

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES TECHNIQUES ET
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)



U.S.T.T-B

Faculté de Médecine et
d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2016-2017

Thèse N°/

THEME

URGENCES ABDOMINALES CHIRURGICALES AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE FANA

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 31/10/ 2017 devant la Faculté de
Médecine et D'odontostomatologie (FMOS)

Par : M. Oumar Youssouf GUINDO

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

Oumaryguindo@gmail.com 74104014-63149224

JURY

Président : Pr Tiéman COULIBALY

Membre : Dr Boubacar KAREMBE

Co-directeur: Dr Youssouf SAMAKE

Directeur: Pr Lassana KANTE

DEDICACES ET REMERCEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

➤ **A Dieu**, le tout puissant, le clément et le miséricordieux pour la grâce, l'amour, la santé, la force, le courage qu'il m'a donné pour mener bien ce travail et de m'avoir montré ce jour si merveilleux.

➤ **Au prophète Mohamed paix et salut sur lui.**

➤ **A mon père feu Youssouf GUINDO**

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

➤ **A ma mère feu Aissata GUINDO**

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

➤ **A mon frère Moussa GUINDO et sa famille à Djélibougou**, je me rappelle encore le jour où vous m'avez conseillé de choisir ma filière, vos conseils de tous les jours, vos soutiens psychologiques ne peuvent jamais me laisser indifférent. Vous méritez une mention spéciale dans l'élaboration de ce travail. Ce travail est le vôtre, que dieu vous donne longue vie et prospère votre famille.

➤ **A Mr Boureima GUINDO**, C'est avec joie que je vous dédie ce travail, témoignant de mon amour et ma reconnaissance pour le soutien et la confiance que vous m'avez toujours accordé. Trouvez ici, l'amour et l'estime que je porte sur vous et à vos familles respectives

➤ **A Mr Hamidou Diarra et famille à San,** vous m'avez accueilli dans votre famille à bras ouvert quand j'étais au Lycée, vous m'avez traité comme votre propre fils, vos conseils, vos encouragements, vos soutiens moraux et financiers m'ont singulièrement touché. La bonté, le courage, le partage, la ténacité font de vous un homme à respecter.

Que dieu vous donne longue vie et prospère votre famille dans la paix et santé, je vous serai toujours reconnaissant.

➤ **A mes Frères et Sœurs, Laya Guindo, Moussa Guindo, Mariam Guindo, Amadou Guindo, Abdoulaye Guindo.....**Vous avez été plus que frères et sœurs, vous m'avez soutenu durant tout mon cycle. Que Dieu consolide notre famille dans l'unité, la paix, la santé et le bonheur. Merci à vous tous.

➤ **La Famille Guindo à Sékoubougouni** Vous êtes si accueillant, respectueux et gentil qu'il sera injuste de ne pas vous donner une mention particulière.

➤ **La Famille Kanouté à ATTBougou Niamana,** Je n'ai jamais manqué votre soutien moral et financier. Vous mérité une mention particulière. Merci.

REMERCIEMENTS :

- **A tout le corps professoral de la FMOS**, merci pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'encadrement.
- **A Dr Abdoulaye GUINDO Ancien Médecin chef du Csref/Fana**, merci pour vos conseils, la qualité de vos encadrements. Que dieu vous donne longue vie dans la paix et la santé pour que nous puissions bénéficier de vos qualités incomparables.
- **Dr Sema Keita chef de service de Gynéco-obstétrique du Csref/Fana**, Merci pour vos conseils, la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié de vous. Qu'ALLAH le tout puissant vous donne longue vie dans la santé et le bonheur.
- **A tous les médecins du Csref/Fana : Dr TRAORE, Dr GUINDO Tégue, Dr HAIDARA Abdrahamane, Dr TRAORE Souleymane, Dr SIDIBE Adama**, merci pour vos conseils.
- **A tout le personnel du Csref de Fana**, Vous êtes si accueillant, respectueux et gentil qu'il sera injuste de ne pas vous donner une mention particulière ; à vos côtés j'ai appris beaucoup de choses, ça été un plaisir de travailler à vos côtés. Merci.
- **La famille Dembélé a Fana**, merci pour l'affection que vous m'avez accordée et de votre hospitalité, soyez rassuré de ma reconnaissance.
- **A mes aînés médecins, Dr Guindo Issa, Dr Dembélé Bakary, Dr Fofana Aboubacar, Dr Boire Yacouba, Dr Diarra Moussa, Dr Koné Lassine, Dr Sidibé Bakary, Dr Koné Souleymane.**
- **A mes ami(es), Garba Guindo, Issa Diawara, Daouda Sidiki Traore, Yacouba Koné, Seydou Coulibaly, Sylvain Coulibaly, Abdoulaye Diarra, Yaya Coulibaly, Youssouf Ouédraogo, Koné Astan, Mahamadou Dembélé, Dr Koné Boureima, Moise Dembélé, Adama Diallo, Amos Kodio, Boureima Sagara, Nouhoum Sagara, Aliou Sissoko, Mme Samaké Néné, Karamoko Guindo, Boureima Guindo.....** les mots me manquent pour vous remercier, je vous présente amicalement ce travail. Que ceux ou celles qui n'ont pas été cités ici trouvent ma profonde gratitude.



HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du jury :

Professeur Tiéman COULIBALY

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

Cher Maître,

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

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

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude

A notre maître et juge :

Dr Boubacar KAREMBE

- **Maître-assistant à la FMOS**
- **Responsable du service de chirurgie du csref CIII**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien Hospitalier**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury malgré vos multiples occupations,

Votre simplicité, votre courage, votre dynamisme, votre amour du travail bien fait, votre amour du prochain font de vous un maître à admirer.

Trouvez ici cher maître, notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Co-Directeur de Thèse

Dr Youssouf SAMAKE

- **Médecin chef du Csref de Fana**
- **Spécialiste en Chirurgie générale**
- **Praticien Hospitalier**

Cher Maître,

Ce travail est le vôtre, vous nous avez dirigés durant tout au long du travail sans ménager aucun effort.

Votre rigueur pour le travail bien fait, votre courage, votre dynamisme, votre simplicité, votre contact facile, votre dévouement nous ont beaucoup marqué.

Recevez ici cher Maître l'expression de nos sincères remerciements et notre reconnaissance.

A notre maître et Directeur de Thèse

Professeur Lassana KANTE

- **Maître de conférences agrégé en Chirurgie générale à la FMOS.**
- **Praticien Hospitalier**
- **Spécialiste en Chirurgie générale**

Cher maître,

Vous êtes à l'origine de ce travail et vous n'avez ménagé aucun effort pour son élaboration,

Votre disponibilité, votre simplicité, votre rigueur, votre courage, votre amour pour le travail bien fait nous ont profondément impressionnés,

Votre esprit communicatif, votre culture, votre pragmatisme font de vous un maître admiré de tous.

Veillez trouver dans ce travail, notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASP : Abdomen sans préparation

ATCD : Antécédents

CHU : Centre hospitalier universitaire.

CI : Commune I

CMDT : Compagnie malienne pour le développement des textiles

Col : Collaborateurs

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

GEU : Grossesse extra-utérine

HGT : Hôpital Gabriel Touré

BHCG : Hormone chorionique gonadotrophine

FID : Fosse iliaque droite.

FMOS : Faculté de Médecine et d'odontostomatologie.

HTA: Hypertension artérielle

IEC : Information, éducation et communication.

Mr : Monsieur

NHA : Niveaux hydro-aériques

OMS : Organisation mondiale de la santé.

PEC : Prise en charge

PEV : Programme élargie de vaccination

RDC République Démocratique du Congo

TA : Tension artérielle.

T°C : Température en degré Celsius.

TR : Toucher rectal.

TV : Toucher vaginal

UGD : Ulcère gastroduodéal.

URENI : Unité de récupération nutritionnelle intégrée

USAC : Unité de soin, d'accompagnement et des conseils

VB : Vésicule biliaire

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Position de l'appendicite.....	12
Figure 2 : Cartographie du district sanitaire de Fa.....	23
Figure 3: Répartition des patients selon le sexe.....	30
Figure 4: Répartition des patients selon la provenance.....	30
Figure 5: Répartition des patients selon le début du signe et le moment de la consultation.....	34
Figure 6: Répartition des patients selon le mode d'installation de la douleur.....	36
Figure 7: Répartition des patients selon l'intensité de la douleur.....	37
Figure 8: Répartition des patients selon le résultat de la percussion.....	41
Figure 9: Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine.....	43
Figure 10: Répartition des patients selon le groupage/Rhésus.....	43
Figure 11: Répartition des patients selon le traitement traditionnel reçu avant l'admission.....	44
Figure 12: Répartition des patients selon l'opérateur.....	45

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	OBJECTIFS.....	4
III.	GENERALITES.....	6
IV.	METHODOLOGIE.....	20
V.	RESULTATS.....	27
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	56
VII.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	71
VIII.	BIBLIOGRAPHIES.....	73
IX.	ANNEXE.....	77

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION :

L'urgence est une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement[1].

Les urgences abdominales chirurgicales sont des douleurs abdominales évoluant depuis quelques heures ou quelques jours (moins de 3 jours) qui peuvent être traumatiques ou non traumatiques qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicale [2].

La fréquence varie selon les pays :

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

En RDC, Vally NDUMBI TEMUANGUDI : la fréquence et la prise en charge de l'abdomen aigues chirurgicales dans le service de chirurgie de l'hôpital Provincial de Kananga du 01 Janvier 2010 au 31 Décembre 2012, représente 10% des consultations d'urgence à domicile et 5 à 10% des admissions dans les services d'urgence hospitaliers et aboutissant à une hospitalisation dans 18 à 42% des cas chez l'adulte [2].

Au Mali :

Dans le service de chirurgie générale à l'hôpital de Gao de 2008-2009, 521 interventions chirurgicales ont été réalisées dont 70 cas des pathologies abdominales chirurgicales d'urgence soit 13,4% des interventions selon Mr Maiga A.A [4].

Au Csref de Koulikoro, selon Mr Doumbia A.A [5] la fréquence des urgences abdominales chirurgicales sur une période de 12 mois était de 101 patients sur 1456 consultations et sur 517 hospitalisations soit respectivement de 6,9% et 19,5%.

Il existe peu de données épidémiologiques, concernant les centres de santé de référence de ce fait, il nous a paru intéressant de mener une étude sur les aspects

épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des urgences abdominales chirurgicales au centre de santé de référence de Fana.

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

Objectif General :

Etudier les urgences abdominales chirurgicales au centre de santé de référence de fana.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière des urgences abdominales chirurgicales.
- Décrire les aspects épidémiologiques et cliniques des urgences abdominales chirurgicales.
- Analyser les suites opératoires.
- Evaluer le coût de la prise en charge.

GENERALITES

III- Généralités sur l'appareil digestif :

La partie sous diaphragmatique du tronc [4].

La séreuse péritonéale qui entoure les viscères divise la cavité abdominale en deux parties :

- L'une intra- péritonéale qui contient les viscères digestifs péritonéaux
- L'autre rétro-péritonéale qui contient les organes urinaires, les surrénales, les axes vasculo-nerveux.

1. Rappel anatomique de l'appareil digestif :

L'appareil digestif comprend les éléments suivants : la bouche, l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le colon, le rectum, le canal anal et les glandes annexes

1.1 L'œsophage :

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

1.2 L'estomac :

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

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

L'estomac comporte une portion verticale surmontée d'une grosse tubérosité : Le fundus où siège la poche à air, une portion horizontale : l'antra pylorique qui

aboutit au pylore. Son bord droit s'appelle petite courbure et son bord gauche grande courbure.

Dans la cavité gastrique se passe un temps important de la digestion sous l'action d'un double phénomène :

- mécanique dû aux contractions des muscles de l'estomac (péristaltisme)
- chimique dû au suc gastrique sécrété par les glandes de la paroi.

Ces phénomènes aboutissent à la formation du chyme.

1.3 L'intestin grêle :

L'intestin grêle est un tube cylindrique musculo-membraneux qui unit l'estomac et le colon. Il est séparé de l'estomac par le sphincter pylorique .Sa limite inférieure est marquée par un sillon appelé « sillon iléo-caecal » qui correspond à une valvule iléocœcale (valvule de Bauhin).Il comprend plusieurs portions :

1.3.1 Le duodénum :

Le duodénum veut dire en latin par douze, car il mesure 12 travers de doigts. Il forme un anneau incomplet autour de la tête du pancréas. Sa longueur est de 25 cm avec un diamètre de 2-3 cm. Il comprend trois parties:

- Le duodénum horizontal (du pylore au genou supérieur) : sa portion ampullaire est appelée bulbe.
- Le duodénum vertical (du genou supérieur au genou inférieur)
- Le duodénum ascendant jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal.

1.3.2 Le jéjuno-iléon :

Le jéjuno-iléon s'étend de l'angle duodéno-jéjunal au caecum. Il mesure 6,5 m et son calibre varie entre 2 et 3 cm. Il comprend 15 à 16 flexuosités ou anses intestinales. Les anses jéjunales sont disposées horizontalement dans la cavité abdominale supérieure gauche, tandis que les anses iléales sont placées verticalement dans la cavité abdominale inférieure droite. Il n'y a pas de démarcation macroscopique entre le jéjunum et l'iléon. Sous l'action de la bile, du suc pancréatique et du suc intestinal, le chyme gastrique est transformé en

chyle qui est absorbé par un énorme réseau vasculaire et drainé vers le système porte.

1.4 Le colon :

Le colon est la partie terminale du tube digestif. Il fait suite, dans la fosse iliaque droite, à l'iléon et présente à ce niveau un cul de sac ou caecum auquel est appendu l'appendice. Il traverse tout l'abdomen en décrivant une grande boucle à concavité inférieure qui comprend successivement : le colon ascendant, le colon transverse, le colon descendant et le sigmoïde.

