017 [10] qui avait trouvé 24% des cas ($P = 0,00004$) et de Sangaré S au Mali en 2019 [8] qui avait trouvé 70,8% ($P = 0,0003$). Cette différence est due à un faible taux de péritonite dans notre étude.

4. Signes paracliniques

❖ ASP (abdomen sans préparation)

Nous avons réalisé l'ASP chez 124 patients (60,78%).

Pour les occlusions le diagnostic a été évident (présence de niveaux hydro-aériques) dans 36,8 % des cas. Nous estimons qu'en plus des éléments cliniques, l'ASP est un élément capital dans le diagnostic de l'occlusion intestinale mais il ne doit pas être récusé en l'absence d'ASP.

Pour les péritonites, la grisaille floue diffus a été retrouvé dans 21,0% des cas.

Ces résultats se diffèrent de ceux de Doumbia AA, au Mali en 2013 [7] qui avait trouvé dans sa série à l'ASP 100% de niveaux hydro-aériques ($P < 0,005$). Par

contre, nos résultats se rapprochent de ceux de Sangaré S au Mali en 2019 [8] au CSRéf de la commune II du district de Bamako qui a trouvé dans sa série les niveaux hydro-aériques dans 30% ($P=0,3687$) des cas et de Grisaille dans 30% ($P=0,1943$) des cas. L'ASP ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique des péritonites.

❖ Echographie

L'échographie a une place importante dans le diagnostic des urgences chirurgicales digestives. Dans notre étude, l'échographie (77,45%) avait montré un épaississement de la paroi appendiculaire chez 54% des patients. Elle a aidé au diagnostic. 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.

❖ Biologie

Nous avons réalisé le groupage rhésus, la NFS (dont le taux d'hémoglobine était normal chez la majorité des patients avec 98,5%, une hyperleucocytose dans 85,8% des cas) chez la plupart de nos malades. Cela s'expliquerait par le manque de personnel au niveau du laboratoire pour assurer correctement la garde.

Certains de nos patients ont été reçus avec des fiches consignant les résultats du taux d'hémoglobine et d'hématocrite.

5. Les étiologies

❖ Appendicites :

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

Auteurs	Pourcentage
Doumbia AA, Mali, 2013 [7]	101(55,4%) P = 0,3953
Konaté, Mali, 2005 [5]	278 (28,77%) P = 0,0038
Notre étude	50 (40%)

L'appendicite aiguë (40% des cas) a été notre première cause des urgences abdominales comme en Europe [11], tandis que dans d'autres séries africaines elle occupe la deuxième place après l'occlusion [5].

Cette différence statistique pourrait être liée à la différence de taille des échantillons.

Nos malades étaient reçus en urgence par une équipe médicale constituée par l'infirmier, le thésard, le médecin généraliste et le chirurgien.

Le traitement de l'appendicite aiguë est chirurgical. La voie d'abord des appendicites reste l'incision au point de Mac Burney. L'appendice en per opératoire était macroscopiquement d'aspect phlegmoneux dans la majorité des cas avec 57,3%. La majorité de nos malades ont bénéficié d'une appendicectomie à ciel ouvert avec enfouissement du moignon (87,3%). La coelioscopie n'existant pas dans notre centre nous n'avons pas réalisé d'appendicectomie par voie coelioscopique. Selon certains auteurs l'abord coelioscopique aurait comme avantage : la diminution des complications pariétales, la diminution de la douleur postopératoire, la diminution de la durée d'hospitalisation [12].

Les complications post opératoires dans notre série ont été dominées par la suppuration pariétale soit 3/110%, ce qui confirme les autres séries où le taux d'abcès de paroi a été de 1,2% Daly [13] aux USA, 13,7% Mungadi [14] Nigéria et 2,2% Garcia, Espagne [15]. Le pronostic de l'appendicite est bon. Les auteurs ont rapporté un taux de mortalité de 0 à 1,6% [5].

❖ Les péritonites

La péritonite appendiculaire était l'étiologie la plus représentée avec 40%. Cette fréquence est statistiquement supérieure à celle retrouvée par Doumbia AA au Mali en 2013 [7] qui avait trouvé 5,0% des cas ($P < 0,005$). Nous avons effectué une laparotomie chez tous nos malades ce qui nous a permis de découvrir 80% de péritonites appendiculaires chez qui nous avons réalisé l'appendicectomie, le lavage abdominal et le drainage.

La morbidité varie entre 0% à 31,2% [16] [17].

