

Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique



UNIVERSITE DE BAMAKO



République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°...../

Thèse

*ETUDE DES EVISCERATIONS ABDOMINALES DANS LES
SERVICES DES URGENCES CHIRURGICALES, DE CHIRURGIE
GENERALE ET PEDIATRIQUE DU C.H.U GABRIEL TOURE.*

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE/2008

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Par : Mlle Madani DOUMBIA

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

July

Président : Pr. Abdoulaye DIALLO

Membres : Dr. Nouhoum DIANI

Dr. Lassana KANTE

Directeur de thèse: Pr. Gangaly DIALLO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

A ALLAH, le tout puissant, créateur des cieux et de la terre pour m'avoir donné la force et le courage d'accomplir ce travail merci.

Que ton nom soit loué à jamais.

Je dédie ce travail à la mémoire de **mon père Feu Diaman** et **ma mère feu Kadia Haidara** vous qui avez tant souhaités voir ce jour, me serrer dans vos bras, m'embrasser.

Je ne cesse de penser à vous, ce travail est le fruit de vos efforts.

Je prie tous les jours que le bon Dieu fait pour le repos de vos âmes amen

A ma tante kadiatou Soumaré : je manque de mots à ton égard, tu as été et tu resteras toujours pour moi une mère exemplaire .Tu as su m'élever de toutes tes forces avec rigueur, patience et tendresse .Ce travail est le résultat de tes prières et sacrifices, tes bénédictions seront toujours pour moi la lampe qui illumine la voie devant indiquer le chemin de l'honneur, je suis fier de toi et plus que jamais reconnaissant pour tout ce que tu as fait et que tu continues à faire pour moi

Puisse Allah, le tout puissant vous donne longue vie et te faire bénéficier du fruit de ta patience .Amen

-A mon tonton bouacar Ly : tu as cultivé en moi le sens de l'honneur et de la dignité et tu t'es toujours battu à mon côté ; merci pour tout ce que tu as fait pour moi et qu'Allah le tout puissant vous donne longue vie ce travail est le fruit de tes conseils.

-A mon oncle Amadou Soumaré dit vieux: ta sagesse, ta gentillesse, ton esprit de sacrifice m'ont beaucoup marqué. Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui, qu'Allah le tout puissant vous préserve longtemps à nos côtés.

-A ma grande sœur Youma Keïta : tu as été un soutien infailible tout au long de l'élaboration de ce document. Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens et recevez ici toute ma gratitude

A ma grande sœur Oumou Keita ce travail est pour toi ,il est le fruit des liens sacrés qui nous unissent ; merci de ton assistance ,que Dieu le tout puissant puisse t' accorder une longue vie.

A mon petit frère Alpha Maki Ly : Homme généreux, honnête, et très courtois, grands pratiquants de la religion musulmane tu représentes pour moi l'exemple de la bonté et du respect de l'autre. Ce travail est le fruit vos longues années de patience.

A mon petit frère Abdoulaye Aziz Ly : Pendant tout le long de ce travail, j'ai bénéficié auprès de vous d'une très grande assistance et de sympathie. Acceptez ce modeste travail avec toute ma reconnaissance et considération.

A ma petite sœur Aissata Ly : pour tout le soutien que vous n'avez cessé de m'apporter merci, je vous aime tous.

A ma petite sœur Fatoumata Bintou Ly : En témoignage de votre sympathie et de votre solidarité à mon égard. Un grand merci à vous tous.

A mes grands parents paternels, oncles, tantes, frères et sœurs, cousins et cousines qui ne sont plus de ce monde. Je prie tous les jours pour le repos de vos âmes. Que le bon Dieu vous accueille dans son paradis.

A la mémoire de Feu mes grands parents maternels (Abdoulaye Soumaré et Nana Touré), personnes honnêtes et loyales, grands pratiquants de la religion musulmane, vous restez pour moi un modèle à suivre. Ce travail est le fruit de vos longues années de sacrifices. Que vos âmes reposent en paix amen.

A mes cousins et cousines vivants au Mali et à l'étranger, en témoignage de votre sympathie et de votre solidarité à mon égard. Un grand merci à vous tous.

A mon oncle Dr Kandioura Toure : Homme généreux et très courtois, tu représentes pour moi l'exemple de la bonté et du respect de l'autre. Ce travail est le fruit vos longues années de patience.

A mes beaux parents

Feu Mamadou Doumbia mon beau père, Feue Aissata Maiga ma belle mère

Vous restez toujours à notre mémoire vous avez été plus que des beaux parents pour moi de part votre sagesse, votre générosité, votre esprit de compréhension que vous aviez ce travail est le votre encore merci. Que vos âmes reposent en paix amen.

A mes belles sœurs :

Fatimata Doumdia dite Batoma

N'Deye N'Doumbé Doumdia

Nènè Doumdia

Bintou Doumdia

Aminata Doumdia

Oumou Doumdia

Vous avez été exceptionnelles et extrêmement gentilles a mon égard

J'ai beaucoup de chance de vous avoir comme belles sœurs

Vos conseils m'ont beaucoup aidés tout au long de ce travail et je vous remercie infiniment du fond de mon cœur

A mes beaux frères

Famory Doumdia, et Makan Doumdia, vous avez été pour moi plus que des beaux frères votre simplicité et votre gentillesse m'ont beaucoup impressionné et vous remercie ce travail est le votre.

A mes neveux, nièces, cousins et cousines par alliance

Votre amour et respect d'autrui font de vous des petits anges

A toute mes copines

Yaye sow ,Dr Djenebou AM traore, Djeneba cissé,Djeneba Sidibe,Fatoumata Tangara,Fatoumata

Guido dite Bébé,Mariam Diabaté,Rouqui Keita,Maimouna M Taoré,Mariam Diarra,Oumou Koné

Vous avez été comme des sœurs à mon égard. Jamais je n'oublierai

Tout ce que vous avez fait pour moi merci pour vos soutiens ce travail est le votre

A mes amis internes et Docteurs

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!

A tous mes aînés de la chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

A tous mes camarades de thèse de la chirurgie générale et pédiatrique.

A tous mes cadets de la chirurgie générale et pédiatrique, courage et bonne fin de thèse.

Je vous remercie tous pour votre grand sens de gentillesse dont vous avez fait preuve a mon égard que Dieu vous aide dans toutes vos entreprises

REMERCIEMENTS

A tout le corps professoral de la FM.

A tous les chirurgiens des services POS de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré:

Dr Singaré., Dr Touré L, .Dr Simpara D., Dr Traoré M., Dr Keita M., Dr Kanté L., Dr Diakité M.L., Dr Moran Martinez, j'ai beaucoup appris auprès de vous soyez –en remerciés.

A mes aînés :Joseph Mourabou, Yacouba ouattara, Lemine Dicko, Moussa Konaté, Amadou Camara, Boubacar Camara, Dramane Koïta, Alou Bagayoko, Lassana Dibira, Moumine Sanogo, Moussa Samaké, Aïssata Coulibaly, Moussa Diassana, Amadou Bogolan. Le chemin est bien long mais avec courage et patience ; tout vient à bout ,soyez donc patient et courageux .

A tout le personnel des services de chirurgie générale et pédiatrique. Dans ces services où, il y a tant à apprendre et toujours tant à faire, j'ai été convaincu de votre bonne organisation, de votre franche collaboration et

MENTION SPECIALE

A mon fiancé

Docteur Modibo Mohamed Doumbia : tu es non seulement mon époux mais mon éternel compagnon de tous les jours .J e te remercie pour ton apport combien inestimable, tu a été toujours présent a mes cotés à chaque fois que j'ai eu besoin de toi.

Tu es et tu resteras à jamais la personne la plus importante de ma vie
Je t'aime tant mon chéri

A mon fils

Mamadou Doumbia dit <<papi >> : tu es ma raison d'être ta venue au monde m'a procuré la plus grande joie qu'une personne pourrait avoir dans la vie

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président de Jury :

Professeur Abdoulaye Diallo.

Maître de conférences en Anesthésie Réanimation à la FMPOS,

Médecin Colonel des forces Armées du Mali,

Chef de service d'Anesthésie Réanimation au CHU Gabriel Touré,

Cher Maître,

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

Homme de sciences éclairé, votre courage, votre esprit libéral, et la qualité de vos enseignements font de vous un maître admiré et rêvé de tous.

Acceptez cher maître nos sincères remerciements.

A notre maître et juge

Docteur DIANI Nouhoum,

Spécialiste en Anesthésie – Réanimation

Chef de Service des Urgences Chirurgicales au CHU Gabriel Touré

Praticien hospitalier

Cher maître

La spontanéité avec laquelle vous avez acceptée de juger ce travail ne nous a guère surpris.

Nous apprécions en vous ; l'Homme de sciences modeste et calme. Votre expérience et votre dévouement envers vos patients traduit éloquemment votre culture scientifique.

Soyez assuré cher maître de toute notre reconnaissance.

A notre maître et co- directeur de thèse

Docteur Lassana Kanté

Spécialiste en Chirurgie Générale,

Praticien hospitalier

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie

et, votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de respect

A notre maître et Directeur de Thèse

Professeur Gangaly Diallo.

Professeur titulaire en chirurgie viscérale,
Médecin Colonel des Forces Armées du Mali,
Chirurgien des Armées,
Chef de service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.
Chevalier de l'ordre de mérite de la Santé du Mali
Secrétaire général de la société malienne de chirurgie viscérale
Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone

Cher maître

Voici venu le moment de vous présenter nos sincères remerciements pour nous avoir accepté dans votre service.

Malgré vos multiples sollicitations, vous avez initié et dirigé ce travail.

Nous avons été impressionné par votre personne ; un homme de science éclairé, un praticien infatigable.

Votre modestie, votre disponibilité, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens élevé de la perfection, vos qualités humaines nous ont à jamais marqué.

Nous avons bénéficié de votre encadrement avec une grande satisfaction.

Cher maître nous vous serons à jamais reconnaissants
Puisse Allah vous accorder longue vie

LISTE DES ABREVIATIONS

ABT=Antibiotique
AEG=altération de l'état général
AINS=anti inflammatoire non stéroïdien
ASA= American society of Anaesthesiologist
ASP=abdomen sans preparation
ATCD=antécédent
AVP=accident de la voie publique
bts =battements
C.E.S =Certificat d'Etude Spécialisée
C H U =centre hospitalier universitaire
Cm=centimètre
EAPO=éviscération abdominale post opératoire
EAT=éviscération abdominale traumatique
ECBC=examen cyto bactériologie et chimique
EIPC =Ecole des Infirmiers du Premier Cycle
ENI=Ecole Nationale d'Ingénieurs
ESS =Ecole secondaire de santé
EVA=échelle visuelle analogique
FID=fosse iliaque droite
FIG=fosse iliaque gauche
FMPOS= Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie
GT= Gabriel Touré
HIV=Human immunodéficiency Virus
HTA=hypertension artérielle
mvts=mouvements
NFS=numération formule sanguine
PPA=plaie pénétrante de l'abdomen
RDV=rendez vous
SAMU= Service d'Aide Médicale d'Urgence
SIMIG=Salaire Minimal Inter Professional Garanti
SUC=Service des Urgences Chirurgicales
TA=tension artérielle
TCK=Temps de Cephalin- Kaolin
TR=touché rectal
ttt=traitement
UGD=ulcère- gastro duodenal
USA= Etats Unis d'Amérique
+ =paramètre présent dans la littérature sans donnée de chiffre
- = paramètre absent dans la littérature

SOMMAIRE

I INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	2
II GENERALITES	4
III METHODOLOGIE	45
IV RESULTATS	51
V COMMENTAIRES ET DISCUSSION	87
VI CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	112
VII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	116
VIII ANNEXES	128

INTRODUCTION

I INTRODUCTION

1-1 Définition

Une éviscération abdominale est l'extériorisation des viscères à travers une brèche de la paroi abdominale. Cela peut être d'origine post opératoire ou traumatique (Larousse médical)

Elle est estimée:

◇EN Europe :

_Monneuse O J, [21], a trouvé en 2004 une incidence annuelle de 11,3 cas annuels d'éviscération abdominale traumatique chez les Français en 7ans avec 15% de complications post opératoires, 8% de mortalité, la laparotomie courante est due à la multiplicité de dommages viscéraux et au mauvais pronostic

_Espagne_Rodriguez-Hermosa JI [2] a trouvé 57 éviscérations post opératoires en 9 ans sur 12622 laparotomies. L'anémie, l'hypoprotidémie, l'infection ont été trouvées comme principales causes ;la suture simple de fermeture et/ou de conservation ;la maille a été souvent associée avec une morbidité 77 %

◇En Asie :

_Nomura E ,Niki M [10] ,en 10ans ont recrutés sur 348 patients opérés pour cancer de l'estomac 0,1% d'éviscération abdominale post opératoire chez les patients de plus de 60 ans

◇En Afrique :

_En Afrique du sud_Bautz P [11] a trouvé sur 496 patients ,18 éviscérations abdominales traumatiques soit 7 %, avec une mortalité de 2 % une laparotomie exploratrice a été effectué en urgence

_Au Sénégal en 2002 au cours des conflits armées 15_20% d'éviscération abdominales traumatiques a été observées selon Sarré [23]

_Au Mali peu d'étude a porté sur l'éviscération abdominale traumatique et aucune sur l'éviscération abdominale post opératoire

C'est pour cette raison que nous avons initiée ce travail avec les objectifs suivants :

1-2 OBJECTIFS

1-2-1 objectif général

Etudier les éviscérations abdominales post opératoires et traumatiques dans les Services Urgences Chirurgicales, de Chirurgie Générale et Pédiatrique du CHU GABRIEL TOURE

1-2 -2 objectifs spécifiques

- a) Déterminer la fréquence hospitalière des éviscérations abdominales
- b) Identifier les circonstances de survenue et les principales étiologies
- c) Analyser les résultats du traitement
- d) Évaluer le coût de la prise en charge

GENERALITE

II- GENERALITES

2 –1 L'éviscération abdominale post opératoire (EAPO)

2-1-1 DEFINITION :

Une éviscération abdominale est l'issue des viscères abdominaux ou pelviens hors des limites de l'abdomen, à la faveur d'une brèche intéressant tous les plans pariétaux, y compris la peau d'origine post opératoire ou traumatique Flammarion [34]

2-1- 2 Intérêt

- Le diagnostic est facile
- L'affection est grave
- et le traitement est difficile

2-1-3 Rappels anatomiques de la cavité abdominale : [53, 55,54]

Sous le terme de cavité abdominale, il faut comprendre la cavité intra-péritonéale et la région retro-péritonéale.

a) Les parois de l'abdomen :

* La paroi antérieure de l'abdomen :

C'est la zone la plus exposée et cliniquement accessible, elle est formée par l'intrication des muscles droits de l'abdomen, obliques externes et internes, transverses. Ces muscles s'incèrent, au niveau du grill costal, au niveau des processus transverses des vertèbres dorsolombaires et sur la ceinture pelvienne. C'est ainsi que la partie inférieure du grill costal est partie intégrante de la paroi abdominale antérieure. L'effet de sangle de ces muscles permet de contenir la masse des viscères.

- Les muscles et aponévroses [35]

✓ Les muscles larges

Ils sont superficiels : sous la peau de l'abdomen, la graisse sous cutanée et un tissu conjonctif lâche forment le *fascia superficialis*.

De la superficie à la profondeur, il existe trois (3) muscles latéraux :

- Le muscle oblique externe,
- Le muscle oblique interne,
- Le muscle transverse.

✓ **Le muscle oblique externe**

Il s'insère par huit digitations sur la face externe des côtes 5 à 12.

Les fibres musculaires sont orientées en bas et en avant :

- Les plus hautes se perdent dans le feuillet antérieur de la gaine des muscles droits,
- Les plus basses, presque verticales, se terminent sur la crête iliaque,
- Les fibres intermédiaires descendent, contourner le ligament inguinal.

✓ **Le muscle oblique interne**

Il s'insère en haut sur le rebord chondrocostal et sur les quatre dernières côtes.

Ses fibres musculaires ont une orientation oblique en haut et en avant.

En bas et en avant les fibres musculaires de l'oblique interne rejoignent celles du muscle transverse pour former la *faux inguinale* (= Tendon conjoint)

✓ **Le muscle transverse**

Il est horizontal d'arrière en avant. Ses fibres musculaires hautes s'insèrent par six digitations sur la face interne des cartilages costaux (7 à 10) et l'extrémité des 11^e et 12^e côtes.

Le muscle transverse est doublé en profondeur par une tunique conjonctive le *fascia transversalis* qui le sépare du feuillet pariétal du péritoine.

✓ **Les muscles droits**

Ils sont verticaux de part et d'autre de la ligne médiane en avant.

Chacun s'insère en haut par trois digitations sur la face externe des trois derniers cartilages costaux (5 à 7) et sur le processus xiphoïde.

Le muscle droit se termine en bas sur la crête pubienne. Il est contenu dans une gaine fibreuse solide formée par les muscles latéraux.

✓ **La gaine des muscles droits**

Les muscles droits de l'abdomen sont inclus chacun dans une gaine à laquelle ils n'adhèrent que par leurs insertions tendineuses à la face antérieure.

Ces gaines sont constituées par les aponévroses des trois muscles latéraux.

L'aponévrose de l'oblique externe contribue à former le feuillet antérieur de gaine.

L'aponévrose de l'oblique interne se divise en deux feuillets :

- Le feuillet antérieur recouvre en avant le muscle droit sur toute sa hauteur,
- Le feuillet postérieur se termine, environ 5 centimètres sous l'ombilic par une arcade la *ligne arquée* (Arcade de Douglas).

L'aponévrose du transverse forme au dessus de la ligne arquée le feuillet postérieur et en dessous le feuillet antérieur.

✓ **La ligne blanche**

Elle est une bande longitudinale fibreuse comprise entre les deux gaines des muscles droits. Elle résulte de l'entrecroisement sur la ligne médiane des aponévroses des muscles latéraux. Large de 1 à 2 centimètres au dessus de l'ombilic, elle est beaucoup plus étroite sous l'ombilic où les muscles droits se rapprochent l'un de l'autre.

- *Le muscle pyramidal* de l'abdomen est un petit muscle triangulaire tendu du bord supérieur du pubis vers la ligne blanche qu'il contribue à tendre.

✓ L'ombilic

L'orifice ombilical est une zone de faiblesse pariétale car il n'est pas recouvert de muscle. A ce niveau la ligne blanche est interrompue par un anneau fibreux entourant la face profonde du sillon ombilical cutané.

Sur cet anneau se fixent trois cordons inférieurs et un cordon supérieur :

- En haut la terminaison du ligament rond, reliquat fibreux de la veine ombilicale embryonnaire ;
- En bas, l'ouraque, reliquat embryonnaire du canal allantoïdien unissant la vessie à l'ombilic ;
- Latéralement de chaque côté les artères ombilicales.

✓ Le canal inguinal

C'est un tunnel traversant obliquement la paroi abdominale dans la région inguinale. Il est formé par la superposition des muscles latéraux et du *fascia transversalis*.

Il contient :

- Chez l'homme le cordon spermatique,
- Chez la femme le canal de Nüeck.

✓ **LES POINTS FAIBLES [35]**

- La ligne blanche,
- L'ombilic,

* **La paroi postérieure de l'abdomen :**

Cette paroi est constituée par la colonne dorsolombaire, elle fait saillie dans la cavité abdominale, réalisant ainsi un billot solide. Au cours d'un choc direct, les viscères intra-abdominaux vont s'écraser sur ce mur rigide. De chaque côté, les muscles psoas et carrés des lombes recouvrent les processus transverses et émoussent latéralement la saillie vertébrale. Ceci permet d'éviter certaines lésions viscérales.

* **La paroi supérieure :**

Elle est formée par les deux coupes diaphragmatiques séparant la cavité abdominale de la cavité thoracique, et latéralement, la partie inférieure de la cage thoracique.

* **La paroi inférieure de l'abdomen :**

Cette paroi est constituée par le plancher pelvien et les releveurs de l'anus fermant le petit bassin. Elle est la plus résistante, il existe en son centre une zone fragile constituée par les muscles du périnée.

Ce rappel conduit à distinguer trois étages topographiques :

- thoraco-abdominal,
- abdominal pur au moyen ;
- abdomino-pelvien.

