

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOG**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

N°.....

TITRE DE LA THESE

**LES URGENCES CHIRURGICALES
DIGESTIVES AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE KALABAN-CORO**

Présentée et soutenue publiquement le 24 /09/2026 devant la Faculté de Médecine et
D'Odonto-Stomatologie.

Par : M. Ousmane KAMATE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Broulaye SAMAKE (Professeur)

Membres : M. Madiassa KONATE (Maitre de conférences agrégé)

M. Ibrahima BAMBA (Chirurgien)

Directeur : M. Bakary Tientigui DEMBELE (Professeur)

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DECICACE

Je dédie ce travail à :

A mon père feu Kalifa KAMATE

C'est un grand privilège pour moi d'avoir un père comme toi qui n'a jamais failli à ton rôle de père sur nous, il me faut plus que des mots pour témoigner ma gratitude. Ce travail est aussi le tien car sans ton soutien, tes encouragements et tes conseils il n'aurait jamais vu le jour.

A ma mère Founé SOUGOULE

Tu as guidé mes premiers pas, tu t'es beaucoup sacrifiée afin de nous donner une bonne éducation. Tu nous as appris la bonté, la modestie, la tolérance, le pardon et l'amour du prochain. Tes conseils et tes encouragements m'ont toujours accompagné durant toutes mes études et ont fait de moi un homme ; fier d'être ton fils. Malgré tes modestes moyens, tu bas tout fait pour me venir en aide. J'aimerais t'offrir ce travail en guise de ma reconnaissance et de mon amour indéfectible. Puisse Dieu te prêter une longue vie et la santé.

REMERCIEMENTS

DIEU : grâce à ALLAH le tout puissant, le très miséricordieux de m'avoir donné la bonne santé, le courage et la chance de pouvoir terminer ce travail.

C'est à TOI que je place ma confiance. SEIGNEUR guide nous dans le droit chemin.

A son Prophète Muhammad paix et salut sur lui.

A mon pays le Mali, Chère patrie que la paix et la prospérité puissent te couvrir.

A tous les patients ayant participé à cette étude et qui m'ont permis de compléter ce travail. Vous méritez d'être le centre de tout intérêt.

A ma Famille :

Mon épouse Kadia DEMBELE j'aimerai t'offrir ce travail en guise de ma reconnaissance et de mon amour indéfectible.

A mes frères et sœurs : Abdou ; Salimata, Djeneba, Aminata, Karamoko, Amadou, Moussa, Lamine, Kadia ma famille, celle la même que tout le monde rêve d'avoir, vous avez été chacun pour moi un soutien inestimable. Je veux que vous trouviez dans ces mots l'amour, l'affection et le respect inestimable que j'ai pour vous. Ce travail est le vôtre, Puisse Dieu nous aider à fortifier ce lien fort qui nous uni. Merci pour votre esprit de fraternité.

A tous les amis de mon parcours scolaire : ce fut une grande chance de vous voir comme amis. Votre gentillesse, vos soutiens surtout vos conseils m'ont permis de m'estimer heureux durant tous mes études. Merci pour tous.

A la FMOS : Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Au corps professoral de la FMOS : Merci pour la qualité de vos cours et votre souci constant de former des jeunes africains compétitifs sur le plan médical.

A mes aînés du CSRef de Kalaban Coro : Dr Samuel KEITA ; Dr KONE Issa, Dr DIANE, Ousmane, Dr DIALLO Souleymane, Dr DIABATE Sidi, Dr Ibrahima, DJIGUIBA, Dr DIAKITE Mahamadou : C'est un grand plaisir et un grand

honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Merci pour la formation de qualité que nous avons bénéficié.

A tous les thésards et infirmiers du CSRef de Kalaban Coro : Abdoulaye Maiga ; Yacouba DIARRA, Djénéba DIARRA, Kadiatou NANTOUME, DEMBELE soyez tous rassurés de mes sincères reconnaissances. Merci pour la bonne collaboration.

A tous mes cadets du service de la chirurgie et de la gynéco-obstétrique du CSRef le chemin est encore long mais seul le courage et la détermination permettent d'atteindre le bout. Merci pour la considération.

A l'équipe d'anesthésie du CSRef de Kalaban Coro : je vous remercie du fond de mon cœur. Ce travail est le témoignage de vos efforts consentis nuit et jour afin d'endormir nos malades.

A tous les personnels de la clinique médicale "Bethesda" ainsi qu'à tous les amis du quartier A vouloir citer tout le monde forcément je vais en oublier, alors aux personnes que j'ai oubliées qui n'en est vraiment pas moins importantes. L'erreur est humaine. Je vous porte tous dans mon cœur !

Merci.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Hommage aux honorables membres de jury

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Broulaye M SAMAKE

- ❖ **Anesthésiste réanimateur et urgentiste**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- ❖ **Professeur titulaire ç la FMOS**
- ❖ **Membre de la société d'anesthésie de réanimation et de médecine d'urgence du Mali (SARMU-Mali)**
- ❖ **Membre de la société française d'anesthésie de réanimation (SFAR)**
- ❖ **Membre de la société d'anesthésie et de réanimation de l'Afrique francophone (SFAR)**

Cher Maître,

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

Votre disponibilité, votre courage, votre rigueur, votre sens social élevé ne sont que quelques-unes de vos qualités. Nous garderons de vous l'image d'un homme de science et d'un enseignant soucieux de la formation de ses élèves.

Soyez-en remerciés du fond du cœur et recevez cher maitre nos sentiments de reconnaissance, de respect, et de profonde sympathie. Qu'Allah vous accorde longue vie pleine de santé.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Madiassa KONATE

- ❖ **Maitre de conférences Agrégé à la FMOS**
- ❖ **Spécialiste en chirurgie générale,**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- ❖ **Membre de la société de chirurgie du MALI (SOCHIMA).**
- ❖ **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (ACAF)**
- ❖ **Membre de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD)**
- ❖ **Membre de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD)**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce Jury nous a profondément touché. Votre rigueur dans le travail, votre conscience professionnelle, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un praticien exemplaire.

Cher maitre soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Brahim BAMB

- ❖ **Spécialiste en chirurgie générale**
- ❖ **Ancien Médecin chef du Centre de Santé de Référence de Bougouni**
- ❖ **Chef de service de chirurgie générale au centre de santé de référence de Kalaban Coro**
- ❖ **Directeur de l'hôpital de district de Kalabancoro**
- ❖ **Chargé de recherche de l'enseignement supérieur,**
- ❖ **Praticien au Centre de Santé de Référence de Kalaban-coro**
- ❖ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA).**

Cher Maître,

C'est l'occasion pour nous de vous dire que ce fut une grande fierté d'avoir été votre élève. Nous avons reçu de vous, une formation solide dans une atmosphère de détente réelle. Pendant tout notre séjour dans le service, j'ai été émerveillé par votre sens de travail bien fait, nous n'oublierons jamais l'atmosphère chaleureuse et conviviale de vos séances de travail. Veuillez agréer cher maître, l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE
PROFESSEUR BAKARY TIENTIGUI DEMBELE**

- ❖ **Professeur titulaire agrégé en chirurgie générale à la FMOS/USTTB ;**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré de Bamako ;**
- ❖ **Diplômé de pédagogie en science de la santé à l'université de Bordeaux**
- ❖ **Responsable de l'enseignement de la traumatologie viscérale, des soins péri-opératoires en chirurgie viscérale et de la chirurgie de guerre ;**
- ❖ **Secrétaire général de la société Malienne de colo proctologie ;**
- ❖ **Chef de filière IBODE de l'institut National de Formation en science de la santé (INFSS) ;**
- ❖ **Membre de la société de chirurgie du Mali ;**
- ❖ **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone.**
- ❖ **Président de l'AMSP (Association Malienne de Soins Palliatifs)**

Cher Maître

Nous avons été profondément impressionnés par votre disponibilité et simplicité. Votre sens élevé du travail bien fait et votre courage, nous a séduits, votre qualité d'accueil chaleureux, votre humilité et simplicité. Vos qualités pédagogiques, scientifiques et humaine font de vous un maitre admiré.

Trouvez ici cher maitre ;

L'expression de nos profonds respects

Sigles et abréviations

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

Liste des figures

Figure 1 : appareil digestif [11]	24
Figure 2 : colon-rectum-canal anal [11] :	25
Figure 3 : La carte du district sanitaire de Kalaban Coro.....	55
Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe	60
Figure 5 : Répartition des patients selon les antécédents de chirurgie.....	61
Figure 6 : Répartition des patients selon le mode d'admission.....	62
Figure 7 : Répartition des patients selon des types de résection	71
Figure 8 : Répartition des patients selon le type d'anesthésie	70
Figure 9 : Répartition selon les complications	72
Figure 10 : Répartition des patients selon l'évolution globale	73
Figure 11 : Image d'une appendicite d'aspect catarrhale	104
Figure 12 : Image d'une pièce d'appendicectomie.....	104
Figure 13 : Image per-opératoire d'une perforation iléale.....	105
Figure 14 : Image d'une perforation gastrique.....	105

Liste des tableaux

Tableau I : signes cliniques d'occlusion en fonction du siège	45
Tableau II: Répartition des patients selon la tranche l'âge.....	59
Tableau III : Répartition des patients selon la profession.	60
Tableau IV: Répartition des patients selon la résidence.	61
Tableau V: Répartition des patients selon le motif de consultation.....	62
Tableau VI: Répartition des patients selon le délai d'admission.....	63
Tableau VII: Répartition des patients selon le type de douleur.....	64
Tableau VIII : Répartition des patients selon le siège de la douleur	64
Tableau IX : Répartition des patients selon les signes généraux.....	65
Tableau X : Répartition des patients selon les signes physiques.....	66
Tableau XI : Répartition des patients selon le délai de l'intervention	68
Tableau XII : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire.....	68
Tableau XIII : Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire	69
Tableau XIV : Répartition des patients selon les gestes effectués	70
Tableau XV : Répartition des patients selon la durée de l'intervention.....	71
Tableau XVI : Répartition des patients selon le type de complications post opératoire (n=9)	72
Tableau XVII : Répartition des patients selon le grade de clavier dindon	73
Tableau XVIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.....	74
Tableau XIX : Tableau croisé type de complications et âge	74
Tableau XX : Tableau croisé entre type de complications et sexe	75
Tableau XXI : Tableau croisé entre Type d'urgence et type de complications....	75
Tableau XXII : Tableau croisé entre type d'urgence et le sexe.....	76
Tableau XXIII : tableau croisé durée d'hospitalisation et grade Clavier dindon	76
Tableau XXIV : Tableau croisé durée d'hospitalisation et type de complication	77
Tableau XXV : tableau croisé types de complications et durée d'intervention...	77
Tableau XXVI : tableau croisé type de complication et gestes réalisés.....	78
Tableau XXVII : Tableau croisé durée d'intervention et gestes réalisés	78
Tableau XXVIII : Tableau croisé diagnostic pré-op et types de complication ...	79
Tableau XXIX : Tableau croisé délai de chirurgie et types de complication	79
Tableau XXX : Fréquence selon les auteurs.....	81
Tableau XXXI : Répartition du sexe selon les auteurs.....	82
Tableau XXXII : délai d'admission selon les auteurs.....	83
Tableau XXXIII : Motif de consultation selon les auteurs.....	84
Tableau XXXIV : Diagnostic selon les auteurs.....	85

Table des matières

I.	Introduction.....	15
II.	Objectifs	18
1.	Objectif général :	18
2.	Objectifs spécifiques :.....	18
III.	Généralités.....	20
1.	Définition	20
4.	Les appendicites aiguës [13]	34
IV.	Méthodologie :	54
1.	Type et période d'étude.	56
2.	Lieu d'étude :	54
3.	Population d'étude :.....	56
4.	Méthode de déroulement :	57
5.	Supports des données.....	57
6.	Saisie et analyse des données :	57
7.	Considérations éthiques :.....	57
V.	Résultats	59
1.	Fréquences	59
2.	Données sociodémographiques	59
3.	Données cliniques	62
VI.	Commentaires et discussion.....	81
VII.	Conclusion	88
VIII.	Recommandations.....	89
IX.	Références	91
	Fiche d'enquête.....	99
	SERMENT D'HIPPOCRATE	108

INTRODUCTION

I. Introduction

Les urgences chirurgicales regroupent tous les patients admis en urgence pour lesquels une intervention chirurgicale pourrait être nécessaire dans les 24 heures [1]. Selon l'OMS, les douleurs abdominales survenant depuis quelques heures ou quelques jours et liées à une pathologie chirurgicale nécessitent une prise en charge urgente. [2]. Elles représentent des pathologies majeures en chirurgie, en raison d'étiologie multiple, de la complexité leur prise en charge, et leur morbi-mortalité importante [3].

L'étiologie des urgences chirurgicales digestives est extrêmement variée, allant des pathologies infectieuses et inflammatoires aux obstructions et aux traumatismes, en passant par les complications liées à des maladies chroniques et des cancers. [4].

Aux États-Unis, l'appendicite aiguë a une incidence estimée à environ 100 à 150 cas pour 100 000 habitants chaque année. Elle est suivie par la diverticulite, dont l'incidence est de 20 à 30 cas pour 100 000 habitants par an, et la cholécystite aiguë, qui touche environ un million de personnes chaque année [5].

En Europe : L'appendicite aiguë reste une des urgences chirurgicales les plus fréquentes avec une incidence annuelle variant de 100 à 150 cas pour 100 000 habitants [6].

L'urgence chirurgicale nécessite non seulement un diagnostic rapide et précis, mais aussi une intervention chirurgicale précoce. Le pronostic des urgences chirurgicales dépend en partie de précocité de prise en charge [7].

En Côte d'Ivoire, une étude réalisée à l'hôpital universitaire de Cocody rapporte une morbidité de 6,2% et une mortalité de 3,5% [8].

