

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT

SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But Une Foi



U.S.T.T-B

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année : 2012- 2013

N°/

TITRE :

**URGENCES ABDOMINALES CHIRURGICALES AU C.S. Réf DE
KOULIKORO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 26 juillet 2013

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : M. Adolphe Abou DOUMBIA

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

JURY

Président : Professeur Tiéman COULIBALY

Membre : Docteur Bakary Tiétigui DEMBELE

Co-directeur : Docteur Lassana KANTE

Docteur Saïdou GUINDO

Directeur de thèse : Professeur Gangaly DIALLO

Je dédie ce travail :

➤ **A DIEU**, notre père créateur du ciel et de la terre et à son fils unique **JESUS CHRIST**, conçu du saint esprit, né de la vierge **MARIE** et souffert sous Pilate. Merci, je me suis toujours senti sous votre protection.

➤ **A mon père feu PIERRE DOUMBIA**

Cher père, c'est le moment pour moi de me prosterner sur ta tombe. Tu nous as quitté très tôt. L'amour, le pardon, le travail bien fait, voici des souvenirs que ceux qui ton connus mon enseigner de toi. J'aurais souhaité partager cet instant de joie avec toi mais hélas, DIEU en a décidé autrement. Je suis très fière d'être ton fils. Paix à ton âme, que tu sois à la droite du père. Amen !

➤ **A ma mère feu OUMOU SIDIBE**

Chère mère, c'est avec larme aux yeux que j'ai fait ce travail parce que tu n'es pas à mes côtés, combien de fois je souhaiterais que cela ce fasse avec toi. Mais je ne regrette rien, l'amour, la bonté, le pardon...tous ces biens faits, que j'ai appris de toi, fait de toi une mère exceptionnelle. Que la volonté de DIEU soit accomplie, dort en paix chère mère.

➤ **A mon oncle YVES DOUMBIA**

Vous êtes plus qu'un père pour moi. Le moment est venu pour moi de vous remercier, la sagesse de vos conseils, la confiance et l'attention avec lesquelles vous m'avez assisté me resteront inoubliables. Jamais je ne saurai vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis. Trouvez ici toute ma gratitude. On aura toujours besoin de vos bénédictions et conseils. Que DIEU vous donne longue vie.

➤ **A ma tante AISSATA SIDIBE**

Ce travail est le couronnement de tes souffrances, de ta patience. Nous avons bénéficié auprès de toi toute la tendresse qu'une mère doit à ses enfants. Ton soutien moral et matériel ne nous a jamais fait défaut même à distance. Puisse ALLAH le tout puissant te fasse bénéficier du fruit de ta patience. Amen !

➤ **A mon grand frère REMY DOUMBIA**

Je n'ai jamais manqué votre soutien moral et financier. Vous mérité une mention particulière. Merci

➤ **A ma grande sœur PAULINE DOUMBIA**

Merci pour tout, vous avez pleinement joué votre rôle dans l'élaboration de ce travail.

➤ **A mon frère aîné JEAN DOUMBIA**

J'ai bénéficié auprès de vous et de votre femme amour, tendresse, éducation et respect. Je vous remercie de m'avoir supporté lors de mon séjour à vos cotés. Soyez rassuré de ma reconnaissance et respect.

➤ **A mes oncles et tantes**

L'amour et l'attention particulière avec lesquels vous m'aviez traité depuis mon enfance, resteront gravés dans ma mémoire. Je prie le tout puissant et miséricordieux de vous garder le plus longtemps possible en vie et en bonne santé.

➤ **A mes frères et sœurs**

Pour les efforts que vous avez toujours consenti pour l'équilibre de la famille et la continuité de mes études jusqu'à ce jour.

➤ **A mes cousins et cousines**

➤ **A toute la famille Diallo de Tomikôrôbougou**

Vous m'aviez accueil avec de la tendresse, du respect et beaucoup d'encouragement. Merci pour tout cela, je n'oublierais jamais.

REMERCIEMENT

➤ **A mon Chef de Service et encadreur Dr GUINDO Saïdou**

Merci pour vos conseils, la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié de vous. Qu'ALLAH le tout puissant vous donne longue vie dans la santé et le bonheur.

➤ **A mes collègues du service**

Mallé, Aboubacar MAIGA, Aboubacar DJIRE, Lallaïcha DIARRA, Coumba N'DIAYE, Nagnouma CAMARA, Nouhoum SANOGO...

Merci pour la bonne ambiance de travail, les marques de sympathie et les nombreux services rendus. A tous je souhaite très bonne carrière.

➤ **A tout le personnel du C.S.Réf**

Il ne serait pas juste de ma part de ne pas vous réserver une mention spéciale. A vos côtés, j'ai appris beaucoup de choses; travailler avec vous a été un réel plaisir, merci pour tout

➤ **A tout ce que j'ai connu à travers l'école**

Dr Hadizatou, Dr Farota, Dr Sagara, Dr Konaté Seydou, Dr Moussa G, Dr Massour, Abdoulaye Sagara, Sékou Kéné, Abdoulaye Goro, Aboubacar Sylla, Mariam Tangara, Lassine Sogoba, Mohamed Keïta, Noumou Cissé ...

➤ **A tous mes Enseignants** depuis l'école primaire jusqu'à la FMOS.

M. Alwatta, M. Sissoko...

➤ **A mes amis du quartier**

Adama Faco, Kôrô Traoré, Moussa Mariko, Ibrahim Arby, Ibrahim Guindo, Mohamed Maïga, Aly Zona, M Tall...

➤ **A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à la réalisation de ce travail.**

A notre maître et Président du jury : Professeur Tiéman COULIBALY

- Maître de conférences en orthopédie et traumatologie à la FMOS de Bamako,
- Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré,
- Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOMACOT),
- Membre de la Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique,
- Membre des Sociétés Marocaine et Tunisienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique,
- Membre de l'Association des Orthopédistes de Langue Française,
- Membre de la Société Africaine d'Orthopédie

Cher Maître,

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre assiduité, votre simplicité, votre sens élevé de la responsabilité et la clarté de votre enseignement ont forcé notre admiration.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude

A notre maître et jury : Docteur Bakary Tientigui Dembélé

- Maître-assistant à la FMOS
- Spécialise de chirurgie générale
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE
- Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous de vous associer à ce travail.

Votre disponibilité et votre sympathie dans l'exercice de votre fonction de médecin m'ont permis de vous admirer.

Cher Maître, veuillez accepter nos considérations les plus distinguées.

A notre maître et co-directeur de thèse :Docteur Lassana KANTE

- Maître-assistant à la FMOS
- Spécialiste de chirurgie générale
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE

Cher Maître,

L'étendue de vos connaissances, votre disponibilité constante et votre humilité ont permis de nous sentir très à l'aise à vos cotés et d'améliorer nos connaissances cliniques.

L'occasion nous est donnée ce jour, de vous réitérer toute notre reconnaissance pour votre enseignement de qualité.

Nous vous remercions pour votre dévouement inébranlable à notre formation et nous vous assurons cher maître, que vos conseils et recommandations ne seront pas vains

A notre maître et Co-directeur de thèse :Docteur Saidou GUINDO

- Médecin-chef adjoint au centre de santé de référence de Koulikoro
- Spécialiste de chirurgie générale
- Chef de service de la chirurgie

Cher Maître,

Avec détermination et patience vous nous avez appris la rigueur, la persévérance et la réflexion. Merci pour toutes les entrevues chaleureuses, merci pour tous vos encouragements, merci pour toutes vos critiques, merci pour votre disponibilité au quotidien.

Merci d'avoir guidé nos premiers pas dans cette profession.

Veillez accepter, cher Maître, l'expression de ma grande estime envers vous venant tout au fond de mon cœur.

A notre maître et Directeur de thèse : Professeur Gangaly DIALLO

- Professeur titulaire en chirurgie viscérale à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.
- Chef de département de chirurgie du CHU Gabriel TOURE,
- Général de brigade des forces armées du Mali,
- Chevalier de l'Ordre de Mérite de la santé,
- Président de la SOCHIMA (Société de Chirurgie du Mali),
- Secrétaire général de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone

Cher Maître,

Votre exigence scientifique, votre rigueur dans le travail bien fait, votre disponibilité, vos qualités exceptionnelles de formateur, votre humanisme, joints à votre modestie font de vous une référence dans le monde de la santé.

Recevez ici cher Maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS :

ASA =American Society of Anesthesiologists

ASP = Abdomen Sans Préparation

BHA=Bruit Hydro-aréique

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

°C = degré Celsius

DES=Diplôme d'Etude Spécialisé

GB = Globules Blancs

GEU = Grossesse Extra Utérine

H = Heure

HCG=Hormone Chorionique gonadotrophine

IMC=Indice de Masse Corporelle

NFS = Numération Formule Sanguine

RCA=République Centrafricaine

RCI=République de la Cote d'Ivoire

TA=Tension Artérielle

TR = Toucher Rectal

TV = Toucher Vaginal

% = Pourcentage

SOMMAIRE

I - Introduction.....	1
II - Objectifs.....	3
III - Généralités.....	4
IV - Méthodologie.....	20
V - Résultats.....	26
VI - Commentaires et Discussion.....	46
VII - Conclusion et Recommandations.....	63
VIII - Références Bibliographique.....	65
IX – Annexes.....	76

INTRODUCTION :

Les urgences abdominales chirurgicales représentent les affections qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours [1]. **Etienne, en France, en 1994**, trouve une plus simple définition en évoquant que l'urgence est ce cas nécessitant des soins sans délai. Tout en précisant le délai pour l'urgence abdominale, il a défini l'abdomen aigu comme des douleurs abdominales ayant débutées et évoluant depuis moins d'une semaine [2].

La fréquence varie selon les pays.

En France, en 2003, sur 636 urgences chirurgicales opérées 272 étaient abdominales soit 42,75% et **au Pakistan, en 2005**, sur 759 urgences chirurgicales opérées 71,4% étaient abdominales [3,4].

En Afrique, au Nigeria, en 2005, sur 902 urgences chirurgicales 25,6% étaient abdominales [5].

Au Mali, en 2005, sur 382 urgences chirurgicales opérées les urgences abdominales chirurgicales ont représentées 72,77% [6].

Les étiologies des urgences abdominales chirurgicales sont multiples.

En Europe, les causes par ordre de fréquence ont été les appendicites, les occlusions intestinales aiguës, les péritonites et les hémopéritoines [3].

En Afrique, les occlusions intestinales occupent la première place suivies par les appendicites puis les péritonites, la grossesse extra utérine, les traumatismes abdominaux et les éviscérations [6, 7,8].

Le diagnostic des urgences abdominales aiguës est d'abord clinique. La radiographie de l'abdomen sans préparation et l'échographie abdominale sont les examens les plus demandés chez les patients, avec respectivement 32% et

12% et permettraient de retrouver des signes en faveur des urgences abdominales chirurgicales dans 90% des cas [3, 6,7].

Le traitement des urgences abdominales chirurgicales est médico-chirurgical et est fonction de l'étiologie.

Karamanakos, en 2010, en Grèce, a estimé que l'approche laparoscopique d'urgence abdominale fournit de haute précision du diagnostic et les options thérapeutiques [11].

Le pronostic reste encore sombre selon la littérature, avec un taux de mortalité de 4,7% à 9,7% environ et un taux de morbidité de 12,6% à 22% [6, 9,10].

La diversité des problèmes de prise en charge et l'absence d'étude antérieure des urgences abdominales chirurgicales dans un C.S.Réf, ont motivé notre travail.

Les objectifs :

1. Objectif général :

Etudier les urgences abdominales chirurgicales reçues au Service de chirurgie générale du CS Réf de Koulikoro.

2. Objectifs spécifiques :

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

Généralités :

A .Rappel anatomique :

L'abdomen représente la partie du tronc située au-dessous du diaphragme contenant la majorité des viscères de l'appareil digestif et de l'appareil urinaire.

Il est composé de :

-six parois qui sont ostéo-musculaires et aponévrotiques :

*deux parois antéro-latérales,

*deux parois postérieures,

*une paroi supérieure : le diaphragme,

*une paroi inférieure : le plancher pelvien,

-muscles (grand oblique, petit oblique, transverse, droit de l'abdomen, pyramidal qui est inconstant).

-le contenu (viscères)

Le contenu abdominal est enveloppé par un sac conjonctif appelé péritoine qui est constitué de deux feuillets : le péritoine pariétal et le péritoine viscéral.

La cavité abdominale se divise en deux niveaux :

-l'étage supérieur comprend le foie, les voies biliaires, le pédicule hépatique, le premier duodénum, le pancréas, l'estomac et la rate

-l'étage inférieur comprend le gros intestin (colon), l'intestin grêle (jéjunum et l'iléon), le cæcum et l'appendice.

Une partie du colon et le rectum se trouvent dans le petit bassin, subdivision de l'étage inférieur limité par l'arc osseux de la ceinture pelvienne (sacrum et os iliaque). Celui-ci contient aussi chez l'homme la vessie, le colon sigmoïde et les anses grêles ; chez la femme la vessie, l'utérus, les trompes et les ovaires

La paroi abdominale peut être divisée en neuf régions à partir de quatre lignes :

-deux lignes horizontales menées

*en bas entre les deux épines iliaques antéro-supérieures

*en haut, tangentiellement au point le plus déclive du rebord costal.

-deux lignes verticales menées par le milieu de chaque pli inguinal.

Sont définies les neufs régions :

Sur la ligne médiane de haut en bas : l'épigastre, la région péri-ombilicale, l'hypogastre.

Latéralement de haut en bas l'hypochondre (droit et gauche), le flanc (droit et gauche), la fosse iliaque (droite et gauche).

Cette division arbitraire permet cependant de situer en clinique diverses zones pathologiques.

Il existe sur la paroi abdominale des zones de faiblesse : la ligne blanche, l'ombilic et la région inguinale.

