

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE SUPÉRIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple- Un But- Une Foi

\*\*\*\*\*



FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N°...../

**TITRE**

*LES URGENCES CHIRURGICALES  
DIGESTIVES NON TRAUMATIQUES  
A L'HOPITAL DE SIKASSO  
A PROPOS DE 380 CAS*

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 26/ 02/ 2009  
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par : *M. Moulaye Ogobara OUOLOGUEM*

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

**Jury**

**PRESIDENT:** Professeur Djibril SANGARE

**MEMBRES :** Docteur Djénéba DOUMBIA  
Docteur Moussa OUATTARA

**CODIRECTEUR :** Docteur Mamadou DOLO

**DIRECTEUR :** Professeur Zimogo Zié SANOGO

*Urgences chirurgicales digestives non traumatiques à l'hôpital de Sikasso*

## **DEDICACES**

Je dédie ce travail :

**A toutes les victimes des abdomens aigus**, Votre souffrance jusqu'au dernier soupire nous restera en mémoire. Nous prions Dieu le tout puissant afin, que ce travail contribue à la recherche de solution immédiate à vos problèmes < Amen >.

**A mon père et à ma mère : Ogobara Ouologuem et Kadidia Djiteye**

Vous avez été pour moi un exemple de courage, de persévérance et de justice dans l'accomplissement du travail bien fait. Vous avez guidé mes pas vers l'avenir en acceptant mon inscription à l'école, vous m'avez enseigné le sens de l'honneur, de la probité morale et le respect de soi. Ce travail est le résultat de vos prières, de vos bénédictions et de l'amour que vous me portez.

**A mon oncle et ma tante : Docteur Dolo et Mamou Koné :**

**A mon oncle Docteur Dolo:**

Aucun mot ne pourrait exprimer sincèrement mes sentiments. J'ai constamment trouvé auprès de vous une tendresse parentale sans pareille. Votre soutien moral et matériel, vos conseils et encouragements ne m'ont jamais fait défaut.

En reconnaissance des sacrifices consentis, trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

**A ma tante Mamou Koné :**

Aucune expression ne peut sincèrement traduire mes sentiments à votre égard. Votre humanisme profond sans pareil fait de vous une femme adorée de tous. Je ne saurai vous remercier pour votre soutien moral et matériel sans égal.

En gardant au fond de moi le souvenir des services rendus, je serai heureux que vous trouviez ici le témoignage de ma très grande reconnaissance et ma profonde gratitude.

**A mes chers amis Abdoul Aziz Yéhia ; Abdoul Razak Dicko :**

Comme on le dit couramment, c'est pendant les moments les plus pénibles qu'on reconnaît ses vrais amis et vous avez toujours été au rendez-vous.

Tout ce que je vais dire ici ne saurait refléter ce que vous représentez pour moi.

## REMERCIEMENTS

Je profite de cet instant pour adresser mes remerciements :

**A Dieu : le Miséricordieux**, le tout puissant par excellence et par essence à qui nous implorons aide et assistance, puisse nous guider sur le bon chemin, grâce au sceau du prophète MOHAMED Paix et salut sur lui.

**A la famille Mamadou Dolo à Sikasso** : Mamou Koné ; Moussa Dolo ; Yaye ; Wassa ; Cotiari ; Nana Kadidja Dolo ; Gaoussou Dolo ; Amadou ;

**A mes frères et soeurs** ; à la famille Farka achitto Maiga à Bourem.

**A la famille Bello** particulièrement, à Mme Bello Aicha Bazzi ; Fatoumata Cissé affectueusement appelée petite soeur ; Youssouf Coulibaly ; Abdoulaye Bamba

**A Korotoumou Sidibé dite Ténin** : Merci pour tes conseils, et ton soutien moral

**A mes aînés** : Dr Seydou Maiga Dr Almahamoud Maiga ; Dr Moulaye ;

Dr Moussa Maiga ; Dr Guindo ; Dr Koné ; Dr Dembélé ; Dr Barry ; Dr Diallo.

**A mes camarades de promotion** : Dr Mohamed Z Touré ; Dr Harouna Maiga ;

Dr Djibril Issiaka ; Dr Hamoye Maiga ; Dr Seydou Balam.

Mes Remerciements vont à l'endroit de tous les personnels de l'hôpital de Sikasso particulièrement :

**Aux chirurgiens** : Dr Dolo ; Dr Cissé ; Dr Diallo ; Dr Cai.

**Aux Médecins** : Dr Sanogo ; Dr Traoré ; Dr Marico ; Dr Dicko ; Dr Jamila.

**A mes collègues étudiants hospitaliers à Sikasso** :

E.H Dembélé ; Sangaré ; Oumou ; Koné ; Camara ; Cissé ; Ballo ; karambé.