Ce qui reste encore élevé et représente la principale cause de long séjour des malades en milieu hospitalier et de majoration des frais (Le cout moyen du traitement a été de 135.000 CFA avec des extrêmes variant entre 60.000 CFA et 150.000 CFA ce qui est supérieur au salaire minimal garanti (SMIG) d'où la nécessité de vulgariser la couverture maladie universelle).

Les suites opératoires se sont compliquées de suppuration pariétale (4/50%) dans la majorité des cas ce qui est semblable au taux de Doumbia AA au Mali en 2013 [7] (0,0%). Ceci pourrait être liée à la taille de l'échantillon.

La mortalité des péritonites aiguës dépende de l'étiologie et de la précocité de la prise en charge [18].

Le taux 0,06 % de décès de notre étude est inférieur à ceux des autres auteurs [19] [20].

❖ Les occlusions

L'occlusion intestinale a représentée 20,09% des cas dans notre série. Ce taux est nettement supérieur à celui de Doumbia AA au Mali en 2013 [7] qui avait trouvé 7,9% des cas ($P < 0,005$).

Nous avons effectué chez tous nos malades une laparotomie sus et sous ombilicale, qui nous a permis d'effectuer une résection des brides avec 34,1% ainsi que le traitement du sac herniaire suivi de la cure de la hernie 34,1% des cas. L'étude a permis de trouver les causes suivantes :

- Occlusion sur bride avec 34,1% ce qui est inférieur à celui de Doumbia AA au Mali en 2013 [7] avait trouvé 50% ($P = 0,0316$)
- Hernie étranglée avec 34,1%. Doumbia AA au Mali en 2013 [7] avait trouvé 46,6% des cas ($P = 0,0836$).
- Par volvulus du colon pelvien (7,3%) et sur tumeur colique (9,7%). Doumbia AA au Mali en 2013 [7] avait trouvé respectivement 14,2% ($P = 0,1663$) et 0,8% ($P = 0,0131$).

Dans notre étude nous n'avons enregistré aucun cas de décès ce qui est conforme aux résultats de Doumbia AA au Mali en 2013 [7].

CONCLUSION

La fréquence des urgences abdominales chirurgicales est élevée au CSRéf de la commune III avec 17,64%.

Les causes sont nombreuses et variées dominées par les appendicites aiguës, les occlusions intestinales et les péritonites. Le tableau clinique est polymorphe.

L'amélioration de la prise en charge thérapeutique nécessite un diagnostic précoce conduisant à un traitement adéquat.

La prise en charge requiert une amélioration du plateau technique en passant par l'équipement et la dotation d'un service de réanimation.

RECOMMANDATIONS

Aux autorités

- ❖ La formation continue des Directeurs techniques des Cscoms.
- ❖ Renforcement du plateau technique du CSRéf.
- ❖ Equipement du service des urgences pour une réalisation surplace des examens complémentaires.

Au Personnel sanitaire :

- ❖ Référence des patients à temps avant les complications.
- ❖ Renforcement des collaborations interdisciplinaires.
- ❖ Renforcement de la surveillance des patients en post-opératoire.

A la population de Bamako :

- ❖ Eviction de l'automédication.
- ❖ Eviction du traitement traditionnel abusif.
- ❖ Consultation d'un centre de santé approprié devant toute douleur abdominale aigue.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Dan Popescu Diagnostic des urgences abdominales chirurgicales
Amazone(Paris) ,2011 ;1ere édition P103
- [2] OMS Procès verbal de la 1ere séance du conseil exécutif des 135
sessions(OMS), section 7 EB 135 ,2014 ;REC ;1
- [3] Boccard E et coll Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des
services d'urgences en France en 2010 Ann Fr Médecine Urgence
2011;(24);312-9
- [4] Moutei Hassan Guide pratique des urgences chirurgicales viscerales These
Med(Maroc),2013;(6) 114-34
- [5] Konaté M Urgences Chirurgicales au CHU GT, Thèse Méd, Université de
BKO 2005,N°05 M238
- [6] Coulibaly A Abouzeidi. Abdomens aigus chirurgicaux au csref de Dioila.
Thèse de Med 2021, N° 286
- [7] Doumbia Abou A.Urgences Abdominales chirurgicales au centre de santé de
ref de Koulikoro.Thèse de Med 13M226:38
- [8] Sangaré Seydou.Urgences chirurgicales digestives au centre de santé de Ref
de la Com II du district de Bamako.Thèse de Med 19M390
- [9] Padonou N et all. Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au
CHU de Dakar.Dakar Med 2016;24(1):30-37