↑ cranial
→gauche

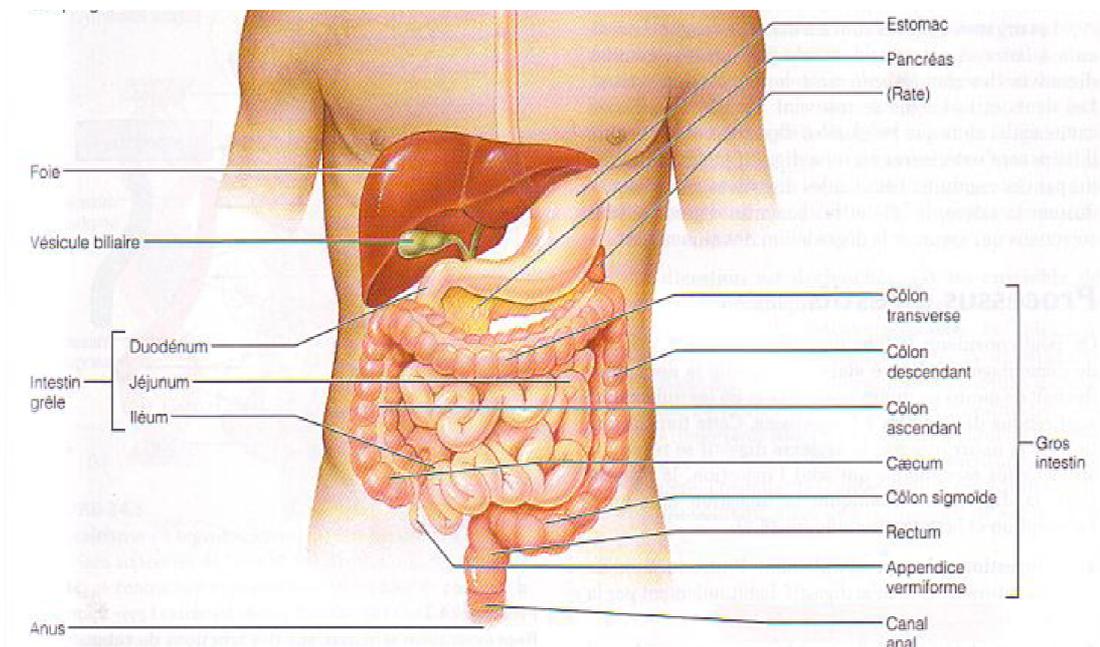


Figure1 : les organes intra-abdominaux ;

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE HUMAINES : ELAINE N MARIE B

↑ crânial
→gauche

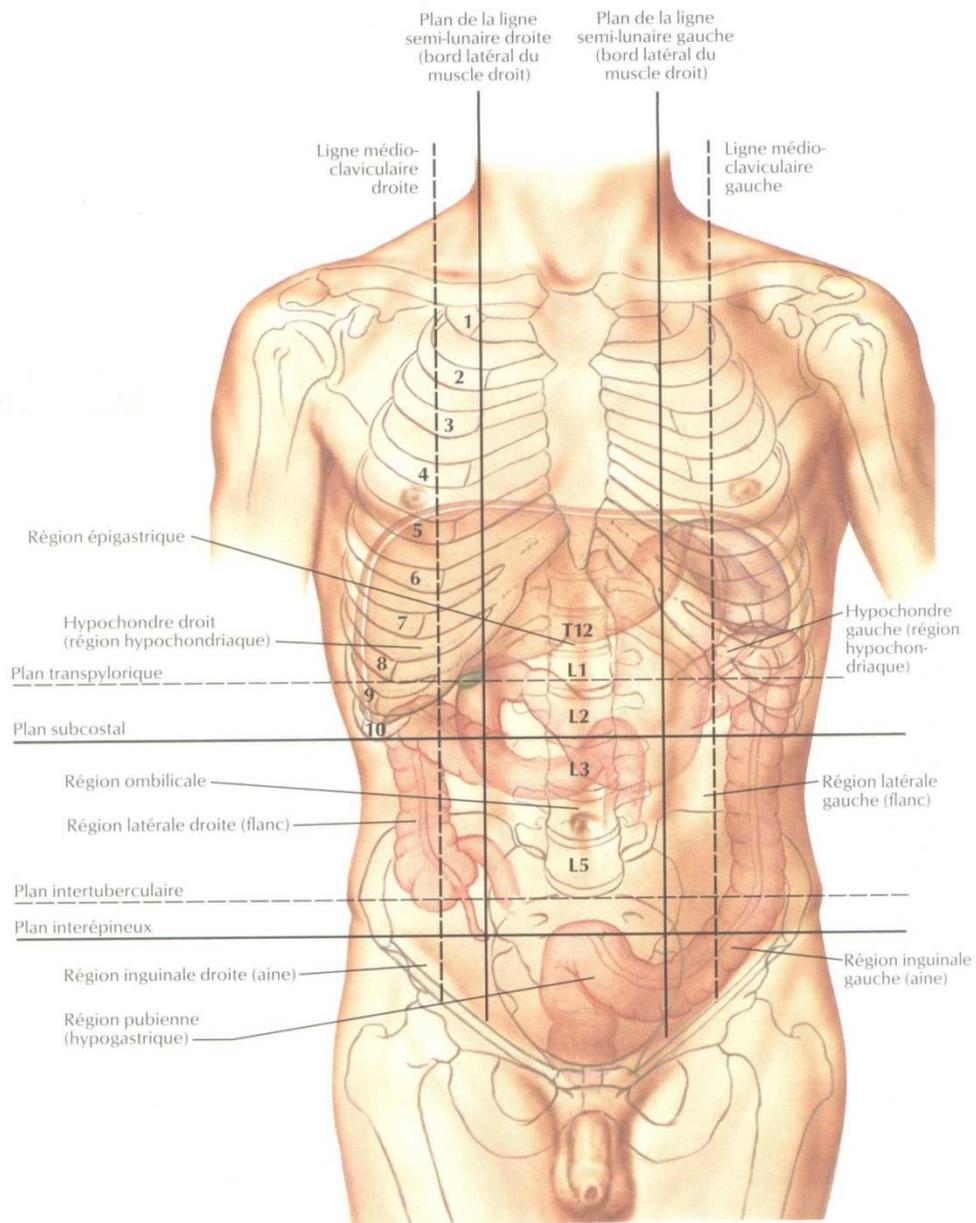


Figure2 : les régions de l'abdomen

FRANK H. NETTER, ND, Traduction de Pierre Kamina (Page N° 26)

B. Sémiologie des abdomens aigus chirurgicaux :

Les abdomens aigus chirurgicaux sont des affections abdominales qui, pour la plupart faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours [1].

Le tableau clinique est polymorphe. Leurs étiologies sont multiples et variées. L'abdomen aigu est constitué par un ensemble de signes évoquant une urgence chirurgicale.

Les symptômes :

1.1. La douleur spontanée :

1.1.1. Le type de douleur :

Elle peut être sourde, profonde/superficielle, intense/peu intense.

La douleur n'est pas proportionnelle à la gravité.

Exemple : les corticoïdes peuvent masquer la douleur d'une péritonite.

1.1.2. Le siège :

Le siège du début de la douleur donne une bonne idée de l'organe en cause.

-Fosse iliaque droite : appendice

-Région mésocoeliale (péri-ombilicale) : grêle, appendice.

-Fosse iliaque gauche : sigmoïde

-Hypochondre droit : vésicule biliaire

-Epigastre : estomac et pancréas

-Hypochondre gauche : angle colique gauche

La douleur diffuse ensuite à la totalité de l'abdomen.

Il faut demander au patient de montrer avec le doigt l'endroit de la douleur.

1.1.3. L'irradiation :

Douleur associée à la douleur initiale (différent de la diffusion qui survient après la douleur initiale). Certaines douleurs restent localisées au début avant de diffuser.

-Pancréatite aiguë : douleur épigastrique avec irradiation postérieure, dans le dos

- Cholécystite aiguë : douleur initiale dans l'hypochondre droit avec irradiation en hémi-ceinture et dans l'épaule droit
- Appendicite aiguë : pas d'irradiation particulière
- Colique néphrétique : irradiation vers le bas, en direction des organes génitaux externes du même côté
- Perforation d'ulcère gastrique : douleur initiale épigastrique, qui diffuse progressivement dans la fosse iliaque droite (ce n'est pas une irradiation). En effet, le suc gastrique coule dans la gouttière pariéto-colique droite.

1.1.4. L'évolution :

Les douleurs peuvent être croissantes, spontanément décroissantes jusqu'à disparaître, ou spasmodiques avec des pics intenses et des phases de repos.

Exemples :

- Perforation d'ulcère du bulbe duodéal : douleur épigastrique intense brutale, en coup de poignard. Elle va progressivement décroissante en même temps qu'elle diffuse à l'ensemble de la cavité abdominale.
- Occlusion par strangulation du grêle : la douleur débute brutalement, puis devient spasmodique, reflétant la lutte du grêle, avec des phases intenses correspondant à des mouvements péristaltiques importants, pour franchir l'obstacle, et des phases peu intenses ou absence de douleur dues à l'épuisement du muscle qui se relâche.

=>**Aucune caractéristique de la douleur n'a de valeur pronostique.**

Exemple : Un patient immunodéprimé sous corticoïdes peut avoir une péritonite stercorale sans douleur.

1.2. La fièvre :

C'est un symptôme très peu spécifique. Il signe le recrutement macrophagique, qui entraîne la sécrétion d'IL1 qui va dérégler les centres de la thermorégulation. Sa présence témoigne le phénomène inflammatoire ou infectieux. Mais son absence ne traduit pas l'absence de ces phénomènes.

1.3. Troubles du transit :

-nausées, vomissements (minime, abondant, en jet, incoercible...mais surtout : présent ou non)

-diarrhée

Ces signes sont non spécifiques, évocateurs d'une entérocolite.

-arrêt des matières et des gaz : **Seul l'arrêt des matières et des gaz signe un abdomen aigu chirurgical**. Il traduit l'arrêt du transit qui peut être fonctionnel, par paralysie des muscles intestinaux, ou mécanique, lié à un obstacle physique sur le trajet du bol alimentaire. C'est le signe de l'occlusion intestinale, très souvent chirurgicale. Les malades sont capables de préciser l'heure de début.

=> En résumé : les abdomens aigus chirurgicaux regroupent généralement douleur, fièvre et troubles du transit.

1.4. Signes d'examen :

Bien distinguer douleur provoquée, défense et contracture.

1.4.1. Douleur provoquée :

La palpation, en déprimant l'abdomen, provoque une douleur.

Exemple : Une femme obèse avec un calcul dans la vésicule, présente un tableau de colique hépatique. La palpation de l'hypochondre droit provoque la douleur.

1.4.2. Défense :

C'est la contracture des muscles abdominaux cédant sous palpation douce. Elle se recherche à la palpation précautionneuse de l'abdomen, les mains réchauffées à plat sur l'abdomen ; en déprimant la paroi abdominale, on provoque une douleur. La défense est la contraction aiguë, éphémère, involontaire, de la paroi abdominale, en réaction à la dépression.

Si on déprime à nouveau, on peut retrouver la défense.

1.4.3. Contracture :

C'est la contraction spontanée et permanente de la paroi abdominale. A la palpation, elle est douloureuse, tonique et invincible. Le ventre ne bouge pas à la respiration même si le patient respire fort donnant à l'extrême "le ventre de

bois". Elle traduit une réaction inflammatoire sous-jacente.

1.4.4. Signification de ces signes :

La douleur provoquée n'est pas significative du pronostic. En effet, on peut avoir une péritonite sans douleur provoquée (si prise de corticoïdes par exemple).

C. Description des étiologies des abdomens aigus chirurgicaux :

1. Infections :

1.1. Vésicule biliaire :

1.1.1 Cholécystite aiguë :

Due à l'enclavement d'un calcul dans le canal cystique. (Vocabulaire : la lithiase est la maladie calculeuse, une lithiase peut comporter plusieurs calculs).

Normalement, les germes, dont les bacilles gram négatifs, passent la barrière intestinale. Ils sont pour partie éliminés par les cellules de Küppfer du foie, le reste passe dans les voies biliaires pour être éliminé dans le tube digestif et peut subir le cycle entéro-hépatique.

Dans le cas de la cholécystite aiguë, les germes s'accumulent par stagnation de la bile, se multiplient et provoquent une infection de la bile et de la paroi de la vésicule. Les signes généraux d'infection apparaissent. Le péritoine en regard de la paroi vésiculaire est lui aussi enflammé.

Les antécédents sont importants : en général, le patient a déjà eu des coliques hépatiques avec des douleurs intenses (spontanées et provoquées) dans l'hypochondre droit irradiant dans l'épaule.

La cholécystite aiguë se manifeste par :

-La fièvre

-parfois un poussé de colique hépatique ou de lithiase vésiculaire

-à la palpation, la vésicule est perçue

-une défense dans l'hypochondre droit.

Un calcul de la vésicule asymptomatique ne s'opère pas. On intervient en cas de

douleur, gêne ou complication.

Traitement de la cholécystite aiguë : ablation de la vésicule et du ou des calcul(s). Faut-il intervenir en urgence ? La question est sujet à débat. En urgence, on augmente les risques d'erreur chirurgicale, à cause de l'inflammation. En différé, on prescrit des traitements anti-inflammatoires et anti-infectieux pour maîtriser l'infection avant d'opérer.

Evolution sans traitement :

□ *Rupture de la vésicule biliaire dans la cavité péritonéale* : le contenu de la vésicule (pus + bile) se déverse dans la cavité péritonéale et provoque une péritonite mixte bactérienne et chimique. Elle survient chez un sujet âgé ou débilité par une corticothérapie, un diabète, la douleur est masquée et le patient consulte au stade de complication.

□ *Fistulisation de la vésicule dans les organes de voisinage* :

- Dans le duodénum : c'est un mode de guérison spontanée. La bile et le calcul s'évacuent dans le tube digestif.

- Dans le côlon transverse ou l'angle colique droit : fistule cholécysto-colique : les matières fécales se déversent dans la vésicule, provoquant une angiocholite (infection de l'arbre biliaire intra-hépatique).

- Dans la voie biliaire principale (VBP) : fistule cholécysto-cholédocienne . Les calculs passent dans la VBP et se bloquent au niveau du sphincter d'Oddie, provoquant une lithiase de la VBP.

- Fistulisation à la peau : fistule cholécysto-cutanée spontanée. Mode de guérison, mais à l'origine d'autres complications.

1.2. Appendicite aiguë : Plus fréquente.

Elle a beaucoup tué avant et entre les deux guerres mondiales car le diagnostic était tardif et il n'y avait pas d'antibiotiques aussi efficaces. Aujourd'hui, l'urgence n'est plus la même, on prend le temps de surveiller, d'analyser et d'affirmer le diagnostic.

C'est une inflammation aiguë de l'appendice avec :

- Une Douleur spontanée en fosse iliaque droite qui diffuse rapidement.
- Un Trouble du transit : nausées, vomissements, arrêt des gaz, constipation. Ces signes n'ont pas de réelle signification.
- Fièvre à 37.7-37.8 °C et atteint rarement 38.5°C. (Si supérieure 38.5° ce peut être une complication d'appendicite ou autre chose mais pas une appendicite simple).
- Palpation : défense dans la fosse iliaque droite
- Toucher rectal : douleur provoquée à droite.

Si tous ces signes sont présents, le diagnostic est fait et ne nécessite aucun examen complémentaire sauf en préopératoire.

En cas de forme atypique (absence de température ou de défense) : échographie +++ . Elle permet de visualiser l'appendice dont la lumière a disparu, sa paroi épaisse et oedématisée, et un épanchement péritonéal liquidien réactionnel (de petite quantité). Une NFS montre une hyperleucocytose mais c'est non spécifique.

Traitement chirurgical : appendicectomie

Evolution naturelle :

- La guérison spontanée par le système immunitaire.
- La rupture dans le péritoine : péritonite.

On porte le diagnostic de péritonite aiguë : intervention chirurgicale d'urgence s'impose. Il existe des diagnostics différentiels qui sont : la rupture d'un kyste de l'ovaire (pas de fièvre ni de défense), l'hémorragie intra-kystique (pas de défense, pas d'hyperleucocytose, déglobulisation). Si un doute subsiste : échographie.

1.3. Sigmöidite diverticulaire :

La muqueuse colique, sous la pression abdominale s'invagine dans la musculature pour former des diverticules. L'infection se fait à la manière d'une appendicite, on parle abusivement " d'appendicite gauche ". En effet, le terrain diffère : il s'agit souvent d'une femme de 40-50 ans, constipée chronique.

Tableau :

- douleur aiguë dans la fosse iliaque gauche
- fièvre : 37.5-40° C
- troubles du transit : souvent des diarrhées

Examen :

- douleur provoquée
- défense
- perception du manchon sigmoïdien infecté, en y allant doucement
- toucher rectal (TR) : non contributif (on ne trouve rien car l'inflammation est plus haute) ou douleur (en cas d'épanchement dans le cul-de-sac de Douglas)

Traitement :

Il faut enlever un morceau de colon et réaliser une anastomose colique, ce qui n'est pas sans risque. Si la suture lâche, la fistule colique peut tuer. La question se pose : Faut-il opérer en urgence ou d'abord maîtriser l'infection avec des antibiotiques, puis opérer ? L'intervention peut se faire en 1 ou 2 temps :

- en 1 temps : on ouvre, on résèque, on suture, on ferme.
- en 2 temps : on ouvre, on résèque, on abouche à la peau (stomie pendant 1 ou 2 mois). On ouvre plus tard, dans une atmosphère sûre, pour l'anastomose du côlon afin d'avoir une bonne cicatrice.

