

Ministère de L'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

-----00-----

République du Mali
Un Peuple Un But Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
U.S.T.T.B



Année universitaire 2022-2023

N°..... /

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE (FMOS)

THESE :

**LES URGENCES CHIRURGICALES
DIGESTIVES : ASPECTS
EPIDEMIOLOGIQUES-CLINIQUES
ET THERAPEUTIQUES A**

Présentée et soutenue publiquement le 16/10/2023 devant
la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par M. SOULEYMANE KONATE

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

JURY

PRESIDENT: Pr SOUMAILA KEITA

MEMBRE : Pr BOUBACAR KAREMBE

Co-Directeur: Pr GAOUSSOU SOGOBA

DIRECTEUR : Pr ALHASSANE TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je rend grâce a ALLAH swt

Le très haut, le plus miséricordieux, le plus généreux, l'omniscient, l'omnipotent qui nous a permis de voir ce jour-ci important pour moi et ma famille.

❖ A mes très chers mères

Mme Konate Aïssata Diakité cher mère aucun mots, ni texte ne saura exprimer les souffrances, les sacrifices et les efforts que vous avez fait pour nous. Mais surtout l'impact que vous aviez, avez, et auraient sur notre vie. Que le bon Dieu vous protège et vous donne une longue vie.

Feu Mme Konate Aminata Keita cher tante vous avez été une mère de substitution pour moi pendant ce cycle. J'aurai voulu que vous soyez là aujourd'hui mais le bon Dieu en a voulu autrement. Qu'il vous accorde un repos éternelle et vous accueille dans son paradis.

Feu Mme Konate Fatoumata Traoré cher tante sur la petite période que j'ai passé à votre coté, vous avez été comme une mère ce jour devait être le votre, mais le tout puissant en a voulu autrement et tout ce qu'il fait est bon. Qu'il vous accorde un repos éternelle et vous accueille dans son paradis.

❖ A mes très chers père

Mr Amadou Konate cher père vous êtes une référence pour nous par votre sens de sacrifices, vos efforts ne nous ai pas laisser indifferend. Vos conseils et directives nous a beaucoup aidé dans la vie. Que le tout puissant vous donne une longue vie dans la santé et le bonheur.

Mr Minanba Konaté, Ibrahim Diakité chers parents, vous avez été des pères de substitution pour moi durant cette période. Vos soutiens financiers, matériels, spirituelles m'ont beaucoup touché. Je n'ai pas de mots pour vous rémerciez, que le tout puissant vous donne une longue vie.

❖ A mes frères

Boubacar Konate, Bakary Konate

❖ **A toutes ma famille**

Mes tontons, oncles, tantes, cousins, cousines, belles-sœurs, que je ne pourrai nommer individuellement , merci pour vos soutiens de différentes natures. Ce travail vous est tous dédié.

❖ **A mes amis** où vous soyez de près ou de loin je vous remercie de m'avoir aider d'une manière ou d'une autres à accomplir cette taches.

❖ **A mon homonyme : Souleymane Konate**

REMERCIEMENTS

A mes maîtres du service : Dr Kouyaté, Dr Sangaré, Pr Sogoba, Dr Diakite, Dr Traoré, Dr Magassa.

A mes amis et internes du service : Diallo M, Boubou K, Fofana O, Dramé S.

Aux externes du service : Diallo M, Kiabou M, Dembélé S, Dibaga, Coulibaly F

Aux majors du service : major Saran, major Siaka, major Coulibaly, major Haïdara, major Dalla

Aux infirmiers du service : Ila, Marietou, Mariam, Fatou, Anne, Defa, Diatou, Koro

A tous les Médecins, Internes, Externes, Major, Infirmiers, Stagiaires, Manœuvres de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

**HOMMAGE
AUX MEMBRES
DU JURY**

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du Jury: : Professeur Soumaila KEITA

- Chef du service de chirurgie A du CHU Point G;
- Professeur titulaire en chirurgie viscérale;
- Chef du service de santé de la Gendarmerie nationale;
- Membre de la Société de chirurgie du Mali;
- Praticien Hospitalier au CHU Point G;
- Médecin Colonel major des Forces Armées Maliennes;
- Médecin Légiste auprès des tribunaux du Mali.

Cher maître

Vous nous faites un grand honneur de présider cette séance de travail malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre simplicité, votre modestie et votre abord facile font de vous un maître admiré de tous.

Veillez trouver dans ce travail cher maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

A notre maitre et membre du jury : Pr Boubacar karembé

- Maitre 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 siéger parmi ce jury. 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.

A notre maitre et co-directeur : Professeur Gaoussou SOGOBA

- Spécialiste en chirurgie générale ;**
- Praticien hospitalier à l'hôpital régional de Kayes ;**
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;**
- Chargé de cours à l'institut national de formation en science et de santé à l'annexe de Kayes**
- Point focal de la fistule obstétricale à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes ;**
- Maitre de recherche à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.**

Cher maître

Vous êtes à l'origine de ce travail en acceptant de le diriger. Nous avons bénéficié de vos qualités pédagogiques et humaines durant notre séjour au service. Votre disponibilité, votre rigueur, votre assiduité dans le travail et vos qualités d'homme de culture et de recherche font de vous un homme admiré de tous et un exemple à suivre. Nous avons été séduits par votre qualité d'accueil et d'encadrement. Veuillez trouver dans ce travail notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse : Professeur Alhassane Traoré

- Professeur en chirurgie générale à la FMOS**
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- Spécialiste en chirurgie hépatobiliaire et pancréatique**
- Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS)**
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F)**
- Membre de la Société Internationale de la Hernie (AMEHS)**
- Membre du Collège Ouest Africain des Chirurgiens (WACS)**
- Membre de la Société Africaine Francophone de Chirurgie Digestive (SAFCHID)**

Cher maître

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail. Vos qualités scientifiques, votre modestie, votre rigueur, votre disponibilité et votre amour pour le travail bien fait, nous ont profondément marqué et nous servent d'exemple. Vous avez su nous guider et nous aider à surmonter de nombreuses difficultés. Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes dans la réalisation de ce modeste travail.

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

LISTE DES ABREVIATIONS

% : Pourcentage

°C : Degrés Celsius

AG : Anesthésie Générale

ASP : Abdomen Sans Préparation

ATLS : Advanced Trauma Life Support

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CI : Commune I

CII : Commune II

CIII : Commune III

Coll : Collaborateurs

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DL : Décilitre

FC : Fréquence Cardiaque

FID : Fosse Iliaque Droite

FIG : Fosse Iliaque Gauche

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

G : Gramme

GEU : Grossesse Extra Utérine

Hb : Hémoglobine

Ht : Hématocrite

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

INFSS : Institut National de Formation en Science de la Santé

INR : International Normalized Ratio

Kg : Killogramme

NFS : Numération Formule Sanguine

TA : Tension Artérielle

TCA : Temps de Céphaline Activée

TDM : Tomodensitometrie

TR : Toucher Rectal

TV : Toucher Vaginal

UGD : Ulcère Gastro-Duodéal

LISTE DES FIGURES

Figure 1: appareil digestif[11]	6
Figure 2: estomac, duodenum[12]	8
Figure 3: colon-rectum-canal anal[13]	9
Figure 4: Hernie étranglée[24]	28
Figure 5: Répartition des patients selon le sexe.	55

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: répartition des signes d’occlusions en fonction de leurs sièges.	24
Tableau II: La classification des complications post-opératoires selon CAVIEN DINDO.....	51
Tableau III: Répartition des patients selon la tranche d’âge	54
Tableau IV: Répartition des patients selon la provenance	55
Tableau V: Répartition des parents selon la profession.....	56
Tableau VI: Répartition des patients selon la référence.	56
Tableau VII: Répartition des patients selon le motif de consultation ou de référence	57
Tableau VIII: Répartition des patients selon le délai d’évolution.....	57
Tableau IX: Répartition des patients selon le siège de la douleur.....	58
Tableau X: Répartition des patients selon le mode d’installation de la douleur	58
Tableau XI: Répartition des patients selon le type de la douleur.....	59
Tableau XII: Répartition des patients selon la présence et la nature de vomissements.	59
Tableau XIII: Répartition des patients selon le traitement reçu avant l’admission	60
Tableau XIV: Répartition des patients selon leurs antécédents médico- chirurgicaux.....	61
Tableau XV: Répartition des patients selon la température (°C).	62
Tableau XVI: Repartition des patients selon la fréquence cardiaque	62
Tableau XVII: Repartition des patients selon la fréquence respiratoire (Cycle/minute).....	63
Tableau XVIII: Repartition des patients selon la tension artérielle (cmhg).	63
Tableau XIX: Repartition des patients selon l’indice de masse corporelle (kg/m2).....	64
Tableau XX: Répartition des patients selon le résultat de l’inspection	64

Tableau XXI: Répartition des patients selon le siege de la douleur à la palpation	65
Tableau XXII: Repartition des patients selon le siege de la défense et de la contracture à la palpation.....	66
Tableau XXIII: Répartition des patients selon la présence et le siège d'une masse.....	66
Tableau XXIV: Répartition des patients selon le résultat de la percussion.....	67
Tableau XXV: Répartition des patients selon le résultat de l'auscultation.....	67
Tableau XXVI: Répartition des patients selon le toucher rectal.....	68
Tableau XXVII: Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine	68
Tableau XXVIII: Répartition des patitnts selon le groupe sanguin et Rhésus ...	69
Tableau XXIX: Répartition des patients selon le résultat l'ASP	69
Tableau XXX: Répartition des patients selon le résultat de l'échographie.....	70
Tableau XXXI: Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire.....	71
Tableau XXXII: Répartition des patients selon le temps de la prise en charge..	71
Tableau XXXIII: Répartition des patients selon le diagnostic per-opératoire ...	72
Tableau XXXIV: Répartition des patients selon le type d'anesthésie.....	72
Tableau XXXV: Répartition des patients selon la voie d'abord.....	73
Tableau XXXVI: Répartition des patients selon le geste effectué.....	74
Tableau XXXVII: Répartition des patients selon la classification de CLAVIEN DINDO dans les complications post-opératoires.....	75
Tableau XXXVIII: Répartition des patients selon les suites opératoires	75
Tableau XXXIX: Répartition des patients selon le délai de la prise en charge et les complications post-opératoire.....	76
Tableau XL: Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire et les complications.	77
Tableau XLI: Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire et la morbidité.	78

Tableau XLII: Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire et la mortalité	79
Tableau XLIII: Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire, la mortalité et la morbidité.	80
Tableau XLIV: la fréquence des urgences chirurgicales digestives selon les auteurs	82
Tableau XLV: Fréquence des appendicites par rapport aux urgences chirurgicales abdominales selon les auteurs	84
Tableau XLVI: Fréquence des péritonites par rapport aux urgences chirurgicales digestives selon les auteurs	85

Table des matières

DEDICACESIII

REMERCIEMENTS..... V

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY..... VII

LISTE DES ABREVIATIONSXI

I. INTRODUCTION..... 1

II. OBJECTIFS :..... 4

III. GÉNÉRALITÉS : 6

IV. METHODOLOGIE 45

V. RESULTATS 54

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION..... 82

VII. CONCLUSION 89

VIII. RECOMMANDATION 90

IX. BIBLIOGRAPHIE..... 92

X. ANNEXES..... 96

ICONOGRAPHIE : 106

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

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

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

Aux USA, 19 étiologies dont 6 chirurgicales (l'appendicite aiguë, la cholécystite aiguë, l'occlusion intestinale aiguë, l'ulcère duodénal, la torsion du kyste de l'ovaire, l'anévrisme) ont été retrouvées chez 1000 malades ayant un abdomen aigu en 2004 par BROWER [4].

En FRANCE, une étude fut réalisée sur le rapport entre la douleur abdominale intense et le diagnostic d'urgence chirurgicale en 2022 sur 4493 patients inclus, dont 2491 femmes 55%. Le diagnostic d'urgence chirurgicale a été posé chez 677 patients dont 15%. L'appendicite et l'occlusion intestinale étaient les plus fréquents. [5]

Au Pakistan, en 2005, sur 759 urgences chirurgicales opérées 71,4% étaient abdominales. [6]

En Afrique une étude menée à l'hôpital national de ZINDER au NIGER en 2016, a trouvé sur 2720 patients, 622 urgences chirurgicales digestives ce qui représentait 22,87%. [7].

En 2021 au cours d'une étude réalisée au C.S.Réf de San par Mr Modibo Fongoro les urgences chirurgicales digestives ont représenté 21,57% de l'ensemble des interventions.[8]

URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES

En 2019, une étude a été menée sur les urgences chirurgicales digestives au CSRéf de la CII de BAMAKO a établi un taux de 44,80% de l'ensemble des interventions chirurgicales. [9]

Au cours d'une étude au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (Burkina-Faso) en 2018, 394 patients ont été opérés pour une urgence chirurgicale digestive sur les 2360 admis, soit 16,9% des admissions.[10]

Le but de ce travail étaient d'étudier les aspects cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques des urgences chirurgicales digestives et les difficultés rencontrées lors de leurs prises en charge à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

OBJECTIFS

II.OBJECTIFS :

OBJECTIF GENERAL :

- ❖ Etudier les urgences chirurgicales dans le service de chirurgie générale de l'hôpital FOSSEYNI DAOU de Kayes

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ❖ Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives au service de chirurgie de l'hôpital FOUSSEYNI DAOU de Kayes.
- ❖ Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des urgences chirurgicales digestives
- ❖ Décrire les difficultés rencontrées lors de la prise en charge.
- ❖ Analyser les résultats.

GÉNÉRALITÉS

III. GÉNÉRALITÉS :

L'abdomen représente avec le petit bassin, la partie sous diaphragmatique du tronc. L'existence de la séreuse péritonéale qui entoure les viscères divise la cavité abdominale en deux parties qui sont :

Une partie intra péritonéale qui contient les viscères digestifs péritonisés ; Une partie rétro péritonéale qui contient le pancréas, les organes urinaires, les surrénales, les axes vasculo-nerveux.