1.5. Le caecum :

Le caecum est la première partie du gros intestin. Il est situé sous l'abouchement de l'ileum dans la fosse iliaque droite. C'est une structure intra-péritonéale, mobile et libre dans la fosse iliaque droite.

Le caecum se poursuit par le colon ascendant au niveau de l'abouchement de l'ileum et est habituellement en contact avec la paroi abdominale antérieure. Il peut également être situé dans la cavité pelvienne. L'appendice est appendu à la face postéro-médiale du caecum, juste sous l'extrémité distale de l'ileum [6].

1.6. L'appendice :

De forme vermiculaire, l'appendice qui a une longueur moyenne de 6 à 12 cm pour un calibre de 8mm, est normalement perméable. Sa base d'implantation est constante sur la face interne ou postéro-interne du caecum, 2 à 3 cm en dessous de la jonction iléo-caecale au point de convergence des trois bandelettes musculaires coliques antérieure, postéro-externe et postéro-interne. Le méso appendiculaire est normalement large et étalé, tendu entre l'appendice et la face postérieure du mésentère de la dernière anse grêle.

1.7 Le rectum :

Le rectum descend dans le petit bassin où il présente une portion dilatée, puis traverse le plancher du périnée et s'ouvre à l'extérieur par le canal anal. Sa longueur moyenne est de 15 cm.

1.8 Les glandes annexes

1.8.1 Le Foie :

Défini comme un organe glandulaire indispensable à la vie, le foie est placé sur le trajet de la veine porte et destiné à des multiples fonctions physiologiques : stockage du glucose sous forme de glycogène, fonction de détoxification et fonction biliaire. La bile rejoint l'intestin grêle par les voies biliaires. Elle est excrétée en permanence par le foie au cours de la digestion et est stockée dans la vésicule biliaire.

1.8.2 La voie biliaire :

Les voies biliaires (VB) constituent l'ensemble des conduits excréteurs de la bile élaborée et déversée dans le tube digestif. La connaissance de l'anatomie des voies biliaires et de ses variations est la première condition d'une chirurgie sans danger. On distingue les VB intra-hépatiques et les VB extra-hépatiques :

Les VB intra-hépatiques : prennent leur origine dans les canalicules intra-lobulaire qui se jettent dans les canaux péri-lobulaires qui sont anastomosés entre eux et se réunissent dans les espaces portes (EP) en formant des canaux plus volumineux, qui vont se diriger par la suite vers le hile pour aboutir, dans la disposition habituelle, à la formation d'un canal hépatique droit et d'un canal hépatique gauche.

Les VB extra-hépatiques commencent à l'union des deux canaux hépatiques, formant le canal hépatique commun, jusqu'à l'abouchement du canal cystique, et le canal cholédoque après l'abouchement de celui-ci. L'ensemble de ces voies biliaires extra-hépatiques (VBEH) constitue la voie biliaire principale (VBP), la vésicule biliaire et le canal cystique constituent la voie biliaire accessoire [7].

1.8.3 Le pancréas :

Organe profond et rétro péritonéal, on lui décrit trois portions: la tête, le corps et la queue.

La tête est encastrée dans le cadre duodénal dont elle est indissociable. C'est à ce niveau que sa sécrétion externe se déverse dans l'intestin grêle par l'intermédiaire des canaux de Wirsung et de Santorin.

Le péritoine est une membrane qui tapisse la paroi interne de la cavité abdominale et pelvienne. Il comprend deux feuillets :

- Un pariétal qui est plaqué sur les parois de ces cavités ;
- Un viscéral qui constitue le revêtement séreux des viscères abdominaux et pelviens.

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

2 LES PRINCIPALES PATHOLOGIES DIGESTIVES :

2.1 Les appendicites aiguës :

2.1.1 Définition :

C'est l'inflammation aiguë de l'appendice vermiforme ou vermiculaire.

2.1.2 Epidémiologie :

L'appendicite est rare chez l'enfant moins de 3ans.

L'appendicite est plus fréquente chez l'enfant (7 à 15 ans) et rare chez l'adulte.

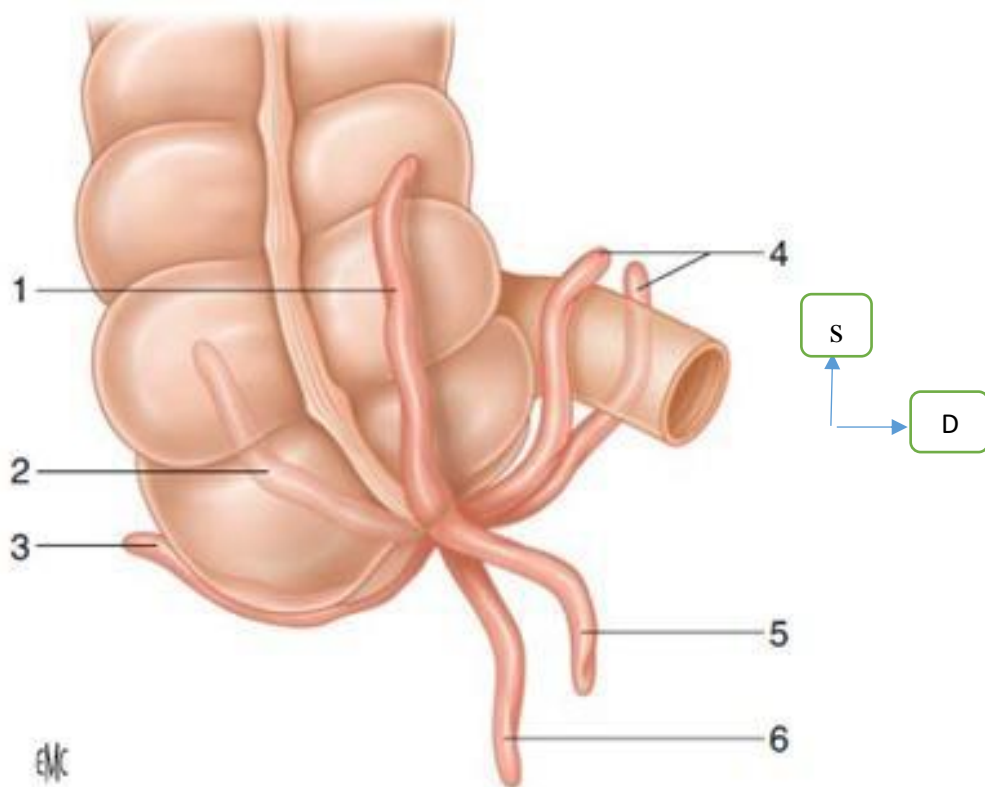


Figure 1: position de l'appendicite 1- Sous Hépatique 2-rétro-caecale intra-péritonéale 3-Rétro-caecale retro-péritonéale 4-Meso-coeliaque pré et post-iléo-caecale 5-Normale 6-Pelvienne[7]

2.1.3 Etio-physiopathologie :

L'appendicite est due :

-soit à une obstruction de la lumière appendiculaire (les germes circulent dans un appendice normal). Si l'appendice est bouché par un corps étranger, les germes stagnent au fond et se multiplient d'où infection.

-Soit à une infection hématogène, ce qui est plus fréquente.

Tous les germes peuvent entraîner l'appendicite. Les plus fréquents sont les colibacilles, le streptocoque, le staphylocoque et même des parasites comme le schistosoma mansoni.

2.1.4 Anatomie pathologie :

Les lésions anatomiques peuvent être :

-Une inflammation de la muqueuse : infiltrats de polynucléaires et ulcérations de la muqueuse appendicite (catarrhale) ;

- Une suppuration endoluminale (appendicite phlegmoneuse) ;
- Une nécrose pariétale partielle (appendicite perforée) ou totale (appendicite gangreneuse).

En cas de perforation, il y'a contamination septique de la cavité péritonéale, qui peut soit resté localisée (Abscess appendiculaire) soit se généraliser à toute la cavité péritonéale (Péritonite appendiculaire).

2.1.5 Les signes fonctionnels :

- La douleur de la fosse iliaque droite sourde, progressive et permanente sans irradiation ;
- Les vomissements.
- Troubles du transit diarrhée/constipation

2.1.6 Les signes généraux :

- La température à 37,5- 38°C.
- La TA normale
- La langue est saburrale.
- Au stade de début l'état général est bon.

2.1.7 Les signes physiques :

- à l'inspection, l'abdomen respire ;
- la palpation révèle une douleur accompagnée d'une défense de la FID ;
- à l'auscultation, les bruits abdominaux sont normaux au début
- le TR et le TV trouvent une douleur à droite dans le douglas ;

2.1.8 Les signes para cliniques :

- la NFS montre une hyperleucocytose (1.500 à 20.000) surtout à polynucléaires neutrophiles;
- A l'échographie il y'a un épaissement de la paroi appendiculaire: image en doigt de gant

2.1.9 Principes du traitement des appendicites aiguës :

2.1.9.1 Appendicite catarrhale :

Le traitement est l'appendicectomie.

2.1.9.2 L'abcès appendiculaire nécessite :

Une appendicectomie

Une antibiothérapie

Le drainage de la FID

2.1.9.3 La péritonite :

Une réanimation pré, per, postopératoire jusqu'à la reprise du transit intestinal.

La mise en place d'une sonde gastrique aspirative.

Une appendicectomie.

Une toilette péritonéale.

Un drainage de la FID.

Une antibiothérapie.

2.1.9.4 Le plastron appendiculaire :

Une réanimation médicale

La glace sur la FID

Une antibiothérapie

Une surveillance médicale rigoureuse

Si les troubles disparaissent totalement, il faut faire l'appendicectomie après 8-12 semaines.

Si les troubles persistent, il faut faire l'appendicectomie à main forcée. Cette appendicectomie sera difficile à cause des adhérences.

2.2 Les péritonites aiguës :

2.2.1 Définition :

Une péritonite est une inflammation aiguë de la séreuse péritonéale qui peut être généralisée à la grande cavité péritonéale (le cas le plus fréquent et l'aspect clinique le plus éloquent) ou localisée (loges sous phréniques ; gouttières pariéto-coliques ; cul – de – sac de douglas)

2.2.2 Physiopathologies générales :

La physiopathologie des péritonites résulte essentiellement de deux phénomènes qui, cumulés, peuvent induire un état de choc à composante septique plus ou moins important. Il s'agit:

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

D'un syndrome infectieux, lui-même cumul de phénomènes complexes.

2.2.3 Etiologies :

L'étiologie peut modifier sensiblement la présentation clinique et l'évolution de la péritonite. Les différentes péritonites sont :

La péritonite primitive

La péritonite appendiculaire

La péritonite par perforation d'ulcère gastrique ou duodéal

La péritonite typhique

La péritonite d'origine génitale

La péritonite biliaire

La péritonite par perforation colique

La péritonite post -opératoire

2.2.4 Traitements :

Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps :

Temps pré- opératoire

Temps opératoire proprement dit

Temps post opératoire.

Le traitement médical est double :

Anti-infectieux par l'antibiothérapie dont l'objectif principal est d'éviter ou de contrôler une diffusion de l'infection ;

Réanimations hydro- électrolytiques pour compenser les pertes.

Le traitement chirurgical est le centre de la démarche. Il consiste à traiter la cause, à évacuer et à drainer la collection purulente. C'est le point important du traitement anti- infectieux lui-même, qui seul interrompt l'évolution et autorise le retour à un fonctionnement normal du péritoine et des anses intestinales.

Principes du traitement chirurgical :

La chirurgie utilise deux grands moyens :

- le traitement de l'organe responsable ;
- le traitement de la cavité péritonéale (évacuation de l'épanchement péritonéal, toilette péritonéale et drainage de la cavité).

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

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

2.3 Les occlusions intestinales aiguës :

2.3.1. Définition :

L'occlusion intestinale est un arrêt brutal complet et persistant du transit (des matières et des gaz) dans un segment intestinal.

Il existe des occlusions organiques, des occlusions fonctionnelles et des occlusions mixtes.

2.3.2. L'occlusion organique :

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

Strangulation (exemple : volvulus, invagination).

Obstruction.

Compression.

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

Une hernie étranglée

Un volvulus

Une invagination intestinale.

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

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

Une élévation de pression des gaz dans l'intestin en amont de l'obstacle peut entraîner une perforation de l'intestin : c'est la perforation diastasique.

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

2.3.3. L'occlusion fonctionnelle :

Elle se fait par inhibition du nerf intestinal.

2.3.4. L'occlusion mixte :

C'est une association de l'occlusion fonctionnelle et de l'occlusion mécanique.

En général elle est due à une infection.

2.3.5. Signes cliniques :

2.3.5.1. Les signes fonctionnels sont caractérisés par :

Des douleurs abdominales brutales ou progressives dont le type est fonction de l'étiologie ;

Des vomissements d'abord alimentaires puis bilieux et enfin fécaloïdes (au stade tardif) peuvent être tardifs ou précoces (en fonction du siège de l'occlusion) ;

Un arrêt des matières et des gaz.

2.3.5.2. Les signes généraux sont caractérisés par :

Une chute de la TA (tardive) à cause des vomissements et des déperditions plasmatiques dans la lumière intestinale ;

Une accélération du pouls ;

Une température qui est fonction de l'étiologie ;

2.3.5.3. Les signes physiques sont caractérisés par :

Un météorisme abdominal, parfois une cicatrice abdominale (qui fait suspecter l'étiologie), à l'inspection.

Un péristaltisme qui traduit la lutte intestinale contre l'obstacle.

Une douleur provoquée dont le siège traduit la zone de souffrance de l'intestin, à la palpation.

Une absence de contracture.

Une tuméfaction qui n'est retrouvée que dans certains cas.

Une présence d'un tympanisme, souvent tardif à la percussion.

Une présence et une accentuation de bruits hydro aériques à l'auscultation.