On choisira en fonction du terrain :

- femme de 40 ans : 1 temps, si pas d'antécédents
- homme de 80 ans, sous corticoïdes : 2 temps. Chez le sujet âgé, on privilégie des conditions de vie optimales.

Complications : perforations des organes de voisinages, notamment la vessie.

C'est un mode de guérison, caractérisé par des signes, parfois forts sympathiques : fécalurie et pneumaturie. La fistule sigmoïdo-vésicale engendre des complications rénales : risque de pyélonéphrite ascendante.

2. Causes vasculaires :

Rappel : le tube digestif est vascularisé par :

- tronc cœliaque : artère gastrique gauche, artère hépatique, artère splénique
- artère mésentérique supérieure : côlon droit, 1/3 du côlon transverse, grêle
- artère mésentérique inférieure : 2/3 du côlon transverse, côlon gauche au rectum.

Il existe des arcades de suppléance :

- arcade de Rio Branco : entre tronc cœliaque et AMS
- arcade de Riolan : entre AMS et AMI

En cas d'obstruction :

- du tronc cœliaque : ouverture de l'arcade de Rio Branco
- de l'AMS : ouverture de l'arcade de Rio Branco et de celle de Riolan
- de l'AMI : ouverture de l'arcade de Riolan

Malgré ces systèmes de suppléance, il peut y avoir des ischémies.

2.1. Ischémie intestinale aiguë :

Elle correspond à un infarctus intestinal par obstruction de l'AMS, conduisant à une nécrose. Le pronostic est effroyable.

2.2. Syndrome d'ischémie aiguë mésentérique : SIAM

C'est le stade d'ischémie précédent la nécrose (2-3 h après l'oblitération artérielle). Le pronostic est meilleur.

Signes :

- douleur très intense ++++
- trouble du transit : diarrhées (hyperpéristaltisme de l'intestin ischémié), vomissements

Terrain +++ (seul facteur discriminant entre un SIAM et une gastro-entérite banale)

- athéromateux
- pathologie emboligène

Dès qu'un patient athéromateux ou avec une pathologie emboligène a ces signes-là, il faut , en urgence, faire la preuve qu'il a ou non un SIAM, grâce à un

scanner injecté ou une artériographie.

3. Occlusions :

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

3.1 Physiopathologie :

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

- Une strangulation (exemple : volvulus, invagination),
- Une obstruction,
- Une compression.

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

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

Elle entraîne tôt des troubles ischémiques de l'intestin ; **c'est donc une véritable urgence chirurgicale.**

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

Une élévation de pression des gaz dans l'intestin en amont de l'obstacle peut

entraîner une perforation de l'intestin, c'est la perforation diastatique.

La compression et l'obstruction : sont moins urgentes que la strangulation car les deux premières n'entraînent que tardivement des troubles ischémiques.

3.1.2L'occlusion fonctionnelle : se fait par inhibition du nerf intestinal.

3.1.3L occlusion mixte : est une association de l'occlusion fonctionnelle et de l'occlusion mécanique ; en général, elle est due à une infection.

3.2. Occlusions fonctionnelles : non chirurgicales

3.3. Occlusions mécaniques : chirurgicales

• On retrouve 3 signes principaux , plus ou moins importants selon le siège de l'occlusion :

- douleur
- trouble du transit
- météorisme abdominal

Occlusion haute : sténose du pylore

- vomissement incoercible
- pas de météorisme
- douleur rare, car l'estomac se dilate bien

Occlusion du côlon gauche : adénocarcinome colique gauche

Il est souvent révélé par l'occlusion.

- douleur à droite : distension diastatique du cæcum
- météorisme !
- arrêt des matières et des gaz

Sans traitement, évolution vers une péritonite stercorale.

Occlusion du grêle :

- douleur intense +++ : le grêle se distend peu. De plus, une occlusion du grêle est souvent due à une strangulation, d'où ischémie et douleur très intense.
- Météorisme : moins important que dans le cas du côlon.

• Examen clinique :

- palper les orifices herniaires, inguinaux, cruraux et ombilicaux.
- Rechercher des cicatrices.

En fonction du siège de l'occlusion:

Signes d'occlusion	Siège d'occlusion	
	Grêle	Colon
Douleurs	idem	Idem
vomissements	précoces	Tardifs
Arrêt des matières et des gaz	tardif	Précoce
Altération de l'état général	rapide	Tardive
Déshydratation	rapide	Tardive
Météorisme	absent	Important
Niveaux hydroaériques	Plus larges que hauts A bords fins centraux	Plus hauts que larges A bords épais Périphériques
Lavement baryté	normal	Montre le siège, le mécanisme de l'occlusion et la cause de l'occlusion

4. Perforation d'organes creux :

Elles aboutissent à deux phénomènes qui, cumulés peuvent induire un état de choc à composante septique plus ou moins importante ; il s'agit :

-D'une hypovolémie, résultant de la création d'un troisième secteur liquidien et de la majoration des pertes non mesurables ;

-D'un syndrome infectieux, lui-même cumule de phénomènes complexes. On peut avoir une perforation de :

4.1. La vésicule : voir page 15

4.2. L'appendice : voir page 16

4.3. Diverticule sigmoïdien (dans la vessie ou la cavité péritonéale péritonite):

4.4. Perforation du grêle :

Elle se voit dans l'infection à cytomégalovirus chez l'immunodéprimé (corticoïdes, prévention de rejet de greffe, sida). On est presque tous porteur du CMV.

Il y a perforation du grêle à l'emporte-pièce et péritonite.

A l'examen :

-douleur abdominale

-fièvre ou pas

-contracture (indication pour l'intervention chirurgicale)

-TR : douglas bombé et sensible.

4.5. Perforation d'ulcère gastrique ou duodéal :

Elle se voit de moins en moins, car aujourd'hui on dispose de traitements efficaces. La perforation est souvent révélatrice de la maladie ulcéreuse. Elle entraîne une péritonite. Il faut gérer la péritonite : traitement chirurgical (ouvrir, laver) et l'ulcère : traitement médical, pas de chirurgie, sauf parfois un point.

5. Causes traumatiques :

-Traumatismes fermés de l'abdomen

-Traumatismes ouverts de l'abdomen

Ces types de traumatisme de l'abdomen donnent :

***soit un hémopéritoine** par atteinte d'un organe plein ;

***soit une péritonite** par atteinte d'un organe creux.

6. Causes gynécologiques :

- GEU rompue ;

- Torsion de kyste de l'ovaire ;

-pyoovaire et ou pyosalpinx rompu .

7. Autres causes :

-Les abcès du psoas.

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

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

2. Situation géographique :

Le cercle de Koulikoro, issu du nouveau découpage territorial intervenu en 1999, est constitué de Neuf (9) Communes dont une commune urbaine (Koulikoro) et Huit (8) communes rurales (Dinandougou, Doumba, Koula, Méguetan, Nyamina, Sirakorola, Tienfala et Tougouni).

Il est étendu sur une superficie de **6 042 km²** et compte environ **149 492 habitants** dont l'activité principale est l'agriculture, l'élevage, la pêche, le commerce, l'artisanat et le transport

La couverture socio-sanitaire du cercle de Koulikoro est assurée par un Centre de Santé de Référence et par vingt Centres de Santé Communautaires. La carte sanitaire du cercle prévoyait initialement dix-sept aires de santé. Actuellement dix-sept centres de santé communautaire sont fonctionnels. La politique de décentralisation, qui a vu la création des communes, a entraîné la révision de la carte sanitaire compte tenu de l'inadéquation de certains sites de CSCOM avec les chefs lieux des communes. Aussi la création de nouveaux CSCOM des cercles limitrophes a entraîné le démembrement des villages adhérents à certaines aires. D'une manière générale la configuration des aires sanitaires est dynamique du fait des affinités culturelles, politiques et de convenance des villages qui composent l'aire. Les activités du paquet minimum d'activités sont disponibles dans tous les CSCOM du district sanitaire.

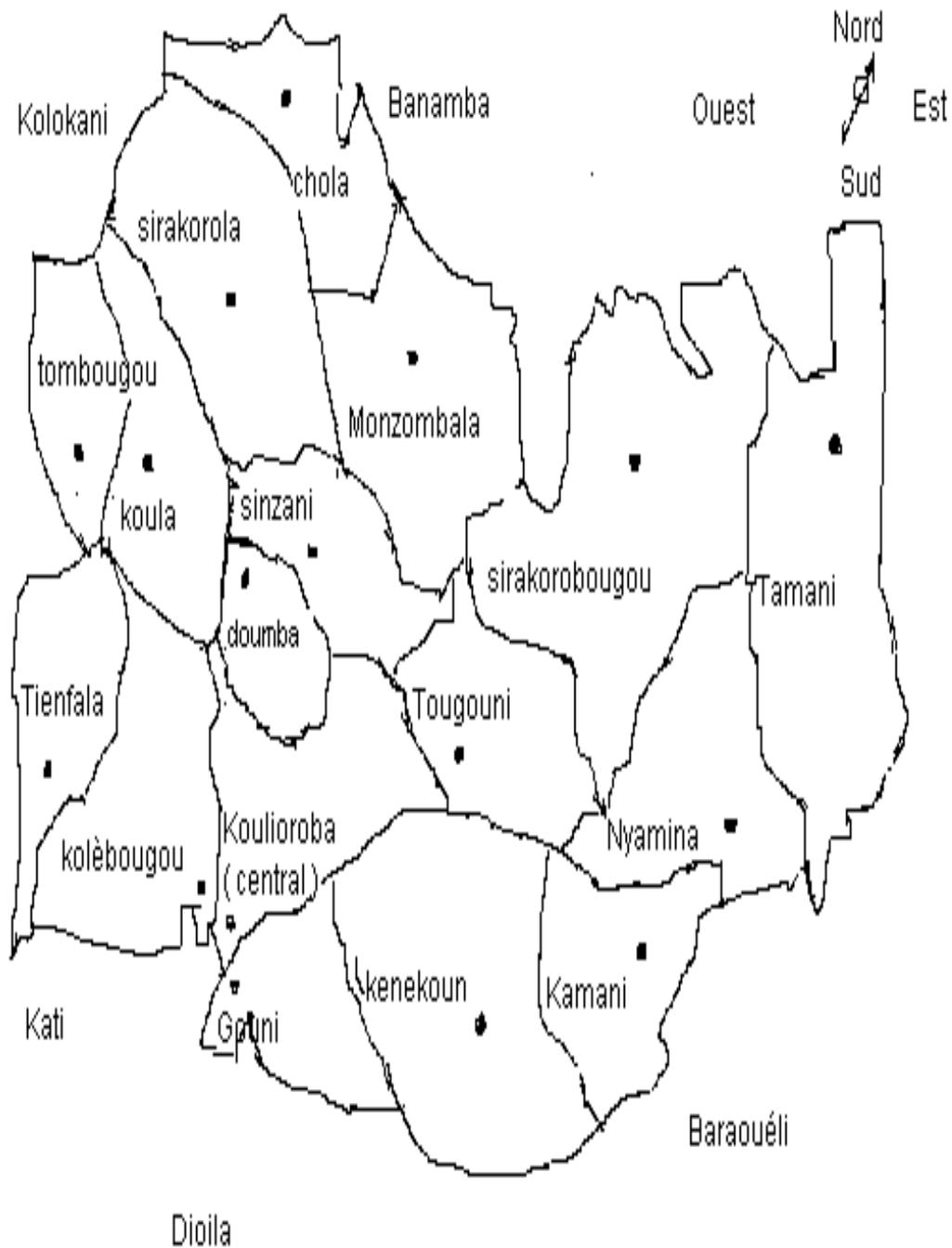


Figure 1: Carte Sanitaire du Cercle de Koulikoro

Légende :

Limite des aires de santé 

Chef lieu des aires de santé 

3. Description du centre de santé de référence de Koulikoro:

Le C.S.Réf de Koulikoro occupe le 2^{ème} niveau de référence selon la pyramide sanitaire de notre pays.

3.1. Les locaux :

Il est doté d'infrastructures suivantes :

1- deux blocs opératoires:

Chaque salle d'opération dispose :

* D'un aspirateur

* D'une table opératoire avec scialytique

* D'un chariot d'anesthésie

* D'un appareil d'anesthésie avec évaporateur de gaz qui navigue entre les deux blocs en cas d'intervention.

2- d'une salle de stérilisation

3- d'un service de gynécologie et d'obstétrique

4- d'un service de chirurgie générale(5 salles avec 18 lits d'hospitalisation)

5- d'un service de médecine

6- d'un service d'ophtalmologie

7- d'un laboratoire

8- des salles d'hospitalisation

9- Deux pharmacies

10- d'une morgue

11- d'un service social

12- d'un service de soins et d'accompagnement VIH/SIDA

13- d'une unité hygiène/assainissement.

3.2. Le personnel est composé de :

- 1- quatre médecins spécialistes (1 chirurgien généraliste, 2 gynécologues obstétriciens, 1 ophtalmologue, 1 chirurgien dentiste)
- 2- quatre médecins généralistes
- 3- une pharmacienne
- 4- deux assistants médicaux (1 anesthésiste-réanimateur, 1 radiologue)
- 5- trois sages-femmes
- 6- un ingénieur de laboratoire
- 7- Deux techniciens supérieurs de santé
- 8- un technicien supérieur de laboratoire
- 9- quatre techniciens de santé
- 10- quatre infirmières obstetriciennes
- 11- un comptable
- 12- un gestionnaire
- 13- Un technicien supérieur d'hygiène et assainissement
- 14- quatre manœuvres
- 15- trois chauffeurs
- 16- Une secrétaire
- 17- trois gardiens

Le personnel non permanent :

Les étudiants thésards faisant fonction d'interne de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

Le centre reçoit également les médecins stagiaires, les étudiants externes de la FMOS et de la FAPH, les élèves des écoles de santé, et de la Croix Rouge.

3.3. Les activités du service de chirurgie :

Au cours de l'étude, nous avons pris part à toutes les activités du service : visites, consultations externes, les interventions chirurgicales et le suivi des malades hospitalisés ainsi que des pansements. Les visites se déroulent chaque matin à partir de 7h 30mn en présence de tout le personnel de la chirurgie. Les consultations externes ont lieu les lundi, mercredi et vendredi. Les jours d'opération pour les interventions à froid sont : mardi et jeudi. Les patients programmés pour le bloc opératoire sont hospitalisés la veille de l'intervention suivi d'un dossier et d'un accord opératoire.

4. Type d'étude et période d'étude

Nous avons mené une étude prospective au service de chirurgie générale du C.S.Réf de Koulikoro.

4.1 Durée d'étude:

Elle s'est étendue sur une période de douze mois allant du 1^{er} novembre 2011 au 30 octobre 2012.

5. Critères d'inclusion:

Tout patient opéré dans le service de chirurgie générale du C.S.Réf de Koulikoro pour urgences abdominales chirurgicales en dehors des césariennes.

6. Critères de non inclusion:

- Toute douleur abdominale ne nécessitant pas une intervention chirurgicale urgente
- Tout patient opéré hors du service de chirurgie générale du C.S.Réf de Koulikoro

7. Echantillonnage :

Vu les critères sus – cités, nous avons recruté 101 patients pour urgences abdominales chirurgicales sur un total de 477 patients opérés au service de chirurgie générale.