1. Rappel anatomique de l'appareil digestif

Il comprend les éléments parmi lesquels :

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

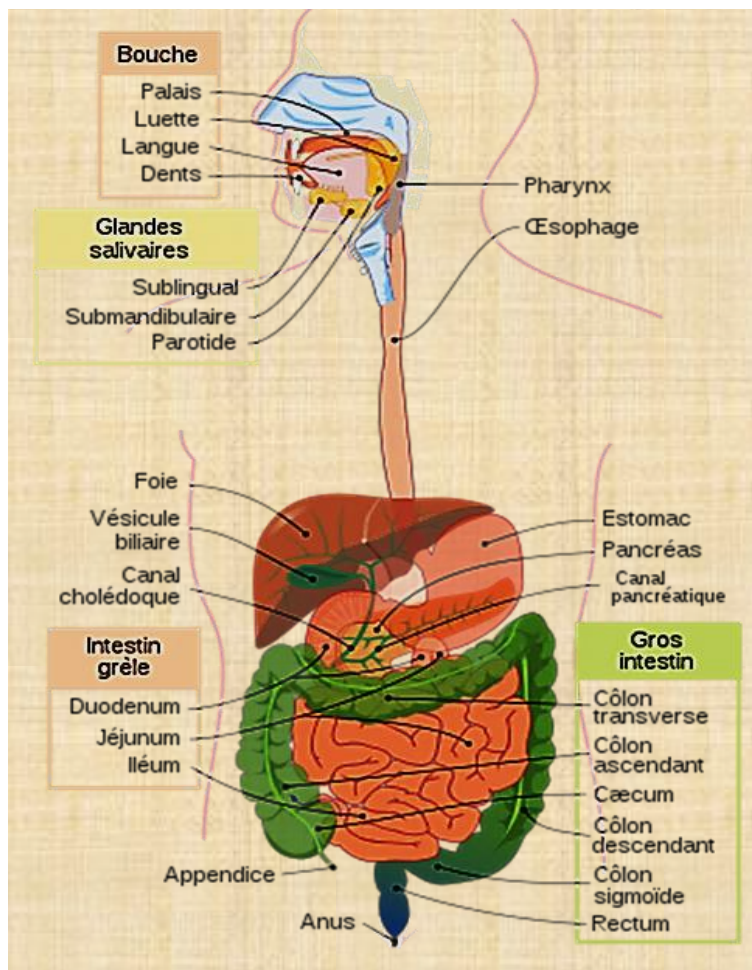


Figure 1: appareil digestif[11]

- **L'œsophage**

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

- **L'estomac**

C'est un réservoir musculeux interposé entre l'œsophage et le duodénum. Il est situé en-dessous du diaphragme dans la cavité abdominale où il occupe l'hypochondre gauche et une partie de l'épigastre. L'orifice d'entrée est le cardia ou orifice cardial au niveau duquel se trouve un système anti reflux formant l'angle de HISS.

L'orifice de sortie est le pylore où il existe un sphincter pratiquement fermé en permanence qui ne s'ouvre que par intermittence lors de la digestion.

L'estomac comporte une portion verticale surmontée d'une grosse tubérosité (fundus où siège la poche à air) et une portion horizontale : l'antrum qui aboutit au pylore. Son bord droit s'appelle petite courbure et son bord gauche, grande courbure.

Dans la cavité gastrique se passe un temps important de la digestion sous l'action d'un double phénomène : mécanique dû aux contractions des muscles de l'estomac (péristaltisme) et chimique dû au suc gastrique sécrété par les glandes. Ces deux phénomènes aboutissent à la formation du chyme.

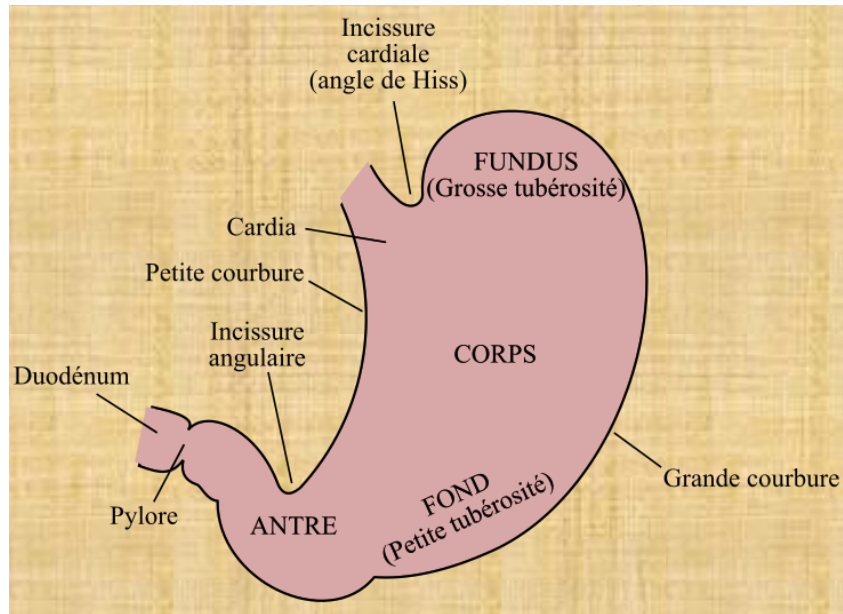


Figure 2: estomac, duodenum[12]

- **L'intestin grêle**

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

- **Le duodénum :**

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

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

- **Le jéjuno – iléon**

Il s'étend de l'angle duodéno – jéjunal au caecum. Il mesure 6,5m. Son calibre varie entre 2 et 3 cm.

Il comprend 15 à 16 flexuosités ou anses intestinales. Les anses jéjunales sont disposées horizontalement dans la cavité abdominale supérieure gauche tandis que les anses iléales sont placées verticalement dans la cavité abdominale inférieure droite.

Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'iléon. Sous l'action de la bile, du suc pancréatique et du suc intestinal, le chyme gastrique est transformé en chyle. Le chyle est absorbé par un énorme réseau vasculaire drainé vers le foie par le système porte.

- **Colon – rectum – canal anal**

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

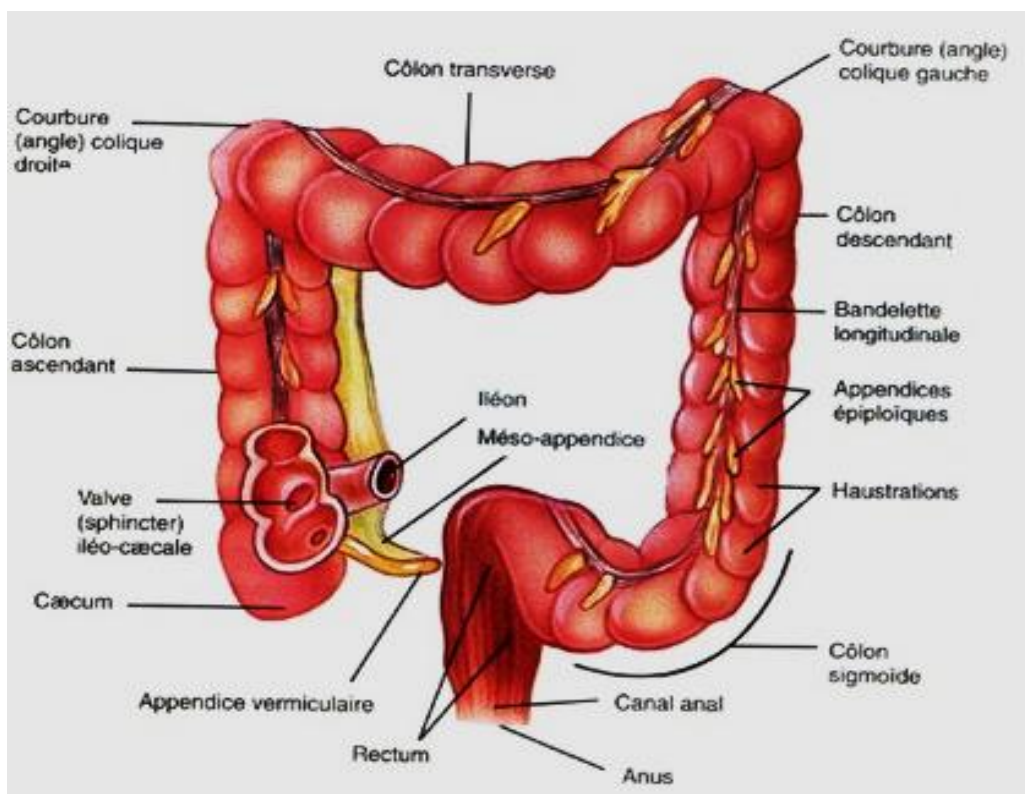


Figure 3: colon-rectum-canal anal[13]

Glandes Annexes

- **Foie**

Le foie est défini comme un organe glandulaire indispensable à la vie. Il est placé sur le trajet de la veine porte, et destiné à de multiples fonctions physiologiques (stockage du glucose sous forme de glycogène, fonction de détoxification, élaboration de la bile, etc....)

Il joue un rôle important dans la digestion, puisque tout ce qui est élaboré au niveau du grêle lui parvient par le système porte. La bile rejoint l'intestin grêle par les voies biliaires : Sécrétée en permanence par le foie, elle est stockée dans la vésicule biliaire et excrétée au moment de la digestion.

- **Pancréas**

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

1.5.3 Rate

La rate est un organe ovalaire, aplati, située sous le diaphragme à gauche au dessus du rein gauche, sur le trajet de la circulation sanguine. C'est le plus volumineux organe lymphoïde. Elle est à la fois :

- un organe hémolytique : où est assurée la destruction des hématies vieilles et
- un organe lymphoïde : assurant la reconnaissance et la capture des antigènes circulants dans le sang et déclenchant la différenciation des cellules immunocompétentes.

- **Les vaisseaux mésentériques**

Le mésentère est la jonction entre l'intestin grêle et le péritoine postérieur. Il a une forme d'éventail, est composé de deux feuillets et renferme des vaisseaux (artère et veine mésentérique) et des nerfs, et permet la vascularisation et l'innervation des anses.

2. Les urgences chirurgicales digestives :

Elles sont classées en 2 : les urgences chirurgicales digestives non traumatiques et les urgences chirurgicales digestives traumatiques.

2.1 Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques :

Elles sont d'origine infectieuse ou obstructive.

Origine infectieuse :

2.1.1. Les appendicites aiguës

❖ Définition

C'est l'inflammation aiguë de l'appendice. 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-mansoni)

❖ 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 (1.500 à 20.000 GB/mm³) surtout à polynucléaires neutrophiles.

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

- 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 la crise d'appendicite.

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans le cas typique

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

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

Signes paracliniques : la numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

La radiographie 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 paracliniques : Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS.

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

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

❖ **Diagnostic différentiel :**

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

Les pathologies médicales les plus fréquemment évoquées sont :

Le paludisme : il est parfois caractérisé par :

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

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

- Une douleur de tout le flanc droit
- Des vomissements
- Une fièvre

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

L'adénolymphite mésentérique : une inflammation des ganglions mésentériques sans atteinte de l'appendice l'examen clinique ne permet pas de la distinguer de l'appendicite à coup sûr.

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

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

- Une douleur du flanc droit ;
- Des vomissements ;
- Une constipation.

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

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

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

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

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

a) Formes selon le terrain

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

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

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

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

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

L'appendicite de la femme enceinte est caractérisée par :

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

Au 3ème trimestre : La douleur appendiculaire est plus haute.

La défense est moins nette. Un problème de diagnostic différentiel se pose avec la pyélonéphrite de la femme enceinte.

La pyélonéphrite est caractérisée par :

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

b) Formes selon le siège

L'appendicite pelvienne : elle se voit surtout chez la femme non enceinte, elle est caractérisée par :

- Des douleurs basses dans la fosse iliaque droite ;
- Des nausées ;
- Une constipation ;
- Une température 37°c – 37, 5°c ;

- Un pouls accéléré ;
- Une douleur provoquée à la palpation de la partie basse de la fosse iliaque droite

Le Toucher rectal et le toucher vaginal provoquent des douleurs aiguës à droite.

Dans ce cas il faut éliminer une salpingite, une grossesse extra utérine.

L'appendicite sous-hépatique elle est caractérisée par :

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

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

Appendicite mésocoeliale caractérisée par:

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

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

❖ Principe du traitement des appendicites aiguës

Le seul traitement est l'appendicectomie.

a) L'abcès appendiculaire nécessite :

- Une appendicectomie ;
- Une antibiothérapie.

b) La péritonite nécessite

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

c) Le plastron appendiculaire :

Son traitement comporte :

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

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

2.1.2. Les péritonites aiguës d'origine infectieuse : primitives et secondaires infectieuse

❖ **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). Les péritonites non traumatiques sont la plupart des cas primitives et secondaires infectieuses.

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

❖ **Formes cliniques**

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

Les signes cliniques sont ici typiques et permettent, pratiquement seuls, de faire le diagnostic de péritonite. L'installation du syndrome peut dépendre de l'étiologie, mais la phase d'état (quelques heures après le début) est en générale commune à l'ensemble des étiologies.

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

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

b) Les formes asthéniques

Ce sont des formes particulières que l'on trouve chez les sujets âgés, mais aussi chez les malades de réanimation ou les immunodéprimés.

Schématiquement, on peut décrire deux tableaux : celui d'une occlusion fébrile, d'installation plus ou moins rapide et nette dans l'arrêt du transit et dans l'évolution de la fièvre, et celui d'un choc toxi-infectieux inaugural. C'est le tableau de choc toxi-infectieux qui pose le plus souvent des problèmes diagnostiques.

Les signes généraux dominant la symptomatologie, alors que l'examen physique est pauvre : douleur abdominale peu intense ou absente, contracture et défense rares, météorisme indolore, touchers pelviens peu démonstratifs.

Ici, l'imagerie peut faire appel à l'échographie (épanchement liquidien péritonéal) si le météorisme n'est pas trop important à la TDM ou encore aux opacifications digestives utilisant des produits hydrosolubles. L'échographie et la

TDM peuvent encore guider la ponction de l'épanchement (intérêt diagnostique et bactériologique).

❖ **Etiopathogénie**

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

a. Péritonite primitive :

L'inoculation par voie hématogène à partir d'un foyer infectieux localisé extra-péritonéal, réalise une péritonite primitive (1% des cas et surtout chez l'enfant, notamment la petite fille). Le liquide péritonéal ne contient qu'un seul germe : Streptocoque, Pneumocoque bacilles Gram négatifs aérobies.

b. Péritonite secondaire infectieuse :

L'inflammation à partir d'un viscère intra-péritonéal réalise une péritonite secondaire (99% des cas). Peut-être :

- Une péritonite par perforation d'un organe creux, elle-même consécutives à une infection (Fièvre typhoïde, Ulcère gastro-duodéal, Sigmoidite...)
- Une péritonite par diffusion de germes pathogènes à partir d'un foyer infectieux localisé intra-péritonéal (Appendicite, Cholécystite, Salpingites...). Ces péritonites secondaires sont poly-microbiennes (Aéro-anaérobies). La virulence des germes y est augmentée par la présence de substances telles que le mucus, l'hémoglobine, la bile etc...