Au Mali les urgences chirurgicales digestives représentent un problème majeur de santé publique. L'appendicite aiguë reste la pathologie la plus courante, avec une incidence estimée à 40-60 cas pour 100 000 habitants par an. La cholécystite aiguë touche environ 10-15% des patients hospitalisés pour des douleurs abdominales

aigües, et les traumatismes abdominaux sont responsables de 15-20% des urgences chirurgicales abdominales, souvent dus à des accidents de la voie publique [9].

Les taux de morbidité et de mortalité liées urgences chirurgicales digestives au Mali restent relativement élevés. Des études menées dans les hôpitaux de Bamako rapportent une mortalité de 5 à 8% et une morbidité d'environ 10 à 15% pour les urgences chirurgicales abdominales [10].

Ainsi, comprendre l'étiologie, les mécanismes pathophysiologiques, et les approches thérapeutiques des urgences chirurgicales digestives est essentiel pour améliorer les pratiques cliniques et réduire les risques associés à ces pathologies.

Ce travail explore l'épidémiologie, la prise en charge et les enjeux thérapeutiques des urgences chirurgicales digestives au CSRéf de Kalabancoro, afin d'améliorer les pratiques et de réduire la morbidité et la mortalité liées à ces affections.

OBJECTIFS

II. Objectifs

1. Objectif général :

Etudier les urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie générale au centre de santé de référence de Kalaban-coro.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière des urgences chirurgicales digestives ;
- Décrire les aspects diagnostics et thérapeutiques
- Analyser les résultats du traitement.

GENERALITES

III. Généralités

1. Définition

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

2. Rappels anatomiques de l'abdomen [11]

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

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

Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne, à la partie diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito-urinaire. On reconnaît au péritoine, comme toute membrane séreuse : **un feuillet pariétal ; un feuillet viscéral et les replis membraneux** qui relient le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Les replis du péritoine sont de plusieurs sortes et portent suivant le cas, le nom de méso, d'omentum ou de ligament. On appelle méso les replis péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif. Le méso s'appelle mésogastre, méso duodénum, mésentère ou méso colon suivant qu'il est en connexion avec l'estomac, le duodénum, le jéjunum et l'iléum ou le colon. On donne le nom d'omentum aux

replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra- abdominaux. Le péritoine viscéral, le péritoine pariétal, le méso, l'omentum et les ligaments sont des parties d'une même membrane. Ils limitent une cavité virtuelle : La cavité péritonéale. Le péritoine assure le soutien des organes de la cavité abdominale les suspendant et les fixant à la paroi.

2.1. Rappels anatomiques de l'appareil digestif [11] : Il comprend les segments suivants :

○ L'œsophage

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

○ L'estomac

L'estomac est un réservoir musculéux de 1000cc environ interposé entre l'œsophage et le duodénum où le bol alimentaire sous l'effet du suc gastrique et des contractions musculaires de l'estomac se transforme en un mélange liquide, le **chyme**. C'est un organe thoraco- abdominal occupant la plus grande partie de la loge sous phrénique gauche, situé dans la partie supérieure de la cavité abdominale (épigastre, hypochondre gauche) dans l'étage sus méso colique, sous le diaphragme et au-dessus du colon transverse et de son méso. Comparé à la lettre **J**, il comporte : une portion verticale formée par le corps de l'estomac surmonté par le pôle supérieur ou

fundus (grosse tubérosité) occupé par la poche à air gastrique ; une portion horizontale ; deux faces antérieure et postérieure ; deux bords ou courbures :

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

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

● L'intestin grêle :

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

● Le duodénum

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

- Une partie supérieure ou D1** : fait suite au pylore, légèrement ascendante de gauche à droite, sa portion initiale dilatée est l'ampoule duodénale (bulbe duodéal), siège des ulcères ;
 - Une partie descendante ou D2** : reçoit l'abouchement des conduits biliaires et pancréatiques sur sa partie médiane au niveau des 2 papilles duodénales ;
 - Une partie horizontale ou D3** : croise la colonne vertébrale à la hauteur de L4,
 - Une partie ascendante ou D4** : se termine au niveau de l'angle duodénojéjunal, à gauche de la colonne vertébrale.
- **Le jéjuno-iléon** : Il représente les deuxièmes et troisièmes parties mobiles de l'intestin grêle qui s'étendent de l'angle duodénojéjunal au cæcum (fosse iliaque droite). Il mesure 6,5m. Son calibre varie entre 2-3cm. Le jéjuno-iléon forme des flexuosités, les anses intestinales (11-12) ; les premières anses supérieures gauches sont horizontales, les dernières anses inférieures et droites sont verticales. Le jéjuno-iléon est rattaché au plan postérieur par le mésentère qui détermine un bord mésentérique, un bord libre (anti mésentérique) et 2 faces. Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'iléon.

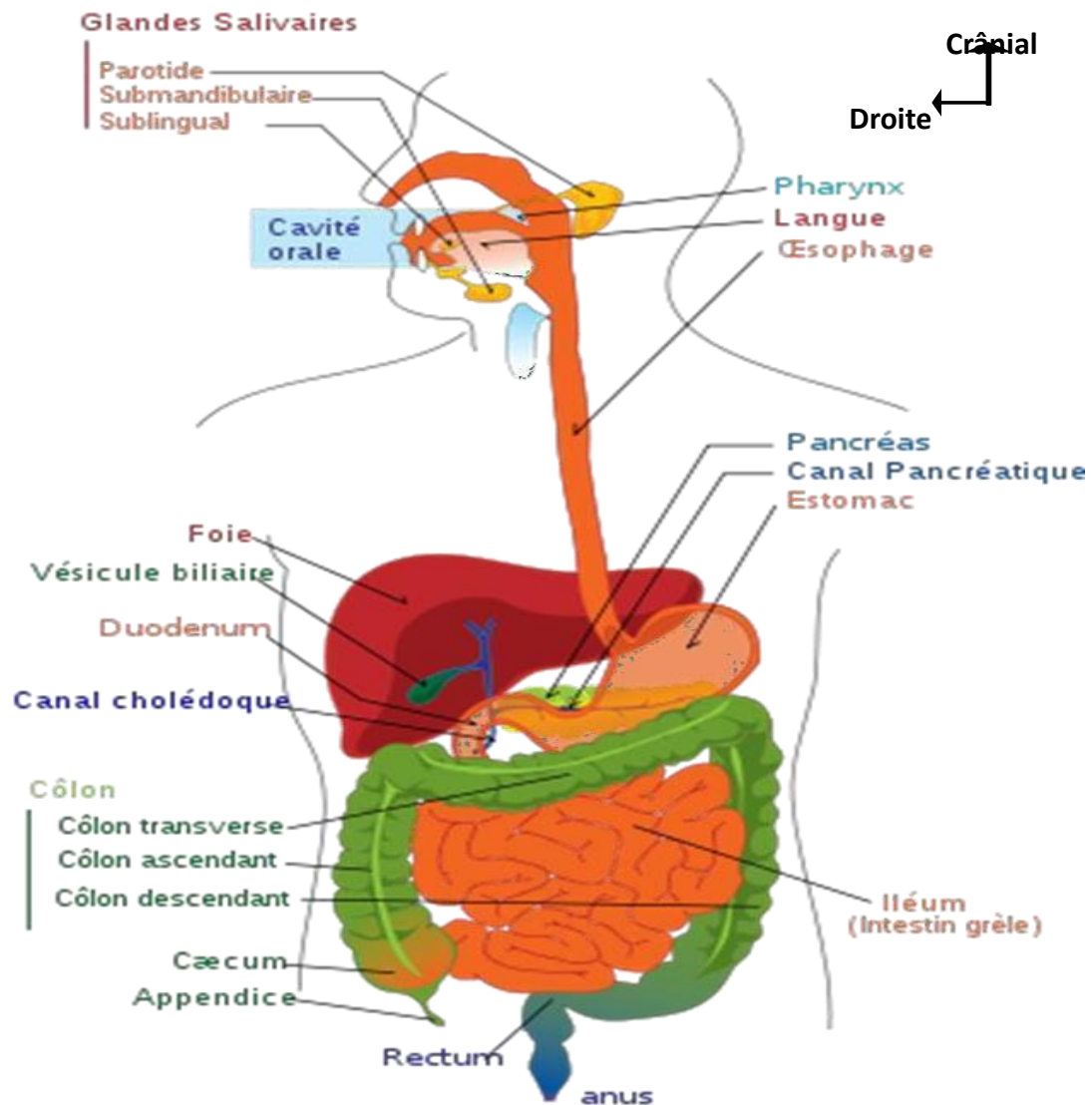


Figure 1 : appareil digestif [11]

○ Le gros intestin

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

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

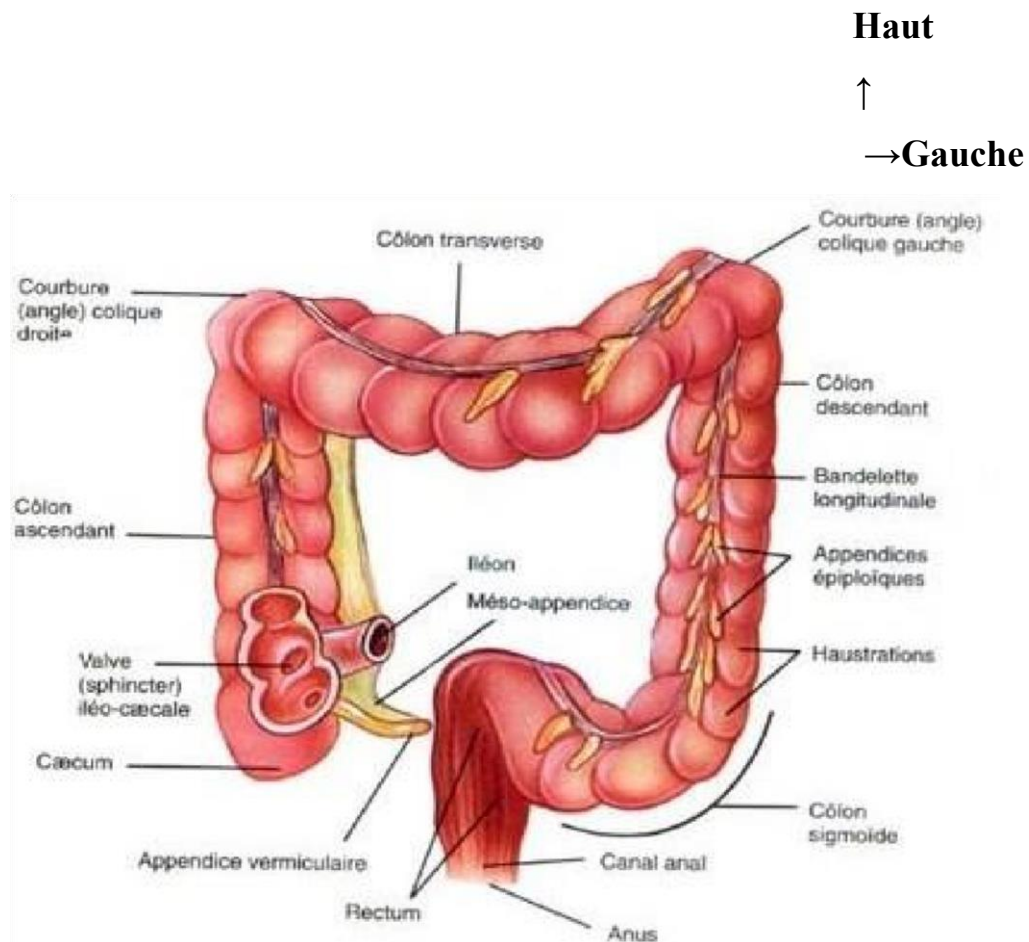


Figure 2 : colon-rectum-canal anal [11] :

2.2. LES GLANDES ANNEXES :

□ FOIE

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

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

○ Le pancréas

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

○ La rate

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

2.3. Structure générale du tube digestif

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

-Une couche interne muqueuse : qui a selon des endroits, un rôle de sécrétion ou un rôle d'absorption par l'intermédiaire des capillaires ou des chylifères sous muqueux. Un tissu aréolaire formant la sous muqueuse, comporte un épithélium, une lamina propria (chorion), une muscularis mucosae et des glandes.

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

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

2.4. Quelques urgences chirurgicales digestives

2.4.1 Hernie étranglée [11]

□ Définition

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

□ Physiopathologie

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

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

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

□ Quelles sont les hernies qui risquent de s'étrangler ?

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

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

La hernie crurale dont le collet est également étroit et fibreux est souvent diagnostiquée au stade d'étranglement. Elle se voit surtout chez les femmes âgées. Les hernies inguinales directes, dites de faiblesse, à collet large et les hernies ombilicales s'étranglent moins souvent.

□ **Qu'est-ce qu'une hernie irréductible ?**

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

Signes cliniques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ces aspects sont rares dans les hernies inguinales étranglées.

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

- Formes latentes (étranglement latent) : elles se voient volontiers chez les personnes affaiblies, les vieillards et les obèses. Les signes fonctionnels sont vagues : constipation opiniâtre, vomissement, arrêt des gaz peu net.

○ Les examens complémentaires :

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

○ Diagnostic positif

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

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

○ Diagnostic différentiel

2.4.2. 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.

2.4.3. L'engouement herniaire

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

2.4.4. Les adénites inguinales

Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile.

2.4.5. 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.

3. Les péritonites aiguës [12]

□ Définition :

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

□ Physiopathologie générale

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

Il s'agit :

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

□ Formes cliniques :

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

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

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

Les formes asthéniques :

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

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

□ Etiologie :

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

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

□ **Traitement :**

Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps :

- Le temps préopératoire, - Le temps per opératoire ;
- Le temps post-opératoire.
- Le traitement médical est double :
- Réanimation hydro électrolytique, hémodynamique et calorique pour compenser les conséquences de l'inflammation péritonéale (hypovolémie, perturbations électrolytiques, catabolisme majoré...)
- Un traitement anti
- infectieux par l'antibiothérapie dont l'objectif principal est d'éviter ou de contrôler une diffusion de l'infection.