8. Patients et méthodes :

Le recueil des données a été effectué par nous mêmes. Un interrogatoire au lit du malade a permis de remplir le questionnaire. La consultation des dossiers, des fiches d'anesthésie et cahier de registre apportait les éléments d'informations complémentaires indispensables pour valider les données recueillies.

Le questionnaire comportait :

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

9. Les variables d'études :

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

10. Analyse et saisie des données :

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur Microsoft Word.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS (version 17.0).

Les résultats ont été discutés avec le test statistique de χ^2 , le test de l'écart réduit et le test exact de Fisher. Le seuil de signification a été de $p < 5\%$.

Les Résultats

I-Fréquence :

-La fréquence des urgences abdominales chirurgicales par rapport à l'ensemble des consultations et des hospitalisations:

Sur une période de douze mois, nous avons recensé 101 cas des urgences abdominales chirurgicales sur 1456 consultations et sur 517 hospitalisations, soit respectivement 6,9% et 19,5%.

Tableau I : Répartition selon la fréquence des urgences abdominales chirurgicales au C.S.Réf de Koulikoro.

Ensembles des interventions chirurgicales		
durant la période d'étude	Effectif	Pourcentage
Césariennes	203	42,6
Hernies simples	74	15,5
Appendicites	56	11,7
Occlusions intestinales	8	1,7
Péritonites	5	1,0
GEU rompue	20	4,2
Hernies étranglées	7	1,5
Hémopéritoïnes	5	1,0
Adénome de la prostate	21	4,4
Myome utérin	13	2,7
Autres	65	13,6
Total	477	100

Autres: cystocèle, kyste ovarien non rompu, hydrocèle, obstruction tubaire, éventration.

Les urgences abdominales chirurgicales ont représentées 21,1% (101/477) des interventions chirurgicales

Le sexe ratio était 0,80.

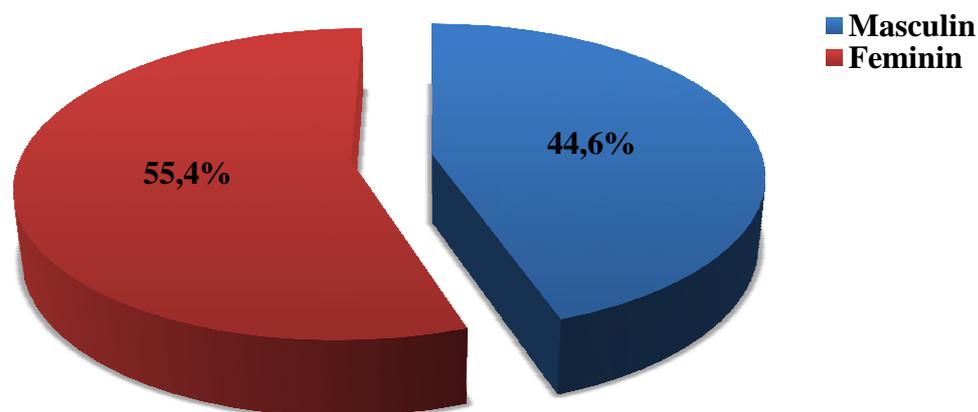


Figure I: La répartition des patients selon le sexe

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

Classe d'âge	Effectif	Pourcentage
0-15 ans	9	8,9
16-45 ans	80	79,2
46-60 ans	7	6,9
Plus de 60 ans	5	5,0
Total	101	100

Moyenne : 30,1 ans

Ecart type : 13,7 ans

Minimal : 4 ans

Maximal : 70 ans

Tableau III : Répartition de l'effectif selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Koulikoro	66	65,3
Sirakorola	11	10,9
Nyamina	1	1,0
Kénenkou	1	1,0
Doumba	4	4,0
Sinzana	3	3,0
Monzombala	8	7,9
Gouni	4	4,0
Autres	1	1,0
Koula	2	2,0
Total	101	100

Tous nos patients étaient de nationalité Malienne

NB : autre venait de la région de Ségou.

Tableau IV : Répartition des malades selon les ethnies

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	57	56,4
Malinké	14	13,9
Sarakolé	5	5,0
Sonrhäi	4	4,0
Peulh	7	6,9
Dogon	4	4,0
Somono	4	4,0
Bozo	3	3,0
Maure	3	3,0
Total	101	100

Les autres étaient sans profession.

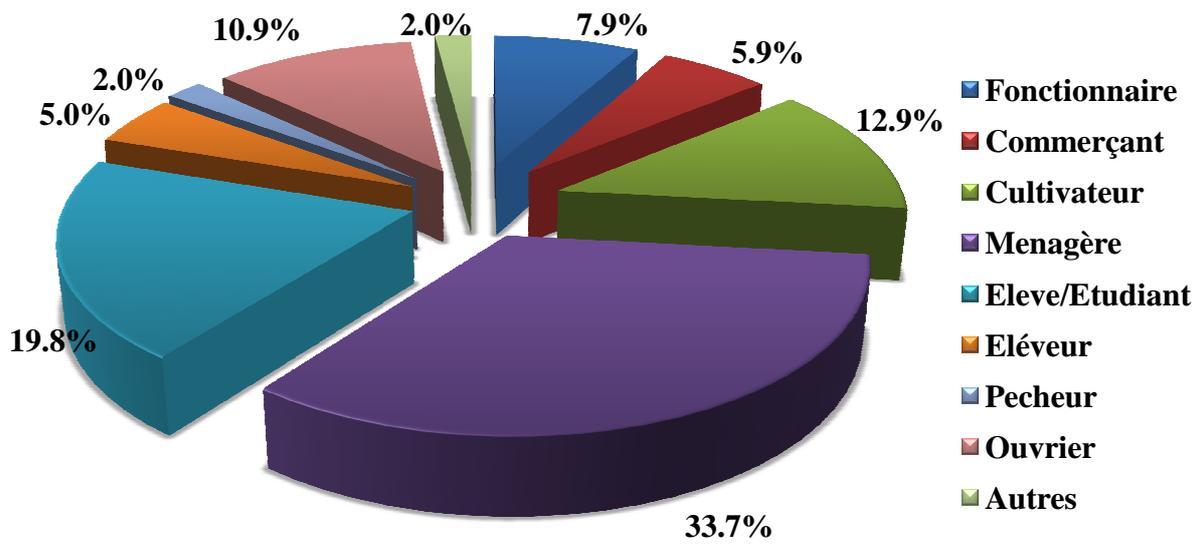


Figure II: Répartition des malades selon la principale activité

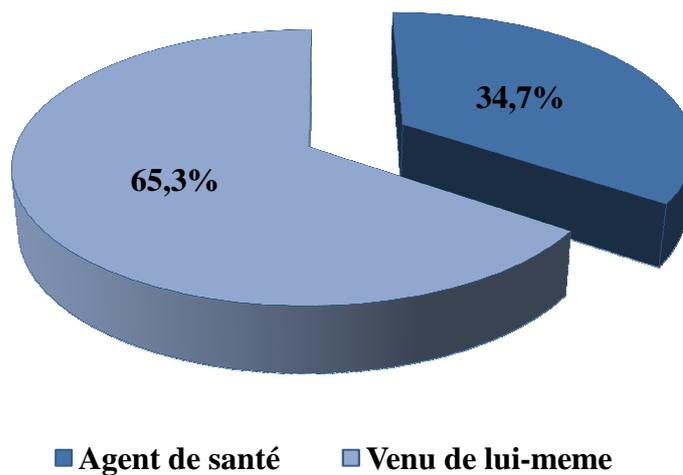


Figure III: Répartition des malades selon le référent

II-Etude clinique :

Tableau V : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicites aiguës	56	55,4
Péritonites	3	3,0
Occlusions intestinales	9	8,9
Hernies étranglées	7	6,9
GEU rompue	21	20,8
Hémopéritoines	2	2,0
Eviscérations traumatiques	3	3,0
Total	101	100

Tableau VI: Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Occlusion		Hernie	GEU	Hémopéritoine	Total	
	Appendicite	Péritonite	intestinale	étranglée			
	N=56	N=5	N=8	N=7	N=20	N=5	
Douleur abdominale	56	4	8	7	4	2	81(80,2%)
Douleur et plaie abdominale	0	0	0	0	0	3	3 (3%)
Douleur abdominale et métrorragie	0	1	0	0	16	0	17 (16,8)

La douleur abdominale a été dans tous les cas soit 100% des cas.

La majorité de nos patients ont été vue après les 24 h du début des signes.

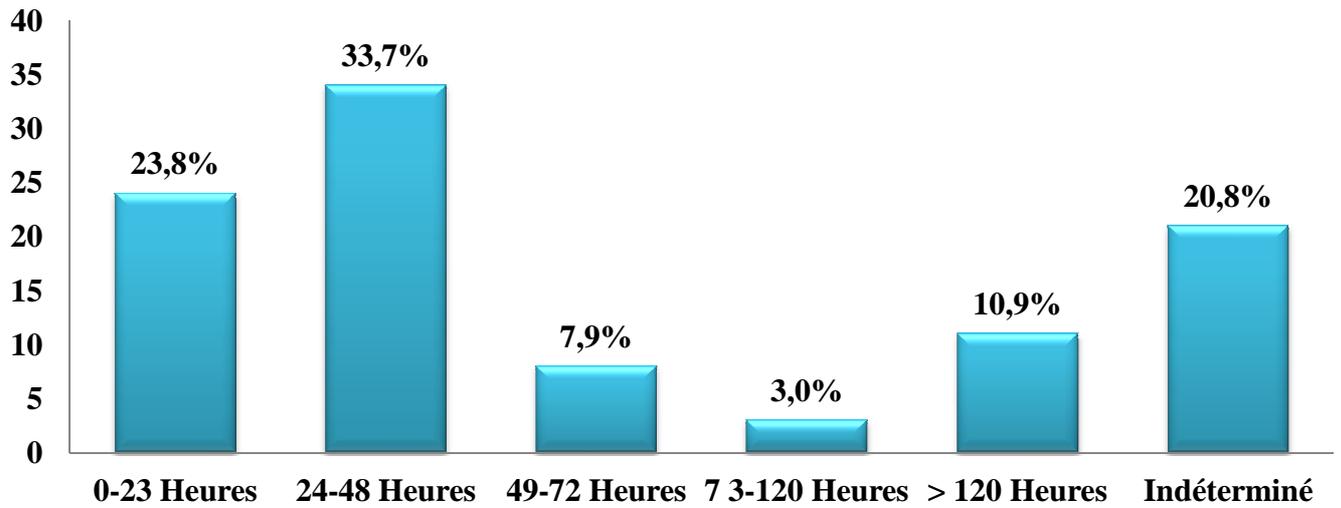


Figure IV : Répartition des patients selon le début des signes et le moment du diagnostic clinique.

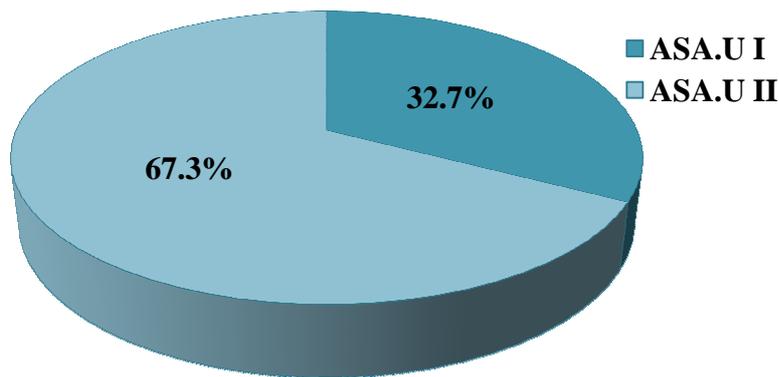


Figure V: Répartition des patients selon la classification ASA

La majorité de nos patients avait un indice supérieur ou égal à 70%

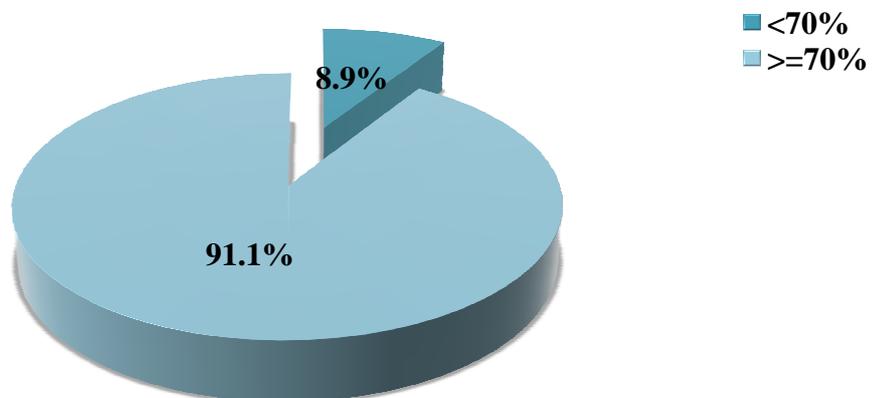


Figure VI : Répartition des malades selon l'indice de Karnofsky

Tableau VII : Répartition des patients selon les antécédents

Antécédents	Effectif N=101	Pourcentage
Antécédents chirurgicaux N=101		
Cure de la hernie	7	6,9
Laparotomie	3	3,0
Aucun	72	71,3
Indéterminé	19	18,8
Antécédents médicaux N=101		
Aucun	66	65,4
Ulcère gastroduodénale	8	7,9
Hypertension artérielle	8	7,9
Indéterminé	19	18,8
Antécédents gynéco-obstétriques N=55		
Aucun	11	10,9
Primipare	9	8,9
Multipare	33	32,7
Ménopause	2	2,0

Tableau VIII : Répartition des patients selon les signes généraux

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Plis de déshydratation		
Oui	9	8,9
Non	92	91,1
Conjonctives et téguments		
Pâles	6	5,9
Colorées	95	94,1
Température		
<37,5	63	62,4
[37,5-38,5[22	21,8
[38,5-39,5]	15	14,9
>39,5	1	1,0
Fréquence cardiaque		
[60-80[48	47,5
[80-100]	43	42,6
>100	10	9,9
Fréquence respiratoire		
[14-22[100	99,0
>22	1	1,0
IMC		
<18,5	14	13,9
[18,5-25]	84	83,2
>25	3	3,0
Tension artérielle		
<10/7	12	11,9
[10/7-14/9]	84	83,2
>14/9	5	5,0

Tableau IX: Répartition des malades selon le siège de la douleur abdominale

Siège	Effectif	Pourcentage
Fosse iliaque droite	55	54,5
Hypogastre	2	2,0
Flanc droit	1	1,0
Péri ombilicale	3	3,0
Epigastre	1	1,0
Hypochondre	1	1,0
Inguinale droite	6	5,9
Diffuse	16	15,8
Pelvienne	16	15,8
Total	101	100

Tableau X : Répartition des malades selon l'irradiation de la douleur abdominale

Irradiation	Effectif	Pourcentage
Sans irradiations	66	65,3
A la pointe de l'omoplate	1	1,0
Pelvienne	28	27,8
Vers le scrotum	6	5,9
Total	101	100