Aux Infirmiers et infirmières en chirurgie I, II, Bloc opératoire, Bloc des urgences.

Et, à mes oncles, amis, grands frères et tante Major ; Maiga Idrissa ; Guésséro Konaté, Fatoumata Maiga : merci pour tout.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

❖ **A notre Maître et Président du jury :**

**Professeur Djibril SANGARE**

**Professeur titulaire en Chirurgie générale à la FMPOS,  
Spécialiste en Coelio-Chirurgie au CHU du Point « G ».  
Chef de service de la Chirurgie « A ».**

Ce travail n'aurait pas pu être mené à bien sans votre concours volontaire et désintéressé.

Vous avez initié ce travail .Votre simplicité, votre gentillesse, votre pragmatisme et surtout votre volonté de transmettre le savoir aux étudiants en classe, au bureau ou en salle d'opération, font de vous un formateur remarquable et dévoué.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

❖ **A notre maître et juge :**

**Docteur Moussa OUATTARA**

**Maître Assistant à la F.M.P.O.S**

**Spécialiste en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.**

**Cher Maître**

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi nos juges. Nous sommes touché par votre simplicité et votre disponibilité malgré vos multiples occupations. En acceptant d'apprécier ce modeste travail, cher Maître, vous avez contribué à son indispensable amélioration.

Merci encore une fois de plus pour la sympathie que vous nous témoignez en acceptant de juger cette thèse.

❖ **A notre Maître et Juge :**

**Docteur Djénéba DOUMBIA**  
**Maître Assistant en anesthésie Réanimation à la FMPOS**  
**Praticienne en Anesthésie Réanimation au C.H.U Point « G ».**

Cher Maître

Nous sommes fiers de vous compter parmi nos juges. Vos qualités humaines, votre volonté professionnelle, votre savoir et votre disponibilité nous ont fortement marqué.

Veillez accepter cher Maître nos sentiments les plus respectueux.

❖ **A notre maître et Codirecteur de thèse :**

**Docteur Mamadou DOLO**  
**Directeur général de l'hôpital de Sikasso**  
**Spécialiste en chirurgie générale**  
**Praticien à l'E.P.H de Sikasso**  
**Expert de l'O.M.S de lutte contre l'ulcère de Buruli**

**Cher maître,**

Je suis honoré par la confiance que vous avez placée en moi, en me confiant ce travail. Nous avons bénéficié de vos qualités pédagogiques et humaines durant notre séjour à l'hôpital de Sikasso. Votre disponibilité, votre rigueur, votre assiduité dans le travail et vos qualités d'homme de culture et de recherche font de vous un homme connu et admiré de tous et un exemple à suivre.

Nous avons été séduit par votre qualité d'accueil et d'encadrement.

Recevez cher maître, l'expression sincère de nos profonds respects et reconnaissance.

❖ **A notre Maître et Directeur de thèse :**

**Professeur ZIMOGO ZIE SANOGO**

**Maître de conférences agrégé en Chirurgie générale à la FMPOS,  
Chirurgien au service de Chirurgie « A », Laparoscopique et  
thoracique au CHU du Point « G ».**

**Cher maître**

C'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury. La simplicité, la gentillesse, la vivacité de l'esprit, toutes choses que vous incarner et que vous conciliez parfaitement avec une capacité de décision lucide et opportune, font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés.

Veillez trouver ici, cher maître l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

## SOMMAIRE

I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS:.....	1
II- GENERALITES :.....	4
III- METHODOLOGIE :.....	30
IV - RESULTATS :.....	36
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :.....	61
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS:.....	75
VII- RESUME :.....	77
VIII- BIBLIOGRAPHIE :.....	78
IX-ANNEXES	