Dans ces régions frontières thoraco-abdominale et abdomino-pelvienne, outre la fréquence des lésions associées, le problème éventuel est d'affirmer ou non la lésion intra abdominale, notamment en cas de plaie abdominale ou orifice d'entrée siège à distance de la cavité abdominale

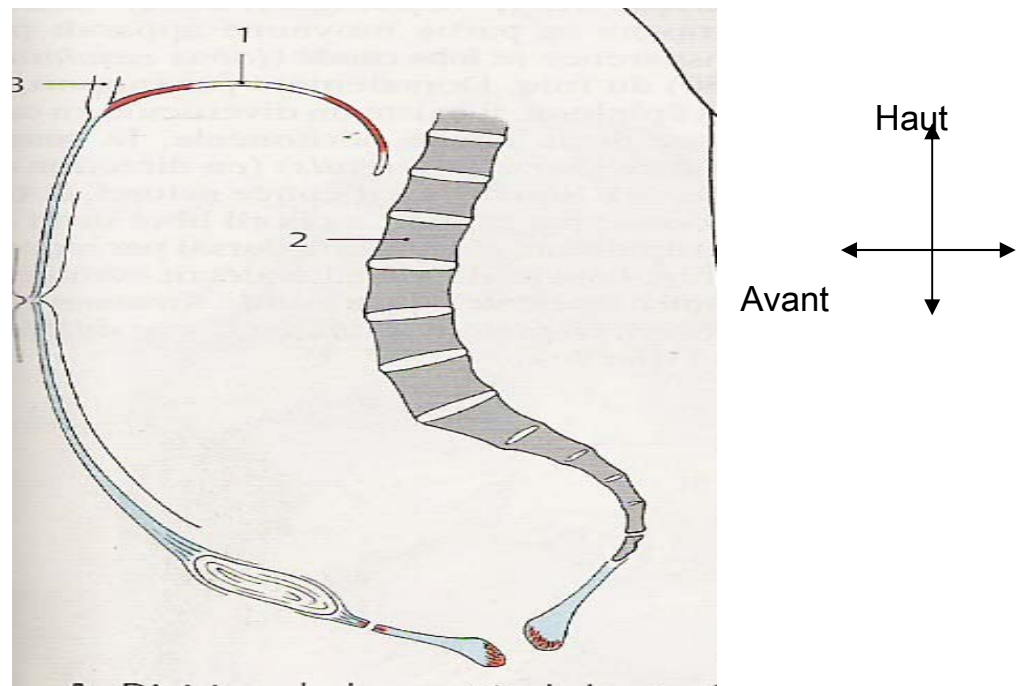


Figure 1 : Division de la cavité abdominale [52]

1 : les coupes diaphragmatiques

2 : la colonne vertébrale

3: les rebords chondro-costaux et le sternum

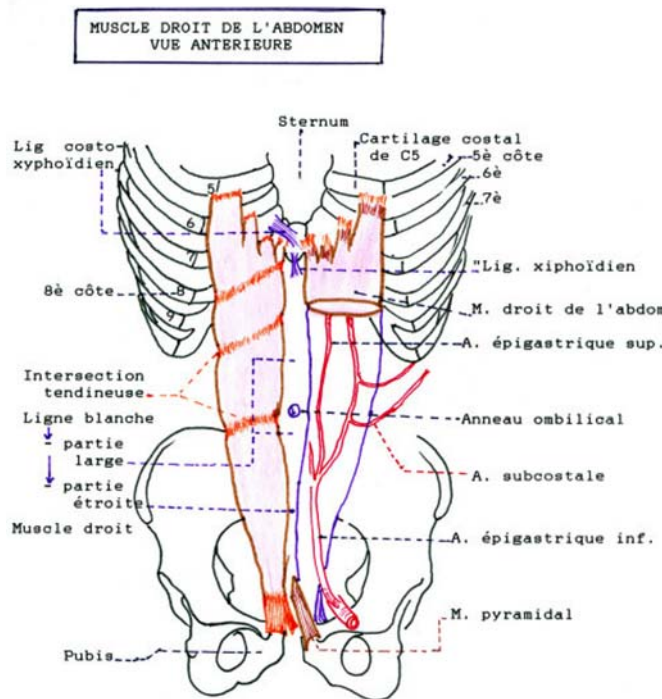


Figure 2 : muscle droit de L'abdomen

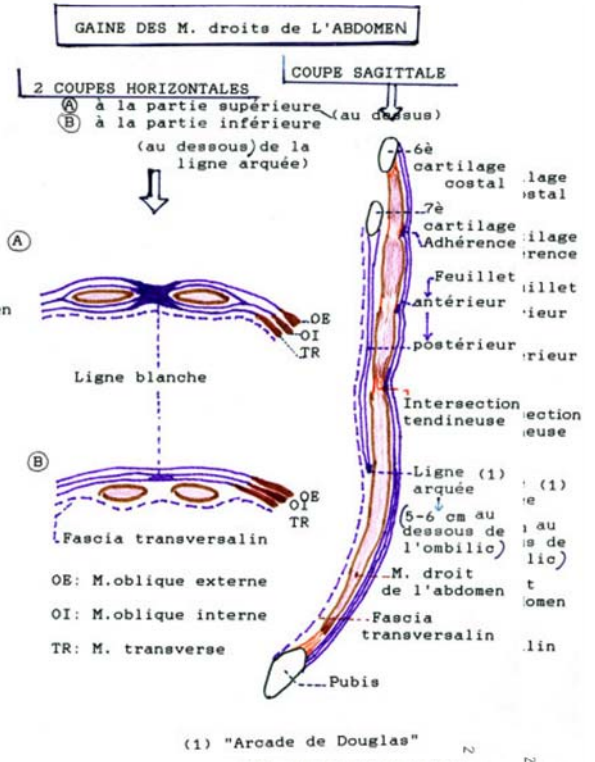


Figure 3 : Gaine des M. droits de l'abdomen

b) Le contenu de la cavité abdominale :

Nous distinguons la cavité intra péritonéale, et la cavité rétro péritonéale.

Schématiquement outre les gros vaisseaux rétro péritonéaux, on peut distinguer les organes pleins des organes creux :

- les organes pleins (rate, foie, reins, pancréas) dont l'atteinte sera à l'origine d'hémopéritoine et ou d'hématomes rétro péritonéaux ;
- les organes creux, c'est-à-dire l'ensemble du tube digestif, de l'œsophage abdominal au rectum, dont l'atteinte peut être responsable de péritonite. Ces organes peuvent être, soit libre dans la cavité abdominale, reliés à la paroi par des

méso (côlon transverse, sigmoïde, grêle, vessie, uretères, utérus), soit accolés au péritoine pariétal postérieur.

L'estomac et la vessie se comportent de façon différente par rapport aux autres organes selon leur état de plénitude. Que l'épanchement soit sanguin ou d'origine digestive, il va se collecter dans les régions déclives (cul de sac de DOUGLAS, gouttières pariéto-coliques, loges sous phréniques) où il sera accessible cliniquement ou écho graphiquement.

c) Cavité péritonéale et espace conjonctif [52] :

La cavité abdominale contient la cavité péritonéale tapissée de péritoine, l'espace rétro péritonéal situé en avant du rachis et l'espace sous- péritonéal, espace conjonctif situé dans le petit bassin sous le péritoine .La cavité péritonéale est tapissée tout autour par le péritoine pariétal ; celui-ci recouvre l'espace retro péritonéal sur sa face antérieurs et le sépare de cette façon de la cavité péritonéale Au niveau de la Línea terminalis ;plan d'entrée dans le petit bassin ,le péritoine pariétal tapisse certaines parties des organes pelviens :le rectum, l'utérus, et vessie et se réfléchit ensuite sur la paroi abdominale antérieure .Il sépare ainsi également l'espace sous –péritonéal de la cavité péritonéale proprement dit .les espaces rétro et sous péritonéaux sont en continuité et constituent des partis de l'espace extra péritonéal.

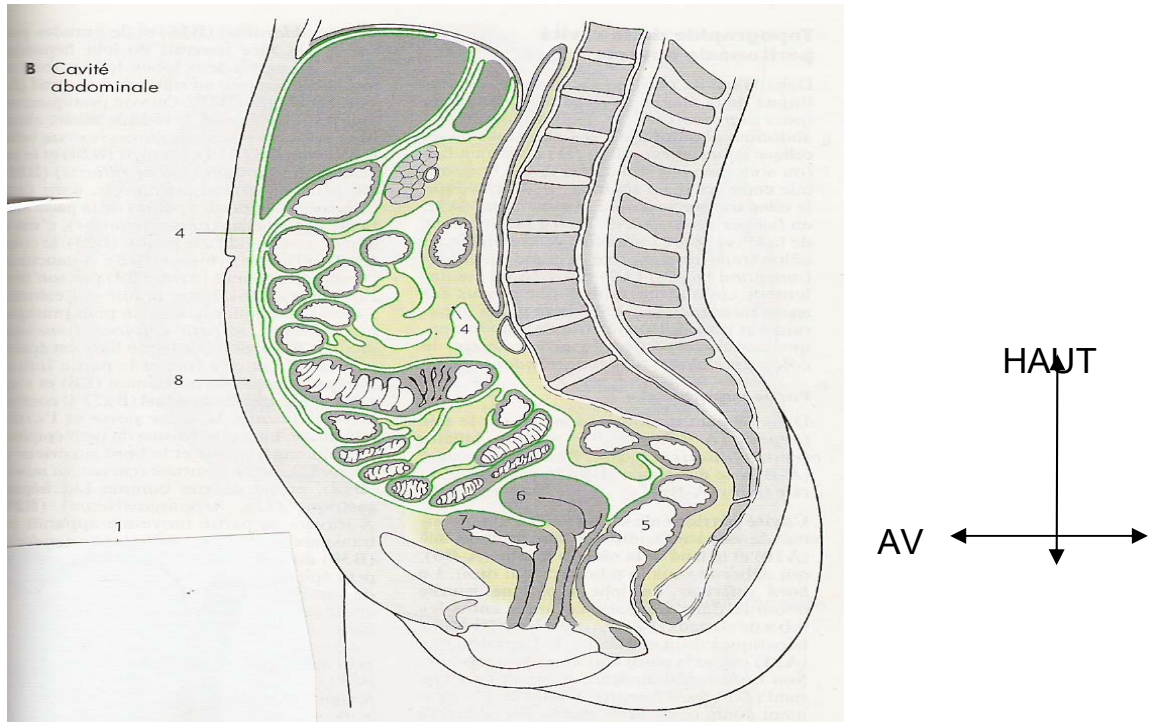


Figure 4: Cavité péritonéale et espace conjonctifs [52]

4 : le péritoine pariétal

5 : le rectum

6 : l'utérus

7 : la vessie

8 : la paroi abdominale antérieure

Une grande partie des organes de l'appareil digestif sont dans la cavité abdominale .ils ont différents rapports avec le péritoine (C)

Les organes situés dans la cavité péritonéale sont directement tapissé par le péritoine viscérale .ils ont une situation intra péritonéale .les organes localisés à la paroi

postérieur de cavité péritonéale, c'est-à-dire en arrière du péritoine pariétal, sont décrit comme rétro péritonéaux .les organes qui étaient intra péritonéaux durant la période la phase de développement prénatale et qui, suite aux phénomènes de croissance, se trouve sur la parois postérieur de l'abdomen sont appelé secondairement rétro péritonéaux (pancréas).un organe qui n'a aucun rapport avec le péritoine est extra péritonéal

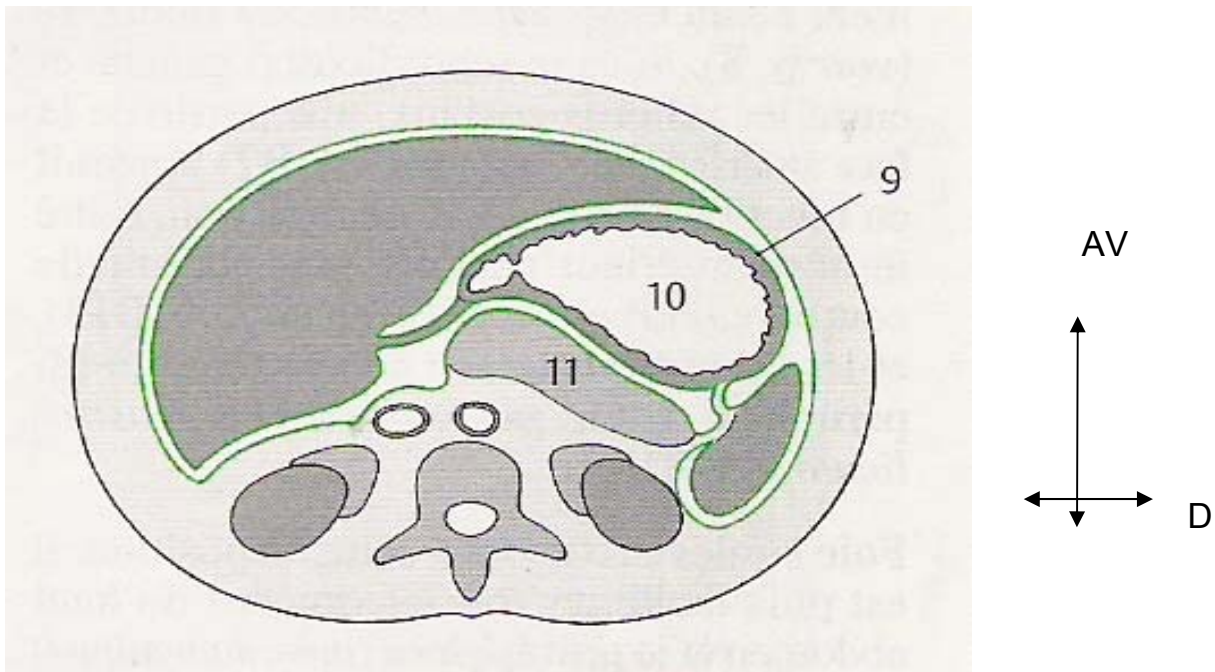


figure 5 : Coupe horizontale de l'abdomen : rapport des organes avec le péritoine.[52]

9 : péritoine viscéral

10 : l'estomac

11 : pancréas.

Comme dans toute cavité séreuse, dans la cavité péritonéale également les feuillets pariétaux et viscéraux se réfléchissent à des zones ou des plis de réflexions. En principe, de telles structures sont composées de tissus conjonctifs tapissés de chaque côté par le péritoine ; ce sont les plis péritonéaux. On les décrit comme des méso ou des ligaments. Un méso ou ligament sert de liaison entre l'organe intra-péritonéal qu'il tapisse et la paroi abdominale, et conduit dans du tissu conjonctif les pédicules destinés à l'organe intra-péritonéal considéré.

d) Vascularisation et innervation de la paroi abdominale

✓ Les artères : Elles sont disposées en trois plans :

- Le plan superficiel :

. L'artère sous-cutanée abdominale

. L'artère circonflexe iliaque externe, branche de la fémorale commune

- Le plan moyen :

Ces artères sont disposées transversalement : les deux derniers intercostales et les artères lombaires qui passent sous les arcades du psoas, pré-croisant le carré des lombes et se perdent dans les muscles larges.

- le plan profond :

. L'artère épigastrique :

Elle naît de l'artère iliaque externe derrière l'arcade crurale, se porte l'abdomen en dedans, en la suivant, puis se croise autour de l'orifice inguinale profond et remonte derrière le ligament de HESSELBACH. Elle croise alors l'arcade de Douglas et suit la face postérieure du grand droit. Elle termine autour de l'ombilic en s'anastomosant avec son homologue et avec les branches musculaires de la mammaire interne.

Elle donne :

L'artère funiculaire qui suit le cordon en dehors de la fibreuse,

L'anastomose avec l'obturatrice,

Le rameau sus pubien anastomosé avec ceux de l'obturatrice et de la honteuse interne.

. Les branches musculo-aponévrotiques de l'artère mammaire interne :

Se divisent en regard de l'extrémité sternale du sixième espace inter costale en deux branches =

Externe, cheminant en regard de l'intersection costale du diaphragme ;

Interne, empruntant la fente de LARREY et se plaçant à la face postérieure du grand droit dans sa gaine, pour se terminer à l'ombilic, après avoir donné l'anastomose rétroxyphoïdienne.

✓ Les veines :

Leur disposition est analogue à celle des artères, il existe un courant antéro- latérale et un système transversal ou les veines se disposent de façon métamérique. Ces réseaux unissent les deux systèmes caves supérieurs et inférieurs, mais de plus au niveau de l'ombilic les ligaments rond réalisent une anastomose porto cave.

✓ Les lymphatiques :

.Le territoire tégumentaire :

Au dessus de l'ombilic il est draine par les ganglions axillaires,

Au dessous de l'ombilic il est drainé par les ganglions inguinaux superficiels.

.Le territoire musculo-aponévrotique :

Le pédicule de l'artère épigastrique drainé par les ganglions rétro cruraux ;

Les pédicules des vaisseaux lombaires drainés par les ganglions latéraux aortiques ;

Le pédicule mammaire interne drainé par les ganglions mammaires internes.

2-1-4- PHYSIOPATHOLOGIE

L'éviscération ne met pas simplement le chirurgien en présence d'une brèche pariétale et cutané, dont l'existence impliquerait exclusivement des gestes mécaniques de réparation, mais elle détermine l'apparition des désordres généraux divers qui constituent ce que l'on appelle « éviscération maladie ». Les signes de <<éviscération maladie>> qui rassemblent les troubles physiopathologiques qui peuvent être observés chez les malades

présentant une grande éviscération, apparaissent dans les circonstances variées, relèvent des causes différentielles, et peuvent être rangés en cinq groupes principaux :

✓ Les troubles musculaires

L'éviscération est une <<désinsertion musculaire >> qui évolue en trois temps :

-La désinsertion des muscles abdominaux s'effectue d'abord dans un plan frontal. La ligne blanche représente un lieu d'insertion des muscles abdominaux. Le fonctionnement des muscles larges implique que leur insertion médiale, sur la ligne blanche soit intacte. Les éviscérations médianes représentent une véritable désinsertion de la sangle musculaire latérale : les fibres des muscles larges se rétractent subissent une atrophie, parfois une sclérose, souvent une dégénérescence scléro-adipeuse était proportionnelle au diamètre de l'orifice et de la durée d'évolution de l'éviscération

La paroi abdominale s'ouvre ensuite comme une porte sous la pression des viscères abdominaux, qui ont tendance à s'échapper en profitant de la désinsertion musculaire. Sur une coupe horizontale de l'abdomen, il est remarquable de constater le changement d'orientation des muscles pariétaux, et en particulier le muscle droit, ceux-ci étant représentés sur la paroi abdominale par les insertions postéro-latérale des muscles larges. Enfin les droits se sagittalisent, la porte est grand ouvert et la contraction des muscles va désormais s'effectuer de telle façon qu'ils vont avoir tendance à expulser le contenu de l'abdomen, avec un mouvement qui ressemble à une énucléation.

✓ Les troubles respiratoires

La paroi abdominale participe largement à la mécanique ventilatoire, solidaire de la pompe diaphragmatique ; elle joue également un rôle à la circulation de retour et la statique du tronc.

La perte de substance pariétale et l'extériorisation des viscères vont entraîner une diminution de la pression abdominale, un abaissement du diaphragme, puis son atrophie progressive.

Les désordres respiratoires qui en résultent, doivent être au premier plan les préoccupations du chirurgien.

Lorsque le contenu de l'éviscération est mobile, au travers d'un orifice pariétal largement perméable, on peut observer l'existence d'un véritable volet abdominal dont les

mouvements sont ceux d'une respiration paradoxale de l'abdomen ; par analogie avec ce que l'on observe dans les volets thoraciques.

L'insuffisance respiratoire qui en résulte est souvent latente, en particulier chez l'obèse, dont les épreuves fonctionnelles respiratoires sont peu perturbées. Au contraire la gazométrie sanguine peut être très modifiée. Cette maladie respiratoire de l'éviscéré se rapproche de l'emphysème pulmonaire. Elle doit être prise en considération pendant la préparation à l'intervention.

A l'inverse lorsque le contenu de l'éviscération est fixé et perd son droit de domicile, la cavité abdominale totalement déshabillée voit son volume se réduire. Ici encore les troubles respiratoires peuvent être masqués chez l'obèse. Le danger apparaîtra au moment de l'intervention : la réintégration toujours possible sous curarisation, va refouler le diaphragme et lors du réveil, lorsque le tonus des muscles abdominaux redevient normal ; une détresse respiratoire progressive par augmentation de la pression intra abdominale. Cette détresse respiratoire post opératoire reste la première cause de mortalité dans le traitement des grandes éviscérations.