❖ **Traitement**

Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps :

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

Le traitement médical est double

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

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

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

La chirurgie utilise deux grands moyens :

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

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

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

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

Origine obstructive

1. Les occlusions intestinales aiguës : formes organiques

❖ 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 :

- Strangulation (exemple : volvulus, invagination) ;
- Obstruction ;
- Compression ;

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

- Une hernie étranglée ;
- Un volvulus ;
- Une invagination intestinale.

Elle entraîne tôt des troubles ischémiques de l'intestin.

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

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

La strangulation favorise la fermentation des matières dans l'intestin d'où production de gaz qui va s'accumuler à la partie supérieure de l'anse strangulée alors que le liquide reste à la partie inférieure.

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

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

❖ **Signes cliniques**

a) Les signes fonctionnels sont caractérisés par :

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

b) Les signes généraux sont caractérisés par :

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

c) Les signes physiques sont caractérisés par :

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 paracliniques

- **A 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** effectué en dehors des périodes de vomissements peut monter un obstacle sur l'intestin grêle. Les signes biologiques des troubles hydroélectrolytiques. Car l'occlusion entraîne une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acide-basse. Ces troubles hydro-électrolytiques souvent fonctionnelles sont constatés sur l'ionogramme (souvent une "hypernatrémie"), l'azotémie ou la créatinémie (souvent une "hyperazotémie" ou un hyper créatinémie").

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

❖ **Formes cliniques**

- En fonction du siège

Tableau I: répartition des signes d'occlusions en fonction de leurs sièges.

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

❖ **En fonction du mécanisme**

L'occlusion par volvulus du sigmoïde est caractérisée par :

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

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

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

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

❖ **En fonction de l'étiologie et de l'âge :**

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

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

La maladie de Hirschprung ;

L'immaturité du colon pour la 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 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 debout de face prenant les coupoles 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 :

Il consiste en

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

Le traitement chirurgical :

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

Pour le volvulus du sigmoïde il faut pratiquer en urgence :

- Une laparotomie
- Une détorsion du sigmoïde
- Une sigmoïdectomie

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

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

- Une laparotomie ;
- La section de la bride.

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

- La laparotomie ;
- Si possible une résection du cancer.

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

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

2.Hernie étranglée

❖ Définition

L'étranglement herniaire se définit comme la striction serrée et permanente d'un viscère à l'intérieur du sac herniaire.

Il constitue le risque évolutif majeur de toute hernie, justifiant systématiquement la cure chirurgicale préventive.

❖ Physiopathologie

Une hernie non compliquée est indolore (elle entraîne tout au plus un simple gêne) et son contenu est facilement repoussé dans l'abdomen par simple pression. Parfois, au décours d'un effort par exemple, la hernie n'est plus réductible par les manœuvres habituelles. Le collet de la hernie est devenu trop étroit et constitue un anneau d'étranglement rigide qui empêche la réduction, comprime le viscère incarcerated et

compromet sa vascularisation (d'abord le retour veineux puis la vascularisation artérielle).

Par définition, une hernie étranglée est donc une hernie devenue douloureuse et irréductible.

Cet étranglement a plusieurs conséquences :

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

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

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

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

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

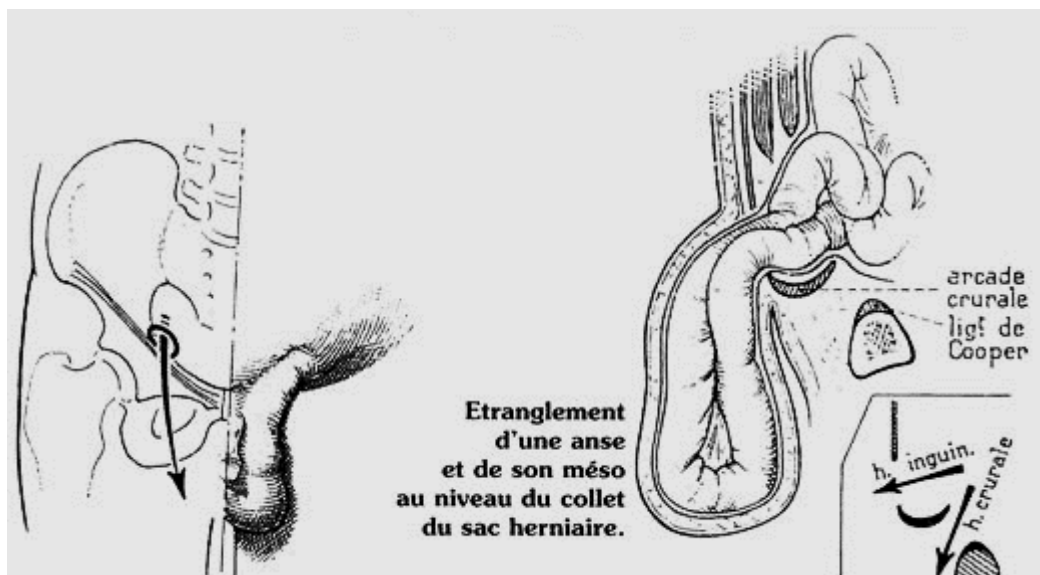


Figure 4: Hernie étranglée[24]

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

également étroit et fibreux est souvent diagnostiquée au stade d'étranglement. Elle se voit surtout chez les femmes âgées.

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

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

Avec le temps et en dehors de tout accident aigu et douloureux, la hernie devient progressivement irréductible, du fait de son volume et des adhérences 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 œdématisée. La rupture de l'anse étranglée à la peau

réalise une fistule. Cette fistule peut entraîner une dénutrition rapide lorsqu'il s'agit d'une anse grêle.

❖ **Formes cliniques :**

Trois variétés évolutives sont à retenir :

-Formes suraiguës elles sont l'apanage des petites hernies au collet très serré.

Ici l'évolution est très rapide et la symptomatologie est assez bruyante :

Syndrome hyperalgique, 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 épaississement de la paroi intestinale et une stase liquidienne dans le segment intestinal étranglé.

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

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

❖ **Diagnostic positif**

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

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

❖ **Diagnostic différentiel**

a. La péritonite herniaire

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

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

b. L'engouement herniaire

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

c. Les adénites inguinales

Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile

d. Les anévrysmes de l'artère iliaque externe

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

❖ 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.

2.2 Les urgences chirurgicales digestives traumatiques

Elles sont dues généralement aux traumatismes abdominaux :

Traumatisme abdominal

1. Définition :

Un traumatisme abdominal est une blessure à l'abdomen par un objet (contusions) ou pénétrant (plaies pénétrantes) et peut impliquer des lésions du système digestif. Les traumatismes abdominaux présentent un risque de perte de sang (hémopéritoine) et d'infection grave (péritonite aiguë post-traumatique).

2. Épidémiologie :

La plupart des décès consécutifs à un traumatisme abdominal sont évitables. Le traumatisme abdominal est l'une des causes les plus courantes de décès évitables liés à un traumatisme.

3. Classification :

Les traumatismes abdominaux sont divisés en types contondants et pénétrants.

Un trauma contondant, ou fermé, est causé par un choc avec une compression, une propagation d'onde de pression ou une décélération brutale. Les organes les plus souvent atteints sont la rate, puis le foie, et enfin les viscères creux (notamment le grêle).

Un trauma pénétrant, ou ouvert, est causé par une collision avec un objet dur ou coupant.

Alors que les traumatismes abdominaux pénétrants sont généralement diagnostiqués sur la base des signes cliniques, les traumatismes abdominaux contondants ont plus de chance d'être oubliés, car les signes cliniques sont moins évidents.

Une classification est également possible par structure atteinte:

Paroi abdominale

Organe creux

Viscère

Vaisseaux sanguins

4. Étiologies

Traumas contondants

Coup (poing, pied, genou, etc.)

Impact avec un objet (guidon de voiture ou de bicyclette)

Décélération rapide (chute de hauteur, collision en voiture)

Les accidents de la route sont une cause fréquente de traumatismes abdominaux contondants. Les ceintures de sécurité réduisent le nombre de blessures à la tête et à la poitrine, mais constituent une menace pour les organes abdominaux tels que le pancréas et les intestins, qui peuvent être comprimés contre la colonne vertébrale.

Traumas pénétrants

Trauma à l'arme blanche

Blessure par balle. Les blessures par balle, qui ont généralement une énergie supérieure à celle des coups de couteau, sont généralement plus dommageables que ces dernières. Toute blessure par balle en bas de la ligne des mamelons est considérée comme un trauma abdominal potentiel.

4.1 Pédiatrie

Chez les enfants, les accidents de bicyclette sont également une cause fréquente de lésions abdominales, en particulier lorsque l'abdomen heurte le guidon. Les blessures sportives peuvent affecter les organes abdominaux tels que la rate et les reins. Les chutes et le sport sont également des mécanismes fréquents de blessure abdominale chez les enfants. L'abus physique constitue la deuxième cause de décès lié à la maltraitance d'enfants, après le traumatisme cérébral. Les enfants sont particulièrement vulnérables aux blessures abdominales dues à la ceinture de sécurité en voiture, car ils ont une région abdominale plus souple et la ceinture de sécurité n'a pas été conçue pour s'y adapter, d'où l'importance des sièges pour enfants.

5. Physiopathologie

Les traumatismes abdominaux peuvent mettre la vie en danger, car les organes abdominaux peuvent saigner abondamment. Les saignements rétropéritonéaux sont redoutables, car cet espace peut contenir beaucoup de sang. Les organes abdominaux

solides (ex.foieetrein) saignent abondamment lorsque lacérés ou déchirés, tout comme l'aorte et la veine cave inférieure.

Les organes creux (ex.estomac,intestins) sont moins fréquemment impliqués dans un choc hémorragique dû à un saignement abondant, mais présentent un risque grave d'infection,en particulier si une telle blessure ne fait pas l'objet d'un traitement medical immediat. L infection est la principale cause de décès par traumatisme abdominal.

Un ou plusieurs organes intra-abdominaux peuvent être blesser dans un traumatisme abdominal. Les caractéristiques de la lésion sont en partie déterminées par les organes blessés.

5.1 Foie

Le foie, l'organe abdominal le plus vulnérable aux blessures contondantes en raison de sa taille et de son emplacement (dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen), est blessé chez environ 5% des personnes admises dans un hôpital pour traumatisme. Le foie est également vulnérable aux traumatismes pénétrants. Les lésions hépatiques présentent un risque important de choc, car le tissu hépatique est fragile et possède un apport sanguin important et une grande capacité sanguine. Chez les enfants, le foie est l'organe abdominal le plus souvent blessé. La lacération, la contusion ou même une extravasation de bile intra-abdominale peut se développer. Si gravement blessé, le foie peut provoquer un choc hémorragique, nécessitant une chirurgie abdominale ou une angio intervention pour arrêter le saignement.

5.2 Rate

La rate est le deuxième organe intra-abdominal le plus fréquemment blessé chez les enfants.Une déchirure de la rate peut être associée à un hématome . En raison de la capacité de la rate à saigner abondamment, une rate déchirée peut menacer la vie et entraîner un choc hémorragique. Cependant, contrairement au foie, les traumatismes pénétrants de la rate, du pancréas et des reins ne présentent pas une menace immédiate de choc s'ils ne lacèrent pas l'un des principaux vaisseaux sanguins alimentant les organes, tels que l'artère rénale. Les fractures des côtes inférieures gauches sont associées à des lacérations de la rate dans 20% des cas.

5.3 Pancréas

Le pancréas peut être blessé dans un traumatisme abdominal, par exemple par une lacération ou une contusion. Les lésions pancréatiques, causées le plus souvent par des accidents de bicyclette (en particulier par des chocs au guidon) chez les enfants et des accidents de la route chez les adultes, surviennent généralement isolées chez les enfants et accompagnées par d'autres blessures chez les adultes. Les indications de lésion du pancréas incluent l'élargissement et la présence de liquide au tour du pancréas.

5.4 Reins

Les reins peuvent aussi être blessés. Une lésion rénale peut également être associée à l'hématurie.

5.5 Intestin

L'intestin grêle occupe une grande partie de l'abdomen et est susceptible d'être endommagé lors d'une blessure pénétrante. L'intestin peut être perforé. Un pneumopéritoine est pathognomonique de perforation intestinale à la tomodensitométrie ou à la radiographie. Une lésion intestinale peut être associée à des complications telles qu'une péritonite, un abcès, et la formation d'une fistule. La perforation intestinale nécessite une intervention chirurgicale.

6. Examen clinique

La méthode d'examen clinique doit suivre la structure de l'ATLS. La prise des signes vitaux, avec une attention particulière portée sur la FC, la TA et la température, est cruciale.

À l'inspection

Repérer la présence de plaies: hémorragie, éviscération, écoulements digestifs.

Les personnes blessées dans des accidents de la route peuvent présenter avec un signe de la ceinture de sécurité, c'est-à-dire des ecchymoses sur l'abdomen le long du site de la portion ventrale de la ceinture de sécurité. Ce signe est associé à un taux élevé de lésions des organes abdominaux. Les ceintures de sécurité peuvent également causer des abrasions et des hématomes. Des lésions internes sont associées à environ 30% des patients présentant de tels signes.

À la palpation

On distinguera la douleur localisée de la douleur généralisée Il est important de repérer les signes d'irritation péritonéale: défense involontaire, signe dure bond (ressaut), etc.

Un iléus paralytique est parfois présent.

Le toucher rectal est obligatoire afin de rechercher du sang.

Les blessures associées aux traumatismes intra-abdominaux comprennent les fractures de côte, les fractures vertébrales, les fractures du bassin et les blessures à la paroi abdominale.

6.1 Traumatisme contondant

Douleur abdominale à la palpation

Distension abdominale

Ecchymose abdominal ou au flanc

Choc inexplicé

6.2 Traumatisme pénétrant

Douleur abdominale à la palpation

Saignement

Éviscération

Objet empalé

Déchirure musculaire

Choc

Lésion tronculaire visible incluant poitrine ou abdomen

7. Drapeaux rouges

Instabilité hémodynamique (tachycardie et/ou hypotension)

Présence de liquide libre dans la cavité abdominale à l'échographie ciblée

Mécanisme traumatique à risque (traumatisme pénétrant, traumatisme par projectile d'arme à feu, traumatisme à haute vitesse)

Défense abdominale involontaire ou rigidité abdominale

Hématurie

Signe de la ceinture de sécurité

Fièvre

Acidose métabolique

Augmentation des lactates sériques

8. Investigation

8.1. Bilan sanguin

Le bilan sanguin demandé contient un ou plusieurs des éléments suivants (à demander selon la clinique):

Hb, Ht ou NFS

Augmentation des globules blancs (rupture d'organe creux)

Anémie

Souvent en aiguë, l'hémoglobine peut être normale mais le patient peut être en choc hémorragique quand même. Il y a une certaine dilution qui s'opère éventuellement.