## LISTE DES ABREVIATIONS

- ✚ **AMG**: arrêt des matières et des gaz. **ASP**: abdomen sans préparation.
- ✚ **TA**: tension artérielle. **TV**: toucher vaginal. **TR**: touché rectal. **CF**: confert.
- ✚ **NFS**: numération formule sanguine. **HD**: hypochondre droit.
- ✚ **FID**: fosse iliaque droit. **FIG** : fosse iliaque gauche.
- ✚ **CS Réf** : centre de santé de référence.
- ✚ **CSCOM** : centre de santé communautaire.
- ✚ **C.H.U G.T** : Centre hospitalier universitaire Gabriel touré.
- ✚ **ATCD** : antécédent. **EPH** : établissement public hospitalier.
- ✚ **I I A**: invagination intestinale aiguë. **TDM**: Tomodensitométrie.
- ✚ **AM** : Assistance médicale
- ✚ **MST** : maladie sexuellement transmissible.
- ✚ **IST** : infection sexuellement transmissible
- ✚ **IEC** : information éducation communication.
- ✚ **FMPOS** : Faculté de médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie.
- ✚ **C.H.U P.G** : Centre hospitalier universitaire du Point G.
- ✚ **E .H** : Etudiants hospitaliers.
- ✚ **S.I.H** : système d'information hospitalier.
- ✚ **UGD** : ulcère gastro-duodenal.
- ✚ **O.R.L** : oto-rhino-laryngologie.
- ✚ **V.I.P**: very important personality.
- ✚ **SOTELMA** : société téléphonique du Mali.
- ✚ **N.B** : notons bien.
- ✚ **W.C** : waters close
- ✚ **D** : Droite                      **G** : Gauche
- ✚ **D.N.S.I** : Direction nationale de la statistique et de l'informatique.
- ✚ **O.M.S** : organisation mondiale de la santé.

## I-INTRODUCTION ET OBJECTIFS :

### A- Introduction :

L'urgence médicale se définit comme l'extrême importance des soins de premier secours d'une affection [18].

L'expression d'urgence chirurgicale est ambiguë (stricto sensu), elle désigne une affection requérante sans retard, un geste chirurgical [30].

ETIENNE, France, 1998[2] définit l'urgence comme ce cas nécessitant des soins sans délai.

Les urgences chirurgicales représentent selon **MONDOR**, France ,1928 [30] des affections, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou peu de jours.

La douleur constitue le maître des symptômes et le principal motif de consultation.

Les laparotomies blanches étaient dues à l'insuffisance de moyens d'exploration et que plus le diagnostic est tardif, plus le pronostic est sombre [64].

Les urgences chirurgicales sont des pathologies qui occupent une place importante en chirurgie par : leur fréquence élevée, leur prise en charge difficile, leur taux de mortalité et de morbidité élevé [5].

Elles constituent de ce fait une préoccupation permanente pour le chirurgien.

Les étiologies sont nombreuses comme le montrent les études antérieures.

°Aux USA, 2004 **BROWER** [4] 19 étiologies dont 6 chirurgicales (appendicites aiguës, cholécystites aiguës, occlusions intestinales aiguës, ulcère duodéal, kyste de l'ovaire, anévrysme) ont été retrouvées chez 1000 malades ayant un abdomen aigu.

°En France, **ETIENNE et all.** [3] 5 des 10 premières étiologies des urgences abdominales étaient chirurgicales (appendicites aiguës, cholécystites aiguës, occlusions intestinales aiguës, ulcères perforés, pathologies néoplasiques).

°A DAKAR, **PADONOU** [1] a recensé 1167 urgences non traumatiques de l'abdomen, 5 étiologies (occlusions intestinales aiguës, péritonites aiguës, appendicites aiguës, G.E.U rompue, éviscération).

° A ABIDJAN, en 1998 **ISSMAILA** [26] a trouvé un taux de 33,32% pour les urgences chirurgicales digestives.

°AU MALI : les urgences abdominales chirurgicales ont fait l'objet de plusieurs études, ainsi :

-En 2001, **TRAORE T.** [36] les urgences abdominales chirurgicales à l'hôpital de Ségou ont constitué 27,24% de l'ensemble des interventions chirurgicales.

-A KAYES 2005, **DEMBELE B.** [7] les urgences chirurgicales digestives ont constitué 19,55% de l'activité globale du service de chirurgie générale de l'hôpital de Kayes à propos de 112 cas,

-A GAO 2006, **SOUJMA A.** [69] une étude menée sur les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital de GAO a permis d'établir une fréquence de 0,82%.

Des études antérieures effectuées au C.H.U Point G ont trouvé des taux inférieurs : 13,5% [64], 6,4% [18].

Certaines raisons contribuent à justifier l'intérêt que nous devons porter aux urgences chirurgicales digestives non traumatiques à l'hôpital de Sikasso. Ce sont :

-la diversité des problèmes de prise en charge des urgences chirurgicales non traumatiques.

-le système de référence - évacuation mis en place par le CSRéf et l'hôpital de Sikasso, qui a motivé la réalisation de cette étude.

-A Sikasso, elles n'ont jamais fait l'objet d'une étude.