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

○ **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.

4. Les appendicites aiguës [13]

4.1 Définition :

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

4.2 Epidémiologie :

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

4.3 Etio-physiopathologie

L'appendicite est due :

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

4.4. Anatomie Pathologie :

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

- L'appendicite catarrhale : elle correspond à une inflammation de l'appendice (appendice rouge).
- L'appendicite phlegmoneuse : c'est un appendice turgescent couvert de fausses membranes avec du pus dans sa lumière et une nécrose suppurée de sa paroi.
- L'appendicite gangréneuse : quand l'appendice est couvert de plaques 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.

4.5. 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 d'appendicite.

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans le cas typique

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

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

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

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

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

Température élevée à 40° c Pouls accéléré **Signes**

physiques :

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

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

□ **Signes para cliniques :**

Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS.

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

4.6. Diagnostic différentiel :

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

Le paludisme : il est parfois caractérisé par :

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

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

Une douleur de tout le flanc droit,

- Des vomissements,
- Une fièvre.

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

L'adénolymphite mésentérique :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les pathologies chirurgicales :

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

Il faut savoir éliminer :

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

Chez le vieillard : un cancer du caecum.

Chez l'enfant : un diverticule de Meckel.

Chez la vieille femme : une lithiase vésiculaire.

○ Formes selon le terrain

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

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

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

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

○ Formes cliniques

L'appendicite de la femme enceinte est caractérisée par :

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

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

La pyélonéphrite est caractérisée par :

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

○ Formes selon le siège

L'appendicite pelvienne :

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

- Des douleurs basses dans la fosse iliaque droite ;
 - Des nausées ;
 - Une constipation ;
 - Une température de $37^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$;
 - Un pouls accéléré ;
 - Une douleur provoquée à la palpation de la partie basse de la fosse iliaque droite ;
- le Toucher rectal et le toucher vaginal provoquent des douleurs aiguës à droite.

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

L'appendicite sous-hépatique : Elle est caractérisée par :

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

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

Appendicite méso cœliaque : caractérisée par : -

des douleurs péri-ombilicales ;

- un syndrome pseudo occlusif (où le diagnostic différentiel avec une gastro entérite).

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

○ Principe du traitement des appendicites aiguës :

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

- Une appendicectomie ;
- Une antibiothérapie.

La péritonite nécessite :

- Une réanimation médicale pré, per, post-opératoire, jusqu'à la reprise du transit intestinal ;
- La mise en place d'une sonde nasogastrique aspirative et d'une sonde urinaire;

- Une appendicectomie ;
- Une toilette péritonéale ;
- Un drainage de la fosse iliaque droite ; - Une antibiothérapie.

Le plastron appendiculaire : son traitement comporte :

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

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

5. Les occlusions intestinales aiguës [14]

5.1.Définition

L'occlusion intestinale est un arrêt brutal complet et persistant du transit (des matières et des gaz) dans un segment intestinal. C'est une urgence chirurgicale. Il existe des occlusions organiques, des occlusions fonctionnelles et des occlusions mixtes.

5.2. Physiopathologie :

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

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

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

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

Elle entraîne tôt des troubles ischémiques de l'intestin.

Dans les strangulations, la circulation est d'abord perturbée sur le retour veineux alors que l'artère continue à amener le sang dans la zone strangulée. Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ; d'où une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre hydro-électrolytique. La strangulation

favorise la fermentation des matières dans l'intestin d'où production de gaz qui va s'accumuler à la partie supérieure de l'anse strangulée alors que le liquide reste à la partie inférieure. L'air et le liquide seront séparés par un niveau qui est toujours horizontal. A la radiographie, l'air sera perçu comme une image noire avec un niveau blanc (clair) horizontal inférieur.

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

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

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

5.3. Signes cliniques :

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

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

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

- Une chute de la tension artérielle (tardive) à cause des vomissements et des déperditions plasmatiques dans la lumière intestinale ;
- Une accélération du pouls ;
- Des signes de déshydratation ;

- Une température qui est fonction de l'étiologie. ○ Les signes physiques Ils sont caractérisés par :

A L'inspection :

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

A la palpation :

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

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

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

La présence de signes qui sont fonction du siège et de l'étiologie de l'occlusion. La palpation des orifices herniaires recherche une hernie étranglée.

5.4. Les signes paracliniques :

- La radiographie de l'abdomen sans préparation, debout de face ou assis de face ou même couché de profil montre des niveaux hydro-aériques. Un seul niveau hydro-aérique suffit pour poser le diagnostic d'occlusion. Il est important préciser le nombre, le siège et l'aspect des niveaux hydro-aériques.
- Le lavement baryté est important pour rechercher le siège et la cause de l'occlusion du colon.
- Le transit de la grêle effectué en dehors des périodes de vomissements peut montrer un obstacle sur l'intestin grêle. Les signes biologiques des troubles 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 hyper natrémie), l'azotémie ou la créatinémie (souvent une hyperazotémie ou un hyper créatinémie). Il faut effectuer un bilan général du malade (clinique).

5.5. Formes cliniques En fonction du siège

Tableau I : signes cliniques d'occlusion en fonction du siège

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

En fonction du mécanisme

L'occlusion par volvulus du sigmoïde est caractérisée par :

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

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

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

En fonction de l'étiologie et de l'âge

- Chez le nouveau-né, les occlusions les plus fréquentes sont pour le colon :
L'imperforation anale : diagnostiquée à l'inspection du périnée à la naissance ; La maladie de Hirschsprung ;

L'immatunité du colon pour le grêle ;

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

- Chez le nourrisson, les causes les plus fréquentes sont :
 - L'invagination intestinale aiguë ; - Maladie Hirschsprung.
- Chez l'enfant les causes les plus fréquentes sont :
 - Le diverticule de Meckel ;
 - L'appendicite ;
 - L'invagination intestinale aiguë.
- Chez l'adulte, les causes les plus fréquentes sont :
 - Le volvulus du sigmoïde (surtout au Mali) ;
 - Le volvulus de la grêle sur bride qui est provoqué par les séquelles de la laparotomie.

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

- Chez le vieillard : les principales causes sont :
 - Le cancer du côlon qui est le plus fréquent ;
 - Le volvulus du sigmoïde ;

- L'appendicite du vieillard : c'est une occlusion fébrile avec douleurs dans la fosse iliaque droite ;
- L'iléus biliaire rare au mali, plus fréquent en Europe ; - Les hernies internes (exceptionnelles).

Diagnostic différentiel avec les occlusions fonctionnelles.

Les occlusions fonctionnelles sont caractérisées par :

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

Signes Généraux : qui sont fonctions de la cause

Signes Physiques : résumés par un météorisme important diffus

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

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

5.6. 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.

6. La thrombose hémorroïdaire [15] :

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

6.1. Rappel anatomique

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales, On distingue :

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

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

6.2. Les manifestations cliniques :

○ La thrombose hémorroïdaire interne :

La thrombose hémorroïdaire interne non extériorisée :

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

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

La thrombose hémorroïdaire interne prolapsée :

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

○ La thrombose hémorroïdaire externe :

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

6.3. Traitement

○ Traitement médical

Les règles hygiéno-diététiques :

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

Les topiques :

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

La régularisation du transit :

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

Les veinotoniques :

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

Les antalgiques et les anti-inflammatoires :

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

L'excision de thrombose hémorroïdaire :

- L'excision consiste à réséquer le caillot, l'ensemble du sac vasculaire et une partie de son revêtement cutané ;
- La plaie résultante de l'intervention cicatrise en 2 à 3 semaines, avec parfois un suintement séro-hématique ;

- Une application de topiques à visée cicatrisante et la prise d'antalgiques de classe 1 pendant 48 heures sont prescrites après la procédure ;
- L'incision ou l'excision de thrombose hémorroïdaire interne sont contre-indiquée du fait du risque hémorragique.

○ **Traitement instrumental**

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

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

○ **Traitement chirurgical :**

Les principaux traitements chirurgicaux utilisés et validés sont :

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

Les indications thérapeutiques

- Le traitement médical est généralement très efficace sur la douleur. La thrombose peut cependant persister 2 à 3 semaines avant de se résorber, en laissant éventuellement une marisque, ce dont le malade doit être informé ;
- Les thromboses uniques, externes et non œdémateuses sont efficacement traitées par excision.
- Les poly-thromboses ou les thromboses très douloureuses ou œdémateuses relèvent de la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

- Le traitement instrumental et à fortiori les topiques et les veinotoniques sont inefficaces pour prévenir les récurrences des thromboses hémorroïdaires.
- La prescription de fibres peut être conseillée. En cas de thromboses invalidantes et récidivantes, une hémorroïdectomie pédiculaire peut être conseillée.
- Cette intervention peut être réalisée sans difficulté ou complication particulière en urgence devant un prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé sphacélé ou résistant à 48 heures de traitement médical.

Conclusion

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

METHODOLOGIE

IV. Méthodologie :

1. Lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée dans l'unité de chirurgie générale du centre de santé de référence de kalabancoro.

2.1- Description de la commune de kalabancoro

a) Populations :

La population de Kalaban Coro est cosmopolite, et presque toutes les ethnies du Mali s'y côtoient dans une parfaite symbiose. La majorité de cette population est jeune. La population du district sanitaire de Kalaban Coro compte 340 363 hbts en 2019.

b) Le district sanitaire de Kalaban Coro :

Il s'étend sur une superficie de 2 425 km² ;

Nombre de CSCom : 28

Nombre de maternité : 52

Nombre de cabinet ruraux : 48

Nombre d'officine : 30

Cabinet pour sage-femme : 28

Cabinet pour soins infirmiers : 18

Clinique médicale : 16

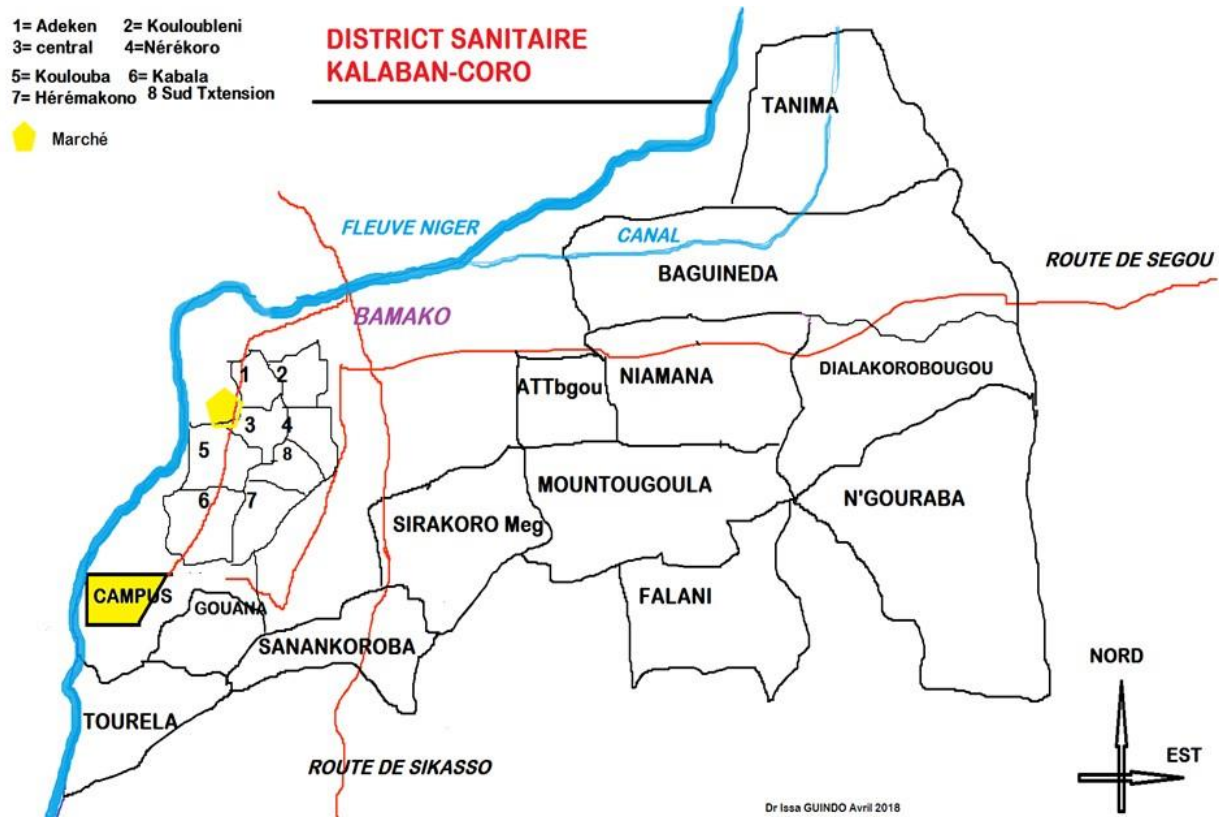


Figure 3 : La carte du district sanitaire de Kalaban Coro

2.2. Composition du centre :

Le CSRéf de Kalaban Coro compte plusieurs services :

Administration ;

La pharmacie ;

L'unité d'Odonto stomatologie ;

L'unité d'ophtalmologie ;

L'unité de médecine générale ;

L'unité de pédiatrie ;

L'unité de gynécologie obstétrique ;

L'unité de chirurgie générale ;

Le laboratoire d'analyse ;

Le bloc opératoire avec deux salles d'opérations ;

La morgue.

