

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
(FMOS)

Année universitaire : 2020 – 2021

Thèse N°....

THESE

LES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES AU CS Réf CI DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le.../.../2021

devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par : **M. Fousseyni TRAORE**

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

JURY :

PRESIDENT : Pr Alhassane TRAORE

MEMBRE : Dr Modibo TOGOLA

Dr Amadou TRAORE

CO-DIRECTEUR : Dr Cheickna TOUNKARA

DIRECTEUR : Pr Bakary Tientigui DEMBELE

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES :

A Allah :

Je rends grâce

A Allah le tout puissant, le miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté tout au long de mes études. Qu'il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je lui rends grâce de m'avoir donné force, détermination et inspiration pour la réalisation de ce travail.

Je vous dois ce que je suis devenu.

Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde

“ Il est ALLAH, unique

ALLAH, le seul à être imploré pour ce que nous désirons.

Il n'a jamais engendré et n'a pas été engendré non plus.

Et nul n'est égal à lui ”.

ALLAH ! point de divinité à part lui, le vivant celui qui subsiste par lui-même

"al Qayyum". ni somnolence ni sommeil ne le saisissent. A lui appartient tout ce qui est dans les cieux et sur la terre. Qui peut intercéder auprès de lui sans sa permission ? Il connaît leur passé et leur futur. Et, de sa science, ils n'embrassent que ce qu'il veut. Son trône "Kursiy" déborde les cieux et la terre, dont la garde ne lui coûte aucune peine. Et il est le très haut, le très grand.

Ce travail est une infime partie de ton immense grâce.

A mon beau pays, le MALI :

Dont la générosité m'a permis une scolarité aussi poussée. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout la longévité et la santé pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement.

A ma mère Andrea KONARE :

Tu as toujours été là quand nous avons eu besoin de toi, ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut. Mère de tous les enfants, tu as cultivé en nous l'amour pour son prochain. Les mots me manquent aujourd'hui pour exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices que tu as enduré pour nous élever. Tu as su nous inculquer les valeurs et les règles de la bonne conduite, de la dignité, de la sagesse et du respect de l'être humain.

Ce travail est le couronnement de ta souffrance, de ta patience, de ton courage et de ton abnégation. Puisse Dieu, te garde longtemps à nos côtés. Amen

A mon père Drissa TRAORE :

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice. La rigueur dans le travail, le respect de son prochain sont des valeurs sûres que tu as su nous inculquer dans le but de faire de nous des êtres modèles. Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que tu as consentis. Que Dieu t'accorde longue vie.

A mes frères et sœurs :

Feu Lamine, Lassine, Konimba, Aissata, Kadiatou, Sadio, Sèdje, Adama et Mariam.

A mon tonton Siriman TRAORE

Merci pour tout.

A mes tantes et mes Tontons :

Merci pour tous.

A mes amis de la faculté, dont je me garde de citer des noms par craintes d'en omettre, la bonne amitié dont vous avez su faire preuve m'a permis de braver toutes les difficultés de la vie avec courage et optimisme à tout bonheur, succès, et réussite. Particulièrement à **Mama**

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

DAOU et Mamadou FOFANA.

A mes collègues thésards du CS Réf Commune I :

Alassane KONATE, Koniba FOFANA, Tiéba TRAORE, Hamadou YALCOYE,
Massa MOUNKORO

A mes aînés : Dr Bessy SAMAKE ; Dr Bambaké DEMBELE, Dr Yacouba
FANE, Dr Lamine DEMBELE, Dr Arafaou DICKO, Dr Yaya DIARRA, Dr
Dramane CISSE, Dr Ousmane TOLO, Dr Alou Hamadoun CISSE, Dr Mama
SIMPARA, Moussa KONE.

Ce travail est le vôtre.

Aux chirurgiens de la commune I :

Dr Cheickna TOUNKARA

Dr Modibo SANOGO, Dr Issaka DIARRA, merci pour la formation

Aux Majors de la chirurgie : Mr Youssouf COULIBAY et Mr Sory
KEITA, les autres infirmiers particulièrement à Mariam
COULIBALY

Au personnel du bloc opératoire du CS REF CI : Yacouba
COULIBALY, Amadou Oury DIA, Tante Oumou,
Younoussa, tonton SOW, M^r Haidara.

Merci pour la collaboration.

A mes collègues thésards de la chirurgie générale du CHU GT :

Daouda COULIBALY, Yacouba DOUMBIA, Dina GOITA, Mohamed
SAMAKE, SANGARE Nouhoum, merci pour la bonne collaboration.

REMERCIEMENTS :

A notre honorable doyen et au corps professoral de la FMOS :

Merci pour votre encadrement.

A tout le personnel du CS Réf de la Commune I :

Merci pour votre accompagnement.

A mes aînés : Dr TOLO Ousmane, Dr SIMPARA Mama, Dr CISSE Alou, Dr SAMAKE Bessy, Dr DEMBELE Bambaké, Dr Zoumana COULIBALY, Dr BOCOUM Bourama Siré, Dr DIABATE Nouhoum, Dr KONAKE Amadou, Dr DEMBELE Ibrahima, Dr Ismael SAMAKE, Dr Samou DOUMBIA, Dr Ousmane KALOSSY, Dr Mariam DIARRA.

A mes cadets :

Courage, patience et persévérance.

A la 11ème promotion du numerus clausus : Lassine TRAORE, Dina GOITA, Mama DAOU, Mamadou FOFANA, Ibrahima GUEYE, Nagnouma HAIDARA, Nagnouma SOUARE, Mariam TOURE, Souleymane COULIBALY, Assan COULIBALY, Mamadou COULIBALY, Oumou DIARRA, DJAO Ibrahima, Mohamed DICKO pour ne citer que ceux-ci. Merci, courage et persévérance.

Aux Thésards du service : Alhassane KONATE, Hamadoun YALCOYE, Tiéba TRAORE, Koniba FOFANA, Moussa KONE, Sambri TOURE, Massa MOUNKORO.

A mes amis de quartier : Maro DIABY, Mamadou DIABY, Bozo, Nouhoum, Decoté, Madou, Tidiane, Allaye. Merci, ce travail est le vôtre.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de mes rêves. A tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

HOMMAGES AUX DU JURY

**A NOTRE MAÎTRE & PRESIDENT DU JURY : Professeur Alhassane
TRAORE**

- Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS.
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.
- Détenteur d'un master en chirurgie hépatobiliaire.
- Chargé de cours à l'INFSS.
- Membre de la Société de chirurgie du Mali.
- Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone.

Cher Maître,

Vous nous faites un grand privilège en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre abord facile, votre amour pour le travail bien fait et l'étendue de vos connaissances scientifiques font de vous un maître admiré de tous.

Recevez ici cher maitre l'expression de notre profonde gratitude.

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY : Docteur Modibo TOGOLA

- Spécialiste en anesthésie réanimation
- Chef de service d'anesthésie réanimation au CS Réf CI

Cher maître,

Nous avons été impressionnés par votre courtoisie votre simplicité votre
abord facile et la spontanéité par laquelle vous avez accepté de siéger
dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Veillez recevoir ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY : Docteur Amadou TRAORE

- Médecin colonel à la DCSSA
- Maître-assistant à la FMOS
- Spécialiste en chirurgie générale
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE
- Membre de la SOCHIMA.

Cher maître,

Les mots me manquent pour exprimer toute la gratitude et le profond respect que vous nous inspirés, votre culture de l'excellence, votre rigueur scientifique et votre disponibilité font de vous un maitre respectable et respecté. Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher Maître, soyez rassurer de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAÎTRE & CODIRECTEUR DE THESE : Docteur Cheickna
TOUNKARA**

- Spécialiste en chirurgie générale ;
- Praticien hospitalier au Cs Réf CI
- Chargé de recherche à la FMOS
- Enseignant chercheur au CNRST.

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humilité et votre dextérité au bloc opératoire font de vous le maître admiré de tous. Nous n'oublierons jamais l'atmosphère chaleureuse et conviviale de vos séances de travail.

Veillez agréer l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAÎTRE & DIRECTEUR DE THESE : Professeur Bakary
Tientigui DEMBELE**

- Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS.
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.
- Chargé de cours Ibode à l'INFSS
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).
- Membre de l'association des Chirurgiens d'Afrique francophone

Cher Maître,

Vous nous faites un grand privilège en acceptant de diriger ce jury malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre abord facile, votre amour pour le travail bien fait et l'étendue de vos connaissances scientifiques font de vous un maître admiré de tous.

Recevez ici cher maitre l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

ASP = Abdomen sans préparation

CNRST=Centre National de Recherche en Science ;des techniques et des technologies

CSCOM = Centre de santé communautaire

CS Réf = Centre de santé de référence

CHU = Centre hospitalier universitaire

FID= Fosse iliaque droite

FIG= Fosse iliaque gauche

FMOS =Faculté de médecine et d'odonto-Stomatologie

J= Jour

L = Litre

L1, L2, L4 = Vertèbres lombaires (1, 2

et 3) **D1, D2, D3, D4** = Duodénum (1 ; 2 ;

3 et 4)

MI = Millilitre

Mm hg = Millimètre de mercure

USA =United State of America

ATP = Acide Tri –Phosphoré

AMG = Arrêt des matières et de gaz

SNG = Sonde nasogastrique

NHA = Niveaux hydroaériques

D = Droite

G = Gauche

OMS = *Organisation Mondiale de la Santé*

OIA = Occlusion intestinale aigue

Cm=Centimètre

H=Heure

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

mm=Millimètre

g=Gramme

dl=Décilitre

PH : Potentiel Hydrogène

IBODE=Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état

U=Urgence

RCI=République de la Côte d'Ivoire

SOMMAIRES

I. INTRODUCTION.....	16
OBJECTIFS.....	19
II. GENERALITES.....	21
A. Rappels anatomique et physiologique	31
B. Mécanisme.....	31
C. Physiopathologie.....	32
D. Etiologies.....	35
E. Diagnostic positif.....	37
F. Formes cliniques.....	44
G. Principes de traitement.....	46
H. Complications	52
III. METHODOLOGIE.....	55
1. Type d'étude	56
2. Période d'étude.....	56
3. Cadre d'étude	56
4. Echantillonnage.....	57
5. Collecte et analyse des données.....	57
IV. RESULTATS.....	60
1. Données épidémiologiques.....	61
2. Données sociodémographiques.....	61
3. Signes fonctionnels.....	65
4. Signes généraux.....	66
5. Signes physiques.....	66

6. Examens complémentaires.....	67
7. Diagnostic.....	67
8. Traitement.....	69
9. Evolution/Complications.....	71
V. COMMENTAIRES/DISCUSSION.....	74
1. Sur la méthodologie	75
2. Sur les aspects épidémiologiques	75
3. Sur les aspects cliniques	77
4. Sur les aspects thérapeutiques.....	81
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	84
1. Conclusion.....	85
2. Recommandations.....	86
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	88
VIII.ANNEXES.....	93
-Fiche d'enquête	94
-Serment d'Hippocrate	104

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'occlusion intestinale aiguë est un arrêt complet et persistant des matières et des gaz au niveau d'un segment quelconque du tube digestif [1].

Les occlusions intestinales aiguës (OIA) mécaniques représentent 10 à 20 % des douleurs abdominales aiguës de l'adulte et près de 25% des admissions chirurgicales pour un abdomen aigu [1].

Aux USA [2] selon GAJIC O. et al. ; en 2002 l'occlusion intestinale occupait la 3^e place après l'ischémie intestinale et la perforation d'ulcère aux unités de soins intensifs.

En EUROPE :

En France ; selon ADLOFF M. et al. [3] 70% des occlusions sont dues aux cancers coliques, et 16% des cancers colo-rectaux sont diagnostiqués au stade d'occlusion.

En Finlande, KOSSI J. en 2004 [4] dans son étude a trouvé une fréquence de 43,7% de patients atteints d'occlusion intestinale aiguë mécanique.

En AFRIQUE :

Au Maroc LEBBAR K. et al. [5] en 2001 ;10% des douleurs abdominales de l'adulte étaient dues à l'occlusion intestinale aiguë.

MAKHOUAD R. en 2018 ; 12,5% des urgences chirurgicales abdominales étaient dues à l'occlusion avec une morbidité à 2,04 % [6].

Au Burkina Faso en 2013, M. Zida [7] ; une OIA par sténose recto-colique était retrouvée chez 40% des patients présentant des abdomens aigus chirurgicaux.

Au Sénégal en 2016, GOMIS R. [8] ; les OIA représentaient 6,4% des admissions. Les étiologies étaient dominées par des brides et/ou adhérences (39,1%) et le volvulus du colon (37,6%).

Au Niger HAROUNA Y. et al. [9], ont rapporté une fréquence de 41% des

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

cas d'occlusion intestinale aiguë au Niger.

Au Mali :

En 2006 ; DONGMO Arlette [10] dans son étude, a trouvé l'étranglement herniaire (46,6%) comme principale cause d'OIA avec une mortalité post opératoire à 6,17%.

Selon une étude réalisée par MARIKO B. M. [11] en 2011, la pathologie occlusive représentait 11,07% des activités chirurgicales et 28,8% des abdomens aigus chirurgicaux avec un taux de mortalité post-opératoire à 9% à l'hôpital régional de Mopti.

L'occlusion intestinale aiguë est une urgence abdominale classique fréquente et potentiellement grave.

La douleur abdominale, l'arrêt des matières et de gaz et les vomissements sont les principaux signes. La radiographie de l'abdomen sans préparation ou le lavement aux hydrosolubles retrouvent des signes en faveur d'une OIA dans 90% des cas [13] par la mise en évidence des niveaux hydroaériques grêliques ou colique

La prise en charge des occlusions intestinales aiguës est médico-chirurgicale.

Le traitement chirurgical, en fonction des découvertes per opératoires est accompagné de la réanimation pré, per et post opératoire.

La morbidité 19,7% [12] lors des suites opératoires immédiates est dominée par des suppurations pariétales.

Au CS Réf CI ; elle n'a jamais fait l'objet d'une étude d'où l'intérêt de cette étude. Pour mener à bien ce travail, nous nous sommes fixé les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

➤ **Objectif général :**

- Etudier les occlusions intestinales aiguës dans le service de Chirurgie Générale du centre de santé de référence de la commune I.

➤ **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence hospitalière des OIA ;
- Décrire les aspects : épidémiologie, clinique et thérapeutique des OIA ;
- Analyser les suites opératoires des OIA ;
- Evaluer le coût de la prise en charge.

GENERALITES

III. GENERALITES :

A. Rappel anatomique et physiologique :

1. Anatomie et physiologie du grêle :

1.1. Anatomie du grêle [14] :

1.1.1. Définition : Le grêle est un organe majeur de la digestion indispensable à la vie. Il va du pylore à la valvule iléo-cæcale (valvule de Bauhin) ; long de 5-7m en moyenne, il comprend 2 parties : le duodénum et le jéjuno-iléon.

1.1.2. Structure de l'intestin grêle :

De dedans en dehors on a :

- La muqueuse
- La sous muqueuse
- La musculieuse
- La séreuse

a. Le duodénum :

Situation :

Partie initiale de l'intestin grêle, il est situé entre le pylore et l'angle duodéno-jéjunal (angle de Treitz) et appliqué contre la paroi postérieure de l'abdomen entre L1 et L4.

***Forme et dimensions :**

En forme d'anneau ouvert à gauche et en haut, ses dimensions sont :

Longueur : 20-25 cm

Diamètre : 3-4 cm

Capacité : 250 ml en moyenne

Il comprend 4 portions (supérieure, descendante, horizontale, et ascendante) délimité par 3 angles :

- Supérieur ou genu supérius ;
- Inférieur droit ou genu inférius ;

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I de Bamako

- Inférieur gauche ou angle duodéno-jéjunal

*** Configuration interne :**

La partie médiale (interne) de la portion descendante du duodénum est le siège :

- De la papille majeure (orifice de l'ampoule de VATER)
- De la papille mineure (orifice du canal de SANTORINI)

***Moyens de fixité :**

Le duodénum est la partie la mieux fixée du tube digestif.

Il est fixé par :

- Le muscle suspenseur du duodénum ;
- Le méso colon transverse et le mésentère ;
- Des connexions au pancréas.

*** Rapports :**

Dans son ensemble : le duodénum, dans sa majeure partie entoure intimement la tête du pancréas comme une géante autour d'une chambre à air.

Au niveau de ses portions :

 Portion supérieure ou sous-hépatique ou premier duodénum (D1) :

Oblique en arrière en haut et un peu à droite, longue de 5cm, elle a 4 faces

- Face antérieure : le foie en avant et la vésicule biliaire et le hile du foie en arrière.
- Face postérieure : la bourse omentale, le pancréas, le canal cholédoque, l'artère hépatique et la veine porte.
- Face supérieure : a les mêmes rapports anatomiques que la face postérieure.
- Face inférieure : le pancréas

 Portion descendante ou pré rénale ou deuxième duodénum (D2) :

Verticale, s'étend entre L1 et L4 à droite de la colonne lombaire, longue de 8 cm, elle a 4 faces :

- Face antérieure : le méso colon transverse la divise en deux parties : sus méso colique et sous méso colique.
- Face postérieure : la veine cave inférieure, l'artère spermatique droite, le pédicule rénal droit et l'uretère droit.
- Face externe : le foie et le côlon ascendant
- Face interne : le pancréas, le canal cholédoque, les canaux de WIRSUNG et de SANTORINI.