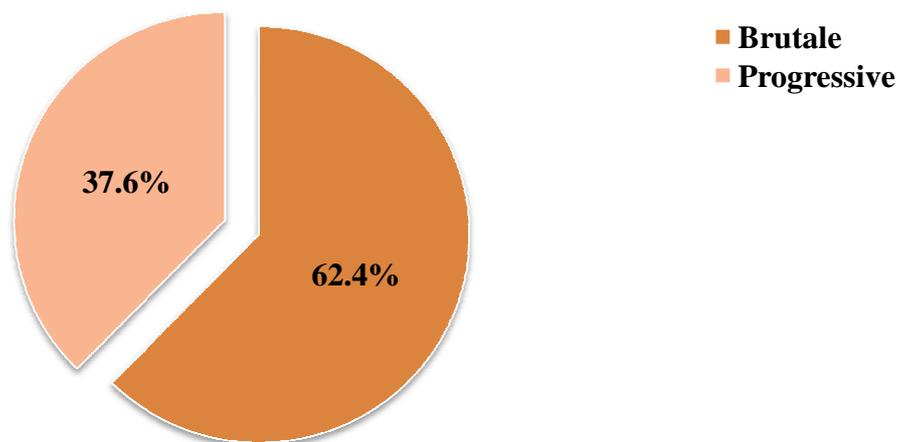


Figure VII : Répartition des patients selon l'installation de la douleur abdominale

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

Type	Effectif	Pourcentage
Brûlure	11	10,9
Piqûre	72	71,3
Torsion	11	10,9
Pesanteur	5	5,0
Indéterminé	2	2,0
Total	101	100

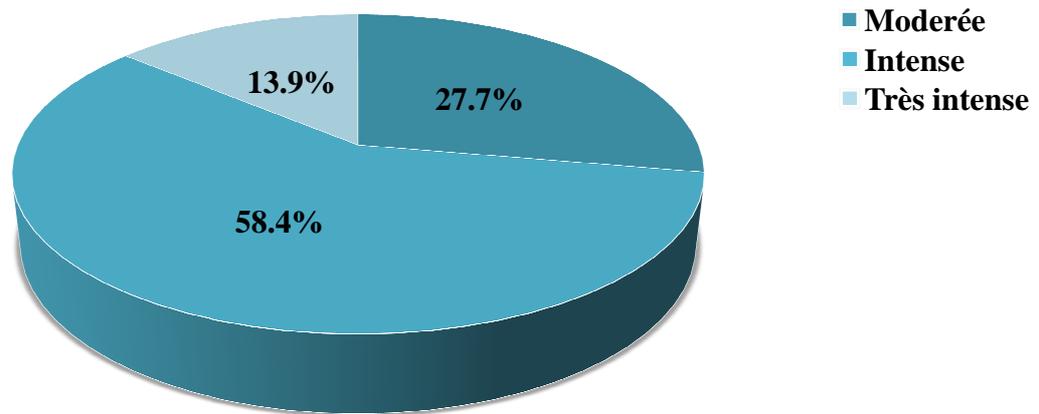


Figure VIII : Répartition des malades selon l'intensité de la douleur abdominale

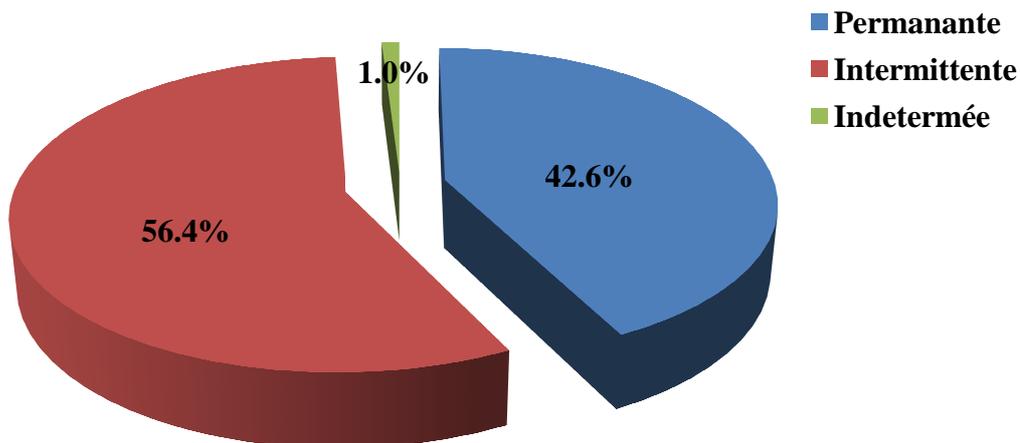


Figure IX : Répartition des malades selon l'évolution de la douleur abdominale

Tableau XII : Répartition des malades selon les signes associés à la douleur

Caractéristiques	Effectif	
	N=101	Pourcentage
Arrêt des matières		
Oui	14	13,9
Non	87	86,1
Arrêt de gaz		
Oui	10	9,9
Non	91	90,1
Vomissement		
Pas vomissement	38	37,6
Vomissement	63	62,4
Ballonnement abdominal		
Oui	10	9,9
Non	91	90,1
Fièvre		
Oui	58	57,4
Non	43	42,6
Dysurie		
Oui	51	50,5
Non	50	49,5

Tableau XIII : Répartition des patients selon les signes à l'inspection

Caractéristiques	Effectif N=101	Pourcentage
Distension abdominale		
Oui	12	11,9
Non	89	88,1
Plaie abdominale		
Oui	3	3,0
Non	98	97,0
Cicatrice opératoire		
Oui	4	4,0
Non	9	96,0
Tuméfaction inguino-scrotale		
Oui	7	6,93
Non	94	93,07

Tableau XIV : Répartition des patients selon les signes à la palpation abdominale

Caractéristiques	Effectif N=101	Pourcentage
Douleur		
Oui	101	96,0
Non	0	0,0
Défense		
Pas de défense	44	43,6
Fosse iliaque droite	36	35,7
Fosse iliaque gauche	3	3,0
Pelvienne	18	17,7
Contracture		
Non	92	91,1
Oui	9	8,9
Plaie		
Pas de plaie	98	97,0
Pénétrante	2	2,0
Perforante	1	1,0

Tableau XV: Répartition des patients selon les signes au toucher rectal

Toucher rectal	Effectif	Pourcentage
Normal	23	22,8
Douleur à droite	36	35,6
Cris de douglas	19	18,8
Non fait	23	22,8
Total	101	100

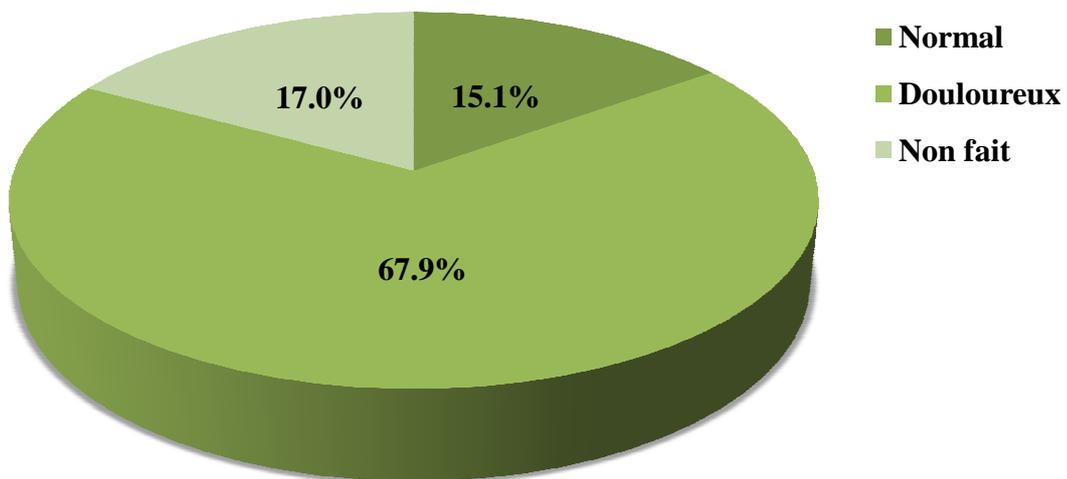


Figure X : Répartition des patients selon les signes au toucher vaginal

III-Moyens de diagnostic

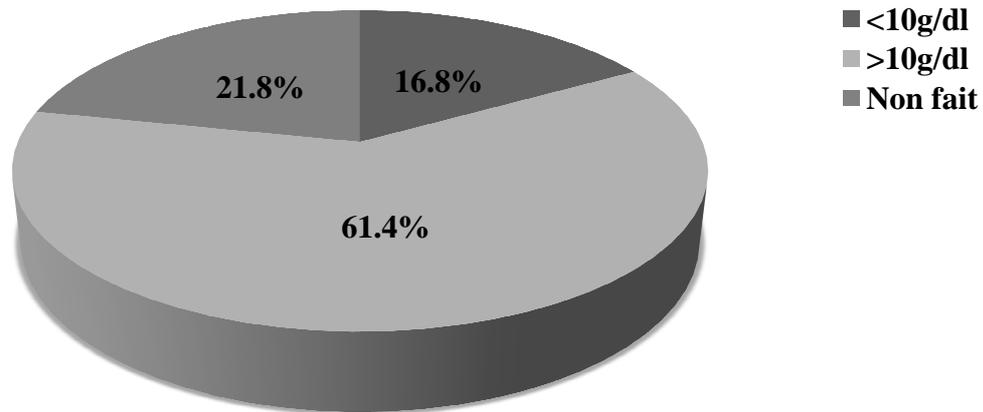


Figure XI : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine

Tableau XVI : Répartition des patients selon le taux d'hématocrite

Taux d'hématocrite	Effectif	Pourcentage
Non fait	22	21,8
<35%	19	18,8
>35%	60	59,4
Total	101	100,0

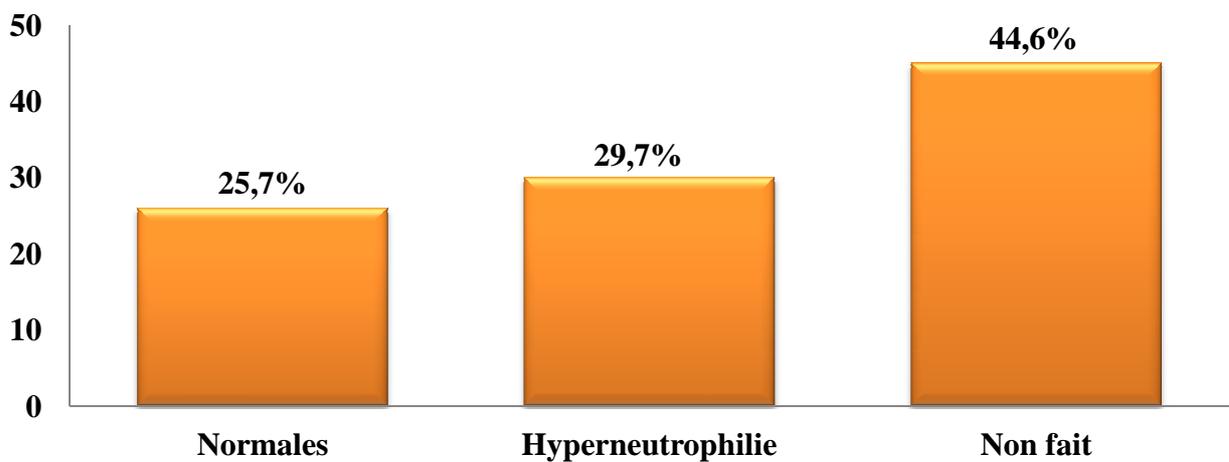


Figure XII : Répartition des patients selon le taux de leucocyte

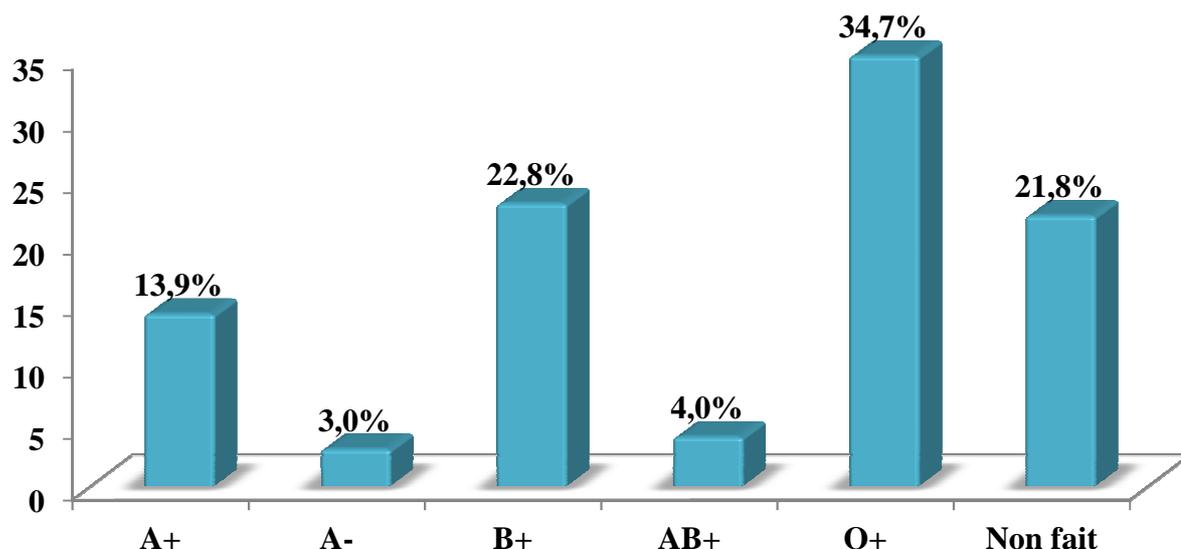


Figure XIII: Répartition des patients selon le groupe et le rhésus sanguin

Tableau XVII : Répartition des patients selon le résultat de l'ASP

ASP	Effectif	Pourcentage
Non fait	85	84,2
Sans particularité	4	4,0
Multiples niveaux hydroaériques	11	10,9
Croissant gazeux	1	1,0
Total	101	100

L'ASP a été réalisé chez tous les patients présentant un syndrome occlusif.

Tableau XVIII : Répartition des malades selon le résultat de l'échographie

Echographie	Effectif	Pourcentage
Non fait	63	62,4
Sans particularité	13	12,9
Appendicite	10	9,9
Epanchement abdominal	15	14,9
Total	101	100

Tableau XIX: Répartition des malades selon le test HCG

Test HCG	Effectif	Pourcentage
Positif	19	90,5
Non fait	2	9,5
Total	21	100

IV-Diagnostic

Tableau XX : Répartition des malades selon le diagnostic per opératoire

Diagnostic per opératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicites	56	55,4
Péritonites	5	5,0
Occlusions intestinales	8	7,9
Hernies étranglées	7	6,9
GEU rompue	20	19,8
Hémopéritoines	5	5,0
Total	101	100

Tableau XXI : Répartition des patients selon l'aspect de l'appendice

Appendicites	Effectif	Pourcentage
Catarrhale	35	62,4
Phlegmoneuse	17	30,4
Abcès	2	3,6
Plastron	2	3,6
Total	56	100

Tableau XXII : Répartition des malades selon l'étiologie des péritonites.

Péritonites	Effectif	Pourcentage
Appendiculaire	4	80,0
Abcès fistulisé	1	20,0
Total	5	100

Le seul cas d'abcès fistulisé était lié à un Pyo-ovaire.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'étiologie des occlusions inguinales

Occlusions intestinales	Effectif	Pourcentage
Bride	4	50,0
Volvulus	4	50,0
Total	8	100

Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'étiologie des hernies étranglées

Hernies étranglées	Effectif	Pourcentage
Inguinale	5	71,4
Ligne blanche	2	28,6
Total	7	100

Les cas de hernie de la ligne blanche étaient liés à l'étranglement de l'épiploon.