Une présence des signes qui sont fonction du siège et de l'étiologie de l'occlusion au toucher pelvien (TR, TV).

Une palpation des orifices herniaires recherche une hernie étranglée.

2.3.6. Les signes para cliniques :

2.3.6.1. La radiographie de l'abdomen sans préparation debout de face ou assis de face ou même couché de profil montre des niveaux hydro aérique. Un seul niveau hydro aérique suffit pour poser le diagnostic d'occlusion. Il est important de préciser le nombre, le siège et l'aspect des niveaux hydro aériques.

2.3.6.2. Le lavement baryté :

Il est important pour rechercher le siège et la cause de l'occlusion du colon.

2.3.6.3. Le transit du grêle :

Il est effectué en dehors des périodes de vomissements, peut montrer un obstacle sur l'intestin grêle.

2.3.6.4. Les signes biologiques :

Des troubles hydro électrolytiques, car l'occlusion entraîne une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acido-basique. Ces troubles hydro électrolytiques souvent fonctionnels sont constatés sur l'ionogramme (souvent une hyper natrémie), l'azotémie ou la créatinémie (souvent une hyper azotémie ou hyper créatinémie).

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

2.4. La Cholécystite aigue :

La cholécystite aiguë est une inflammation de la paroi vésiculaire plus ou moins associée à une infection de son contenu. Compte tenu de la fréquence de la pathologie lithiasique, on considère que 15 % de la population générale présente une lithiase, celle-ci représente 90% des causes des cholécystites aiguës.

Le diagnostic est orienté par l'examen clinique et l'échographie abdominale.

Le traitement est une urgence qui reste chirurgicale dans l'immense majorité [7].

2.5. Abscess Hépatique :

L'abcès hépatique est une collection suppurée située au sein du parenchyme hépatique. Il est causé par une infection bactérienne et/ou parasitaire dont l'origine est souvent digestive bien qu'un certain nombre d'abcès soient d'origine extra-abdominale. Il est important de connaître les mécanismes et les germes impliqués dans la survenue des abcès du foie, afin de comprendre le bilan diagnostique à réaliser et l'attitude thérapeutique à adopter [7].

METHODOLOGIE

IV METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude :

Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de Fana.

2-Situation Géographique :

A. La commune de Fana

Le Guégnéka (zone à laquelle appartient Fana) fut une entité historique vassale de l'ancien royaume bambara de Ségou. Cette entité couvrait le territoire de l'ex-arrondissement de fana.

Le mot guégnéka serait une déformation de « goué-nièka » qui se traduit par « sur le côté droit de goué ». Goué était une place forte sur la rive gauche du fleuve Niger à la hauteur de l'actuelle ville de Ségou. Le guégnéka serait donc un pays en amont de goué sur la rive droite du fleuve Niger et éloigné des berges.

La ville de FANA chef-lieu de l'actuelle commune rurale fut fondée vers 1754 par deux frères Coulibaly, chasseurs venus de BENDOUGOU – NIAMANA (actuelle cercle de Bla). Ils auraient demandé et obtenu l'hospitalité du village de Ballan qui était jadis localisé dans le Guégnéka. La ville de Fana tirerait son nom de celui du plus jeune des deux frères qui s'appelait « Fanakoro » et qui fut plus célèbre que son aîné « Niama ». C'est vers les années 1776 que vint s'installer avec les frères Coulibaly l'ancêtre des TRAORE répondant au nom de Binaba et qui est originaire de kan fana (Actuelle cercle de Sikasso). Les COULIBALY et les TRAORE cohabitent pacifiquement. Ils se partagent alternativement la chefferie du village. Il arriva un moment où n'ayant plus d'hommes en âge de briguer le poste dans leur famille, les Coulibaly laisseront définitivement la chefferie aux TRAORE. Cette situation demeure jusqu'à nos jours.

Le District Sanitaire de Fana est limité :

- au nord et à l'Est par la préfecture de Barouéli ;

- à l'ouest par la préfecture de Kati ;
- au sud – Ouest par la zone sanitaire de Dioila ;
- au Sud – Est par la préfecture de Koutiala et Bla ;
- au Sud par la préfecture de Sikasso.

Il a une superficie estimée à 7 319 km² répartie entre 168 villages officiels. Avec un climat de type soudano-sahélien caractérisé par une alternance entre une saison sèche répartie entre une période froide (de mi-novembre à mi-mars avec des températures minimales variant de 12 à 14°C) et une période chaude allant de mi-mars à juin avec des températures maximales variant entre 39 et 43°C et une saison pluvieuse s'étendant de juin à mi-novembre.

Le district sanitaire est séparé en deux par le fleuve Baoulé, il est limité au sud et au Sud-Est par le fleuve Banifing. L'aire de Diébé (Zone de Fana) est séparée de l'aire de Banco (zone de Dioila) par le fleuve Bagoé.

En dehors des fleuves ils existent de nombreux petits cours d'eau qui entravent beaucoup le déplacement pendant l'hivernage parmi lesquels on peut citer :

- Le Damankô traverse la commune du nord-est au sud-ouest
- Le Djidian traverse la commune guégnéka du nord au sud sur 21km ;
- Le Bankorokô traverse la commune d'Est à l'Ouest sur 11km ;
- Le Kôba traverse la commune du sud-ouest au sud sur 4km ;

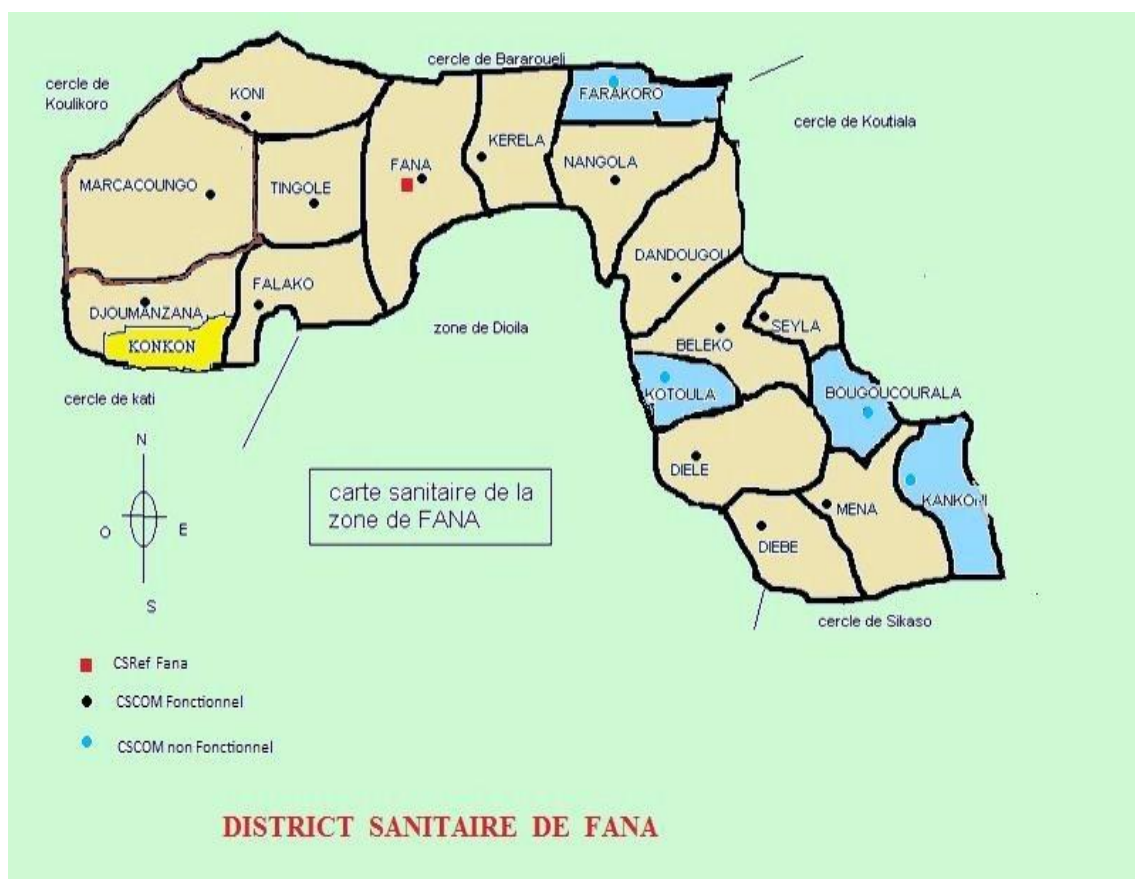


Figure 2 : Cartographie du district sanitaire de Fana

B. Population, ethnies et phénomènes migratoires

La population du District est estimée à 285727 Habitants (RGPH 2016 actualisée), soit 36 habitants au km². Les Bambara sont les chefs traditionnels pour la plus part des localités. Traditionnellement ils sont agriculteurs et /ou chasseurs. Ils sont secondés par les peuhls descendants d'anciens peuhls éleveurs transhumants du Wassolo. Sur le plan relation sociale, il n'existe pas une distinction entre les ethnies en ce qui concerne le travail collectif. La relation qui les unit est la solidarité en toute circonstance. Des tensions sont souvent enregistrées entre les agriculteurs et les éleveurs à propos des champs. C'est une zone d'immigration à cause de l'exploitation du coton et du tabac, la compagnie malienne pour le développement des textiles (CMDT) avec ses saisonniers forment un flux migratoire très important. Dans toute la zone ils existent des interdits alimentaires (totems) en fonction de l'ethnie, de la famille et de la religion. Pour

une grande partie des populations, la maladie est perçue comme un mauvais sort. Ceci fait que le guérisseur ou le marabout du village est en général le premier recours avant de s'en référer aux soins dits modernes. Cette perception est très fréquente chez les analphabètes.

Avec l'extension de la couverture sanitaire, les séances d'information, d'éducation et de communication (IEC) et la disponibilité des médicaments essentiels, cette perception a beaucoup changé, en témoigne la construction de trois Centre de santé communautaire (CSCOM) dans la zone sur fonds propre par les communautés. Les premiers symptômes sont en général considérés comme de simples troubles passagers, le cas n'est considéré comme maladie que quand le malade est impotent ou ne s'alimente plus.

La population est fortement croyante. Elle est répartie entre différentes confessions religieuses. Même si l'Islam est la religion prédominante, les autres fois comme le christianisme et l'animisme ont droit de citer. La langue la plus parlée est le Bamanan.

La commune de Guégnéka est le chef-lieu de la sous-préfecture de FANA.

L'administration est organisée comme suit :

Au niveau des sous-préfectures, le sous-préfet conseille les collectivités territoriales décentralisées et contrôle leurs activités. Le conseil de cercle, structure mandatée par les conseils communaux, est le premier interlocuteur de la préfecture et des services préfectoraux. Le conseil communal est l'instance d'exécution des activités de développement à la base en conformité avec les politiques de l'état.

3-Description du centre de santé de référence de Fana :

Le district sanitaire de FANA est composé d'un centre de santé de référence et 20 centres de santé communautaires fonctionnels. A côté de ces structures, il existe, une infirmerie de la CMDT, deux cabinets de soins à fana, une infirmerie confessionnelle a Béléco, 4 cabinets médicaux à fana, une clinique médicale à Markacoungo, cinq officines privées et un dépôt de vente.

Le Csref dispose d'une unité des urgences, d'une unité de médecine, d'une unité de chirurgie, d'une unité d'odontologie, d'ophtalmologie et d'otorhinolaryngologie ,d'une unité de soins d'accompagnement et de conseil (USAC), d'une unité d'URENI et prise en charge (PEC) pédiatrique, d'une Unité de laboratoire, d'une unité de radiologie, un service d'hygiène assainissement, une unité de programme élargie de vaccination (PEV), une Unité de bloc opératoire, un bloc d'administratif, un bloc de magasin, de deux dépôts de vente, une cantine, une morgue, un bloc de maternité.

4-Type d'étude et période d'étude :

Nous avons mené une étude prospective au centre de sante de référence de Fana. Elle s'est étendue sur une période de douze mois allant du 1^{er} Juillet 2016 au 30 Juin 2017.

5- Critères d'inclusions :

Tout patient opéré dans l'unité de chirurgie générale du centre de santé de référence de Fana pour urgences abdominales chirurgicales en dehors des césariennes.

6-Critères de non inclusions :

Toute douleur abdominale ne nécessitant pas une intervention chirurgicale urgente.

Césariennes

7. Echantillonnage :

Vu les critères sus – cités, nous avons recruté tous les patients qui ont été opéré pour urgences abdominales chirurgicales à l'unité de chirurgie générale.

8. Patients et méthodes :

Le recueil des données a été effectué par nous-mêmes. Un interrogatoire au lit du malade a permis de remplir le questionnaire qui comportait ;

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

9. Les variables d'études :

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

10. Analyse et saisie des données :

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

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi InfoTM (7 et 6.0).

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

11. Considération Ethique : le consentement libre et éclairé des patients a été obtenu

RESULTATS

V-RESULTATS

A-Epidémiologies

Fréquence :

Dans notre étude, sur une période de 12 mois, nous avons recensé 121 cas des urgences abdominales chirurgicales sur 7926 consultations et 599 urgences opérées soient respectivement 1,53% et 20,20%.

Ainsi nous avons reparti les urgences respectivement par ordre de fréquence.

Tableau I : Répartition des patients selon les pathologies rencontrées

Pathologies	Fréquence	Pourcentage %
Appendicite aiguë	45	37,19
Occlusion intestinale	32	26,45
Péritonite	30	24,79
Hemopéritoine	6	4,96
GEU	5	4,13
Eviscération	3	2,48
Total	121	100,00

L'appendicite aiguë a été majoritaire avec 37,19%.