🚩 La portion horizontale ou troisième duodénum (D3):

S'étend transversalement en avant de L4, longue de 8 cm, elle a 4 faces :

- Face antérieure :

Croisée par la racine du mésentère qui contient l'artère et la veine mésentériques supérieures ; elle répond au côlon droit et aux anses grêles.

- Face postérieure : Veine cave inférieure, l'aorte, l'artère mésentérique inférieure
- Face supérieure : la tête du pancréas
- Face inférieure : les anses grêles

🚩 Portion ascendante ou quatrième duodénum (D4):

S'étend de L4 au disque séparant L1 et L2 à gauche de la colonne lombaire, longue de 4 cm, elle a 4 faces :

- Face antérieure : le côlon transverse, les anses grêles
- Face postérieure : les vaisseaux rénaux et spermatiques gauches et la gaine du psoas
- Face interne : la racine du mésentère et le pancréas
- Face externe : le rein gauche

* **Vascularisation :**

🚦 Les artères :

- Artères pancréatico-duodénales supérieure et inférieure droites :
- .Artère pancréatico-duodénale inférieure gauche

🚦 Les veines :

Sont satellites des artères :

- Veine pancréatico-duodénale supérieure droite qui s'abouche dans la veine porte
- Veines pancréatico-duodénales inférieures droite et gauche qui
S'abouchent dans la grande
mésentérique 🚦 Lymphatiques :

S'abouchent dans les ganglions duodénaux pancréatiques antérieurs et postérieurs

🚦 Innervation :

- Le pneumogastrique gauche pour D1
- Ganglion semi-lunaire droit et le plexus mésentérique supérieur pour D2 et D3
- Le pneumogastrique droit et ganglion semi-lunaire gauche pour D4, la partie voisine de D3 et l'angle duodéno-jéjunal.

b. Le jéjuno-iléon : [23]

Partie mobile de l'intestin grêle, elle est constituée de 2 parties :

- Le jéjunum : qui occupe les 2/5 proximaux (figure 1)
- L'iléon : qui occupe les 3/5 distaux.

* **Situation :** Le jéjuno-iléon s'étend de l'angle duodéno-jéjunal à la valvule iléo-caecale (valvule de Bauhin) et est composé de 15 à 18 anses disposées horizontalement à gauche de l'abdomen et verticalement à droite.

* **Forme et dimensions :**

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

Forme tubulaire

Longueur : 4 - 6,5 m

Diamètre : 3cm à la partie proximale et 2 cm à la partie distale

*** Moyens de fixité :**

Il est fixé à la paroi abdominale postérieure par le mésentère

*** Rapports :**

Chaque anse intestinale présente :

- ” 2 faces convexes en contact avec les anses intestinales voisines
- ” Un bord libre convexe en rapport avec la paroi abdominale antérieure
- ” Un bord adhérent concave en rapport avec la racine du mésentère

- La masse jéjuno-iléale répond :

En arrière : à la paroi abdominale postérieure et aux organes rétro
péritonéaux (les gros vaisseaux pré vertébraux ; reins et uretères colon
ascendant et descendant)

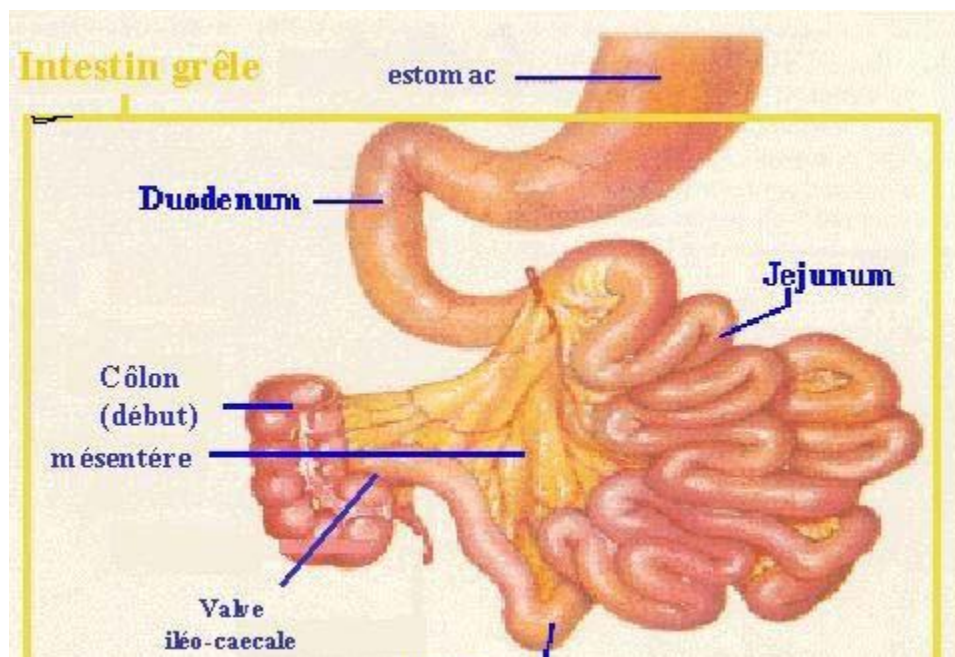
En avant : grand omentum et paroi abdominale antérieure.

En haut : colon transverse et méso cœlon transverse.

En bas colon iléo-pelvien et aux organes du petit bassin (rectum et
vessie pour l'homme ; rectum, vessie, utérus et ligament large pour la
femme).

A gauche : paroi latérale de l'abdomen.

A droite : coecum, cœlon ascendant et la paroi.



Haut



→ Gauche

FOUSSEYNI TRAORE

FIGURE1 : Schéma de la grêle [23]

* Vascularisation :

- ✚ Artères : Les branches intestinales de la mésentérique supérieure.
Veines : satellites des artères, se drainent dans la grande veine mésentérique.
- ✚ Lymphatiques : qui sortent de la paroi jéjuno-iléon sont les chylifères d'Aellius.
- ✚ Innervation : nerfs sympathiques et parasympathiques provenant du plexus mésentérique supérieur.

NB : PARTICULARITÉ ANATOMIQUE :

Environ 2% de la population générale portent sur leur jéjuno-iléon une petite excroissance appelée diverticule de MECKEL. Vestige du conduit vitellin, le diverticule peut simuler parfaitement une appendicite. [14]

1.2. Physiologie :

La physiologie de la digestion est l'ensemble des actes mécaniques, sécrétoires, et chimiques qui concourent à réduire les aliments à un petit nombre de corps directement absorbables et assimilables que l'on dénomme nutriments.

1.2.1 Sécrétion :

Le duodénum est plus sécréteur qu'absorbant et le jéjuno-iléon plus absorbant que sécréteur.

a. Duodénum :

Se caractérise histologiquement par la présence de glandes de BRUNNER qui secrètent un suc alcalin riche en mucus. La stimulation vagale, l'ingestion de nourriture augmentent la sécrétion. La principale fonction du suc est la protection de la muqueuse du D1 contre le chyme acide provenant de l'estomac.

b. Jéjuno-iléon :

A l'inverse du suc duodéal, l'existence d'une sécrétion intestinale propre n'est pas totalement démontrée chez l'homme dans les conditions physiologiques. On a pu montrer qu'il existe dans l'intestin grêle un flux liquidien de l'ordre de $2,16 \pm 1,32$ ml/min dans le jéjunum et de $1,23 \pm 0,71$ ml/min dans l'iléon, mais ce liquide est la résultante de plusieurs composants : les sécrétions digestives d'amont et les mouvements bidirectionnels d'eau et d'électrolytes à travers la paroi intestinale.

1.2.2. Absorption :

L'intestin grêle assure la totalité de l'absorption digestive, il est spécialement adapté à cette fonction. Les valvules conniventes et les villosités au nombre approximatif de 10 millions, portent la surface de la muqueuse à $40-50 \text{ m}^2$.

a. Les glucides :

Le glucose et le galactose (des monosaccharides) résultant de la dégradation de l'amidon et des disaccharides pénètrent dans les cellules de l'épithélium grâce à des transporteurs protéiques de la membrane plasmique, puis ils passent dans le sang des capillaires par diffusion facilitée. Le transport de ces glucides est couplé à celui des ions sodium par transport actif secondaire (Co - transport). Par contre, l'absorption de fructose est indépendante de l'ATP et se fait entièrement par diffusion facilitée.

b. Les lipides :

Les sels biliaires accélèrent la digestion des lipides, et ils sont également essentiels à l'absorption des produits de leur dégradation. Dès que les produits de la digestion des lipides (les mono glycérides et les acides gras libres), insolubles dans l'eau, sont libérés par l'activité des lipases, ils s'associent aux sels biliaires et à la lécithine (un phospholipide présent dans la bile) pour former des micelles. Les micelles diffusent entre les microvillosités pour entrer en contact avec la membrane plasmique des cellules absorbantes. Les substances grasses, le cholestérol et les vitamines liposolubles quittent ensuite les micelles et, grâce à leur fort degré de liposolubilité, ils traversent la phase lipidique de la membrane plasmique par diffusion simple.

Après avoir pénétré dans les cellules absorbantes, les acides gras libres et les mono glycérides sont regroupés en triglycérides. Ceux-ci se combinent ensuite à des petites quantités de phospholipides et de cholestérol pour former des chylomicrons, qui sont hydrosolubles. Ces derniers sont ensuite traités par le complexe golgien et expulsés de la cellule. Quelques acides gras libres pénètrent dans le sang capillaire, mais les chylomicrons pénètrent d'abord dans les vaisseaux chylifères avant de rejoindre la circulation veineuse.

c. Les protides :

Les différents acides aminés produits par la digestion des protéines sont pris en charge par divers types de transporteurs. Comme dans le cas du glucose et du galactose, il y a un couplage avec le transport actif du sodium.

d. Absorption de l'eau et des électrolytes :

L'intestin grêle reçoit tous les jours environ 9l d'eau provenant surtout des sécrétions du tube digestif. C'est la substance la plus abondante du

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I de Bamako

chyme, et l'intestin grêle en absorbe 95 % par osmose (300-400 ml/heure).

Les électrolytes absorbés proviennent à la fois des aliments ingérés et des sécrétions gastro-intestinales. La plupart des ions sont absorbés activement tout le long de l'intestin grêle ; toutefois, l'absorption du fer et du calcium est en bonne partie restreinte au duodénum.

e. Absorption des vitamines :

L'intestin grêle absorbe les vitamines des aliments, mais c'est le gros intestin qui absorbe une partie des vitamines K et B élaborées par ses 'hôtes', les bactéries intestinales. Les vitamines liposolubles (ADEK) se dissolvent dans les graisses alimentaires et sont absorbées par diffusion au niveau du grêle proximal. La vitamine B12 est une exception parce que c'est une molécule très grosse et chargée. Elle se lie au facteur intrinsèque produit par l'estomac ; puis le complexe vitamine B12- facteur intrinsèque se fixe aux sites spécifiques situés sur la muqueuse de l'extrémité de l'iléon, ce qui provoque son endocytose. [15, 16, 17]

2. Anatomie et physiologie du colon :

2. 1. Anatomie :

2.1.1. Généralités :

a. Définition :

Le colon est la partie du tube digestif comprise entre la valvule iléo-colique (iléo-caecale) et le rectum

b. Disposition générale : On décrit au côlon 8 segments :

- le coecum
- le côlon ascendant
- l'angle colique droit
- le côlon transverse
- l'angle colique gauche
- le côlon descendant
- le côlon iliaque
 - le côlon sigmoïde ou pelvien

NB : Pour le chirurgien il est surtout utile de distinguer le côlon droit et le côlon gauche. Ce sont des entités anatomiques distinctes avec leur vascularisation artérielle et veineuse propres, leur drainage lymphatique indépendant et leur innervation séparée.

c. Dimensions :

Le côlon mesure en moyenne 1,5 m :

- Le coecum = 6 cm
- Le côlon ascendant = 8-15 cm
- Le côlon transverse = 40-80 cm
- Le côlon descendant = 12 cm
- Le sigmoïde (colon pelvien) =40cm

*calibre : il varie et diminue du coecum au rectum. Il est de 7-8 cm à l'orifice du côlon ascendant, de 5 cm pour le côlon transverse et de 5-3 cm pour le côlon descendant et le sigmoïde.

2.1.2. Configuration externe :

Le côlon se distingue du grêle par 4 caractères principaux :

- Son calibre plus volumineux
- La présence de bandelettes longitudinales
- La présence des bosselures dans l'intervalle des bandelettes
- L'existence d'appendices épiploïques

2.1.3. Configuration interne :

Il est composé de 4 tuniques de dehors en dedans :

- Tunique séreuse
- Musculaire
- Sous muqueuse
- Muqueuse : ne présentant pas de villosités ni de valvules conniventes

2.1.4. Description et rapports :

- **Le coecum :**

Forme : de sac ouvert en haut

Mesure : 6 cm de long et 6 – 8 cm de large

Situation : fosse iliaque droite

Rapports :

Il a 4 faces

- Face antérieure :
 - Paroi abdominale (si distendu)
 - Anses intestinales (si peu distendu) - face postérieure
 - Les parties molles de la fosse iliaque (péritoine pariétal, couche graisseuse sous-péritonéale, muscle psoas)
- face externe :
 - En bas, les parties molles de la fosse iliaque
 - En haut, la paroi latérale de l'abdomen
- face interne :
 - Les anses grêles (terminaison du jéjuno-iléon)
 - L'appendice vermiforme

NB : le coecum peut être totalement libre et être exposé au risque de volvulus surtout si l'absence d'accolement intéresse le côlon ascendant.

- **Le côlon ascendant et l'angle colique droit :**

Long de 8-15 cm, il va du coecum au foie et est fixé en arrière par le fascia de TOLDT.

Un peu, oblique de bas en haut et d'avant en arrière, il communique avec le grêle en bas par l'orifice iléo-colique

 **Rapports :**

- Arrière :
 - Fascia de TOLDT (paroi musculaire : psoas, carré des lombes)
 - Le plexus lombaire
 - Le rein, l'uretère et les vaisseaux génitaux
- Avant :
 - Les anses grêles, l'épiploon et la paroi abdominale - interne :
 - En haut parfois se poursuit l'attache du grand épiploon

L'angle colique droit est fixé par le ligament phrénico-colique droit, qui peut continuer et entrer en contact avec le foie, la vésicule biliaire et le duodénum : le ligament cystico- duodeno-colique ou cystico-colique ou cystico-colo-épiploïque.

REMARQUE : pour le chirurgien les rapports essentiels de l'angle colique droit sont postérieurs. Il est en fait fixé devant le bloc duodeno-pancréatique et par l'intermédiaire du fascia.

- **Le côlon transverse :**

Long de 40-80 cm, il va de l'hypochondre droit à hypochondre gauche avec l'angle colique gauche toujours plus haut et plus profond que le droit.

Très mobile, le côlon transverse est fixé au niveau de ses deux angles.

 **Rapports :**

- En avant :

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

- La vésicule biliaire, le foie
- La paroi abdominale
 - Arrière :
- Le troisième duodénum et le pancréas
- Angle duodeno-jéjunal (angle de Treitz)
- Anses jéjunales
- En haut :
- Grande courbure gastrique
- Pôle inférieur de la rate dont il est séparé par le ligament suspenseur de la rate.
 - **Le côlon descendant :**

Il va de l'hypochondre gauche à la crête iliaque au niveau de laquelle il change de direction en se dirigeant en dedans pour rejoindre le muscle droit supérieur, au bord interne du psoas.

Le segment iliaque du côlon est accolé à la paroi postéro latérale.

🚦 Rappports :

- Postérieur :

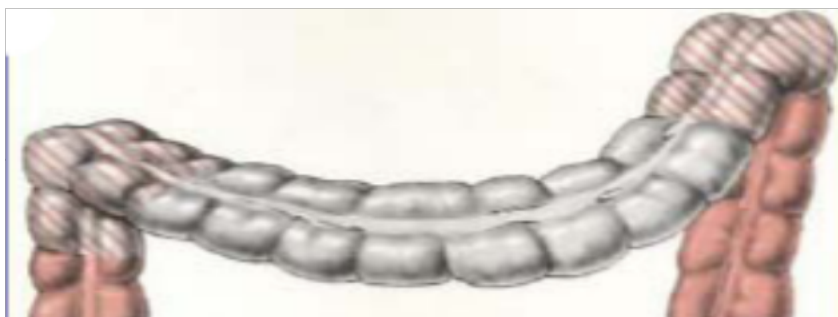
Fascias musculaire (paroi postérieure), nerveux (plexus lombaire et crural), et génito-urinaire (uretère et vaisseaux génitaux)

- Avant et en dedans : les anses grêles

- Dehors : muscle large de la paroi

- **Côlon sigmoïde : [18]**

Long de 40 cm, habituellement mobile (figure2), il peut être plus court et presque fixé au niveau du promontoire. Il descend plus ou moins en bas dans le cul-de-sac de DOUGLAS entre le rectum et la vessie chez l'homme ou rectum et organes génitaux chez la femme.