- [10] Fané Y. Urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie générale du CSRef de la commune I. Thèse de Med 17M208, P:46
- [11] Arnaud J et al . Conduite à tenir devant un abdomen aigu. Encycl Med Chir ,Paris, 2003,24
- [12] Hartmann B. Péritonites aiguës in Mondor diagnostics urgents abdomen (Paris) Masson 9ème Edit; Paris 1979; 24
- [13] Daly CP, Cohan RH , Francis IR caoli EM , Ellis JH , Nan M. Incidence of acute appendicitis in patients with equivocal CT finding. AJR Am J Roentgenol 2005;184(6):1813-20.
- [14] Mungadi IA, Jabo BA, Agwu NP. A review of appendicectomy in North-western Nigeria. Niger J Med; 2004; (3): 240-3
- [15] Garcia Vazquez A, Cano Novillo I, Benavent Gordo MI, Delgado Munoz MD, Anton-Pacheco Sanchez J, Berchi Garcia FJ. Results of laparoscopic treatment of complicated appendicitis. Cir Pediatr 2005; 18 (1): 8-12
- [16] KOUAME B Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Côte d'Ivoire Bull Soc Pathol Exot 2001; 94 (5): 379-382
- [17] ALMOWITCH H : Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé Gastro enterol clin bio (Paris) 2000; 24: 1012-1017
- [18] JEAN YM, JEAN LC : Péritonite aiguë Rev prat (Paris) 2001 ; 51 : 2141-2145

[19] Dembélé Boubacar Bréhima : Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes (Mali) à propos de 112 cas. Thèse Méd, Bamako, université de Bamako, 2005, N°05M243

[20] DOUMBIA M. M. : Prise en charge des perforations digestives dans le service de chirurgie A au CHU du Point G

ANNEXES

Fiche d'enquête

Les données administratives :

Q1. Numéro fiche

...../.../.../.../ Q2. Numéro dossier...../.../.../

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

Q4. Nom et

prénom.....

Q5. Age//

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

Q7. Adresse habituelle :

.....

Q8. Contact à Bamako

.....

Q9.

Provenance:.....

...

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

3.Si autres à préciser

.....

Q11.

Ethnie:...../

.....

/

Q12.

Profession

.....

/.../

1=fonctionnaire 2=commerçant 3=cultivateur

4=ménagère

5=élève/étudiant 6=autres 7=indéterminée

9. Si autres à préciser

.....

Q13.Mode de recrutement : 1=urgence 2=consultation ordinaire

/.../ Q14.Adresser par: 1=agent de sante 2=autres /.../

9. Si autres à préciser

.....

Q15. Date d'entrée/.../.../.../

Q16. Durée d'hospitalisation

préopératoire...../

.....

/

Q17. Durée d'hospitalisation

postopératoire...../

.....
/

Q18. Date de sortie

...../.../.../
/

Motifs de consultation :

Q19. Motif...../.../

1=douleur abdominale 2=arrêt des matières et de gaz 3=météorisme

4=vomissement ou nausées 5=fièvre 6=autres

7 .Si autres à préciser

.....

Antécédents :

Q20.Médicaux: 1=oui 2=non 3=indéterminés/.../

9.Si oui à préciser

.....

Q21.Chirurgicaux: 1=oui 2=non
3=indéterminés/.../

4.Si oui à préciser:.....

Q22.Familiaux: 1=oui 2=non 3=indéterminés/.../

9.Si oui à préciser:.....

Q23.Gynéco-obstétriques: 1=oui 2=non 3=indéterminés
/.../

4.Si oui à préciser:.....

Les signes:

Les signes généraux :

Q24.Indice Karnofsky(en %)/.../

1=<70 2= \geq 70

Q25.Plis de déshydratations : 1=oui 2=non

/.../Q26.conjonctives et
téguments

.....

/.../

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

5.Si autres à préciser

.....

Q27.Température en degré Celsius...../.../

1=<37,5 2=[37,5-38,5[3=[38,5-39,5] 4=>39,5

5=non quantifiée (cause)

.....

Q28.Pouls en battement par

minute:...../

.....

/

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

Q38. Intensité selon E.V.S: 1=faible 2=modérée 3=intense 4=très intense /.../

Q39. Evolution : 1=Permanente 2=intermittente 99=indéterminée /.../

Q40.Facteurs
d'exacerbation

.....
/.../

1=pas de facteurs 2=la mobilisation 3=la toux
4=l'inspiration profonde
5=l'alimentation 6=la prise de médicament
7=autre 8=indéterminés

9. Si autres à

préciser:.....