2.3. L'unité de chirurgie générale :

Il est Composé de :

- Un bureau de consultation pour le chirurgien ;
- Un bureau de consultation pour l'urologue ;
- Une salle VIP
- Deux salles d'hospitalisations
- Une salle de pansement ;
- Deux blocs opératoires

2.4. Le personnel du service de chirurgie :

❖ Personnel permanent

- Un (1) Chirurgien Généraliste ;
- Deux (2) urologues ;
- Un (1) traumatologue ;
- Un (1) Infirmier ;
- Un (1) Interne
- Deux (2) Manœuvres ;

❖ Personnel non permanent

- Etudiants stagiaires

2.5. Les activités

- Programme opératoire ;
- Consultations

2. Type et période d'étude.

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive mono centrique allant du 1^{er} Mars au 31 Décembre 2025, soit une durée totale de 10 mois.

3. Population d'étude :

Tous les patients opérés dans l'unité de chirurgie du CSRef de kalaban coro

Critères d'inclusions : Ont été inclus dans notre étude :

- Tous les patients prises en charge dans l'unité de chirurgie générale du CSRéf de kalabancoro pour urgences chirurgicales digestives.

Critères de non inclusion :

- les patients ne présentant aucune urgence chirurgicale digestive
- Les patients non consentant.

4. Méthode :

4.1. Déroulement

Elle a comporté :

- Une phase de recherche bibliographique ;
- Une phase de confection des questionnaires ;
- Une phase de collecte des données ;
- Une phase d'analyse des données ;
- Une phase de rédaction.

4.2. Supports des données

- Les dossiers médicaux,
- Les registres d'hospitalisation,
- Les registres des comptes rendus opératoires
- Les fiches d'anesthésie,
- La fiche d'enquête.

5. Saisie et analyse des données :

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur le logiciel office Word 2019 sur Windows 11. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS version 26. Le test statistique de comparaison utilisé a été le test de khi2. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

6. Considérations éthiques :

Le respect de l'éthique et la déontologie médicale ont été intégrés de la présente étude qui a été effectué dans respect des aspects suivants :

Consentement des responsables du CSRéf de kalabancoro,

Consentement individuel des personnes au moment de l'enquête,

Respect de la confidentialité et consentement éclairé sollicité et volontairement.

Identification de la fiche d'enquête par un numéro d'anonyme.

RESULTATS

V. Résultats

A- Données descriptives

1. Fréquences

Pendant notre période d'étude, nous avons colligé 102 cas urgences chirurgicales ce qui représentaient 17,74% de l'ensemble des interventions chirurgicales (n =575) ; 22,03% des hospitalisations dans l'unité (n=463) ; 6,14% des consultations (n=1709).

2. Données sociodémographiques

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

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentages
0-10ans	5	5
11-20ans	32	31
21-30ans	37	36
31-40ans	11	11
Sup à 40ans	17	17
Total	102	100

La tranche d'âge de 21-30 ans était la plus représentée soit 36% avec des extrêmes de 02 à 79 ans. Ecart type : 15,498 ; Age moyen : 23,3 ans.

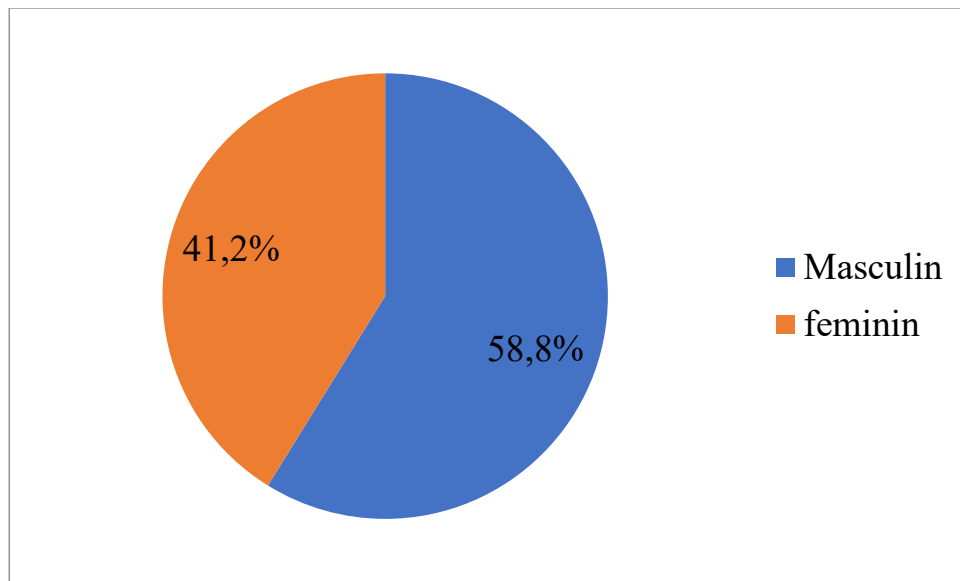


Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin était le plus représenté avec une fréquence de 58,8% des cas soit un sex-ratio H/F de 1,42.

Tableau III : Répartition des patients selon la profession.

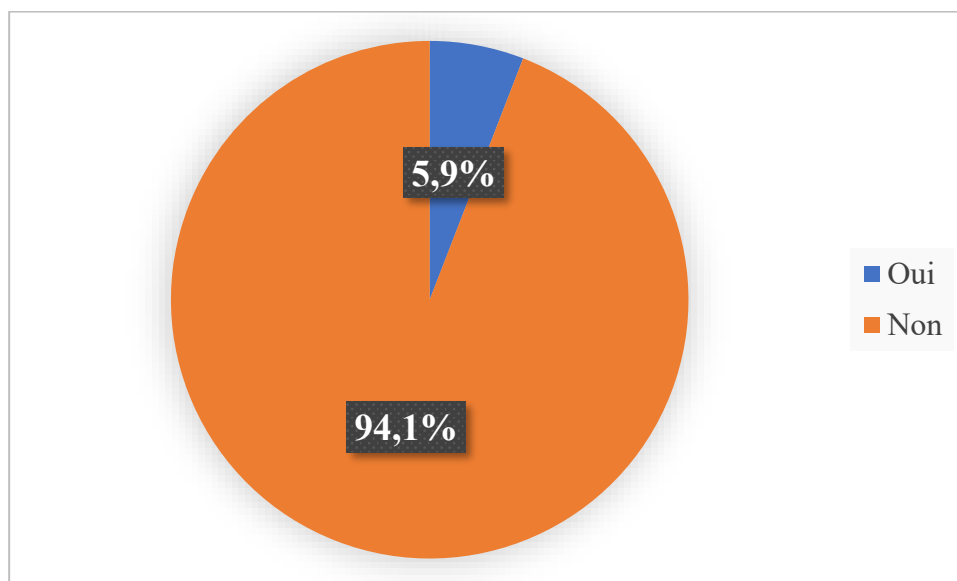
Profession	Effectif	Pourcentage
Elève/étudiant	35	34
Cultivateur	17	17
Ménagère	26	25
Enfant	14	14
Commerçant	5	5
Fonctionnaire	2	2
Mécanicien	3	3
Total	102	100

Les élèves/étudiants étaient les plus représentés avec 34% des cas

Tableau IV: Répartition des patients selon la résidence.

Résidence	Effectif	Pourcentages
Kalabancoro	83	81
Commune V	8	8
Commune VI	6	6
Commune III	5	5
Total	102	100

Les patients résidents a Kalaban-coro et environ étaient le plus représenté avec une fréquence de 81% des cas.

**Figure 5 : Répartition des patients selon les antécédents de chirurgie.**

Aucun antécédent médical n'avait été retrouvé.

Dans notre étude 6 patients avaient des antécédents chirurgicaux.

3. Données cliniques

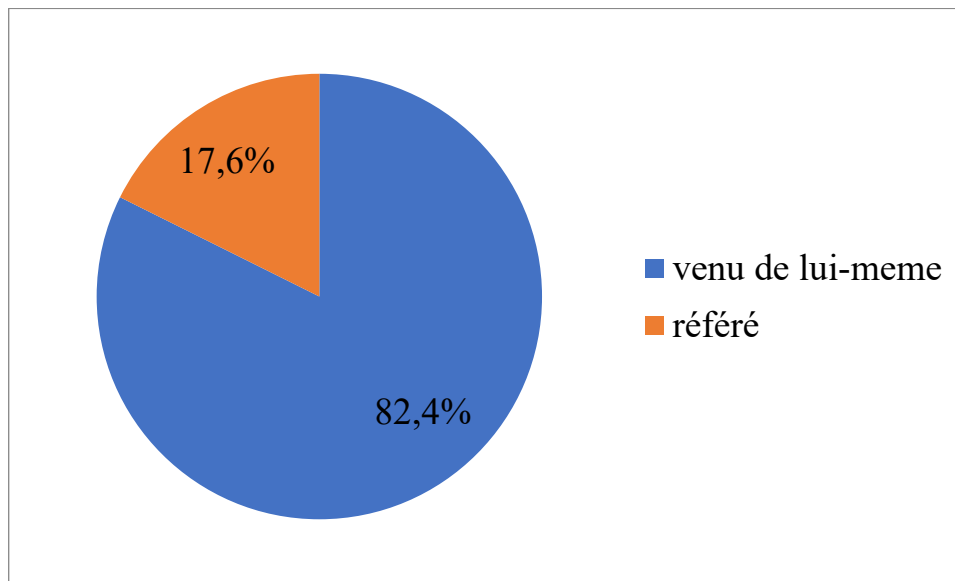


Figure 6 : Répartition des patients selon le mode d'admission.

Les patients venus d'eux-mêmes représentaient 82,4% des cas.

Tableau V: Répartition des patients selon le motif de consultation.

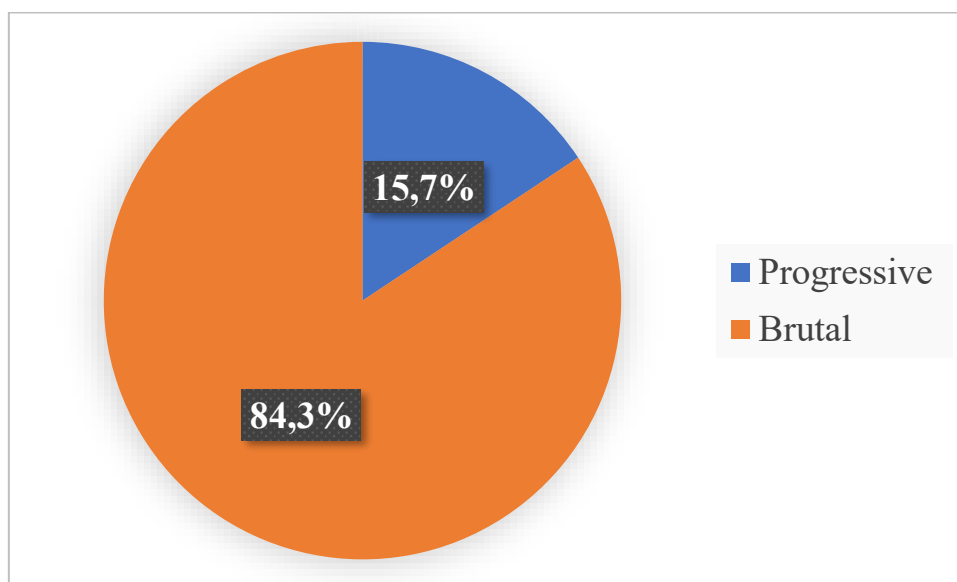
Motif de consultation	Effectif	Pourcentages
Douleur abdominale	88	86,3
Douleur inguinale	5	4,9
Douleur anale	9	8,8
Total	102	100

La douleur abdominale était la plus représentée avec une fréquence de 86,3% des cas.

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

Délai d'admission	Effectif	Pourcentages
<24h	4	3,9
>24h	96	94,1
Non préciser	2	2
Total	102	100

Le délai d'admission était supérieur à 24h dans 94,1% des cas.

**Figure 7 :** Répartition des patients selon le mode d'installation de la douleur

La douleur d'apparition brutale était la plus représentée avec un taux de 84,3% des cas.

Tableau VII: Répartition des patients selon le type de douleur

Type de douleur	Effectif	Pourcentages
Piqure	57	56
Torsion	24	23,5
Coup de Poignard	14	13,7
Brûlure	7	6,8
Total	102	100

Le type de douleur le plus représenté était la piqure soit 56%.

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

Siège de la douleur	Effectif	Pourcentages
Diffuse	32	31,4
FID	50	49
Péri ombilicale	2	2
Inguino-scrotale	6	5,9
Epigastre	3	2,9
Péri-anale	9	8,8
Total	102	100

La douleur de la fosse iliaque droite était la plus représentée avec une fréquence de 49% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon les signes généraux.

Signes généraux		Effectif	Pourcentages
Pouls	Normal	94	92,2
	Accéléré	8	7,8
Température	Normal	55	53,9
	Hyperthermie	47	46,1
Pression artérielle	Normal	74	72,6
	Hypotension	28	27,4
OMS	OMS1	3	2,9
	OMS2	87	85,3
	OMS3	12	11,8
Déshydratation	Non	65	90,1
	Oui	37	9,9

Le Pouls était normal chez 92,2% de nos patients.

La température était normale dans 53,9% des cas.

La pression artérielle était normale pour 74 patients soit un taux de 72,5%.

Le score de l'OMS était le plus représenté avec une fréquence de 85,3%.

Tableau X : Répartition des patients selon les signes physiques.

Signes physiques		Effectif	Pourcentage
Inspection	Distendu	35	34,3
	Météorisme	17	16,7
	Cicatrice	6	5,9
	Abdomen respire bien	20	19,6
	Autres	24	23,5
Palpation	Défense abdominale	46	45,1
	Abdomen souple	27	26,5
	Contracture	20	19,6
	Cris de l'ombilic positif	9	8,8
Percussion	Normale	79	77,4
	Matité	10	9,8
	Tympanisme	3	2,9
Auscultation	Présence de bruit hydro-aérique	30	29,4
	Silence abdominal	72	70,4
Touché rectal	Douleur latéralisée à droite cul de sac douglas	33	32,4
	Douglas bombé et douloureux	29	28,4
	Normal	40	39,2

La distension abdominale à l'inspection était la plus représentée avec un taux de 34,3% des cas.