Hypoplaquettose

Évaluer une éventuelle hypoplaquettose secondaire au traumatisme

Les plaquettes sont toujours importantes en pré-op :si elles sont abaissées, les chirurgiens pourraient vouloir une transfusion plaquettaire avant l'opération.

INR et TCA

Évaluer une éventuelle coagulopathie traumatique ou une coagulopathie préexistante

Évaluer le niveau thérapeutique du coumadin (et renverser au besoin)

Groupé et croisé

Si cliniquement indiqué, mettre des culots en réserve

Particulièrement utile pour les patients dont on anticipe le besoin de transfusion.

Ions, Créatinine, Glycémie

Analyse d'urine (rechercher la présence d'hématurie)

Gaz veineux ou capillaire et lactate (si instabilité hémodynamique)

Bêta-hCG (si femme en âge de procréer et pourrait changer la conduite)

Bilan hépatique et lipase(PRN)

Bilan toxicologique(PRN)

8.2.Radiologique

Il est important de ne pas retarder une exploration chirurgicale afin de passer des examens radiologiques.

10% des patients polytraumatisés qui ne présentaient aucun signe clinique de lésion abdominale avaient effectivement des preuves de telles lésions en utilisant une imagerie radiologique. Les techniques de diagnostic utilisées incluent tomodensitométrie, échographie et la radiographie abdominale.

Chez un patient hémodynamiquement instable, la technique à privilégier est l'échographie au département d'urgence(ÉDU).

Chez le patient hémodynamiquement stable, il est d'usage de procéder d'abord à l'ÉDU. Si l'ÉDU est négative, la tomodensitométrie peut être réalisée en fonction de la suspicion clinique et du mécanisme.

Lorsqu'un cas de traumatisme abdominal nécessite une tomodensitométrie pour un autre traumatisme (par exemple, TDM de la tête ou du thorax), certains cliniciens réaliseront une tomodensitométrie abdominale en même temps sans perdre de temps dans les soins des patients. Un diagnostic laparoscopique ou par laparotomie exploratoire peut également être réalisé si d'autres méthodes de diagnostic ne donnent pas de résultats concluants.

8.2.1.Échographie ciblée au département d'urgence

L'échographie ciblée est un atout pour le clinicien devant traiter les traumatismes abdominaux: elle permet de détecter la présence de liquide libre dans la cavité abdominale au chevet du patient et d'éliminer la présence d'une dissection aortique.

Cette technique comporte cependant des limites:

la présence de liquide libre ne permet pas de distinguer l'ascite d'un saignement dans la cavité péritonéale;

la qualité de l'image est dépendante de l'expérience de l'utilisateur;

Elle ne permet pas d'identifier l'origine du saignement;

Elle ne permet pas d'identifier les saignements rétropéritonéaux.

8.2.1.1. Traumatismes contondants

L'échographie ciblée permet de rechercher la présence de liquide libre dans la cavité péritonéale. On vérifie la présence de liquide libre dans l'abdomen au niveau des deux hypochondres et du petit bassin. Elle permet également de vérifier l'intégrité de l'aorte abdominale.

8.2.1.2. Traumatismes pénétrants

En présence de liquide libre et d'une instabilité hémodynamique, il est indiqué de procéder à une laparotomie exploratrice d'urgence. Une consultation en chirurgie est alors suggérée.

En présence d'un traumatisme abdominal pénétrant, de liquide libre mais sans instabilité hémodynamique, il est indiqué de procéder à une tomodensitométrie abdomino-pelvienne d'urgence à la recherche de la source du saignement. Il est alors important de monitorer de manière étroite le patient.

8.2.2. Tomodensitométrie abdominale et pelvienne avec contraste intra-veineux

Dans le cas **d'un patient hémodynamiquement instable**, la tomodensitométrie est contre-indiquée. La salle de tomodensitométrie est un endroit particulièrement difficile pour gérer un patient instable. Il faut donc que le patient soit stable avant d'envisager une tomodensitométrie. Si le patient est trop instable pour aller au TDM, une réanimation adéquate et une prise en charge rapide en chirurgie sont probablement indiqués.

Chez le **patient hémodynamiquement stable** ayant reçu un traumatisme abdominal significatif, la tomodensitométrie est indiquée. La tomodensitométrie permet de vérifier la présence de liquide libre, les lésions aux organes creux, les lésions aux organes pleins, la dissection aortique, les saignements rétropéritonéaux et les fractures de la portion imagée.

8.2.3. Radiographie de l'abdominale sans préparation (ASP)

La radiographie peut aider à déterminer le trajet d'un objet pénétrant et à localiser toute matière étrangère laissée dans la plaie, mais peut ne pas être utile en cas de traumatisme contondant. À la radiographie abdominale, on peut également rechercher un

pneumopéritoine, ce qui indique une rupture d'un organe creux. La radiographie abdominale n'est pas réalisée de routine. Elle peut être un bon ajout à l'échographie ciblée en milieu isolé ou éloigné en l'absence de tomodensitométrie.

8.3.Lavage péritonéal

Le lavage péritonéal est une technique controversée et de moins en moins utilisée de nos jours, mais il peut être utilisé pour détecter des lésions des organes abdominaux. Un cathéter est placé dans la cavité péritonéale. Il faut d'abord tenter d'aspirer: si un liquide est présent, il est aspiré et analysé. S'il n'ya pas de sang initialement, une solution saline stérile est instillée dans la cavité, puis évacuée et analysée à la recherche de sang.

Bien que le lavage péritonéal soit un moyen précis de détecter les saignements, il comporte un risque de lésion des organes abdominaux, peut être difficile à effectuer et peut entraîner une intervention chirurgicale inutile. Il a donc été largement remplacé par l'échographie au département d'urgence en Europe et en Amérique du Nord. L'échographie permet de détecter des fluides tels que du sang ou du contenu gastro-intestinal dans la cavité abdominale, et constitue une méthode sûre et rapide.

9.Prise encharge

Le traitement initial implique une stabilisation suffisante du patient pour assurer l'ABC, ainsi que l'identification de blessures extra-abdominales (trauma crânien, thoracique, etc.). Selon les blessures, un patient peut avoir besoin ou non de soins intensifs . Il est important d'établir de bonnes voies intra veineuses rapidement (2X16Gadanslepliduoude).

9.1.Médical

En présence d'hémorragie abdominale significative (à l'échographie ciblée) et/ou de symptômes d'instabilité hémodynamique, l'administration de Cyclokapron, de culots globulaires et/ou l'activation d'un protocole de transfusion massive peut être indiqué.

9.2.Chirurgicale

Une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour réparer les organes blessés. L'exploration chirurgicale est nécessaire pour les personnes présentant des lésions pénétrantes et des signes de péritonite ou de choc.[1] La Laparotomie est parfois pratiquée dans un traumatisme abdominal contondant[3], et est requis de toute urgence si une lésion abdominale provoque une hémorragie importante potentiellement mortelle[1]. Cependant, certaines lésions intra-abdominales peuvent être traitées avec succès sans intervention chirurgicale.

9.2.1.Indications de la laparotomie.

Traumatisme contondant

Traumatisme abdominal antérieur et hypotension

Éviscération (lacération et contenu abdominal apparent)

Péritonite

Air libre sous les coupoles (radiographie ou tomodensitométrie)

Liquide libre à l'échographie ciblée chez un patient hémodynamiquement instable

Lésion à la TDM nécessitant une chirurgie (il est conseillé de discuter avec l'équipe de chirurgie de toute trouvaille traumatique à la TDM)

Traumatisme pénétrant

Blessure à l'abdomen, au dos ou au flanc avec hypotension

Défense abdominale

Éviscération

Lésion à la TDM nécessitant une chirurgie

Haute suspicion de trajectoire abdominal par projectile d'arme à feu

10. Complications

Choc hémorragique

Péritonite

Décès

10.1. Traumatisme contondant

Rupture aortique

Rupture de la vessie

Déchirure diaphragmatique

Déchirure intestinale

Hématome hépatique

Rupture hépatique

Lacération hépatique

Fracture pelvienne rupture

Splénique

10.2. Traumatisme pénétrant

Rupture vésicale

Lacération intestinale

Lacération rénale

Lacération des vaisseaux sanguins

Lacération hépatique

Lacération splénique

11. Pronostic

Si le traumatisme abdominal n'est pas rapidement diagnostiqué, les résultats sont moins bons. Le traitement retardé est associé à une morbidité et une mortalité particulièrement élevées s'il y a perforation d'un organe creux.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1-Type et période d'étude :

Etude prospective allant du mois de mars 2022 au mois de mars 2023 dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

2-Description du cadre d'étude :

L'hôpital régional FousseyniDaou de Kayes est situé à l'Est de la ville de Kayes à 475 kilomètres de Bamako sur la voie ferroviaire Dakar-Niger.

a- la région de Kayes :

Située à l'extrême ouest du mali, la région de Kayes s'ouvre sur trois pays frontaliers: la Mauritanie, le Sénégal et la Guinée, et couvre une superficie totale de 120.760 km², arrosée par le fleuve Sénégal et ses affluents. Sa population était de 2.338.999 habitants en 2015. La région de Kayes est limitée :

- Au nord par la Mauritanie ;
- Au sud par la république de Guinée ;
- A l'ouest par la république du Sénégal ;
- A l'est par la région de Koulikoro

Le relief en apparence peu accidenté est très compartimenté entre plateaux vallonnés et cours d'eau encaissés. Il existe quatre zones bioclimatiques :

- Une zone assez humide pré guinéenne,
- Une zone humide soudanienne au sud,
- Une zone semi humide soudanienne au nord
- et une zone sahélienne sèche

Première région de la république du Mali, elle est administrée par un gouverneur et est subdivisée en 7 cercles (Kayes, Yélimané, Nioro, Diéma, Kita, Bafoulabé et Keniéba) composés de 117 communes rurales et 12 communes urbaines. Les ethnies dominantes sont les Khassonkés, les bambaras, les malinkés, les soninkés et les peulhs.

Une des particularités de la région de Kayes est la forte proportion des immigrés. Ainsi, la majorité des maliens vivants en France sont des soninkés originaires de la

région. L'économie est surtout agro-pastorale, mais il faut noter l'émergence d'une industrie minière concrétisée par la découverte et l'exploitation de deux importantes mines d'or à Sadiola et à Yatela ainsi que le phénomène d'orpaillage à Keniéba (exploitation traditionnelle de l'or). Le réseau routier constitué en grande partie de pistes

Temporaires est largement insuffisant, si bien que l'enclavement est un problème majeur de la région. Le principal moyen de transport reste le chemin de fer. la ligne aéroport Kayes- Bamako n'est point à la portée de la majorité des populations.

b- le cercle de Kayes:

Le cercle de Kayes occupe l'extrême ouest de la région avec une superficie de 30.380 km². Il est subdivisé en 129 communes dont 12 urbaines et comprend actuellement 26 aires de santé opérationnelles.

c- la ville de Kayes :

Kayes fut la capitale du haut Sénégal-Niger, puis du soudan français de 1880 À 1920. Située au bord du fleuve Sénégal, elle possédait en 2015 une population de 513.362 habitants avec un nombre moyen de 6,6 personnes par ménage infrastructures routières urbaines et interurbaines, les infrastructures sanitaires, l'assainissement de la ville, la disponibilité de l'eau potable et l'électricité ont connu de grandes améliorations ces dernières années.

d- les formations sanitaires :

Il existe au niveau de la région six centres de santé de cercle en plus de celui de Kayes et qui ont tous été érigés en centre de santé de référence. Ils travaillent en collaboration avec l'hôpital régional de Kayes. Le plan de développement socio-sanitaire du cercle de Kayes 2004-2008 prévoit 46 aires de santé. Actuellement, 28 aires de santé sont opérationnelles. La commune de Kayes abrite aussi d'autres catégories de structures sanitaires qui sont:

---> dix privés à but lucratif:

- La polyclinique Yonkisaha,
- Le cabinet du fleuve, le cabinet médical Touba,

- Le cabinet santé plus,
- Cabinet médical Amina,
- Cabinet médical Lafia sud
- Clinique Douba
- Cabinet Sewa ;
- Clinique fraternité Sylla ;
- Clinique Hippocrate ;
- Cabinet médical Mariam SibyKobada ;
- Cabinet médical Teriya ;
- Cabinet médical Diabaté ;
- > cinq formations parapubliques, ce sont les dispensaires de :
 - L'institut national de prévoyance sociale,
 - La régie du chemin du fer du mali,
 - La mairie,
 - La croix rouge,
 - La garnison militaire
- > Une formation publique
 - Le centre de santé de références de Kayes
- > Trois formations communautaires
 - Le CSCOM du Khasso
 - Le CSCOM de Kayes n'di
 - Le CSCOM de lafiabougou.
 - Le CSCOM de plateau

e- l'hôpital régional FousseyniDaou :

e.1- présentation générale de l'hôpital :

l'hôpital de Kayes est une des plus anciennes formations sanitaires du Mali. Il a été créé en 1883 par les militaires français lors de leur pénétration dans l'ouest africain. Il avait pour vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre des conquêtes coloniales avant leur évacuation sur le Sénégal ou la

France. Il devient hôpital secondaire en 1959 puis érigé en hôpital régional en 1969. L'ensemble de l'établissement a été rénové en 1987 dans le cadre d'un accord d'assistance technique sanitaire entre les gouvernements du Mali et de l'Italie.

En 1991, il est baptisé hôpital régional Fousseyni Daou du nom d'un de ses anciens médecins-directeurs. Créé par la loi N° 03-020 du 14 juillet 2003, et conformément aux dispositions de loi N°02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière, l'hôpital Fousseyni Daou est érigé en établissement public hospitalier (EPH) placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé

e.2- infrastructures de l'hôpital : constituées de 14 pavillons, de 9 logements d'astreinte et d'annexes (bloc buanderie/cuisine, centre de formation, 6 chambres de passage, 2 morgues et 1 garage), l'hôpital s'étend sur une superficie de 12ha avec une capacité de 130 lits.