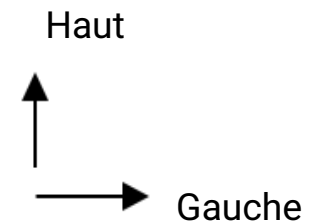


FIGURE 2 : Schéma du côlon [18]

2.1.5- vascularisation :

a- Vascularisation du côlon droit :

Les artères :

Elles viennent de l'artère mésentérique supérieure ce sont :

- L'artère colique ascendante
- L'artère colique droite ou de l'angle droit
- Une artère intermédiaire (inconstante)
- L'artère colique moyenne (colo-media)

Les veines coliques droites :

Elles suivent les axes artériels pour se jeter dans la veine mésentérique supérieure, à son bord droit.

Remarque : La veine colique droite peut s'unir à la veine gastro-épiploïque droite et la veine pancréatico-duodénale supérieure et antérieure pour former le tronc veineux gastro-colique (tronc de Henlé)

Les lymphatiques :

Elles se répartissent en cinq groupes et suivent les pédicules artérioveineux.

Ce sont les groupes :

- Epicolique ;
- Paracolique ;
- Intermédiaire (le long des pédicules) ;
- Principal (à l'origine) ;
- Groupe central (péri-aortico-cave, à la face postérieure de la tête pancréatique).

b- Vascularisation du côlon gauche

Les artères coliques gauches :

Elles viennent de la mésentérique inférieure, ce sont :

- L'artère colique gauche (artère de l'angle gauche);
- Les artères sigmoïdiennes, au nombre de trois, qui peuvent naître d'un tronc commun (branche de la mésentérique) ou isolément à partir de celui-ci

Les veines coliques gauches : elles suivent, comme à droite, les axes artériels correspondants.

Les lymphatiques : ont également la même topographie qu'à droite

Innervation du colon (droit et gauche):

L'innervation autonome du côlon provient d'un réseau pré aortique complexe. Les ganglions forment deux plexus :

- Le plexus mésentérique crânial (supérieur), destiné à l'innervation du côlon droit et qui est disposé autour de l'origine de l'artère mésentérique supérieure.

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I de Bamako

- Les ganglions du plexus mésentérique inférieur qui sont destinés au côlon gauche et sont disposés autour de l'origine de l'artère mésentérique inférieure.

Entre les deux plexus se situe un riche réseau anastomotique : le plexus inter mésentérique. [18]

2.2- Physiologie du côlon :

2.2.1 - Fonction :

Le côlon contribue à trois fonctions importantes de l'organisme :

- La concentration des matières fécales par absorption d'eau et d'électrolytes,
- L'entreposage et l'évacuation maîtrisée des selles,
- La digestion et l'absorption des aliments non encore digérés.

Sur le plan fonctionnel, le côlon peut être divisé en deux parties :

- Dans sa partie proximale (coecum, côlon ascendant et première moitié du côlon transverse) joue un rôle majeur dans la résorption de l'eau et des électrolytes,
- Dans sa partie distale (2^{ème} moitié du côlon transverse, côlon descendant, côlon sigmoïde et rectum) intervient surtout dans l'entreposage et l'évacuation des selles.

2.2.2- Absorption et sécrétion :

Le côlon absorbe l'eau très efficacement. Dans des conditions physiologiques normales, environ 1,5 l de liquide pénètre chaque jour dans le côlon, mais de 100 à 200 ml seulement sont excrétés dans les selles. La capacité maximale d'absorption du côlon est d'environ 4,5 l par jour, de sorte qu'une diarrhée (augmentation de la quantité de liquide dans les selles) ne surviendra que si le débit iléo-caecal excède la capacité d'absorption ou que la muqueuse colique elle-même sécrète du liquide. La caractéristique fondamentale du transport des électrolytes

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I de Bamako

dans le côlon qui permet cette absorption efficace de l'eau est la capacité de la muqueuse colique de produire un important gradient osmotique entre la lumière intestinale et l'espace intercellulaire plus l'effet de l'aldostérone.

Le gros intestin sécrète du mucus qui facilite le passage des matières fécales.

2.2.3-Digestion et absorption de produits alimentaires non digérés :

La flore bactérienne du gros intestin assure la fermentation de divers glucides indigestibles (cellulose et autres) tout en produisant des acides irritants et un mélange de gaz. Certains de ces gaz (comme le sulfure de diméthyle) sont très odorants. Environ 500 ml de gaz (flatuosités) sont produits chaque jour, et parfois beaucoup plus lorsque les aliments ingérés (comme les haricots) sont riches en glucides. La flore bactérienne synthétise aussi les vitamines du groupe B et la plus grande partie de la vitamine K dont le foie a besoin pour synthétiser certains facteurs de la coagulation.

2.2.4-Motilité du côlon :

Une analyse poussée de la motricité du côlon montre qu'il existe 4 formes de mouvements :

- Le type I, qui est l'équivalent du mouvement pendulaire de l'intestin grêle est sans effet propulseur. Ces mouvements brassent les matières dans le coecum et le côlon proximal.
- Les contractions de type II sont plus espacées et plus énergiques ; elles se propagent de part et d'autre à quelque distance du point où elles prennent naissance ; leur rôle est d'épandre le contenu intestinal sur la muqueuse afin de favoriser la résorption d'eau.

- Le type III consiste en variations lentes du tonus de la musculature, sur lesquelles se greffent les mouvements de types I et II. Ce mouvement a un effet propulseur des matières vers le rectum.
- Le type IV est spécial au gros intestin ; c'est une contraction puissante, en masse, de segments étendus du côlon dont elle exprime le contenu

[15, 16,17].

B- Mécanisme :

L'agent occlusif peut être mécanique ou fonctionnel. Les occlusions fonctionnelles relèvent d'une altération de la motricité intestinale d'origine locale ou générale, de cause réflexe ou inflammatoire, qui aboutit à la paralysie intestinale.

Les occlusions mécaniques, les plus fréquentes au niveau du côlon, peuvent relever soit d'une obstruction de la lumière colique, soit d'une strangulation engendrant une ischémie intestinale [40, 19].

C- Physiopathologie :

Trois éléments sont à prendre en compte dans la physiopathologie de l'occlusion intestinale : la distension intestinale, les troubles de la microcirculation et les altérations des secteurs hydriques de l'organisme.

1- Distension intestinale :

La distension du grêle et du colon représente un des points importants de la physiopathologie de l'occlusion. En effet, le contenu intestinal qui stagne en amont de l'obstacle provoque une dilatation de la lumière intestinale qui progressivement s'accroît, entraînant la poursuite des sécrétions, puis la diminution de la réabsorption liquidienne. L'augmentation de la distension est liée à la présence de gaz, due à la fois à l'ingestion de l'air dégluti et à la fermentation du contenu intestinal

stagnant. Du fait de la tension croissante sur la paroi intestinale, la capacité de réabsorption s'arrête, l'organisme séquestrant d'importantes quantités d'eau, d'électrolytes et de protéines dans le tube digestif.

2- Troubles de la microcirculation :

La persistance de la distension intestinale entraîne un blocage de la microcirculation et donc une hypoxie avec possible nécrose de la muqueuse. La distension intestinale croissante provoque la diminution progressive de la pression partielle d'oxygène de la paroi intestinale, d'où une carence énergétique de cette paroi avec une paralysie de la couche musculaire lisse, aggravant d'autant la distension initiale. L'insuffisance d'apport d'oxygène par distension de la paroi intestinale va produire un œdème pariétal puis des manifestations inflammatoires nécrotiques voire perforatives.

L'intestin altéré par l'hypoxie et la protéolyse intracellulaire va produire un facteur myocardo-dépressif, occasionnant la diminution de la contractilité du muscle myocardique, et provoquer une vasoconstriction dans le territoire splanchnique ce qui accroît l'hypoxie intestinale.

3- Altération des secteurs hydriques de l'organisme :

Dans des conditions physiologiques, le tractus gastro-intestinal produit 5 à 6l de sécrétions digestives par 24 h, 90 % d'entre elles étant réabsorbées. Avec l'arrêt de la réabsorption, se développent d'importantes " pertes " de liquides et d'électrolytes qui stagnent dans la lumière intestinale. L'adulte présentant une grande surface péritonéale, la déperdition liquidienne serait de l'ordre de 4 l pour un œdème du péritoine dont l'épaisseur augmenterait de 2 mm. Une distension ultérieure de l'intestin entraîne également l'augmentation de la pression dans la cavité abdominale avec une diminution de la perfusion de l'artère mésentérique supérieure et de la veine porte ainsi que du débit

cardiaque. Enfin, la distension intestinale occasionne la surélévation du diaphragme avec une limite de la fonction d'expansion pulmonaire. Ces différents mécanismes physiopathologiques aboutissent à une séquestration liquidienne intra-abdominale et à la formation d'un " troisième secteur " liquidien constitué aux dépens de la masse liquidienne circulante. Une hypovolémie relative est donc la conséquence finale de l'occlusion avec l'évolution vers le choc hypovolémique et l'insuffisance rénale fonctionnelle. Concernant l'équilibre acido-basique et électrolytique, il est à souligner qu'il s'agit, surtout dans les cas d'occlusion haute avec vomissements incoercibles, d'une acidose hypokaliémique et hypochlorique. [20]

NB : Dans les strangulations (volvulus d'une anse, invagination...), à l'occlusion de l'intestin s'ajoute celle des minces parois des veines de son méso.

Leur drainage se fait mal ou pas du tout, ce qui empêche le sang artériel de circuler et favorise ischémie et la nécrose intestinale. Le retentissement physiopathologique de cet état ajoutera aux trois facteurs précédents deux autres éléments :

- une aggravation de la chute de la masse sanguine par séquestration de sang dans le territoire veineux étranglé ;
- une menace de péritonite, par exsudation microbienne hors de l'anse étranglée, ou par inondation de liquide intestinal lors d'une perforation par distension ou d'un sphacèle.

Ces facteurs retentissent :

- sur le sang circulant : hypovolémie, hypoprotidémie, hémococoncentration, effondrement des électrolytes, tous facteurs de choc ;

- sur les cellules et les espaces extra-cellulaires. [23]

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I de Bamako

Ces facteurs conduisent à des troubles hydroélectrolytiques et à un état de choc hypovolémique puis à une défaillance poly-viscérale.

Tableau I : Modifications biologiques observées en cas d'occlusion [23].

Analyses	Normal	Stade précoce	Stade tardif
Hématocrite	45%	=ou	
Protides	70 g/l	= ou	
Urée	2,5-7,4mmol/l	= ou	

pH	7,38+/-0,02	↑	↓↓
Na +	140+/-2 mmol/l	= ou ↓	= ou ↓↓
K +	4,3+/-0,5 mmol/l	↓	↑↑
Cl -	100+/-5	↓	↓↓
Co3H-	mmol/l 25-27mmol/l	↑	↓↓
Urée (urines)	250-500	↓	↓↓
	mmol/l		
Na (urines)	130-200	↓	↓↓
K (urines)	50-100	↓	↓↓

1- Les occlusions du grêle :

Du point de vue étiologique, 2 groupes d'occlusions doivent être décrits : celles mécaniques déterminées par un obstacle à la progression du contenu intestinal et les occlusions non organiques ou fonctionnelles, caractérisées par une paralysie intestinale réflexe.

a - Principales étiologies des occlusions mécaniques du grêle :

Il faut distinguer les occlusions par obstruction et celles par strangulation. Dans le premier cas, sont réunies toutes les situations qui ne comportent qu'une souffrance vasculaire tardive de l'intestin, alors que dans le deuxième groupe, la présence de troubles de la circulation

intestinale comporte une évolution plus rapide et péjorative. L'occlusion mécanique touche l'intestin grêle dans 70 à 80 % des cas. Ce segment intestinal étant particulièrement mobile avec de longs pédicules vasculaires, la probabilité d'un iléus mécanique par étranglement est élevée.

- Occlusion mécanique par obstruction :

Une classification étiologique simple rend compte de la position de l'obstacle par rapport à la lumière intestinale ; c'est ainsi que l'on pourra distinguer les causes extraluminales occasionnant une compression extrinsèque, les maladies de la paroi du viscère entraînant un rétrécissement, et les obstructions intraluminales qui empêchent la progression du contenu de l'intestin.

- Occlusion intestinale par strangulation :

Il s'agit d'une occlusion avec participation vasculaire pouvant aboutir à court terme à la nécrose viscérale ce qui la distingue de l'occlusion mécanique par obstruction.

- Occlusions fonctionnelles :

L'occlusion fonctionnelle ou iléus paralytique ne constitue pas en tant que tel une entité nosologique mais représente une réponse paralytique du tractus gastro-intestinal à différentes affections organiques, inflammatoires ou métaboliques. Pour cette raison, une distinction précise entre les différentes causes pathogènes n'est guère possible dans la mesure où plusieurs phénomènes se conjuguent dans le développement d'un iléus paralytique [20].

2- Occlusions du côlon :

Les occlusions coliques peuvent se diviser en occlusions mécanique (soit par obstruction, soit par strangulation) et fonctionnelle, auxquelles on peut associer les pseudo-obstructions tel le syndrome d'Ogilvie.

Les principales étiologies des occlusions coliques sont :

- a- Cancers coliques
- b- Sigmoidites
- c- Volvulus colique
- c- Syndrome d'Ogilvie
- d- Ectasie inflammatoire aigue du colon :

Au cours des maladies inflammatoires (Crohn, Rectocolite ulcéro-hémorragique), le mégacôlon toxique est caractérisé par l'association d'une dilatation aigue de tout ou partie du colon et d'un syndrome septique.

L'abdomen sans préparation montre une distension colique prédominant sur le colon droit et transverse, associée parfois à une distension iléale [18].

E- DIAGNOSTIC POSITIF :

1- Anamnèse :

Premier temps de l'observation, elle permet de préciser les notions de :

- Opérations antérieures
- Signes en faveur d'une affection maligne : perte de poids, modification du type habituel des exonérations
- Prise de médicaments : laxatifs, antidépresseurs, antiparkinsoniens
- Affections métaboliques : diabète, urémie [21].
- « La triade de l'occlusion » : composé de douleurs abdominales, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Il est très souvent incomplet ; dans ce cas un syndrome minimum à base de douleurs abdominales et d'arrêt des gaz devrait suffire à sonner l'alerte.

γ La douleur : à début brutal ou progressif et d'intensité variable, c'est un signe caractéristique qui évolue le plus souvent par crise de colique intermittente dont les paroxysmes douloureux sont séparés par des

phases d'accalmie relative marquées par un fond douloureux permanent. Ces coliques témoignent de la lutte de l'intestin contre l'obstacle.

N.B : parfois faibles (donc trompeuses) chez le vieillard, les crises douloureuses peuvent prendre un aspect d'état de mal douloureux en cas de Strangulation.

γ Vomissements : Classiques mais non caractéristiques, ils sont plus ou moins précoces et abondants, alimentaires, bilieux voire fécaloïdes suivant le siège (haut ou bas) de l'obstacle.

γ Arrêt des gaz : signe le plus constant, il est également le plus important et le plus précoce (premières heures)

γ Arrêt des matières : peut-être précoce ou tardif selon le siège de l'occlusion.

2- Signes généraux :

Selon le mécanisme et le siège de l'obstacle, l'état général est différemment atteint. Tantôt parfaitement conservé, il peut être doublement atteint sur les plans anatomique (distension et menace de sphacèle intestinal) et biologique (déséquilibre hydroélectrolytique dû en particulier aux vomissements et au 3^e secteur). Ici, l'évaluation de l'état général repose donc sur l'appréciation :

-du faciès

-des signes de déshydratation : soif, pli cutané, poids, tension artérielle, pouls, diurèse.

-des signes de choc (toxi-infectieux)

3- Signes physiques :

A l'inspection : On note :

-le ballonnement abdominal avec météorisme et précise son caractère : généralisé ou localisé. Il est médian et diffus (voussure épigastrique) dans les occlusions du grêle, en cadre dans celles par atteinte du

sigmoïde et partiel et asymétrique en cas de volvulus du colon. En cas d'occlusion haute du grêle le météorisme est absent.

-l'existence éventuelle de mouvements péristaltiques de l'intestin évoluant par reptation sous la paroi abdominale de manière spontanée ou provoquée par une chiquenaude. Ces mouvements traduisent la lutte contre l'obstacle en cas d'obstruction et renseignent sur la vitalité de l'anse. A contrario, on peut noter une inertie de l'intestin dilaté fréquemment en cas de strangulation faisant évoquer une probable nécrose.

-l'existence d'une éventuelle cicatrice de laparotomie abdominale.

A la palpation :

Elle note une résistance élastique de la paroi, parfois un durcissement intermittent correspondant à une vague de distension de l'intestin d'amont.

Elle contrôle l'absence de contracture pariétale (dans certains cas il peut exister une défense)

Elle trouve parfois un point douloureux fixe de bonne valeur localisatrice.

Elle vérifie les orifices herniaires à la recherche d'une hernie étranglée.

A la percussion :

Elle met en évidence un tympanisme, généralisé ou localisé, parfois aussi une matité traduisant soit des anses pleines de liquide, soit un épanchement péritonéal associé.

A l'auscultation :

L'auscultation de l'abdomen peut percevoir des bruits hydroaériques (borborygmes) traduisant la lutte contre un obstacle et la vitalité de l'anse ou au contraire un silence anormal dit « sépulcral » signant un iléus paralytique, voire des tintements métalliques en cas d'iléus mécanique. Ce silence traduit une souffrance ou la nécrose de l'anse.

Les touchers pelviens :

-le toucher rectal vérifie la liberté ou non du cul de sac de Douglas ;
la vacuité ou non de l'ampoule rectale ainsi que l'existence ou non d'une
tumeur obstruant ou comprimant l'intestin.