➤ Age

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

Diagnostic préopératoire	TRANCHE D'AGE						Total
	0-15	16-30	31-45	46-60	61-75	76 et plus	
Appendicite aigue	6 13,33	24 53,33	9 20,00	5 11,11	0 0,00	1 2,22	45 100,00
%							
Eviscération	3	0	0	0	0	0	3
%	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
GEU rompue	0	4	1	0	0	0	5
%	0,00	80,00	20,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Hemopéritoine	2	1	1	1	1	0	6
%	33,33	16,67	16,67	16,67	16,66	00,00	100,00
Occlusion	8	9	5	3	6	1	30
%	25,00	28,12	15,62	9,38	18,75	3,13	100,00
Péritonite aigue	7 23,33	13 43,33	5 16,67	3 10,00	2 6,67	0 00,00	30 100,00
%							
TOTAL	26 100,00	51 100,00	21 100,00	12 100,00	9 100,00	2 100,00	121 100,00

Dans cette étude la tranche d'âge de 16-30 ans a été majoritaire avec 42,15%.

Moyenne : 29,95 ans ± 18,7134

Minimale : 2 ans

Maximale : 90 ans

➤ **Sexe :**

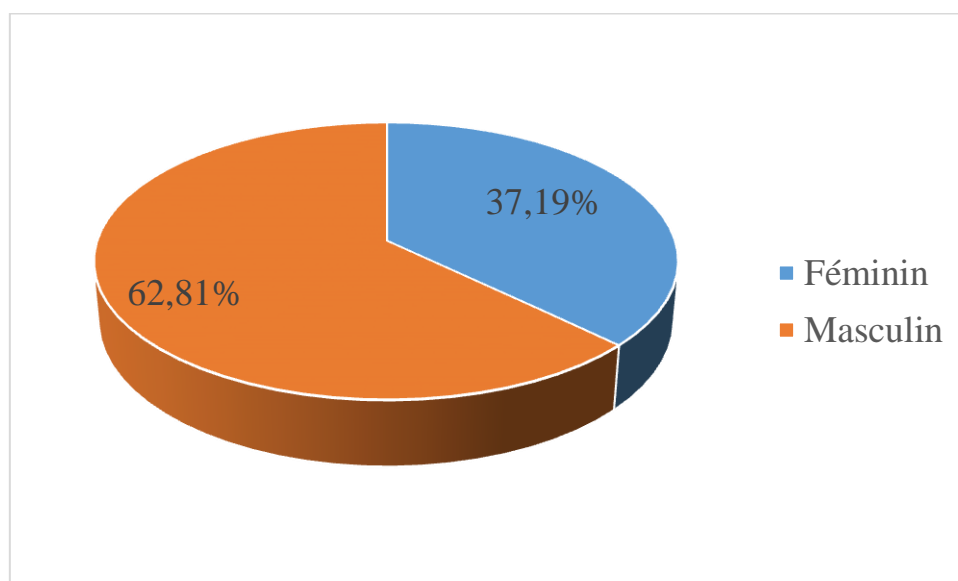


Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe

➤ **Provenance**

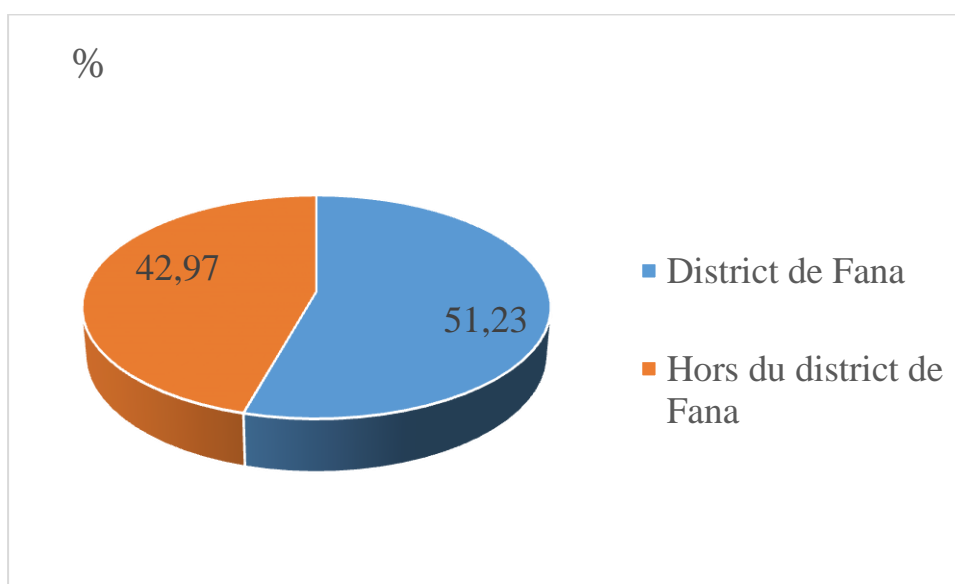


Figure 4: Répartition des patients selon la provenance.

➤ **Profession****Tableau III: Répartition des patients selon la profession**

PROFESSION	Fréquence	Pourcentage %
Ménagère	31	25,62
Commerçant	4	3,31
Cultivateur	45	37,19
Etudiant/Elève	23	19,01
Fonctionnaire	2	1,65
Autres	16	13,22
Total	121	100,00

Les cultivateurs ont été majoritaires avec 37,19%.

➤ **Ethnies****Tableau IV: Répartition des patients selon l'ethnie**

ETHNIE	Fréquence	Pourcentage %
Sonrhäi	12	9,92
Bambara	79	65,29
Peulh	23	19,01
Soninké	5	4,13
Autres	2	1,65
Total	121	100,00

Les Bambara ont été majoritaires avec 65,29%.

Antécédents**Tableau V : Répartition des patients selon les antécédents médicaux**

ATCD	Nombre	Pourcentage %
HTA	8	6,61
Diabète	0	00
UGD	13	10,74
Asthme	4	3,31
Aucun	96	79,34
Total	121	100

Les 79,34% de nos patients n'avaient pas d'antécédents particuliers.

Tableau VI : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage %
Hernie	6	4,96
Laparotomie	3	2,48
Appendicite	4	3,31
Césarienne	2	1,65
Aucun ATCD	106	87,60
Total	121	100,00

Les 12,4% de nos patients avaient des antécédents chirurgicaux.

B-Clinique➤ **Les signes généraux****Tableau VII : Répartition des patients selon les signes généraux**

Caractéristiques	Fréquence	Pourcentage %
Conjonctives et téguments		
Pâles	9	7,43
Moyennements colorés	32	26,45
Colorés	80	66,12
Plis de déshydratation		
Présent	37	30,58
Absent	84	69,42
Fréquence cardiaque		
[60-80[	59	48,76
[81-100[	55	45,45
≥101	7	5,79
Fréquence respiratoire		
[14-22[	86	71,07
≥23	35	28,93
Tension artérielle		
≤10/7	38	31,40
[10/7-14/9[	71	58,68
≥14/9	12	9,92
Température		
≤37,5	56	46,28
[37,5-38,5[	47	38,84
[38,5-39,5[	15	12,40
≥39,5	3	2,48
Indice de Karnofsky		
Supérieur ou égal à 70	103	85,12
Inférieur à 70	18	14,88

➤ **Les signes fonctionnels**

Tableau VIII : Répartition des patients selon les motifs de consultations

Motifs de consultation	Fréquence	Pourcentage %
Douleur abdominale	105	86,78
Douleur/ Fièvre	6	4,96
Douleur/Métrorragie	4	3,30
Douleur/ Vomissement	6	4,96
Total	121	100

La douleur abdominale était présente chez tous nos patients.

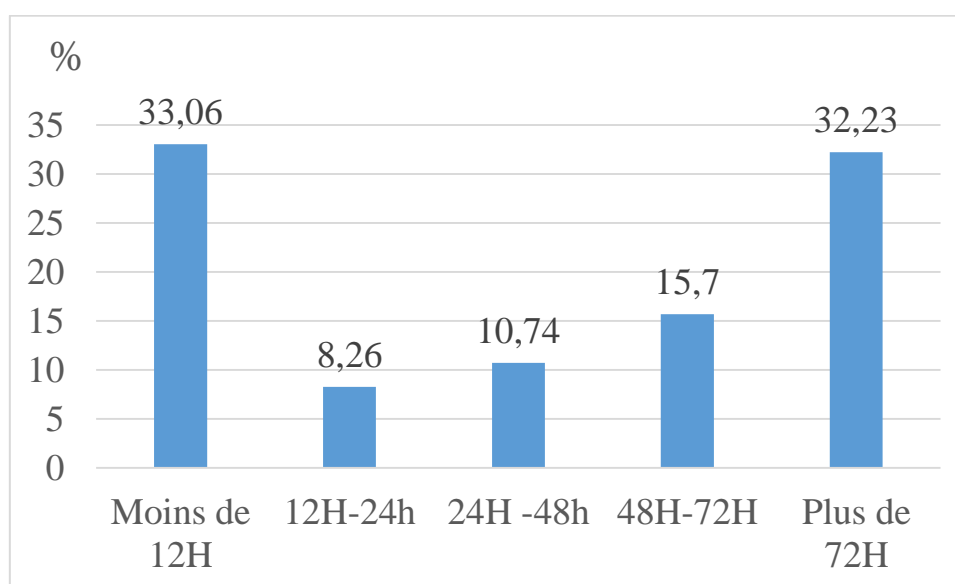


Figure 5: Répartition des patients selon le début du signe et le moment du diagnostic

Les 52,06% de nos patients ont été consultés dans les 48 heures qui ont suivi le début de la douleur.

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

Siège	Fréquence	Pourcentage %
Epigastrique	4	3,31
Hypochondre droit	2	1,65
Hypochondre gauche	4	3,31
Péri-Ombilicale	5	4,13
FID	45	37,19
FIG	2	1,65
Pelvienne	13	10,74
Inguinale droite	4	3,31
Inguinale gauche	3	2,48
Diffuse	39	32,23
Total	121	100,00

La douleur de la fosse iliaque droite a été majoritaire avec 37,19%.

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

Type de la douleur	Fréquence	Pourcentage %
Brûlure	105	86,78
Colique	6	4,96
Crampe	4	3,30
Douleur/ Vomissement	6	4,96
Total	121	100

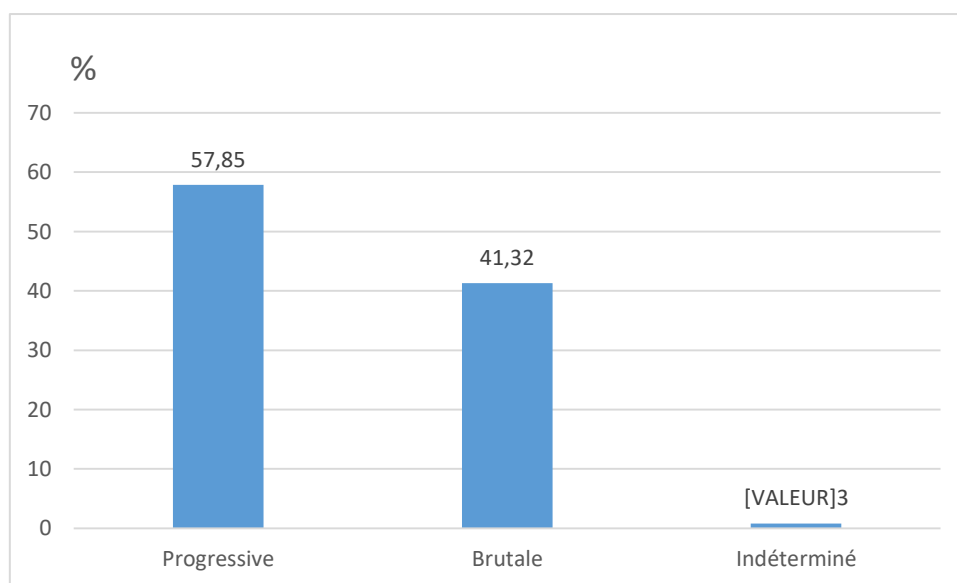


Figure 6 : Répartition des patients selon le mode d'installation de la douleur

Tableau XI : Répartition des patients selon l'irradiation

Irradiation	Fréquence	Pourcentage %
Epigastrique	0	0,00
Hypochondre droit	2	1,65
Hypochondre gauche	1	0,83
Péri-Ombilicale	7	5,79
FID	11	9,09
FIG	8	6,61
Pelvienne	18	14,88
Diffuse	57	47,11
Sans irradiation	17	14,04
Total	121	100,00

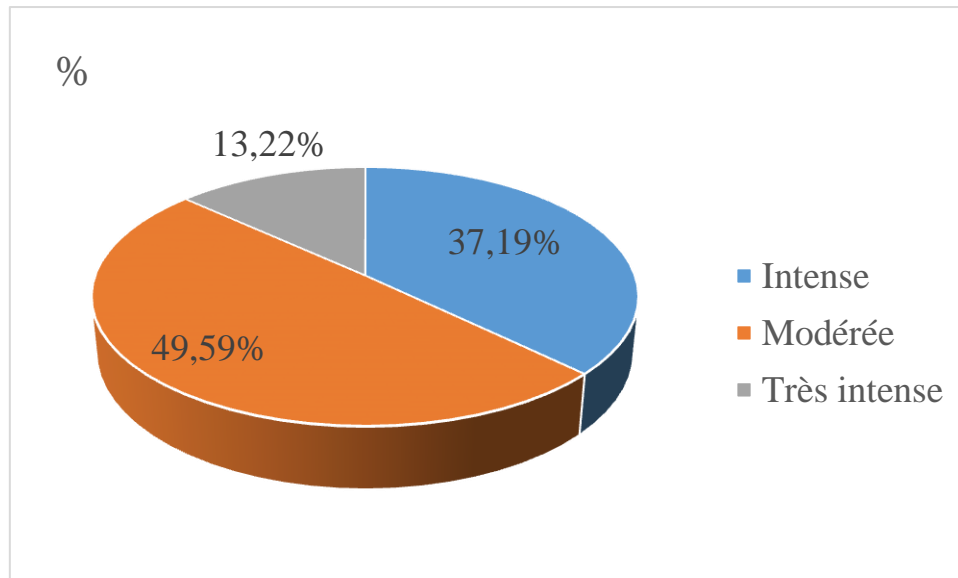


Figure 7 : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur

Tableau XII : Répartition des patients selon les signes d'accompagnements

Signes d'accompagnements	Fréquence	Pourcentage %
Vomissements		
Présent	72	59,50
Absent	49	40,50
Fièvre		
Oui	83	68,60
Non	38	31,40
Ballonnement abdominal		
Présent	7	5,79
Absent	114	94,21
Arrêt des matières/Gaz		
Oui	30	24,79
Non	91	75,21
Plaie		
Oui	3	2,48
Non	118	97,52

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

Inspection	Fréquence	Pourcentage %
Distension abdominale		
Oui	72	59,50
Non	49	40,50
Plaie abdominale		
Oui	3	2,48
Non	118	97,52
Cicatrice abdominale		
Oui	15	12,40
Non	106	87,60
Tuméfaction inguino-scrotale		
Oui	10	8,26
Non	111	91,74
Tuméfaction ombilicale		
Oui	3	2,48
Non	118	97,52
Respiration abdominale		
Difficile/Absente	85	70,25
Normale	36	29,75

Tableau XIV : Répartition selon les signes à la palpation

Palpation	Fréquence	Pourcentage %
Défense abdominale		
Péri-ombilicale	3	2,48
Hypochondre droit	2	1,65
Hypochondre gauche	2	1,65
Diffuse	55	45,45
Epigastrique	1	0,83
FIG	10	8,27
FID	48	39,67
Contracture		
Oui	33	27,27
Non	88	72,73

La contracture a été retrouvée chez les 27,27% de nos patients.