**B- OBJECTIFS :**

**1- Objectif général :**

Etudier les urgences chirurgicales digestives non traumatiques reçues et traitées dans le service de chirurgie générale à l'hôpital de Sikasso.

**2- Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives non traumatiques ;
- Evaluer l'impact de la référence - évacuation sur la prise en charge des urgences chirurgicales digestives non traumatiques ;
- Identifier les problèmes liés à la prise en charge des urgences chirurgicales digestives non traumatiques ;
- Analyser les suites opératoires.

## II-GENERALITES :

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

**-D'un tube musculo-membraneux**, qui depuis l'orifice buccal traverse, la face, le cou, le thorax, l'abdomen pour se terminer par l'anus. Au niveau de ce tube digestif on distingue les segments suivants : la bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, et le gros intestin.

**- Des glandes digestives** : Les glandes salivaires, le foie, le pancréas, et la rate, sont les annexes à ce tube digestif. Ces organes sont contenus dans la cavité péritonéale.

**- Le péritoine** : Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino-périnéale, à la partie diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito-urinaire.

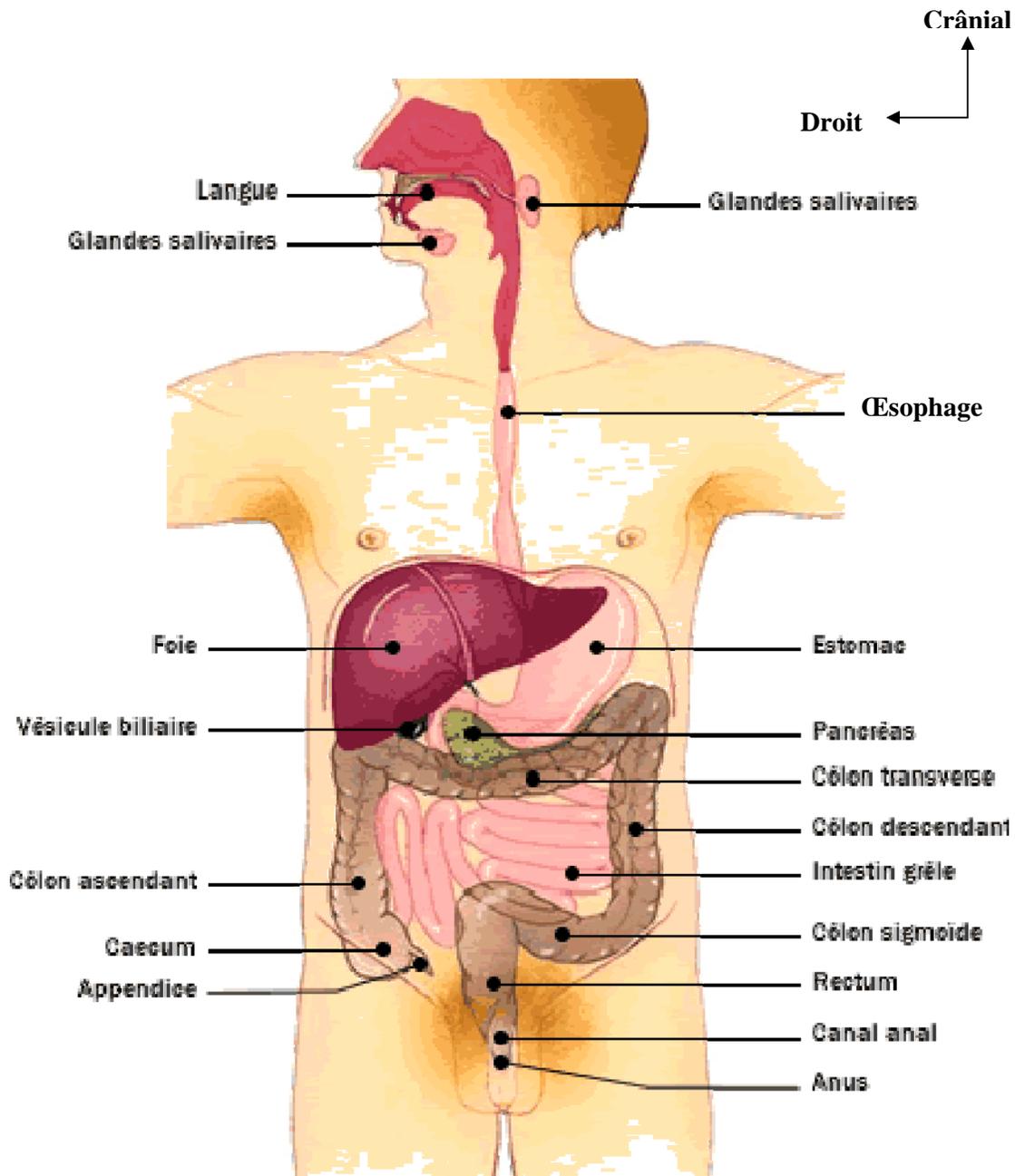
On reconnaît au péritoine, comme toute membrane séreuse :