-Chez la femme le toucher vaginal vérifie l'état de l'appareil
urogénital.

4- Examens paracliniques :

a- radiologie :

C'est un temps essentiel, susceptible d'affirmer ou de redresser le
diagnostic clinique, de préciser le siège et le mécanisme de l'occlusion
[23].

Elle comporte :

- **La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) :**

C'est la radiographie de l'abdomen sans préparation pratiquée de face et
debout, centrée sur les coupes, qui est l'examen essentiel. Lorsque le
patient est âgé ou ne peut se tenir debout, l'abdomen sans préparation
de face et en décubitus latéral permet également de voir les niveaux
hydro-aériques, image radiologique qui confirmera le diagnostic
d'occlusion. Elle traduit la présence de liquide surmonté par l'air en
position debout. Il s'agit d'une opacité liquidienne surmontée d'une
clarté (figures 3,4,5,6).

-Dans les occlusions du grêle :

Les niveaux sont plus larges que hauts, habituellement nombreux et
centraux (figure 3). Il faudra rechercher attentivement des signes de
perforation intestinale (présence d'un pneumopéritoine) en particulier
dans les occlusions par strangulation (signe en fait rarement retrouvé) et
des signes pathognomoniques de certaines affections ; l'iléus biliaire est
ainsi responsable d'une aérobilie visible sur le cliché d'abdomen sans

Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des occlusions intestinales aiguës au
CS Réf CI de Bamako

préparation et d'une image de calcul [20].

* *Quelques images d'occlusion intestinale aiguë :*

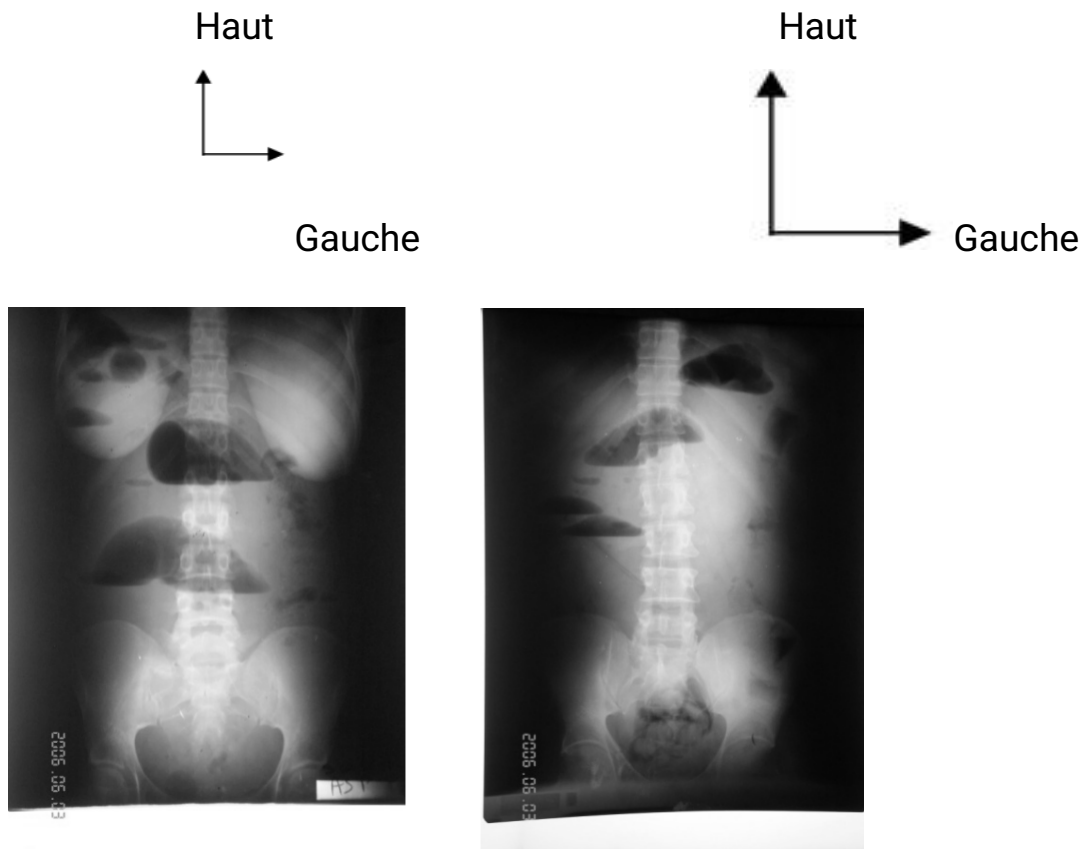


FIGURE 3

FIGURE 4

Radiographies de l'abdomen sans préparation debout de face.

- Dans les occlusions du côlon :

L'abdomen sans préparation (cliché : face, debout) objective des niveaux hydro-aériques, peu nombreux, plus hauts que larges, en cadre et périphériques (figure 4,6). Il permet également la mesure du diamètre caecal, témoin important de la distension colique, surtout si la valvule de Bauhin semble continente. Il faudra également rechercher un pneumopéritoine, témoin d'une perforation tumorale diastasique (2 à 5 % des cas) [17].

** Quelques images d'occlusion intestinale aigue*

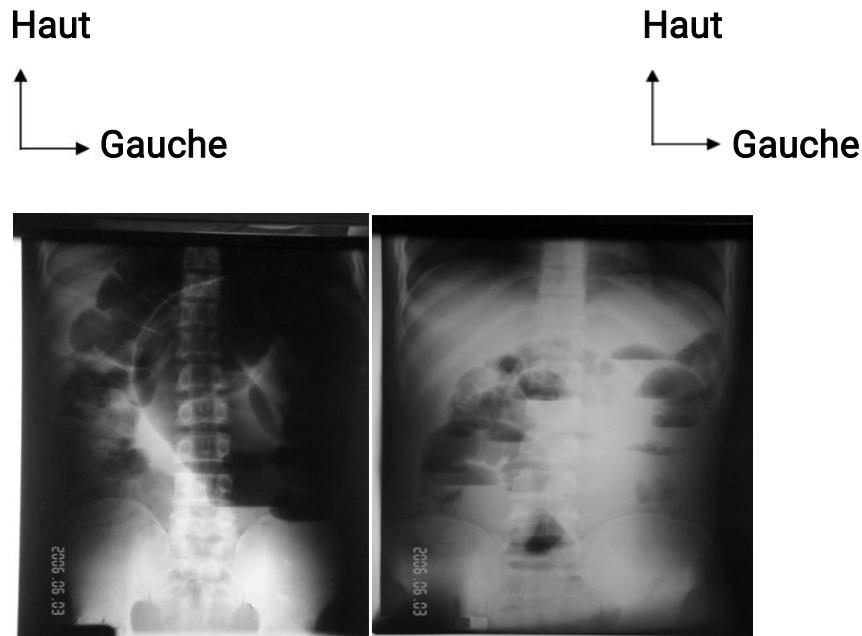


FIGURE 5

FIGURE 6

Radiographies de l'abdomen sans préparation debout de face

- Dans les occlusions fonctionnelles :

Le diagnostic d'iléus paralytique est radiologique. Il se caractérise par une forte prédominance des images gazeuses par rapport aux images hydro-aériques, par le caractère modéré de la dilatation intestinale, et surtout par le caractère global de l'occlusion qui intéresse, sans niveau de changement de calibre, le grêle en totalité et le colon [19].

- **Tomodensitométrie :**

L'examen tomodensitométrique fait en urgence complète de manière utile les données de l'abdomen sans préparation. Cet examen doit être sensibilisé par l'injection intra veineuse de produits iodés qui rehaussent les contrastes, en l'absence d'antécédents allergiques.

Il permet :

- De confirmer l'occlusion en retrouvant les images de niveau x hydro-aériques vues à l'abdomen sans préparation ;
- D'apprécier sa gravité en visualisant un pneumopéritoine avec une sensibilité nettement supérieure à celle de l'abdomen sans préparation en mettant en évidence un épaissement des parois du grêle et un épanchement intra-abdominal ;
- De localiser le niveau de l'occlusion sur le grêle ou sur le côlon ;
- De suspecter l'étiologie en visualisant une cause extra luminale telle qu'une tumeur, une cause pariétale, une tumeur bénigne ou maligne du grêle ou encore intraluminale tel un calcul biliaire.

- **Autres radiographies :**

Les autres radiographies sont fonction du contexte étiologique ; il s'agit essentiellement :

- du lavement baryté,
- de la colonoscopie,
- d'une échographie abdominale,
- d'une artériographie mésentérique,
- l'opacification colique rétrograde aux hydrosolubles.

- **Examens biologiques :**

Les examens faits en urgence (numération globulaire avec formule sanguine, ionogramme sanguin avec urémie, créatininémie, amylasémie, crase sanguine) sont utiles pour apprécier le retentissement général de l'occlusion et peuvent être nécessaires à l'anesthésiste si une intervention chirurgicale doit être décidée [20].

F- Formes cliniques :

1-En fonction du siège : On distingue les occlusions du grêle et celles du côlon (tableau II).

Tableau II : Diagnostic du niveau de l'occlusion.

Signes	Grêle	Côlon
Douleur	Intense	Moins importante
Vomissements	Précoces	Tardifs
Arrêt du transit	Tardif (au début : faux transit par vidange du segment distal)	Précoce
Etat général	Déshydratation rapide	Conservé au début
Météorisme	Central	Périphérique en cadre
Douleur provoquée	En cas de souffrance de l'anse	Idem
Les niveaux sur l'A.S.P.	Niveaux plus larges que hauts, centraux, absence d'air dans le colon Haustrations allant d'un bord à l'autre des anses	Niveaux plus hauts que larges, air dans le côlon en amont de l'obstacle Haustrations ne rejoignant pas les 2 bords
Lavement baryté		

2- En fonction du mécanisme :

Il faut distinguer les occlusions mécaniques, qui forment 2 groupes (par strangulation et par obstruction), et les occlusions fonctionnelles (tableau III).

Tableau III : Diagnostic du mécanisme de l'occlusion.

Signes	Strangulation	Obstruction
D o u l e u r	Intense et constante	Moins importante, paroxystique
Déshydratation	Rapide	Plus tardive
Météorisme	Peu visible, parfois anse palpable	Visible avec ondulations péristaltiques
Douleur provoquée	Constante, souffrance de l'anse	Rare
Bruits hydro- aérique	Absents	Abondants
Les niveaux sur l'A .S.P	Niveau liquide parfois unique	Niveaux liquides nombreux

- Occlusions fonctionnelles :

Elles peuvent être dues à une atonie intestinale ou à un iléus réflexe au

cours de nombreuses affections médicales ou chirurgicales. Dans le cas d'une atonie intestinale pure, les douleurs sont modérées voire absentes et c'est surtout le météorisme important qui inquiète le patient. Il y a rarement des signes de souffrance intestinale (sauf au niveau du coecum s'il est trop dilaté) et les bruits hydro-aériques sont diminués voire absents. Sur l'abdomen sans préparation, la distension gazeuse atteint le plus souvent le grêle et le colon de façon globale.

Quant aux occlusions inflammatoires qui ont une participation fonctionnelle liée à un foyer infectieux et une cause mécanique, elles rajoutent au syndrome occlusif un tableau infectieux comme en attestant la fièvre et l'hyperleucocytose à polynucléaires : qu'elles s'observent au cours d'un abcès appendiculaire, vésiculaire ou gynécologique, voire d'une péritonite ou d'une pancréatite aiguë [20].

G- Principes de traitement :

Les données de la physiopathologie expliquent les principes thérapeutiques. Si le traitement médical permet une équilibration hydro-électrolytique et une décompression intestinale, le traitement chirurgical vise à supprimer l'obstacle et à pratiquer l'exérèse des segments intestinaux dévitalisés ou ceux responsables de l'occlusion.

1- Traitement médical :

Il est débuté rapidement tout en sachant qu'il ne doit en aucune manière retarder l'acte chirurgical.

1.1-Antalgiques antispasmodiques :

La douleur peut aggraver le choc. Toutefois, l'emploi d'antalgiques du tableau B est à proscrire. Il convient de prescrire des antispasmodiques par voie intraveineuse ou intramusculaire. Ces médicaments soulagent le patient et ne masquent pas la symptomatologie clinique.

- Rééquilibration hydroélectrolytique et hémodynamique :

Elle constitue l'élément essentiel du traitement médical s'agissant de corriger la séquestration liquidienne dans le tube digestif (" troisième secteur "). Ce traitement peut être suffisant dans les occlusions sur adhérences, vues précocement et sans signe de souffrance intestinale. Cette rééquilibration se base sur des éléments cliniques : durée d'évolution de l'occlusion, intensité de la déshydratation (soif, pli cutané, débit et densité urinaires, retentissement circulatoire, pression artérielle, fréquence cardiaque) et sur des éléments biologiques (ionogramme). La mise en place d'une sonde urinaire à demeure est utile pour contrôler le débit urinaire. La pose d'un cathéter veineux central peut être indiquée ce qui permet de mesurer la pression veineuse centrale. Dans les occlusions sévères avec hypovolémie marquée, un apport de grosses molécules visant à augmenter la pression oncotique est nécessaire.

- Aspiration digestive :

Elle lutte contre la distension intestinale et diminue de ce fait la stase veineuse qui aggrave d'autant la souffrance de l'intestin occlus. Les modèles de sonde sont nombreux ; la sonde est habituellement positionnée dans l'estomac bien que certaines, plus longues et lestées, permettent une aspiration intestinale plus proche de l'obstacle ; elles sont en pratique peu employées. L'aspiration du liquide intestinal et gastrique supprime les vomissements, quantifie la spoliation et précise les prescriptions hydroélectrolytiques.

- Antibiothérapie :

L'administration d'antibiotiques peut retarder l'heure de la chirurgie ; elle doit être évitée avant d'avoir affirmé le diagnostic. Par contre, l'antibiothérapie per-opératoire (débutée à l'induction anesthésique) diminue les complications septiques.

2.2- Traitement chirurgical :

-Traitement chirurgical de l'occlusion du grêle :

Le traitement chirurgical dépend de la localisation de l'occlusion, l'étiologie exacte ne pouvant pas toujours être précisée en préopératoire. Il s'efforce de déterminer la cause de l'occlusion, de la traiter et d'apprécier la vitalité de l'anse.

. Recherche de la cause :

L'origine de l'occlusion est habituellement affirmée par la laparotomie. Actuellement, la laparoscopie peut être utile au diagnostic ainsi qu'au traitement. Toutefois et en présence d'une forte distension intestinale, afin d'éviter le risque de perforation inhérent à l'introduction du trocart, la laparoscopie est introduite dans la cavité abdominale sous contrôle de la vue.

. Traitement de la cause : Il dépend de l'origine de l'occlusion.

. Brides et adhérences :

Les occlusions mécaniques du grêle sont essentiellement causées par les brides et adhérences postopératoires. Ces brides sont sectionnées et les adhérences libérées (adhésiolyse).

Le traitement de certaines causes plus rares se fait comme suit :

. L'iléus biliaire :

Il est traité par une entérostomie avec extraction du calcul. La recherche d'un autre calcul dans le grêle est systématique. Habituellement et compte tenu du terrain souvent précaire de ces malades, la fistule cholécysto-duodénale est volontairement ignorée ; une récurrence de l'iléus est observée dans moins de 5 % des cas ;

. Les tumeurs du grêle :

Sont révélées dans 50 % des cas par une occlusion dont le traitement consiste en une entérectomie emportant un large éventail de mésentère ; l'anastomose est habituellement réalisée d'emblée sans entérostomie de

protection.

. Les corps étrangers :

Représentent une cause rare d'occlusion du grêle. Une entérostomie d'extraction peut être nécessaire pour certains d'entre eux (amas de végétaux, phytobézoard ou objets avalés par des détenus ou des malades psychiatriques).

. Les hématomes intra muraux du grêle :

Habituellement secondaires à un surdosage de traitement anticoagulant, sont peu fréquents et ne nécessitent qu'exceptionnellement une résection intestinale ; les lésions sont d'ordinaire spontanément régressives en 3 semaines.

- Appréciation de la vitalité du grêle :

Après avoir précisé et traité la cause de l'occlusion, il convient d'apprécier la vitalité du grêle. En effet, tout segment de grêle dévitalisé nécessite une résection intestinale avec habituellement une anastomose immédiate.

- Vidange du grêle :

La décompression du grêle par la sonde gastrique est souvent insuffisante et une vidange rétrograde peut utilement la compléter.

- Indication :

Le traitement des occlusions du grêle est initialement médical. Il permet de lever l'occlusion, d'en compléter le bilan étiologique et de permettre le cas échéant d'opérer en chirurgie réglée. Mais les occlusions du grêle avec des signes de souffrance intestinale nécessitent une intervention chirurgicale d'urgence visant à apprécier la vitalité intestinale. Dans ces cas, une exploration chirurgicale s'impose ; rappelons à ce propos l'intérêt de la laparoscopie qui permet de préciser l'étiologie de l'occlusion et, en cas d'une occlusion sur bride, de faire l'entérocyte

[18,20].

-Traitement chirurgical des occlusions coliques :

En l'absence de signes de gravité (syndrome septique, signes péritonéaux, volvulus) il est licite de tenter le traitement non opératoire pendant 24 à 72 heures. Mais lorsque le diamètre cæcal est mesuré à 12 cm au moins sur l'abdomen sans préparation, l'intervention s'impose en urgence du fait du risque de perforation diastasique. Les indications opératoires tiennent compte de l'étiologie de l'occlusion.