Tableau XV : répartition selon les signes à l'auscultation

Bruits hydro-aériques	Fréquence	Pourcentage %
Diminués	29	23,97
Augmentés	30	24,79
Silence abdominal	6	4,96
Normal	56	46,28
Total	121	100

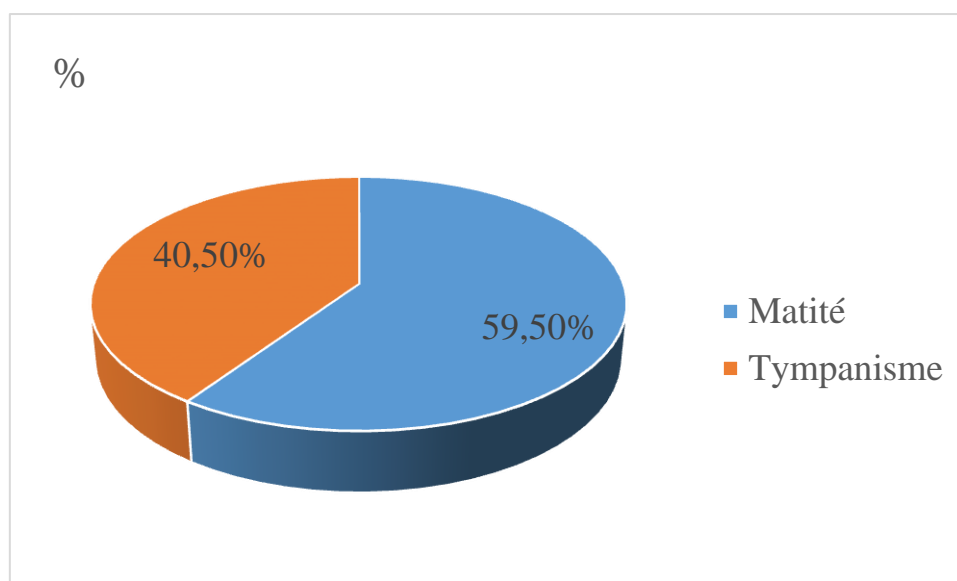


Figure 8 : Répartition des patients selon la percussion

Tableau XVI : Répartition des patients selon le résultat du toucher rectal

Toucher rectal	Fréquence	Pourcentage %
Douleur à droite	40	33,06
Cris de douglas	32	26,45
Rectum vide	22	18,18
Non fait	13	10,74
Normal	14	11,57
Total	121	100,00

La douleur dans le douglas à droite a été retrouvée chez les 33,06% de nos patients.

C-Examens complémentaires**➤ ASP****Tableau XVII : répartition des patients selon le résultat d'ASP**

Résultat d'ASP	Fréquence	Pourcentage %
Croissants gazeux	30	24,80
Grisaille	30	24,80
Niveaux hydro-aériques	25	20,66
Sans particularités	1	0,83
Non fait	65	53,71
Total	121	100,00%

L'ASP a été réalisé chez 46,29% de nos patients.

Echographie**Tableau XVIII : Répartition des patients selon le résultat d'échographie**

Résultat d'échographie	Fréquence	Pourcentage
Epanchement	6	4,96
GEU rompue	3	2,48
Epaississement de la paroi appendiculaire	15	12,40
Image en doigt de gants	1	0,83
Torsion de kyste	1	0,83
Non fait	95	78,50
Total	121	100,00%

L'échographie a été réalisée chez 21,50% de nos patients.

➤ **La biologie**

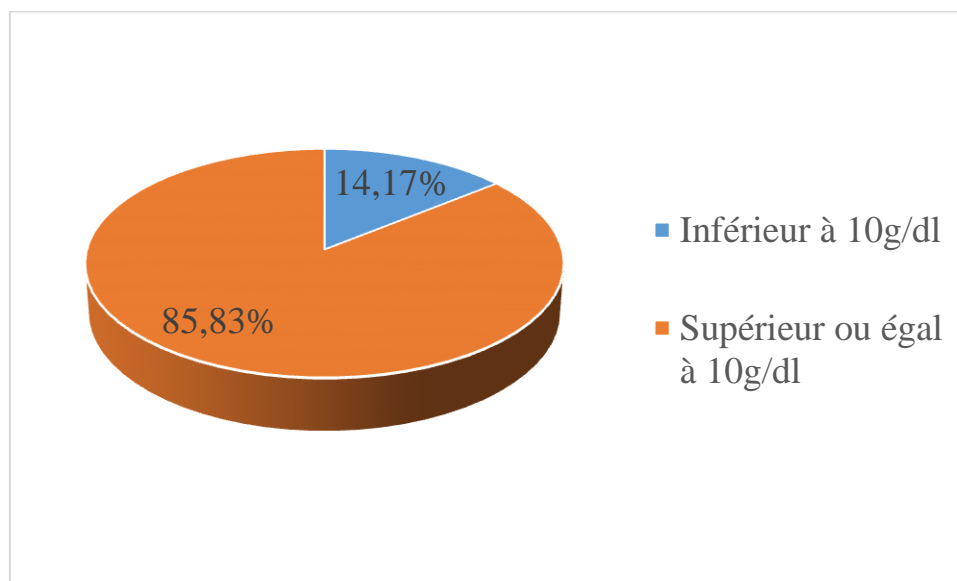


Figure 9 : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine

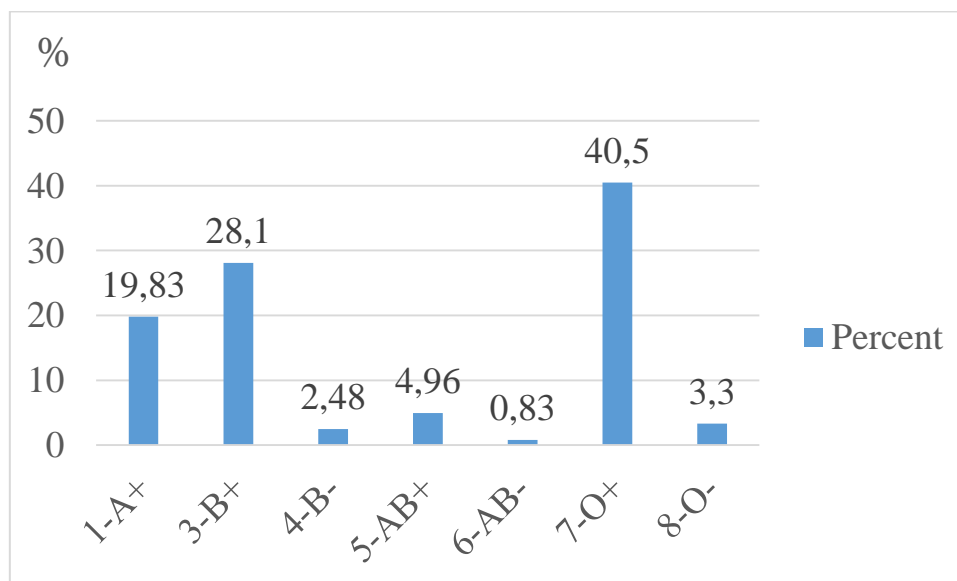


Figure 10 : Répartition des patients selon le Groupage Rhésus

Le Test de Grossesse a été effectué chez 4,13% de nos patients.

D-Aspects thérapeutiques

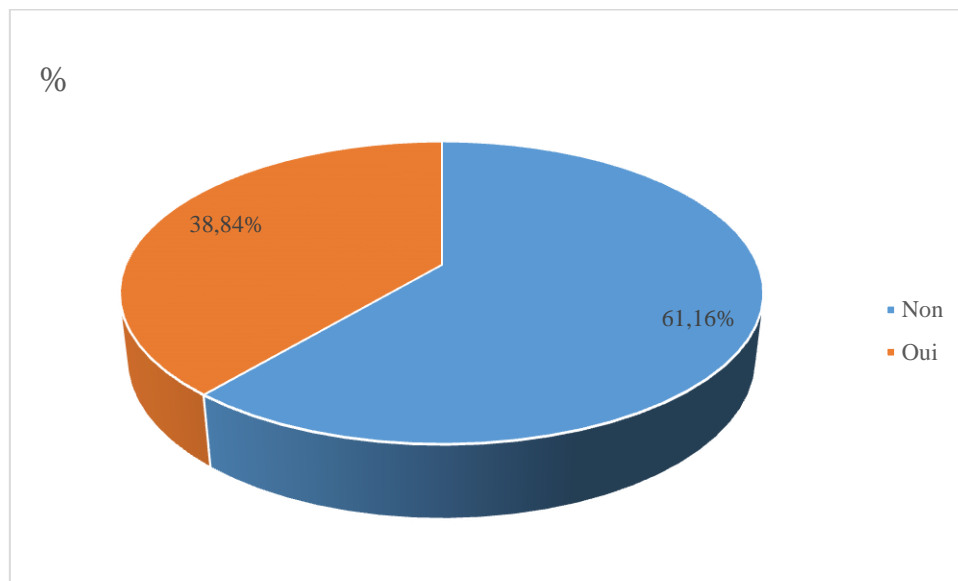


Figure 11 : Répartition des patients selon le traitement traditionnel reçu avant l'admission.

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

Traitement reçu avant L'admission	Fréquence	Pourcentage %
Antalgique	62	51,24
Antibiotique/ Antalgique	16	13,22
Antispasmodique/ Antalgique	12	9,92
Anti-inflammatoire/ Antalgique	4	3,31
Aucun traitement	27	22,31
Total	121	100

Les 77,69% de nos patients ont reçu des antalgiques avant l'admission.

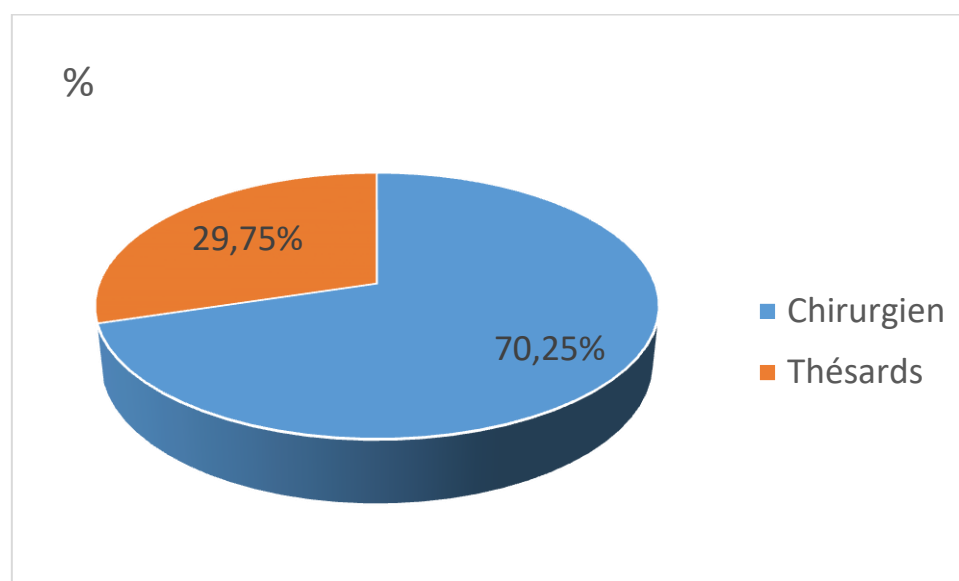
**Figure12 : Répartition des patients selon l'opérateur.**

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

Type d'anesthésie	Fréquence	Pourcentage%
Générale	72	59,5
Locale	4	3,31
Rachis	45	37,19
Total	121	100

Les 59,5% de nos patients ont été opérés sous anesthésie générale.

1-Appendicite

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

Aspects macroscopique	Fréquence	Pourcentage
Abcès appendiculaire	9	20,00%
Appendice catarrhal	32	71,11%
Appendice gangreneux	1	2,22%
Appendice phlegmoneux	3	6,67%
Total	45	100,00%

L'appendice catarrhal a été retrouvé chez 71,11% de nos patients dans cette série.