La défense abdominale était la plus représentée avec une fréquence de 45,1% des cas.

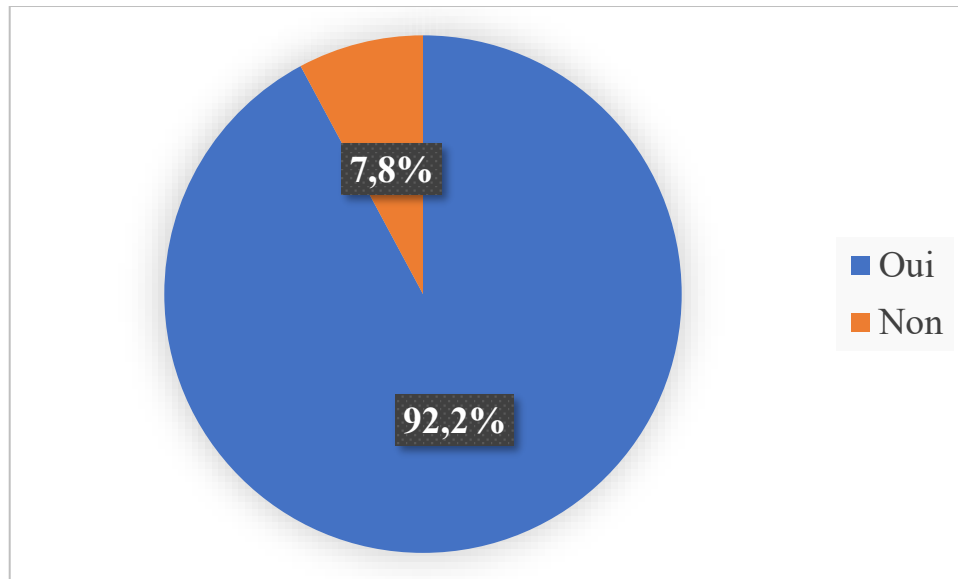


Figure 8 : Répartition des patients selon la réalisation d'une échographie abdominale

L'échographie a été réalisée chez 94 patients soit 92,2%.

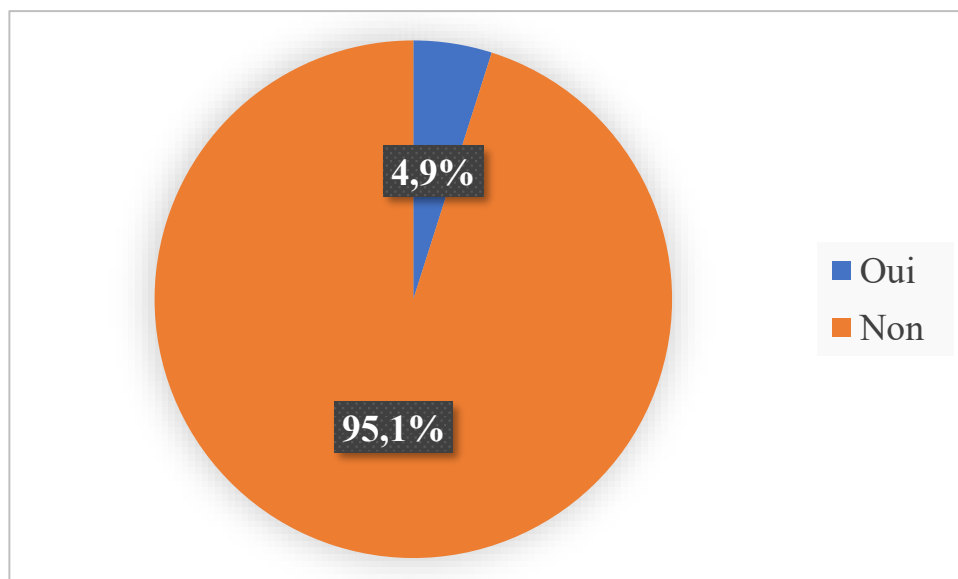


Figure 9 : Répartition des patients selon la réalisation de l'ASP

L'ASP a été réalisée chez 5 patients soit 4,9%.

Tableau XI : Répartition des patients selon le délai de l'intervention

Délai	Effectif	Pourcentages
1-2 heures	26	25,5
2-6 heures	62	60,8
6-12 heures	12	11,8
> 12 heures	2	1,9
Total	102	100

Le délai de 2-3 heures était maximal soit un taux de 60,8% des cas.

Le délai moyen était égal à 2, 39 heures, avec des extrêmes de 1 heure à 17heures.

Tableau XII : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire

Diagnostic pré opératoire	Effectif	Pourcentages
Péritonite aigue	19	18,6
Appendicite aigue	51	50
Occlusion intestinale aigue	8	7,8
Hernie étranglée	10	9,8
Cholécystite aigue	2	2
Traumatisme fermé de l'abdomen	2	2
Invagination intestinale aigue	1	1
Thrombose hémorroïde	9	8,8
Total	102	100

L'appendicite aigue était le diagnostic pré opératoire majoritaire soit 50% des cas suivi de la péritonite aigue 18,6%.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire

Diagnostic per opératoire	Effectif	Pourcentages
Abcès appendiculaire	11	10,8
Appendicite (catarrhale/flegmoneuse)	39	38,2
Cholécystite aiguë	2	1,9
Hernie étranglée	10	9,8
Invagination intestinale aiguë	3	2,9
Volvulus du colon sigmoïde	5	4,9
Péritonite par perforation gastrique	4	3,9
Péritonite par perforation iléale	7	6,8
Péritonite appendiculaire	9	8,8
Péritonite tuberculeuse	1	0,9
Thrombose hémorroïdaire	9	8,8
Fracture splénique	2	1,9
Total	102	100

L'appendicite non compliquée représentait 38,2% des cas. L'abcès appendiculaire représentait 10,8% et thrombose hémorroïdaire 8,8% des cas.

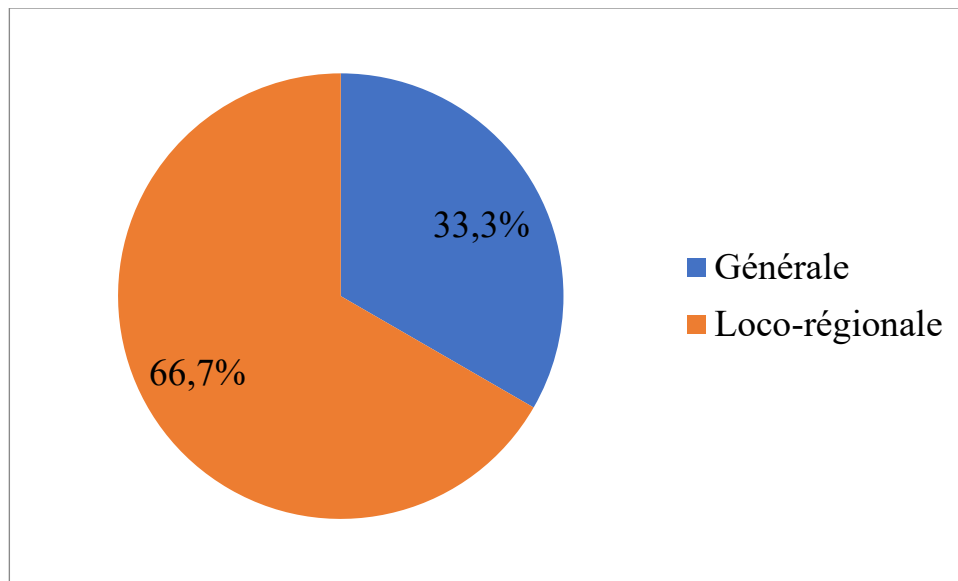


Figure 10 : Répartition des patients selon le type d'anesthésie
L'anesthésie locorégional était majoritaire soit un taux de 66,7% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon les gestes effectués

Gestes	Effectif	Pourcentages
Appendicectomie	39	38,2
Cure herniaire	10	9,8
Appendicectomie + drainage	20	19,6
Suture gastrique	3	2,9
Hémorroïdectomie Selon Milligan et Morgan	9	8,8
Cholécystectomie	2	1,9
Splénectomie	2	1,9
Résection intestinale	11	10,8
Autres	6	5,9
TOTAL	102	100

L'appendicectomie simple a été le geste le plus effectué avec une fréquence de 38,2%. L'appendicectomie + drainage dans 20,6% ; la résection anastomose 10,8% et l'hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan 8,8%.

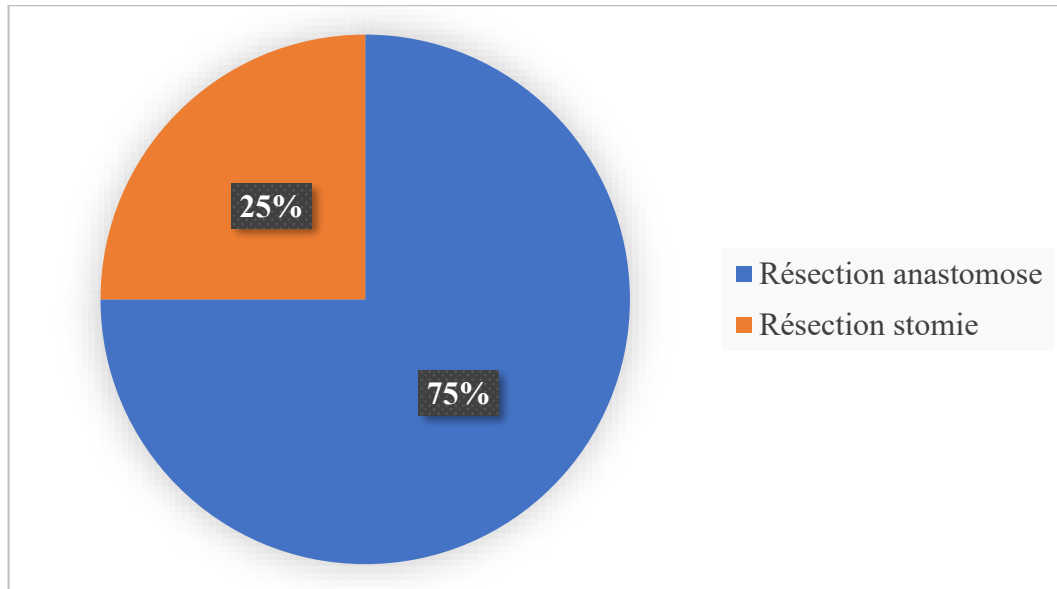


Figure 11 : Répartition des patients selon des types de résection
L'anastomose intestinale après résection a été réalisée dans 75% des cas.

Tableau XV : Répartition des patients selon la durée de l'intervention

Temps	Effectif	Pourcentages
<1heure	18	17,6
1-2heures	73	71,6
>2heures	11	10,8
Total	102	100

Le temps de 1-2 heures était le plus représenté avec un taux de 71,6% des cas.
Temps moyen : 2,625 heures, avec des extrêmes de 01heure à 04 heures.

5.4. Complications

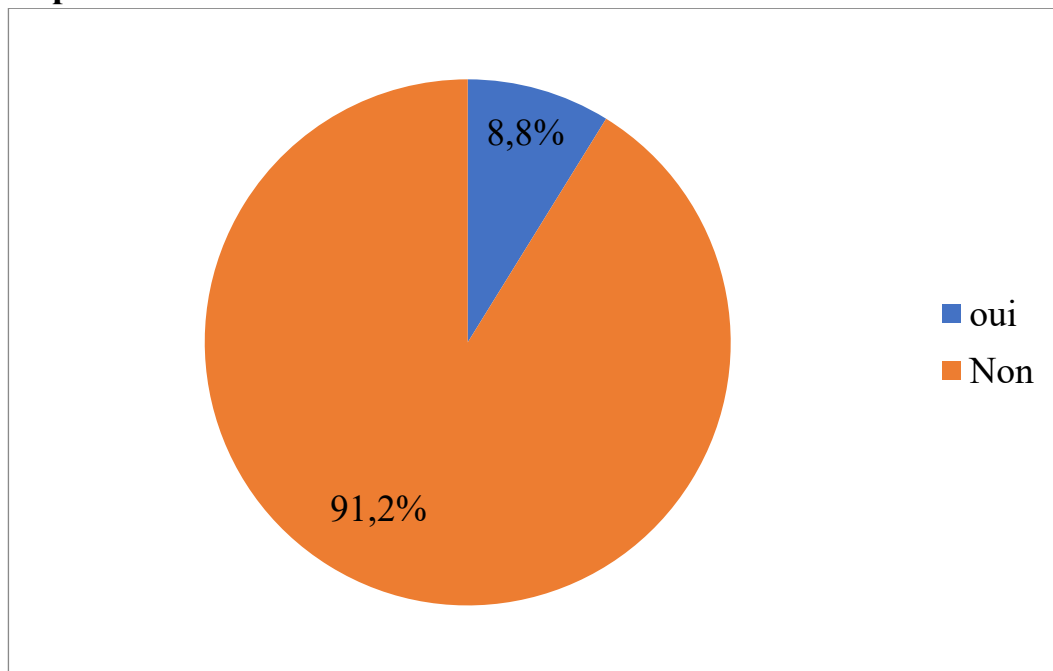


Figure 12 : Répartition selon les complications

On observe que 9 patients avaient présenté des complications soit un taux de 8,8%.

Tableau XVI : Répartition des patients selon le type de complications post opératoire (n=9)

Complications	Effectif	Pourcentages
Infection du site opératoire	5	55,6
Décès	2	22,2
Fistule digestive	1	11,1
Septicémie	1	11,1
Total	9	100

Suppuration pariétale représentaient 55,6% des complications.