✓ Les troubles viscéraux

Ils surviennent à la suite de la chute de pression intra abdominale, chez les malades présentant une grande éviscération mobile. Les muscles s'écartent l'une de l'autre, le péritoine est soufflé progressivement dans la graisse sous cutané par la pression qu'exerce par les organes intra abdominaux.

Le péritoine constitue alors une sorte de sac qui contient l'intestin en position debout, ou à l'effort, lequel intestin réintègre l'abdomen au repos, en position allongée.

L'exposition des anses digestives à l'air libre ou leur présence sous des pansements traumatisant, va entraîner l'érosion puis la fistulisation digestive qui va ajouter sa gravité à la situation : c'est l'une des raisons du caractère urgent du traitement de l'éviscération

✓ Les troubles vasculaires

Le retour à travers la veine cave inférieure est perturbé : la diminution de la pression intra abdominale de la même manière que pour le jeu du muscle diaphragmatique va entraîner un gêne au retour veineux à travers la veine cave inférieure.

C'est donc un facteur de stase sanguine et une diminution du pré charge.

✓ Altération des téguments

La peau est réduite et mal vascularisée : l'hypoxie tégumentaire aboutira parfois à l'apparition d'une ulcération, de nécrose, de sphacèle..., toujours médian et symétrique.

Le port d'une ceinture de contention peut favoriser des lésions d'intertrigo sur infectée.

2-1- 5- Les différents types d'éviscération abdominale post opératoire

Il existe deux grandes variétés selon que les anses extériorisées soient :

✓ L'éviscération libre

C'est l'issue de tout ou une partie de l'incision de façon brutale des viscères abdominaux.

Elle est libre car le contenu apparaît dans le pansement sans interposition péritonéale.

✓ L'éviscération couverte

- L'éviscération adhérente

Le contenu abdominal ne fait pas issue dans le pansement mais apparaît dans le fond de l'incision désunie. Elle est adhérente car le contenu abdominal est maintenu de façon peu solide par des dépôts de fibrines, de fausses membranes, de l'épiploon ...

-L'éviscération sous cutanée

Comprend les mêmes lésions, la même désunion péritonéale et aponévrotique ; mais est caractérisée par le fait que la peau a résisté.

2-1- 6 Etude anatomique

Selon les dimensions de l'orifice de l'éviscération, existe de grosses et de petites éviscérations ; distinction importante sur le plan thérapeutique. L'orifice est petit le traitement est aisé ; les grosses éviscérations posent des problèmes plus complexes.

Quelque soit la taille de l'orifice, la paroi d'une éviscération est constituée par les plans suivants :

Une peau présentant l'incision de la première intervention,

Le tissu cellulo adipeux sous cutané a pratiquement disparu à ce niveau,

Le plan musculo aponévrotique a complètement cédé,

L'éviscération est donc parfois libre, parfois adhérente à la face profonde de la paroi.

L'éviscération parfois cloisonnée par des brides ou du diaphragme, est couverte par des fausses membranes ou de l'épiploon. L'étranglement est donc possible pour un orifice étroit.

2-1- 7- Etiologies et facteurs de risque

•Facteurs de risque

- ✓ -L'éviscération peut être favorisée par : le diabète, l'obésité, la syphilis, l'ascite, l'hypoalbuminémie et un drainage intempestif par la cicatrice principale.
- Les pathologies respiratoires : l'asthme, la bronchite chronique...
- Elle est très souvent le témoin d'une complication intra péritonéale (fistule, abcès) expliquant sa fréquence après chirurgie colique et gastrique.
- La dénutrition avec une carence azotée, une carence en vitamine C et/ou B, les déficiences organiques avec hypo protéinémie et une anémie ; d'où sa fréquence au cours des néoplasies viscérales.
- Les circonstances d'intervention (surtout en urgence), les malades opérés plusieurs fois, la multiparité, les antécédents d'éventration, les enfants et les vieillards.
- La reprise chirurgicale précoce, la chirurgie viscérale lourde (péritonite stercorale), l'immunodépression et les malades présentant un cancer avancé.

•Les étiologies

Selon l'origine de l'éviscération on distingue :

✓ Les causes infectieuses :

- Infection pariétale

Le processus commence au dessus du plan musculo aponévrotique, l'infection une fois constituée va faire en sorte que le processus de cicatrisation s'arrête et les berges musculo aponévrotiques s'éloignent.

- Infection péritonéale

C'est la cause essentielle de l'éviscération. Ici la déhiscence commence à l'intérieur.

✓ Les causes mécaniques

- Les incisions sur la ligne médiane,
- Certaines procédés de suture : en surjet, en un plan,
- Emploi exclusif de matériel de suture résorbable,
- Un manque d'asepsie,
- Un mauvais affrontement des différents plans pariétaux en particulier péritonéal,
- Les efforts de toux et/ou de vomissement,

- Tout facteur entraînant une traction sur l'abdomen.

2-1-8 Etude clinique

2-1-8 -1- Type de description : éviscération mécanique libre sans cause intra péritonéale.
Chez un patient ayant subi une laparotomie, présentant du 5^{ième} au 10^{ième} jour après l'opération :

2-1-8 -1-1 Signes généraux:

Fièvres

AEG

Pâleur conjonctivale

Déshydratation

Dénutrition

2-1-8 - 1-2 Signes fonctionnels :

Nausée

Toux

Douleur abdominale

Dyspnée

2-1-8 -1- 3 Signes physiques :

2-1-8 -1-3-1 Inspection :

Ecoulement séreux mouillant le pansement

Distension abdominale

A la défection du pansement on voit sortir des berges de la plaie une frange épiploïque

Et ou un segment du tube digestif.

2-1-8 - 1-3-2 Palpation :

Défense localisée ou générale

2-1-8 -1-3-3 Percussion :

Matité

2-1-8 -1-3-4 Auscultation :

Cardiaque, tachycardie

Pulmonaire, normale

2-1-8_-2- Les examens complémentaires

2-1-8_-2-1 L'imagerie

Elle n'a pas d'importance pour le diagnostic.

Elle est demandée pour rechercher l'étiologie.

- A S P
- Echographie
- Radiographie du thorax

2-1-8_-2-2- Les examens biologiques

Sont demandés dans le cadre du bilan pré opératoire et pour rechercher l'étiologie.

Ce sont :

- Numération formule sanguine : anémie normo chrome macrocytaire
- Protidémie : hypo protidémie
- Glycémie
- Créatinémie
- Goutte épaisse : positive
- Taux de prothrombine
- T C K
- Sero diagnostic de Widal et Félix

2-1-8_-3-Les formes cliniques

2-1-8_-3 -1 Eviscération mécanique libre : type de description

2-1-8_-3-2 Eviscération secondaire à une péritonite

Le contexte est celui d'une péritonite post opératoire. IL est le plus souvent une éviscération fixée, elle peut être aussi libre.

2-1-8_- 3-3 Eviscération fixée

Le plus souvent d'origine infectieuse, mais peut être d'origine mécanique.

Il faut savoir que beaucoup d'éventration sont en faite, des éviscérations initialement et ont tourné en une éventration du fait de l'absence de prise en chirurgicale précoce.

2-1-8_- 3-4 Eviscération associée à une fistule

Ce type de complication rend difficile la prise en charge

2-1-8_-3-5 Eviscération avec perte de substance

C'est une situation assez grave. De la même manière que précédemment cette nécrose pariétale va compliquer le traitement.

2-1-8_-4- Diagnostic positif

Le diagnostic d'éviscération est facile, lorsque l'opéré présente du 5^{ème} au 10^{ème} jour après l'opération, à l'occasion d'un effort de toux ou de vomissement, une douleur brusque, un écoulement séreux et à l'inspection on voit sortir des berges de la plaie un segment du tube digestif.

2-1-8_-5 Diagnostic différentiel

- Les éviscérations traumatiques
- Les éventrations abdominales

2-1-9 Le traitement

2-1-9- 1- But :

Reconstituer la paroi

Prévenir les troubles respiratoires

Eviter les pièges de l'infection résiduelle

Explorer toute la cavité péritonéale à la recherche d'une cause et de l'éradiquer

2-1-9- 2-Moyens

2-1-9- 2-1 Médicaux

Remonter l'état général du patient : solutés, transfusion, plasma, en suivant les dosages précis des constantes biologiques.

Adapter un régime riche en protide.

Instaurer une vitaminothérapie.

Antibiothérapie

Antipaludéen

Kinésithérapie respiratoire.

Sanglace abdominal.

Pansements a traumatiques : avec compresses imbibées de sérum physiologique et des feuilles à base de produits pro-inflammatoires.

Anesthésier le ou la malade sous anesthésie générale, mais le relâchement musculaire devra être suffisante pour permettre la réintégration viscérale et la résuture pariétale dans les meilleures conditions techniques.

2-1-9- 2-2 Chirurgicaux

Exploration de la cavité.

Conduite vis-à-vis de la paroi :

Réparation pariétale

Méthodes

Suture simple (anatomique)

Suture cutané simple de recouvrement (sans réparation musculo aponévrotique)

Suture en un plan sur bourdonnet

Plasties aponévrotiques

Suture renforcée par prothèse résorbable : plaque de Merselene, filet de vicryl,

Treillis de polyglactine.

2-1-9- 2-3 Indication

Dépend de :

L'origine de l'éviscération (mécanique ou infectieuse)

De la possibilité de rapprocher les berges musculo aponévrotiques

Du type d'incision

De l'état du patient

Des moyens dont on dispose

Et de l'expérience de l'équipe chirurgicale

- ✓ Eviscération mécanique sans cause intra péritonéale

Traitement de la cause (respiratoire +++)

Suture simple (anatomique)

Suture + prothèse résorbable de renforcement

Plastie aponévrotique.

- ✓ Eviscération infectieuse libre sans cause intra péritonéale

Suture simple (anatomique)

Suture + prothèse résorbable de renforcement.

- ✓ Eviscération infectieuse fixée sans cause intra péritonéale

Soins locaux avec pansement pro inflammatoire

Suture simple (anatomique)

Suture + prothèse résorbable de renforcement

- ✓ Eviscération infectieuse fixée avec cause intra péritonéale

-Traitement de la fistule (péritonite post opératoire)

- Traitement de l'éviscération

a- Suture bout à bout possible (pas de tension)

Suture simple (anatomique)

Où suture plus prothèse résorbable de renforcement

b- Suture bout à bout impossible (tension excessive)

Plastie aponévrotique

Suture d'une prothèse résorbable de renforcement

Suture cutanée de recouvrement

- ✓ Eviscération avec perte de substance (nécrose pariétale)

Réparation pariétale

+ Suture d'une prothèse résorbable

+ Greffe de peau

2-1-9-2- 4- Les complications

- ✓ Précoces

Les sepsis : plus ou moins important selon son siège et selon le siège de la prothèse.

Hématome : est lié à des décollements et dans certains cas à drainage insuffisant.

- ✓ Tardives :

Suppurations : peuvent survenir plusieurs jours après la mise en place de la prothèse.

Cette suppuration est généralement fistulisée à la peau au niveau de l'ancienne incision.

✓ Autres complications

-La nécrose cutanée : peut être la conséquence d'un décollement important

-Eventration.

2-1-9- 2-5-Le pronostic

Le pronostic est grave, car le risque d'infection pariétale, d'infection péritonéale, d'occlusion intestinale et de fistule digestive peuvent se voir.

En réalité le pronostic est fonction du terrain, de la cause de l'éviscération et du stade auquel le patient a été opéré. Les éviscérations qui traduisent un simple accident pro mortem sont gravissimes.

Quelque soit les méthodes employées, celles qui traduisent une péritonite évolutive, une toxi-infection péritonéale ;

Pour les éviscérations mécaniques, celles qui révèlent surtout une « mal union » et/ ou « désunion », celles qui sont due à une suture imparfaite sont d'un pronostic relativement bon, si la réintégration a eu lieu de bonne heure.

2 –2 L'éviscération abdominale traumatique (EAT)

L'EAT rencontré lors des plaies pénétrantes abdominales (PPA) reste une affection relativement fréquente ces dernières années ceci est lié à une augmentation de la criminalité et par conséquent des agressions en pratique civile.

Elle pose des problèmes d'ordre diagnostique et thérapeutique, ainsi que médico-légale.

Au cours d'une EAT tous les organes peuvent être atteints

Le diagnostic de lésions viscérales sous jacentes doit être rapidement posé, le bilan lésionnel dans le contexte de l'urgence doit être le plus complet et le plus précis possible sans pour autant retarder l'indication chirurgicale.

2 -2 -1 Etiologie mécanisme :

✓ Les EA par arme blanche :

Elles sont majoritaires dans la plus part des statistiques [56]. La longueur de l'arme étant souvent inconnue, le trajet difficile à reconstituer, doivent amener à reconsidérer la réputation de bénignité de ces plaies .Actuellement des controverses persistes quand à l'attitude chirurgicale à adopter.

Les plaies par arme blanche ne sont pénétrantes que dans 2/3 à 3/4 des cas [62]. En cas de pénétration péritonéale les lésions viscérales sont présentes dans 50 à 70% des cas [41]. Dans les plaies abdominales par arme blanche les lésions d'organes creux sont présentes chez 50% des blessés.

✓ Les plaies par armes à feu :

Les plaies par arme à feu dépendent du calibre et du type du projectile [42]. Ainsi les armes civiles (à cinétique lente) sont à distinguer des armes de guerres (à cinétique rapide).

Ces plaies sont d'autant plus graves que la distance séparant l'arme de la cible est courte, que la masse et surtout la vitesse initiale du projectile sont grandes, ou qu'il s'agit de projectiles multiples [56,41,63].

Les dégâts importants résultent d'effets d'ondes de choc responsable d'un cône d'attrition tissulaire autour de leur trajectoire. Les lésions constatées directement sur le trajet du

projectile, mais également à distance, en raison de la trajectoire intra abdominale parfois aberrante.

Les plaies faisant suite à des explosions associent les lésions par contusion (effet blast) et les traumatismes directs par projection d'éclats ou de corps étrangers.

Les plaies par armes à feu [32] s'accompagnent dans 92 à 98% des cas de lésions viscérales intra abdominales.

Les atteintes sont le plus souvent multi viscérales [44].

A l'opposé des plaies par arme blanche, les lésions vasculaires sont 2,5 fois [17] plus fréquentes dans les plaies par arme à feu.

✓ **Les agents divers** : on distingue :

- les encornements ;
- les bris de verre ;
- les accroissements de la voie publique ;
- les empalements qui peuvent être :
 - * directs, par orifice naturel du périnée, difficiles à reconnaître ;
 - * indirects avec pénétration périnéale cutané souvent minime.
- Les lésions iatrogènes au cours d'examen radiologique ou endoscopique à l'origine des plaies rectales ou coliques.

2 -2 -2 Anatomie pathologique :

✓ Les lésions pariétales : [56]

Les lésions sont très variables et dépendent de l'agent vulnérant.

-les lésions par armes blanches :

Elles posent le problème de leur caractère pénétrant ou non. Elles sont linéaires, à bords réguliers, ou punctiformes.

La profondeur et l'étendue dépendent de l'énergie mise en œuvre. Les lésions engendrées sont d'importance variable.

-lésions par armes à feu :

La reconstitution du trajet projectilique théorique, à partir des orifices d'entrée et de sortie, est capitale, elle permet de prévoir les organes lésés. Mais le bilan lésionnel définitif ne peut être fait qu'à la laparotomie. En effet nous savons que certaines balles à haute vitesse ont un trajectoire qui peut être modifiée par la rencontre d'élément de forte densité (os), et qu'elles peuvent donner des lésions à distance même de leur trajectoire, par effet de cavitation.

L'orifice d'entrée (multiple en cas de poly criblage) est classiquement plus petit que l'orifice de sortie. Les orifices peuvent échapper à un examen sommaire s'ils siègent au niveau de la région lombaire ou de l'aisselle.

L'étude du siège précis des orifices projectilaires permet de différencier :

- la plaie transfixiante, avec orifice d'entrée et un orifice de sortie ;

- la plaie borgne, caractérisée par la présence d'un orifice d'entrée et l'absence d'orifice de sortie (l'agent vulnérant est inclus).

Au niveau de la paroi, on peut aussi rencontrer :

- des lésions superficielles (excoriations ou brûlures) qui peuvent se voir au niveau de la peau, surtout en temps de guerre.
- Un large décollement sous-cutané qui peut exposer à une dévitalisation secondaire ;
- Une plaie sous-cutanée tangentielle, sans caractère pénétrant.

✓ **Le diaphragme :**

Le diaphragme peut être sollicité par les compressions violentes ou par un corps étranger.

Il peut être le siège :

- d'une plaie punctiforme, linéaire ou à bords déchiquetés, réalisée par une arme blanche ou à feu, et souvent associée à des lésions de voisinage ;
- d'une rupture par hyperpression abdominale ;
- d'une désinsertion avec perte de substance par effet de souffle ou de rétraction.

Le côté gauche est le plus souvent atteint ; à droite, le foie protège généralement la coupole.

✓ **Les lésions viscérales :**

Tous les organes intra abdominaux peuvent être atteints au cours d'une éviscération, Les lésions des organes pleins (foie, rate, reins, pancréas) et la déchirure des vaisseaux

(aorte, veine cave, mésentère) sont responsables d'une hémorragie interne. L'atteinte des organes creux aboutit à une péritonite.

2 2-3 physiopathologies [56] :

Les PPA avec EAT par une arme blanche ou à feu sont responsables de perturbations hémodynamiques importantes si un traitement adéquat (médico-chirurgical) n'est pas instauré en urgence.

Classiquement on distingue deux types de tableaux : l'hémopéritoine et la péritonite.

✓ Hémopéritoine

Les lésions des vaisseaux et des organes pleins ont une composante commune qui est l'hémorragie dont l'importance est fonction de la violence du traumatisme. La spoliation sanguine, quand elle dépasse 40% se traduit par un état de choc hypovolémique (hémorragique).

Ce tableau d'hémopéritoine est souvent grave et peut compromettre le pronostic vital si des gestes de réanimation associés à un geste chirurgical d'hémostase n'ont pas été instaurés dans les minutes qui suivent l'accident.

En effet, l'hypo volémie va retentir, non seulement sur l'état général, mais aussi sur les organes nobles où tout retard de traitement entraîne des lésions irréversibles. Il s'agit :

- du cœur : défaillance myocardique par acidose, hypoxie et hypo perfusion coronarienne ;
- des reins : par insuffisance rénale aiguë fonctionnelle qui peut devenir organique.

- Du foie : hypoxie entraîne des lésions tissulaires et des perturbations de certains métabolismes, protidique, lipidique, glucidique, de la bilirubine et des facteurs de coagulations.
- Poumons : l'hypoperfusion peut entraîner une pneumopathie interstitielle évoluant vers l'insuffisance respiratoire ;
- Tube digestif : qui peut être le siège de lésion pur purique ou d'ulcère de stress ;
- Le pancréas : l'hypoxie peut entraîner une pancréatite aiguë ;
- Le cerveau : il est particulièrement sensible à l'hypoxie. Les lésions sont graves, car irréversibles, et peuvent laisser des séquelles importantes.

✓ **péritonite :**

Toute perforation d'organe creux peut être à l'origine d'une péritonite. Les surfaces péritonéales, par leur pouvoir défensif s'organisent normalement en s'agglutinant autour de l'infection ou du corps étranger (projectile) afin de limiter les dégâts.

La PPA est plus exposé au risque infectieux plus qu'une contusion abdominale. En effet, aux germes déversés par la perforation digestive dans la cavité abdominale, s'ajoutent à ceux ramenés par l'effraction de la paroi à travers la solution de continuité réalisée (souillure discrète par un corps étranger, un projectile et des débris telluriques et vestimentaires). La gravité de cette péritonite dépend de plusieurs facteurs :

- le siège de la perforation et son contenu :

Les perforations des organes de l'étage sus méso colique réalisent des péritonites chimiques (perforations gastroduodénales) et celles de l'étage sous méso colique sont responsables de péritonites stercorales hyper septiques de mauvais pronostic.