Q41.Facteurs
d'accalmie

.....
/.../

1=pas de facteurs 2=mobilisation 3=alimentation 4=prise de
médicament 5=vomissement 6=autres 7=indéterminés

8.Si autres à

préciser:.....

Q42.Arrêt de matières et de gaz : 1=oui 2=non /.../

Q43.Vomissement : /.../

1=pas de vomissement 2=alimentaire 3=bilieux 4=fécaloïde 5=hématique
6=post prandial précoce 7=post prandial tardif 8=autres 9=indéterminé

9. Si autres à

préciser:.....

Q44.Ballonement abdominal : 1=oui 2=non /.../

Q45.Fièvre : 1=oui 2=non /.../

Q46. Signes d'accompagnement : 1=oui 2=non /.../9.

Si oui à préciser

.....

Les signes physiques :

Inspection :

Q47.Abdomen distendu : 1=oui 2=non /.../

Q48.Mouvement abdominal : 1=oui 2=non /.../

-La localisation :.....

-La taille :.....

Q49.Présence de cicatrices opératoires sur l'abdomen : 1=oui

2=non/.../

9. Si oui préciser le siège

.....

Q50.Tuméfactions abdominales: 1=oui 2=non/.../

3. Si oui préciser le siège

.....

Q51.Forme de l'abdomen : 1=sans particularité 2=anormale /.../

Palpation :

Q52. Dououreuse : 1=oui 2=non /.../

Q53. Défense abdominale /.../.../

1=FID 2=hypogastre 3=FIG 4=flanc droit 5=flanc gauche 6=péri ombilicale 7=hypochondre droit 8=épigastre 10=hypochondre gauche 11=diffuse 12=autres

9. Si autres à préciser

.....

Q54. Contracture abdominale

...../.../...

/

1=FID 2=hypogastre 3=FIG 4=flanc droit 5=flanc gauche

6=péri ombilicale

7=hypochondre droit 8=épigastre 10=hypochondre gauche

11=diffuse 12=autres

9. Si autres à préciser

.....

Q55. Présence de masse abdominale: 1=oui 2=non/.../

Q56. Percussion: 1=matité 2=tympanisme

/.../

Q57. Auscultation

.....

/.../

1=bruits hydroaériques normaux 2=bruits hydroaériques diminués 3=bruits hydroaériques augmentés 4=silence abdominal

Q58. Toucher

rectal

.....

/.../.../

1=normal 2=douleur à droite 3=douleur à gauche 4=masse à droite 5=masse à gauche 6=douglas bombé 7=glaire sur le doigtier 8=sang sur le doigtier 10=autres

9. Si autres à préciser

.....

Q59. Toucher

vaginal

.....

/.../

1=normal 2=douleur à droite 3=douleur à gauche 4=masse à droite 5=masse à gauche 6=glaire sur le doigtier 7=sang sur le doigtier 8=autres

9. Si autres à préciser

.....

Examens Complémentaires :

NFS

Q60.

Hémoglobine...../.../

1=<10g/dl

2=>10g/dl

Q61.

Hématocrite...../.../
1=<35% 2=>35%

Q62.Leucocytes

/.../

1=normale 2=hyperneutrophilie 3=hyperéosinophilie 4=autres

99=indéterminées9.Si autres à préciser

Q63.Groupe sanguin et
rhésus

/.../

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

Q64. Glycémie: 1=hypoglycémie 2=normale 3=hyperglycémie

/.../Q65.

ASP

/.../

1=non fait 2=sans particularité 3=niveaux hydroaériques

4=opacités5=croissant gazeux 6=autres

9. Si autres à préciser

Q66.

Echographie

/.../

1=non fait 2=sans particularité 3=épaississement de la paroi appendiculaire

4=épanchement 5=GEU rompue 6=lithiase biliaire 7=abcès du foie 8=abcès
sous phrénique 10=kyste du pancréas 11=kyste mésentérique 12=kyste ovarien
13=lithiase urinaire 14=autres

9. Si autres à préciser

Diagnostic :

Q67.Diagnostic

préopératoire

/.../

1=appendicite 2=cholécystite 3=péritonite 4=occlusion 5=kyste
de l'ovaire6=imperforation anale 7=hernie étranglée 8=GEU

9=sténose hypertrophique du pylore 10=autres 11=indéterminé 12.Si
autres à

préciser:.....