V-Traitement :

Tableau XXV : Répartition des malades selon la nature de l'incision

Nature de l'incision	Effectif	Pourcentage
Au point de Mc Burney	56	55,4
Inguinotomie	5	5
Médiane sous ombilicale	12	11,9
Médiane sus ombilicale	2	2,0
Médiane sous et sus ombilicale	14	13,9
Pfannenstiel	12	11,9
Total	101	100

Tableau XXVI : Répartition des malades selon les techniques opératoires

Techniques opératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicectomie simple	3	3,0
Appendicectomie+enfouissement	53	52,3
Appendicectomie+lavage+drainage	4	4,0
Ovariectomie+lavage	1	1,0
Resection des brides	4	4,0
Résection+anastomose termino-terminale	4	4,0
Cure selon shouldice	4	4,0
Cure selon bassini	1	1,0
Cure selon Mayo Paletot	2	2,0
Salpingectomie + lavage abdominal	20	19,8
Suture de la brèche épiploïques	3	3,0
Suture de la brèche péritonéale	2	2,0
Total	101	100

VI-Evolution et Pronostic :

Tableau XXVII : Répartition des malades selon les suites opératoire pendant l'hospitalisation

Suites pendant l'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
Simple	95	94,0
Suppuration pariétale	5	5,0
Fistule digestive	1	1,0
Total	101	100

Tableau XXVIII : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
0-7 jours	63	62,4
8-14 jours	30	29,7
>14 jours	8	7,9
Total	101	100

Moyenne=8,45 jours

Minimal=5 jours

Maximal=19 jours

Tableau XXIX : Répartition des patients selon le coût du traitement

Coût du traitement	Effectif	Pourcentage
0-75000 Fcfa	13	12,9
75001-100000 Fcfa	77	76,2
Plus de 100000 Fcfa	11	10,9
Total	101	100

Moyenne=86117,82 Fcfa

Minimal=65805 Fcfa

Maximal=129280 Fcfa

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I- Méthodologie

Nous avons réalisé une étude prospective pour des avantages suivants :

- L'enquêteur examine lui-même tous les malades ;
- Les données recueillies sont fiables et exploitables.

Comme difficultés rencontrées nous pouvons citer :

- Le retard de diagnostic à cause de non réalisation aux urgences de certains examens complémentaires à savoir l'échographie, l'ASP, le taux d'hématocrite et d'hémoglobine et le groupage-rhésus ;
- L'insuffisance des moyens de diagnostic au C.S.Réf ;
- Certains malades n'étaient pas en mesure de se prendre en charge pour faute de moyen financier.

II- Epidémiologie

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

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test statistique
Arnaud, (14), France, 2003	272/638	42.63	P=0,000048
Mustaph, (15), Pakistan, 2005	451/759	59.42	P=0,198546
Konaté, (7), Mali, 2005	305/382	79.84	P=0,004956
Notre étude	101/153	66.01	

Ce résultat est comparable à celui de Mustaph [15] mais différent à ceux d'Arnaud [14] et de Konaté [7].

Cette différence pourrait être liée aux lieux d'études. Car ces deux études ont été réalisées dans les hôpitaux dont la fréquence est plus élevée.

Tableau XXXI: Fréquence par ordre des quatre premières urgences abdominales selon les auteurs

Auteurs Ordre De Fréquence	Konaté Mali 2005[7]	Barreiro Angleterre 2007[16]	Notre étude
1^{ère}	Occlusions intestinales	Appendicites	Appendicites
2^{ème}	Appendicites	Péritonites	Grossesse extra utérine
3^{ème}	Péritonites	Occlusions intestinales	Occlusions intestinales

Cette différence de classement pourrait s'expliquer de la prise en charge des urgences gynécologiques dans notre service contrairement aux autres auteurs.

Age

Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentée a été de 20 à 39 ans, avec 67,3 %. Ce résultat est comparable avec celui de KONATE [7] qui a trouvé dans sa série la même tranche d'âge élevée avec 70 % ($P = 0,5915$).

Dans la littérature les urgences chirurgicales abdominales concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie de 30 à 45 ans [17, 18, 19, 20]. Nous sommes du même avis que ces auteurs car l'âge moyen a été de 30,1 ans ($P > 0,05$). Cette fréquence juvénile pourrait s'expliquer par la forte activité physique des jeunes.

Sexe

Dans notre étude, le sexe Féminin a été majoritaire, soit 55,4 % avec un sex-

ratio de 0,80. Ce résultat est contraire à celui de M. KONATE [7] qui a trouvé un sex-ratio de 2,70.

Dans la littérature Africaine, Asiatique, Européenne [18, 20, 21, 22], les urgences chirurgicales abdominales concernent l'adulte jeune de sexe masculin. Cela pourrait s'expliquer par la fréquence des GEU dans notre étude.

Provenance

Nous avons constaté que 65,3 % des patients venaient de Koulikoro ville, 34,7% étaient repartis entre les autres localités du cercle et un de nos patients venait du Sénégal soit 1%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que Koulikoro a été la ville de l'étude, en plus l'accès est difficile pour certaine zone de sa couverture sanitaire.

Mode de recrutement

Nos patients ont été reçus en majorité aux urgences, soit 60,4 %. Cela se justifie du faite que l'étude a été réalisée dans un centre de santé de référence (deuxième niveau de la pyramide sanitaire du MALI).

Moment de la consultation

Nos patients ont été en majorité vus dans les premières 48 heures du début d'apparition de la douleur, soit 57,42 %. Ce taux élevé a été rapporté au Gabon (70,3 %) [23].

Le retard à la consultation, habituelle en Afrique, est imputable principalement à des facteurs culturels (traitement traditionnel) et surtout économiques [24, 25]. En général, les frais de consultation, d'hospitalisation et les frais de traitement sont à la charge des patients ; chose qui ne correspond pas toujours à leur pouvoir économique.

Temps écoulé entre l'admission et l'intervention

Soit 32,7 % de nos patients, ont été opérés dans les deux premières heures après leur admission, 40,6 % ont été opérés entre trois heures et six heures et 26,7% ont été opérés le lendemain après leur admission. Cela s'expliquerait par les faits suivants :

- Certains examens complémentaires ne sont pas disponibles en urgence.
- certains patients qui supportent difficilement les frais des examens complémentaires et des ordonnances.

Examen clinique

La douleur abdominale a été le premier motif de consultation chez tous les patients de l'étude. Ceci montre que l'urgence abdominale chirurgicale se ramène le plus souvent au diagnostic et à la prise en charge d'une douleur abdominale aiguë.

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

Cette douleur a été rapportée dans la littérature comme motif de consultation le plus fréquent.

Mabiala – Babela J.R. et coll., Padonou N. et coll. et KONATE M. [23,20,7] ont trouvé 100 % des cas de douleur dans leur série.

- Toucher pelvien (le toucher rectal et vaginal)

Il a été systématique et essentiel pour l'orientation diagnostique.

Dans notre série au toucher rectal, la douleur à droite du cul de sac de Douglas était trouvée dans 35,6 % des cas, elle était partout dans le Douglas dans 18,8 % des cas, absente dans 22,8 % des cas et 22,8% ont refusé cet examen.

Le toucher vaginal a été douloureux 67,9% des femmes, normal chez 15,1 % des cas et non fait chez 17%.

Contribution des examens para cliniques au diagnostic

Biologie

Nous avons réalisé le groupage rhésus, le taux d'hématocrite et d'hémoglobine chez 78,2% de nos malades. Cela s'expliquerait par le manque de personnel au niveau du laboratoire pour assurer correctement la garde.

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

Echographie

L'échographie a une place importante dans le diagnostic des urgences chirurgicales abdominales. Au cours de notre étude, elle a été réalisée chez 38 patients soit 37,6 % dont 24,8% ont été concluants. Cela s'expliquerait par le fait que dans le C.S.Réf de Koulikoro, il n'y a pas un appareil de l'échographie performante. La pratique de cet examen en urgence, obligeait un déplacement du patient hors du centre par ses propres moyens ; d'où le retard à la prise en charge thérapeutique. Certains de nos patients ont été référés avec un résultat d'échographie. L'échographie a aidé au diagnostic soit 21 cas. Dans 17 cas, elle est apparue non contributive au diagnostic comme dans une étude faite au Maroc Abi F. et coll. [26]: dans 48 cas de réalisation, l'échographie n'a pas aidé au diagnostic dans 17 cas soit 35,42 % ($P=0,379998$). On peut en conclure que le diagnostic d'un abdomen aigu est surtout clinique et ne doit pas être retardé en absence d'échographie.

ASP

Nous avons réalisé l'ASP chez 15,9 % de nos patients (16 cas) au cours de l'étude.

Pour les occlusions le diagnostic a été évident (présence de niveaux hydro aériques) dans 100% cas.

Nous estimons qu'en plus des éléments cliniques, l'ASP est un élément capital dans le diagnostic de l'occlusion intestinale mais il ne doit pas être récusé en l'absence d'ASP.

Pour les péritonites, le pneumopéritoine a été retrouvé dans 20 % des cas.

Ces résultats de l'ASP se rapprochent à ceux d'Ismaila K à Abidjan au CHU de Cocodi [19] qui a trouvé dans sa série le pneumopéritoine à l'ASP dans 18,2 % des cas. Il était absent dans 11 % des cas ($P=0,531971$).

L'ASP ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique des péritonites.

III-Etiologie**1. Appendicites :****Fréquence :****Tableau XXXII : Fréquence des appendicites par rapport aux urgences chirurgicales abdominales selon les auteurs**

Auteurs	Effectif	Pourcentage
Cassina, [22],Allemagne, 1996	116 (p=0,052203)	42,30
Konaté, [7], Mali, 2005	278 (p=0,000002)	28,77
Mungadi I A,(40),Nigeria,2004	2115 (p=0,000906)	38,9
Notre étude	101	55,4

L'appendicite aiguë a été notre première cause des urgences abdominales comme en Europe [14], tandis que dans d'autres séries africaines elle occupe la deuxième place après l'occlusion [7,26].

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

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

Dans tous les cas le diagnostic d'appendicite a été posé et dans la majorité des cas en l'absence d'examen morphologiques. Nous avons réalisé chez 21 malades une échographie dont 10 ont objectivé des signes en faveur d'une appendicite.

Le traitement de l'appendicite aiguë est chirurgical. La voie d'abord des appendicites non compliquées reste l'incision de Mac Burney. Tous nos malades ont bénéficié d'une **appendicectomie à ciel ouvert**. La coelioscopie n'existant pas dans notre centre nous n'avons pas réalisé d'appendicectomie par voie coelioscopique. Selon certains auteurs l'abord coelioscopique aurait comme avantage : la diminution des complications pariétales, la diminution de la douleur postopératoire, la diminution de la durée d'hospitalisation [28, 29].

Les suites opératoires :

Les complications post opératoires dans notre série ont été dominées par la suppuration pariétale soit 3,57%, ce qui confirme les autres séries où le taux d'abcès de paroi a été de 1,2% Daly aux USA, 13,7% Mungadi, Nigéria et 2,2% Garcia, Espagne. Le pronostic de l'appendicite est bon. Les auteurs ont rapporté un taux de mortalité de 0 à 1,6% [7, 30, 31, 32].

2. Grossesse extra utérine :

Fréquence :

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 20 cas GEU soit 19,8% des urgences abdominales chirurgicales et elle était à la deuxième place.

Nous n'avons pas eu d'autres sujets de comparaisons qui ont pris uniquement la GEU avec les urgences abdominales chirurgicales en dehors des autres urgences gynécologiques et obstétricales.

Elle occuperait la deuxième place des urgences gynécologiques et obstétricales après la césarienne [33].

La salpingectomie a été la technique la plus pratiquée dans notre étude. Ceci s'expliquerait par le fait que la majorité des patientes ont été reçues au stade de complication (rupture tubaire) rendant ainsi nécessaire la résection de la portion (tubaire) pathologique afin de prévenir ou de diminuer la survenue des récurrences. Rapporté également par Berthé[33], Diem[34], Kéita[35].

La transfusion sanguine a été nécessaire dans 10% des cas alors que 100% étaient rompues et les autres 90% avaient un état hémodynamique stable avec un taux d'hémoglobine supérieur à 10g/dl.

Suites opératoires :

Nous n'avons enregistré aucun cas de décès dans le service au cours de notre période d'étude ; la disponibilité du sang dans le service et la bonne organisation de celui-ci ont certainement favorisé cette situation.

La présence permanente d'une équipe opérationnelle dans le service et un kit opératoire comportant les consommables nécessaires pour la prise en charge, disponible à tout moment ont joué un rôle fondamental dans la prise en charge immédiate de nos urgences. Les délais d'accès aux soins ainsi réduits ont amélioré le pronostic vital.[33 ;34 ;35]

3. Occlusions intestinales :

Fréquence :

Tableau XXXIII: Fréquence des occlusions intestinales selon les auteurs.

Auteurs	Effectif	Fréquence	Test statistique
Kossi, Finlande 2004 [36]	1118	43,7	P=0,0000
Catel, Paris, 2003 [37]	117	36,7	P= 0,0000
Arlette, Mali, 2006, [41]	82	36,8	P=0,0000
Notre étude, Mali 2012	101	7,9	

Ces taux sont nettement supérieurs à notre étude. Cela peut être lié au lieu d'étude car notre étude a été réalisée dans un C.S.Réf contrairement aux autres qui ont été faite dans des hôpitaux.

Nous avons effectué chez tous nos malades une laparotomie sub et sous ombilicale, qui nous a permis d'effectuer une libération des brides chez 50% des cas et une résection anastomose chez les 50% autres cas.

Etiologies :

L'étude a permis de trouver les étiologies suivantes : Brides Adhérences (50%), Volvulus du Sigmoidé (50%). Sidibé B [39] avait trouvé les étiologies suivantes : Hernies étranglées (46,6%), Brides Adhérences (13,2%), Volvulus du Sigmoidé et du grêle (14,2%), tumeur colique (0,8%), péritonite (0,8%), 'autre' (24%). Dembélé B [40] avait trouvé les étiologies suivantes : Hernies étranglées (44%), Brides Adhérences (16%), Volvulus du Sigmoidé et du grêle (24%), tumeur colique (12%), 'autre' (4%).

Dongmo. A [41] avait trouvé les étiologies suivantes : Hernies étranglées (10,5%), Brides Adhérences (36,8%), Volvulus du Sigmoidé et du grêle (17,1%), tumeur colique (3,9%), péritonite (5,3%), 'autre' (26,3%). Nos résultats sont comparables à ceux de Dongmo. A [41] en ce qui concerne les brides (P=0,00).

Suites opératoires :

Tableau XXXIV: Mortalité selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Fréquence	Test statistique
Akcakaya,Turquie 2000, [42]	80	7,5%	P=0,017264
Muyembé 2001, Kénya [43]	139	17%	P=0,000011
Shittu,Nigéria 2001, [44]	232	8,2%	P=0,003059
Notre étude, Mali 2012	8	0%	

Dans notre étude nous n'avons enregistré aucun cas de décès contrairement aux autres séries qui varient de 8,2 à 17% de décès.

La morbidité a été dominée par la fistule digestive soit 25% des cas,comparable à ceux des 25% trouvés par de Dongmo A[41] dominés par la suppuration pariétale. Plusieurs facteurs peuvent influencer les suites opératoires : les étiologies de l'occlusion, les tares, l'âge avancé des patients et la technique opératoire.

4-Péritonites :**Fréquence :****Tableau XXXV: Fréquence des péritonites aiguës selon les auteurs par rapport aux urgences abdominales.**

Auteurs	Effectif	Fréquence	Test statistique
Hosoglu, Turquie 2004 [45]	306	13,2%	P=0,024022
Doui all, RCA, 2008 [46]	746	12,5%	P= 0,026679
Dembélé, Mali, 2005, [40]	2670	7,4%	P=0,350636
Notre étude, Mali 2012	101	5,0%	

Notre fréquence de 5,0% est statistiquement comparable à celle retrouvée par DEMBELE [40] mais différente à celles de HOSOGLU et de DOUI [45,46] .