- Délai préopératoire : c'est le moment qui sépare la perforation du moment de l'intervention. Il faut théoriquement 6 heures pour transformer une péritonite chimique en péritonite bactérienne septique massive.
- Lésions viscérales : le pronostic de ces péritonites dépend non seulement du risque septique, mais aussi des lésions viscérales associées, dont les défaillances s'intègrent pour retentir sur l'état général (défaillance cardio-circulatoire, atteintes de la membrane alvéolocapillaire, insuffisance rénale). Le retentissement local de la péritonite favorise la constitution d'un troisième secteur : ce sont les conditions du choc septique.

2-2-4 Etude clinique des EAT

Type de description : L'EAT lors d'une PPA avec hémorragie interne aiguë par arme blanche: [41, 56, 57]

Il s'agit d'un malade avec un état hémodynamique d'emblée instable ; ou malgré une réanimation rigoureuse l'état hémodynamique se détériore lentement.*

Un tableau d'hémorragie interne se rencontre en cas de plaie d'un organe plein (rate, foie, pancréas), ou d'une blessure vasculaire (mésentère, pédicule, hépatique, splénique ou rénal).

Les signes fonctionnels :

La douleur abdominale associée à une soif intense et des palpitations représentent l'essentiel des signes fonctionnels.

Les signes généraux :

Ces signes sont en relation avec l'état de choc hémorragique. Il s'agit d'une pâleur des conjonctives et des téguments, une tachypnée superficielle, une tachycardie avec un pouls faible et filant. La tension artérielle est pincée ou abaissée ; voir effondrée. Une agitation, un refroidissement des extrémités avec sueur froide sont présents.

Dans les suites immédiates, ces paramètres peuvent être perturbés par le stress, l'émotion, le transport et les lésions associées. On ne peut parler d'état de choc hypovolémique (pression artérielle < 80mmHg) ou d'instabilité hémodynamique qu'après avoir perfusé rapidement 1000 ml à 1500 ml de soluté de remplissage (macromolécules, cristalloïdes) sans obtenir de gain sur la pression artérielle ou la fréquence cardiaque.

Les signes physiques :

-A l'inspection : l'abdomen augmente de volume, respire peu, le point d'impact, et les viscères sont visibles (orifice d'entrée et de sortie qui ont une valeur médico-légale).

-A la palpation : l'abdomen est souple ou distendu douloureux dans son ensemble. On retrouve une défense localisée ou généralisée. La palpation recherche la nature de l'anse éviscérée, les lésions associées,.

-A la percussion : on note une matité des flancs, des hypocondres et de l'hypogastre.

-L'auscultation : renseigne sur l'existence d'un épanchement pulmonaire ou sur l'état des bruits intestinaux.

Au toucher pelvien : le cul de sac de Douglas est bombé et douloureux.

Les examens complémentaires :

Les taux d'hémoglobine et d'hématocrite sont effectués, mais ces constantes sont en urgence, de mauvais reflets d'un choc hypovolémique. Leur valeur est un indice de surveillance très précis d'un remplissage vasculaire (transfusions exceptées).

Evolution :

L'évolution peut se faire vers la stabilisation de l'état hémodynamique. C'est ainsi qu'une surveillance rigoureuse sera mise en œuvre. Si l'état hémodynamique se détériore malgré la réanimation hydro électrolytique, une laparotomie est faite en urgence.

Le pronostic est favorable en cas de diagnostic et de traitement précoce. Les complications sont alors rares.

Les formes cliniques : [42, 41, 56, 57] :

Selon l'organe lésé : cas de la péritonite. C'est l'atteinte d'organe creux le plus souvent par perforation. Les signes sont d'installation progressive sur 6 à 24 heures, il ne faut pas les attendre.

- Les signes généraux sont les mêmes qu'en cas d'hémorragie interne mais d'apparition tardive. L'état général est altéré avec déshydratation et cernement oculaire

- Les signes fonctionnels sont dominés par la douleur abdominale, fixe, profonde ; associée à des vomissements, un arrêt des matières et des gaz inconstant et tardive.

- Les signes physiques :

- inspection retrouve une immobilisation de la respiration abdominale, un météorisme abdominal. L'inspection précise le siège de la plaie, le degré de souillure, l'écoulement éventuel extériorisé de liquide digestif ou d'anses par les orifices ;
- la palpation retrouve un abdomen distendu, très douloureux, une défense abdominale évoluant vers la contracture ; un cri de l'ombilic.
- La percussion note la disparition de la matité pré hépatique ;
- L'auscultation relève le plus souvent un silence ;
- Les touchers pelviens retrouvent une violente douleur du cul de sac de DOUGLAS traduisant l'irritation péritonéale.

Les formes topographiques :

Le point d'impact lésionnel permettra de suspecter les organes potentiellement traumatisés : ceci est vrai pour les EAT par choc direct, mais peu informatif pour les lésions par effet de souffle.

- Une EAT de l'hypocondre gauche et du flanc gauche :

L'inhibition respiratoire est au premier plan des signes, un traumatisme thoracique est fréquemment associé. L'organe le plus fréquemment atteint dans cette région est la rate.

D'autres organes peuvent être éviscérés : le rein gauche, la glande surrénale gauche, l'angle colique gauche, le pancréas, la coupole diaphragmatique gauche ou les gros vaisseaux périphériques, spléniques ou coliques et les voies excrétrices.

-Une EAT épigastrique entraîne une contracture d'emblée en cas d'atteinte de l'estomac.

Les nausées et les vomissements sont inconstants. Une rupture duodénale peut parfois se manifester à ce niveau, de même que des atteintes du côlon transverse, du bas œsophage, du thorax, du foie, du pancréas, des gros vaisseaux.

- Une EAT de l'hypochondre droit et du flanc droit :

Le foie est fréquemment lésé. Le tableau clinique est celui d'une hémorragie interne.

D'autres organes peuvent également être lésés : vésicule biliaire, angle colique droit, duodénum ou pancréas, rein droit et le grêle.

- Une EAT de la fosse iliaque droite :

Seront lésés le côlon droit, les annexes droites, et les vaisseaux iliaques.

- Une EAT hypogastrique :

L'organe principalement atteint est la vessie. Les autres organes : rectum, l'utérus et le vagin peuvent être atteints aussi.

- Une EAT thoraco-abdominale :

C'est une plaie intéressant de manière concomitante le thorax et l'abdomen.

Toute plaie en apparence thoracique peut s'accompagner d'une lésion intra abdominale par brèche diaphragmatique. La méconnaissance de cette atteinte abdominale est d'autant

plus grave que les plaies thoraciques isolées nécessitent rarement une procédure chirurgicale : l'absence de l'exploration risque de méconnaître une brèche diaphragmatique et une lésion viscérale sous-jacente.

-Plaies pelvi-abdominales :

Elles sont des plaies dont le point d'impact initial se situe le plus souvent dans le pelvis. Elles sont fréquemment secondaires à un tir d'arme à feu ou à un empalement. Leur gravité potentielle est grande : les lésions osseuses avec risque d'ostéite, voire de blessure vésicale, urétrale ou rectale alors rapidement responsables de gangrène gazeuse. Elles s'associent également à des lésions vasculo-nerveuses : atteinte du nerf sciatique, lésion de l'artère fessière dont hémostase est difficile. La constatation d'une rectorragie ou d'une hématurie dans un contexte de lésion pelvienne doit faire rechercher une lésion abdominale associée.

-Plaies lombo-abdominales :

Ce sont des lésions à point d'impact postérieur, atteignant la cavité intra péritonéale après traversée de l'espace rétro péritonéale. Les lésions sont donc habituellement transfixiantes et outre les lésions rétro péritonéales touchant l'appareil urinaire, les glandes surrénales, les gros vaisseaux et le rachis ; les lésions intra péritonéales par contiguïté doivent systématiquement être recherchées.

2-2-5 Les moyens diagnostiques :

Les examens biologiques : [46, 47, 42, 56]

Dans le contexte très particulier des traumatismes ouverts de l'abdomen, les examens biologiques présentent assez peu d'intérêt pour le bilan lésionnel, et encore moins pour l'appréciation du degré d'urgence, d'une intervention chirurgicale. Ce bilan présente toutefois des caractéristiques quasi constantes qu'il convient de détailler.

- groupe sanguin et anticorps irréguliers :

Cette détermination du groupe et la recherche d'anticorps irréguliers sont fondamentales en vue d'une transfusion sanguine. En urgence, parfois les solutés macromoléculaires de remplissage ne suffisent pas à établir la volémie et l'oxygénation tissulaire.

- La numération formule sanguine :

Les taux d'hémoglobine et d'hématocrite sont, en urgence, de mauvais reflets d'un choc hypovolémique. Par contre, pour apprécier un remplissage vasculaire (transfusion exceptée), leur valeur est un index de surveillance très précis. Une microcytose dans un contexte ethnique particulier, doit faire évoquer une hémoglobinopathie. Une hyperleucocytose est souvent observée après un traumatisme abdominal.

- hémostase

Le taux de plaquette est un reflet de l'importance d'une hémorragie intra abdominale : l'existence ou l'apparition d'une coagulation intra vasculaire disséminée est signe d'une importante consommation des facteurs de l'hémostase.

Il s'agit d'un facteur de mauvais pronostic particulièrement en préopératoire.

2-2-6 Diagnostic [59, 60, 47, 55, 42]

Le diagnostic d'une EAT est évident devant l'extériorisation par la blessure d'épiploon, d'anse grêle, de liquide digestif, de bile ou d'urine ;

2-2-7 Traitement

Toute EAT doit être adressée dans un service de chirurgie. Toute fois la prise en charge débute dès le ramassage, au cours du transport, jusqu'au centre spécialisé. Nous n'insisterons pas sur la prise en charge pré-hospitalière qui est du ressort des équipes de ramassage et de triage.

✓ la réanimation immédiate [60, 47, 55]

Selon les circonstances, le lieu de l'accident, le ramassage et le triage des patients traumatisés sont effectués par des équipes différentes (SAMU, pompiers, militaires). Une évaluation rapide et complète permet de savoir le degré d'urgence.

La réanimation est entreprise dès l'accueil du patient et vise à traiter ou à prévenir un état de choc.

Elles contrôlent les principales fonctions vitales et permet la recherche de certaines lésions méconnues. Le maintien de la fonction respiratoire peut nécessiter une ventilation assistée. Celle-ci s'impose devant une détresse respiratoire, un état hémodynamique instable et/ou une fréquence respiratoire supérieure à 30 cycles/min.

Le maintien de la fonction cardio-circulatoire passe par la correction d'un état de choc hypovolémique. La perfusion de macromolécules (plasmagel, Dextran, haemacel) vise à compenser la perte sanguine et à obtenir un état hémodynamique stable. La surveillance de la pression veineuse centrale, et de la diurèse permet d'éviter une surcharge par excès de remplissage.

L'enregistrement électrocardiographique continu, la prise du pouls, la fréquence cardiaque permettent une surveillance cardio-circulatoire.

La conscience du malade doit être évaluée pour prévenir les troubles neurologiques aux conséquences graves.

✓

Le traitement chirurgical :

Face à une EAT, le « dogme » a toujours été celui de l'exploration chirurgicale systématique. Cette attitude classique tend à être battue en credo par les grandes séries américaines des trauma-center lors qu'il s'agit d'une PPA sans éviscération.

- En effet, pour des raisons économiques ces équipes ont une attitude beaucoup moins interventionniste avec des résultats satisfaisants en terme de moralité et de morbidité [42, 43]. La décision opératoire sera prise après avis de tous les membres

de l'équipe d'urgence : réanimateur, chirurgien, radiologue. Cependant, le chirurgien reste le seul juge de l'attitude pratique à adopter qui dépend de son expérience et des moyens techniques à sa disposition.

- **Les indications relatives [13, 40, 21, 25, 14, 11]**

- Le choc hypovolémique ou une hémodynamique instable chez un traumatisé de l'abdomen en dehors d'une autre cause de saignement, doit inciter à prendre une décision opératoire immédiate sous couverte d'une réanimation. Tout examen complémentaire est une perte de temps.

- La péritonite : la perforation d'un organe creux, avec, dès les premières minutes, de l'épanchement digestif dans la grande cavité est une indication formelle.

- Les plaies avec éviscération (épiploon, grêle) ou l'issue de liquide digestif.

- Les plaies par arme à feu.

- ✓ **Principes du traitement chirurgical : [25, 11] :**

Le premier principe est avant tout de ne pas sous-estimer la gravité potentielle des lésions, et toujours rechercher les lésions des régions anatomiques voisines (, rétro péritoine).

La laparotomie par voie médiane est préférable en urgence aux autres voies d'abord. Elle permet une exploration systématique de l'ensemble de la cavité abdominale, et peut être élargie vers le thorax en cas de nécessité.

Lors de l'exploration de la cavité abdominale, la priorité est le contrôle d'une hémorragie s'il y a lieu, puis un examen systématique de tous les organes sont réalisés en se méfiant

d'une lésion de la face « cachée » difficile à mettre en évidence. Enfin, toute liquide intra péritonéal anormal sera prélevé pour examen bactériologique.

- **Les lésions pariétales [14, 11] :**

Le traitement des lésions pariétales sera simple, si elles sont minimales siégeant au niveau des faces latérales. Par contre les plaies de la paroi postérieure méritent une attention particulière.

Après parage ces lésions pariétales ou diaphragmatiques seront traitées par suture simple ou en cas de délabrement important, par interposition prothétique. Pour les plaies par balle, les parages des orifices d'entrée et de sortie des projectiles sont réalisés par excision de tous les tissus pariétaux souillés et dévitalisés ; la peau sera laissée ouverte.

2-2-8 Evolution pronostic :

L'évolution est souvent émaillée de complication augmentant la morbidité et la mortalité.

Les complications postopératoires [47, 14, 11] :

Elles sont liées à l'évolution du traumatisme. Certaines de ces complications ne sont pas spécifiques : respiratoires, cérébrales, cardio-vasculaires, infectieuses, métaboliques liées à la réanimation. Des complications abdominales, hémorragiques, septiques, pariétales peuvent survenir.

-L'hémorragie postopératoire : [14, 11]

Son étiologie est difficile à identifier ainsi que sa prise en charge. Dans le cas où la clinique surtout l'hémodynamique se détériore avec une distension abdominale, la reprise chirurgicale s'impose sans examens complémentaires. Une échographie ou un scanner et un bilan biologique peuvent orienter le diagnostic.

- Les complications septiques [14] :

Elles sont toujours d'apparition plus tardive. Il peut s'agir d'une gangrène gazeuse se développant sur un terrain fragile. Le pansement sera surveillé de façon rigoureuse. On recherchera également un abcès pariétal ou profond par la clinique et les examens complémentaires (échographie, scanner) nécessitant une reprise par drainage percutané ou un lavage drainage. Les fistules digestives sont de traitement difficile.

-Les complications pariétales [14] :

Elles peuvent survenir à la suite d'un délabrement grave, ou secondaire à un problème septique.

Il peut s'agir d'abcès pariétal dont le traitement se fait par les soins locaux et par une mise à plat.

La dénutrition, les troubles métaboliques et le sepsis associés favorisent le ré éviscération.

Le pronostic :

Actuellement, la mortalité des plaies de l'abdomen est de 10 à 30% [21].

Cette mortalité est augmentée en cas de plaie thoraco-abdominale, chez les sujets âgés (>60 ans), et en cas de délai thérapeutique retardé. De plus le nombre d'organe est un facteur pronostique [13, 48] : au-delà de 5 lésions viscérales, la mortalité dépasse 50% [13]. Le choc hémorragique représente la première cause de mortalité, ce qui souligne l'importance d'une prise en charge précoce.

METHODOLOGIE

III METHODOLOGIE

4-1- Matériel :

4-1-1-Le Cadre de l'étude :

4-1-1-1-Situation géographique :

Le CHU Gabriel TOURE est situé au centre administratif de la ville de Bamako en commune III. Il est limité à l'est par le quartier Médina-Coura ; à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieur (ENI) ; au Nord par le service de l'Etat Major des Armées et au Sud par la gare du chemin de fer.

A l'intérieur de cet établissement se trouvent :

- Le service des urgences chirurgicales (SUC) au Sud-ouest.
- Le service de chirurgie générale et pédiatrique au Nord et au sein du pavillon Benitieni FOFANA.

4-1-1-2-Les locaux :

4-1-1-2-1- Le service des urgences chirurgicales (SUC) :

Il comprend trois (3) secteurs :

- Le premier secteur se compose d'un accueil tri avec huit tables d'examen.
- Le deuxième secteur comprend :
 - une salle de déchoquage avec deux lits.
 - une salle de petite chirurgie.
 - Trois salles opératoires.
 - Une salle de stérilisation.

- Un troisième secteur est constitué de 2 salles de réanimation avec 8 lits.

4-1-1-2-2 Le service de chirurgie générale et pédiatrique :

Il comprend :

- Le service de chirurgie générale avec 32 lits d'hospitalisations et une salle de pansement.
- Le service de chirurgie pédiatrique avec 26 lits d'hospitalisations et une salle de pansement.

Le bloc opératoire est composé de trois salles que le service partage avec les autres spécialités de chirurgie (Orthopédique, traumatologie et urologie).

Une salle de stérilisation est contiguë au bloc opératoire.

4-1-1-3-Le personnel

4-1-1-3-1-Service de chirurgie générale et pédiatrique :

Les chirurgiens sont au nombre de huit parmi lesquels on peut compter

Deux chirurgiens pédiatres dont un coopérant Cubain et un professeur agrégé en chirurgie digestive (chef de service).

Les infirmiers sont au nombre de huit repartis entre les deux unités.

4-1-1-3-2-Service de chirurgie générale :

Il comprend un technicien supérieur de santé qui joue le rôle de chef d'unité des soins ; quatre techniciens de santé ; trois aides soignants et une secrétaire médicale qui est placée auprès du chef de service

4-1-1-3-3- Service de chirurgie pédiatrique :

Il comprend un technicien supérieur de santé qui joue le rôle de chef d'unité des soins, quatre techniciens de santé, trois aides soignants et une secrétaire médicale se trouvant auprès chef de service.

Les services de chirurgie générale et pédiatrique comprennent également :

Les étudiants en fin de cycle de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) faisant fonction d'interne.

Les étudiants stagiaires de la FMPOS, de l'ESS (Ecole secondaire de santé) de l'EIPC (Ecole des Infirmiers du Premier Cycle).

Les médecins inscrits au C.E.S (Certificat d'Etude Spécialisée) de chirurgie générale.

4-1-1-3-4 Le Service des urgences chirurgicales :

Il comprend :

Un médecin spécialisé en anesthésie réanimation (chef de service)

Un médecin urgentiste

Trois médecins généralistes

Trois techniciens supérieurs de santé

vingt six infirmiers du 1^{er} cycle

Neuf techniciens de surface

Les étudiants en fin de cycle de la FMPOS, faisant fonction d'interne

Les étudiants stagiaires de la FMPOS, de l'ESS, de l'EIPC.

4-1-2-Les patients

Tous les patients ont été recrutés dans le service des urgences chirurgicales et dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel TOURE.

Un questionnaire préétabli a permis de recueillir tous les renseignements nécessaires pour chaque patient.

4-2-Méthodes :

4-2-1-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective réalisée dans les services des urgences chirurgicales, de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel TOURE.

4-2-2- Durée de l'étude :

L'étude a été réalisée de janvier 1999 à décembre 2006 soit une période de 7 ans.

4-2-3-Les critères d'inclusion :

On été inclus dans notre étude :

Tout patient quelque soit l'âge ayant été opéré dans le service des urgences chirurgicales, le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel TOURE et qui a présenté une éviscération abdominale et dont le diagnostic a été confirmé en pré et per opératoire

4-2-4-Critères de non inclusion :

On été exclus de notre étude.

- Tous les patients pris en charge dans un autre service
- Tout patient dont la prise en charge est effectué dans un autre hôpital
- Tous les dossiers incomplets
- Tout patient présentant une éviscération non abdominale

4-2-5-L échantillonnage :

Il s'agit d'une étude retro et prospective qui a porte sur tous les patients opérés dans le service de chirurgie générale, pédiatrique et dans le service des urgences chirurgicales et qui ont présente une éviscération abdominale

Les critères d'inclusion nous ont permis de recruter 74 patients présentant une éviscération abdominale sur un total de 16056 interventions abdominales.

4-2-6-L'enquête :

Pour élaborer notre travail, nous avons suivi les étapes suivantes

4-2-6-1-Confection de la fiche d'enquête

Elle a été faite par nous même, corrigée par le Directeur de thèse et ses assistants et comporte :

- Une partie portant sur les données administratives :
Age, sexe, profession, nationalité, ethnie, durée d'hospitalisation
- Une partie portant sur les paramètres cliniques et para cliniques, diagnostic, les lésions.