L'hôpital est de type pavillonnaire et comprend:

- Un bureau des entrées;
- Bloc d'hospitalisation de première catégorie de 10 lits communs à tous les services (vip 1 et vip2)
- Le service des urgences;
- Un bloc administratif, financier;
- Les services de médecine et de dermatovénérologie ;
- Le service de gynéco-obstétrique ;
- Le service d'urologie et orl à l'étage;
- Le service de laboratoire ;
- Le service de pharmacie;
- Le service de pédiatrie,
- Les services de chirurgie, d'anesthésie réanimation, de traumatologie, de radiologie et un bloc opératoire composé de 4 salles;
- Le service d'ophtalmologie; - le service d'odontostomatologie;
- Le centre d'appareillage orthopédique et de rééducation fonctionnelle (C.A.O. R. F);

URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES

- Une unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH ;
- Un bloc pour la buanderie, la cuisine et le logement du personnel de soutien ;
- Un centre de formation continue;
- Un bloc de six chambres de passage;
- Neuf logements d'astreinte (directeur régional, directeur de l'hôpital et les médecins) ;
- Un garage ;
- Deux morgues.

e.3- Les objectifs :

Actuellement l'hôpital assure des activités de premier niveau et de référence de deuxième niveau. Il s'agit de :

- Diagnostic,
- Traitement,
- Formations et recherches,
- Suivi des malades hospitalisés
- Interventions chirurgicales,
- Activités de laboratoire, de radiologie, d'ophtalmologie et de stomatologie.

e-4- le service de chirurgie générale : est composé de :

- Trois (3) bureaux pour le chirurgien,
- Un bureau pour l'infirmier major,
- Une salle de garde,
- Une salle de pansements,
- Trois (3) salles d'hospitalisation avec une capacité totale de 12 lits et des matériels.

f- critères d'inclusion: sont inclus dans l'étude:

- Les patients opérés pour urgence chirurgicale digestive sans distinction de sexe ni d'âge dans le service de chirurgie générale de l'hôpital F .Daou de Kayes.

g- critères d'exclusion: sont exclus de cette étude :

- Toutes urgences chirurgicales digestives non opérées dans le service de chirurgie de l'hôpital FoussenyDaou de Kayes.

-Toutes urgences digestives médicales.

h- Méthode :

Pour mener cette étude, nous allons élaborer un dossier en tenant compte des données administratives, cliniques, para cliniques, thérapeutique, l'évolution au cours de l'hospitalisation et même après la sortie du patient de l'hôpital.

i- supports:

Dossiers de consultation, d'hospitalisation, compte rendu opératoire, anatomopathologique et les constatations peropératoires.

Une fiche d'enquête sous forme de questionnaire est établie pour chaque patient (voir annexe).

j- Les complications : pour les complications post-opératoires nous avons utilisé la classification de CLAVIEN DINDO.

Tableau II: La classification des complications post-opératoires selon CLAVIEN DINDO

Grade	Définition	Exemples
Grade I	Tout évènement post-opératoire indésirable ne nécessitant pas de traitement médical, chirurgical, endoscopique ou radiologique. Les seuls traitements autorisés sont les antiémétiques, antipyrétiques, antalgiques, diurétiques, électrolytes et la physiothérapie.	Iléus, abcès de paroi mis à plat au chevet du patient
Grade II	Complication nécessitant un traitement médical n'étant pas autorisé dans le grade 1.	Thrombose veineuse périphérique, nutrition parentérale totale, transfusion
Grade III	Complication nécessitant un traitement chirurgical, endoscopique ou radiologique.	
IIIa	Sans anesthésie générale	Ponction guidée radiologiquement
IIIb	Sous anesthésie générale	Reprise chirurgicale pour saignement ou autre cause
Grade IV	Complication engageant le pronostic vital et nécessitant des soins intensifs	Opéré
Iva	Défaillance d'un organe	Dialyse
IVb	Défaillance multi-viscérale	
Grade V	Décès	
Suffixe d	Complication en cours au moment de la sortie du patient nécessitant un suivi ultérieur (d = discharge)	

k- Saisie des données:

Les données ont été saisies sur le logiciel Word et l'analyse des données sur le logiciel SPSS tests statistiques : les tests statistiques étaient ceux de khi2 et épi info. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

RESULTATS

V. RESULTATS

A. Epidemiologie

A. Fréquence :

Nous avons réalisé cette étude sur une période d'un an allant du 1er mars 2022 au 1er mars 2023 dans le service de chirurgie générale de l'hôpital FOUSSEYNI DAOU de Kayes.

Pendant cette période nous avons enregistré 100 cas d'urgences chirurgicales digestives sur un total de 1253 consultations ; 235 interventions et 347 hospitalisations. Soit respectivement 7,98% des consultations, 42,53% des interventions, et 28,82% des hospitalisations dans le service.

❖ AGE

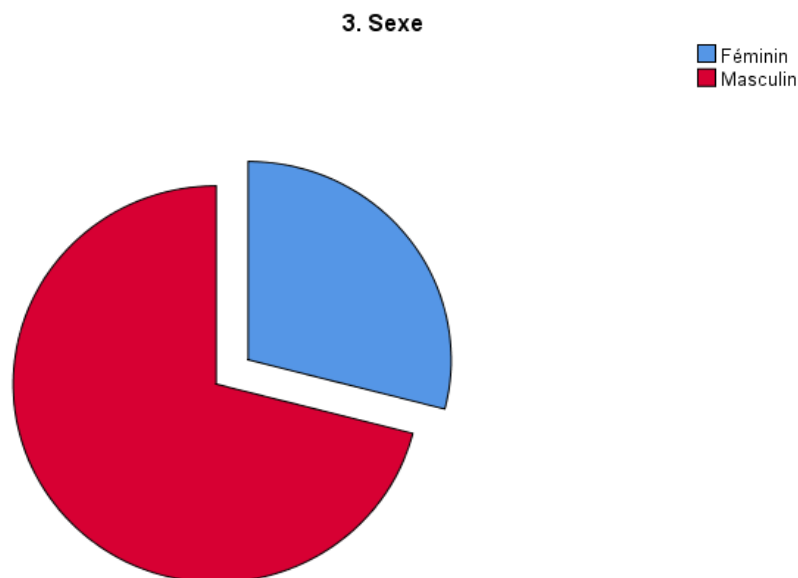
Tableau III: Répartition des patients selon la tranche d'âge

<u>ÂGE</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE%</u>
< 10	5	5
10-20	37	37
20-30	14	14
30-40	20	20
40-50	11	11
50-60	6	6
70 et plus	1	1
Total	100	100

La tranche d'âge 10-20 a été la plus représentée avec 37% des cas. L'âge moyen était de 28,67 avec des extrêmes de 4 et 70 ans. Ecart type= 15,936.

❖ SEXE

Figure 5: Répartition des patients selon le sexe.



Le sexe masculin est le plus représenté avec 71% des cas. Sex- ratio à 2,4.

❖ PROVENANCE

Tableau IV: Répartition des patients selon la provenance

<u>PROVENANCE</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE%</u>
Bafoulabé(cercle)	9	9
Dieuma(cercle)	2	2
Kayes(cercle)	74	74
Kenieba(cercle)	1	1
Nioro(cercle)	1	1
Yelimané(cercle)	12	12
Sénégal	1	1
Total	100	100

Les patients provenant du cercle de Kayes ont été les plus représentés avec 74% des cas

❖ **PROFESSION**

Tableau V: Répartition des patients selon la profession

<u>PROFESSION</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE%</u>
Fonctionnaire	3	27
Commerçant	6	6
Cultivateur	10	10
Élève/Étudiants	32	32
Eleveur	1	1
Ménagère	20	3
Orpailleur	1	20
Autres	27	1
Total	100	100

Les Elèves/Étudiants ont été les plus représentés avec 32% des cas

Autres : jardinier : 5, maçon : 13 , menuisier : 3, soudeur : 6.

❖ **REFERENCE**

Tableau VI: Répartition des patients selon la référence.

<u>ADRESSER PAR</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE%</u>
Infirmier	4	4
Médecin	42	42
Lui-même	53	53
Sapeurs-pompiers	1	1
Total	100	100

Les patients venus d'eux mêmes ont été les plus représentés avec 53% des cas

B. ASPECTS CLINIQUES

❖ **MOTIF DE CONSULTATION**

Tableau VII: Répartition des patients selon le motif de consultation ou de référence

<u>MOTIF DE CONSULTATION</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE%</u>
Douleur abdominale	87	87
Arrêt de matière et de gaz	6	6
Contusion abdominale	3	3
Tuméfaction inguinale douloureuse	3	3
Emission de selles glairo-sangulantes	1	1

La douleur abdominale fut le motif de consultation le plus fréquent avec 87% des cas

❖ **DELAI D'EVOLUTION**

Tableau VIII: Répartition des patients selon le délai d'évolution

<u>TEMPS</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE%</u>
<24H	12	12
]24H-48H]	24	24
]48H-72H]	53	53
]72H-96H]	4	4
>96H	7	7
Total	100	100

Le délai d'évolution comprise entre [48H-72H] a été le plus représenté avec 53% des cas. Le délai d'évolution moyen était 77,4 avec des extrêmes 1 et 432. Ecart type= 70,8

❖ **SIEGE DE LA DOULEUR**

Tableau IX: Répartition des patients selon le siège de la douleur

<u>SIEGE</u>	<u>EFFECTIFS</u>	<u>POURCENTAGE (%)</u>
FID	35	35
Hypogastre	7	7
FIG	1	1
Ombilicale	2	2
Epigastre	5	5
Hypocondre droit	1	1
Flanc droit	1	1
Diffuse	46	46
Autres	2	2
Total	100	100

La douleur abdominale diffuse a été la plus représentée avec 46% des cas.

❖ **MODE D'INSTALLATION**

Tableau X: Répartition des patients selon le mode d'installation de la douleur

<u>CARACTERISTIQUES</u>	<u>DEBUT</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE%</u>
Mode d'installation	Brutal	38	38
	Progressif	56	56
	Post-traumatique	4	4
	Autres	2	2
	Total	100	100

La douleur d'apparition progressive a été la plus représentée avec 56% des cas.

❖ **TYPE DE LA DOULEUR**

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

<u>CARACTERISTIQUES</u>	<u>TYPE</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE</u>
			%
Type	Brûlure	52	52
	Crampes	6	6
	Pesanteur	2	2
	Piqûre	16	16
	Poignard	4	4
	Torsion	20	20
	Autres	2	2
	Total	100	100

La douleur abdominale à type de brûlure a été la plus représentée avec 52% des cas.

❖ **VOMISSEMENTS**

Tableau XII: Répartition des patients selon la présence et la nature de vomissements.

<u>ASPECTS/PERIODE DES</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE</u>
<u>VOMISSEMENTS</u>		%
Alimentaires post-prandiaux précoces	36	36
Alimentaires post-prandiaux tardives	29	29
Non	35	35
Total	100	100

Les vomissements post-prandiaux alimentaires précoces ont été les plus représentés avec 55,38%.

❖ TRAITEMENT AVANT L'ADMISSION

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

<u>TRAITEMENT</u>	<u>OUI/NON</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE%</u>
Médical	Oui	77	77
	Non	23	23
Total		100	100
Traditionnel	Oui	3	3
	Non	97	97
Total		100	100

Les patients ayant reçu de traitement médical avant l'admission sont les plus représentés avec 77% des cas. Les patients ayant reçu de traitement traditionnel avant l'admission ont représenté 3% des cas.

❖ **ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX**

Tableau XIV: Répartition des patients selon leurs antécédents médico-chirurgicaux

<u>ANTECEDENTS</u>		<u>FREQUENCES</u>	<u>POURCENTAGES(%)</u>
Médicaux	HTA	5	3
	UGD	7	6
	Diabète	1	1
	Césarienne	2	2
Chirurgicales	Eventration	2	2
	GEU rompue	1	1
	Hernie inguinale	4	4
	Myome utérin	1	1
	Occlusion intestinale	1	1
Aucun ATCD	Péritonite	3	3
		73	73

Les patients avec des antécédents d'UGD et de la Hernie inguinale ont été les plus représentés avec respectivement 6% et 4% des cas

❖ **SIGNES GENERAUX**

Tableau XV: Répartition des patients selon la température (°C).

<u>TEMPERATURE °C</u>	<u>EFFECTIFS</u>	<u>POURCENTAGES (%)</u>
Hypothermie	12	12
Normale	86	86
Hyperthermie	2	2
Total	100	100

Les patients ayant une température normale ont été les plus représentés avec 86% des cas. La température moyenne était 37,42 avec des extrêmes 35 et 39. Ecart type= 0,638

Tableau XVI: Repartition des patients selon la fréquence cardiaque

<u>POULS (POULS/MIN)</u>	<u>EFFECTIFS</u>	<u>POURCENTAGES (%)</u>
Bradycardie	2	2
Normale	83	83
Tachycardie	15	15
Total	100	100

Les patients avec une fréquence cardiaque normale ont été les plus représentés 83% des cas. La fréquence cardiaque moyenne était 73,93 avec des extremes 56 et 102. Ecart type= 8,741

Tableau XVII: Repartition des patients selon la fréquence respiratoire (Cycle/minute).

<u>FREQUENCE RESPIRATOIRE</u>	<u>EFFECTIFS</u>	<u>POURCENTAGES (%)</u>
Normale	89	89
Tachypnée	11	11
Total	100	100

Les patients avec une fréquence respiratoire normale ont été les plus représentés avec 89% des cas. La fréquence respiratoire moyenne était 19,76 avec des extrêmes 14 et 28. Ecart type= 2,674

Tableau XVIII: Repartition des patients selon la tension artérielle (cmhg).

<u>TENSION ARTERIELLE</u>	<u>EFFECTIFS</u>	<u>POURCENTAGES (%)</u>
Hypotension	4	4
Normale	96	96
Total	100	100

Les patients avec une tension artérielle normale ont été les plus représentés avec 96% des cas.

Tableau XIX: Répartition des patients selon l'indice de masse corporelle (kg/m²).

<u>IMC</u>	<u>EFFECTIFS</u>	<u>POURCENTAGES</u> <u>(%)</u>
Maigre	7	7
Normale	91	91
Obèse	2	2
Total	100	100

Les patients avec un indice de masse corporelle normal ont été les plus représentés avec 91% des cas. IMC moyen était 21,19 avec des extrêmes 16 et 26. Ecart type= 2,182.

❖ **SIGNES PHYSIQUES**

Tableau XX: Répartition des patients selon le résultat de l'inspection

<u>SIGNES</u>	<u>EFFECTIFS</u>		<u>POURCENTAGE</u> <u>(%)</u>
	Oui	Non	
Coloration des conjonctives	90	10	100
Distension abdominale	73	27	100
Cicatrice de laparotomie	86	14	100
Respiration abdominale	94	6	100

Les patients avec des conjonctives colorées sont les plus représentés avec 90% des cas.