**Un Feuillet Pariétal ; un Feuillet Viscéral ; les Replis Membraneux** : qui relie le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Les replis du péritoine sont de plusieurs sortes et portent, suivant le cas, le nom de méso, d'omentum ou de ligament. On appelle méso les replis péritonéaux qui unissent à la paroi un segment du tube digestif. Le méso, s'appelle mésogastre, mésoduodenum, mésentère ou méso colon suivant qu'il est en connexion avec l'estomac, le duodénum, le jéjunum et l'iléum ou le colon.

On donne le nom d'omentum aux replis péritonéaux qui s'étendent entre deux organes intra-abdominaux ; le péritoine viscéral, le péritoine pariétal, le méso, l'omentum et les ligaments sont des parties d'une même membrane, partout continue, et qui limite une cavité virtuelle : La cavité péritonéale.

Le péritoine assure le soutien des organes de la cavité abdominale les suspendant et les fixant à la paroi. Le péritoine assure enfin la résorption des liquides intra-péritoneaux, cette résorption normale se faisant vers les

hypocondres surtout à droite au dessus du foie , à travers le diaphragme vers les lymphatiques du médiastin par des pertuis.



## Appareil digestif

## **2-1 - RAPPELS ANATOMIQUES DE L'APPAREIL DIGESTIF [56]:**

Il comprend les segments suivants :

### **2-1-1-L'ŒSOPHAGE :**

Il constitue le premier segment du tube digestif, c'est un conduit musculo-membraneux de 25 cm environ compris entre le pharynx en haut et l'estomac en bas, c'est la voie de passage du bol alimentaire.

Il traverse la partie thoracique et se termine dans la partie supérieure de l'abdomen (portion abdominale), cette triple topographie fait que les rapports anatomiques de l'œsophage sont complexes.

Il est situé en position médiane devant la colonne vertébrale, en arrière de la trachée puis de l'oreillette gauche, sa position abdominale oblique à gauche et en arrière du lobe gauche du foie.

L'œsophage est le siège de plusieurs pathologies telles que les sténoses, les cancers, méga-œsophage, son abord chirurgical classique est parfois délabrant et très douloureux.

### **2-1-2-L'ESTOMAC :**

L'estomac est un réservoir musculeux de 1000cc environ interposé entre l'œsophage et le duodénum où le bol alimentaire sous l'effet du suc gastrique et des contractures musculaires de l'estomac se transforme en un mélange liquide, le **chyme**.

C'est un organe thoraco-abdominal occupant la plus grande partie de la loge sous phrénique gauche ,situé dans la partie supérieure de la cavité abdominale (épigastre, hypochondre gauche ) dans l'étage sus méso colique ,sous le diaphragme et au dessus du colon transverse et de son méso. Comparé à la lettre J, il comporte : une portion verticale formée par le corps de l'estomac surmonté par le pôle supérieur ou fundus (grosse tubérosité) occupé par la poche à air gastrique ; une portion horizontale ; deux faces : antérieure et postérieure ; deux bords ou courbures : la petite courbure , droite présente une portion verticale et une portion horizontale séparées par un angle : l'incisure angulaire ; la grande courbure , gauche est convexe ; deux orifices :l'orifice supérieur oesophagien ou

cardia est ovalaire ,il est situé à droite et au-dessus du fundus , entre le bord gauche de l'œsophage abdominal et le fundus se place l'incisure cardiale ( angle de HIS ) ; elle repère le cardia et forme à l'intérieur une valvule ,le pli cardial. L'orifice inférieur duodénal ou pylore est entouré par un sphincter.

L'estomac répond à une double fonction de conduit et de réservoir ; c'est le canal gastrique que suivent les liquides arrivant par le cardia.

Ce canal les dirige directement vers le fond de l'estomac puis vers l'antra et le pylore et de là vers le duodénum ; les deux plis de la muqueuse qui délimitent le canal sont soulevés par les fibres longitudinales de la << cravate de suisse>> et se terminent par la production d'un bol alimentaire.