Q68. Diagnostic per

opératoire

/.../

1=appendicite 2=cholécystite 3=péritonite 4=occlusion 5=kyste

de l'ovaire 6=imperforation anale 7=hernie étranglée 8=GEU
9=sténose hypertrophique du pylore 10=autres 12=indéterminé
13. Si autres à préciser

.....

Traitements :

Traitement reçu avant l'admission:

Q69. Médical: 1=oui 2=non 99=indéterminée/.../

9=Si oui à préciser

.....

Q70. Traitement traditionnel : 1=oui 2=non 3=indéterminé /.../

9. Si oui à préciser

.....

Médical : Traitement préopératoire :

Q71. Nature du

traitement

.....

/.../

1=antalgique 2=anti inflammatoire 3=antibiotique

4=antiparasitaire 5=perfusion 6=transfusion 7=autres

8=indéterminée

9. Si autres à préciser

.....

Traitement postopératoire :

Q72. Nature du

traitement

.....

/.../

1=antalgique 2=antibiotique 3=antiparasitaire 4=perfusion 6=transfusion

7=autres 99=indéterminée

9. Si autres à préciser

.....

Chirurgical:

Q73.

Opérateur...../

.../

1=Chirurgien

2=DES/Interne

3=Etudiant hospitalier

Q74. Type

d'anesthésie...../.../

1=locale

2=locorégionale

3=A.G

Q75. Technique opératoire :

.....

.....

.....

Q76. Nature de l'incision

...../.../

1=au point Mc Burney 2=Biquini 3=inguinotomie 4=para rectale 5=sous

costale 6=médiane sus ombilicale 7=médiane sous ombilicale 8=médiane sus

et sous ombilicale 9=autres

10. Si autres à préciser

.....

Q77. Gestes

effectués...../.../

1=appendicectomie 2=cholécystectomie 3=résection/anastomose
4=colectomie 5=ileostomie 6=Section des brides 7=Suture de la
perforation digestive 8=Colostomie 9=Lavage péritonéa l
0=Dérivation/interne 11=autres

12. Si autres à préciser

.....

Q78. Complications

peropératoires...../.../

1=absentes 2=hémorragique 3=arrêt cardio-respiratoire 4=décès 5=autres

6.Si autres à préciser :.....

Suites opératoires :

Q79. Pendant

l'hospitalisation...../.../

1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule
digestive 5=éviscération 6=décès 7=autres 8=indéterminées

9. Si autres à préciser

.....

Q80. Suites à un

mois

.....

/.../

1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule
digestive 5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres
9=indéterminées

10. Si autres à préciser

.....

Q81. Suites à trois

mois

.....

/.../

1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule
digestive 5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres
9=indéterminées

10. Si autres à préciser

.....

Q82. Mode de

suivi

.....

/.../

1=sur rendez-vous 2=revenu de lui-même 3=vu à domicile
4=autres 5=indéterminé 6.Si autres

préciser:.....

Q83. Coût du traitement

.....
/.../

1=cout médicament 2=analyse 3=hospitalisation 4= acte 5= total.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : SAWANE

Prénom : Aichath

Email : sawaneaichath@yahoo.com

Titre : Les urgences abdominales non traumatiques au CSRéf de la Commune III de Bamako de janvier 2015 a décembre 2022

Année de soutenance : 2024

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale

RESUME

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive allant **de Janvier 2015 à Décembre 2022** avec comme objectifs de déterminer la fréquence des urgences chirurgicales abdominales non traumatiques au centre de santé de référence de la Commune III ; décrire les aspects cliniques et thérapeutique des urgences chirurgicales abdominales non traumatiques et analyser les résultats de la prise en charge. Nous avons recensé **204 patients opérés** pour urgences chirurgicales abdominales non traumatiques soit **17,64%** sur 1156 patients opérés. Le sexe masculin était le plus représenté avec un ratio de **1,62**. La moyenne d'âge a été de **47,7 ans**. La douleur à droite était majoritaire avec 53,9%. L'appendicite était le diagnostic le plus représenté avec 54%. L'échographie montrait un épaissement de la paroi appendiculaire chez 54% des patients.

L'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale ont été utilisées soit **39,2% et 60,8%**. Nous avons réalisé : des appendectomies plus enfouissement, résections des brides, etc. Les suites opératoires ont été simples dans 94,6% des cas.

La mortalité était de 0,07%.

Mots clés : chirurgie générale, urgences abdominales non traumatique, CSRéf Commune III,

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et 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 de la vie humaine dès la conception.

Même sous les menaces, 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 !