Les patients sans distension abdominale ont été les plus représentés avec 73% des cas.

Les patients sans cicatrice de laparotomie ont été les plus représentés avec 86% des cas. Les patients avec une respiration abdominale conservée ont été les plus représentés avec 94% des cas.

Tableau XXI: Répartition des patients selon le siège de la douleur à la palpation

<u>DOULEUR A LA PALPATION</u>	<u>SIEGE</u>	<u>EFFECTIFS</u>	<u>POUCENTAGE (%)</u>
Douleur	Diffuse	52	52
	Hypochondre droit	2	2
	Epigastre	1	1
	Flanc droit	1	1
	Flanc gauche	1	1
	Ombilicale	4	4
	FID	32	32
	Hypogastre	4	4
	Inguinale	3	3
	Total	100	100

Les patients avec la douleur abdominale diffuse ont été les plus représentés avec 52 des cas

Tableau XXII: Repartition des patients selon le siege de la défense et de la contracture à la palpation

<u>SIEGE</u>	<u>EFFECTIFS(%)</u>	
	<u>DEFENSE</u>	<u>CONTRACTURE</u>
Diffuse	36 (36%)	9 (9%)
Hypocondre droit	1 (1%)	0
Flanc droit	1 (1%)	0
Ombilicale	1 (1%)	0
FID	34 (34%)	0
Hypocondre	3 (3%)	0
Aucune	24 (24%)	81 (81%)
Total	100 (100%)	100 (100%)

Les patients avec la defense abdominale diffuse ont été les plus représentés avec 36 des cas.

La contracture abdominale a été retrouvée chez 9% de nos patients.

Tableau XXIII: Répartition des patients selon la présence et le siège d'une masse.

<u>SIEGE</u>	<u>EFFECTIFS</u>	<u>POUCENTAGE</u> <u>(%)</u>
FID	5	5
Ombilicale	3	3
Inguinale	1	1
Aucune	91	91
Total	100	100

Les patients sans masse abdominale ont été les plus représentés avec 91% des cas.

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

<u>PERCUSSION</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE</u>
Matité	22	22
Tympanisme	16	16
Normal	62	62
Total	100	100

Les patients présentant une matité à la percussion ont été les plus représentés avec 84% des cas

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

<u>AUSCULTATION</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE</u>
Bruits hydro-aérique diminués	61	61
Bruits hydro-aérique normaux	36	36
Silence abdominale	3	3
Total	100	100

Les patients avec des bruits hydro-aérique diminués ont été les plus représentés avec 61% des cas

Tableau XXVI: Répartition des patients selon le toucher pelvien

<u>RESULTAT</u>	<u>FREQUENCE(%)</u>	
	TV	TR
Normal	11 (11%)	15 (15%)
Douglass bombé et douloureux	–	32 (32%)
Douglass douloureux	–	35 (35%)
Rectorragie	–	2 (2%)
Selles glairo-sangulantes	–	2 (2%)
Fécalome	–	4 (4%)
Rectum vide	–	3 (3%)
Leucorrhée blanche	1 (1%)	–
Non fait	88 (88%)	7 (7%)
Total	100 (100)	100 (100)

Patients avec un Douglass douloureux ont été les plus représentés avec 35% des cas.

Le TV était normal dans 11 cas.

❖ **EXAMENS PARACLINIQUES**

❖ **BIOLOGIE**

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

<u>EXAMENS</u>	<u>ELEMENTS</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE(%)</u>
<u>BIOLOGIQUES</u>	<ou=10g/dl	11	11
	>ou=10g/dl	89	89
	Total	100	100

Les patients avec un taux d'Hb>ou=10g/dl ont été les plus représentés 89% des cas.

Le taux d'hb moyen était 11,82 avec des extremes 7 et 16. Ecart type= 1,921

Tableau XXVIII: Répartition des patients selon le groupe sanguin et Rhésus

<u>EXAMENS</u> <u>BIOLOGIQUES</u>	<u>ELEMENTS</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE(%)</u>
Groupe sanguin et Rhesus	A-	2	2
	A+	24	24
	AB+	1	1
	B+	20	20
	O+	53	53
	Total	100	100

Les patients avec un groupe/rhésus O+ ont été les plus représentés avec 53% des cas.

❖ IMAGERIE

- ASP

Tableau XXIX: Répartition des patients selon le résultat l'ASP

<u>ASP</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE</u> <u>(%)</u>
Croissant gazeux	9	9
Niveaux hydro-aériques	13	13
Opacité	25	25
Non fait	53	53
Total	100	100

A l'ASP, l'opacité, les NHA et le croissant gazeux ont été les plus représentés.

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

<u>RESULTATS</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE</u> <u>(%)</u>
Aspect d'appendicite aiguë	36	36
Aspect d'invagination intestinale aiguë	2	2
Epanchement intra-péritonéal	35	35
Occlusion intestinale aiguë	1	1
Pyoanexe bilatérale	1	1
Présence de masse dans la région hypogastrique	1	1
Non fait	24	24
Total	100	100

Les patients avec une échographie abdominale objectivant une appendicite aiguë ont été les plus représentés avec 36% des cas

❖ TDM ABDOMINALE

La TDM n'a pu être réalisée chez aucun de nos patients.

C- DIAGNOSTICS

❖ DIAGNOSTIC PREOPRATOIRE

Tableau XXXI: Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire

<u>DIAGNOSTICS</u>	<u>EFFECTIFS</u>	<u>POURCENTAGES</u> (%)
Appendicite aiguë	37	37
Hémopéritoine	8	8
Hernie étranglée	4	4
Invagination iléo-caecale	2	2
Occlusion intestinale	15	15
Péritonite	34	34
Total	100	100

L'appendicite aiguë a été le diagnostic préopératoire le plus représenté avec 37% des cas

❖ TEMPS DE PRISE EN CHARGE

Tableau XXXII: Répartition des patients selon le temps de la prise en charge.

<u>TEMPS</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE</u>
<24H	54	54
]24H-48H]	27	27
]48H-72H]	11	11
]72H-96H]	2	2
>96H	6	6
Total	100	100

Les patients opérés à moins d'un jour ont été les plus représentés avec 54% des cas.

❖ **DIAGNOSTIC PEROPERATOIRE**

Tableau XXXIII: Répartition des patients selon le diagnostic per-opératoire

<u>DIAGNOSTICS</u>	<u>EFFECTIFS</u>	<u>POURCENTAGES</u> <u>(%)</u>
Appendicite	37	37
Hemopéritoine	8	8
Hernie étranglée	3	3
Invagination iléo-caecale	3	3
Occlusion intestinale	14	14
Péritonite	35	35
Total	100	100

L'appendicite a été le diagnostic le plus représenté avec 37% des cas.

❖ **TRAITEMENT MEDICAL PREOPERATOIRE**

L'ensemble des patients ont bénéficiés d'une réanimation préopératoire à base de réhydratation, d'antalgie et d'antibiothérapie.

❖ **TYPE D'ANESTHESIE**

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

<u>TYPE D'ANESTHESIE</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE</u> <u>(%)</u>
AG	63	63
Loco-régional	37	37
Total	100	100

Les patients opérés sous AG ont été les plus représentés avec 63% des cas

❖ VOIE D'ABORD

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

<u>VOIE D'ABORD</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE</u> (%)
Incision au point de Mac BURNEY	36	36
Incision inguinale droite	2	2
Laparotomie médiane sous ombilicale	4	4
Laparotomie médiane sus-sous ombilicale	58	58
Total	100	100

Les patients ayant comme voie d'abord une laparotomie médiane sus-sous ombilicale ont été les plus représentés avec 58% des cas

❖ GESTES EFFECTUES

Tableau XXXVI: Répartition des patients selon le geste effectué

<u>GESTES EFFECTUES</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE(%)</u>
Appendicectomie	47	47
Aspiration du liquide sero-hématique+lavage	3	3
Desinvagination manuelle	2	2
Devolvulus du côlon sigmoïde	1	1
Hernorrhaphie	4	4
Résection+anastomose	8	8
Section de la bride	6	6
Splénectomie	1	1
Stomie	2	2
Suture de la perforation	22	22
Suture hépatique	2	2
Suture hépatique+cholécystectomie	2	2
Total	100	100

L'appendicectomie était le geste effectué le plus représenté soit 47%.

❖ **CLASSIFICATION DE CLAVIEN DINDO**

Tableau XXXVII: Répartition des patients selon la classification de CLAVIEN DINDO dans les complications post-opératoires

<u>Classification de CLAVIEN DINDO</u>	<u>FREQUENCE</u>	<u>POURCENTAGE (%)</u>
Stade1	24	24
Stade2	2	2
Stade3	1	1
Stade4	3	3
Non	70	70
Total	100	100

Les complications post-opératoire selon la classification de CLAVIEN DINDO ont été trouvées chez 30% des patients avec 24% de stade 1

❖ **SUITES OPERATOIRES**

Tableau XXXVIII: Répartition des patients selon les suites opératoires

<u>SUITES OPERATOIRES</u>		<u>FREQUENC E</u>	<u>POURCENTAGE(%)</u>
Suites à un mois	Simple	94	94
	Décès	2	2
	Non connue	4	4
Suites à trois mois	Simple	96	96
	Décès	1	1
	Non connue	3	3

Les suites opératoires à un mois étaient simples dans 94% des cas

Les suites opératoires à trois mois étaient simples dans 96% des cas

D- ETUDES ANALYTIQUES**❖ DELAI DE PRISE EN CHARGE ET COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES****Tableau XXXIX: Répartition des patients selon le délai de la prise en charge et les complications post-opératoire**

<u>DELAI DE PRISE EN CHARGE</u>	<u>COMPLICATIONS POST-OPERATOIRE</u>	
	<u>EFFECTIFS</u>	<u>POURCENTAGE (%)</u>
<24H	7	7
]24H-48H]	4	4
]48H-72H]	6	6
]72H-96H]	1	1
>96H	12	12
NON	70	70
Total	100	100

Les patients dont le délai de la prise en charge dépasse les 96H ont présenté le plus grand nombre de cas. Il existe une corrélation entre le retard de la prise en charge et la survenue des complications post-opératoire avec $P= 0,15797$

❖ **DIAGNOSTIC PEROPERATOIRE ET COMPLICATIONS****Tableau XL: Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire et les complications.**

<u>DIAGNOSTIC PEROPERATOIRE</u>	<u>COMPLICATIONS</u>		<u>TOTAL</u>
	Oui	Non	
Appendicite aiguë	6	31	37
Hémopéritoine	3	5	8
Hernie étranglée	1	2	3
Invagination	0	3	3
Occlusion intestinale	7	7	14
Péritonite	13	22	35
Total	30	70	100

Les patients sans complications post-opératoire ont été les plus représentés avec 70 des cas. Il existe une corrélation entre le diagnostic per-opératoire et la survenue des complications post-opératoire P= 0,09309

❖ **DIAGNOSTIC PEROPERATOIRE ET MORBIDITES****Tableau XLI: Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire et la morbidité.**

<u>DIAGNOSTIC PEROPERATOIRE</u>	<u>MORBIDITE</u>				<u>TOTAL</u>
	<u>Suppuratio n pariétale</u>	<u>Fistule digesti ve</u>	<u>Autres</u>	<u>Non</u>	
Appendicite aiguë	6	0	0	31	37
Hémopéritoine	3	0	0	5	8
Hernie étranglée	0	0	1	2	3
Invagination iléo-caecale	0	0	0	3	3
Occlusion intestinale	6	0	0	8	14
Péritonite	9	1	1	24	35
Total	24	1	2	73	100

Nous avons enregistré 27 cas de morbidité post-opératoire dans notre étude.

Il existe une relation significative entre le diagnostic per-opératoire et la survenue de morbidité post-opératoire $P= 0,09077$

❖ **DIAGNOSTIC PEROPERATOIRE ET MORTALITE****Tableau XLII: Répartition des patients selon le diagnostic peropérateur et la mortalité**

<u>DIAGNOSTIC PEROPERATOIRE</u>	<u>MORTALITE</u>		<u>TOTAL</u>
	Oui	Non	
Appendicite aiguë	0	37	37
Hémopéritoine	0	8	8
Hernie étranglée	0	3	3
Invagination iléo-caecale	0	3	3
Occlusion intestinale	1	13	14
Péritonite	2	33	35
Total	3	97	100

Nous avons enregistré trois cas de décès dont deux cas de péritonite et un cas d'occlusion, estimés à trois (%) des cas. Il existe une relation significative entre le diagnostic per-opérateur et la survenue de mortalité post-opératoire $P= 0,45716$

Tableau XLIII: Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire, la mortalité et la morbidité.

<u>DIAGNOSTIC</u>	<u>MORTALITE</u>			<u>MORBIDITE</u>		
	Effectifs		Total	Effectifs		Total
<u>PEROPERATOIRE</u>	Oui	Non		Oui	Non	
Appendicite aiguë	0	37	37	6	31	37
Hémopéritoine	0	8	8	3	5	8
Hernie étranglée	0	3	3	1	2	3
Invagination iléo-caecale	0	3	3	0	3	3
Occlusion intestinale	1	13	14	6	8	14
Péritonite	2	33	35	11	24	35
Total	3	97	100	27	73	100

Il n'existe pas de corrélation statistique entre la mortalité et la morbidité post-opératoire P=0,0000

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie :

Notre méthodologie a été avantaagée parce qu'elle était prospective ; l'enquêteur lui-même examine les malades, ce qui a permis d'avoir des résultats fiables et exploitables.

Nos informations ont été recueillies à l'aide des dossiers des malades, les registres du bloc opératoires, les registres d'hospitalisations, les registres consignant les comptes rendus opératoires, les fiches d'anesthésie et les fiches d'enquêtes individuelles

Les difficultés rencontrées étaient :

- Le retard de consultation des malades ;
- L'insuffisance de suivi à moyen et long terme post-opératoire due au non-respect des rendez-vous post-opératoire par les patients
- Le manque de moyens financiers empêchant les patients non-inscrits à une assurance maladie à subvenir correctement au coup de la prise en charge de leur maladie

2. Fréquence :

Tableau XLIV: la fréquence des urgences chirurgicales digestives selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Pourcentages (%)	P
FONGORO.M, MALI, 2022 [8]	129	21,57%	0,000009
SANGARE.S, MALI, 2019 [9]	120	44,80%	0,2056
DIALLO.FK et coll ,GABON,2018 [14]	311	27,6%	0,00001
Notre étude	100	42,53%	

Au cours de notre étude la chirurgie digestive d'urgence a représenté 42,53% de l'ensemble des activités du service de chirurgie générale de l'hôpital FOUSSEYNI DAOU de Kayes. Ce taux est comparable à celui de SANGARE.S [9] avec 44,80% et des taux inférieurs ont été trouvés chez FONGORO.M [8] et DIALLO.FK et coll

avec respectivement 21,57% et 27,6%. Cela peut s'expliquer par la taille de leurs échantillons.