Tableau XXII : Répartition des patients selon la technique opératoire

Technique opératoire	Fréquence	Pourcentage
Appendicectomie simple	2	4,44%
Appendicectomie et enfouissement du moignon	34	75,56%
Appendicectomie, enfouissement du moignon, lavage et drainage	9	20%
Total	45	100,00%

Appendicectomie avec enfouissement du moignon appendiculaire a été réalisée chez les 75,56% de nos patients dans cette série.

2-Occlusion intestinale

Tableau XXIII: Répartition des patients en fonction de l'étiologie de l'occlusion

Etiologies de l'occlusion	Fréquence	Pourcentage %
Occlusion par adhérence	10	31,25
Occlusion par Bride	1	3,13
Occlusion par hernie étranglée	13	40,62
Occlusion par invagination iléo-iléale et iléo-caecale	2	6,25
Occlusion par volvulus du colon sigmoïde	5	15,62
Occlusion par Tumeur du sigmoïde	1	3,13
Total	32	100,00

L'occlusion par étranglement herniaire a été majoritaire avec 40,62% dans cette série.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la technique opératoire

Techniques opératoires	Fréquence	Pourcentage %
Adhésiolyse, vidange et lavage de la cavité abdominale	10	31,25
Desinvagination et lavage de la cavité abdominale	1	3,13
Dévolvulation	2	6,25
Hémi-colectomie droite, anastomose iléo-transversale termino-terminale, lavage	1	3,13
Section de la bride	1	3,12
Cure de la hernie	13	40,62
Sigmoïdectomie + anastomose colorectale termino-terminale en un temps, lavage et drainage	4	12,5
Total	32	100,00

Le traitement du sac et cure de la hernie a été pratiqué chez les 40,62% de nos patients dans cette série.

3- Péritonite aiguë**Tableau XXV : Répartition des patients selon l'étiologie de la péritonite**

Etiologie de la péritonite	Fréquence	Pourcentage
Ascite infectée	1	3,33%
Péritonite Gynécologique	2	6,67%
Péritonite appendiculaire	9	30,00%
Péritonite par perforation gastrique	6	20,00%
Péritonite jéjunale	1	3,33%
Péritonite iléale typhique	7	23,34%
Péritonite Tuberculeuse probable	4	13,33%
Total	30	100,00%

La péritonite appendiculaire a été majoritaire dans cette série avec 30%.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la technique opératoire

Techniques opératoires	Fréquence	Pourcentage %
Appendicectomie, enfouissement du moignon, lavage et drainage	9	30,00
Aspiration du liquide, lavage de la cavité abdominale et drainage	4	13,33
Salpingectomie	2	6,67
Résection anastomose iléo-iléale, lavage et drainage	2	6,67
Exérèse de la berge, suture de la perforation, lavage et drainage	13	43,33
Total	30	100,00

Les 43,33% de nos patients dans cette série avaient suivi une excision, suture de la perforation, lavage et drainage.

4-Hemopéritoine

Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction de l'étiologie de l'hémopéritoine

Etiologie de l'hémopéritoine	Fréquence	Pourcentage %
Hémopéritoine par saignement de l'épiploon	1	16,67
Hémopéritoine par rupture du parenchyme hépatique	2	33,33
Hémopéritoine par rupture du parenchyme splénique (sans atteinte vasculaire)	3	50,00
Total	6	100,00

La rupture splénique a été majoritaire avec 50% dans cette série.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le point d'impact

Point d'impact	Fréquence	Pourcentage %
Hypochondre gauche	3	50,00
Hypochondre droit	1	16,66
Péri-ombilicale	1	16,67
Indéterminé	1	16,67
Total	6	100

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la technique opératoire

Techniques opératoires	Fréquence	Pourcentage
Aspiration du sang, lavage de la cavité abdominale et drainage	1	16,67
Hémostase par compression lavage de la cavité abdominale et drainage	5	83,33
Total	6	100,00

L'hémostase par compression a été effectuée chez les 83,33% de nos patients dans cette série.

5-Grossesse extra-utérine (GEU)

Tableau XXX : Répartition des patients selon l'étiologie de la GEU

Etiologie de la GEU	Fréquence	Pourcentage
		%
GEU Rompue gauche	2	40,00
GEU rompue droite	3	60,00
Total	5	100,00

La GEU droite a été majoritaire dans cette série avec 60%.

Tableau XXXI : Répartition des patients selon la technique opératoire

Techniques opératoires	Fréquence	Pourcentage %
Salpingectomie droite et lavage de la cavité abdominale	3	60,00
Salpingectomie gauche et lavage de la cavité abdominale	2	40,00
Total	5	100,00

La Salpingectomie a été pratiquée chez toutes nos patientes dans cette série.

6-Eviscération

Tableau XXXII : Répartition des patients selon les causes d'éviscération

Causes	Fréquence	Pourcentage %
Coup de corne	1	33,33
Accident domestique	1	33,33
Arme blanche	1	33,34
Total	3	100

La laparotomie exploratrice a été pratiquée chez tous nos patients dans cette série.

Gestes effectués : exploration, réintégration des viscères, toilettes et fermeture de la cavité abdominale.

E-Suites opératoires**Tableau XXXIII : Répartition des patients selon la morbidité**

Suites opératoires	Suppuration %	Fistule %	Eviscération %	Total %
	0/45	0/45	0/45	0/45
Appendicite	0,00	0,00	0,00	00
	3/32	2/32	0/32	5/32
Occlusion	9,38	6,25	0,00	15,62
	5/30	3/30	2/30	10/30
Péritonite	16,67	10,00	6,66	33,33
	1/6	0/6	1/6	2/6
Hemopéritoine	16,66	00,00	16,66	33,32
	0/5	0/5	0/5	0/5
GEU	0,00	0,00	0,00	00
	0/3	0/3	0/3	0/3
Eviscération	0,00	0,00	0,00	00
Total	9/121	5/121	3/121	17/121
	7,43	4,13	2,47	14,04/100

Le taux de morbidité s'élève à 14,04%.

La suppuration a été le facteur de morbidité le plus fréquent avec 7,43%.

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon la mortalité

Mortalité	Fréquence	Pourcentage %
Appendicite aiguë	1/45	2,22
Occlusion intestinale	3/32	9,38
Péritonite aiguë	3/30	10
Hemopéritoine	1/6	16,67
GEU	0/5	00
Eviscération	0/3	00
Total	8/121	6,61

Le taux de mortalité remonte à 6,61%. Ce taux est plus élevé dans les péritonites avec 10%.

Tableau XXXV : Répartition des patients selon les causes des décès

Les causes de décès	Appendicite %	Occlusion %	Péritonite %	Hemopéritoine %	Total %
Arrêt cardio-respiratoire	0	1	0	0	1
Choc septique	12,5	00	37,5	00	50
Défaillance multi viscérale	0	2	0	0	2
Choc hémorragique	00	25	00	00	25
	0	0	0	1	1
	00	00	00	12,5	12,5
Total	1	3	3	1	8
%	12,5	37,5	37,5	12,5	100

La cause la plus fréquente du décès a été le choc septique avec 50%.

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation post-opératoire

Durée d'hospitalisation post opératoires							
Diagnostic	0-5 Jours	6-10 Jours	11-15 Jours	16-20 Jours	21-25 Jours	≥26 Jours	Total
Appendicite	6	39	0	0	0	0	45
%	13,33	86,67	00	00	00	00	100
Eviscération	1	1	0	0	0	1	3
%	33,33	33,33	00	00	00	33,34	100
GEU rompue	1	3	1	0	0	0	5
%	20	60	20	00	00	00	100
Hemopéritoine	1	2	1	0	1	1	6
%	16,67	33,33	16,67	00	16,67	16,66	100
Occlusion	10	3	14	1	1	3	32
%	31,25	9,38	43,75	3,12	3,12	9,38	100
Péritonite	8	2	11	4	2	3	30
%	26,66	6,67	36,67	13,33	6,67	10	100
TOTAL	27	50	27	5	4	8	121
	100	100	100	100	100	100	100

Moyenne= 6,98 jours ± 6,93

Minimum : 0 jours

Maximum : 35 jours

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon le coût du traitement

Coût du traitement FCFA	Fréquence	Pourcentage %
1=Inférieur à 75000	49	40,50
2=75000-125000	19	15,70
3=125000-175000	5	4,13
4=175000-225000	48	39,67
Total	121	100,00

Le coût moyen du traitement a été de 150000 FCFA.

Minimum : inférieur à 75000 FCFA.

Maximum : 175000-225000 FCFA.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**A. Méthodologie**

Nous avons réalisé une étude prospective allant du 01 Juillet 2016 au 30 Juin 2017.

Les difficultés rencontrées ont été :

- La limitation du nombre d'examen complémentaire réalisée.
- Le recours tardif de la population aux structures de santé.
- L'absence d'une unité de Réanimation.

B-Epidémiologie

Tableau XXXVIII: Fréquence des quatre premières urgences abdominales selon les auteurs

Auteurs	Doumbia. A.A[5] Mali (2013)	Diabaté. S Bougouni [8] (2014)	Etienne [9] France(1994)	Notre étude Fana (2017)
1 ^{ere}	Appendicite 56/111	Appendicite 37/95	Appendicite	Appendicite 45/121
2eme	GEU 20/111	Occlusion 20/95	Cholécystite	Occlusion 32/121
3eme	Occlusion 8/111	Péritonite 17/95	Occlusion intestinale	Péritonite 30/121
4eme	Péritonite 5/111	GEU 13/95	Ulcère perforé	Hemopéritoine 6/121

Les principales pathologies retrouvées dans notre série ont été : Appendicite aiguë, Occlusion intestinale, Péritonite aiguë et l'hémopéritoine.

➤ **Age** : dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été de 16 à 30 ans avec 42,15% pour une moyenne d'âge de 29,95 ans \pm 18,71. Cette moyenne est comparable à celle de Doumbia .A.A [8] qui avait trouvé une moyenne de 30,1 ans \pm 13,7 avec $p= 0,9$.

Dans la littérature les urgences abdominales chirurgicales concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie de 30 à 45 ans. Nous sommes du même avis que ces auteurs. Cette fréquence juvénile pourrait s'expliquer par la forte activité physique des jeunes.

➤ **Sexe**

Dans notre étude le sexe masculin a été majoritaire avec un sex-ratio de 1,68. Ce résultat est comparable avec celui de Kebe .M [10] qui avait trouvé le sex-ratio 2. Dans la littérature les urgences abdominales chirurgicales concernent les adultes jeunes de sexe masculin.

➤ **Provenance**

Les 51,23% de nos patients venaient du district sanitaire de Fana.

➤ **Profession**

Dans notre étude les cultivateurs ont été majoritaires avec 37,19%. Alors que Maiga A.A [4] avait trouvé que les élèves/étudiants étaient majoritaires avec 22,9%. Ceci pourrait s'expliquer par le lieu d'étude. Car nous avons mené notre étude dans un milieu rural.

➤ **Le moment de la consultation**

La majorité de nos patients a été vue dans les premières 48 heures qui ont suivi le début de la douleur. Le taux élevé a été rapporté au Gabon par Abdou Raouf avec 70,3 % [11].

Le retard à la consultation, habituel en Afrique, est imputable principalement à des facteurs culturels (traitement traditionnel) et surtout économiques.

En général, les frais de consultation, d'hospitalisation et les frais de traitement sont à la charge des patients ; chose qui ne correspond pas toujours à leur pouvoir économique.

➤ **Examen clinique**

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

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

Cette douleur a été rapportée dans la littérature comme motif de consultation le plus fréquent. Diabaté .S [8] et Doumbia A.A [5] avaient trouvé 100 % des cas de douleur dans leurs séries.

- Toucher rectal

Il a été essentiel pour l'orientation diagnostique.

Dans notre série au toucher rectal, la douleur à droite du cul de sac de Douglas était trouvée dans 33,06 % des cas, elle était partout dans le Douglas dans 26,45% des cas, rectum vide dans 18,18% des cas, normal dans 11,57% des cas et non pas été fait chez les 10,74%.

Examens complémentaires

➤ **ASP**

Nous avons réalisé l'ASP chez 46,29% de nos patients. Ce résultat est supérieur à celui de Kebe M. qui avait trouvé 8,67% avec $p= 10^{-6}$ Cette différence pourrait s'expliquer non seulement par le fait que l'ASP est un élément capital dans le diagnostic des urgences abdominales chirurgicales, mais aussi par le fait qu'il pourrait servir à un document médico-légal.

Pour les occlusions et les péritonites le diagnostic a été évident (présence des niveaux hydro-aériques et des grisailles) chez tous nos patients.

➤ **Echographie**

L'échographie a une place importante dans le diagnostic des urgences abdominales chirurgicales. Au cours de notre étude, elle a été réalisée chez 21,50% de nos patients dont 20,66% ont été concluante. Ce résultat est inférieur à

celui Doumbia A.A. [5] qui avait trouvé 37,62% avec $p=0,008$. Ce taux faible de réalisation d'échographie pourrait s'expliquer par l'indisponibilité de l'échographiste à toutes les heures. La pratique de cet examen en urgence, obligeait un déplacement des patients hors du centre par ses propres moyens ; d'où le retard à la prise en charge thérapeutique. Certains de nos patients ont été référés avec un résultat d'échographie.

➤ **Biologie**

Le taux d'hémoglobine et le groupage/ Rhésus ont été effectués chez tous nos patients. Ce résultat est supérieur à celui de Doumbia A.A [5] qui avait trouvé 78,2%. Cette différence pourrait s'expliquer par la disponibilité du personnel du laboratoire pour assurer les gardes.