-Occlusion par cancer colique gauche :

Selon le terrain, la vitalité cæcale et l'expérience du chirurgien, on réalise :

- Une simple colostomie latérale d'amont, la résection colique avec rétablissement de la continuité étant effectuées dans un deuxième temps ;

-une résection première avec colostomie terminale temporaire (opération de Hartmann ou une colostomie en double canon (Bouilly Volkman) et rétablissement secondaire de la continuité ;

-une colectomie gauche avec anastomose colo- rectale, protégée éventuellement par une colostomie latérale d'amont. Le lavage colique per-opératoire permet actuellement d'éviter le plus souvent la colostomie de protection

- Une colectomie totale ou subtotale avec rétablissement immédiat de la continuité.

. Occlusion par cancer colique droit :

L'intervention la plus souvent réalisée est l'hémi colectomie droite avec anastomose iléo transverse.

. Occlusion par sigmoïdite :

Hormis les cas où la sténose colique est associée à l'échec du

traitement médical d'une poussée de sigmoïdite suppurée, la décision opératoire pour sténose est rarement prise en urgence. Le choix du traitement est fonction des conditions locales, c'est-à-dire de l'importance des lésions inflammatoires et (ou) suppurées. Le plus souvent, il est pratiqué une résection sigmoïdienne emportant la charnière recto-sigmoïdienne avec anastomose colorectale en un temps. Lorsque les conditions locales le justifient (abcès) on peut protéger cette anastomose par une colostomie latérale d'amont, cette dernière étant refermée deux mois plus tard. Certaines sigmoïdites abcédées nécessitent la réalisation d'une résection sigmoïdienne avec colostomie terminale et fermeture du moignon rectal (opération de Hartmann)

. Occlusion par volvulus colique :

-volvulus du côlon pelvien :

Le traitement varie selon l'état général du patient et l'état de l'anse volvulée. La détorsion de l'anse est capitale, pouvant être obtenue par endoscopie. L'endoscopie permet d'apprécier la vitalité du pied de l'anse détordue. En l'absence de signe de nécrose et d'échec de la détorsion, une résection sigmoïdienne avec rétablissement de la continuité peut être réalisée quelques jours plus tard, après préparation du côlon, si l'état général du patient le permet. Si ces deux conditions ne sont pas remplies, la chirurgie est faite en urgence : détorsion, puis intervention de Hartmann ou résection avec abouchement des 2 extrémités coliques à la peau, en double stomie (opération de Bouilly-Volkman) ou résection sigmoïdienne avec anastomose colo-rectale protégée ou non par une colostomie.

-volvulus du côlon droit : La détorsion par endoscopie et (ou) lavement hydrosoluble est souvent très difficile à obtenir. L'hémi colectomie droite avec anastomose iléo-transverse est l'intervention le plus souvent

pratiquée.

- Syndrome d'Ogilvie :

L'exploration par coloscopie est le traitement de base, au besoin répétée en cas de récurrence pour éviter la perforation diastaltique du côlon droit. La chirurgie n'intervient qu'en présence de complications (nécrose ou perforation caecale) [18].

3- Traitement instrumental :

Il est exceptionnellement indiqué. Il s'agit par exemple d'une intubation recto-colique en cas de volvulus du côlon sigmoïde, d'un lavement désinvaginant en cas d'invagination intestinale aiguë du nourrisson, de coloscopies itératives de décompression dans le syndrome d'Ogilvie pour éviter la perforation diastaltique du caecum [19].

H- Complications :

1- Evolution naturelle :

Les facteurs qui menacent la vie au cours d'une occlusion intestinale aiguë sont :

- Le choc hypovolémique et ses conséquences.
- La perforation intestinale.
- Les hémorragies digestives (stress ou syndrome de Mallory-Weiss).
- Les pneumopathies par inhalation de vomissements (Mendelson).

Il existe de plus un risque local, celui de nécrose ou de perforation intestinale résultant d'ulcérations mécaniques (iléus biliaire) ou d'une ischémie pariétale, soit sur l'obstacle (bride, étranglement, volvulus) soit en amont de l'obstacle (perforation diastaltique due à la distension gazeuse).

2- complications post-opératoires :

Les complications précoces à craindre sont :

- L'absence de reprise de transit (par occlusion fonctionnelle ou

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

mécanique ou par iléus postopératoire prolongé)

- Une péritonite par fistule ou par lâchage des fils de suture
- Abscesses intrapéritonéaux
- Cholécystite
- L'éviscération
- Les phlébites et la défaillance cardio-respiratoire
- La mort

Les complications tardives sont essentiellement les éviscération et les occlusions intestinales aiguës secondaires (récidives) [22].

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective. Elle s'est déroulée sur une période de 05 ans ; allant du 1er janvier 2015 au 31 Décembre 2019.

2. Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CS Réf CI du district de Bamako.

2.1. Situation géographique :

Le CS Réf CI est situé à Korofina Nord rue 439 près du terrain de football et de la mairie.

Dans l'enceinte de l'établissement, le service de chirurgie générale est divisé en deux blocs :

- Les bureaux des chirurgiens et du major, la salle de soins, les salles d'hospitalisation situées dans le bloc d'hospitalisation au sud-est du centre.
- La petite chirurgie à l'entrée du centre au sud.

2.2. Les locaux :

Le service de chirurgie générale dispose d'une salle d'hospitalisation d'une capacité totale de 8 lits, de 4 bureaux (3 pour les chirurgiens et 1 pour le major), d'une salle de garde (pour les internes et pour les infirmiers), d'une salle de permanence (petite chirurgie), et d'un bloc opératoire. Le bloc opératoire situé au côté nord du centre en face du service de gynécologie et comprend deux salles d'opération (nommées salle septique et salle aseptique), une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil ou d'attente et deux bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CS Réf excepté la chirurgie ORL et d'Odontostomatologie.

2.3. Le personnel :

- Le personnel permanent est composé de : 3 chirurgiens, un assistant médical IBODE major du bloc ,1 technicien supérieur en santé, 5 techniciens de santé, 2 aides-soignantes, 3 techniciens de surface ou manoeuvres.
- Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards, des étudiants et des infirmiers stagiaires.

2.4. Les activités :

Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions d'urgences et les hospitalisations. Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes. Les staffs se tiennent les vendredis. Les thésards sont répartis de telle sorte qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et la salle d'hospitalisation.

3. Population d'étude :

➤ Critères d'inclusion :

Tout patient admis ; opéré et suivi dans le service de chirurgie générale du C.S. Réf CI du district de Bamako pour occlusion intestinale aiguë.

➤ Critères de non-inclusion :

N'ont pas été retenus dans cette étude :

- ❖ Patients opérés pour OIA chez qui le diagnostic per opératoire d'occlusion n'a pas été retenu.
- ❖ Occlusions fonctionnelles.
- ❖ Dossiers incomplets.
- ❖ Les autres abdomens aigus

➤ **Echantillonnage :**

Nous avons recensé 71 dossiers durant notre période d'étude qui répondaient au critère d'inclusion.

4. Méthode :

Tous les malades à l'admission, ont bénéficié d'un examen clinique complet. Au terme de cet examen, ceux dont le diagnostic d'occlusion était évident (les étranglements herniaires par exemple) ont été exempts d'examen radiologique.

Par ailleurs, certains examens complémentaires tels que : l'A.S.P et l'échographie abdominale ont été demandés chez d'autres pour étayer le diagnostic d'occlusion.

Tous les malades ont bénéficié d'une réanimation de courte durée en pré et postopératoire.

Les interventions chirurgicales ont été effectuées par un chirurgien généraliste qui décide de la technique opératoire.

Dans les suites opératoires :

- Les complications ont été recherchées au lit du malade pendant la période d'hospitalisation ;
- La surveillance des paramètres : TA, pouls, FR, T°, diurèse NFS, ionogramme sanguin complet ;
- A la sortie, c'étaient les visites post-opératoires ordinaires.

➤ **Variables :**

Nous avons étudié les variables suivantes :

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I de Bamako

- o Variables sociodémographiques : âge, sexe, profession, résidence,
- o Examen clinique : signes généraux, signes fonctionnels, signes physiques
- o Examens complémentaires : A.S.P, échographie, anatomo-pathologie, bilan biologique.

➤ **Support :**

Les supports utilisés étaient : les dossiers médicaux des malades, les registres d'hospitalisation, les registres consignants les comptes rendus opératoires, les fiches d'enquêtes individuelles, les registres de consultations externes et le protocole d'anesthésie.

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 22, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « WORD » version 2016. La comparaison des paramètres a été faite en utilisant le test statistique Chi2 avec P significatif < 0,05.

2.8. Ethique :

Le consentement libre et éclairé des patients a été obtenu.

RESULTATS

V. RESULTATS

1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

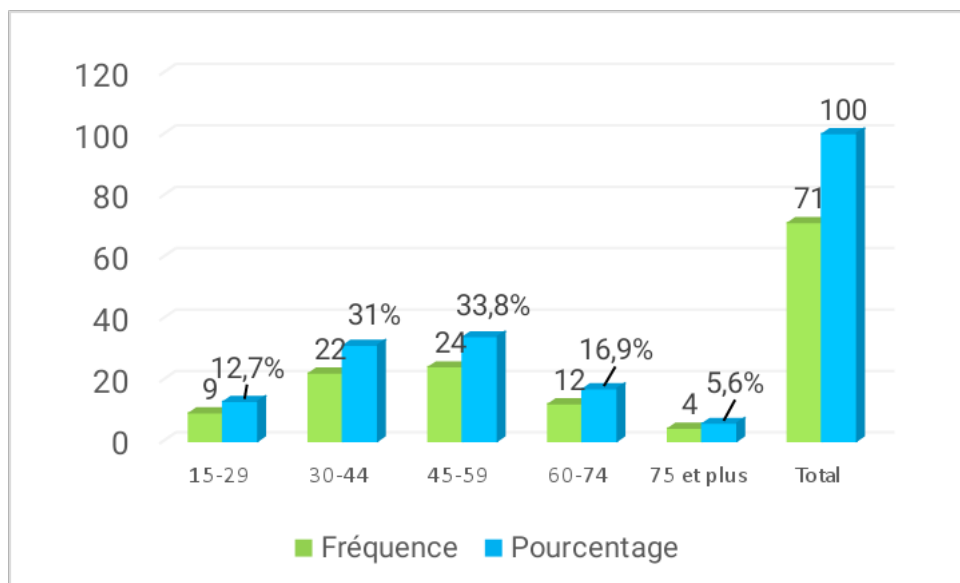
Il s'agissait d'une étude rétrospective au cours de laquelle nous avons effectué :

- 6512 consultations chirurgicales parmi lesquelles les OIA représentaient **1,09%** ;
- 1070 hospitalisations soit **6,63%** des cas d'occlusion ;
- 1240 interventions chirurgicales soit **5,72%** d'occlusion ;
- 71 interventions pour occlusion intestinale aiguë.

2. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

a. Age :

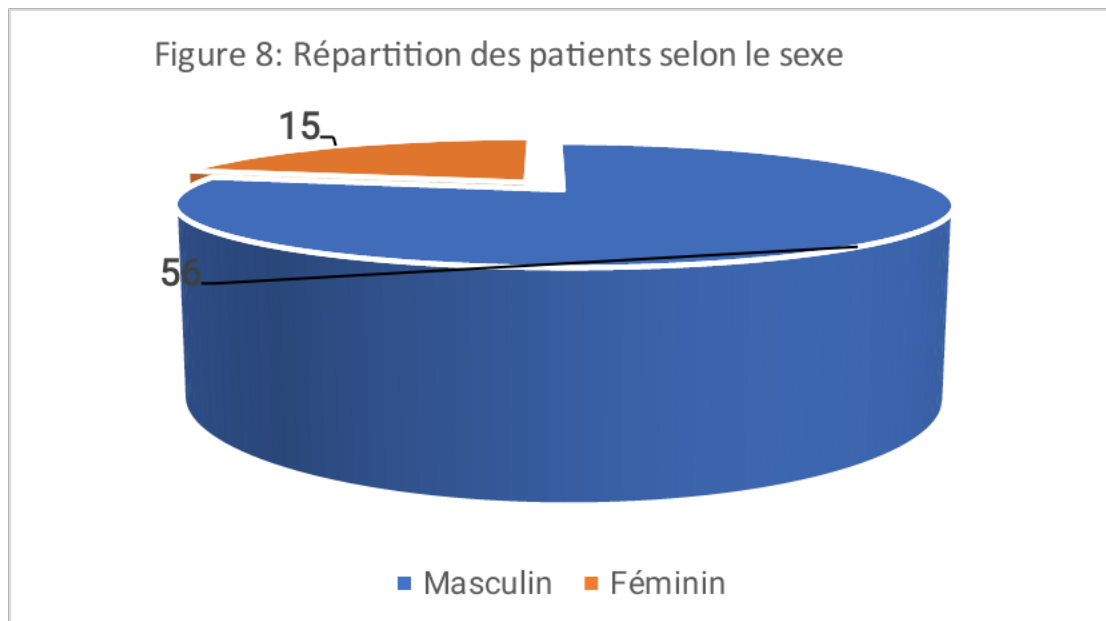
Figure 7 : Répartition des patients selon l'âge



La tranche d'âge de **45- 59 ans** était la plus représentée soit **33,8%**.

L'âge moyen était de **47,72 ans** avec des extrêmes de **15 ans et 78 ans** et un écart type de **16,07**.

b. Sexe :



Le sex-ratio était de **3,38** en faveur du sexe masculin.

c. Ethnie :

Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Pourcentage	Effectif
Bambara	23	32,4
Soninké	9	12,7
Peulh	12	16,9
Dogon	6	8,4
Sénoufo	2	2,8
Malinké	9	12,7
Bobo	1	1,4
Mianka	1	1,4
Maure	1	1,4
Bozo	1	1,4
Autres	6	8,5
Total	71	100

Le Bambara était le plus représenté soit **32,4%** des cas.

d. Profession :

Tableau V : Répartition des patients selon la profession

Profession		Effectif
Pourcentage		
Fonctionnaire	5	7
Ouvrier	17	24
Cultivateur		10
14,1		
Commerçant		12
16,9		
Ménagère		6
8,5		
Scolaire		16
22,5		
Autres	5	7
Total		71
100		

Les ouvriers étaient majoritaires soit **24%** des cas.

e. Provenance :

Tableau VI : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif
Pourcentage	
Commune I	42
59,2	

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I de Bamako

Commune II	6	8,5
Commune III	1	1,4
Commune IV	1	1,4
Commune V	1	1,4
Commune VI	5	7
Autres		15
21,1		
Total		71
100		

La majorité de nos patients résidait dans la commune I soit **59,2%**.

A. OCCLUSION DU GRELE :

Nous avons recensé **56** cas d'occlusions du grêle parmi les 71 cas d'occlusions intestinales aiguës soit **78,9%**.

- o **Durée d'évolution de la maladie avant l'admission :**

La durée moyenne d'évolution de la maladie était entre **0** et **6 h** soit **75%**.

- o **Antécédents médicaux :**

92,9% des patients étaient sans antécédents médicaux.

- o **Antécédents chirurgicaux :**

La cicatrice de laparotomie a été retrouvée chez 16 patients soit **28,6%**.

- o **Motif de consultation :**

Les principaux motifs de consultation ont été la douleur abdominale **100%** ; vomissement **75,7%** ; arrêt des matières et des gaz **58,3%**.

1. SIGNES FONCTIONNELS :

1.1. Douleur :

La douleur a été retrouvée chez tous nos patients.

1.2. Vomissements :

Les vomissements étaient post prandiaux précoces dans 17,9% des cas.

1.3. Arrêt des matières et des gaz :

La durée moyenne d'arrêt des matières et des gaz a été de plus de 72h
soit 5,4%

2. SIGNES GENERAUX :

98,2% des patients ont été classés OMS 1

3. SIGNES PHYSIQUES :

3.1. Inspection :

Le météorisme abdominal était de 26,8%.

3.2. Palpation : Répartition des patients atteints d'occlusion du grêle selon la palpation

Etat de l'abdomen	Effectif	Pourcentage
Contracture	10	17,9
Défense	20	35,7
Souple	26	46,4
Total	56	100

La défense et la contracture abdominale ont été les signes les plus retrouvés soit respectivement 35,7% et 17,9%.

3.3. Percussion :

Le tympanisme a été observé chez 12,5% des cas.

3.4. Auscultation :

Les borborygmes étaient présents dans 12,7%.

4. Toucher rectal :

Le toucher était non douloureux dans 15,5%.

5. DIAGNOSTIC :

Tableau VII : Répartition des patients atteint d'occlusion du grêle selon le

mécanisme d'occlusion

Mécanisme		Effectif
Pourcentage		
Strangulation	42	75
Obstruction	14	25
Total	56	100

Le mécanisme par strangulation représentait 75% de nos patients atteint d'occlusion du grêle.

Tableau VIII : Répartition des patients atteint d'occlusion du grêle selon le diagnostic opératoire

Diagnostic opératoire		Effectif
Pourcentage		
OIA/Bride et ou Adhérence	14	25
OIA/Volvulus du grêle	2	3,6
Hernie étranglée	39	69,6
Invagination intestinale aigüe		1
1,8		
Total	56	100

69,6% des patients atteints d'occlusions du grêle ont été opérés pour hernie étranglée.