Nous avons effectué une laparotomie chez tous nos malades ce qui nous a permis de découvrir 80% de péritonites appendiculaires chez qui nous avons réalisé appendicectomie, lavage abdominal et drainage et 20% de péritonites par abcès fistulisé chez qui nous avons réalisé résection du sac, lavage abdominal et drainage.

Suites opératoires :**Tableau XXXVI: Morbidité selon les auteurs.**

Auteur	Effectifs	Fréquence
Almowitch, France ,2000 [47]	39	2,5
Kouamé B, RCI ,2001 [48]	48	31,25
Dembélé B, Mali, 2005 [40]	200	13,5
Notre série	5	0

La morbidité varie entre 0% à 31,2% [47 ; 48].

Ce qui reste encore élevé et représente la principale cause de long séjour des malades en milieu hospitalier et de majoration des frais.

Notre taux 0% est inférieur à celui de Almowitch, Kouamé B, Dembélé B [40, 47,48].

Cette différence pourrait être liée à la taille de l'échantillon.

La mortalité des péritonites aiguës dépende de l'étiologie et de la précocité de la prise en charge [49].

Le taux 0% de décès de notre étude est inférieur à ceux des autres auteurs [40 ; 50].

Dans d'autres séries africaines [40 ; 50] où dominant les causes infectieuses, cette mortalité varie entre 4,5% et 8,5%.

Ces taux sont différents à celui de Gougard P en France 1% [P<0,05] où dominant les perforations duodénales [51].

5-Hernies étranglées :

Fréquence :

La hernie étranglée est la deuxième cause la plus fréquente des occlusions du grêle [52].

Dans notre étude et dans celle réalisée dans un autre Hôpital régional de notre pays [53], la hernie étranglée a été la 3ème urgence digestive la plus fréquente et 4ème rang sur l'ensemble des urgences abdominales chirurgicales.

En Angleterre elle a occupé le 4ème rang en 2007 [54].

La prise en charge immédiate des hernies avant complication pourrait être à l'origine de cette faible fréquence dans les pays développés.

Au cours de notre étude nous avons retrouvé 71,42% de hernie inguinale étranglée et 28,58% de hernie de la ligne blanche.

L'anesthésie générale est la plus facile et la plus rapide [55].

Elle a été la seule utilisée dans notre étude comme dans la série ivoirienne en 2006 [56] ; plus de la moitié des cas : soit (60,9 et 70,7%), [57] et [55].

L'anesthésie locorégionale pourrait être insuffisante dans la cure de la hernie inguinale étranglée, car en cas de nécrose le geste à réaliser est plus lourd.

Le choix de cette technique d'anesthésie s'explique par le fait que :

- La hernie inguinale étranglée donne un tableau d'occlusion accompagné d'hypo-volémie.

Cette hypo-volémie et le contexte d'urgence constituent des limites pour anesthésie locorégionale [58].

- l'âge du patient (surtout chez les enfants)

L'objectif principal du traitement de la hernie est double : La suppression de la hernie et la prévention des récidives [59].

Dans notre série des techniques Shouldice(42,85%) et Bassini(14,28%) pour les hernies inguinales et la cure de la hernie simple(28,57%) pour les hernies de la ligne blanche.

Ce taux ne présente pas une différence statistiquement significative avec celui de la série malienne [60] [$P>0,05$].

Il est supérieur à celui retrouvé dans la sous région RCI [56] [$P=0000$] ; chez qui la technique de Bassini a représenté (85%).

La cure de la hernie a été pratiquée chez tous les patients.

Même si pour la plupart des auteurs, le Shouldice semble la meilleure technique de la cure de la hernie, c'est le Bassini qui continue d'avoir la préférence des chirurgiens au CHU de Cotonou : (91,53%) des patients ont bénéficié de cette technique [61].

Suites opératoires :

La morbidité est liée à plusieurs facteurs

- Retard dans la prise en charge,
- Etat général des malades,
- Le suivi post opératoire [58].

Dans notre série la morbidité a été nulle (0%).

Ce taux est incomparable à ceux des autres séries Turque [42], Ghanéenne [62] et malienne [63] avec un taux respectifs :(22,5% ; 41,5% ; 22,3%).

Tableau XXXVII : la mortalité selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage
Galli, Italie, 2006, [64]	31	0
Harouna Y, Niger, 2003, [18]	742	40
Sissoko M, Kayes, 2009 [63]	36	2,78
Diane B, RCI, 2006, [56]	200	1,5
Sangaré, Mali, 2002, [60]	46	0
Notre étude	7	0

Le risque de nécrose intestinale et la mortalité augmentent proportionnellement avec le retard dans la prise en charge [64].

Les taux de mortalité selon les auteurs varient de 0 à 40%.

Ces taux de mortalité pourraient être liés à

- La présence de nécrose intestinale,
- La prise en charge tardive
- L'âge avancé du patient (supérieur à 60ans)
- Les pathologies associées. [57]

6. Hémopéritoines :

Fréquence :

Tableau XXXVIII: Fréquence des Hémopéritoines par rapport aux urgences chirurgicales abdominales selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Fréquence	Test statistique
Cotte, France 2003, [65]	38	0,1%	P=0,375650
Mehinto, Bénin 2006, [66]	53	4,2%	P= 0,940990
Traoré, Mali 2007,[67]	143	4,7%	P=0,778844
Notre étude, Mali 2012	101	5%	

Notre fréquence par rapport aux urgences abdominales chirurgicales ne diffère pas de façon statistiquement significative de celle retrouvée dans les séries Béninoise [66], Française [65] et au CHU GT [67].

Actuellement, le traitement opératoire de l'hémopéritoine n'est plus systématique [68, 69,70] mais notre attitude a été classique ; une laparotomie devant tout tableau clinique et ou paraclinique évocateur d'un hémopéritoine franc. Ce qui explique notre taux de 100 %, qui statistiquement est identique aux 100 % de Gruner M. et coll.[71] ($\chi^2 = 1,56$ P= 0,216).

Suites opératoires :

Tableau X XXXIX: Morbidité selon les autres

Auteurs	Effectif	Fréquence	Test statistique
Marie, France 2005, [72]	94	21,8%	P=0,621809
Samuel, Australie 2006,[73]	127	22%	P= 0,658389
Notre étude, Mali 2012	5	20%	

Notre série avait comme taux de morbidité 20 % statistiquement identique aux 21,8 % de Marie et 22% de Samuel [72,73].

Ce taux de morbidité peut être influencé par les retards thérapeutiques.

Le facteur morbide dans notre série, était constitué d'infection du site opératoire contraire à d'autres séries africaines [74,75] qui étaient constituées de suppuration pariétale, d'éviscération, et d'hémorragie post opératoire. Cela peut être expliqué par notre faible taux.

Le pronostic d'un hémopéritoine traumatique quelque soit les circonstances de survenu, est conditionné par la rapidité et la précision du diagnostic lésionnel et également par l'option thérapeutique [71] ; il dépend aussi des lésions associées. Le taux de mortalité de notre série 0% est nettement inférieur à celui de Marie [72] qui est de 17 %, de Bazira L [18] estimé à 3,63 % [$P < 0,05$].

Toutefois, cela pourrait être en relation avec la fréquence.

CONCLUSION

L'appendicite reste la plus fréquente des urgences abdominales chirurgicales et l'adulte jeune est le plus touché. Le retard dans la prise en charge continue de nos jours encore à maintenir la mortalité et la morbidité à des taux importants. La lutte pour l'amélioration pronostique passera certainement par une diminution de ce délai diagnostic.

RECOMMANDATIONS

I-Aux autorités gouvernementales :

- La formation continue des chefs de poste médicaux
- L'amélioration des plateaux techniques des centres de santé de référence des cercles
- L'amélioration du système d'assurance maladie

II- Au personnel sanitaire :

- Référencer les malades dans les meilleurs délais.
- Renforcer la collaboration interdisciplinaire

III-A la population :

- Eviter l'automédication
- Consulter immédiatement devant toute douleur abdominale aiguë un agent de santé.

Références bibliographiques :

1. Mondor H.

Diagnostics urgents (Paris) Masson 1965 : 1119.

2. Etienne et al

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës

Ency Med chir, Urgences, 1994,24 : 27-10.

3. Arnaud J et al .

Conduite à tenir devant un abdomen aigu.

Encyl Med Chir ,Paris, 2003,24.

4. Mushtaq A, Mehbood Ali S, Stephen L, Philomena D J, Sifat W :

Survey of surgical emergencies in a rural population in the Northern areas of Pakistan. Trop Med & Int Health 1999; 12 : 846.

5. EKERE AU, YELLOWE BE UMUNE S.

Surgical mortality in the emergency room

In orthop,2005, 28 (3): 187-90.

6. Konaté M :

Les urgences chirurgicales au CHU Gabriel Touré

Thèse Med, Bamako, Université de Bamako,2005, N°05M238.

7. Konaté H :

Abdomens aigus chirurgicaux au service chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré .

Thèse Med ,Bamako, Université de Bamako, 2003, N°0 3M 67.

8. Soumma AW :

Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Gao à propos de 90cas

Thèse Med, Bamako, Université de Bamako, 2007, N°07M14.

9. Lebeau R, Diané B, Kassi AB, Yénon KS, Kouassi JC.

Nontraumatic abdominal surgical emergencies in elderly patients at the Cocody University Hospital Center in Abidjan, Côte d'Ivoire: etiology and outcome.

Med Trop (Mars). 2011;71(3):241-4.

10. Abantanga FA, Nimako B, Amoah M.

The range of abdominal surgical emergencies in children older than 1 year at the KomfoAnokye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana.

Ann Afr Med. 2009;8(4):236-42.

11. Karamanakos SN, Sdralis E, Panagiotopoulos S, Kehagias I.

Laparoscopy in the emergency setting: a retrospective review of 540 patients with acute abdominal pain.

Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2010;20(2):119-24.

12. DOMERGUE et al

Apport coelioscopique dans les abdomens aigus

Ann chir 1992 ; 46(4) : 287-289

13. Pelavski AD, Lacasta A, Rochera MI, de Miguel M, Roigé J.

Laparoscopy in the emergency setting: a retrospective review of 540 patients with acute abdominal pain.

SurgLaparoscEndoscPercutan Tech.2010 ;20(2):119-24.

14. Arnaud J et al .

Conduite à tenir devant un abdomen aigu.

Encycl Med Chir ,Paris, 2003,24.

**15. Mushtaq A, Mehbood Ali S, Stephen L, Philomena D J, Sifat W :
Survey**

of surgical emergencies in a rural population in the Northern areas of Pakistan.
Trop Med & Int Health 2005; 12 : 846.

16. Jorge Barreiro

Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults

Am J. Surg 2007; 77(1):40-5

17. Camara S.

Problème d'anesthésie et réanimation posé par la chirurgie abdominale d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré

Thèse médecine Bamako (Mali) 1989, 68.

**18. HAROUNA Y. - ALI L. - SEIBOU A. - ABDOUL I. - GAMATE Y. -
BAZIR A. - HABIBOU A.**

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

19. Issimaila K.

Les urgences abdominales chirurgicales : Etude rétrospective sur deux années de Cocody.

Thèse Med Abidjan,2004,1156.

20. Pandonou N. Diagne B. N'Diaye M. Cherbonnel G M. Noussaume O.

Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques des quatre années (1973-1976)

Dakar médical, 1979, 24,190-197.

21. Mushtaq A Mehbood Ali S, Stephen L, Philomena D J, Sifat W.

Survey of surgical emergencies in the rural population in the Northern areas of

Pakistan.Trop Med and Int Health 1999; 12:846.

22.Cassina P. et al.

Die effizienz der chirurgischen grunddiagnostik beim akuten abdominalschmerz. Der Chirurg 1996; 67: 254- 60.

23. Mabilia-Babela J.R., Pandzou N., Koutaba E., Ganga-Zandzou S., Senga P.

Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Brazzaville(Congo).

Med Trop 2006 ; 66 : 172- 176.

24. Abdou Raouf O, Guikoumbi JR, NDinga JP et Coll

Les urgences chirurgicales au centre hospitalier de Libreville. Med Trop 2002; 62: 281.

25. Kassal B, Kane O, Diouf E, Beye MD

Les urgences dans un centre hospitalier et universitaire en milieu tropical : le point de vue de l'anesthésiste réanimateur.

Med. Trop 2002; 62: 247- 250.

26. Abi. F, El fares F, Nechad M.

Unité de chirurgie viscérale des Urgences, CHU. Ibnou Rochd

Casablanca Maroc J. chir (Paris) 1987; 471-474.

27. Berthé I. :

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

Thèse Med,Bamako,Université de Bamako,2009, N°09M53.

28. Adejuyigbé O, Fashain EO.

Acute intestinal obstruction in Nigerian children. *Trop Gastro Enterol* 2001; 6 : 120-123.

29. Hartmann B.

Péritonites aiguës in Mondor diagnostics urgents abdomen (Paris) *Masson 9ème Edit*; Paris 1979; 24.

30. Garcia Vazquez A, Cano Novillo I, Benavent Gordo MI, Delgado Munoz MD, Anton-Pacheco Sanchez J, Berchi Garcia FJ.

Results of laparoscopic treatment of complicated appendicitis. *Cir Pediatr* 2005; 18 (1): 8-12.

31. Mungadi IA, Jabo BA, agwu NP.

A review of appendicectomy in North –western Nigeria. *Niger J Med*; 2004; (3): 240-3.

32. Daly CP, Cohan RH , rancis IR caoili EM , Ellis JH , Nan M.

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

33. Berthé H. :

Etude épidémio-clinique et thérapeutique des grossesses extra-utérines dans le service de gynéco-obstétrique du CHU- point G.

Thèse Méd, Bamako, université de Bamako, 2009, N°09M527

34. Diem G. :

Etude de la grossesse extra-utérine dans le service de gynéco-obstétrique du CHU-Gabriel Touré

Thèse Méd, Bamako, université de Bamako, 2007, N°07M101.

35. Kéita A. :

Aspects épidémio-clinique et thérapeutique des GEU au Centre de Santé de Référence de la commune IV.

Thèse Méd, Bamako, université de Bamako, 2006, N°06M258.

36. J. Kossi, P. Salminen, M. Laato.

The epidemiology and treatment patterns of postoperative adhesion induced intestinal obstruction in Varsinais-suomi Hospital District.

Scandinavian journal of surgery 2004 ; 93: 68 – 100.

37. L. Catel, F. Lefèvre, V. Laurent, L. Canard, L. Bresier, F. Guillemain D et D. Régent.

Occlusion du grêle sur bride : quels critères scanographiques de gravité rechercher ?

J radiol. 2003 ; 84 : 27-31.

39. Sidibé B. :

Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service du CHU Gabriel Touré.

Thèse de Méd, Bamako, université de Bamako, 2003, N°03M62.

40. Dembélé Boubacar Bréhima :

Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes (Mali) à propos de 112 cas.

Thèse Méd, Bamako, université de Bamako, 2005, N°05M243.

41. Dongmo Alertte Michelle :

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie "A" de l'hôpital du Point G.

Thèse Méd, Bamako, université de Bamako, 2006, N°06M263.

42. Akacacaya A, Alimoglu O, Hevenk T Bas G, Sahin M.

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

43. Muyembe VM, Suleman N.

Intestinal obstruction at a provincial hospital in Kenya.

East Afr Med J 2000; 77(8): 440-3.

44. Shittu OB Gana J Y, Alawale EO, Ogundiran TO.

Pattern of mechanical intestinal obstruction in Ibadan: a ten year review. *Afr J Med Sci* 2001; 30 (1-2):17.