Ces données témoignent de l'importance des urgences chirurgicales.

3. Age :

Dans notre étude, l'âge moyen a été de 28,67 avec des extrêmes de 4 et 70 ans. La tranche d'âge la plus représentée a été de 10 à 20 ans avec 37% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de FONGORO.M[8] qui a trouvé dans son étude 21,7% avec $P=0,00596$ pour même tranche d'âge. Cette différence pourrait être due à la taille de notre échantillon.

Dans la littérature, en Afrique généralement, les urgences en chirurgie digestive sont rencontrées fréquemment chez l'adulte jeune. Donc notre donnée corrobore avec celles de la littérature.

4. Sexe :

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

Ce résultat est comparable à ceux de KAMBIRE J.L et coll BURKINA, 2018 [10] et BERTHE I.D[23] respectivement 2,7 et 2,34

Dans la littérature Africaine, Asiatique, Européenne, les urgences chirurgicales digestives concernent généralement l'adulte jeune de sexe masculin.[9,5,6]

5. Activités professionnelles :

Dans notre étude, les élèves/étudiants et les ménagères ont été majoritaires soit respectivement 32% et 20% des cas. Cette situation n'a aucune valeur scientifique car les urgences chirurgicales digestives ne sont pas liées à une activité professionnelle définie.

6. Mode d'admission :

Nos patients ont été amenés par les parents dans 53% des cas. Cela se justifie par le fait que la population préfère directement consulter à l'hôpital régional que de passer par les centres de santé locaux.

7. Temps de prise en charge :

Nous avons opéré 54% des patients en moins de 24H de leur admission puis 24% ont été opérés entre 24H-48H après leur admission. Ces retards s’expliquent par les faits suivants :

- Les problèmes financiers des familles pour l’exécution de certains examens complémentaires et des frais d’ordonnances.
- Certains examens complémentaires ne sont pas disponibles en urgence à l’hôpital.
- L’insuffisance de matériels et des personnels soignants.

8. L’examen clinique

La douleur a été le premier motif de consultation chez tous les patients. Cela explique que la douleur est le motif le plus fréquent de consultation en urgence chirurgicale digestive.

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

Cette douleur a été rapportée dans la littérature comme motif de consultation le plus fréquent. Plusieurs étude menées dont les auteurs [12,13,9,20] ont eu 100% des cas de douleur dans leurs études.

9. Les principales étiologies

9.1 Appendicite aiguë

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

Auteurs	Effectifs(N)	Pourcentages (%)	P
HAROUNA.Y, NIGER, 2001 [15]	154(739)	20,83	0,00029
FANE.Y, MALI, 2017 [16]	118(200)	59	0,00017
MORCEAU.M et coll, France, 2022 [5]	161(677)	24	0,00315
Notre étude	37(100)	37	

Au cours de notre étude, le diagnostic d'appendicite a été évoqué dans 37 cas en préopératoire. Ce diagnostic a été retrouvé dans 100% des cas en peropératoire. L'appendicite a été la première cause des urgences chirurgicales digestives avec 37% cas

Nos malades étaient reçus en urgence par une équipe médicale, le diagnostic d'appendicite a été évoqué sur la base d'examens cliniques et en absence d'examens complémentaires.

Ces données ont été rapportées dans les littératures Européennes [5] et Africaines [16,17].

On pourrait en conclure que le diagnostic d'appendicite est clinique et ne doit pas attendre une échographie, un scanner ou un ASP pour poser l'indication opératoire.

Le taux d'appendicite dans notre étude [37%] est inférieur à celui obtenu par HAROUNA.Y et coll à l'hôpital national de Niamey, NIGER et celui de FANE.Y au service de chirurgie du C.S.Réf de la CI de Bamako, MALI et supérieur à celui de MORCEAU.M et coll.

Ceci pourrait être lié au fait que : les appendicites sont beaucoup plus prise en charge dans les C.S. Réf et dans les hôpitaux régionaux que dans les CHU. A noter que l'appendicite aiguë est considérée en Europe comme la première cause des urgences chirurgicales abdominales.[8]

9.2 Péritonite aiguë

Tableau XLVI: Fréquence des péritonites par rapport aux urgences chirurgicales digestives selon les auteurs

Auteurs	Effectifs(N)	Pourcentage (%)	P
I.A.MAGAGI et coll, NIGER, 2016 [7]	331(622)	53,21	0,00036
ISMAIL ABDILLAHI, DJIBOUTI, 2021 [17]	8(50)	16	0,00726
DIABATE.S, MALI, 2015 [18]	17(95)	17,89	0,00363
Notre étude, MALI	35(100)	35	

Dans notre étude, le diagnostic de péritonite a été posé dans 35 cas en préopératoire et en peropératoire. Dans tous les cas, l'échographie et ASP ont contribué à porter l'indication opératoire.

Dans la littérature, les auteurs ont apporté que l'échographie est l'examen morphologique de choix dans le diagnostic de péritonite.[8,16]

La péritonite a occupé la deuxième place avec 35% des urgences chirurgicales digestives précédée de l'appendicite aiguë dans notre étude. Ce résultat est différent de celui de DIABATE.S au Cserf de BOUGOUNI qui a trouvé 17,89% et ceux de I.A. MAGAGI et coll à l'hôpital national de Zinder au NIGER et ISMAIL ABDILLAHI à l'hôpital militaire de DJIBOUTI qui ont trouvé des taux inférieurs soit respectivement 53,21% et 16% des cas et occupe la deuxième place dans leurs études.

9.3 Occlusion intestinale aiguë

Au cours de notre étude, nous avons retenu en préopératoire le diagnostic d'occlusion intestinale dans 15 cas et 14 cas en peropératoire.

Avec un taux de 14%, l'occlusion intestinale occupe la troisième place des étiologies des urgences chirurgicales digestives dans notre étude. Ce résultat est comparable à celui de KAMBIRE J.L et coll, 2018 [10] qui ont trouvé 16,3% des cas avec un $P=0,29867$.

9.4 Hémopéritoine :

Dans notre étude nous avons enregistré 8 cas d'hémopéritoine estimé à 8%. Ce taux est comparable à celui de DEMBELE K.S, 2021 [19] et coll au Cserf de DOUENTZA, MALI qui ont trouvé 7 cas avec 6,93% [$P=0,39066$]. Il occupe la quatrième place des étiologies avec comme signes les plus présents : douleur abdominale, pâleur cutano-muqueuse et contracture abdominale. Ces signes ont été décrits aussi par les auteurs comme signes les plus constants [18]. L'échographie a objectivé un épanchement intra-péritonéal associé le plus souvent à une rupture d'organe plein (foie, rate).

9.5 Abscès appendiculaire :

C'est une complication de l'appendicite aiguë. Comme celle-ci ; son diagnostic est clinique et ne doit attendre aucun examen paraclinique pour sa prise en charge. Sa fréquence a été de 6% dans notre étude. Ce taux est comparable à celui de SANGARE.S, 2019 [9] au MALI avec 10,8% [P=0,10742].

9.6 Hernie étranglée

La hernie étranglée à un taux de 3% des cas dans notre étude. Ce taux est comparable à ceux de FONGORO.M (P=0,20013) [8] et de FANE.Y(P=0,13835) [16] qui ont trouvé respectivement 5,4% et 6%. Il est moins élevé en Europe avec 1% des cas pour BARGY F et coll [22]. Cela pourrait s'expliquer par la prise en charge précoce des hernies en Europe qu'en Afrique.

10. Suites opératoires

La morbidité postopératoire a été classée selon la classification de CLAVIEN DINDO laquelle fut dominée par le stade 1 80% des complications. Ces morbidités ont été principalement : les suppurations pariétales et les fistules.

Celles-ci se rencontrent surtout au cours des péritonites, occlusions intestinales et contribue à allonger la durée du séjour des patients à l'hôpital. Elles sont imputables à une faute technique et des mesures d'hygiène déficientes.

Dans notre étude, les suites opératoires ont été simples dans 70% des cas avec 30% de complications. Nous avons enregistré 3 cas de décès dont 2 péritonites et 1 occlusion intestinale aiguë dans des tableaux de septicémie.

Ce résultat est comparable à ceux de FONGORO.M (8) et de SANGARE.S (9) qui ont enregistré respectivement 4 et 2 décès soit 3,10% et 2,72 des cas.

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

VII. CONCLUSION

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale digestive par leur fréquence élevée.

Les étiologies sont multiples et variées d'où la nécessité d'une étroite collaboration multidisciplinaire pour la prise en charge.

Le diagnostic précoce et la durée de prise en charge (délai entre le début des symptômes – l'admission – l'intervention) constituent les principaux facteurs pronostiques.

L'examen clinique bien conduit est la clé du diagnostic dans notre contexte.

Les examens complémentaires morphologiques sont parfois difficiles à obtenir ou peu contributifs. Ils ne doivent pas retarder la prise en charge.

VIII. RECOMMANDATION

A LA POPULATION

- La consultation sans délai, dans un centre de santé devant toute douleur abdominale aiguë.
- D'éviter l'automédication.

AUX AUTORITES SANITAIRES

- La formation et le recrutement en nombre suffisant de spécialiste en chirurgie viscérale, en réanimation.
- La mise en place d'un système de SAMU (Service d'Assistance Médicale Urgente).
- D'élaborer un programme d'information ; d'éducation et de communication à l'intention des populations sur la gravité et les dangers de l'automédication et du traitement traditionnel en matière d'urgences chirurgicales abdominales.

AU PERSONNEL SANITAIRE

- L'examen minutieux de tous les patients afin de poser un diagnostic précis.
- La proscription et la prescription hâtive et répétée des antibiotiques et antalgiques devant une urgence chirurgicale.
- La référence des malades dans le meilleur délai.
- Le renforcement de la collaboration interdisciplinaire.

BIBLIOGRAPHIE

IX. BIBLIOGRAPHIE

1. CHICHE B. MOULLE P.

Urgence chirurgicale. *Masson*, Paris 1980 ; 2.

2,3 Mr. YACOUBA FANE

Urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie générale du centre de sante de référence de la commune I de Bamako. Thèse Med-Bamako, 2017 :17M208.

4. BROWER

Ency Med Chir Urgences (Paris) 2004; 2: 24048B10

5. MOREAU.M · J. BOIZE · H. DEVAMBEZ · N. CURY · J.-E. GALIMARD · Y. YORDANOV · P.-C. THIEBAUD

Association entre douleur abdominale intense et diagnostic d'urgence chirurgicale. *Ann. Fr. Med. Urgence* (2022) 12 :4-11

6. DALY CP, COHAN RH ,RANCIS IR CAOILI EM , ELLIS JH , NAN M.

Incidence of acute appendicitis in patients with equivocal CT finding. *AJR Am J Roentgenol* 2005;184(6):1813-20.

7. I.A. MAGAGI · H. ADAMOU · O. HABOU · A. MAGAGI · M. HALIDOU · K. GANIOU.

Urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne : étude prospective d'une série de 622 patients à l'Hôpital national de Zinder, Niger. *Société de pathologie exotique et Lavoisier*, 2016-P=3.

8. Mr. FONGOR. M

Les urgences chirurgicales digestives au centre de sante de référence de San. Thèse Med-Bamako, 2021:22m98

9. Mr. SANGARE. S

Urgences chirurgicales digestives au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse Méd-Bamako, 2019:19m390.

**10. KAMBIRE J.L. ZIDA M. , OUEDRAOGO S. , OUEDRAOGO Salam ,
TRAORE S. S.**

Les urgences en chirurgie digestive au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (Burkina Faso) à propos de 394. Science et technique, Science de la santé, 2018, 41(1), P=56.

11. MARY ROACH

Gulp : Adventures on the Alimentary Canal, W. W. Norton & Company, 2014, 352 p.

12. J. HAOT ET ANNE JOURET

« Pathologie Infectieuse de l'estomac:Helicobacter pylori et autres germes », Acta Endoscopica, vol. 32, n° 2, 1^{er} mars 2002, p. 125–132 (ISSN 1958 5454, DOI [10.1007/BF03016651](https://doi.org/10.1007/BF03016651))

13. CHEVREL J P, GUERAUD. J, LEVY. B :

Appareil digestif. Masson 1986 ; 223:119-123.

**14. DIALLO FK , DYATTA MAYOMBO K , NGUELE NDJOTA ,
NYAMATSIENGUI H , MPIRA YM , MVE NDONG FB , IPOUKA
DOUSSIEMOU S , ONDO N'DONG F.**

Urgences chirurgicales digestives au CHU de LIBREVILLE : aspects épidémiologiques , cliniques et thérapeutiques. RECAC 2018 ; 3(18) : 28-34

**15. HAROUNA Y , ALI L , SEIBOU A , ABDOU I , GAMATIE Y ,
RAKOTOMALALA A , HABIBOU A , BAZIRA.**

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) ; Medecine d'Afrique Noire 2001, 42 (2), P=50.

16. FANE. Y

Urgences chirurgicales digestives : diagnostic et prise en charge. 2017 ; 83 (17M208).

17. ISMAIL ABDILLAHI ILTIREH

Les urgences chirurgicales digestives : Diagnostic et traitement de l'hôpital militaire de DJIBOUTI. Thèse de Med-2021

18. DIABATE S.

Urgences abdominales chirurgicales au Csref de BOUGOUNI. Thèse de Med. Mali-2015.

**19. DEMBÉLÉ K. S , BENGALY B , KANTE S , KAMISSOKO S ,
COULIBALY M , SANOGO S , DICKO Q , SISSOKO M.**

Urgences chirurgicales digestives au Csref de DOUMENTZA. Journal de chirurgie et spécialité du MALI, 2021, 1(2), P= 44-45.

**20. MABIALA-BABELA J.R., PANDZOU N., KOUTABA E.,
GANGAZANDZOU S., SENGA P.**

Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Brazzaville (Congo). Méd Trop 2006 ; 66 : 172-176

**21. PANDONOU N. DIAGNE B. N'DIAYE M. CHERBONNEL G M.
NOUSSAUME O.**

Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques des quatre années (1973-1976) Dakar médical, 1979,24 : 190-197.