6. TRATEMENT :

Tableau IX : Répartition des patients atteints d'occlusions du grêle selon la voie d'abord chirurgicale

Voie d'abord chirurgicale		Effectif
Pourcentage		
Inguinale		25

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

44,6	
Médiane sous ombilicale	12
21,4	
Médiane sus et sous ombilicale	19
33,9	
Total	56
100	

La voie inguinale a été la plus pratiquée soit **44,6%**.

Tableau X : Répartition des patients atteints d'occlusion du grêle selon l'état des anses

Etat des anses		Effectif
Pourcentage		
Saine	54	96,4
Inflammatoire	2	3,6
Total	56	100

96,4% des patients atteints d'occlusion du grêle avaient des anses saines.

Tableau XI : Répartition des patients atteints d'occlusion du grêle selon le geste thérapeutique

Geste	Effectif	Pourcentage
Adhésiolyse	14	25
Résection+ anastomose		2
		3,6
Cure herniaire	39	69,6
Désinvagination de l'anse		1
		1,8

Total	56
100	

La cure herniaire représentait **69,6%** des patients atteints d'occlusion du grêle.

7. EVOLUTION/COMPLICATION :

- Les suites opératoires immédiates étaient simples dans **98,6%**.
- La durée moyenne d'hospitalisation a été de 1,18 jour soit **73,2%** avec des extrêmes de 1 à 4 jours.

8. PRONOSTIC :

➤ Mortalité :

Aucun décès n'a été enregistré au cours de notre étude concernant les patients atteints d'occlusion du grêle.

B. OCCLUSION DU COLON :

o La durée d'évolution de la maladie avant l'admission :

60% de nos malades atteints d'occlusion du côlon ont été reçus entre 2 et 3 d'évolution de la maladie.

o Antécédents médicaux :

66,7% des cas d'occlusion du côlon étaient sans antécédents médicaux particuliers.

o Antécédents chirurgicaux :

40% des patients avaient la cicatrice de laparotomie.

o Motifs de consultation :

La douleur abdominale représentait **100%** ; les vomissements **24,3%** ; l'arrêt des matières et des gaz : **41,7%**.

1. SIGNES FONCTIONNELS :

1.1. Douleur :

La douleur était présente chez tous les patients.

1.2. Vomissements :

Les vomissements étaient post prandiaux tardifs dans **53,3%** des cas

1.3. Arrêt des matières et des gaz :

La durée moyenne de l'arrêt des matières et des gaz a été observé entre **48 et 72 heures** soit **46,7%**.

2. SIGNES GENERAUX :

86,7% de nos malades atteints d'occlusion du côlon avait un bon état général, classé OMS1.

3. SIGNES PHYSIQUES :

3.1. Inspection :

Le météorisme abdominal était présent chez 9 patients soit **60%**.

3.2. Palpation :

La défense et la contracture abdominale ont été les signes les plus retrouvés soit respectivement **33,3%** et **60%**.

3.3. Percussion :

Le tympanisme a été retrouvé chez **93,3%** des patients atteints d'occlusion du côlon.

3.4. Auscultation :

Le silence intestinal était présent à **73,3%** des cas.

3.5. Toucher rectal :

Le toucher rectal était douloureux dans **40%** des cas.

4. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

La radiographie de l'ASP a été réalisée dans **15,5%** des cas.

5. DIAGNOSTIC :

Tableau XII : Répartition des patients atteints d'occlusion du côlon selon le mécanisme d'occlusion

Mécanisme d'occlusion	Effectif
Pourcentage	

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I de Bamako

Strangulation	9	60
Obstruction	6	40
Total	15	100

Le mécanisme par strangulation représentait 60% des patients atteints d'occlusion du côlon.

Tableau VIII : Répartition des patients atteints d'occlusion colique selon le diagnostic opératoire

Diagnostic opératoire		Effectif
Pourcentage		
OIA/Bride et ou Adhérence		1
	6,7	
OIA/Volvulus du sigmoïde	9	60
Tumeur colique	3	20
Tumeur de la jonction recto-anale		2
	13,3	
Total	15	100

Les occlusions par volvulus du sigmoïde étaient la plus fréquente soit 60%.

6. TRAITEMENT :

Tableau XIV : Répartition des patients atteints d'occlusion du côlon selon la voie d'abord chirurgicale

Voie d'abord chirurgicale		Effectif
Pourcentage		
Médiane sous ombilicale		4
	26,7	
Médiane sous/sus ombilicale		11

73,3

Total	15	100
-------	----	-----

La voie sous/sus ombilicale a été la plus abordée soit **73,3%** des cas.

Tableau XV : Répartition des patients atteints d'occlusion du côlon selon l'état des anses

Etat des anses		Effectif
Pourcentage		
Saine	4	26,7
Inflammatoire		2
		13,3
Nécrosée	9	60
Total	15	100

60% des patients atteints d'occlusion colique avaient des anses nécrosées.

Tableau XVI : Répartition des patients atteints d'occlusion colique selon le geste thérapeutique

Geste		Effectif
Pourcentage		
Adhésiolyse	1	6,7
Résection + Anastomose		10
		66,7
Résection + Stomie	2	13,3
Dévolvulation	2	13,3
Total	15	100

Le geste Résection + Anastomose a été la plus pratiquée soit **66,7%**. Ceci pourrait être expliqué par le fait que la plupart de nos patients avaient un bon

état général.

7. EVOLUTION/COMPLICATION :

7.1. Suites opératoires immédiates :

Les suites opératoires immédiates étaient simples à **98,6%**.

7.2. Durée moyenne d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation a été de **4,1 jours** soit **66,7%** avec de 4 et 8 jours.

7.3. Reprise du transit :

Tableau XVII : Répartition des patients atteint d'occlusion du côlon selon la reprise du transit

Reprise du transit Pourcentage	Effectif
J2 46,7	7
J3 33,3	5
J4 et plus 20	3
Total 100	15

Le transit était repris à J2 soit **46,7%** des cas.

8. PRONOSTIC :

❖ Mortalité :

Le taux de mortalité était de **1,4%**.

C. OCCLUSION DU GRELE ET DU COLON : Etudes des cas généraux

a Durée d'évolution de la maladie :

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la durée moyenne

d'évolution de la maladie avant l'admission

Durée moyenne d'évolution de la Pourcentage maladie avant l'admission		Effectif
0-1 jr	10	14,1
2-3 jrs		39
54,9		
4-5 jrs	10	14,1
5 jrs et plus		12
16,9		
Total		71
100		

La durée moyenne d'évolution de la maladie avant l'admission était de **2-3 jours** soit **54,9%**.

b. Antécédents médicaux :

Tableau XIX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux Pourcentage		Effectif
UGD	2	2,8
Asthme	2	2,8
HTA	2	2,8
Sans antécédent pathologique		65
91,6		
Total	71	100

91,6% des patients étaient sans antécédent médical particulier.

c. Antécédents chirurgicaux :

Les antécédents de laparotomie ont été retrouvés chez **22** patients soit **31%**.

La notion de prise d'antalgique a été constatée chez **18,3%** des patients.

La notion de traitement traditionnel a été réalisée chez **5** patients soit **7%**.

d. Motifs de consultation :

Les principaux motifs de consultation ont été la douleur abdominale (**100%**) ; arrêt de matières et de gaz (**50,6%**) ; les vomissements (**52,1%**).

1. CLINIQUE :

1.1. Signes fonctionnels :

1.1.1. Douleur abdominale :

La douleur abdominale a été retrouvée chez tous nos patients.

1.1.2. Type de la douleur :

Tableau XX : Répartition des patients selon le type de douleur

Type de douleur	Effectif
Pourcentage	
Piqûre	18
25,3	
Torsion	36
	50,7
Pesanteur	6
8,5	
Colique	11
	15,5
Total	71
	100

La douleur à type de torsion représentait **50,7%** des cas.

1.1.3. Siège de la douleur :

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

Siège de la douleur	Fréquence	
Pourcentage		
Inguinale	23	32,4
Ombilicale	17	23,9
Epigastrique	7	9,9
Diffuse	24	33,8
Total	71	100

La douleur était diffuse dans **33,8%** des cas.

1.1.4. Vomissements :

Les vomissements étaient présents dans **52,9%** des patients.

1.1.5. Nature des vomissements :

Les vomissements étaient alimentaires dans **36,6%**.

Les vomissements étaient post prandiaux précoces dans **22,5%**.

1.1.6. Arrêt des matières et des gaz :

L'arrêt des matières et des gaz a été observé chez **25,4%**. La durée de l'arrêt des matières et des gaz était entre **48** et **72 h** chez **10 patients** soit **14,1%**.

1.2. Signes généraux :

Tableau XXII : Répartition des patients selon le score OMS

Atteinte de l'état général	Effectif	
Pourcentage		
OMS 1		68
95,8		
OMS 2	3	4,2
Total		71
100		

95,8% des patients ont été classés OMS I

Tableau XXII (suite) : Répartition des patients selon l'atteinte de l'état générale.

L'atteinte de l'état générale	Effectifs	Pourcentages
ASAI, U	67	94,1
ASAI, U	3	4,2
ASAI, U	1	1,8
Total	71	100

94,1 de nos patients avaient un état général conservé.

1.3. Signes physiques :

1.3.1. Inspection :

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le météorisme abdominal

Météorisme abdominal	Effectif
Pourcentage	
Oui	24
Non	47
64,7	
Total	71
	100

Le météorisme abdominal était présent chez 24 patients soit **35,3%** des cas.

1.3.2. Palpation :

Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'état abdominal.

Etat de l'abdomen	Effectif
Pourcentage	
Contracture	15

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

21,1	
Défense	24
33,8	
Souple	32
45,1	
Total	71
100	

La défense et la contracture abdominale ont été les signes les plus retrouvés avec respectivement **33,8% et 21,1%**.

1.3.3. Percussion :

Le tympanisme a été retrouvé chez **29,6%** des patients.

1.3.4. Auscultation :

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

Auscultation	Fréquence
Pourcentage	
Borborygme	9
12,7	
Silence	12
16,9	
Normal	50
70,4	
Total	71
	100

Les borborygmes étaient présents dans **12,7%** des cas.

1.3.5. Toucher rectal :

Le toucher rectal a été réalisé chez tous les patients.

2. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

2.1. Bilan biologique :

Le bilan préopératoire d'urgence a été réalisé chez tous nos patients soit 100% des cas. Le groupe sanguin et le rhésus O+ était le plus fréquent soit 40% des cas.

2.2. Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) :

L'ASP a été fait chez 11 patients soit 15,5%.

3. DIAGNOSTIC :

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le siège de l'occlusion

Siège de l'occlusion Pourcentage	Effectif
Grêle 77,5	55/71
Côlon 22,5	15/71
Total 100	71

L'occlusion du grêle a été la plus fréquente soit 77,5%.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon le mécanisme de l'occlusion

Mécanisme de l'occlusion Pourcentage	Effectif
Strangulation 71,8	51
Obstruction 28,2	20
Total 100	71

Le mécanisme par strangulation était le plus fréquent **71,8%**.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le diagnostic opératoire

Diagnostic opératoire Pourcentage	Effectif
OIA du grêle / Bride et/ou Adhérence 21,2	15
OIA du colon / Volvulus du sigmoïde 12,6	9
Hernies étranglées 54,9	39
OIA / Tumeur colique 4,2	3
OIA / Tumeur de la jonction recto-anale 2,8	2
OIA / Volvulus du grêle 2,8	2
Invagination intestinale aiguë 1,4	1
Total 100	71

La hernie inguinale étranglée était la plus fréquente soit **54,9%**.

4. TRAITEMENT :

4.1. Médical :

Tous les patients ont bénéficié d'une préparation préopératoire qui consiste entre autres en la mise en place d'une sonde nasogastrique, une sonde urinaire, prise d'une voie veineuse sûre pour la réhydratation (correction des troubles hydroélectrolytiques) et d'un traitement à base

d'antalgiques.

Les antibiotiques utilisés étaient la ceftriaxone 80 à 100 mg/kg/jour en deux jours ;

Le Métronidazole perfusion 30 mg/kg/jour pendant 05 jours ;

La gentamycine 3 à 5mg/kg pendant 05 jour ;

L'antalgique à base de Perfalgan et Acupan injectable ;

La réhydratation à base de sérum salé 0,9% ; sérum glucosé 5% ; Ringer lactate était de règle

Aucun malade n'a été transfusé au cours de notre étude

La technique d'anesthésie était celle d'anesthésie locorégionale.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation préopératoire

Délai de prise en charge	Effectif
0-6h	64
90,1	
6-12h	5
12-24h	7
1,4	1
24 et plus	1
1,4	
Total	71
100	

Le délai de prise en charge était de **1,14 heure**.

Les extrêmes étaient de 1 à 4 heures.

4.2. Chirurgical :

Tous nos patients ont été opérés par un médecin chirurgien.

Tableau XXX : Répartition des patients selon le choix de la voie d'abord chirurgicale

Voie d'abord chirurgicale	Effectif
Pourcentage	
Médiane sous ombilicale	21
29,6	
Médiane sus/sous ombilicale	25
35,2	
Inguinale	25
35,2	
Total	71
	100

La voie inguinale et sous/sus ombilicale ont été les plus pratiquées.

Tableau XXXI : Répartition des patients selon l'état de l'anse

Etat de l'anse	Effectif
Pourcentage	
Saine	58
81,7	
Inflammatoire	4
Nécrosée	9
12,7	
Total	71
100	

La nécrose était observée dans 12,7% des cas.

Tableau XXXII : Répartition des patients selon le geste thérapeutique

Geste thérapeutique	Effectif
---------------------	----------

Pourcentage	
Résection intestinale + anastomose	10
14,1	
Résection intestinale + Stomie	7
9,9	
Adhésiolyse	12
17	
Cure herniaire	39
54,9	
Dévolvements	2
2,8	
Desinvagination de l'anse	1
1,4	
Total	71
100	

La cure herniaire a été la plus réalisée soit **54,9%**

5. EVOLUTION/COMPLICATION :

Aucune complication en peropératoire n'a été enregistrée au cours de notre étude.

5.1. Suites opératoires immédiates :

Les suites opératoires immédiates étaient simples à **98,6%**.

5.2. Séjours hospitaliers :

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 1,18 jour soit **98,6%** avec des extrêmes de **1 à 6 jours**.

5.3. Reprise du transit :

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le délai de la reprise du transit

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

Reprise du transit		Effectif
Pourcentage		
J2	49	69
J3		15
21,1		
J4 et plus		7
9,9		
Total		71
100		

Le délai de la reprise du transit était de **2 jours** soit **69%**.

7.4. Suites opératoires au bout d'un mois :

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon la suite opératoire au bout d'un mois

Suites opératoires au bout d'un		Effectif
Pourcentage		
Mois		
Simple		60
84,5		
Récidive	3	4,2
Retard de cicatrisation		7
9,9		
Décès	1	1,4
Total		71
100		

Les suites ont été simples dans **84,5%**.

5.5. Pronostic :

Tableau XXXV : Répartition des patients selon le taux de mortalité globale

Taux de mortalité globale Pourcentage		Effectif
Guérison		70
98,6		
Décès	1	1,4
Total	71	100

Le taux de mortalité globale a été de **1,4%**.

6. COÛT DE LA PRISE EN CHARGE :

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon le coût de la prise en charge

Coût de la prise en charge Pourcentage	Effectif
Inférieur à 75000 francs	20
28,2	
80000 – 125000	18
25,3	
125000 et plus	33
46,5	

Le coût moyen de la prise en charge était de **125.000 francs** et plus soit **46,5%**.

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon l'âge et le mécanisme d'occlusion

Age	Mécanismes	
	Strangulation	Obstruction

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I de Bamako

15-29 ans	55,6%	44,4%
30-44 ans	77,3%	22,7%
45-54 ans	79,1%	20,9%
55-69 ans	91,7%	8,3%
70 et plus	75%	25%
Total	77,5%	22,5%

Le mécanisme de strangulation a été dans les tranches d'âge de 55 à 69. Cependant il existe une différence significative entre l'âge et le mécanisme d'occlusion (P=0,00383).

Chi2=23,18404

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon le geste et l'état des anses

Geste réalisé	Etat de l'anse		
	Saine	Inflammatoire	Nécrosé
Résection+Anastomose	100%	28,1%	35,2%
Résection+Stomie	84,5%	8,4%	15,5%
Adhésiolyse	98,5%	22,5%	29,5%
Cures herniaires	100%	59,1%	66,2%
Dévolvements	84,5%	22,5%	29,5%
Desinvagination	83,1%	7%	14,1%

Il y'a un lien entre l'état de l'anse et le geste réalisé avec P=0,00001 et Chi2=27,1201

Tableau XXXIX : Répartition des patients selon le mécanisme d'occlusion et l'âge

Mécanisme d'occlusion	Age				
	[15-29]	[30-44]	[45-59]	[60-74]	[75 et plus]

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

Strangulation	62%	67%	66,4%	70,5%	74,7%
Obstruction	28%	33%	33,6%	29,5%	25,3%

Il existe une différence significative entre l'âge et le mécanisme d'occlusion avec $P=0,0015$ et $\text{Chi}^2=14,1427$

Tableau XXXX : Répartition des patients selon le mécanisme d'occlusion et le coût de la prise en charge

Mécanisme d'occlusion	Coût de la prise en charge		
	75000	80000-120000	125000 et plus
Strangulation	53,9%	51,4	62%
Obstruction	25,4	34,5	23,9

Cependant le coût de la prise en charge ne dépend pas du mécanisme d'occlusion avec $P=0,18582$ et $\text{Chi}^2=4,48$

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie :

Nous avons mené une étude rétrospective s'étendant sur **05 ans** allant de janvier 2015 à décembre 2019 dans le CS Réf CI et qui a porté sur **71 malades**.