- Une partie portant sur les différents traitements chirurgicaux dont a bénéficié chaque malade.

- Une dernière partie sur le suivi postopératoire et le coût de la prise en charge.

4-2-6-2-La collecte des données :

Les données ont été collectées à partir des registres de comptes rendus opératoires, des dossiers des malades.

4-2-7-Saisie et analyse des données :

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Epi-info version 6.04 cfr

Pour analyser nos résultats nous avons utilisé le test de Khi2 pour la comparaison des moyennes

RESULTATS

IV RESULTATS

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective allant du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2006. Elle a porté sur 74 patients ayant subi une intervention chirurgicale pour EA dans le service des urgences chirurgicale, le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Pendant la même période d'étude il y a eu :

- 33404 consultations dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré,
- 101960 consultations au service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Touré
- 9243 hospitalisations dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU GT
- 4291 interventions abdominales urgentes
- 11765 interventions abdominales réglées

L'éviscération abdominale a donc présenté :

- * 0,46% de l'ensemble des interventions abominables
- * 0,05 % des consultations chirurgicales
- * 0,80% pour l'ensemble des hospitalisations

La fréquence hospitalière a été de :

0,37 % pour l'EAPO

0,45 % pour l'EAT

1,72% des interventions abdominales urgente,

0,62 % des interventions abdominales réglées

4-A Données administratives

4-1 : Répartition des malades par Année

Tableau I : Répartition des malades par Année

Année	EAPO	EAT	Total
	N	N/%	
1999	2(6,2)	1(2,4)	3(4,05)
2000	2(6,2)	0(0)	2(2,7)
2001	2(6,2)	0(0)	2(2,7)
2002	0(0)	5(12)	5(6,8)
2003	1(3,1)	6(14,4)	7(9,5)
2004	3(9,3)	8(19,4)	11(14,86)
2005	10(31)	14 (33,6)	24(32 ,43)
2006	12(37 ,2)	8 (19,2)	20(27,02)
Total	32(100)	42 (100)	74(100)

EAPO : La moyenne de la fréquence hospitalière a été de 3 patients par année avec des extrêmes de 0 – 12

EAT : La moyenne de la fréquence hospitalière a été de 7 patients par année avec des extrêmes de 0 – 14

4-2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

Tableau II.1 : Répartition des malades selon la tranche (0- 15 ans)

Tranche d'âge (0-15)	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
0-28 jours		(9)	0	(0)	1(4 ,34)
	1				
1 mois -2ans	4	(36,4)	0	(0)	4(17,4)
2-6ans		(36,4)	2	(16,7)	6(26,08)
	4				
6-15ans		(18,2)	10	(83,3)	12(52,17)
	2				
Total	11	(100)	12	(100)	23(100)

Tableau II.2 : Répartition des malades selon la tranche (16-69 ans)

Tranche d'âge par an	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
16-27	8	(38,10)	115	(50)	21(41,17)
28-39	5	(23,80)	9	(30)	14(27,45)
40-57	4	(19,05)	4	(13,3)	8(15,66)
58-69	4	(19,05)	2	(6,7)	6(11 ,76)
Total	21	(100)	30	(100)	51(100)

L'âge moyen pour l'EAPO était de 26,7 ans \pm 22,8.

Les extrêmes étaient de 0 et 66 ans.

L'âge moyen pour l'EAT était de 24,5 ans \pm 15,01.

Les extrêmes étaient de 4 et 69 ans.

Tableau II.3 : Répartition des malades selon l'âge

L'âge	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
0-15ans	11	(34,4)	12	(28,6)	23(31,08)
16-31ans	7	(21,86)	19	(45,23)	26(35 ,44)
32-46 ans	5	(15,62)	8	(19,04)	13(17,56)
47-69 ans	9	(28,12)	3	(7,14)	12(16,21)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

L'âge moyen pour l'ensemble des éviscérations abdominales était de 25 ans±18,6

Les extrêmes étaient de -1an et 69 ans

4-3 : Répartition des malades selon le sexe

Tableau III : Répartition des malades selon le sexe

Sexe	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Masculin	15	(46,9)	33	(78,6)	48(64,86)
Féminin	17	(53,1)	9	(21,4)	26(35,14)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

Le sexe ratio F/M était de 1,13 pour l'EAPO

Le sexe ratio M/F était de 3,66 pour l'EAT

Le sexe ratio M/F était de 1,8 en faveur des hommes pour l'ensemble des éviscérations abdominales

4-4 : Répartition des malades selon leurs principales activités

Tableau IV: Répartition des malades selon leurs principales activités

Activités	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Cadre supérieur	3	(9,4)	1	(2,4)	4(5,4)
Cadre moyen	8	(25)	4	(9,5)	12(16,2)
Sans profession	1	(3,1)	14	(33,3)	15(20,2)
cultivateur	6	(18,8)	1	(2,4)	7(9,45)
Commerçant	4	(12,5)	6	(14,3)	10(13,5)
Ménagère	8	(25)	4	(9,5)	12(16,2)
Elève - Etudiants	2	(6,3)	12	(28,6)	14(18,9)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

Quarante huit de nos patients soit 64,8% appartenait à une classe socio-économique défavorisé.

4-5 Répartition des malades selon leur provenance

Tableau V.1 : Répartition des malades selon leur provenance par commune

Provenances (commune)	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Commune I	11	(34,4)	12	(28,6)	23(31)
Commune II	3	(9,4)	6	(14,3)	9(12,16)
Commune III	4	(12,5)	6	(14,3)	10(13,51)
Commune IV	4	(12,5)	2	(4,8)	6(8,1)
Commune V	5	(15,6)	12	(28,6)	17(22,97)
Commune VI	5	(15,6)	4	(9,5)	9(12,16)
Total	32	100	42	100	74(100)

31% de nos malades provenaient de la commune I

Tableau V.2 : Répartition des malades selon leur provenance par région

Provenances (régions)	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Kayes	6	(18,8)	1	(2,4)	7(9,45)
Koulikoro	6	(18,8)	2	(4,8)	8(10,8)
Sikasso	5	(15,6)	1	(2,4)	6(8,1)
Ségou	1	(3,1)	4	(9,5)	5(6,75)
Mopti	1	(3,1)	1	(2,4)	2(2,7)
Bamako	13	(40,6)	33	(78,6)	46(62,16)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

62,16% de nos malades étaient de Bamako

4-6 : Répartition des Malades selon le Mode d'admission de l'EAT

Tableau VI: Répartition des Malades selon le Mode d'admission de l'EAT

Mode d'admission	EAT	
	N/	%
Non référé	36	(85,7)
Référé par un médecin	6	(14,3)
Total	42	(100)

85,7% des malades n'ont pas été référé

4-7 : Répartition des Malades selon leur mode de recrutement

Tableau VII : Répartition des Malades selon leur mode de recrutement

Mode de recrutement	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Urgence	21	(64,6)	40	(95,2)	61(82,4)
Consultation ordinaire	11	(34,4)	2	(4,8)	13(17,6)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

Dans notre étude 82,4% des malades ont été reçus dans le service des urgences chirurgicales

4-8 : Répartition des malades selon leur durée moyenne d'hospitalisation avant l'EAPO

Tableau VIII : Répartition des malades selon leur durée moyenne d'hospitalisation avant l'EAPO

Durée d'hospitalisation (jours)	EAPO	
	N/	%
5-10	28	87,5
11-15	4	12,5
Total	32	100

La durée moyenne d'hospitalisation avant l'EAPO était de 7 jours \pm 5,1 avec des extrêmes de 5 et 15 jours.

4-9 : Répartition des malades selon la catégorie d'hospitalisation

Tableau IX : Répartition des malades selon la catégorie d'hospitalisation

Catégorie d'hospitalisation	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Catégorie 2	9	(28,1)	21	(50)	30(40,5)
Catégorie 3	23	(71,9)	21	(50)	44(59,5)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

4-B Histoire de la maladie

4-10 : Répartition des malades selon l'heure de survenue de l'EAT

Tableau X : Répartition des malades selon l'heure de survenue de l'EAT

Heure	EAT	
	N	%
0-6	17	40,5
7-12	10	23,8
13-18	9	21,4
19-24	6	14,3
Total	42	100

L'EAT a été fréquente pendant les heures de garde

4-11 : Répartition des malades selon la circonstance de survenue

Tableau XI : Répartition des malades selon la circonstance de survenue

Circonstance	EAT	
	N/	%
Agression criminelle	29	69,1
Tentative d'autolyse	3	7,1
Accident de la voix publique	10	23,2
Total	42	100

L'agression criminelle a été la circonstance de survenue la plus fréquente avec 69,1% des cas

4-12 : Répartition des malades selon l'agent vulnérant

Tableaux XII : Répartition des malades selon l'agent vulnérant

Agent vulnérant	EAT	
	N	%
Arme blanche	38	90,5
Objet contondant	4	9,5
Total	42	100

L'arme blanche d'obtention facile a été l'agent le plus souvent rencontré

4-13 : Répartition des malades selon le motif d'hospitalisation initial de l'EAP

Tableau XIII: Répartition des malades selon le motif d'hospitalisation initial de l'EAP

Motif d'hospitalisation initial	EAP	
	N	%
Hémopéritoine	2	(6,3)
Péritonite	15	(46,8)
Occlusion	13	(40,6)
Tumeur gastrique	2	(6,3)
Total	32	(100)

L'éviscération abdominale post opératoire a surtout été rencontrée chez les patients présentant une urgence chirurgicale de l'abdomen

4-14 : Répartition des malades selon les antécédents médicaux

Tableau XIV : Répartition des malades selon les antécédents médicaux

ATCD médicaux	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Diabète	7	(21,9)	0	(0)	7(9,45)
HTA	1	(3,1)	2	(4,8)	3(4,05)
Bilharziose	1	(3,1)	10	(23,8)	11(14,89)
Insuffisance rénale	1	(3,1)	0	(0)	1(1,35)
Anémie	10	(31,3)	7	(16,2)	17(22,97)
Aucun antécédent	0	(0)	16	(38,1)	16(21,62)
Infection urinaire	1	(3,1)	7	(16,2)	8(10,8)
Infection pulmonaire	9	(28,1)	0	(0)	9(12,16)
UGD	2	(6,2)	0	(0)	2(2,7)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

4-15 : Répartition des malades selon les diagnostics chirurgicaux ayant fait suite à une EAPO

Tableau XV-1 : Répartition des malades selon le type de péritonite

péritonite	EAPO	
	N	%
Perforation appendiculaire	7	21,9
Perforation iléale	8	25
Aucun	17	53,1
Total	32	100

Tableau XV-2 : Répartitions des malades selon le type d'occlusion

occlusion	EAPO	
	N	%
Volvulus	7	21,8
Bride	6	18,8
Aucun	19	59,4
Total	32	100

Tableau XV-3 : Répartition des malades selon la survenue d'une complication post opératoire

complication post opératoire	EAPO	
	N	%
Abcès de la paroi	3	(9,4)
Fistules digestives	1	(3,1)
Aucune	28	(87,5)
Total	32	(100)

4-16 : Répartition selon le mode de vie et facteur de risque

Tableau XVI: Répartition selon le mode de vie et facteur de risque

Mode de vie et facteur de risque	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Alcool	6	(14,3)	16	(50)	22(29,72)
Thé	4	(9,5)	4	(12 ,5)	8(10,8)
Tabac	10	(23,8)	5	(15,6)	15(20,27)
Café	3	(7,1)	4	(12,5)	7(9,4)
Cola	4	(9,5)	2	(6,3)	6(8,1)
Aucun facteur	15	(35,7)	1	(3,1)	16(21,2)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

4-C Examen clinique

4-17 : Répartition des Malades selon l'état général évalué par l'indice de Karnofski

Tableau XVII : Répartition des Malades selon l'état général évalué par l'indice de Karnofski

Indice de Karnofski	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
80	25	(78,1)	42	(100)	67(90,54)
70	7	(21,9)	0	(0)	7(9,45)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

4-18 : Répartition des malades selon l'état de conscience à l'arrivée

Tableau XVIII: Répartition des malades selon l'état de conscience à l'arrivée

Etat de conscience	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
conscient	20	(62,5)	37	(88,1)	57(77,02)
Obnubilation	10	(31,2)	5	(11,9)	15(20,27)
Coma	2	(6,3)	0	(0)	2(2,7)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

4-19 : Répartition des malades selon les signes généraux observés

Tableau XIX : Répartition des malades selon les signes généraux observés

Signes généraux	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Tachycardie	4	(12,5)	6	(14,3)	10(13,5)
Tachypnée	2	(6,2)	6	(14,3)	8(10,8)
Hyperthermie (T° >38,5)	10	(31,3)	8	(19,1)	18(24,32)
Hypotension artérielle	1	(3,1)	3	(7,1)	4(5,4)
Aucune anomalie constatée	15	(46,9)	19	(45,2)	34(46)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

4-20 : Répartition selon les signes fonctionnels l'EAPD

Tableau XX: Répartition selon les signes fonctionnels l'EAPD

Signes fonctionnels	EAPD	
	N	%
Douleur abdominale	26	(81,25)
Vomissement	11	(34,37)
Nausée	4	(12,5)
Toux	9	(28,12)
Dyspnée	2	(6,25)

Tableau XX-1 : Répartition de nos malades selon la périodicité de la douleur

périodicité	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Permanente	10	(31,3)	15	(35,7)	25(33,78)
Intermittente	16	(50)	26	(61,9)	42(56,76)
Absente	6	(18,7)	1	(2,4)	7(9,45)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

Tableau XX-2: Répartition selon l'intensité de la douleur

Intensité	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
faible	16	(61,54)	10	(24,32)	26(38,80)
moyenne	7	(26,92)	21	(51,21)	28(41,79)
Forte	3	(11,54)	10	(24,32)	13(19,40)
Total	26	(100)	41	(100)	67(100)

La douleur a été évaluée selon EVA

Tableau XX-3 : Répartition des malades selon le type de la douleur

Type	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Crampe	6	(23,07)	4	(9,76)	10(14,92)
Piqûre	11	(42,3)	8	(19,52)	19(28,35)
Brûlure	7	(26,91)	23	(56,09)	30(44,77)
Pesanteur	2	(7,69)	6	(14,63)	8(11,94)
Total	26	(100)	41	(100)	67(100)

Tableau XX-4 : Répartition des malades selon le siège de la douleur

Siège	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Cicatrice de laparotomie médiane sus et sous ombilicale	6	(23,07)	0	(0)	6(8,95)
FIG	1	(3,8)	1	(2,43)	2(2,9)
Hypochondre droit	2	(7,69)	1	(2,43)	3(4,47)
Hypochondre gauche	2	(7,69)	3	(7,31)	5(7,46)
épigastre	8	(30,74)	9	(21,95)	17(25,37)
Flanc droit	3	(11,53)	6	(14,63)	9(13,43)
Flanc gauche	1	(3,8)	7	(17,07)	8(11,94)
Diffuse	3	(11,53)	14	(34,14)	17(25,37)
Total		(100)	41	(100)	67(100)

26

Tableau XX-5: Répartition des malades selon l'irradiation de la douleur

Irradiation	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Dos	2	(7,69)	1	(2,43)	3(4,41)
Membre inférieur	2	(7,69)	16	(39,02)	18(26,86)
Thorax	4	(15,38)	7	(17,07)	11(16,41)
Sans irradiation	18	(69,23)	17	(41,46)	35(52,23)
Total	26	(100)	41	(100)	67(100)

4-21 : Répartition selon la survenue d'une distension abdominale avant EAPO

Tableau XXI: Répartition selon la survenue d'une distension abdominale avant EAPO

Distension abdominale	EAPO	
	N	%
Présente	26	81,2
Absente	6	18,8
Total	32	100

La distension abdominale était fréquemment rencontrée avant l'EAPO

4-22 : Répartition selon le siège de l'éviscération abdominale

Tableau XXII: Répartition selon le siège de l'éviscération abdominale

Siège de l'éviscération	EAPO		EAT		Total	Test statistique
	N/	%	N/	%		
Médiane sus ombilical	9	(28,12)	15	(35,7)	24(32 ,43)	p=0,489
Médiane sous ombilical	3	(9,4)	7	(16,7)	10(13,51)	p=0,289
Sous costal droit	0	(0)	6	(14,3)	6(8,1)	p=0,028
Transversal	11	(34,4)	0	(0)	11(14,08)	p=0,00003
FID	0	(0)	4	(9,5)	4(5,4)	-
Médiane sus et sous ombilicale	9	(28,1)	9	(21,4)	18(24,32)	-
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)	

4-23 : Répartition selon la dimension du point de l'ouverture cutanée

Tableau XXIII: Répartition selon la dimension du point de l'ouverture cutanée

Dimension du point de l'ouverture cutanée (cm)	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
<5	10	(31,3)	32	(76,2)	42(56,8)
>5	22	(68,7)	10	(23,8)	32(43,2)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

4-24 : Répartitions selon la nature de l'organe éviscéré

Tableau XXIV: Répartitions selon la nature de l'organe éviscéré

Nature de l'organe éviscéré	EAPO		EAT		Total	Test statistique
	N/	%	N/	%		
Colon	5	(15,6)	12	(28,5)	17(22,97)	p=0,189
Intestin grêle	26	(81,3)	19	(45,2)	45(60,8)	p=0,0016
Epiploon	1	(3,1)	11	(26,2)	12(16,2)	p=0,018
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)	

4-25 : Répartition selon l'aspect de l'organe éviscéré

Tableau XXV: Répartition selon l'aspect de l'organe éviscéré

Aspect de l'organe	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Intacte	26	(81,3)	32	(76,2)	58(78,3)
Ischémie	3	(9,4)	5	(11,9)	8(10,8)
Recouverte de fausses membranes	2	(6,3)	4	(9,5)	6(8,1)
Perforé	1	(3,1)	1	(2,4)	2(2,7)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

4-26 : Répartition selon le touché rectal (TR)

Tableau XXVI: Répartition selon le touché rectal (TR)

TR	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Indolore	19	(59,37)	31	(76,2)	51(68 ,91)
Douleur à droite	4	(12,5)	3	(7,1)	7(9,45)
Douleur à gauche	5	(15,6)	3	(7,1)	8(10,8)
Douleur à gauche/droite	4	(12,5)	4	(9,5)	8(10,08)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

4-27 : Répartition selon le touché vaginal

Tableau XXVII: Répartition selon le touché vaginal

Toucher vaginal	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Normal	11	(58,8)	8	(88,9)	19(73,08)
Douleur gauche /droite	6	(35,3)	1	(11,1)	7(26,92)
Total	17	(100)	9	(100)	26(100)

4-D Examen complémentaire

4-28 : Répartition selon la sérologie HIV

Tableau XXVIII : Répartition selon la sérologie HIV

Sérologie HIV	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Positif	1	(3,1)	1	(2,4)	2(2,7)
Négatif	2	(6,3)	1	(2,4)	3(4,05)
Non fait	29	(90,6)	40	(95,2)	69(93,24)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

4-E Traitement

4-29 : Répartition selon la technique opératoire

Tableau XXIX: Répartition selon la technique opératoire

Technique opératoire	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Bourdonnet	32	(84,4)	0	(0)	32(43,24)
Fermeture point par x		0	42	(100)	42(56,76)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

4-30 : Répartition des malades selon la nature du fil de suture utilisé.

Tableau XXX: Répartition des malades selon la nature du fil de suture utilisé.

Fil de suture	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Fil non résorbable	27	(84,4)	2	(4,8)	29(39,18)
Fil résorbable	5	(15,6)	40	(95,2)	45(60,8)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

4-31 : Répartition selon les complications per opératoires.

Tableau XXXI : Répartition selon les complications per opératoires.