Tableau XVII : Répartition des patients selon le grade de clavier dindon

Clavier dindon	Effectif	Pourcentages
Grade 1	6	66,7
Grade 3B	1	11,1
Grade 5	2	22,2
Total	9	100

Le grade I représentait 66,7% des cas.

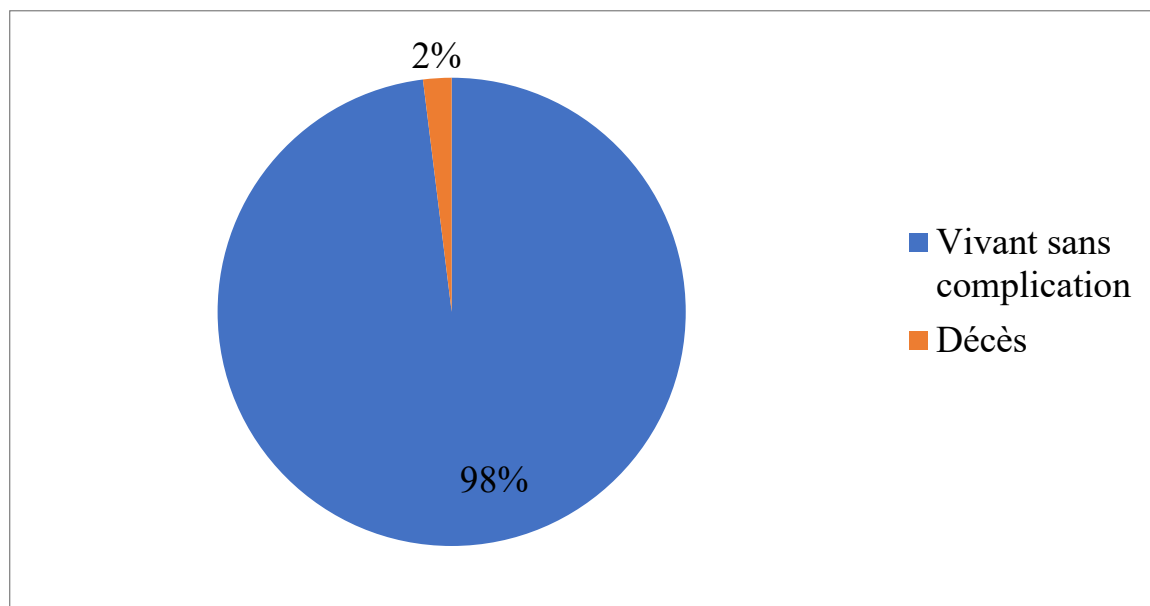


Figure 13 : Répartition des patients selon l'évolution globale

La mortalité globale a été de 2% après prise en charge des complications.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée en jour	Effectif	Pourcentages
1-3	43	42,2
3-6	38	37,2
6-10	12	11,8
> 10	9	8,8
Total	102	100

La majorité de nos patients avait une durée d'hospitalisation comprise entre 1-3 jours soit 42,2% des cas. Avec une durée moyenne : 3,59 Jours , avec des extrêmes de 1 jour à 35 jours.

B- Données Analytiques

Tableau XIX : Tableau croisé types de complications et âge

		Types de complications				Total
		ISO	Fistule	Septicémie	Décès	
Age	0-10 ans	1	0	0	0	1
	11-20 ans	1	0	0	0	1
	21-30 ans	2	1	1	1	4
	31-40 ans	0	0	0	0	1
	> 40 ans	1	0	0	1	2
Total		5	1	1	2	9

Chi2 = 7,35

ddl = 12

P= 0,833

Il n'existe pas d'association significative entre l'âge et le type de complications.

Tableau XX : Tableau croisé entre types de complications et sexe

		Types de complications				Total
		ISO	Fistule	Septicémie	Décès	
Sexe	Masculin	3	1	0	1	5
	Féminin	2	0	1	1	4
Total		5	1	1	2	9

Chi2= 2,115

ddl =3

P=0,549

Il n'existe pas d'association significative entre le sexe et le type de complications.

Tableau XXI : Tableau croisé entre Type d'urgence et types de complications

		Types de complications				Total
		ISO	Fistule	Septicémie	Décès	
Type urgence	Péritonite aigue	1	0	1	1	3
	Appendicite aigue	3	0	0	0	3
	Occlusion intestinale aigue	1	0	0	1	2
	Hernie étranglée	0	0	0	0	0
	Cholécystite aigue	0	0	0	0	0
	TAF	0	1	0	0	1
	IIA	0	0	0	0	0
	Thrombose hémorroïde	0	0	0	0	0
Total		5	1	1	2	9

Chi2= 14,4

ddl =21

P=0,852

Il n'existe pas d'association significative entre le sexe et le type de complications.

Tableau XXII : Tableau croisé entre type d'urgence et le sexe

		Sexe		Total
		Masculin	Féminin	
Types urgence	Péritonite aigue	11	8	19
	Appendicite aigue	31	20	51
	Occlusion intestinale aigue	5	3	8
	Hernie étranglée	8	2	10
	Cholécystite aigue	0	2	2
	TAF	2	0	2
	IIA	0	1	1
	Thrombose hémorroïde	6	3	9
Total		60	42	102

Chi2= 7,727

ddl =7

P=0,357

Il n'existe pas d'association significative entre le sexe et le type d'urgence.

Tableau XXIII : tableau croisé durée d'hospitalisation et grade Clavien dindon

		Clavien dindon			Total
		Grade 1	Grade 3b	Grade 5	
Durée d'hospitalisation	1-3	4	0	1	5
	3-6	1	0	1	2
	6-10	1	0	0	1
	> 10	0	1	0	1
Total		6	1	2	9

Chi2= 10,2

ddl = 6

P=0,116

Il n'existe pas d'association significative entre la croisé durée d'hospitalisation et grade Clavien dindon.

Tableau XXIV : Tableau croisé durée d'hospitalisation et types de complication

		Types de complications				Total
		ISO	Fistule	Septicémie	Décès	
Durée d'hospitalisation	1-3	4	0	0	1	5
	3-6	1	0	0	1	2
	6-10	0	0	1	0	1
	> 10	0	1	0	0	1
Total		5	1	1	2	9

Chi2= 18,81

ddl = 9

P=0,027

Il existe une association significative entre la durée d'hospitalisation et type de complication.

Tableau XXV : tableau croisé types de complications et durée d'intervention

		Types de complications				Total
		ISO	Fistule	Septicémie	Décès	
Durée d'intervention	<1heure	2	0	0	0	2
	1-2heures	3	0	0	0	3
	>2heures	0	1	1	2	4
Total		5	1	1	2	9

Chi2= 9

ddl = 6

P=0,174

Il n'existe pas une association significative entre les types de complications et durée d'intervention.

Tableau XXVI : tableau croisé types de complications et gestes réalisés

		Type de complications				Total
		ISO	Fistule	Septicémie	Décès	
Gestes	Appendicectomie	2	0	0	0	2
	Résection intestinale	3	0	1	2	6
	Splénectomie	0	1		0	1
Total		5	1	1	2	9

Chi2= 10,8

ddl = 6

P=0,095

Il n'existe pas une association significative entre les types de complications et gestes réalisés

Tableau XXVII : Tableau croisé durée d'intervention et gestes réalisés

		Durée			Total
		<1heure	1-2heures	>2heures	
Gestes	Appendicectomie	38	0	0	38
	Cure herniaire	10	0	0	10
	Appendicectomie + drainage	0	21		21
	Suture gastrique	0	3	0	3
	Hemorroïdectomie Selon MM	9	0	0	9
	Cholécystectomie	0	2	0	2
	Splénectomie	0	1	1	2
	Résection intestinale	0	6	5	11
	Autres	0	4	2	6
Total		57	37	8	102

Chi2= 133,28

ddl = 16

P=0,001

Il existe une association significative entre la durée d'intervention et gestes réalisés.

Tableau XXVIII : Tableau croisé diagnostic pré-op et types de complications

		Types de complications				Total
		ISO	Fistule	Septicémie	Décès	
Diagnostic Pré-Op	Abcès appendiculaire	2	0	0	0	2
	Appendicite (catarrhale/flegmoneuse)	3	0	0	0	3
	Volvulus du colon sigmoïde	0	0	0	1	1
	Péritonite	0	0	1	1	2
	Fracture splénique		1			1
Total		5	1	1	2	9

Chi2= 20,25 ddl = 12 P=0,0625

Il n'existe pas une association significative entre le diagnostic pré-op et types de complication.

Tableau XXIX : Tableau croisé délai de chirurgie et types de complications

		Types de complications				Total
		ISO	Fistule	Septicémie	Décès	
Délai de chirurgie	1-2 heures	2	0	0	0	2
	2-6 heures	3	1	0	2	6
	6-12 heures	0	0	1	0	1
Total		5	1	1	2	9

Chi2= 10,80 ddl = 6 P=0,0948

Il n'existe pas une association significative entre le délai de chirurgie et types de complications

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. Commentaires et discussion

1- Fréquence

Les urgences chirurgicales abdominales occupent une partie importante de l'activité des services d'urgences chirurgicales [32].

Tableau XXX : Fréquence selon les auteurs

Auteurs	Fréquence	P
BROWER E. France en 2003 [33]	42,63%	0,0000
Ait Jaja K Maroc 2017 [34]	36,68%	0,0003
Samoura L Bougouni 2011 [14]	9,7%	0,026
Notre étude 2026	17,74	-

Au cours de notre étude, les urgences chirurgicales ont représenté 17,74 % de l'ensemble des interventions chirurgicales réalisées au centre de santé de Kalabancoro. Ce taux significativement différent de celui retrouvé par BROWER E. au CHRU de Montpellier en France en 2003, qui rapportait une fréquence de 42,63 % des interventions chirurgicales [33] ainsi que les études de Ait JK. au Maroc en 2014–2015 avec une fréquence de 36,68% [34] et de Samora L CSRéf de Bougouni en 2011 [14] qui rapporte une 9,70 %.

La différence observée entre notre étude et celles de la littérature pourrait s'expliquer par le niveau de la structure sanitaire, le cadre géographique, ainsi que par la durée de l'étude et la taille de l'échantillon.

2- Données sociodémographiques

❖ L'âge

Dans notre série, la tranche d'âge 21–30 ans était la plus représentée avec 36,3 % des cas. L'âge moyen était de 23,3 ans, avec des extrêmes de 2 à 79 ans.

Ce résultat diffère de celui de SANGARÉ S. au CSRéf de la commune II de Bamako [15], qui retrouvait une confirmation des urgences chirurgicales digestives chez les sujets âgés de 20 à 39 ans dans 58,3 % des cas.

Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon, la durée de l'étude. Néanmoins, comme rapporté dans la littérature, les adultes jeunes représentent la tranche d'âge la plus touchée par les urgences chirurgicales digestives.

❖ Le sexe :

Les urgences chirurgicales digestives se caractérisent par une nette prédominance masculine à travers la littérature mondiale. Notre étude confirme cette tendance avec un profil épidémiologique marqué par un sex-ratio en faveur des hommes [35].

Tableau XXXI : Répartition du sexe selon les auteurs

Auteurs	Sex-ratio H/F	P
El Haoury M et al. Rabat 2022 [35]	2,93	0,0654
Amadou I. et al. Burkina 2024 [36]	1,94	0,6822
Sangare S. 2019 Bamako [15]	1,8	0,897
Notre étude 2026	1,42	-

Le sexe masculin était majoritaire dans notre étude avec 58,8 % des cas, soit un sex-ratio H/F de 1,42. Ce résultat est comparable à ceux de SANGARÉ S. [15], de El Haoury M et al. au Maroc et Amadou I au Burkina qui rapportent une prédominance masculine avec respectivement un sex-ratio de 1,8 ; 2,93 et 1,94 en faveur des hommes dont le P statistique est >5%.

Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par une plus grande exposition aux facteurs de risque, ainsi qu'un recours plus fréquent aux soins chirurgicaux chez les hommes.

3- Données cliniques et para-cliniques

❖ Le délai d'admission

Le délai d'admission des patients souffrant d'urgences chirurgicales digestives constitue un facteur pronostique déterminant, conditionnant directement le taux de morbidité et de mortalité postopératoire [33].

Tableau XXXII : délai d'admission selon les auteurs

Auteurs	Délai en heure	fréquence	P
Ait Jaja K Maroc 2017 [34]	>24h	84%	0,1827
Kouakou B. et al. 2019 Cote d'Ivoire [37]	>24h	91,2%	1
Araba M. Algerie 2023 [38]	>24h	89,7%	0,7829
Notre étude 2026	>24h	94,1%	

Le délai d'admission était supérieur à 24 heures dans 94,1 % des cas, traduisant un retard de consultation important.

Ce retard est fréquemment rapporté dans les séries africaines telles que marocaine, ivoirienne et algérienne. Ceci s'explique par : l'automédication, les difficultés financières, le recours aux soins traditionnels, la méconnaissance de la gravité des symptômes.

❖ Le motif de consultation

La douleur abdominale aiguë constitue le motif de consultation quasi universel et le principal signe d'appel orientant les patients vers les services d'urgences chirurgicales digestives [34].

Tableau XXXIII : Motif de consultation selon les auteurs

Auteurs	Douleur	P
Mabiala-Babela J.R. et al	100%	0,2765
KONATÉ M. au CHU Gabriel Touré 2003 [4]	100%	0,2765
Notre étude 2026	86,3 %	

La douleur abdominale a constitué le principal motif de consultation avec 86,3 % des cas, confirmant que l'urgence chirurgicale digestive se ramène le plus souvent à la prise en charge d'une douleur abdominale aiguë.