Cependant nous avons rencontré un certain nombre de difficultés :

- La mauvaise conservation des dossiers
- Absence de certains bilans biologiques (ionogramme ; glycémie créatinémie ...etc.) et d'imagerie en urgence (radiographie ASP)
- Le retard de la prise en charge de certains malades dû au faible pouvoir d'achat

2. Epidémiologie :

2.1. Fréquence :

Tableau XXXXI : Fréquence des occlusions intestinales aiguës selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test statistique
CATEL L. Paris 2003	43/117	36,7	P=0,000017
[25]	42/148	28,4	P=0,000725
KONE L. Mali 2015 [12]	39/228	17,10	P=0,084100
SISSOKO M. Mali 2010			
[24]	98/784	12,5	P=0,147352
MAKHOUAD R. Maroc			
2018 [6]			
Notre étude, Mali 2020	71/1240	6,63%	

Les occlusions intestinales aiguës représentent une cause fréquente d'hospitalisation en chirurgie [1]. Les études antérieures rapportent des fréquences allant de **12,5% [6]** à **36,7% [25]**. Ainsi il n'y a pas de

différence significative entre notre fréquence et celles trouvées par CATEL L. 2003 [25] et KONE L. 2015 [12]. Elle est inférieure à celles trouvées par : SISSOKO M. en 2010 [24] et MAKHOUD R. en 2018 [6].

2.2. Age :

Tableau XXXXII : L'âge moyen selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Age moyen
J. KOSSI, Finlande 2004 [4]	101	66,8
Y. HAROUNA, Niger 2001 [9]	286	32
B. MARIKO, Mali 2008 [11]	101	43,6
J. E. El HILA, Maroc 2000 [28]	110 122	47,8 45,6
A. DEMBELE, Mali 2013 [27]		
Notre étude, Mali 2019	71	47,7

L'occlusion intestinale aiguë apparaît comme une pathologie de l'adulte jeune en Afrique avec une moyenne d'âge de 47,7. Ceci pourrait être lié à la jeunesse de la population africaine et celle du Mali en particulier [11]. Pas de différence significative entre notre série et ceux trouvés par MARIKO B. ; DEMBELE A. et El HILA E. [11 ; 27 et 28]. Cependant, il est inférieur au résultat de KOSSI J. [4] et supérieur à celui de HAROUNA Y. [9]. L'âge n'est pas un facteur de risque d'occlusion intestinale aiguë dans notre étude.

2.3. Sexe :

Tableau XXXXIII : Le sex-ratio selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Sex-ratio	Test statistique
N. HIKI, Japon, 2004 [26]	233	2,0	P=0,00001
J. DURON, France, 2006 [29]	186 33	0,5 0,6	P=0,00001

M. ZEREY, USA, 2007[31]	49	1,2	P=0,05523
G. T. KOUADIO, RCI, 2005 [30]	101	7,4	P=0,04461
B. MARIKO, Mali, 2008 [11]			P=0,0221
Notre étude, Mali 2019	71	3,4	

L'OIA est une pathologie chirurgicale qui atteint les deux sexes [39]. La prédominance masculine observée dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que les étiologies principales qui sont la hernie pariétale étranglée ainsi que le volvulus du sigmoïde étaient majoritairement retrouvées chez les hommes [27]. Un taux élevé de femmes a été observé dans les séries de DURON J. et ZEREY M. [29 et 31].

2.4. Durée moyenne d'évolution de la maladie avant l'admission selon les auteurs :

Tableau XXXIV : Durée moyen d'évolution de la maladie selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Durée moyen
A.M. DONGMO, Mali 2006 [10]	52	5,3 ± 1,6
B. MARIKO, Mali 2008 [11]	101	5 ± 2
L. KONE, Mali 2015 [12]	42	5,4 ± 3,4
Notre étude, Mali, 2019	71	5 ± 3,1

Le pronostic des occlusions intestinales aiguës dépend beaucoup de la durée d'évolution de la maladie [27]. Les **5 jours** constituent un retard de consultation dans la prise en charge de cette pathologie. Ce même retard a été rapporté par d'autres auteurs africains DONGMO A. ; MARIKO B. et KONE L. [10 ; 11 ; 12]. Ce retard de consultation pourrait s'expliquer par le circuit du malade, le traitement traditionnel avant l'arrivée, l'automédication.

3. CLINIQUE :

3.1. Signes fonctionnels :

3.1.1. Douleur :

Tableau XXXXV : Fréquence de douleur selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage
S. BASSAID et M. NADIA ; AGER 2014[32]	43 87	98 100
Y. HAROUNA ; Niger 2004 [9]		
Notre étude ; Mali 2019	71	100

La douleur est le signe fonctionnel le plus fréquent et sa sensibilité élevée en fait le signe le plus constant de la triade occlusive. Comme pour d'autres auteurs HAROUNA et NADIA [9 ; 32], tous les malades avaient une douleur abdominale. Selon la littérature, la fréquence de la douleur dans les occlusions intestinales aiguës mécaniques serait liée à une compression des nerfs et des pédicules vasculaires.

3.1.2. Vomissement :

Tableau XXXXVI : Fréquence des vomissements selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test statistique
M.B. SIDIBE ; Mali [34]	120	75,8	P=0,000007
Notre étude ; Mali 2019	71	52,9	

Les vomissements sont précoces dans les occlusions hautes. Ils ont été présents dans 52,9% des cas. Ce résultat est statistiquement inférieur à celui de SIDIBE M.B. [34], 75,8% (P=0,000007).

3.1.3. Arrêt des matières et des gaz :

Tableau XXXXVII : Fréquence de l'arrêt des matières et des gaz

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test statistique
G. T. KOUADIO ; RCI 2005 [31]	49	49	P=0,000000
Notre étude ; Mali 2019	71	25,4	

Dans notre étude, l'arrêt des matières et des gaz a été trouvé chez **25,4%**. Ainsi ce sont les deux signes les moins fréquents de notre triade occlusive. Ces chiffres peu élevés peuvent s'expliquer par la vidange du bout distal pour l'arrêt des matières et le carcan socio-culturel qui fait de l'arrêt des gaz un signe honteux à évoquer pour le patient et gênant à demander pour le médecin. Notre observation est comparable à celle de KOUADIO [31] qui a trouvé **49%** des cas d'arrêt des matières et des gaz.

3.2. Signes physiques :

3.2.1 Inspection :

Un météorisme a été trouvé chez **35,3%** des patients. Les résultats sont similaires à ceux trouvés par SIDIBE [34] (**55,8%**, **P=0,005842**).

3.2.2. Palpation :

Dans cette étude, **33,8%** des patients présentaient une défense abdominale. La contracture abdominale a été observée chez **21,1%** des patients. Ces résultats sont similaires à celui de SIDIBE [34] qui a trouvé **55,8%** pour la défense avec **P=0,003219** et **1,70%** pour la contracture avec **P=0,000005** et inférieurs à celui de KONE [12] qui rapportait **47,6%** (**P=0,145513**) et **14,3%** (**P=0,366278**).

Cela serait dû au fait que nous recevons ces malades à des stades avancés donc avec des signes de gravité.

4. EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

4.1. Radiographie de l'ASP :

Tableau XXXXVIII : Fréquence de l'ASP au diagnostic selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test
---------	----------	-------------	------

			statistique
A.GAMMA, Paris1994 [38]	157	70	P=0,000000
M. SACKO, Mali 2010 [33]	117	100	P=0,000000
Notre étude, Mali 2019	71	15,5	

L'ASP a pu être effectué chez 15,5% et dans 72,7% des cas, elle trouve des niveaux hydroaériques ; image hautement synonyme d'occlusion. L'ASP est non réalisable en urgence au CS Réf CI. Nos résultats sont comparables à ceux trouvés par GAMMA A. [38]. Pour SACKO M. [33], l'ASP a permis une confirmation à 100% de la suspicion clinique d'occlusion intestinale.

4.2. Les autres moyens d'explorations :

Les autres moyens d'explorations sont le transit du grêle et de plus en plus le scanner selon CATEL L. ; BALTHAZAR E et SICARD A. [25 ; 35 et 36].

Depuis plusieurs années ; le scanner s'est imposé comme un outil performant dans le diagnostic positif et étiologique des occlusions selon SICARD et DARGENT [36, 37]. Il permet d'identifier la cause de l'occlusion dans 73% selon DARGENT [37]. Le scanner permet également de présager la vitalité des anses dans les cas des volvulus et brides/adhérences [37]. Aucun des patients n'a bénéficié de cet examen à cause du coût élevé et de son indisponibilité au CS Réf CI.

5. MECANISME :

L'étude a permis de recenser 71,8% de strangulation 28,2% d'obstruction. SACKO M [33] a enregistré 79,5% de strangulation ; 14,5% d'obstruction et 6% d'occlusions fonctionnelles.

DONGMO A [10] a enregistré 77,3% de strangulation ; 10% d'obstruction et 1,6% d'occlusions fonctionnelles.

KONE L [12] a recensé 59,5% de strangulation et 40,5% d'obstruction.

Dans ces trois études, le mécanisme par strangulation apparaît comme le plus fréquent.

6. TRAITEMENT :

6.1. Siège :

Notre étude a permis d'individualiser 78,9% d'occlusions par atteinte du grêle et 22,5% par atteinte du colon. La prédominance de l'atteinte du grêle pourrait s'expliquer dans ce contexte par la forte prévalence des hernies étranglées comme étiologie d'occlusion intestinale au sein de la population.

SACKO M [33] avait trouvé 29,1 % par atteinte du côlon, 64,1 % d'occlusions par atteinte du grêle ; 6,8 % par atteinte mixte (grêle + côlon).

KONE L [12] avait trouvé 54,8% d'occlusions par atteinte du grêle, 38,1% par atteinte du côlon et 7,1% par atteinte mixte.

Nos résultats sont différents de ceux de **SACKO M [33]** et de **KONE [12]** en ce qui concerne la localisation de l'occlusion intestinale sur le grêle et côlon ($P=0,180875$) et ($P=0,285769$).

6.2. Etat des anses :

L'étude a permis de trouver 81,7% d'anses saines ; 5,6% d'anses inflammatoires et 12,7% d'anses nécrosées.

DONGMO A [10] a trouvé 56% d'anses saines ; 26% d'anses inflammatoires et 18% d'anses nécrosées.

SACKO M [33] a trouvé 68,4% d'anses saines ; 12% d'anses inflammatoires ; 18% d'anses nécrosées.

KONE L [12] a trouvé 47,6 % d'anses saines ; 21,4 % d'anses inflammatoires et 28,6 % d'anses nécrosées.

Quand on compare l'état des anses intestinales dans ces trois

différentes études, il ressort que les résultats de cette étude sont similaires à ceux de KONE [12] ($p=0,000153$) quel que soit l'état de l'anse. Cependant il est supérieur à ceux de SACKO [33] lorsque l'anse est inflammatoire ou nécrosée.

6.2. Gestes :

Nous avons trouvé 21,1% de résection intestinale + anastomose immédiate ; 2,8% de résection intestinale + dérivation ; 17% d'Adhésiolyse ; 54,9% de cures herniaire ; 2,8% de dévolvulations et 1,4% de desinvagination.

SACKO [33] a trouvé 23,39 % de Résection + anastomose ($P=0,010597$) ; 18,80 % de Résection + dérivation ($P=0,000417$) ; 42,74% de Section de brides + adhésiolyse ($P=0,000260$) ; 4,27 % de cures de hernie ($P=0,000000$) ; 10,26 % de geste « autre » ($P=0,456283$).

DONGMO [10] a trouvé 16% de Résection + anastomose ($P=0,166142$) ; 18,7% de Résection + dérivation ($P=0,000665$) ; 36% d'Adhésiolyse ($P=0,006511$) ; 8% de Cures de hernie ($P=0,000000$) ; 16% de Geste « autre » ($P=0,091597$).

KONE [12] a trouvé 19,6% % de Résection + anastomose ($P=0,098472$) ; 15,7% de Résection + dérivation ($P=0,007439$) ; 35,3% d'Adhésiolyse ; 7,1% de Cures de hernie ($P=0,000000$) ; 7,1% de Geste « autre » ($P=0,719344$).

Les gestes réalisés dans notre série sont similaires à ceux réalisés dans celle des trois études de Dongmo ; SACKO et KONE [10 ; 33 ;12] en ce qui concerne la cure de hernie ; la résection anastomose et dérivation ainsi que l'adhésiolyse.

7. MORTALITE et MORBIDITE :

Nous avons trouvé un taux de 1,4 % de mortalité globale. Ce taux est inférieur à celui retrouvé par KONE [12] (2,4%). Ce taux faible

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

peut s'expliquer par le fait que 95,8% de nos patients ont été classés OMS 1.

8. COÛT ET PRISE EN CHARGE :

Le coût de la prise en charge englobe les frais d'intervention les frais d'examens complémentaires les frais d'ordonnances et les frais d'hospitalisation. Le coût moyen de la prise en charge a été évalué à 125000 FCFA et plus, il a été majoré dans notre étude par la survenue des complications et l'absence de kit opératoire.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VIII. CONCLUSION ET RECOMMADATIONS

1. CONCLUSION :

L'occlusion intestinale aiguë est une urgence chirurgicale.

Le retard de consultation, l'âge avancé de la majorité de ces patients font toute la gravité de cette affection.

Leurs étiologies sont multiples.

La prise en charge précoce de la hernie simple à travers une bonne sensibilisation des populations pourra réduire le taux des étranglements de la hernie qui sont les causes les plus fréquentes dans les pays en développement.

De nouvelles techniques d'explorations (scanner) et de nouvelles modalités thérapeutiques (chirurgie laparoscopique) pourraient faciliter le diagnostic étiologique et apporter certaines solutions dans des circonstances difficiles.

Malgré les progrès thérapeutiques, la morbidité et la mortalité restent encore élevées.

2. RECOMMANDATIONS :

Aux autorités administratives :

- Equipement des structures sanitaires et mise en place d'un service de réanimation.
- Création d'un système de sécurité sociale.
- Organisation d'un système d'évacuation rapide au plan national.
- La promotion de la coopération entre structures sanitaires et tradithérapeutes.

Au personnel sanitaire :

- Référer les patients dans le meilleur délai.
- Création d'un système de gestion plus efficient de prise en charge des urgences en renforçant la collaboration interdisciplinaire.
- La sensibilisation des patients sur la gestion des stomies intestinales en ambulatoire afin de réduire le séjour hospitalier et le cout y afférent.

A la population :

- Eviter l'automédication.
- Consulter immédiatement devant toute douleur abdominale avec arrêt des matières et des gaz.

REFERENCES

Références

1. P. TAUREL, C. ALILI, E. PAGES, F. CURROS Doyon, I. MILLET

Occlusion mécanique : Pièges diagnostiques et éléments clés du compte rendu. Journal de Radiologie Diagnostique et interventionnelle 2013 ; n°94, p 814-827.

2. GAJIC O. et al

'Acute abdomen in the medical intensive care unit'. Critical care medicine 2002 ; 30 (6) : 1187-1190.

3. ADLOFF M. et al

Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. Encycl. Med. Chir. (Paris, France) Urgences, 24059 A, 10 1984.

4. KOSSI J, SALMINEN P, LAATO M.

The epidemiology and treatment patterns of postoperative adhesion induced intestinal obstruction in varsinais-suomi Hospital District. *Scandinavian journal of surgery* 93 : 68 – 00, 2004.

5. K. LEBBAR et al

'Les occlusions intestinales chez l'adulte. Intérêt de la tomodensitométrie'. Médecine du Maghreb 2001 n°87.

6. MAKHOUD R.

Etude rétrospective des occlusions intestinales : diagnostic et prise en charge (service de chirurgie viscérale, HIT Marrakech).
Thèse de médecine n°99 ; 2018.

7. ZIDA M

Les abdomens chirurgicaux dus au traitement traditionnel. A propos de 05 cas au centre hospitalier Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou
Thèse de médecine Ouagadougou Ouagadougou 2013; n°106

8. GOMIS R

OCCLUSION INTESTINALES AIGUES : Rappels Etiopathogéniques et

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

Etude Rétrospective de 202 cas colligés au Service de Chirurgie Viscérale
de l'Hôpital Principal de Dakar.

Thèse de médecine Dakar 2017 ; n°227

9. Y. HAROUNA H. et al

' Les Occlusions intestinales : principales causes et morbi- mortalité à
l'hôpital national de Niamey- Niger' Etude prospective à propos de 124
cas. Médecine d'Afrique Noire : 2000 ; 47 (4).

10. DONGMO A.M.

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

Thèse médecine Bamako 2006 ; n°263, 95.

11. MARIKO B.M.

Occlusions intestinales aiguës mécaniques : aspect diagnostique et
thérapeutique à l'hôpital sominé Dolo de Mopti à propos de 101 cas,
Mars 2006 – Février 2007.