Complication	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Aucune	32	(100)	40	(95,2)	72(97,29)
Hémorragique	0	(0)	1	(2,4)	1(1,35)
Perforation intestinale	0	(0)	1	(2,4)	1(1,35)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

4-32 : Répartition selon le temps pendant lequel le bourdonnet a été maintenu en place

Tableau XXXII : Répartition selon le temps pendant lequel le bourdonnet a été maintenu en place

Durée du bourdonnet	EAPO	
	N	%
=15 jours	2	7,42
16-21 jours	1	3,70
>21 jours	24	88,88
Total	27	100

Le bourdonné a été maintenu pendant 21jours chez 88,88% de nos malades

4-33 : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation post opératoire

Tableau XXXIII: Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation post opératoire

Durée d'hospitalisation post opératoire	EAPO		EAT		Total	Test statistique
	N/	%	N/	%		
10-15	0	0	38	(90,5)	38(51,4)	p=0,843
15-21	3	(9,4)	4	(9,5)	7(9,5)	p=0,0385
21-25	25	(78,1)	0	(0)	25(33,8)	
25-43	4	(12,5)	0	(0)	4(5,3)	
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)	

La durée moyenne d'hospitalisation pour l'EAPO était de 21,2 jours \pm 15 avec des extrêmes de 15 et 43 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation pour l'EAT était 14,4 jours \pm 11 avec des extrêmes de 10 et 21 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation pour l'ensemble des éviscérations abdominales était de 19 jours \pm 12 avec des extrêmes de 10 et 43 jours

4-34 : Répartition selon les suites opératoires immédiates.

Tableau XXXIV : Répartition selon les suites opératoires immédiates.

Suites immédiates	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Simple	28	(87,5)	42	(100)	70(94,59)
Abcès de la paroi	1	(3,1)	0	(0)	1(1,35)
Ré éviscération	2	(6,3)	0	(0)	2(2,7)
Décès	1	(3,1)	0	(0)	1(1,35)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)

Tableau XXXIV-1 : Répartition selon le suivi à 1 mois (mode)

Mode de suivi	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Venu de lui même	10	(32,3)	0	(0)	10(13,69)
Vu à domicile	0	(0)	3	(7,1)	3(4,1)
Personne de contact	2	(6,5)	0	(0)	2(2,7)
RDV	18	(58)	28	(66,7)	46(63)
Perdu de vue	1	(3,2)	11	(26,2)	12(16,43)
Total	31	(100)	42	(100)	73(100)

Tableau XXXIV-2 : Répartition selon le suivi à 1 mois (évolution)

Evolution 1mois	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Cicatrisation primaire	19	(63,33)	11	(35,5)	30(49, 18)
Cicatrisation secondaire	10	(33,33)	20	(64,5)	30(49,18)
Décès	1	(3,4)	0	(0)	1(1,6)
Total	30	(100)	31	(100)	61(100)

Tableau XXXV-1: Répartition selon le suivi à 3 mois (mode)

Mode de suivi	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Venu de lui même	2	(6,9)	0	(0)	2(4,08)
Perdu de vue	0	(0)	7	(35)	7(8,16)
RDV	27	(93,1)	13	(65)	40(81,63)
Total	29	(100)	20	(100)	49(100)

Tableau XXXV-2: Répartition selon le suivi à 3 mois (évolution)

Evolution 3 mois	EAPO		EAT		Total
	N/	%	N/	%	
Cicatrisation secondaire	29	(100)	13	(100)	42(95,5)
Total	29	(100)	13	(100)	42(100)

4-34 : Répartition selon le coût total de la prise en charge

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

Coût total en FCFA	EAPO		EAT		Total
	N	%	N	%	
28165 - 45000	12	(37,5)	0	(0)	12(16, 3)
45000 - 61000	9	(28,1)	0	(0)	9(12,1)
61000 - 77500	10	(31,3)	0	(0)	10(13,5)
77500 - 113370	1	(3,1)	11	(26,2)	12(16,1)
113370- 120000	0	(0)	15	(35,7)	15(20,4)
120000 - 143969	0	(0)	16	(38,1)	16(21,6)
Total	32	(100)	42	(100)	74(100)
Coût moyen	50954,4 ±17422,4		106854,3 ±		
			14179,9		
Extrêmes	28065-113370		65500-143969		

La moyenne du Coût total de l'ensemble des EA était de 82681.432 FCFA ± 31926.014 avec des extrêmes de 28065 et 143969 FCFA pour l'ensemble des éviscérations abdominales

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons participé à la prise en charge de 20/74 de nos malades qui ont été recrutés durant une année d'enquête que nous avons effectués dans les services.

Les informations sur les autres patients ont été recensées à partir des dossiers hospitaliers et des registres de compte-rendu opératoire pour les cas rétrospectifs.

Nous avons rencontré certaines difficultés qui sont les suivantes :

-La mauvaise conservation des dossiers et archives, et l'absence de donnée fiable

-L'insuffisance de matériels opératoires retardant les interventions,

Du plateau technique rendant impossible la réalisation de certains actes chirurgicaux

-Le faible pouvoir d'achat des malades

-L'absence de l'assurance maladie généralisée

- la perte de certains patients sans laisser d'adresse ce qui a fortement handicapé le suivi post opératoire.

5-37 : Fréquence hospitalière selon les auteurs

Tableau XXXVII : Fréquence hospitalière selon les auteurs

Auteurs	EAPO N/%	EAT N/%	effectifs/année
Waldhausen H , USA, 2000, [1] ,5 ans	2785 (0,43%)	-	2,4
Benisa S, Maroc, 2003, [7], 8 ans	-	75	9,3
Nomura E, (Japon) [10] , 20ans	378 (0,05%)	-	18,9
Rodriguez Hermosa JI, Espagne, 2005 [2] ,9ans	12622 (0, 45%)	-	6,3
Cigdem, M T, Turquie, 2006, [26] ,1ans	3591 (0, 80%)	-	22
Fall B et al, Sénégal, 2002 [30] ,2ans	-	40 (0,25%)	20
Navsaria PH, 2007 [28],1an	-	186 (0,46%)	186
Gurleyik G, Turquie, 2001, [6] ,25ans	38(0,92)		1,5
Notre étude, Mali, 2007	32 (0,43%)	42 (0,6%)	4,5pourEAPO 6 pour EAT

EAPO :

-Les EAPO constituent une complication rare de la chirurgie abdominale, après une première laparotomie leur fréquence varie en fonction des auteurs.

Cette variabilité de la fréquence peut être liée soit à la taille de l'échantillon, soit à la technique opératoire [1,2], soit à l'état général [10] soit à la durée de l'étude. Notre série se rapproche de celle observée par d'autres auteurs [1, 10, 26, 6,2]

EAT :

- Une augmentation de l'EAT a été constatée chez beaucoup d'auteurs ainsi que dans le notre cela est liée à une criminalité grandissante [7, 28,30] et à des accidents de la voie publique(AVP)

5-38 : l'âge moyen selon les auteurs

Tableau XXXVIII : l'âge moyen selon les auteurs

Auteurs	EAPO	EAT
Age moyen	age moyen	age moyen
Cigdem MK, Turquie, 2006, [26]	16mois	-
John HT, USA, 2006, [1]	3ans	-
Zekeriya , Turquie, 2003, [9]	3ans	-
Gur leyik G, Turquie, 2001, [6]	58	-
Rodriguez Hermosa JI, Espagne, 2005, [2]	70	-
Dieng M, Sénégal, 2003, [8]	-	25
Shanmuganathan K, 2004, [18]	-	31
Cavalière D, Saopolo, 2005, [33]	57	28-31
Notre etude, Mali, 2007	Enfant =2ans	Enfant=4ans
	Adulte= 27ans	Adulte=24ans

EAPO :

-L'âge moyen de 3ans et 55 ans constitue un facteur de risque des EAPO, cette tranche d'âge ne diffère, pas de façon significative de celui retrouvé dans les séries [2,26, 6, 1, 9,33] P= 0,046.

Notre âge moyen de 27 ans est jeune par rapport à ces séries. L'âge jeune de nos patients serait lié à la jeunesse de la population africaine en général et celle du Mali en particulier. Selon les services de statistiques de notre pays la tranche d'âge 29-35 ans constitue la majeure partie de la population,

EAT :

- Les EAT surviennent en général chez l'adulte jeune comme observé dans toutes les séries

[8.18.33]

L'adulte jeune représente en effet la couche sociale la plus active.

5-39 : Le sex-ratio selon les auteurs

Tableau XXXIX: Le sex-ratio selon les auteurs

Auteurs	EAP0 (M/F)	EAT (M/F)
Navsaria Ph et al, 2007 [28]	-	11,2
Rodriguez Hermosa JI, Espagne, 2005 [2]	3,75	-
Dieng, Sénégal, 2003 [8]	-	44
Gürleyi KG, Turquie, 2001, [6]	3,2	-
Fall B et al, Sénégal, 2002 [30]	-	12,33
Jacob AO et al, Australie, 2007, [31]	-	4,72
Cavaliere D, Italie, 2005 [33]	2,6	-
Notre étude, Mali, 2007	1,138	3,6

EAPO :Le sexe ne représente pas un facteur de risque pour l'EAPO .Nous avons deux séries Turque et Espagnole dans lesquelles les hommes étaient plus nombreux que les femmes .Par contre dans une série Italienne et la notre le sexe ratio étaient en faveur de la femme.

Les EAT surviennent le plus souvent chez le sexe masculin [8] . Ceci a été retrouvé dans la plus part des séries ainsi que dans notre étude le sexe ratio a varie de 11,2 à 44 [28, 30,8], sauf en Australie où la prédominance féminine a été nette [31].

5-40 : Circonstance de survenue selon les auteurs

Tableau XXXX: Circonstance de survenue selon les auteurs

Auteurs	EAT		
	Agression criminelle	Tentative D'autolyse	Accident de la voie publique
Jackson Smith	80%	3%	17%
Angleterre, 2005	P= 0,083	P=0 ,292	P=0,249
Shanmuganathan K,	55,5%	4,5%	40%
USA, 2004, [18]	P=0,079	P=0,658	P=0,033
Navsaria P H ,Grece,2005,[28]	100%	0	0
Notre etude, Mali, 2007	69,7%	7,1%	23,2

EAT :

Parmi les circonstances de survenue de l'EAT l'agression criminelle avec un taux variant de 80-100% occupe la première place dans toutes les séries [13,] .Ce taux est encore plus élevé en occident qu'en Afrique [13]

Les raisons de cette agressivité dans la société sont multiples :

- ✓ L'augmentation de la délinquance urbaine et de la criminalité, [28]

- ✓ les facteurs économiques,
- ✓ les facteurs sociaux

Il existe une différence statistiquement significative entre notre série et celui des auteurs [13, 18,28] en ce qui concerne les AVP et la tentative d'autolyse, cela n'est pas le cas des agressions criminelles

5-41 : Agent vulnérable de l'EAT selon les auteurs

Tableau XXXXI: Agent vulnérable de l'EAT selon les auteurs

Auteurs	EAT		
	Arme blanche %	Bois %	Arme à feu
Monneuse, France, 2005, [21]	59%	41%	0
	P=0,0002	P=0,00029	
Coulibaly B, Mali, 2006, [12]	65%	27,5%	7,5%
	P=0,055	P=0,234	
Shanmuganathan K,USA,2004,[18]	55,5%	1,5%	43%
	P=0,000006	-	-
Navsaria P H ,Groot,2005, [28]	100%	0	0
Notre etude, Mali, 2006	90,47%	9,53%	0

L'agent vulnérant le plus utilisés dans tout les séries a été l'arme blanche elle est d'acquisition et de maniement facile

Cependant le bois et les armes à feu ont tendance à supplanter les armes blanches.

L'utilisation des armes à feu en milieu civil est inquiétante

Il existe une différence statistiquement significative entre notre série et celui des différents Auteurs [21, 12, 28,18]

5-42 : Facteurs favorisants et auteurs

Tableau XXXXII: Facteurs favorisants et auteurs

Auteurs	EAPO			
	Rodriguez	Pavlidis ,	Wold	Notre étude
	Hermosa JI,	Grèce,	Hausen et	, Mali ,
Facteurs favorisants	Espagne, 2005 [2]	2001, [4]	al, USA, 2000, [1]	2007
Infection pulmonaire	+	+	+	+
Anémie	+	+	+	+
Dénutrition	+	+	+	+
Diabète	+	+	-	+

Ces différents facteurs de risques ont été évoqué par les auteurs sans

Donner de chiffres, ils ont en commun :

- L'augmentation de la pression abdominale
- Trouble de la cicatrisation

5-43 : Etiologie de l'intervention initiale de l'EAPO selon les auteurs

Tableau XXXXIII: Etiologie de l'intervention initiale de l'EAPO selon les auteurs

Auteurs	EAPO			
	Gurlei G, Turquie, 2001, [6]	zekerya , Turquie, 2003, [9]	Edul, Allemagne, 2003, [11]	Notre étude , Mali , 2007
Etiologies chirurgicales				
Péritonite	-	-	+	+
Occlusion	+	-	-	+
Tumeur gastrique	-	+	-	+

Dans toutes les séries étudiées ainsi que dans la notre, la chirurgie d'urgence et des cancers sont le plus fréquemment à l'origine des EAPO [6, 11, 9, 10,66] :

- Ils favorisent des désordres biologiques et hémodynamiques faisant lâcher les sutures digestives et de la paroi.

5-a : Signes généraux

5-44 : Signes généraux de l'EAPD selon les auteurs

Tableau XXXIV: Signes généraux de l'EAPD selon les auteurs

Auteurs	EAPD			
	Rodriguez	Cavalière D,	Gurleyik	Notre
	Hermosa JI,	Saopolo,	G,	étude
Signes	Espagne,	2005, [33]	Turquie,	N=32
généraux	2005 [2]		2001, [6]	Mali, 2006
Pâleur	+	+	+	+
conjonctivale				
Tachycardie	+	+	-	+
Fièvre	+	+	+	+
Tachypnée	-	+	-	+
Hypotension	+	+	-	+

Les signes généraux retrouvés dans toutes les séries caractérisent ceux de l'altération de l'état général .elle nécessite une surveillance rigoureuse et représentent des signes précurseurs pour le diagnostic

Signes généraux de l'EAT selon les auteurs

-Le premier élément clinique à prendre en compte en cas d'EAT est hémodynamique car l'hémorragie non contrôlée représente la première cause de décès [37]. Nos signes généraux observés sont retrouvés par d'autres auteurs [12,14]

La fréquence cardiaque et la pression artérielle doivent être constamment surveillées, une hypotension artérielle doit nécessiter un remplissage vasculaire [37].

5-b Signe fonctionnel

-L' EA pose un problème diagnostique et thérapeutique

La douleur a été le signe fonctionnel observé chez tous nos patients, elle a guidé l'orientation diagnostique à condition qu'elle soit localisée avec des irradiations précises et des signes d'accompagnements tels que (vomissement, nausée, dyspnée toux. . .) [68, 14,69]

5-c : Signes physiques

5-45 : Le siège de l'éviscération selon les auteurs

Tableau XXXXV: Le siège de l'éviscération selon les auteurs

	Auteurs	EAT	EAT	EAT	EAT
	Wald Haussen , USA, 2000, [1]	Pinodo , Espagne 2006, [69]	Notre étude, Mali, 2006	Coulibaly [12], Mali, 2006	Notre étude Mali, 2006
Médiane sus-ombilicale (épigastre)	-	+	25%	22,5%	35,8%
				p=0,56	
Médiane sous-ombilicale (hypogastre)	-	+	9,4%	-	16,7%
Sous caustal droit (flanc droit)	-	+	0	-	14,3%
Transversale	88%	-	34,4%	53,5%	0
	p=0,075				
Médiane sus et sous ombilicale (vertical)	22%	-	31,2%	24%	23,7%
	p=0,816			p=0,872	

FID	-	+	-	-	9,5%
-----	---	---	---	---	------

EAP0 :

Siège de l'EAP0 dépend de l'incision comme dans notre étude

Il existe une différence statistiquement significative entre notre série et celle des auteurs retrouvés cela est lié du fait d'une chirurgie pédiatrique [1] (incision transversale) ou d'une chirurgie générale [2] (incision médiane sus et sous ombilicale)

EAT

Tous les cadrans de l'abdomen peuvent être atteint lors d'une EAT ainsi le quadrant épigastrique a été majoritaire dans notre série

5-46 : Nature de l'organe éviscéré selon les auteurs

Tableau XXXXVI: Nature de l'organe éviscéré selon les auteurs

Auteurs	EAPO		EAT		
	Cigdem, MK, Turquie, 2006, [26]	Notre étude, Mali, 2006	Dieng M, Sénégal, 2003, [8]	FallB, Sénégal, 2002, [30],	Notre étude, Mali, 2006
Organe éviscéré					
Côlon	+	5(15,6)	+	25 P=0,715	12(28,5)
Intestin grêle	+	26(81,3)	+	12,5 P=0,0011	19(45,2)
Epiploon	+	1(3,1)	+	50 P=0,026	11(26,2)

L'organe le plus retrouvé a été l'intestin grêle suivi du côlon et cela dans les 2 types d'éviscérations dans notre série. Cela pourrait s'expliquer par l'importance de la longueur du grêle.

EAT : Il existe une différence statistiquement significative entre notre série et celui de Dieng [30]

-Les plaies observées étaient d'une simple lésion ponctiforme, linéaire, unique ou multiple avec ou non de lésion mésentérique [21,12].

5-d Les examens complémentaires

5-47 : l'anémie selon les auteurs

Tableau XXXXVII: l'anémie selon les auteurs

Auteurs	EAPO		Test statistique
	N	%	
Pavlidis, Grèce, 2001, [4],	89	5	p=0,000003
Rodriguez Hermosa JI, Espagne, 2005 [2]	57	0,45	p=10 ⁻⁷
Wald Hausen et al, USA, 2000, [1]	5	0,1	p=10 ⁻⁷
Notre étude, Mali, 2006	10	31,25	

L'anémie a été un facteur de risque retrouvée dans toute les série il existe une différence statistiquement significative entre notre étude et celui des autres auteurs [1, 2,4]

Cela peut être lié à la petite taille de notre l'échantillon

5-e Traitement

5-48 : Le matériel de suture utilisé selon les auteurs

Tableau XXXXVIII: Le matériel de suture utilisé selon les auteurs

Auteurs	EAPO		Test statistique
	Cigdem MK, Turquie, 2006, [26],	Notre étude, Mali ,2006	
Fil résorbable	14(48,27)	27(84,4)	P=0,0027
Fil non résorbable	15(51,73)	5(15 ,6)	P=0,0027

EAPO :

-Les fils non résorbables ont fréquemment été utilisés dans l'EAPO pour la fermeture cutanée chez nos auteurs [2,17, 3].cela a été le cas dans notre étude également

Cependant il existe une différence statistiquement significative entre notre série et celui du Cigdem M cela peut être liée au choix des chirurgiens

EAT :

pour les cas d'EAT le fils non résorbable a été le plus utilisé chez les auteurs Ainsi que dans notre série

Technique opératoire

EAP0 :

-Le traitement des EAP0 de petites ou moyennes dimensions ne pose en général pas de problème, et la technique du bourdonnet est la plus utilisée [2,6].

Plusieurs études comparatives, dont une contrôlée, ont montré que la mise en place du bourdonnet diminuait significativement le risque de récurrence d'éviscération [36,2, 6].

Certains auteurs utilisent de nos jours des plaques [67] qui ont l'avantage de ne pas faire de complications intestinales mais par contre présentent :

Des défauts de bon fonctionnement

Son action n'est pas en général répartie d'une façon uniforme sur l'ensemble de la cicatrice et peut varier dans le temps laissant ainsi des zones exposées à l'éviscération

Un taux de ré intervention et de mortalité élevés

EAT :

-Le traitement des EAT est essentiellement chirurgical, précédé au besoin d'une réanimation, lorsque l'état du blessé l'exige.

A l'accueil, les malades étaient triés selon les circonstances de survenue de la blessure et de l'état clinique du malade au déchoquage

En Amérique et en Europe ce triage est effectué par des équipes spécialisées dans la prise en charge pré hospitalière [39, 40, 41,42]

Toute EAT est septique son traitement doit comporter une antibiothérapie à large spectre dès les premiers soins

Dans notre pratique nous restons fidèles à l'intervention systématique devant toutes les EA
Ceci permet d'éviter toutes les doutes quant à l'existence ou non d'une lésion viscérale et surtout d'annuler le risque de la méconnaître [37,38].