45. Hosoglu S, Mustafa Ademir et Coll :

Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever.

Am j epidemiology 2004; 160: 46-50.

46. Doui D et all:

les péritonites aiguës généralisées opérées dans les hôpitaux de Bangui.

Etiologies et profil bactériologique à propos de 93 cas :2008,55 :617-622.

47. ALMOWITCH H :

Traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé

Gastro enterol clin bio (Paris) 2000; 24: 1012-1017

48. KOUAME B

Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Côte d'ivoire

Bull Soc Pathol Exot 2001; 94 (5): 379-382

49. JEAN YM, JEAN LC :

Péritonite aigue

Rev prat (paris) 2001 ; 51 : 2141-2145

50. DOUMBIA M. M. :

Prise en charge des perforations digestives dans le service de chirurgie A au CHU du Point G.

Thèse méd, Bamako, université de Bamako, 2008, N°08M123

51. GOUGARD P, BARRAT C

Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé. Résultat d'une étude rétrospective multicentrique

Ann Chir 2000 ; 125 : 726-731

52. Bahadir K, Hakan I, Tahir M, Duzgun A, Moran M, Mahir M.

Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults

Am j Surg 2003; 181(2): 101-4

53. Sissoko M

Etudes des hernies inguinales étranglées à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

These de Medecine Bamako 2009,N°86.

54. Jorge Barreiro

Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults

Am J. Surg 2007; 77(1):40-5

55. Sagara A

Etude des hernies inguinales étranglées à l'Hôpital régional de Kayes.

These Med Bko 2005,N°79

56. Lebeau R, Diane B, Koffi E, Yenon K, Kouassi J.C.

La résection intestinale au cours de la prise en charge de la hernie inguinale étranglée de l'adulte : Facteurs prédictifs et influence sur le pronostic de la hernie

Rev. Int. Sc.Med 2006 ; 8(1) :50-54

57. Alvarez-P, José A, Baldonado C, Francisco GR, Isabel S, Barreiro J et al

Cir Esp 2005; 77(1): 40-45

Presentation and outcome of incarcerated exrenal hernias in adults.

Cir Esp 2005; 77(1): 40-45

58. Ferzli G, Shapiro K, Chaudry G, Patel S.

Laparoscopic extra peritoneal approach to acutely incarcerated inguinal hernia.

Surg Endosc 2004; 18(2): 228-31

59. Pélissier E.

Anatomie Chirurgicale des Hernies de l'aine. Technique chirurgicale Appareil digestif

Encycl Med chir Paris 2000; 3: 40-105.

60. Sangaré B.

Hernies inguinales étranglées au service de chirurgie générale et pédiatrique l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med Bko 2002 ; N 71

61. D.K.MEHINTO, O.F.J.ROUX, N.PADONOU.

Prise en charge des hernies étranglées de l'aine chez l'adulte à propos de 295 cas.

J ;Afr ; chir ; digest 3(2) :1-5

http://www.santetropicale.com/togo/vol03_2_2003.pdf 19/09/2011.

62. Yeboah M

Etranglement herniaire externe à Kumasi en Afrique occidentale
East Afr Med J. 2003; 22(4):310-3

63. DAO M

Hernies inguinales étranglées à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti.
These de Medecine; Bamako;Univerté de Bamako; 2011; 93.

64. Galli A, Scalambra MS, Balsamo F et al

Laparoscopic repair strangulated hernias
Surg Endosc 2006; 20(1):131-4

65. A. Cotte et al.

Prise en charge des traumatismes fermés de l'abdomen chez l'enfant.
Arch Ped 2004; 11: P327 – 334.

66. D.K. Mehinto et al.

Aspects épidémiologiques et diagnostic des contusions abdominopelviennes
chez l'adulte au CNHU-HKM de Cotonou.
Med d'Af Noire 2006 ; 53 (10) : 534 – 538.

67. Traoré B. C. M. :

Hémoperitoine dans les traumatismes fermés de l'abdomen
Thèse de Méd., Bamako, université de Bamako, 2008, N°08M270

68. H. Ozturk et al.

Non operative Management of isolated solid organ injuries due to blunt
Abdominal Trauma in children: A fifteen – year experience.
Eur J Pediatr, Surg 2004; 14: 29 – 34.

69. Boris et al.

Nonoperative management of blunt.
Splenic and liver injuries in adult poly trauma.
Indian J Surg 2007 ; 69 (1) : 9 – 13.

70. Bismar et al.

Outcome of nonoperative management of blunt splenic trauma.

Kwait Med J 2007 ; 39 (2): 144 – 148.

71. GRUNER M. - HELOURY Y. - GUIGNARD J. LUPOLD M.

Conception actuelle de la traumatologie abdominale de l'enfant .

Ann. Pédiatrique (Paris) 1985 ; 32 (5) : 413 – 418 .

72. MARIE FRANCOISE ODOU

Paramètre de l'instabilité hémodynamique .

Doc Tissimoni héματο- cytologie 2005 ; 675 - 678 .

73. SAMUEL M.

Haemoperitoneum in traumatic emergency and intra-abdominal trauma.

Department of surgery, University of Arizona Health Sciences.

Am J Chirg 2003 ; 161 :247 – 251 .

74. Koné M. B. :

Etude des hémopéritoines traumatiques à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti

Thèse de Méd., Bamako, université de Bamako, 2007, N°07M44

75. ALLI N.

Management of blunt abdominal trauma in Maiduguri : a retrospective study.

Department of Surgery, University of Maiduguri Teaching Hospital, Maiduguri,

Borno

State, Niger . 2005 ; 32 :45 – 46 .

Urgences abdominales chirurgicales au C.S.Réf de Koulikoro

Fiche d'enquête

Les données administratives :

- Q1. Numéro fiche :...../.../.../.../
Q2. Numéro dossier...../.../.../.../
Q3. Date de consultation...../.../.../.../
Q4. Nom et prénom.....
Q5. Age/...../
Q6. Sexe 1=M 2=F /.../
Q7. Adresse habituelle :
Q8. Contact à Koulikoro :.....
Q9. Provenance:.....
Q10. Nationalité: 1=Maliennne 2=Autres /.../
 9.Si autres à préciser :.....
Q11. Ethnie:...../...../
Q12. Profession:...../.../
 1=fonctionnaire 2=commerçant 3=cultivateur 4=ménagère
 5=élève/étudiant 7=autres 99=indéterminée
 9.Si autres à préciser :.....
Q13.Mode de recrutement : 1=urgence 2=consultation ordinaire /.../
Q14.Adresser par: 1=agent de sante 2=autres :...../.../
 9.Si autres à préciser :.....
Q15. Date d'entrée :...../.../.../
Q16. Durée d'hospitalisation préopératoire...../...../
Q17. Durée d'hospitalisation postopératoire...../...../
Q18. Date de sortie:...../.../.../...

Motif de consultation :

- Q19. Motif :/.../
 1=douleur abdominale 2=arrêt des matières et de gaz 3=météorisme
 4=vomissement ou nausées 5=fièvre 6=autres
 9.Si autres à préciser :.....

Antécédents :

- Q20.Médicaux: 1=oui 2=non 99=indéterminés /.../
 9.Si oui à préciser :.....
Q21.Chirurgicaux: 1=oui 2=non 99=indéterminés /.../
 9.Si oui à préciser:.....
Q22.Familiaux: 1=oui 2=non 99=indéterminés /.../
 9.Si oui à préciser:.....
Q23.Gynéco-obstétriques: 1=oui 2=non 99=indéterminés /.../
 9.Si oui à préciser:.....

Les signes:

Les signes généraux :

- Q24.Indice Karnofsky(en %) :...../.../
 1=<70 2=≥70

- Q25. Plis de déshydratations : 1=oui 2=non /.../
 Q26. conjonctives et téguments :...../.../
 1=pâles 2=colorées 3=ictériques 4=autres
 9.Si autres à préciser :.....
 Q27. Température en degré Celsius...../.../
 1=<37,5 2=[37,5-38,5[3=[38,5-39,5] 4=>39,5
 5=non quantifiée(cause) :.....
 Q28. Pouls en battement par minute:...../.../
 1=<60 2=[60-80[3=[80-100] 4=>100
 Q29. Fréquence respiratoire en cycle par minute :...../.../
 1=<14 2=[14-22] 3=>22
 Q30. IMC :...../.../
 1=<18,5 2=[18,5-25[3= \geq 25
 Q31. Tension artérielle(en cm Hg) :...../.../
 1=<10/6 2=[10/6-14/9[3= \geq 14/9
 Q32. Score de Glasgow :...../.../
 1=<8 2= \geq 8

Les signes fonctionnels:

Douleur abdominale :

- Q33. siège de la douleur :...../.../
 1=FID 2=hypogastre 3=FIG 4=flanc droit 5=flanc gauche 6=péri
 ombilicale 7=hypochondre droit 8=épigastre 10=hypochondre gauche
 11=diffus 12=autre 99=indéterminé
 9.Si autres à préciser:.....
 Q34. Les irradiations :...../.../
 1=sans irradiations 2=à la pointe de l'omoplate 3=postérieure transfixiant
 l'épigastre 4=pelvienne 5=autres 99=indéterminées
 9.Si autres à préciser:.....
 Q35. L'installation de la douleur: 1=brutale 2=progressive 99=indéterminée /.../
 Q36. Type de la douleur/.../
 1=brûlure 2=piqûre 3=torsion 4=pesanteur 5=écrasement 6=colique
 7=crampe 8=autres 99=indéterminé
 9.Si autres à préciser:.....
 Q37. la durée d'une crise douloureuse :...../.../
 1=5-15min 2=16-30min 3=31-60min 4=1-6h 5=6-24h 6=1-3jours
 7=plus de 3 jours
 Q38. Intensité selon E.V.S: 1=faible 2=modérée 3=intense 4=très intense /.../
 Q39. Evolution: 1=Permanente 2=intermittente 99=indéterminée /.../
 Q40. Facteurs d'exacerbation:...../.../
 1=pas de facteurs 2=la mobilisation 3=la toux 4=l'inspiration profonde
 5=l'alimentation 6=la prise de médicament 7=autre 99=indéterminés
 9.Si autres à préciser:.....
 Q41. Facteurs d'accalmie:...../.../
 1=pas de facteurs 2=mobilisation 3=alimentation 4=prise de médicament
 5=vomissement 6=autres 99=indéterminés
 9.Si autres à préciser:.....
 Q42. Arrêt de matières et de gaz : 1=oui 2=non /.../
 Q43. Vomissement : /.../

1=pas de vomissement 2=alimentaire 3=bilieux 4=fécaloïde 5=hématique
6=post prandial précoce 7=post prandial tardif 8=autres 99=indéterminé

9.Si autres à préciser:.....

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

Q45.Fièvre : 1=ooui 2=non /.../

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

9.Si oui à préciser :.....

Les signes physique :

Inspection :

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

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

Q49.Plaie abdominale : 1=ooui 2=non /.../

9.Si oui préciser : -Le siège :.....

-La localisation :.....

-La taille :.....

Q50.Présence de cicatrices opératoires sur l'abdomen : 1=ooui 2=non /.../

9.Si oui préciser le siège :.....

Q51.Tuméfactions abdominales: 1=ooui 2=non /.../

9.Si oui préciser le siège :.....

Q52.Forme de l'abdomen : 1=sans particularité 2=anormale /.../

Palpation :

Q53.Douloureuse : 1=ooui 2=non /.../

Q54.Défense abdominale :...../.../.../

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

12=autres

9.Si autres à préciser :.....

Q55. Contracture abdominale :...../.../.../

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

12=autres

9.Si autres à préciser :.....

Q56.Présence de masse abdominale: 1=ooui 2=non /.../

Q57.Profondeur de la plaie abdominale : /.../

1=pas de plaie 2=non pénétrante 3=pénétrante 4=perforante

Q58. Percussion: 1=matité 2=tympanisme /.../

Q59. Auscultation:/.../

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

Q60. Toucher rectal:...../.../.../

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

9.Si autres à préciser :.....

Q61. Toucher vaginal:...../.../

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

9.Si autres à préciser :.....

7=autres 99=indéterminée

9.Si autres à préciser :.....

Chirurgical:

Q80. Opérateur :...../.../

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

Q81.Type d'anesthésie :...../.../

1=locale 2=locorégionale 3=A.G

Q82. Technique opératoire :.....

Q83. Nature de l'incision :...../.../

1=au point Mc Burney 2=Biquini 3=inguinotomie 4=para rectale 5=sous costale
6=médiane sus ombilicale 7=médiane sous ombilicale 8=médiane sus et sous
ombilicale 10=autres

9.Si autres à préciser :.....

Q84.Gestes effectués :...../.../

1=appendicectomie 2=cholécystectomie 3=résection/anastomose
4=colectomie 5=ileostomie 6= Splénectomie 7=Section des brides
8=Suture de la perforation digestive 10=Colostomie 11=Lavage péritonéal
12=Dérivation/interne 13=autres

9.Si autres à préciser :.....

Q85. Complications peropratoires :...../.../

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

9.Si autres à préciser :.....

Suites opératoires :

Q86. Pendant l'hospitalisation...../.../

1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive
5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres 99=indéterminées

9.Si autres à préciser :.....

Q87.Suites à un mois :...../.../

1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive
5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres 99=indéterminées

9.Si autres à préciser :.....

Q88.Suites à trois mois :...../.../

1=simples 2=hémorragie 3=suppuration pariétale 4=fistule digestive
5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres 99=indéterminées

9.Si autres à préciser :.....

Q89. Mode de suivi :...../.../

1=sur rendez-vous 1=revenu de lui-même 2=vu à domicile 3=autres
99=indéterminé

9.Si autres à préciser :.....

Q90. Coût du traitement (CFA):...../.../

1=<75000 2=75000-100000 3=100000-125000
4=125000-150000 5=>150000

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : DOUMBIA

PRENOM : Adolphe Abou

ADRESSE : doumbiaadab@yahoo.fr TEL : (00223)76186438/65400001

PAYS D'ORIGINE : MALI

VILLE : Bamako

ANNEE DE SOUTENANCE : 2013

TITRE DE LA THESE : Les urgences abdominales chirurgicales au CS Réf de Koulikoro.

SECTEUR D'INTERET : Chirurgie.

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie et de la Faculté de Pharmacie.

RESUME

Objectif général

Etudier les urgences abdominales chirurgicales reçues au Service de chirurgie générale du CS Réf de Koulikoro.

Objectifs spécifiques

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

Nous avons mené une étude prospective sur 101 patients reçus au service de chirurgie générale du CS Réf de Koulikoro.

Les urgences chirurgicales ont représenté 6,9% des consultations globales, 19,5% des hospitalisations générales et 21,1% des interventions chirurgicales.

Il s'agit de 45 hommes et 56 femmes (sex-ratio 0,80) dont l'âge moyen a été de 30,1.

La douleur abdominale a été le principal motif de consultation.

L'examen physique a permis dans la majorité de cas de poser le diagnostic.

Devant certains cas douteux, nous avons demandé des examens para cliniques (échographie dans 38 cas, ASP dans 16cas et groupage/rhésus dans 79 cas).

Le traitement était en fonction de l'étiologie.

Appendicite 56/101

GEU rompue 20/101

Occlusion intestinale 8/101

Hernie étranglée 7/101

Péritonite 5/101

Hémopéritoine 5/101

Le taux de morbidité a été de 6% et de mortalité 0%.

Mots clés : urgence, étiologie, chirurgie.

SERMENT D'HYPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

Je garderai le respect de la vie humaine dès la conception.

Même sous les menaces, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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

Je le jure !