### **2-1-3 - L'INTESTIN GRELE :**

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

#### **2-1-3-1 - LE DUODENUM :**

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

**-Une partie supérieure ou D1 :** fait suite au pylore, légèrement ascendante de gauche à droite, sa portion initiale dilatée est l'ampoule duodénale (bulbe duodénal), siège des ulcères ;

**-Une partie descendante ou D2 :** reçoit l'abouchement des conduits biliaires et pancréatiques sur sa partie médiane au niveau des 2 papilles duodénales ;

**-Une partie horizontale ou D3 :** croise la colonne vertébrale à la hauteur de L4,

**-Une partie ascendante ou D4 :** se termine au niveau de l'angle duodeno-jéjunal, à gauche de la colonne vertébrale.

### **2-1-3-2 - LE JEJUNO -ILEON :**

Il représente les deuxième et troisième parties mobiles de l'intestin grêle qui s'étendent de l'angle duodeno-jéjunal au cæcum (fosse iliaque droite). Il mesure 6,5m. Son calibre varie entre 2-3cm.

Le jéjuno-iléon forme des flexuosités, les anses intestinales (15-16) ; les premières anses supérieures gauches sont horizontales, les dernières anses inférieures et droites sont verticales. Le jéjuno-iléon est rattaché au plan postérieur par le mésentère qui détermine un bord mésentérique, un bord libre (anti mésentérique) et 2 faces. Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'iléon.

### **2-1-4 -LE GROS INTESTIN :**

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

Dans son ensemble il forme une boucle qui encadre les anses intestinales.

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

## **2-1-5 -LES GLANDES ANNEXES :**

**2-1-5-1-FOIE :** le foie est la plus volumineuse des glandes de l'organisme indispensable à la vie par ses fonctions métaboliques (stockage du glucose sous forme de glycogène, fonction de détoxification, élaboration de la bile etc....).

C'est un organe thoraco-abdominal situé sous le diaphragme, dans l'étage sus méso colique : l'hypochondre droit, l'épigastre et en partie dans l'hypochondre gauche .Il joue un rôle important dans la digestion puisque tout ce qui est élaboré au niveau du grêle lui parvient par le système porte.

La bile rejoint l'intestin par les voies biliaires : excrétée en permanence par le foie, elle est stockée dans la vésicule biliaire et excrétée au moment de la digestion.

### **2-1-5-2 - LE PANCREAS :**

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

### **2-1-5-3- LA RATE :**

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

## **2-2 -STRUCTURE GENERALE DU TUBE DIGESTIF :**

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

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

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

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

## **2-3-QUELQUES PATHOLOGIES :**

### **2-3-1-APPENDICITES AIGUES [52]:**

#### **2-3-1-1- GENERALITES :**

**A- DEFINITION :** C'est l'infection aiguë de l'appendice. C'est une urgence.

**B- EPIDEMIOLOGIE :** l'appendicite aiguë est plus fréquente dans les pays développés qu'en Afrique. L'appendicite est plus fréquente chez l'enfant (7 à 15 ans) et rare chez l'adulte.

**C- ETIO-PHYSIOPATHOLOGIE :** l'appendicite aiguë est due :

-Soit à une obstruction de la lumière appendiculaire (les germes circulent dans un appendice normal).

-Soit à une infection hémotogène, ce qui est le cas le plus fréquent. Tous les germes peuvent entraîner l'appendicite. Les plus fréquents sont les colibacilles, les streptocoques. On peut même y trouver des parasites (schistosoma mansoni).

**D-ANATOMIE-PATHOLOGIE :** Il y a 3 grandes catégories d'appendicite.

**-L 'appendicite Catarrhale :** c'est une appendicite rouge.

**-L'abcès appendiculaire :** est une appendicite purulente avec du pus autour de l'appendice. L'abcès peut avoir une forme particulière appelée PLASTRON. Le plastron est une appendicite purulente avec du pus autour de l'appendice. Ce pus est colonisé par des signes inflammatoires qui sont dus aux adhérences du grand épiploon et des intestins.

**-La Péritonite :** C'est l'abcès appendiculaire avec du pus qui a diffusé dans la grande cavité péritonéale. L'appendicite peut évoluer plus ou moins rapidement de la forme catarrhale à la péritonite en 24 -72 heures. **Donc l'appendicite est une urgence chirurgicale.**

**-N.B :** L 'abcès appendiculaire, Le plastron, la péritonite appendiculaire sont des complications de l'appendicite catarrhale.

#### **2-3-1-2 -APPENDICITE CATARRHALE CHEZ L'ENFANT :**

**A- Signes fonctionnels :** la douleur de la fosse iliaque droite, qui est progressive, permanente, sourde, sans irradiation, les vomissements.