5-49 : suites opératoires selon les auteurs

Tableau XXXIX: suites opératoires selon les auteurs

Auteurs	EAPO				EAT			
	Suites opératoires	Wald-Hausen , USA, 2000, [1]	Rodriguez Hermosa JI, Espagne, 2005 [2]	Cigdem M, Turquie 2006 , [26] ,	Notre étude, Mali 12,5%	Benisa N Maroc, 2003, [7]	Dieng M, Sénégal , 2003, [8],	FallIB, Sénégal ,2002, [40]
morbidité	11/12 (91,66%) P=10 ⁻⁶	57(77%) P=10 ⁻⁶	29 (34,5%) P=0,0014	12,5%	12%	(13,1)	13%	0%
Ré éviscération	5/12(41,6) P=0,016	+		6,25	-	2(3,2)	-	-
Suppuration pariétales	1/12(8,33) P=0,625	+	-	6,25	-	3(4,8)	-	-

Le taux de morbidité :

EAPO :

Le taux de morbidité varie de 34,5% à 91,66%, selon les auteurs [1, 2,21]

Le facteur de risque le plus important de cette morbidité est liée a l'ouverture du tube digestif

Il existe une différence statistiquement significative entre notre série et celui des auteurs [1, 2,26] cette différence peut être liée à la taille de l'échantillon

EAT :

-Ce taux a été nul dans notre série et élevé dans les séries Marocaine et Sénégalaise cela est liée au fait que les cas compliqués meurent avant d'être pris en charge (autres lésions associé)

La suppuration pariétale :

Les complications postopératoires immédiates ont porté essentiellement sur les suppurations pariétales et la ré éviscération dans notre série. L'abcès de paroi est plus fréquemment retrouvé chez nos malades ainsi que dans la série Américaine [1]

Les facteurs suivants peuvent avoir influencé ce taux élevé d'infection pariétale :

- L'insuffisance de moyens techniques dans les salles opératoires,
- Le manque de rigueur dans l'asepsie et l'antisepsie.
- La taille de l'échantillon
- Les biais de recrutement

5-50 : Taux de mortalité de l'EAPO selon les auteurs

Tableau L: Taux de mortalité de l'EAPO selon les auteurs

Auteurs	EAPO					
	Rodriguez Hermosa JI,	Cigdem M, Turquie, 2006 [26]	Gurleyik G, Turquie, 2001, [6]	Wald-Haussen USA, 2000, [1]	Pavlidis, Grèce, 2001, [4],	Notre étude, Mali ,2006
Mortalité	Espagne, 2005 [2]					
N	57	29	38	12	89	32
%	28%	34,5%	37%	8,3%	16%	6,2%
TEST STATISTIQUE	P=0,013	P=0,0056	P=0,0023	P=0,138	P=0,027	

EAPO :

Notre taux de mortalité de 6,2 ne diffère pas de celui trouvé dans la série Américaine

Il est statistiquement inferieur aux taux retrouvés dans les séries grecques, Turquie,

Espagnole variant entre 16% et 37%

Cette mortalité peut être liée :

-Altération de l'état général

- Tares associées

-Pathologie pourvoyeuse.

5-51 : Taux de mortalité de l'EAT selon les auteurs

Tableau LI: Taux de mortalité de l'EAT selon les auteurs

Auteurs	EAT			
	Benisa N,	FallB,	Exadktylos	Notre
	Maroc,	Sénégal,	A,Allemagne,	étude, Mali
	2003, [7]	2002, [30]	2003,[11],	,2006
Mortalité				
N	75	40	248	42
%	0	2,5	2	0

EAT :

La mortalité dans EAT est faible elle varie de 0 à 2% selon les auteurs [11, 30,7]

Notre taux de 0% est liée au fait que les cas les plus graves avec d'autres lésions associé meurent en général avant l'arrivée à l'hôpital

5-52 : Durée d'hospitalisation postopératoire selon les auteurs

Tableau LII: Durée d'hospitalisation postopératoire selon les auteurs

Auteurs	EAPO (jour)	EAT (jour)
Cigdem, M K, Turquie, 2006, [26]	28,5	-
Coulibaly B, Mali, 2006, [12]	-	10
Rodriguez Hermosa JI, Espagne, 2005 [2],	28 p=0,0912	-
Jacob AO et al, Australie, 2007, [31]	-	10
Fall B et al, Sénégal, 2002 [30]	-	11
Notre etude, Mali, 2007	28	7

EAPO :

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre la durée d'hospitalisation de notre série et celle de la série Espagnole [2] $P=0,0912$.

L'état général du malade, le type de pathologie pour lequel le patient a été initialement opéré, les tares peuvent influencer le séjour hospitalier.

EAT :

-La durée d'hospitalisation dépend des suites opératoires immédiates elle est beaucoup plus courte en cas d'EAT [12, 30,31]

5-f Le coût de la prise en charge

Le coût moyen de la prise en charge a été de 50954 FCFA pour l'EAPO et de 106854 pour l'EAT ce qui est largement supérieur au SMIG malien (28 825 FCFA).

Ce coût englobe les frais des examens para cliniques, les frais de l'intervention chirurgicale, les frais d'ordonnance, et les frais d'hospitalisation.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6 - 1 CONCLUSION

- Si toutes les interventions abdominales sont susceptibles d'entraîner une éviscération abdominale, elles sont surtout favorisées par l'infection, l'anémie, la dénutrition, dans notre étude elle survient dans 87,5% des cas après une intervention effectuée en urgence. Elles constituent une complication postopératoire grave de la chirurgie abdominale à ciel ouvert de part sa mortalité 6,8% ; sa morbidité : Ré éviscération 6,8%, Abscès de la paroi 3,1% Elles surviennent en général dans les cinq à dix premiers jours suivant l'intervention chirurgicale ; chez l'adulte jeune 26,7ans dans notre étude contre les sujets âgés en Occident et en Asie avec une prédominance du sexe féminin 17/32,
- Les EAT connaissent une augmentation progressive ces dernières années en raison de la montée de la criminalité
Elles constituent une urgence médicochirurgicale
Elle survient chez une population relativement jeune avec une moyenne d'âge de 24,5 ans.
Le diagnostic de l'éviscération abdominale est essentiellement clinique et est basé sur l'interrogatoire et l'examen physique.
- Son traitement est purement chirurgical, et consiste en une laparotomie exploratrice et fermeture plan par plan pour EAT et suture en un plan sur bourdonnet en cas d'EAPO

6-2- RECOMMANDATIONS

➤ **Aux Autorités**

- Construction des blocs opératoires aux normes internationales
- Equipement des blocs d'instruments de qualité pour une meilleure prise en charge des patients
- Formation continue du personnel de blocs aux règles d'asepsie.
- Renforcement de la capacité des services sociaux qui constituent un élément important de soutien pour les malades
- Maintien d'une sécurité afin de diminuer le taux d'agression criminelle
- Élaboration d'un programme d'information, de sensibilisation et de communication à l'intention de la population sur les dangers de la prolifération des armes blanches
- mis en place d'un Service d'Aide Médicale d'Urgence (S A M U)

➤ **Aux Personnels soignants**

- Respect des règles et les techniques chirurgicales
- Organisation des services d'urgences chirurgicales pour une prise en charge adéquate des urgences.
- Une meilleure préparation des patients pour l'intervention.
- Respect les règles d'asepsie au cours des pansements.
- Prise en charge de façon précoce les cas d'EA diagnostiqués

- formation des équipes spécialisées dans la prise en charge des urgences abdominales (chirurgien viscéral, médecin réanimateur, radiologue, laborantin)

➤ **A la Population**

- Consultation médical devant toute éviscération de l'abdomen
- Respect du code de la route

REFERENCES

VII REFERENCES

1-WALD HAUSEN JH, DAVIES L.

Pediatric post operative abdominal wound dehiscence: Transverse versus vertical incisions

J am coll surg 2000 jun ; 190(6):688-91

2-RODRIGUEZ HERMOSA JI, CODINA-COZADOR A, RUIZ B, ROIG J, GIRONES J, PUJADAS M, PONT J, ALDEGUER X , ACERO D.

Risk factors for acute abdominal wall dehiscence after laparotomy in adults
Cir Esp 2005 May; 77(5): 280-6

3-BELLOWS CF, ALBO D, BERGER DH, AWAD SS.

Abdominal wall repair using human cellular dermis.

Am J Surg 2007 Aug; 194(2):192-8

4-PAVLIDIS TE, GALATIANOS IN, PAPAZIOGAS BT, LOZARIDIS CN, ATMATZIDIS KS, MAKRIS JG, PAPAZIOGAS TB.

Complete dehiscence of the abdominal wound and incriminating factors.

Eur J Surg 2001 May; 167(5):351-4; discussion 355.

5-NAVEED A, WHELAN J, BROWNLEE J, CHARI V, CHUNG R.

The contributions of laparoscopy in evaluation of penetrating abdominal wounds.

2005, 201(2)213-216.

6-GURLEYIK G.

Factors affecting disruption of surgical abdominal incision in early post operative period.

Ulus Trauma Derg 2001 Apr ; 7(2):96-9

7-BENISA N,ZOULBIDI M,RIDAI M,ZEROUALI NO.

Abdominal stab wound injury with omentum evisceration .

Ann Chir 2003 Dec; 128(0):710-3.

**8-M DIENG,E WILSON,I KONATE,G.NGOM,A.N'DIAYE,
J.M.N'DOYE, A.DIAYE, C.T.TOURE**

Plaies pénétrante de l'abdomen : ``Abstentionnisme sélectif ''versus laparotomie systématique

e-mémoires de l'académie nationale de chirurgie 2003,2(2) :22-25

**9-ZEKERIYA ILCE, SINAN CELAYIR, FUTIH A KOVA, GONCA TOPUZLU
TEKAN T, HALUK EMIR, NUVIT SARIMURAT, ERGUN ERDOGAN,
OSMAN FARUK SENYUZ AND DAVER YEKER.**

Intestinal rotation anomalies in childhood:

Review of 22 Years' Experience .

Surg Today (2003) ; 33:893-893

DOI 10.1007/s00595-003-2624-1.

10-NOMURA E,NIKI M,FUJII K,SHINOHARA H,NISHIGUCHI K,SONODAT,TANIGAWA N.

Efficacy of intraperitoneal and intravenous chemotherapy and left upper abdominal evisceration for advanced gastric cancer.

Gastric Cancer 2001; 4(2):75-82.

11-EXEDA KTYLOS A, STETTbacher A, EDUL S, NICHOLS A, BAUTZ P.

Successful management of abdominal stab wounds with clinical evolution: experiences of an South African trauma unit with 496 consecutive patients

Unfull Chirurg 2003 mar; 106(3):215-9

12-COULIBALY BAKARI

Etude des plaies pénétrantes de l'abdomen dans les services des urgences, de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

These de médecine Bamako 2006;M186

13-JACHSON S, CALDWELLE, SCOTT, TALALUDIN B and SUGRUE M.

Abdominal trauma: a disease in evolution.

ANZ J Surg 2005 ; 75:790-794.

14-DIABATE A.

Traumatisme ouvert de l'abdomen dans le service de chirurgie général et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

Thèse de médecine Bamako 2002 ; M53.

15-E –LEBHAR,L.KHAYATA .

Prévenir l'éviscération postopératoire. Plaidoyer pour l'utilisation du filet de vicryl.

Méd chir Dig 1992 ; -21-142.

16-PATHOLOGIE CHIRURGICALE

2^{eme} EDITION MASSON ET C^{TE} .

1975,617-6 DAT, N09836.page 497.

17-BOHANES T, NEORAL C, KLEIN J, HAVLIK R, AUJESKY R, KRAL V.

Role of modern absorbable suture materials in decreasing the occurrence of early complication after laparotomy

Rozhl Chir 2002 Nov; 81 Suppl 1:S24-6.

18-SHANMUGANATHAN K,MIRVIS SE,CHIU WC,KILLEN KL,HOGAN GJ,SCALEA TM.

Penetrating torso trauma:triple-contrast helical CT in peritoneal violation and organ injury--
a prospective study in 200 patients.

Radiology 2004 Jun;231(3)775-84.Epub 2004 Apr 22.

19-HUT'AN M,SALAPA M,VANDRIAKOVA R,POTICNY V,

Rupture of the laparotomy incision and its suture using ventrofilm.

Rozhl Chir 2001 Mar ; 80(3) :124-7

20-L.BRIQUIN, M.BORNE, B.DEBIEN, P.CLAPSON

P.JAULT.

Traumatisme balistiques : Les lésions abdomino-pelviennes.

Conférence d'actualisation 2004 ; P.533-541.

C) 2004 Elsevier L, SAS.

**21-MONNEUSE OJ, BARTH X, GRUNER L, PILLEUL F, VALETTE PJ, OULIE O, TISSOT
E.**

Les plaies pénétrantes de l'abdomen,conduite diagnostique et thérapeutique ,à propos de
79 patients

Anal de chirurgie (Paris) 2004 Apr ; 129(3)159-63

22-KOFFI A, YENON K, KOUASSI J.

Les traumatismes de l'abdomen au CHU de cocidy,

Médecine et chirurgie digestives(Paris) 1997 ;26(2)67,69 .

23-SARRE B , SENE M, SECK M, FAYE M, OUGOUGBEMY, DIOUF M, N'DIAYE M, ANDREU J.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen en pratique de guerre, expérience de Bissau à propos de 20 cas.

Revue internationale des services de santé des forces armées 2002 ;73(4)229-234.

24- ROBERT A, SOUMITRA R, LYNN J AND, PHILIP S.

The role of laparoscopy in penetrating abdominal stab wound

Surg laparosc endosc percutan tech 2005 ;15(1)14-17.

25-LANGER C, LIERSCH T, KLEY C, FLOSMAN M, SUSS M, SIEMER A, BECKER H.

Twenty -five years of experience in incisional hernia surgery: a comparative retrospective study of 432 incisional hernia repairs.

Churg 2003 Jul; 74(7)638-45.

26-CIGDEM MK, ONEN A, OTCU S, DURAN H.

Postoperative abdominalevisceratin in children:possible risk factors.

Pediatr Surg int 2006 Aug;22(8):677-Epub 2006 Jul 5.

27-GARCIA INIGUEZ JA, OROZCO CF, MUCINO HERNANDEZ MI, ORTEGA AL, TRABALDO SS ,CORTES FLORES AO, HERMOSILLO SANDOVAL JM ,OJEDA AG.

Complications of the management of secondary peritonitis with contained-open abdomen.Comparison of the Bogota's bag vs polypropylene mesh.

Rev gastroenterol Mex 2004 Jul-Sep; 69(3):147-55.

28- NAVSARIA PH ,BERLI JU ,EDU S ,NICOL AJ.

Non-operative management of abdominal stab wounds—an analysis of 186patients.

S Afr J Surg 2007 Nov;128-30,132.

29-KHAN MN ,NAQVI AH, IRSHAD K, CHAUDHARY AR.

Frequency and risk factor of abdominal wound dehiscence.

J Coll Physicians Surg pak 2004 Jun;355-7.

30- FALL B, NDIAYE A, KA O, DIOP PS ,DIAO B.

Penetrating wounds of the abdomen. Evaluation of conservative treatment in 40cases.

Dakar Med 2002;47 (1):96-9.

31-JACOB AO, BOSETO F ,OLLPALLIL J.

Epidemic of stab injuries :an Alice Springs dilemma.

ANZ J Surg 2007 Aug;77(8):621-5.

32- MOORE E E MOORE J B, VAN DULER-MOORES, THOMPSON JS.

Mandatory laparotomy for gunshot wound penetrating the abdomen

Ann surg 1980; 140:847-851.

33-CAVALIERE D ,SCHIRRU A, CARISTO I ,BIANCHI M, COSCE U, CAVALIRER P.

Laparoscopic management of smoll-bowel obstruction.

Chir Ital 2005 Mar-Apr;57(2):215-20.

34- Moro S.

Les éventrations post-opératoires dans le service de chirurgie B hôpital national du

point G.2003.-68P ;M10

Thèse de médecine 2002 ;Bamako

35- CHEVALIER JM.

Anatomie du tronc.

Edit 1998 ; Flammarion Médecine Sciences.

36-CARBAJO MA, Martin DEL OLMO JC, BLANCO JL.

Laparoscopic approach to incisional hernia.

Surg Endosc 2003;118-22.

37- ROBERT A , SOUMITRA R, LYNN J and PHILIP S

The role of laparoscopy in penetrating abdominal stab wounds

Surg laparosc endosc percutan tech 2005 ; 15(1) :14-17.

38- NEJJAR M, BENNANI S, ZEROUALI O

Plaies pénétrantes de l'abdomen. A propos de 330 cas

Journal de chirurgie Paris 1991 ; 128(8-9) : 381-

39- JORGE A, CARLOS M, FELIPE M, ALVARO S, JUAN M and TATIANA S

Emergency radiology 2001; 220:365-371.

40- MOORE E E, MARX J A.

Penetrating abdominal wound. Rationale for exploratory laparotomy.

Jama 1985 ; 258:2708.

41-ALVE A, PANIS Y, DENET C, VALLEUR P

Stratégie diagnostique face aux plaies de l'abdomen

Annale de chirurgie 1998 ; 52(9) :927-934.

42-MULTER D, RUSSIER Y, SCHMIDT-MULTERC et MARESCAUX J

Contusions et plaies de l'abdomen

Encycl.Med.Chir. (Elsevier, paris) Gastro-entérologie ,9007-A-10, Urgences 24-100-B-30, 1998 ;12p.

43 -BESSON A, FREEMAN J, et CL GIVEL J.,(LAUSANE)

Spécificité des plaies par projectiles à haute vélocité et de leur traitement.

Médecine et hygiène 1986 ; 44 :2245-2250.

44-FELICIANO D V, BURH J M, SPYUT-PATRINEYLY V.

Abdominal gunshot wound .An urban carter's experience with 300 consecutive patients

Ann surg 1988; 208:362-370.

45-MOORE E E ,SHACFORD S R, PACHETER H L ,MAC ANINCH J W

,BROWNER B D ,CHAMOION H Ret ALL

Organs injury scaling; spleen, liver, and kidney

J trauma 1989; 29:1664-1966.

46-BURCH J M.

New concepts in trauma.

Am j surgery 1997 ; 118 :736-771.

47-GROSDIDIER J., BOISSEL P.

Contusion et plaies de l'abdomen

Encycl Med Chir Paris 9007 ;A :104-1977.

48-BENDER J S, BAILEY C E ,SAXE J M ,LEDGERWOOD A M, LUCAS C E

The technique of visceral packing: recommended management of difficult fascial closure in trauma patients

J trauma 1994; 36:182-185.

49- BARRIO P, RIOU B

Auto transfusion préopératoire

In: BARRIO P, RIOU B, eds, le choc hémorragique

Paris Masson 1991 ; 39-41.

50-MUTTER D, NORD M, VIX M, EVRAD S, MARESCEAUX J

Laparoscopic evaluation of abdominal stab wounds

Dig Surg 1997; 14:39-42.

51 SAEGESSER F (Lausanne)

Plaie de l'abdomen

Médecine et hygiène 1982; 40:2972-2984

51-MAHAJNA A, MITKAL S, BAHUTH H and KRAUSZ M

Diagnostic laparoscopy for penetrating injury in the thoraco abdominal region

Surgical endoscopy 2004; 26 :1-6.

52- HELGA FRITSCH, WOLFGANG KÜHNEL

Atlas de poche d'anatomie; viscères

Paris, science médicale Flammarion 3em édition 2003 ;182-183.

53-BREFORT J L, SAMAMA G, LE ROUX Y, DAMAMME A.

Apport de la coelioscopie dans la prise en charge des plaies par arme blanche de l'abdomen.

Anal de chirurgie 1997 ; 51(7) : 697-702 .

54-EL IDRISSE H D, KALIH M, AJBAL M, RIDAÏ M, SARF I, SALIMI A, ALIMOU M, ZEROUALIN O.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen. Résultats des deux attitudes classiques et sélectives dans la prise en charge de 249 plaies.

Journal de chirurgie Paris 1994 ; 131 (8-9) : 375-377.

55-PATEL J C,

Pathologie chirurgicale.

3^{em} édition ; Masson 1978.

56-PAILLER J L, BRISSIAUD-JD, JANCOVICI R, et VICQ P H

Contusion et plaies de l'abdomen

E M C (paris -France) estomac ; Intestin 9007A10: 5-1990.

57- PHILIPPE B., DANIEL J

Plaie, contusion de l'abdomen

La revue du praticien Paris 1995; 45:2205-2213.

58-EMMANUEL M, LOIC L, LAZDUNSKI, OLIVIER L et AL

Plaies thoraciques et abdominales

La revue du praticien Paris 1997 ; 47 :964-987.

59-CLOT PH

Contusion et plaie de l'abdomen

Encycl Med Chir (Paris) Urgence ;11-79,24039 A –10.