III-Etiologies

1-Appendicite aiguë

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

Auteurs	Effectif	Pourcentage	P
Doumbia A. [5], Koulikoro, 2014	56/101	55,44	0,006
Diabaté S [8], Bougouni, 2014	37/95	38,9	0,8
Poudiougou B. [12], Csref/CV, 2015	72/139	51,79	0,02
Mungadi I A,[13],Nigeria,2004	823/2115	38,9%	0,7
Notre étude 2017	45/121	37,19%	

L'appendicite aiguë a été notre première cause des urgences abdominales avec 37,19%. Ce résultat est inférieur à ceux de Doumbia .A.A et Poudiougou .B [5 ; 12] ; Cependant il est comparable à ceux de Diabaté .S et Mungadi .I.A [8 ; 13] Cette différence statistique pourrait être liée à la différence de taille des échantillons.

Nos malades ont été reçus en urgence par une équipe médicale composée par des infirmiers, des thésards, des médecins généralistes et du chirurgien.

L'échographie a été réalisée pour poser le diagnostic dans 33,33% des cas.

Ce résultat est comparable à celui de Kebe M. [10] qui avait trouvé 32% avec $p=0,8$.

Ce taux faible de réalisation d'échographie pourrait s'expliquer par l'indisponibilité de l'échographe à toutes les heures.

Le traitement de l'appendicite aiguë est chirurgical. La voie d'abord des appendicites non compliquées reste l'incision de Mac Burney soit à 88,89%. Ce résultat est inférieur à celui de Diabaté qui avait trouvé 100%. Cette différence pourrait s'expliquer par le retard acquis par nos patients avant l'admission. Tous nos malades ont bénéficié d'une appendicectomie à ciel ouvert.

La cœlioscopie n'existant pas dans notre centre, nous n'avons pas réalisé d'appendicectomie par voie coelioscopique.

Les suites opératoires

Les complications post opératoires dans notre série ont été dominées par le décès soit 2,22%. Ce taux est supérieur à celui de Mungadi [13] au Nigéria qui avait trouvé 0,9%. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon mais aussi par le retard acquis par nos patients avant l'admission.

Le pronostic de l'appendicite reste bon.

2-Occlusion intestinale aigue

Tableau XL : la fréquence de l'occlusion intestinale selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Fréquence	p
Diabaté S. [8] Bougouni, 2014	20/95	21,05	0,35
Mariko B[15] Hôpital Somine Dolo Mopti	101/351	28,8	0,61
Sissoko M [16], Hôpital Fousseyni Daou de Kayes	39/228	28,8	0,62
Notre étude, Fana	32/121	26,45	

L'occlusion est une urgence abdominale et fréquente. Notre fréquence de 26,45% est comparable à celles des autres auteurs [8 ; 15 ; 16].

L'ASP a montré des niveaux hydro-aériques chez 93,75% de nos patients dans cette série. Ce résultat est supérieur à celui de Dembélé A.C [14] qui avait trouvé 78,7% avec $p=0,039$. Ceci s'explique par le fait que l'ASP est un examen de diagnostic de l'occlusion et pourrait servir à un document médico-légal.

Nous avons effectué chez tous nos malades une laparotomie sous et sus ombilicale, qui nous a permis d'effectuer une Adhésiolyse chez 31,25% des malades et la résection anastomose chez 12,5% de nos patients. Ce résultat est inférieur à celui de Doumbia A.A. [5] qui avait réalisé une résection anastomose chez 50% des patients. Ceci pourrait s'expliquer par l'étiologie et le délai de prise en charge.

➤ **Etiologie**

L'étude a permis de trouver l'étiologie suivante : Brides (3,13%), Adhérence (31,25%), Tumeur du sigmoïde (3,13%), Volvulus (15,62%), Invagination (6,25%), Hernies étranglées (40,62%) Alors Mariko B[15] avait trouvé : Hernies étranglée (52,47%), Volvulus (22,77%), Bride-adhérences (18,81%), Tumeur intestinale (2,97%), Invagination (1%).

➤ **Suites opératoires****Tableau XLI : Mortalité selon les auteurs**

Auteurs	Fréquence	Pourcentage %	p
Mariko B [15], ,2011	9/101	8,9	0,7
Dembélé A.C [14], Kati, 2015	3/122	2,4	0,2
Diabaté S [8], Bougouni, 2014	4/20	20	0,5
Notre étude, Fana 2017	3/32	9,38	

Dans cette série le taux mortalité s'élève à 9,38%. Ce taux est comparable à ceux des autres auteurs [8 ; 14 ; 15].

La morbidité a été dominée par la suppuration avec 9,38% contrairement à celle de Doumbia A.A [5] dont la morbidité a été dominée par la fistule digestive avec 25%.

Plusieurs facteurs peuvent influencer les suites opératoires : les étiologies de l'occlusion, les tars associés, l'âge avancé des patients, le retard de la prise en charge et la technique opératoire.

3-Péritonite aigue

Tableau XLII : fréquence de péritonite aiguë selon les auteurs

Auteurs	Fréquence	Pourcentage %	p
Samassekou P [17], Koulikoro, 2009	9/63	14,28	0,09
AZGAOU I., BENELKHAIAT BENOMAR R., FINECH B. [18] Maroc 2011	360/3673	9,8	0,00
Diabaté S. [8], Bougouni, 2014	17/95	17,98	0,22
Ouangé E. [19], Burkina Faso, 2013	221/708	31,2	0,15
Notre étude, Fana, 2017	30/121	24,79	

Notre fréquence de 24,79% est comparable à celles de Diabaté S, Samassekou P et de Ouangé [8 ; 17 ; 19]. Cependant elle est supérieure à celle de AZGAOU .I et Coll. [18] avec $p= 0,00$.

Tableau XLIII : les étiologies des péritonites aiguës selon l'auteur

Auteurs	1	2	3
Berthé I. [20], CHU Point-G, 2008	Iléale 65,72%	Gastriques 8,57%	Appendiculaire 25,71%
Diabaté S. [8], Bougouni, 2014	Iléale 41,17%	Gastriques 3,15%	Appendiculaire 29,41%
Notre étude, Fana 2017	Appendiculaire 30%	Gastrique 20%	Iléale 23,34%

Dans notre étude la péritonite appendiculaire était retrouvée chez 30% des patients dans cette série contrairement à celles de Diabaté S. [8] et Berthé I. [20] qui avaient trouvé que la péritonite iléale était majoritaire avec 41,17% et 65,72%.

➤ Suites opératoires

La Mortalité

Malgré les progrès de la réanimation, l'amélioration des techniques chirurgicales et une antibiothérapie de plus en plus adaptée, le pronostic de la péritonite reste toujours sombre.

Le taux de mortalité s'élève à 10% dans notre étude. Ce résultat est comparable à celui de Coulibaly C.A.T [21] qui avait trouvé 15,2% avec $p=0,66$.

La Morbidité

La péritonite aiguë est une pathologie septique, ce qui pourrait favoriser la survenue des infections après l'intervention. La morbidité a été dominée dans cette série par la suppuration avec 16,67%. Ce résultat est comparable à celui de Diabaté S [8] qui avait trouvé 11,7% avec $p=0,80$.

4-Hemopéritoine Traumatique

Tableau XLIV : fréquence de l'hémopéritoine en fonction de l'auteur

Auteurs	Effectif	Fréquence	p
Mehinto et al. [22], Bénin	53/1262	4,2%	0,69
Diabaté S. [8] Bougouni 2014	08/95	8,42%	0 ,30
Traoré B.C.M [23], Mali 2008 CHU	143/4337	4,7%	0,89
Notre étude, Fana 2017	06/121	4,96%	

Notre fréquence d'hémopéritoine de 4,96% par rapport aux urgences abdominales chirurgicales est comparable à celles retrouvées par : Mehinto et al au Bénin, Traoré B.C.M au CHU GT et Diabaté S à Bougouni. [21 ; 22 ; 8].

L'échographie a objectivé un épanchement chez tous nos patients dans cette série. Actuellement, le traitement opératoire de l'hémopéritoine n'est plus systématique mais notre attitude est restée classique : nous avons réalisé une laparotomie devant tout tableau clinique et/ou paraclinique évocateur d'un hémopéritoine franc ceci s'explique par le manqué du scanner. D'où le taux de 100 % de laparotomie.

➤ Suites opératoires

Mortalité

Le pronostic d'un hémopéritoine traumatique, quelles que soient les circonstances de survenu, est conditionné à la rapidité, la précision du diagnostic lésionnel et également par l'option thérapeutique ; il dépend aussi des lésions associées. Nous avons enregistré 16,67% de décès dans cette série. Ce résultat est supérieur à celui de Traoré B.C.M [22] qui avait trouvé 7,2%. Ceci pourrait

s'expliquer par la taille de l'échantillon et aux recours tardifs aux soins de nos patients.

Morbidité

Le facteur de morbidité a été dominé par une suppuration dans cette série avec 16,67%. Ce résultat est supérieur à celui de Diabaté S. [8] qui avait trouvé 12,5%. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon.

5-Grossesse extra-utérine rompue

Pendant la période d'étude nous avons enregistré 5 cas de GEU rompue soit 4,13% des urgences abdominales chirurgicales et elle occupe la cinquième place.

Notre résultat est comparable à celui de MADOUÉ G. et al [24] qui avait trouvé 2,41%.

L'échographie a objectivé une grossesse extra-utérine rompue avec un épanchement dans le douglas chez 60% de ces cas enregistré. Ce taux est inférieur à celui de Sanogo .D. B [25] qui avait trouvé 84%. Cette différence pourrait s'expliquer par l'absence d'un échographiste averti dans notre district.

➤ La technique opératoire

La Salpingectomie a été la technique pratiquée chez toutes les patientes de ces 5 cas. Ceci s'expliquerait par le fait que toutes les patientes sont reçues au stade de complication (rupture tubaire) rendant ainsi nécessaire la résection de la portion (tubaire) pathologique afin de prévenir ou de diminuer la survenue des récurrences.

➤ Suites opératoires

Dans cette série nous n'avons enregistré aucun décès dans le service au cours de notre période d'étude contrairement à celle de MADOUÉ G B [24] qui avait trouvé un taux de décès à 1,9%. Ceci pourrait s'expliquer par la disponibilité du sang dans le service et la bonne organisation de celui-ci, la présence permanente d'une équipe opérationnelle dans le service, disponible à tout moment pour jouer un rôle fondamental dans la prise en charge immédiate de nos urgences.

6-Eviscérations

Aux cours de notre étude nous avons enregistré 3 cas d'éviscération soit 2,48% des urgences abdominales chirurgicales. Ce résultat est supérieur à celui de Doumbia M [26] qui avait trouvé 1,72%.

➤ **Suites opératoires**

Dans cette série nous n'avons pas enregistré de décès au cours de notre étude contrairement à celui de Sangaré S[27] qui avait trouvé 7,5%.

La morbidité a été dominée par une suppuration soit 66,66% de nos patients dans cette série.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

La fréquence des urgences abdominales chirurgicales est élevée au Csref de Fana avec 20,20%. Le tableau clinique est polymorphe.

Les causes sont multiples et variées ; dominées par les appendicites aigues, les occlusions intestinales et les péritonites.

L'amélioration des aspects thérapeutiques passe par un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate.

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

Recommandations

1. Aux autorités politiques et administratives:

- Doter le Csref d'une unité de réanimation.
- Renforcer les capacités des prestataires sur les urgences abdominales chirurgicales.
- Réhabiliter et équiper les blocs techniques (Laboratoire et Bloc opératoire).
- Doter le Csref d'un spécialiste en imagerie médicale.

2. Au Personnel sanitaire :

- Référer les patients à temps avant les complications.
- Renforcer la collaboration interdisciplinaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Être disponible pour le diagnostic précoce et la prise en charge rapide des patients.

3. A la population de Fana :

- Éviter l'automédication.
- Éviter le traitement traditionnel abusif.
- Se faire consulter dans une structure de santé devant tout cas de douleur abdominale aiguë.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- [1] L. et C. Manilla, *Petit Larousse médical*. Paris, 2010.
- [2] Vally NDUMBI TEMUANGUDI, « Fréquence et prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie de l'Hôpital provincial de Kananga du 01 janvier 2010 au 31 décembre 2012 », Université de Notre- Dame du Kasai RDC, RDC, 2013.
- [3] E. Boccard · F. Adnet · P.-Y. Gueugniaud · A. Filipovics · A. Ricard-Hibon, « Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010 Reçu le 24 février 2011 ; accepté le 12 juillet 2011 © SFMU et Springer-Verlag France 2011 », *Ann Fr Med Urgence*, p. 8, 2010.
- [4] Maiga A.A, « ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES PATHOLOGIES ABDOMINALES CHIRURGICALES D'URGENCE A L'HÔPITAL DE GAO », Thèse de médecine, Fmpos, Gao, 2009.
- [5] Doumbia.A, « URGENCES ABDOMINALES CHIRURGICALES AU C.S. Réf DE KOULIKORO », Thèse de médecine, Fmos, Koulikoro, 2012.
- [6] Richard L. Drake , Wayne Vogl , Adam W. M. Mitchell, *GRAY'S ANATOMIE POUR LES ETUDIANTS*, 2006^e éd. ELSEVIER MASSON.
- [7] MOUTEI H, « GUIDE PRATIQUE DES URGENCES CHIRURGICALES VISCERALES », Thèse de médecine, UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH, Fes (Maroc), 2013.
- [8] S. Diabaté, « Les urgences abdominales chirurgicales », Fmos, Bougouni, 2014.
- [9] J. . Etienne, *Diagnostic des urgences abdominales*. Paris: Chirurgie, 1995.
- [10] M. KEBE, « Evaluation de la Prise en Charge des Urgences Chirurgicales Digestives dans le service de chirurgie B de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes », Fmpos, Kayes, 2009.
- [11] O. Abdou Raouf, J. Guikoumbi R., et J. NDinga, « Les urgences chirurgicales au centre hospitalier de Libreville. », vol. 62, p. 281, 2002.