**B- Signes généraux :** la température 37- 37,5°C, la tension artérielle normale, la langue saburrale, et l'état général est bon.

**C- Signes physiques :**

-**Inspection** : Le ventre respire.

-**Palpation** : réveille une douleur accompagnée d'une défense de la fosse iliaque droite.

-**Auscultation** : Les bruits abdominaux sont normaux au début.

-Le **TR** et le **TV** trouvent une douleur à droite dans le Douglas.

**D- Signes para cliniques :**

-**La N.F.S** montre une hyperleucocytose (1.500 à 20.000 GB /mm<sup>3</sup> surtout à polynucléaires neutrophiles).

-**L'échographie abdominale** peut parfois montrer un gros appendice à paroi épaisse ou un épanchement péri appendiculaire.

**E- Evolution** : Elle est imprévisible ; une régression spontanée peut survenir après la crise d'appendicite, mais cette régression spontanée est rare. La plupart du temps l'évolution se fait vers l'aggravation en quelques jours ; parfois cette aggravation est entrecoupée d'une accalmie traîtresse. L'aggravation peut se faire vers le plastron ou vers la péritonite.

**2-3-1-3-Le Plastron** : est une complication de l'appendicite catarrhale .Il est souvent favorisé par une antibiothérapie abusive, fait au début de la crise d'appendicite.

-**Signes fonctionnels** : Sont les mêmes que dans le cas typique.

-**Signes physiques** : La F.I.D est le siège d'un blindage dur, douloureux mal limité, le **TR** et le **TV** trouvent une douleur du Douglas à droite.

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

-**Signes para cliniques** : hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

-**Abdomen sans préparation (ASP)** debout de face trouve parfois des niveaux hydro-aériques.

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

**2-3-1-4 -La Péritonite** : est une complication de l'appendicite catarrhale.

-**Signes généraux** : température à 40°C; pouls accéléré.

-**Signes physiques** : Contracture abdominale généralisée dite contracture en ventre de bois et maximum dans la F.I.D.

-**TV et TR** trouvent une douleur partout dans le Douglas.

-**Signes para cliniques** : hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

-**ASP** debout de face trouve parfois des niveaux hydro-aériques.

-**L'évolution** sans traitement se fait vers la mort en quelques heures.

#### **2-3-1-5-Diagnostic Différentiel :**

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

-**Le Paludisme** : Caractérisé par : une douleur de tout le flanc droit, une fièvre à 39-40°C avec des frissons, des vomissements, sans arrêt de matières et de gaz, le TV et le TR sont sans douleur, la goutte épaisse est souvent positive.

- **L'hépatite virale** : elle peut faire croire à une appendicite si elle se révèle par : Une douleur de tout le flanc droit, des vomissements, une fièvre, la douleur est haute, il y a un sub-ictère, les transaminases sont élevées.

-**La colique néphrétique droite** : Peut faire croire à une appendicite devant : une douleur du flanc droit, des vomissements, une constipation mais : les douleurs commencent dans la Fosse lombaire, irradient dans la F.I.D et vont dans les organes génitaux externes ; elles sont paroxystiques ; pollakiurie, des brûlures mictionnelles, pas de défense dans la F.I.D, **N.F.S** est normale, **l'échographie** montre la stase dans les voies urinaires voire le calcul.

-**Douleur d'ovulation** : peuvent faire croire à une appendicite quand ces douleurs sont dans la F.I.D ; Mais ces douleurs surviennent au 14ème jour du cycle.

-**Les douleurs d'endométriose** : peuvent faire croire à une appendicite lorsqu'elles siègent dans la F.I.D. Mais ces douleurs sont rythmées par les menstruations.

## **2-3-1-6 - FORMES CLINIQUES :**

### **A-1-FORME SELON LE TERRAIN :**

**A-1-1-Appendicite du nourrisson :** Caractérisée par sa rareté et son évolution rapide (la péritonite peut apparaître en moins de 24 heures), elle est grave parce que : Le diagnostic peut être retardé ; la contracture n'est pas toujours retrouvée même en cas de péritonite.

**A-1-2-Appendicite du vieillard :** est caractérisée par : évolution lente en général ; syndrome pseudo-occlusif fébrile (d'où le diagnostic différentiel avec les occlusions, et le cancer du caecum). Dans le cancer du caecum il y a : douleur de la F.I.D, amaigrissement, anémie, image typique au lavement baryté.