Thèse de Médecine Bamako ; n°82.

12. KONE L.

Occlusions intestinales aiguës mécaniques : Aspects diagnostiques et
thérapeutiques au centre de santé de référence de Bougouni.

Thèse de médecine Bamako 2015 ; n°170.

**13. KEVIN C.N. LAU, M B BS ; BRIAN J. MILLER ; DAVID J. SCHACHE,
JON R. COHEN.**

A study of large -bowel volvulus in urban Australia. Can J surg 2006 ; 49
(3) : 203-07

14. LEGER L.

Sémiologie chirurgicale (6^e édition).

Paris : Maisson, 1999 – 444.

15. WRIGHT S.

Physiologie appliquée à la médecine. (2^e Ed. Français).

Paris : Flammarion 1980. - 668 p.

16. HERMANN H et CIER J.F.

Précis de physiologie (4^e édition) Tome 2.

Paris : Masson, 1967.-348 p.

17. MAARIEB Elaine N.

Anatomie et physiologie humaine (traduction de la 4^e édition
américaine).

Paris : De Boeck Université, 1999.-1194 p.

18. GALLOT Denis, Anatomie Chirurgicale du colon

EMC, traité de techniques chirurgicales – appareil digestif, 1998, 40-535.

19. CASA C et ARNAUD J. P.

Occlusion intestinale du côlon : physiopathologie, étiologie, diagnostic,
traitement.

Revue du praticien section (d'hépatogastro-entérologie B 355) 1997 ;
47 ; 1833-36.

20. ROHR S, KOPP M. et MEYER C.

Occlusion intestinale du grêle : physiopathologie, étiologie, diagnostic et
traitement.

Revue du praticien (section d'hépatogastro-entérologie B354) 1999 ; 49 :
435-40.

21. HUSSMANN Jurgen.

Mémento des chirurgie

Paris : Maloine, 1997.-308 p.

22. POURRIAT J L, MARTIN C

Principe de réanimation chirurgicale (2^e édition).

Lonrai : Annette, 2005.

23. ROUVIERE H, DELMAS A.

Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle, Tome 2.
Paris: Masson, 1985: 686.

24. SISSOKO M.

Les occlusions intestinales aiguës : Aspects épidémiocliniques et prise
en charge à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes. Thèse de
médecine Bamako 2010 ; n°571.

**25. CATEL L, LEFEVRE F, LAURENT V, CANARD L, BRESIER L,
GUILLEMIN D et REGENT D.**

Occlusion du grêle sur bride : quels critères scanographiques de gravité
recherchée ? J radiol. 2003 ; 84 : 27-31.

**26. HIKI N, TAKISHAITA Y, KUBOTA K, TSUGI E, YAMAGUCHI H,
SHIMIZU N, IMAMURA K, SHIMAGAMA S, MAFUNE K, KAMINISHI M.**

A seasonal variation in the onset of postoperative adhesive small bowel
obstruction is related to changes in the climate.

27. DEMBELE A.C.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie générale
du C.H.U. de Kati. Thèse de médecine Bamako 2013 ; n°354.

28. EI HILA J

Les occlusions intestinales aiguës à l'hôpital AL FARABI d'Oujda à
propos de 110 cas. Thèse médicale, Rabat 2000.

**29. DURON J, OLIVIER L, KOSROSVANI C, GINESTE G, JOST J L,
KEILANI K.**

Histoire naturelle des adhérences intra-péritonéales post-opératoires :
une question vraiment à l'ordre du jour.

J.Chir.1993 ; 130 : 385-90.

30. KOUADIO G T, TURQUIN H T.

Prise en charge des occlusions post-opératoires du grêle par brides et
adhérences au C.H.U. de Treich ville à Abidjan.

Medecine Afrique Noire 2004-51 (12).

31. ZEREY M, SECHRIST C W, SING R F, MATTHEWS B D, HENIFORD B T.

Laparoscopic management of adhesive small bowel obstruction.
Amsurg 2007; 73 (8): 3-8.

32. BASSAID S, DJELLOULI N.

Syndrome occlusif au service de chirurgie A au C.H.U. TLEMEN.

33. SACKO M.

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie "A" CHU
du point G à propos de 117 cas.

Thèse de médecine Bamako 2010.

34. SIDIBE M B.

Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des occlusions
intestinales aiguës mécaniques dans le service du CHU Gabriel Touré
Thèse Med Bamako 2003.

35. BALTHAZAR E, BIRNBAUN B, MEGIBOW A, GORDON B, WHELAN C.

Closed loop and strangulating intestinal obstruction: CT Signs.

Radiology 1992; 185 :769-75.

36. SICARD A, MIALARET J, PATEL J et Al.

Pathologie chirurgicale (3^e édition).

Paris : Masson, 1978.-1510.

37. DARGENT J et al.

Occlusions post - opératoires tardives du grêle par brides.

Etude rétrospective de 47 dossiers, facteur de pronostic.

Lyon Chir. 1987 ; 83 : 404-06

38. La GAMMA A, LETOQUART JP, KUNIN N, CHAPERON J, MAMBRINI A.

Les occlusions du grêle par brides et adhérences. Analyse sur 157 cas

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

opérés

J. Chir 1994, 131 : 279-84.

39. AKCAKAYA A, ALIMOGLU O, HEVENK T, BAS G, SAHIN M :

Mechanical intestinal obstruction caused by abdominal wall hernias.

Ulus TravmaDerg 2000 ; 6 (4) : 260-5.

40. MILLAT Bertrand et al.

Occlusions intestinales aiguës de l'adulte.

EMC, traité de gastro-entérologie 1993 ;9-044-A-10.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE :

FICHE D'ENQUETE :

A. Identification :

1. Nom :/.../

2. Prénom :/.../

3. Sexe :/.../

a. Masculin

b. Féminin

4. Profession :/.../

a-Fonctionnaire b-Ouvrier c-Cultivateur d-Commerçant e-
Ménagère

f-Scolaire g-Enfant h- Autres

Si autres ; à préciser :/.../

5. Age :/.../

6. Provenance :/.../

a-Commune I b-Commune II c-Commune III d-Commune IV

e-Commune V f-Commune VI g-Autres

Si autres ; à préciser :/.../

7. Durée d'évolution de la maladie (avant l'hospitalisation) :/.../

a. 0-1 jr

b. 2-3 jrs

c. 4jrs et plus

8. Durée d'hospitalisation préopératoire :/.../

9. Durée d'hospitalisation post opératoire :/.../

B. Antécédant :

1. Médicaux :

a-Constipation b-Ulcère gastroduodéal c-Ictère d-Asthme e-
Diarrhée

f-HTA g-Diabète h-Hernie i-Autres

Autres à préciser :/.../

Si autre (préciser) :...../.../

2. Chirurgicaux :

Malade opéré de l'abdomen :...../.../

a- Oui b-Non

Si oui, préciser le diagnostic :...../.../

Traitement reçu avant la venue au service :...../.../

a-Antalgique b-Anti-inflammatoire c-Antibiotique d-Autres

Si autre à préciser :...../.../

C. Clinique :

C.1. Signes fonctionnels :

1. Douleur :...../.../

a-Oui b-Non

Si oui ; type :..... /.../

a-Piqûre b-Torsion c-Brûlure d-Pesanteur e-Crampe f-
Ecrasement

g-Autres

Si autres ; à préciser :...../.../

2. Vomissement :...../.../

a-Oui b-Non

2.1 Si oui nature :...../.../

a-Suc gastrique b-Alimentaire c-Bilieux d-Fécaloïde e-
Autres

2.2. Son horaire :...../.../

a-Spontané b-Post-prandial précoce c-Post-prandial tardif d-
Autres

Si autres ; à préciser :...../.../

3. Arrêt des matières :...../.../

a-Oui b-Non

Si oui durée :...../.../

a/ - de 24h b/ 24-48h c/ 48-72h d/ + de 72h e/ Autres

4. Arrêt des gaz :...../.../

a-Oui

b-Non

C.2. Signes physiques :

I. Inspection :

1. Météorisme :...../.../

a-Oui

b-Non

2. Symétrie :...../.../

a-Oui

b-Non

c-Autres

Si autres ; à préciser :...../.../

3. Respiration thoraco-abdominale :...../.../

a-Oui

b-Non

4. Cicatrice de laparotomie :...../.../

a-Oui

b-Non

5. Siège :...../.../

a-Xipho-sus pubienne b-Médiane sus ombilicale c-Médiane sous
ombilicale d-Inguinale G e-Inguinale D f-Inguinale bilatérale g-
Oblique au point de Mc Burney h-Curviligne supra pubienne i-
Périombilicale j-Autres

Si autres ; à préciser) :...../.../

6. Péristaltisme :...../.../

a-Oui

b-Non

c-Autres

Si autres ; à préciser :...../.../

II. Palpation :

1. Etat de l'abdomen :...../.../

a-Contracture

b-Défense

c-Souple

2. Siège :...../.../

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

a-Hypochondre D b-Hypochondre G c-Epigastre d-Hypogastre
e-FIG

f-FID g-Flanc D h-Flanc G i-Diffuse j-Ombilic k-Autre

Si autre (préciser) :...../.../

3. Orifices herniaires :...../.../

a-Libres b-Hernie non compliquée c-Hernie étranglée d-
Autres

Si autres ; à préciser :...../.../

4. Topographie :...../.../

a-Ombilicale b-Inguinale D c-Inguinale G d-Epigastrique e-
Ventral latéral (spiegel) f-Fémorale g-Interne h-Autres

Si autres ; à préciser) :...../.../

5. TV :...../.../

a-Fait b-Non fait si fait

Résultat :...../.../

5.1. Col utérin :

Position :...../.../

a-Antéversé b-Médian c-Rétroversé d-Dévié à G e-Dévié à D
f-Autres

Si autres ; à préciser :...../.../

Consistance :...../.../

a-Cartilagineuse b-Dure c-Autres

Si autres ; à préciser :...../.../

Contours :...../.../

a-Régulier b-Irrégulier c-Autres

Si autres à préciser :...../.../

Col mobile :...../.../

a-Oui b-Non c-Autres

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

Si autres à préciser :...../.../

Mobilisation douloureuse :...../.../

a-Oui b-Non c-Autres

Si autres à préciser :...../.../

Orifice externe :...../.../

a-Ouvert b-Fermé c-Autres

Si autres à préciser :...../.../

5.2 Cul de sac vaginaux :...../.../

a-Vides b-Comblés c-Autres

Si autres à préciser :...../.../

5.3. Annexes :...../.../

a- Perceptibles b-Non perceptible c-Autres

Si autres à préciser :...../.../

6. TR :...../.../

Sphincter :...../.../

a-Hypotonique b-Normotonique c-Hypertonique d-Autres

Si autres à préciser :...../.../

Ampoule rectale :...../.../

a-Vide b-fécès c-Masse palpable d-Autres

Si autres à préciser :...../.../

Prostate hypertrophiée :...../.../

a-Oui b-Non c-Autres

Si autres à préciser :...../.../

Cul du sac de Douglas perceptible :...../.../

a-Oui b-Non c-Autres

Si autres à préciser :...../.../

Douleur :...../.../

a-Oui b-Non c-Autres

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

Si autres à préciser :...../.../

Au retrait du doigtier :...../.../

a-Selles b-Sang c-Pus d-Rien e-Autres

Si autres à préciser :...../.../

III. Percussion :

a-Fait b-Non fait Si fait ; résultat

Résultat :...../.../

Tympanisme :...../.../

1-Fait 2-Non fait 3-Si fait ; résultat

Résultat :...../.../

IV. Auscultation :

1-Fait 2-Non fait 3-Si fait ; résultat

Résultat :...../.../

1-Borborygmes 2-Silence

C.3. Signes généraux :

1-OMS I 2-OMS II 3-OMS III 4-OMS IV 5-OMS V

Si autres ; préciser :...../.../

D. Examens para cliniques :

1. ASP :...../.../

a-Fait b-Non fait si fait ; résultat

Résultat :...../.../

a-Normal b-Niveaux hydro-aérique + haut que large c-Niveau hydro-aérique + large que haut d-Grisaille e-Distension intestinale diffuse f-aérobilie

g-Pneumopéritoine h-Autres

Si autres ; à préciser :...../.../

2. Echographie :...../.../

a-Fait

b-Non fait

si fait ; résultat

Résultat :...../.../

a-Normal b-Adénopathie c-calcul biliaire d-Masse utérine e-
Masse annexielle f-Ascite g-Pathologie hépatique h-Pathologie
rénale i-Autres

Si autres ou si anomalie, préciser :...../.../

3. Autres examens complémentaires :...../.../

a-Oui

b-Non

Si oui préciser avec le résultat :...../.../

E. Diagnostic :

1. Diagnostic préopératoire :...../.../

2. Diagnostic peropératoire :...../.../

3. Spécifications :

3.1 Sièges :...../.../

a-Grêle

b-Colon

c. a+b

3.2. Mécanisme :...../.../

a- Fonctionnel

b- Strangulation

c-Obstruction

3.3. Etiologie :...../.../

a-Bride b-Hernie étranglée c-Volvulus du sigmoïde d-Volvulus
du coecum e-Tumeur colique f-Péritonite g-Appendicite h-
Médicamenteuse

i-Sigmoïdite j-Autres

Si autres, préciser :...../.../

F. Traitement :

1. Médical :

En préopératoire :...../.../

- a. Rien b. SNG c. ReH2O d. ATB e. b et c f. b et d
g. c et d h. b ; c et d i. Autres

Si autres ; préciser :...../.../

En peropératoire :...../.../

- a. Rien b. SNG c. ReH2O d. ATB e. b et c f. b et d
g. c et d h. b ; c et d i. Autres

Si autres préciser :...../.../

En postopératoire :...../.../

- a. Rien b. SNG c. ReH2O d. ATB e. b et c f. b et d
g- c et d h- b ; c et d i-Autres

Si autres ; à préciser :...../.../

2. Chirurgie :

Opératoire :...../.../

- a-Professeur b-Assistant c-C.E.S c-Médecin d-Autre

Si autres, préciser :...../.../

Etat de l'anse :...../.../

- a-Saine b-Inflammatoire c-Nécrosée d-Autres

Si autres ; à préciser :...../.../

Technique opératoire :...../.../

- Voies d'abord :...../.../

a-Sus-ombilicale b-Sous-ombilicale c-Inguinale

- Geste :...../.../

a-Résection intestinale + anastomose b-Résection intestinale +
dérivation

c-Adhésiolyse d-Bassini e-Schouldice f-Autres

Si autre ; à préciser :...../.../

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

a-Aucune b-Hémorragie c-Perforation digestive d-Décès e-
Autres

Si autres, à préciser :...../.../

Suites opératoires immédiats :...../.../

a-Simple b-Hémorragie c- Infection d-Eviscération e-Fistule
digestive

f-Décès g-Récidive h-Autres

Si autres, à préciser :...../.../

Reprise du transit :...../.../

a-J2 b-J3 c-J4 et plus

Suites opératoires au bout d'un mois :...../.../

a-Simple b-Récidive c-Eventration d-Retard de
cicatrisation

e-Autres

Séjour hospitalier :...../.../

a-0-7jrs b-8-15jrs c-16jrs et plus

Suites opératoires au bout de 03 mois :...../.../

a-Simple b-Perdus de vue c-Rétablissement de la continuité
digestive

d-Eventration

Pronostics :...../.../

a-Guérison b-Décès

Cout de la prise en charge :...../.../

a-100.000 Fr b-150.000 Fr c-200.000 Fr d-250.000 Fr e-300.000
et plus.

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : TRAORE

Prénoms : Fousseyni

Titre de la thèse : Les occlusions intestinales aiguës au CS Réf CI de
Bamako.

Année universitaire : 2019-2020

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie (FMOS).

Centre d'intérêt : Centre de santé de référence de la commune I (CS Réf
CI).

Mots clés : Occlusions intestinales aiguës, stomie, ASP, CS Réf CI.

Résumé

Objectifs : Etudier les occlusions intestinales aiguës dans le service de
Chirurgie Générale du centre de santé de référence de la commune I.

Méthodologie :

Notre étude s'est déroulée du janvier 2015 au Décembre 2019 dans le
service de chirurgie générale du CS Réf CI soit une période de 05 ans.

Il s'agissait d'une étude rétrospective, longitudinale et descriptive.

Résultats :

Il s'agissait de 56 patients de sexe masculin et 15 de sexe féminin (sex-
ratio=3,38)

L'âge moyen était de 47,72 ans avec des extrêmes allant de 15 ans et 78
ans et un Ecart-type de 16,07.

Les signes cliniques étaient dominés par : la douleur abdominale (100 %
de cas), les vomissements (52,9% de cas), l'arrêt des matières et des gaz
(25,4%) et le météorisme (35,3 %).

Les principales causes retrouvées en peropératoire ont été : hernie
étranglée (54,9%), brides et adhérences (21,2%) ; volvulus du sigmoïde
(12,6 %), tumeur colique (4,2%) ; tumeur de la jonction recto-anale (2,8 ;
volvulus du grêle (2,8%) ; invagination intestinale aiguë (1,4%).

La cure herniaire a été la plus réalisée soit 54,9%.

Le taux de mortalité globale a été de 1,4%.

SERMENT D'HIPPOCRATE :

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

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

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

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

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

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

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

Les occlusions intestinales aiguës au centre de santé de référence de la commune I
de Bamako

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 !!!!!