Dans la littérature, la douleur est rapportée comme le symptôme dominant :

Mabiala-Babela J.R. et al. [19] ont retrouvé 100 % de douleur, KONATÉ M. au CHU Gabriel Touré [4] rapportait également 100 % de douleur abdominale. Ainsi, bien que la douleur soit un symptôme subjectif influencé par le seuil de tolérance de chaque patient, sa persistance au-delà de quelques heures impose systématiquement une surveillance hospitalière.

4- Diagnostic et traitements

❖ Le diagnostic

L'évaluation étiologique des urgences chirurgicales digestives met en évidence une distribution dominée par l'appendicite dont les résultats s'expriment de manière très hétérogène en termes de fréquence [34].

Tableau XXXIV : Diagnostic selon les auteurs

Diagnostic Auteurs	Appendicite (P)	Péritonite (P)	Occlusion (P)
Ait Jaja K. Maroc 2017 [34]	60% (0,000)	25% (0,0625)	10% (0,0032)
Dicko A Douentza 2019 [24]	33,4% (0,8320)	11% (0,0541)	7% (0,0029)
Araba M. Algerie 2023 [38]	19% (0,0019)	8% (0,0049)	-
Notre étude 2026	37,2 %	17,7%	17,7%

L'appendicite représentait 37,2 % des cas, constituant la première cause d'urgence chirurgicale dans notre série. L'appendicite aiguë s'impose également comme la pathologie chirurgicale la plus fréquente dans les séries de Ait JK du Maroc ; d'Araba M de l'Algérie et de Diacko A. au Mali a des fréquences différentes. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon et la diversité des pathologies prises en charge dans notre série.

❖ Le traitement

L'appendicectomie était le geste le plus réalisé 37,2 %, suivie de l'appendicectomie avec drainage 18,6 %.

Ces résultats confirment que l'appendicite aiguë reste la principale indication opératoire en urgence.

L'anesthésie locorégionale était majoritaire 66,7 %, comme rapporté dans plusieurs séries africaines, en raison de sa sécurité, de sa disponibilité et de son coût réduit.

5- Suites opératoires

Des complications ont été observées chez 8,8 % des patients. La suppuration pariétale représentait 55,6 % des complications, ce qui est conforme aux données de la littérature africaine où les pathologies septiques sont fréquentes.

Le grade I était majoritaire 66,7 %, traduisant une évolution favorable dans la majorité des cas.

La majorité des patients avait une durée d'hospitalisation comprise entre 1 et 3 jours (42,2 %), avec une durée moyenne de 3,59 jours.

La mortalité globale était de 2 %, inférieure à celle rapportée par Y. Fané [30] (3,43 %) et Tangara T. [31] (4,56 %).

Ce faible taux de mortalité pourrait s'expliquer par la précocité de la prise en charge, qui permet de limiter l'évolution des lésions et la survenue de complications graves, ainsi que par la pertinence des indications thérapeutiques, adaptées à l'état clinique de chaque patient. La qualité de la surveillance postopératoire et des soins prodigués pourrait également avoir contribué à ce résultat.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. Conclusion

Les urgences chirurgicales digestives constituent une part majeure de l'activité chirurgicale en raison de leur forte prévalence, notamment chez les enfants et les jeunes adultes. Au CSRéf de Kalaban-Coro, la diversité étiologique (appendicites, péritonites, hernies étranglées, occlusions et thromboses hémorroïdaires) impose une approche pluridisciplinaire. Dans notre contexte, où l'examen clinique demeure le pilier diagnostique, la précocité de l'intervention est cruciale pour limiter les coûts de santé et prévenir les complications graves.

VIII. Recommandations

À l'issue de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

1- À l'endroit des autorités sanitaires :

- Assurer la formation continue et le recrutement de spécialistes en chirurgie viscérale, en anesthésie-réanimation et en radiologie.
- Doter les structures de santé de plateaux techniques performants (radiographie, échographie, scanner) et garantir un approvisionnement constant en médicaments d'urgence.

2- Aux centres de santé communautaires (CSCOM) :

- Proscrire l'administration prolongée d'antalgiques devant une douleur abdominale non étiquetée.
- Optimiser le circuit de référence-évacuation par une stabilisation précoce et un transfert rapide des patients vers les centres de référence.

3- À la population :

- Consulter précocement une structure de santé face à toute douleur abdominale aiguë afin d'éviter les complications.
- Promouvoir les mesures hygiéno-diététique tant au niveau individuel que collectif

REFERENCES

IX. Références

1. **Zué AS, Josseaume A, Nsafu DN, Galois-Guibal L, Carpentier JP.** Les urgences chirurgicales au Centre Hospitalier de Libreville. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 1 mars 2003;22(3):189-95.
2. **Maïga AA.** Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des pathologies abdominales chirurgicales d'urgence à l'hôpital de Gao [thèse]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie; 2008. N° 09M372. Disponible sur: Bibliosante.
3. **Moutei H.** Guide pratique des urgences chirurgicales viscérales [thèse]. Fès: Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2013. N° 100. Disponible sur: Le Catalogue National des Thèses et Mémoires (Toubkal)
4. **Konaté M.** Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique au CHU Gabriel Touré [thèse]. Bamako: Université de Bamako, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie; 2003. N° 67. Disponible sur: Bibliosante.
5. **Zhou L, Zhang J, Guo W.** Surgical emergency management of digestive diseases. *World J Clin Cases*. 2020;8(3):398–409. doi: 10.12998/wjcc.v8.i3.398
6. **Baigrie RJ, Thorne G.** Bowel obstruction: A review. *Surg Clin North Am*. 2018;98(3):505–19. doi: 10.1016/j.suc.2018.02.005
7. **Hernández-González JA, Fernández-Sánchez M.** Diverticulitis: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Rev Esp Enferm Dig*. 2015;107(9):577–86. doi: 10.17235/reed.2015.4177/2015
8. **Ben Salah H, Salah M, Beltaief K, et al.** Epidemiology and treatment of acute abdominal emergencies in Tunisia. *J Chir*. 2005;142(4):215–9.
9. **Kambire JL, Sanon BG, Zare C, Kambou T.** Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé. Étiologies et pronostic des urgences chirurgicales digestives au Centre Hospitalier Universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In.

10. **Ndao D, Faye N, Ndiaye R, et al.** Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des urgences chirurgicales abdominales au Sénégal. *Pan Afr Med J.* 2014;18:118.
11. **Diarra A, Kouadio S, Koné M, et al.** Aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques des urgences chirurgicales abdominales à l'Hôpital Universitaire de Cocody. *Rev Chir Abdomen.* 2018;12(4):251–6.
12. **Ndiaye R, Sarr M, Diouf M, et al.** Aspects épidémiologiques des urgences chirurgicales digestives au Mali : une étude rétrospective sur 5 ans. *J Chir Afr.* 2020;15(2):102–8.
13. **Diarra A, Sidibe B, Doumbia M, et al.** État des urgences chirurgicales abdominales au CHU Gabriel Touré de Bamako : une analyse de 500 cas. *J Chirurg. Afr.* 2021;17(3):213–8.
14. **Donnelly NJ, Semmens JB, Fletcher Dr, Holman CD.** Appendicectomy in west Australia: Profil and trends: 1981 – 1992. *MJA* 2001 ; 175 : 15p.
15. **Samoura L.** Prise en charge des urgences chirurgicales viscérales au CS Réf de Bougouni. Juin 2011.. Thèse Médecine Bamako 2011, 124p, N°188.
16. **Sangaré S.** urgences chirurgicales digestives au Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako. 2019 thèse de médecine p83 N390.
17. **Roscher R, Frank R, Bauman A, Berger HG.** Results of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine Abteilung für Allgemeinchirurgie Universität Wien. *Donau. Chir* 1991 ; 62(8) : 641-649. 22.
17. **Padonou N, Diagne B, N'Diaye M, Cherbonnel GM, Noussaume O.** Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques des quatre années (1973-1976) *Dakar médical*, 1979, 24,190-197. 23.
18. **Fongoro M.** Les urgences chirurgicales digestives au centre de santé de référence de San [thèse]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie; 2022. N° 98.
19. **Mabiala–Babela JR, Pandzou N, Koutaba E, Ganga-Zandzou S, SengaP.** Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Brazzaville (Congo). *Med Trop* 2006; 66: 172- 176

20. Harouna Y. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey

(Niger) ; Médecine d'Afrique Noire 2001, 42 (2) p.

21. Ibrahima Gaye, Pape Alassane Leye, Mamadou Mour Traore, Pape Ibrahima Ndiaye, El Hadji Boubacar Ba, Mamadou Diawo Bah: Prise en charge péri-opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte du CHU Aristide Le Dantec. PAN AFR MED J. 2016 ; 24 : 190

22. Koné M Prise en charge de l'appendicite aigue au centre de santé de référence de Bougouni [internet] thesis] Université des sciences des centre de santé techniques et des technologies de bamako 2021 Cité 17sept 2023 sept disponible sur [http / www.biblio.santé.ml / handle /123456789/460](http://www.biblio.santé.ml/handle/123456789/460) 236

23. Diarra M Appendicite au centre de référence de la commune 3 du district de bamako [internet [thesis] université des sciences des techniques et des technologies de bamako 2021 [cité 19 sept 2023] disponible sur : [http /www.bibliosanté.ml/handle//123456789/4802](http://www.bibliosanté.ml/handle//123456789/4802)

24. Dicko.M Appendites aigue au centre centre de référence de la commune du district de bamako [internet [thesis]université des sciences des techniques et des technologies de bamako 2019[cité 03 oct. 2023]disponible sur : [http /www . biblio.santé.ml/handle//123456789/2107](http://www.biblio.santé.ml/handle//123456789/2107)

25. Papagrigoriadas S, Browse DJ, Howard ER. Incarceration of umbilical hernias in adult: a rare but importane complication. Urgences int 1988; 4: 231-236

26. Bargy F, Baudoin S. Hernies de l'enfant et de l'adulte. Rev Prat 1997 ; 47 : 289 – 294

27. Samassekou P : Urgences chirurgicales digestives au centre de santé de référence de Koulikoro (Mali) thèse de médecine 2009 p59 n423

28. Drissa B : Les péritonites aigues : Aspects cliniques diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital Fousseyni Dao de Kayes. Thèse de Med-Bko 2010, 2011 :15139

29. Diakité .M Abdomens aigus chirurgicaux au centre de santé de référence de

Koutiala ; thèse MED : 2022 86 (22M99)

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

31. TANGARA. T Urgences chirurgicale digestives au centre de sante de référence de Markala . 2016, 88 (16M238).

32. Sanou J, Diallo O, Traoré SS, Ouedraogo NG, Goumbri-Lompo OM, Sanou A. Prise en charge péri opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte au CHU. Pan Afr Med J [Internet]. 2016 [cité 16 juil 2026];24:286. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5072862/>

33. Brower E. Urgences chirurgicales abdominales. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Urgences (Paris). 2004;2:24048B10.

34. Ait Jaja K. *Bilan d'activité des urgences chirurgicales digestives de l'hôpital préfectoral d'Inezgane sur 2 ans 2014 - 2015* [thèse]. Marrakech: Université Cadi Ayyad; 2017. N° 013.

35. El Haoury M, Chafry B, El Koudi M, Benyass Y, El Alami H. Profil des urgences chirurgicales dans un hôpital de second niveau. Rabat: Ann Mar Chir; 2022 [cité 16 juil 2026];6(7):21-7. Disponible sur: AMS HRA.

36. Amadou I, Coulibaly Y, Ouedraogo S, Diallo A, Traoré SS, Touré CT. Prevalence and mortality rate of abdominal surgical emergencies in adults in sub-Saharan Africa: a systematic review. [place unknown]: BioMed Central; 2024. Disponible sur: NCBI PMC.

37. Kouakou B, Diabaté AS, Koffi K, Casanelli JM, Lebeau R, Diané B. Prise en charge des urgences chirurgicales abdominales en milieu semi-urbain : analyse des facteurs de retard thérapeutique. Rev Int Sc Méd. 2019;21(3):142-148.

38. Araba M. Profil clinique et évolutif des urgences chirurgicales digestives non traumatiques au niveau de l'EPH Mohammed Boudiaf d'Ouargla [thèse]. Ouargla: Université Kasdi Merbah Ouargla, Faculté de Médecine; 2023. Disponible sur: DSpace Ouargla.

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : KAMATE **Prénom :** Ousmane

Titre : Les Urgences Chirurgicales Digestives Au Centre De Sante De Reference De Kalaban-Coro.

Secteur d'intérêt : chirurgie générale.

Pays : Mali.

Ville de soutenance : Bamako.

Année : 2025-2026.

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMOS.

RESUME

Les urgences chirurgicales digestives représentent des pathologies majeures en chirurgie, par leur fréquence élevée, de la complexité de la prise en charge, et la morbi-mortalité importante. L'objectif était d'étudier les urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie générale au centre de santé de référence de Kalaban-coro. Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive mono centrique allant du 1^{er} Mars au 31 Décembre 2025, soit une durée totale de 10 mois. Au cours de notre étude, les urgences chirurgicales ont représenté 17,74 % de l'ensemble des interventions chirurgicales réalisées au centre de santé de Kalaban-coro. Le sexe masculin était majoritaire dans notre étude avec 58,8 % des cas, soit un sex-ratio H/F de 1,42. L'âge moyen était de 23,3 ans, avec des extrêmes de 2 à 79 ans. L'appendicite représentait 37,2 % des cas, constituant la première cause d'urgence chirurgicale dans notre série. L'appendicectomie était le geste le plus réalisé 37,2 %, suivie de l'appendicectomie avec drainage 18,6 %. Les complications ont été observées chez 8,8 % des patients. La suppuration pariétale représentait 55,6 % des complications. La mortalité globale était de 2 %.

Ces résultats confirment que l'appendicite aiguë reste la principale indication opératoire en urgence.