22. BARGY F, BAUDOIN S.

Hernies de l'enfant et de l'adulte. Rev Prat 1997 ; 289-294.

23. M. BERTHE I.D

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie <A> du CHU du point G. Thèse de Méd-Bamako,2008 : 80 ; 102.

24. FAZIA ROUIFED

Hôpital d'avicenne, bobigny, france. développement et santé, n°191/192, 2008

ANNEXES

X. ANNEXES

Fiche signalétique

NOM : KONATE

PRENOM : Souleymane

TITRE : les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital FOUSSEYNI DAOU de Kayes.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2022 – 2023

PAYS D'ORIGINE : MALI

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

LIEU DE DEPOT : bibliothèque de la faculté de Médecine, d'Odontostomatologie et la Faculté de Pharmacie de l'Université de Bamako.

SECTEUR D'INTERET : CHIRURGIE

RESUME

Les urgences chirurgicales digestives représentent, selon OMS des douleurs abdominales évoluant depuis quelques heures ou quelques jours (moins de trois) et qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicales, nécessitant un traitement en urgence. Cependant les difficultés rencontrées lors de leurs prise en charge, nous ont motivés à porter un intérêt à ce sujet. Nous avons réalisé une étude prospective descriptive allant du mois de **mars 2022** au mois de **mars 2023** avec comme objectif général : étudier les urgences chirurgicales digestives, comme objectifs spécifiques : déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives ; décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des urgences chirurgicales digestives ; décrire les difficultés rencontrées lors de la prise en charge ; analyser les résultats.

Nous avons recensé 100 patients opérés pour urgences chirurgicales digestives ce qui correspond à 42,53% de l'ensemble des interventions chirurgicales. Le sexe masculin était le plus représenté avec un ratio de 2,4. La moyenne d'âge a été de 28,67 ans. La majorité des patients provenait de la région de Kayes. La douleur abdominale a été le motif de consultation dans tous les cas. Le diagnostic était essentiellement clinique et paraclinique dans les cas douteux. Il s'agissait de l'échographie et la radiographie sans

préparation. L'appendicite aigüe a été la pathologie la plus représentée avec 37%. L'anesthésie générale a été la plus utilisée avec 67% des cas. La majorité des patients ont été opérés en moins de 24h de leurs admissions au service soit 54%. La péritonite aigüe a constitué 75% des décès par septicémie. La technique opératoire était décidée en fonction de la pathologie et du choix du chirurgien. Les suites opératoires ont été simples dans la majorité des cas. Le traitement était médico-chirurgical. Le pronostic était bon lorsque la prise en charge était précoce.

Fiche d'enquête :

Q1. Numéro de la fiche :/.../.../.../

Q2. Numéro du dossier :

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

Q3. Date de consultation :

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

Q4. Nom et prénom :

Q5. Age (année) :/...../

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

Q7. Contact à Kayes :

Q8. Provenance:.....

Q9. Nationalité : 1=Maliennne 2=Autres /.../

Si autres à préciser :

Q10. Profession:...../.../

1=fonctionnaire 2=commerçant 3=cultivateur 4=ménagère 5=élève/étudiant 7=autres

Si autres à préciser :

Q11. Mode d'admission : 1=urgence 2=consultation ordinaire /.../

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

Si autres à préciser :

Q13. Motif de consultation ou de référence :...../...../

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

4=vomissement ou nausées 5=fièvre 6=autres

Si autres à préciser :

Q14. Délai d'évolution (consultation)

.....

Q15. Délai de prise en charge

.....

Les signes fonctionnels:

Douleur abdominale :

Q16. siège de la douleur :...../...../

1=FID 2=hypogastre 3=FIG 4=flanc droit 5=flanc gauche 6=péri ombilicale

7=hypochondre droit 8=épigastre 10=hypochondre gauche 11=diffus 12=autres

Si autres à préciser:.....

Q17. Les irradiations :...../...../

1=non 2= oui

Si oui à préciser:.....

Q18. L'installation de la douleur: 1=brutale 2=progressive 3=spontanée 4=post-traumatique /...../

Q19. Type de la douleur/...../

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

Si autres à préciser:.....

Q20. la durée d'une crise douloureuse:...../...../

Q21. Intensité : 1=faible 2=modérée 3=intense 4=très intense /.../

Q22. Evolution: 1=Permanente 2=intermittente /...../

Q23. Facteurs d'exacerbation:...../...../

1=non 2=oui

Si oui à préciser:.....

Q24. Facteurs d'accalmie:...../...../

1=non 2=oui

Si oui à préciser:.....

Q25. Arrêt de matières et de gaz : 1=oui 2=non /...../

Q26. Vomissements : /...../

1=non 2=oui

Si oui à préciser:.....

Q27. Ballonnement abdominal : 1=oui 2=non /...../

Traitement reçu avant l'admission:

Q28. Moderne: 1=oui 2=non /...../

Si oui à préciser :.....

Q29.Traitement traditionnel : 1=oui 2=non /...../

Si oui à préciser:.....

Antécédents :

Q30.Médicaux: 1=oui 2=non /...../

Si oui à préciser :.....

Q31.Chirurgicaux: 1=oui 2=non /...../

Si oui à préciser:.....

Q32.Familiaux: 1=oui 2=non /...../

Si oui à préciser:.....

Q33.Gynéco-obstétriques : 1=oui 2=non /...../

Si oui à préciser:

Les signes généraux :

Q34.Plis de déshydratations : 1=oui 2=non /...../

Q35.conjonctives et téguments :...../...../

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

Si autres à préciser :.....

Q36.Température en degré Celsius...../...../

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

.....

Q37.Pouls en pulsation par minute:...../...../

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

Q38.Fréquence respiratoire en cycle par minute :...../...../

1=<14 2=[14-22] 3=>22

Q39.IMC:...../...../

1=<18,5 2=[18,5-25] 3= \geq 25

Q40.Tension artérielle(en cm Hg) :...../...../

1=<10/6 2=[10/6-14/9] 3= \geq 14/9

Q41.Score de Glasgow :...../...../

1=<8 2= \geq 8

Les signes physiques :

Inspection :

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

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

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

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

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

Si oui préciser le siège :.....

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

Si oui préciser le siège:.....

Palpation :

Q47. Douleuruse : 1=oui 2=non /...../

Si oui préciser le siège :.....

Q48. Défense abdominale :...../.../.../

1=oui 2=non

Si oui préciser le siège :.....

Q49. Contracture abdominale :...../.../.../

1=oui 2=non

Si oui préciser le siège :.....

Q50. Présence de masse abdominale: 1=oui 2=non /.../

Si oui préciser le siège :.....

Q51. Percussion: 1=matité 2=tympanisme /.../

Q52. Auscultation:...../.../

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

3=bruits hydro-aériques augmentés 4=silence abdominal

Q53. Toucher pelvien :...../.../.../

1=fait 2=non fait

Si fait ; résultat:.....

.....

Q54. Toucher rectal:.....

1=fait 2=non fait

Si fait ; résultat :.....

.....

Examens Complémentaires :

Q55.1. Hémoglobine...../...../

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

2. Hématocrite

1=<35% 2=>35%

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

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

Q57. Glycémie: 1=hypoglycémie 2=normale

3=hyperglycémie/...../

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

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

5=croissant gazeux 6=autres

Si autres à préciser :.....

Q59. Echographie abdominale]

Disponible :...../...../ 1= oui 2=non

Accessible :...../...../ 1 =oui 2=non

Résultat :...../...../ 1=non fait

2=normale 3= anormale

Si anormale, résultat :.....

Q60. Scanner abdominal

Disponible :...../...../ 1= oui 2=non

Accessible :...../...../ 1 =oui 2=non

Résultat :...../...../

1=normal 2=anormal

Si anormal Résultat:.....

Diagnostic :

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

1=appendicite 2=cholécystite 3=péritonite 4=occlusion intestinale aiguë
5=imperforation anale 6=hernie étranglée 7=hémopéritoine 8 =thrombose
hémorroïdaire 9=autres

Si autres à préciser :

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

1=appendicite (a=Catarrhale, b=Phlegmoneuse, c=Abcès appendiculaire
d=Gangrène) 2=cholécystite 3=péritonite (a=Perforation gastrique,
b=Appendiculaire, c=Post-opératoire, d=Perforation iléale, e=Pyo-ovaire-rompu)
4=occlusion intestinale aiguë (a=Tumeur gastrique sténosante, b=Tumeur colique
sténosante, c=Volvulus du colon, d=Brides) 5=imperforation anale 6=hernie
étranglée (a=Inguinale, b=Ombilicale, c=Ligne blanche) 7=hémopéritoine (Fracture
d'organe plein : a=Foie, b=Rate, c=Pancréas, d=Reins, e=Glandes surrénales)
8=thrombose hémorroïdaire 9=autres

Si autre à préciser :

Q63. Temps entre le traitement préopératoire et l'intervention:.....

.....

Traitement :

Traitement reçu après admission :

-Médical :

Q64. Traitement préopératoire :

.....

Q65. Traitement per-opératoire :

.....

.....

- Chirurgical :

Q66. Operateur :/...../

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

Q67. Type d'anesthésie :/...../

1=locale 2=locorégionale 3=A.G

Q68. Technique opératoire :

Q69. Voie d'abord :/...../

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

Si autres à préciser :

Q70. Gestes effectués :/...../

1=appendicectomie 2=cholécystectomie 3=résection/anastomose 4=colectomie 5=iléostomie 6= splénectomie 7=section des brides 8=Suture de la perforation digestive 10=colostomie 11=Lavage péritonéal 12=hémorroïdectomie 13=cure de la hernie 14=autres

Si autres à préciser :

Q71. Mise en place d'un drain/...../

1=oui 2=non

Si oui préciser le type/...../

Traitement post-opératoire :

Complications :

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

1=oui 2=non

Si oui à préciser :

Complications post-opératoires : classification de CLAVIEN DINDO

Q73. Pendant l'hospitalisation...../...../

1=oui 2=non

Si oui à préciser :

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

Q75. Durée d'hospitalisation post opératoire en jour :

Suivi post opératoire :

Q76.Suites à un mois:...../...../

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

5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres 9=indéterminées

Si autre à préciser

Q77.Suites à trois mois :/...../

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

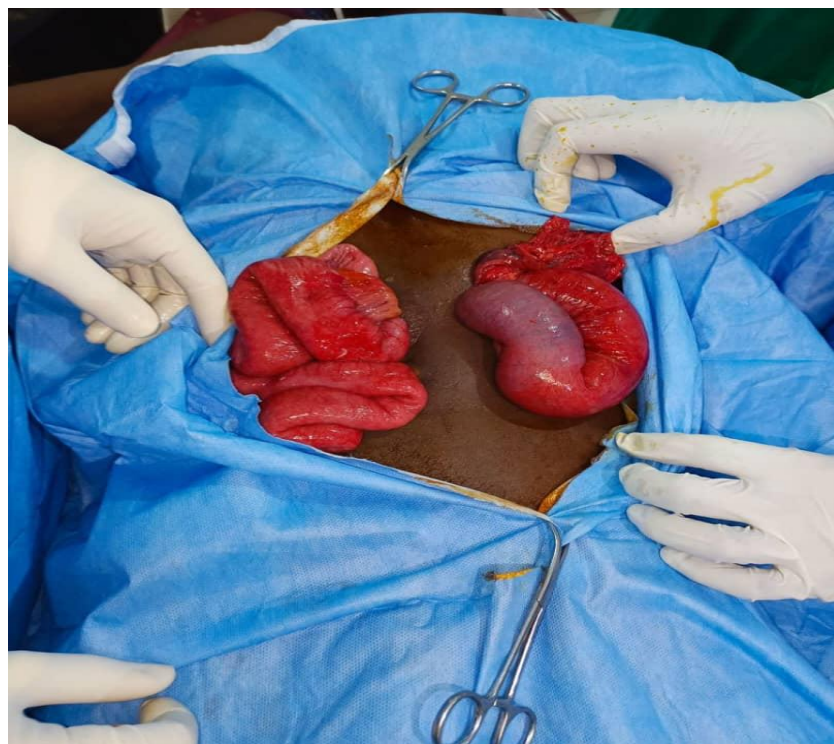
5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres 9=indéterminées

Si autre à préciser

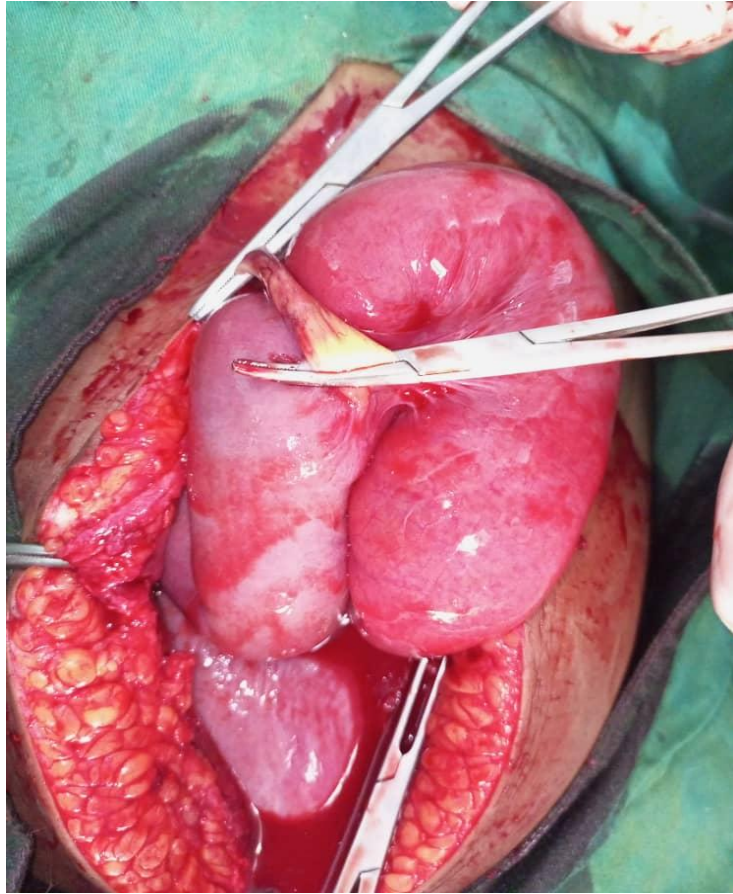
ICONOGRAPHIE :



Péritonite par perforation intestinale



Hernie inguinale étranglée



Occlusion intestinale sur bride



Occlusion intestinale avec nécrose

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma bouche 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 la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

JE LE JURE !!!!!