60-FLAMENT J B

Plaie de l'abdomen. Diagnostic conduit à tenir en situation d'urgence

Impact interal 1997 ; 155-161.

61-CHAMPAULT G, GROSDIDIER J

Les péritonites post opératoires

Paris Masson 1982 ; 160 :801-805.

62-MOORE E E, MARX J A.

Penetrating abdominal wound. Rationale for exploratory laparotomy.

Jama 1985 ; 258:2708.

63-BESSON A, FREEMAN J, et CL GIVEL J.,(LAUSANE)

Spécificité des plaies par projectiles à haute vitesse et de leur traitement.

Médecine et hygiène 1986 ; 44 :2245-2250.

64-DEMETRIADS D, RABINOWITZ B

Indication for operation in abdominal stab wounds .A prospective study of patients

Ann Surg 1987; 205:129-132.

65-SHAFTAN G W

Indication of operation in abdominal trauma

Ann Surg 1960; 99:57.

66- E Lebhar,L Khayata

Prévenir l'éviscération post opératoire.

Plaidoyer pour l'utilisation du filet de vicryl

Med Chir Dig 1992 ;-21-142

67-Brechet. E,Bernard.A,Arnaud .R.,Viard.H.,

Prévention de l'éviscération post opératoire

Etude comparative du treillis de polyglactine 910 et de points totaux extra péritonéaux appuyés

Ann Chir 1991; 45,n°6, 513-516.

68- KEITA S

Problème diagnostique et thérapeutique des abdomens aigus en chirurgie. A propos de 182 cas à l'hôpital national du point G

Thèse médecine 1996 ; M13.

ANNEXES

VIII ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

EVISCERATION ABDOMINALE

I Données administratives

Q1 N° Fiche/...../

Q2 N° Dossier du malade...../...../...../...../...../

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

Q4 Nom et prénom.....

Q5 Age/...../...../

Q6 Sexe...../...../

1=Masculin 2=Féminin

Q7 Nationalité...../...../

1=malienne 2= autres

7a. Si autres précisé.....

Q8 Ethnie...../...../...../

1=Bambara 2=Malinké 3=Peulh 4=Sonrhaï 5=Sarakolé

6=Sénoufo 7=Bobo 8=Miniature 9=Touareg 10=Dogon 11=Autres

8a. Si autres à préciser.....

Q9 Principales activités/...../

1=cadre supérieur 2=cadre moyen 3=commerçant 4=cultivateur

5=manœuvre

6=ménagère 7=élèves-étudiants 8=autres 9=Indéterminé

9a. Si autres à préciser.....

Q10 Adresse habituelle.....

Q11 Contacte à Bamako.....

Q12 Mode de recrutement/...../...../

1=Urgence 2=consultation ordinaire

Q13 N° Téléphone.....

Q14 Provenance (région)...../...../...../

1=Kayes 2=Koulikoro 3=Sikasso 4=Ségou 5=Mopti 6=Tombouctou
7=Gao 8=Kidal 10=Bamako 9=Indéterminé 11=Autres

14a. Si autres à préciser.....

Q15 Adressé(e) par ou mode de référence...../...../

1=Venu de lui-même 2=Médecin 3=Infirmier 4=autres

15a. Si autres à préciser.....

Q16 Date d'entrée...../...../...../...../...../...../...../

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

Q18 Durée d'hospitalisation avant l'EAPO...../...../...../

Q19 Durée d'hospitalisation post opératoire/...../...../

Q20 Catégorie d'hospitalisation...../...../...../

1=catégorie 1 2=catégorie 2 3=catégorie 3 4=VIP

9=Indéterminé

II Histoire de la maladie

Q21 Motif de consultation...../...../

1=éviscération 2=Abcès de la paroi 3=Fistule 4=Autres

9=Indéterminé

21a. Si autres à préciser.....

Q22 Heure de survenue de l'EA...../...../

1=0-6H 2=6-12H 3=12-18H 4=18-24H 5=autres 9=Indéterminé

22a. si autres à préciser.....

Q23 Circonstance de survenue...../...../

1=agression criminelle 2=tentative d'autolyse 3=accident de la voix publique

4=autres

5=post opératoire

9=Indéterminé

23a. si autres à préciser.....

Q24 Agent vulnérants...../...../

1=Armes blanches

2=Armes à feu

3=Laparotomie

5=Bois

9=Indéterminé

24a. Si autres à préciser.....

Q25 Motif d'hospitalisation initial/...../

1=Hemopéritoine

2=Appendicite

3=Hernie ombilicale

4=Péritonite

5=Occlusion

6=Imperforation anale

7=Masse abdominale

9=Indéterminé

25a .Si autres à préciser.....

Q26 durée d'évolution de la maladie...../...../

1=0-3j 2=3a6j 3=6a12 j 4=> a12j

5 =Autres 9=Indéterminé

26a. Si autres à préciser.....

Q27 facteur favorisant...../...../...../

1=Diabète 4=Bilharziose 7=Anémie 10=Infection urinaire

2= HTA 5=Insuffisance rénale 8=Autres 11=Infection pulmonaire

3=Ulcère gastroduodénale 6=Insuffisance hépatique

99=Indéterminé 12=Cardiopathie

13=UGD 14=Diarrhée 15=HIV

16=Syphilis

27a. Si autres à préciser.....

Q28 Antécédent médicamenteuse/...../

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1=Corticothérapie | 4=AINS |
| 2=TTT anticoagulant | 5=Aucun |
| 3=ATB | 9=Indéterminé |

28a. Si autres à préciser.....

Q29 *Etiologie de l'intervention initiale de l'EAPO*

Q29_1. Péritonite...../...../

- 1=perforation appendiculaire
- 2=perforation typhique
- 3=perforation gastrique
- 4=perforation utérine
- 5=perforation iléale
- 6=Aucun
- 9=Indéterminé

29_1a Si autres à préciser.....

. Q29-2 Occlusion...../...../

- 1=traumatique
- 2=volvulus
- 3=strangulation
- 4=brides
- 5=Aucun
- 9=Indéterminé

29-2a Si autres à préciser.....

Q30 Gynéco obstétrique...../...../

1=nombre de grossesse

2=nombre d'avortement

3=nombre d'enfant vivant

4=nombre d'enfant décède date des dernières règles (DDR)

30a. Si autres à préciser.....

Q31 Survenue d'une complication post opératoire...../...../

1=abcès de la paroi

2=infection

3= Fistules digestives

4=Aucun

5=Indéterminé

31a. Si autres à préciser.....

Q32 technique/...../

1=mauvaise affrontement des différents plans pariétaux

2=incision para rectale

3=Autres

9=Indéterminé

32a. Si autres à préciser

Q33 Mode de vie et facteur de risque/...../

1=Alcool

2=Thé

3=Tabac

4=Café

5=Cola

9=Indéterminé

33a. Si autres à précise.....

III Signe généraux

Q34 Classification ASA...../...../

1=ASA1

3=ASA3

9=Indéterminé

2=ASA2

4=ASA4

5= ASA U

Q35 Conscience...../...../

1=Orienté

2=Obnubilation

3=Coma

4=Autres

9=Indéterminé

35a. Si autres à préciser

Q36 Conjonctives/...../

1= colorées

3= pale

9= Indéterminé

2=Ictère

4=Autres

36a. Si autres à préciser.....

Q37 TA systolique (mm³hg)/...../

1=10_14

3=>14

9=Indéterminé

2=<10

4=Autres

37a. Si autres à préciser.....

Q38 TA diastolique (mm3hg)...../...../

1=>9

2=9_10

3=<9

4=Autres

9=Indéterminé

38a. Si autres à préciser.....

Q39 Fréquence cardiaque (bts/mn)...../...../

1=normo cardie (120<FC<160)

2=bradycardie (FC<100)

3=tachycardie (FC>160)

39a. Si autres à préciser.....

Q40 Fréquence respiratoire (mvts/mn)/...../

1=normopnée (20<FR<24)

2=bradypnée (FR<20)

3=tachypnée (FR>24)

40a. Si autres à préciser.....

Q41 TA systolique (mm³hg)/...../

1=10_14 3=>14 9=Indéterminé

2=<10 4=Autres

41a. Si autres à préciser.....

Q42 TA diastolique (mm3hg)...../...../

1=>9 2=9_10 3=<9 4=Autres 9=Indéterminé

42a. Si autres à préciser.....

Q43 Fréquence cardiaque (bts/mn)...../...../

1=normo cardie (120<FC<160)

2=bradycardie (FC<100)

3=tachycardie (FC>160)

43a. Si autres à préciser.....

Q44 Fréquence respiratoire (mvts/mn)

1=normopnée (20<FR<24)

2=bradypnée (FR<20)

3=tachypnée (FR>24)

44a. Si autres à préciser.....

Q45 TA systolique (mm³hg)/...../

1=10_14 3=>14 9=Indéterminé

2=<10 4=Autres

45a. Si autres à préciser.....

Q46 TA diastolique (mm³hg)...../...../

1=<9 2=9_10 3=>9 4=Autres 9=Indéterminé

46a .Si autres à préciser.....

Q47Fréquence cardiaque (bts/mn)...../...../

1=normo cardie (120<FC<160)

2=bradycardie (FC<100)

3=tachycardie (FC>160)

47a. Si autres à préciser.....

Q48 Fréquence respiratoire (mvts/mn)/...../

1=normopnée (20<FR<24)

2=bradypnée (FR<20)

3=tachypnée (FR>24)

48a. Si autres à préciser.....

IV Signes fonctionnels

Q49 Douleur

Q49.1 Périodicité/...../

1=Permanent 2=Intermittente 3=Absent

9=Indéterminé

49.1a Si autres à préciser.....

Q49. 2 Intensité/...../

1=faible 2=moyenne 3=Forte 4=autres 9=Indéterminé

49.2a Si autres à préciser.....

Q49.3 Type...../...../

1=crampe 2=piqûre 3=brûlure 4=pesanteur 5=Autres

9=Indéterminé

49.3a Si autres à préciser.....

12

Q49.4 Siège/...../

1=cicatrice d'intervention 2=FID 3=FIG 4=Hypochondre droit

5=Hypochondre gauche 6=Epigastre 7=Hypogastre 8=Flanc droit

10=Flanc gauche 12=Autres 11=diffuse 99=Indéterminé

49.4a Si autres à préciser.....

Q49.5 Irradiation/...../

1=dos 2=Membre inferieur 3=Thorax 4=Sans irradiation

9= Indéterminé

49.5a Si autres à préciser.....

Q49.6 Déclenchant/...../

1=couché 2=assis 3= debout 4=penché

5=Sans facteur 9=Indéterminé

49.6a Si autres à préciser.....

Q49.7 Calmant...../...../

1=couché 2=assis 3=debout 4=penché 5=prise de médicament

6=Aucun facteur calmant 9=indéterminé

49.7a Si autres à préciser.....

Q50 Durée du trouble de transit/...../

1=Aucun 2=< 3 jours 3=>3jours 4=autres

9=Indéterminé

50a. Si autres à préciser.....

Q51 Vomissement...../...../

1=bilieux 2=alimentaire 3=fécaloïde 4=Aucun

9=Indéterminé

51a. Si autres à préciser

Q52 Nausées...../...../

1=Aucune 2=Permanente 3=Intermittente 4=Autres

9=Indéterminé

52a. Si autres à préciser.....

Q53 Toux/...../

1=Aucune 2=Permanent 3=Intermittente 4 =Autres 9=Indéterminé

53a. Si autres à préciser.....

Q54 Dyspnée...../...../

1=Aucune 2=Permanente 3=Intermittente 4=Autres 9=Indéterminé

54a. Si autres à préciser.....

Q55 Fièvre...../...../

1=Hypo thermie 2=Normo thermie 3=Hyper thermie 4=Autres

9=Indéterminé

55a. Si autres à préciser.....

V Signes physiques

Q56 Distension abdominal...../...../

1=Oui 2=Non 3=Autres 9=Indéterminé

56a. Si autres à préciser.....

Q57 Siège de l'éviscération

1=Médiane sus ombilical 2=Médiane sous ombilical 3=Sous costal droite

5=Transversal 6=FID 7=Autres 4=médiane sus et sous ombilicale

7=1+2 8=Vaginal 9=Indéterminé

57a. Si autres à préciser.....

Q58 Dimension du point de l'ouverture cutanée...../...../

1=<5cm 2=>5cm 3=Autres 9=Indéterminé

58a. Si autres à préciser.....

Q59 Dimension du trou de l'aponévrose/...../

1=<5cm 2=>5cm 3=Autres 9=Indéterminé

59a. Si autres à préciser.....

Q60 La nature de l'organe éviscérée...../...../

1=Colon 2=Intestin grêle 3=Epiploon 4=Autres 5=Indéterminé

60a. Si autres à préciser.....

15

Q61 Aspect de l'organe éviscérée/...../

1=Décesser 2=Humide 3=Ischémie 4=Nécrosée

5=recouverte de fausse membrane 6=Perforé 7=Intacte 9=Indéterminé

61a. Si autres à préciser.....

Q62 Toucher rectal/...../

1=normal 2=douleur à droite 3=douleur à gauche 4=douleur droite/gauche

5=douleur au cul de sac douglas 6= masse à droite 7=masse à gauche

8=Anses intra vaginal 9=Indéterminé

62 a. Si autres à préciser

Q63 Toucher vaginal/...../

1=normal 2=douleur à droite 3=douleur à gauche

6=Présence d'anse intra vaginale

4=douleur à la mobilisation utérine 5=douleur à droite/gauche

63a. Si autres à préciser.....

Q64 Percussion de l'abdomen...../...../

1=Normal 2=Matité 3=Tympanisme 4Autres 9=Indéterminé

64a. Si autres à préciser.....

VI EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q65 Glycémie (mmol/l)...../...../

1=<4,10 2=4,10 à 6,10 3=Autres 9=Indéterminé

65a. Si autres à préciser.....

NFS

Q66 Hémoglobine en g/100ml...../...../

1=<9,4 2=11,4 à 13 3=>14 4=Autres 9=Indéterminé

66a. Si autres à préciser.....

Q67 Hématocrite en pourcentage...../...../

1=<31 2=30 à 40 3=>62 4=Autres 9= Indéterminé

67a. Si autres à préciser.....

Q68 Globule rouge en million/mm...../...../

1=<3,6 2=3,6à5, 2 3=>6 4=Autres 9=Indéterminé

68a. Si autres à préciser.....

Q69 Globule blanc en mille/mm...../...../

1=<4000 2=6000à9000 3=>10000 4=Autres 9= Indéterminé

69a. Si autres à préciser.....

Q70 Plaquettes en mille...../...../

1=<150000 2=150000à400000 3=>400000 4=Autres 9= Indéterminé

70a. Si autres à préciser.....

Q71 Neutrophiles

1=<45 2=50à70 3=>70 4=Autre 9= Indéterminé

71a. Si autres à préciser.....

Q72 Eosinophiles...../...../

1=<2 2=2 3=>2 4Autres 9=Indéterminé

72a. Si autres à préciser.....

Q73 Basophile/...../

1=<1 2=0 3=>1 4=Autres 9=Indéterminé

73a. Si autres à préciser.....

Q74 VGM/...../

1=<80 2=80à100 3=>140 4=Autres 9=Indéterminé

74a. Si autres à préciser.....

Q75 CCMH/...../

1=<32 2=32à36 3=>32 4=Autres
9=Indéterminé

75a. Si autres à préciser.....

Q76 TCMH...../...../

1=<27 2=27à32 3=>32 4=Autres 9=Indéterminé

76a. Si autres à préciser.....

Q77 ECBC DU PUS +ANTIBIOGRAMME...../...../

1= fait 2=non fait 3= résultats :

77a. Si autres à préciser.....

Q78 BW...../...../

1=fait

2=non fait

3=résultats

78a. Si autres à préciser.....

Q79 Groupage sanguin Rhésus...../_____/

1=A+

2=B+

3=O+

4=AB+

5=A-

6=B-

7=O-

8=AB-

9=non fait

Q80 Sérologie HIV...../...../

1=positif

2= non fait

3= négatif

80a. Si autres à préciser.....

VII Traitement

Q81 Traitement chirurgical...../...../

1=diagnostic pré opératoire

2=diagnostic per opératoire.....

3=technique chirurgicale

81a. Si autres à préciser.....

Q82 Fermeture de l'aponévrose

1=Fermeture plan/plan

2=En point séparé

3=Bourdonnet

4=Point par X

5=Point en U

6=Autres

9=Indéterminé

82a. Si autres à précisé

Q83 Fif de suture

1=fil de gros calibre 2=Fil non résorbable 3=Fil semi résorbable

4= Résorbable 9=Indéterminé

83a. Si autres à préciser.....

Q84 Complication per opératoires...../...../

1=Aucune 2=Hémorragie 3=Perforation intestinale 4=Arrêt cardiaque
5=Décès 6=Autres 9=Indéterminé

84a. Si autres à préciser.....

Q85 Temps pendant lequel le bourdonnet a été maintenu en place...../...../

1=15j 2=15j_21j

Q86 Transfusion per opératoire...../...../

1=Oui 2=Non 3=Autres 9=Indéterminé

86a. Si autres à préciser.....

Q87 Suites opératoires immédiates...../___/

1=Simple 2=Abcès de la paroi 3=Fistule digestif
4=Péritonite 5=Occlusion 6=Hémorragie 7=Ré-éviscération
8=Autres 9=Indéterminé 8=Décès

87a. Si autres à préciser.....

Q88 Suivi à 1 mois

88-1 Mode de suivi/___/

1=Venu de lui-même 2=Vu à domicile 3=Personnes contacté
4=RDV 5= perdu de vu 6=Décès 7=Autres
9=Indéterminé

88-1a. Si Autres à préciser.....

88-2 Evolution/_____/

1=cicatrisation primaire 2=cicatrisation secondaire 5=Décès

3=nécrose total de la paroi 4=Eventration 9=Indéterminé

88-2a. Si autres à préciser.....

Q89 Suivi à 3 mois

89-1 Mode de suivi/_____/

1=Venu de lui-même 2=Vu à domicile 3=Personne contacté

4=RDV 5=perdu de vu 9=Indéterminé

89-1a. Si autres à préciser.....

89-2 Evolution...../_____/

1=cicatrisation primaire 2=cicatrisation secondaire 5=Décès

3=nécrose total de la paroi 4=Eventration 9= Indéterminé

89-2a. Si autres à préciser.....

VIII Coût de la prise en charge

Q90 Consultation

Q91 Examen complémentaires.....

Q92 Hospitalisation.....

Q93 Médicaments.....

Q94 Anesthésie.....

Q95 Opération.....

Q96 Coût total.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DOUMBIA

Prénom : MADANI

Titre de la thèse : Etude des éviscérations abdominales dans le service de chirurgie générale et pédiatrique et le service des urgences chirurgicales du CHU Gabriel Touré de 1999 à 2006.

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale et pédiatrique et le service des urgences chirurgicales du CHU Gabriel Touré.

Pays : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Année de soutenance : 2008

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Résumé

Il s'agit d'une étude rétro et prospective allant de Janvier 1999 à Décembre 2006 réalisée dans le service de chirurgie générale et pédiatrique et des urgences chirurgicales du CHU Gabriel Touré. Cette étude a porté sur 74 patients avec un âge moyen de 25 ans et un sexe ratio de 2 contre 1 en faveur du sexe masculin

Vingt sept patients soit 84,37% ont été opérés par la technique bourdonnée dans l'EAP0 et quarante six patients par la fermeture point par X et un patient par la fermeture point par U dans les deux cas confondus

Les complications postopératoires immédiates ont été dominées par la suppuration pariétale 1 cas et 2 cas de ré-éviscération

La durée moyenne d'hospitalisation postopératoire a été de 11,2 jours pour EAP0 et 7,4 pour EAT
La mortalité a été nulle pour L' EAT et de 2 cas de décès pour l'EAP0

Durant le suivi des patients qui a durée 3 mois nous avons eu 2 cas de récidence et 19 patients ont été perdus de vu.

Mots-clés : Eviscération postopératoire et traumatique, chirurgie.

ICONOGRAPHIE



PHOTOGRAPHIE 1 : EAPO lors d'un pansement



PHOTOGRAPHIE 2 : EAPO recouverte de fausse membrane



PHOTOGRAPHIE 3 : EAPO sous cutanée (péritonite)

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'honoraire.

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.

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 !!!!!