- [12] B. Poudiougou, « Appendicites aiguës: Aspect épidémiologique-cliniques et thérapeutiques », Fmos, Csref/CV Bamako, 2015.
- [13] I. Mungadi IA, Jabo BA, agwu BA, NP, « appendicectomy in North – western », *Niger J Med*, vol. 240, n° 3, p. 1, 2004.
- [14] A. . Dembélé, « Les occlusion intestinales aiguës dans le service de chirurgie générale de kati », Bamako, CHU DE Kati, 2015.
- [15] B. Mariko, « Occlusion intestinale aiguë mécanique: aspect diagnostic et thérapeutique », Bamako, Hopital Somine Dolo de Mopti, 2011.
- [16] « Les occlusions intestinales: aspects épidémiologiques-cliniques et prise en charge a l'Hopital Fousseyni Daou de Kayes », Bamako, Hopital de Kayes, 2010.
- [17] P. Samassekou, « Urgences chirurgicales digestives », Bamako, Csref/Koulikoro.
- [18] I. AZGAOU, R. BENELKHAÏAT BENOMAR, et B. FINECH, « Profil épidémiologique, clinique, et thérapeutique des péritonites aiguës », Médecine, Université de MARRAKECH, MARRAKECH, MAROC, 2011.
- [19] E. Ouangé, « Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : à propos de 221 cas », vol. 1, n° 2, p. 1, 2013.
- [20] Berthé, « Prise en charge des urgences chirurgicales dans le service A du Point-G », Médecine, Bamako, CHU Point-G, 2008.
- [21] C. A. . Coulibaly, « Etude des péritonites par perforation typhoïde du grêle », Bamako, CHU Gabriel Toure, 2011.
- [22] D. K. Mehinto et al, « Aspects épidémiologiques et diagnostic des contusions abdomino-pelviques chez l'adulte au CNHU-HKM de Cotonou. », Thèse de médecine, Cotonou, Cotonou, 2006.
- [23] C. M. T. Traoré, « Hémopéritoine dans les traumatismes fermés de l'abdomen en service de Chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré », Médecine, Bamako, CHU Gabriel Toure, 2008.

- [24] G. B. MADOUÉ, A. SALEH, I. S. R. WILFRIED, A. TCHARI, et D. KOLOMSO, « Aspects épidémiologiques et pronostic maternel à l'hôpital de district de N'djamena sud (Tchad) », *KisMED*, vol. 6, n° 1, p. 6, 2015.
- [25] D. B. Sanogo, « Aspects Epidémiologiques et Anatomopathologiques de la Grossesse extra-utérine au centre de référence de la commune VI de Bamako », Thèse de médecine, Bamako, Bamako, 2011.
- [26] M. Doumbia, « Etudes des éviscérations abdominales dans les services des urgences chirurgicales de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré », Thèse de médecine, Bamako, CHU Gabriel Toure, 2008.
- [27] Sangaré, « Eviscération aigue post-opératoire aux CHU du Point-G et de Gabriel Touré », Thèse de médecine, Bamako, Bamako, 2009.

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : GUINDO

Prénom : OUMAR YOUSSEUF

Adresse Email et Tel : Oumaryguindo@gmail.com 74104014-63149224

Titre de la thèse : Les urgences abdominales chirurgicales au Csref de Fana.

Année Universitaire : 2016-2017.

Pays d'origine : République du Mali

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et
d'odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale

Objectif général : Etudier les urgences abdominales chirurgicales au centre de santé de référence de Fana.

Résumé :

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée au csref de Fana du 1^{er} Juillet 2016 au 30 Juin 2017. Au cours de l'étude nous avons recensé 121 cas d'urgences abdominales chirurgicales dont 76 hommes et 45 Femmes avec un sexe ratio de 1,68, la moyenne d'âge a été de de 29,95 ans \pm 18,71.

Il s'agissait de 6 Urgences chirurgicales qui sont : L'appendicite aigue (45 cas), Occlusion intestinale (32 cas), Péritonite aigue (30 cas), Hemopéritoine Traumatique (06 cas), GEU (05), Eviscération (3).

La douleur abdominale a été le principal motif de consultation.

L'examen physique a permis dans la majorité de cas de poser le diagnostic. Devant certains cas douteux, nous avons demandé des examens para cliniques (échographie dans 26 cas, ASP dans 56cas et groupage/rhésus dans tous les cas).

Le taux de morbidité a été de 12,4% et de mortalité 6,66%.

Urgences Abdominales Chirurgicales au Csref de Fana

Fiche d'Enquête

Les données administratives :

Q1. Numéro de la

fiché:...../.../.../.../

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

Q4. Nom et prénoms.....

Q5. Age/...../

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

Q7. Adresse habituelle :

Q8. Contact à Fana :.....

Q9. Provenance:.....

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

9. Si autres à préciser :.....

Q11. Ethnie:...../...../

1-Bambara 2-Peulh 3-Dogon 4-Sonrhai 5-Soninke 6-Autres

9. si autres à préciser.....

Q12. Profession:...../.../

1=fonctionnaire 2=commerçant 3=cultivateur 4=ménagère

5=élève/étudiant 7=autres 99=indéterminée

9. Si autres à préciser :.....

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

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

9. Si autres à préciser :.....

Q15. Durée d'hospitalisation préopératoire...../...../

Q16. Durée d'hospitalisation postopératoire...../...../

Q17. Date de sortie:...../.../.../.../

Motif de consultation :

Q18. Motif :/.../

1=douleur abdominale 2=arrêt des matières et de gaz 3=météorisme
abdominale 4=vomissement ou nausées 5=fièvre 6=autres

9. Si autres à préciser :.....

Antécédents :

Q19.Médicaux: 1=ooui 2=non 99=indéterminés /.../

9. Si oui à préciser :.....

Q20.Chirurgicaux: 1=ooui 2=non 99=indéterminés /.../

9. Si oui à préciser:.....

Q21.Familiaux: 1=ooui 2=non 99=indéterminés /... /

9. Si oui à préciser:.....

Q22.Gyneco-obstétriques: 1=ooui 2=non 99=indéterminés /... /

9. Si oui à préciser:.....

Les signes:

Les signes généraux :

Q23.Indice de Karnofsky (en %) :...../.../

1=<70 2= \geq 70

Q24.Plis de déshydratations : 1=ooui 2=non /.../

Q25.conjonctives et tégument:...../.../

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

9. Si autres à préciser :.....

Q26.Temperature en degré

Celsius...../.../

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

5=non quantifiée (cause) :.....

Q27.Pouls en battement par minute:...../.../

1=<60 ,2= [60-80[, 3= [80-100], 4= \geq 100

Q28. Fréquence respiratoire en cycle par minute :..... /.../

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

Q29. IMC :..... /.../

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

Q30. Tension artérielle(en cm Hg) :..... /.../

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

Q31. Score de Glasgow /.../

1=<8, 2= \geq 8

Les signes fonctionnels:

Douleur abdominale :

Q32. Siège de la douleur :..... /.../

1=FID 2=hypogastre 3=FIG 4=flanc droit 5=flanc gauche 6=péri-ombilicale
7=hypochondre droit 8=épigastre 10=hypochondre gauche
11=diffus 12=autre 99=indéterminé

9. Si autres à préciser:.....

Q33. Les irradiations :..... /.../

1=sans irradiations 2=à la pointe de l'omoplate 3=postérieure transfixion
L'épigastre 4=pelvienne 5=autres 99=indéterminées

9. Si autres à préciser:.....

Q34. L'installation de la douleur:

1=brutale 2=progressive 99=indéterminée /..... /.../

Q35. Type de la douleur /.../

1=brûlure 2=piqûre 3=torsion 4=pesanteur 5=écrasement 6=colique
7=crampe 8=autres 99=indéterminé

9. Si autres à préciser :.....

Q36. la durée d'une crise douloureuse :..... /.../

1=5-15min 2=16-30min 3=31-60min 4=1-6h 5=6-24h 6=1-3jours
7=plus de 3 jours

Q37. Intensité selon E.V.A: 1=faible 2=modérée 3=intense 4=très intense /.../

Q38. Evolution: 1=Permanente 2=intermittente 99=indéterminée /.../

Q39.Facteurs d'exacerbation:...../.../

1=pas de facteurs 2=la mobilisation 3=la toux 4=l'inspiration profonde

5=l'alimentation 6=la prise de médicament 7=autre 99=indéterminés

9. Si autres à préciser:.....

Q40.Facteurs d'accalmie:...../.../

1=pas de facteurs 2=mobilisation 3=alimentation 4=prise de médicament

5=vomissement 6=autres 99=indéterminés

9. Si autres à préciser:.....

Q41.Arrêt des matières et des gaz : 1=oui 2=non /.../

Q42.Vomissement : /.../

1=pas de vomissement 2=alimentaire 3=bilieux 4=fécaloïde 5=hématique

6=post prandial précoce 7=post prandial tardif 8=autres 99=indéterminé

9. Si autres à préciser:.....

Q43.Ballonement abdominal : 1=oui 2=non /.../

Q44.Fièvre : 1=oui 2=non /.../

Q45. Signes d'accompagnement : 1=oui 2=non /.../

9. Si oui à préciser :.....

Les signes physiques :

Inspection :

Q46.Abdomen distendu : 1=oui 2=non /.../

Q47.Respiration abdominale : 1=oui 2=non /.../

Q48.Plaie abdominale : 1=oui 2=non /.../

9. Si oui préciser :

-Le siège :.....

-La taille :.....

-Pénétrante : 1=oui 2=non /... /

Q49.Présence de cicatrices opératoires sur l'abdomen : 1=oui 2=non /.../

9. Si oui préciser le siège :.....

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

9. Si oui préciser le siège :.....

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

Palpation :

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

Q53. Défense abdominale :...../.../.../

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

7=hypochondre droit 8=épigastre 10=hypochondre gauche 11=diffuse

12=autres

9. Si autres à préciser :.....

Q54. Contracture abdominale :...../.../.../

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

7=hypochondre droit 8=épigastre 10=hypochondre gauche 11=diffuse

12=autres

9. Si autres à préciser :.....

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

9=Si oui à préciser.....

Q56. Percussion: 1=matité 2=tympanisme /.../

Q57. Auscultation: /.../

1=bruits hydro-aériques normaux 2=bruits hydro-aériques diminués 3=bruits

hydro-aériques augmentés 4=silence abdominal

Q58. Toucher rectal:...../.../.../

1=normal 2=douleur à droite 3=douleur à gauche 4=masse à droite 5=masse à

Gauche 6=douglas bombe 7=glaires sur le doigtier 8=sang sur le doigtier

10=autres

9. Si autres à préciser :.....

Q59. Toucher vaginal:...../.../

1=normal 2=douleur à droite 3=douleur à gauche 4=masse à droite 5=masse

à Gauche 6=glaires sur le doigtier 7=sang sur le doigtier 8=autres

9. Si autres à préciser :.....

Examens Complémentaires :

NFS

Q60. Hémoglobine...../.../

1=<11g/dl 2=>11g/dl

Q61. Hématocrite...../.../

1=<35% 2=>35%

Q62. Leucocytes :.... /.../

1=normale 2=hyper-neutrophile 3=hyper-éosinophilie 4=autres

99=indéterminées

9. Si autres à préciser :.....

Q63. Groupe sanguin et rhésus...../.../

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

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

Q65. ASP :.... /.../

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

5=croissant gazeux 6=autres

9. Si autres à préciser :.....

Q66. Echographie :...../.../

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

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

13=lithiase urinaire 14=autres

9. Si autres à préciser :.....

Diagnostic :

Q67. Diagnostic préopératoire :...../.../

1=appendicite 2=cholécystite 3=péritonite 4=occlusion 5=kyste de l'ovaire

6=imperforation anale 7=hernie étranglée 8=GEU 10=hémopéritoine

11=sténose hypertrophique du pylore 12=autres 99=indéterminé

9. Si autres à préciser :.....

Q68. Diagnostic per opératoire :...../.../

1=appendicite 2=cholécystite 3=péritonite 4=occlusion 5=kyste de l'ovaire

6=imperforation anale 7=hernie étranglée 8=GEU 10=hémopéritoine

11=sténose hypertrophique du pylore 12=autres 99=indéterminé

9. Si autres à préciser :.....

Traitement :

Traitement reçu avant l'admission:

Q69.Medical: 1=ooui 2=non 99=indéterminée /.../

9=Si oui à préciser :.....

Q70.Traitement traditionnel : 1=ooui 2=non 99=indéterminé /.../

9. Si oui à préciser :.....

Médical :

Traitement préopératoire :

Q71. Nature du traitement :...../..../

1=antalgique 2=anti inflammatoire 3=antibiotique 4=antiparasitaire

5=perfusion 6=transfusion 7=autres 99=indéterminée

9. Si autres à préciser :.....

Traitement postopératoire :

Q72.Nature du traitement :...../.../

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

7=autres 99=indéterminée

9. Si autres à préciser :.....

Chirurgical:

Q73. Opérateur :...../.../

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

Q74.Type d'anesthésie :...../.../

1=locale 2=locorégionale 3=A.G

Q75. Technique opératoire :.....

Q76. Nature de l'incision :...../.../

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

9. Si autres à préciser :.....

Q77. Complications peropératoires :...../.../

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

9. Si autres à préciser :.....

Suites opératoires :

Q78. Pendant l'hospitalisation...../.../

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

5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres 99=indéterminées

9. Si autres à préciser :.....

Q79. Suites a un mois :...../.../

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

5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres 99=indéterminées

9. Si autres à préciser :.....

Q80. Suites a trois mois :.... /.../

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

5=éventration 6=éviscération 7=décès 8=autres 99=indéterminées

9. Si autres à préciser :.....

Q81. Mode de suivi :...../.../

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

99=indéterminé

9. Si autres à préciser :.....

Q82. Cout du traitement (CFA):...../.../

1=<75000 2=75000-100000 3=100000-125000

4=125000-150000 5=>150000

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 s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

Je le jure