Les urgences chirurgicales digestives constituent une part majeure de l'activité chirurgicale en raison de leur forte prévalence. La diversité étiologique impose une approche pluridisciplinaire.

Mots-clés : Urgences ; chirurgicales, Kalaban-coro ; CSRef

Data Sheet

Name: KAMATE First Name: Ousmane

Title: Digestive Surgical Emergencies at the Kalaban-Coro Referral Health Center.

Area of Interest: General surgery.

Country: Mali.

City of Defense: Bamako.

Year: 2025–2026.

Place of Deposit: FMOS Library.

ABSTRACT

Digestive surgical emergencies represent major surgical conditions due to their high frequency, the complexity of management, and significant morbidity and mortality. The objective was to study digestive surgical emergencies in the general surgery department of the Kalaban-Coro Referral Health Center. This was a prospective, descriptive, single-center study conducted from March 1 to December 31, 2025, spanning a total of 10 months. During the study, surgical emergencies accounted for 17.74% of all surgical procedures performed at the Kalaban-Coro Health Center. Males predominated, representing 58.8% of cases, with a male-to-female sex ratio of 1.42. The mean age was 23.3 years, ranging from 2 to 79 years. Appendicitis accounted for 37.2% of cases, making it the leading cause of surgical emergencies in our series. Appendectomy was the most frequently performed procedure (37.2%), followed by appendectomy with drainage (18.6%). Complications were observed in 8.8% of patients. Parietal suppuration accounted for 55.6% of complications. The overall mortality rate was 2%.

These results confirm that acute appendicitis remains the primary indication for emergency surgery. Surgical emergencies involving the digestive tract account for a significant portion of surgical activity due to their high prevalence. Their diverse etiologies necessitate a multidisciplinary approach.

Keywords: Emergencies; surgical; Kalaban-Coro; CSRef

Fiche d'enquête

Les urgences chirurgicales digestives au Centre de Sante de Référence de la kalaban-coro

1. **N°DOSSIER** :
2. **Anonymat**...../.....
3. **Profession** : / ____ / 1. Fonctionnaire 2. Artisan 3. Cultivateur 4. Ouvrier 5. Etudiant/Elève 6. Autres
4. **Age (ans)** : / ____ / Sexe : / ____ / 1. Masculin 2. Féminin
5. **Ethnie** : / ____ / 1. Bambara 2. Peulh 3. Sonrhäi 4. Dogon 5. Soninké 6. Malinké 7. Autres.
6. **Nationalité** : / ____ / 1. Malienne 2. Autres
7. **Résidence** : / ____ / 1. Commune I 2. Commune II 3. Commune III 4. Commune IV 5. Commune V 6. Commune VI 7. Hors Bamako
8. **Mode d'admission** : / ____ / 1. Référé 2. Venu de lui-même
9. **Moyen de référence** : / ____ / 1. Ambulance 2. Taxi 3. Voiture personnelle 4. Autres
10. **Référé par** : / ____ / 1. Médecin 2. Infirmier 3. Sage-femme 4. Interne
11. **Durée d'hospitalisation préopératoire** :
/ ____ / 1. 0 – 3 jours 2. 4 – 7 jours 3. > 7 jours
12. **Durée d'hospitalisation post-opératoire** : / ____ / 1. 0 – 3 jours 2. 4 – 7 jours 3. > 7 jours
13. **Durée totale d'hospitalisation** :
/ ____ / 1. 0 – 3 jours 2. 4 – 7 jours 3. > 7 jours
14. **Date de Sortie** :/...../...../...../...../.....

I-EXAMEN CLINIQUE :

- 1-**Motif de consultation** :
- a. **Mode de début des signes** : 1. Brutal 2. Progressif 3. Ne sait pas
- b. **Heures d'apparition des différents symptômes** : / ____ / 1. Matin 2. Journée 3. Soir 4. Nuit
- c. **Evolution** : / ____ / 1. Permanente 2. Intermittente
- d. **Etiologie** : / ____ / 1. CBV 2. AVP 3. Accident domestique 4. Inconnues
- 2-**Antécédents** :
- Médicaux** : / ____ / 1. HTA 2. Diabète 3. Asthme 4. Drépanocytose 5. Autres Chirurgicaux :
/ ____ / 1. Hernie 2. Occlusion intestinale 3. Appendicite 4. Péritonite 5. Hémorroïdes 6. Autres
- Familiaux** : / ____ / 1. HTA 2. Diabète 3. Asthme 4. Drépanocytose 5. Autres

-Habitudes du malade : /___/ 1. Thé 2. Tabac 3. Alcool 4. Cannabis 5. Autres **-Notion de prise de médicaments :** /___/ 1. Oui 2. Non 3

-DELAI D'ADMISSION :

4-SIGNES FONCTIONNELS :

-Douleur :

Type de la douleur : /___/ 1. Brulure 2. Crampe 3. Picotement 4. Autres

Siège de la douleur : /___/ 1. Hypochondre droit 2. Hypochondre gauche 3. Epigastre 4. Flanc droit 5. Gauche 6. Péri-ombilical 7. Hypogastre 8. Fosse lombaire droite 9. Fosse lombaire gauche 10. Diffuse

Irradiation : /___/ 1. Oui 2. Non. Mode de sédation : /___/ 1. Oui 2. Non **-Douleur accompagnée de signes :** /___/ 1. Oui 2. Non

-Signes accompagnant la douleur : /___/ 1. Diarrhée 2. Ballonnement 3. AMG 4.

Gargouillement 5. Constipation 6. Autres

-Vomissement : /___/ 1. Oui 2. Non

Caractéristique du vomissement : /___/ 1. Bilieux 2. Fécaloïde 3. Alimentaire 4. Autres

Saignement : /___/ 1. Oui 2. Non

5-SIGNES GENERAUX :

Etat général : /___/ 1. Bon 2. Altéré 3. Mauvais

-Déshydratation : /___/ 1. Oui 2. Non

-Pouls : **-Température :** **-Pression artérielle :** **-Diurèse :** /___/

1. < 60cc/heure 2. 60 – 100cc/heure 3. > 100cc/heure 4. Non évaluée

-Conjonctives/ téguments : /___/ 1. Colorées 2. Non colorées

6-SIGNES PHYSIQUES :

-a-Inspection : recherche :

-Météorisme : /___/ 1. Oui 2. Non

-Type de météorisme : /___/ 1. Localisé 2. Généralisé et Diffus **-Péristaltisme intestinal :**

/___/ 1. Oui 2. Non

-Type de péristaltisme : /___/ 1. Localisé 2. Généralisé 3. Provoqué - Respiration abdominale : /___/ 1. Oui 2. Non

-b- Palpation : recherche

-Contracture abdominale : /___/ 1. Oui 2. Non

-Type de contracture : /___/ 1. Localisée 2. Généralisée

-Voussure observée : /___/ 1. Oui 2. Non

-Type de voussure : /___/ 1. Mobile 2. Immobile –

- Défense abdominale : /____/ 1. Oui 2. Non – Type de défense : /____/ 1. Localisée

2. Généralisée

-Palpation abdominale :

1.Cancer : /____/ 1. Oui

2. Non Masse pelvienne : /____/ 1. Oui 2. Non

-Palpation des orifices herniaires :

-Existence de hernie : /____/ 1. Oui 2. Non

Localisation : /____/ 1. Inguinale 2. Inguino-scrotale 3. Ombilicale 4. Autres

-c-**Percussion** : recherche

: -Sonorité : /____/ 1. Tympanisme 2. Matité 3. Normale

-d-**Auscultation abdominale** :

-Bruits hydro-aériques : /____/ 1. Oui 2. Non

II- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

-Taux d'hémoglobine : /____/ 1. < 6g 2. 6 – 8g 3. 9- 11g 4. >11g

-Groupage sanguin / rhésus : /____/ 1. A+2.A- 3. B+ 4. B- 5. O+ 6. O- 7. AB+ 8.

AB-

-Echographie : /____/ 1. Oui 2. Non -A S P : /____/ 1. Oui 2. Non

Widal Félix : /____/ 1. Positif 2. Négatif 3. Non fat

-Temps écoulé entre l'arrivée et l'intervention : /____/ 1. < 30mn 2. 30 – 1 Heure 3.1 –

1Heure 30mn 4. > 1Heure 30mn

III- DIAGNOSTIC :

1-**Diagnostic pré opératoire** : /____/

1. Appendicite 2. Hernie étranglée 3. Péritonite 4. Occlusion intestinale 5.

Thrombose hémorroïdaire 6. Autres

2-**Diagnostic per opératoire** : /____/

1. Appendicite 2. Hernie étranglée 3. Péritonite 4. Occlusion intestinale 5.

Thrombose hémorroïdaire 6. Autres

3-**Delai de prise en charge** : /____/

1. < 30mn 2. 30 – 1 Heure 3.1 – 1Heure 30mn 4. > 1Heure 30mn

IV- TRAITEMENT :

A-**Médical** : /____/ 1. Oui 2. Non

1-**Traitement préopératoire** :

-Nature : Durée :/././.....

2-**Traitement per opératoire** :

-Nature : / ____ / 1. Antalgiques 2. Antibiotiques 3. Réhydratation

-Durée : / ____ / 1. <30mn 2. 30mn–1 Heure 3. 1 –1 Heure30mn 4. >1 Heure30mn

3-Traitement post-opératoire :

-Nature : / ____ / 1. Antalgiques 2. Antibiotiques 3. Réhydratation

-Durée : / ____ / 1. <24 Heures 2. 24 – 48 Heures 3. 48 – 72 Heures 4. >72 Heures

B- Chirurgical : / ____ / 1. Oui 2. Non

-Technique :

-Type d'anesthésie : / ____ / 1. AG 2. Locorégionale 3. Locale

-Durée du traitement chirurgical : / ____ /

1. < 30mn 2. 30 – 1h 3. 1 – 1h 30mn 4. > 1h 30mn

C- Complications : / ____ / 1. Oui 2. Non

1-Complications per opératoire : / ____ / 1. Oui 2. Non

-Type de complications per opératoire : / ____ / 1. Hémorragie 2. Décès 3. Autres :

.....

2-Complications post-opératoires : / ____ / 1. Oui 2. Non

--Type de complications post-opératoire : / ____ / 1. Hémorragie 2. Décès 3. Abscès de paroi

4. Fistules digestives 5. ISO 6. Autres

ICONOGRAPHIE

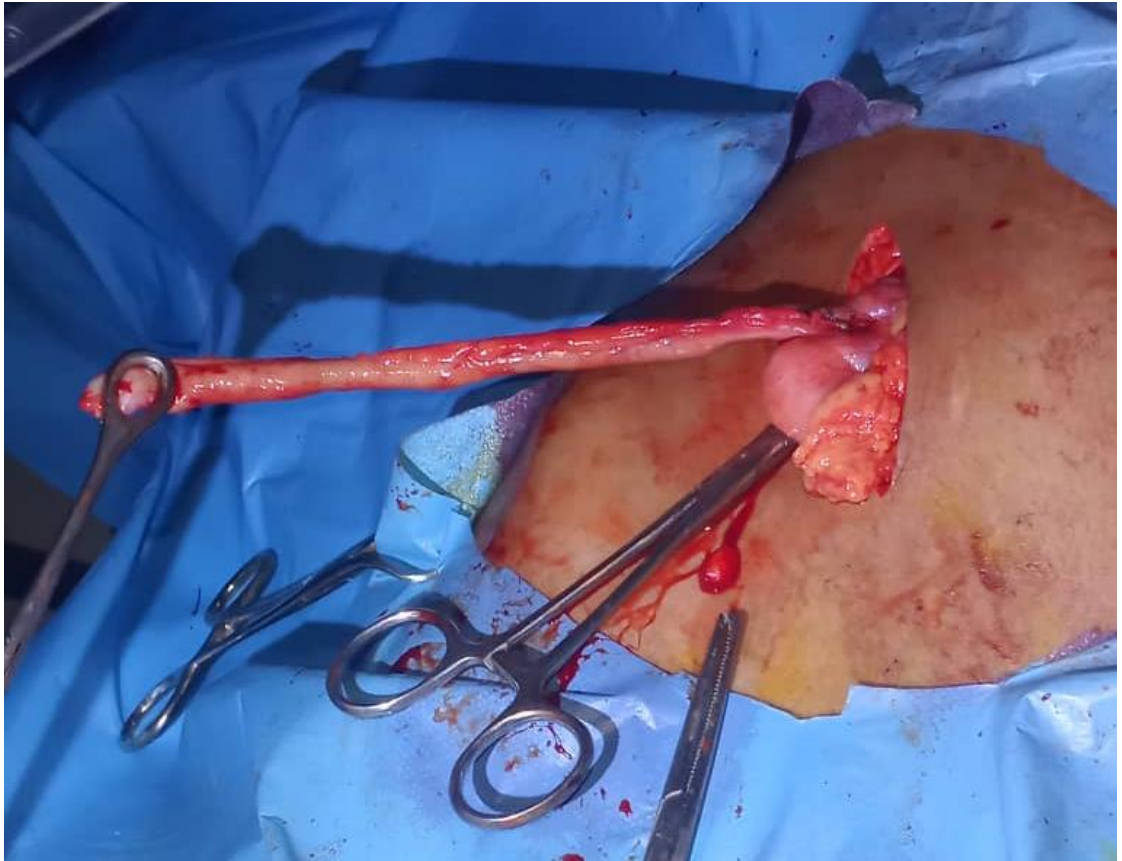


Figure 14 : Image d'une appendicite d'aspect catarrhale



Figure 15 : Image d'une pièce d'appendicectomie d'aspect catarrhale



Figure 16 : Image per-opératoire d'une perforation iléale



Figure 17 : Image d'une perforation gastrique



Figure 18 : Image per-opératoire d'un volvulus du colon sigmoïde sans nécrose



Figure 19 : Zone de strangulation (volvulus du colon sigmoïde)

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de Parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

Je le jure.