**A-1-3-Appendicite de la femme enceinte :** caractérisée par :

-Au 1<sup>er</sup> trimestre peu de différence typique ;

-Au 3<sup>e</sup> trimestre : la douleur appendiculaire est plus haute ; la défense est moins nette, un problème de diagnostic différentiel se pose avec la pyélonéphrite droite de la femme enceinte. Cette pyélonéphrite est caractérisée par : une douleur du flanc droit (surtout lombaire), des nausées, une constipation, une température 38°-39°C avec des frissons parfois, des troubles urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles).

### **A-2-FORME SELON LE SIEGE :**

#### **A-2-1- L'appendicite pelvienne :**

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

Des douleurs basses dans la F.I.D, des nausées, une constipation, une température 37°- 37,5°C , un pouls accéléré, une douleur provoquée à la palpation de la partie basse de la F.I.D. Le TV et le TR provoquent des douleurs aiguës à droite. Dans ce cas, il faut éliminer :

**a)-Une salpingite :** caractérisée par : des douleurs bilatérales provoquées, des nausées, une constipation, une température élevée à 38°- 40°C, un pouls accéléré, le TV qui trouve une douleur à la mobilisation de l'utérus ; une hyperleucocytose, une grosse trompe à l'échographie.

**b)-La G.E.U droite (rompue)** caractérisée par : une aménorrhée, parfois remplacée par des pertes épaisses, des nausées voire des vomissements, des douleurs dans la F.I.D, une température à 37°C, une tension artérielle abaissée, un pouls accéléré un cri de Douglas au TV et au TR, une pâleur avec anémie, une absence de trompe à l'échographie, un hémopéritoine retrouvé à la ponction abdominale et à la coelioscopie.

**A-2-2-L'appendicite sous hépatique :** caractérisée par : des douleurs dans l'hypochondre droit, des nausées, voire des vomissements, une constipation, une douleur voire une défense provoquée dans l'hypochondre gauche, une hyperleucocytose. Il faut éliminer une colique hépatique caractérisée par : sa survenue surtout chez la femme, des douleurs dans l'hypochondre droit, des douleurs irradiant en haut dans l'épaule droite, des vomissements, une constipation, une échographie montrant des calculs vésiculaires.

**A-2-3-L'appendicite rétro-cœcale :** caractérisée par des douleurs lombaires droites à différencier de la colique néphrétique.

**A-2-4-L'appendicite méso-coeliaque :** caractérisée par des douleurs péri ombilicales, un syndrome pseudo-occlusif (d'où le diagnostic différentiel avec les occlusions).

**A-2-5-l'appendicite de la F.I.G :** est exceptionnelle ; elle survient chez un sujet dont le colon n'a pas subi de rotation.

### **2-3- 1-7-PRINCIPE DU TRAITEMENT DES APPENDICITES :**

**A-1-Appendicite catarrhale :** Le seul traitement est l'appendicectomie.

Ce traitement est urgent. Il n'y a pas de traitement médical.

**A-2- L'abcès appendiculaire :** nécessite :

- une appendicectomie, une évacuation de l'abcès ;
- un drainage de la poche de l'abcès, une antibiothérapie.

**A-3-La péritonite :** nécessite :

- Une réanimation médicale pré, per, post opératoire, jusqu'à la reprise du transit, une appendicectomie, une toilette péritonéale,
- un drainage de la F.I.D, une antibiothérapie proposée par beaucoup d'auteurs.

#### **A-4-Le plastron appendiculaire :**

Une réanimation médicale (perfusion) ; la glace sur la F.I.D, une antibiothérapie, une surveillance médicale rigoureuse ; si la douleur disparaît totalement il faut l'appendicectomie 3mois après ; si les troubles persistent il faut faire l'appendicectomie, la main forcée. Cette appendicectomie sera difficile.

### **2-3-2-INVAGINATION INTESTINALE AIGUE [8]:**

#### **I-GENERALITES :**

**1-1-Définition :** l'invagination intestinale se définit comme étant une introduction d'une portion proximale de l'intestin dans sa portion distale. C'est une urgence. Elle atteint surtout les nourrissons de moins d'un an.

**1-2-Physiopathologie :** On décrit à l'invagination intestinale un boudin avec un collet, et une gaine ; le boudin invaginé risque d'être strangulé par le collet de la gaine, d'où le risque d'ischémie qui commence au niveau de la muqueuse ; cette ischémie de la muqueuse entraîne une hémorragie qui se révélera par une rectorragie ; l'ischémie peut évoluer vers la nécrose de la paroi de l'intestin.

#### **1-3-Les causes d'I.I.A :**

Sont en général méconnues ; pour certains, elle est due à des adénopathies mésentériques, pour d'autres ces adénopathies ne sont que des conséquences de l'I.I.A. Tous les auteurs sont d'accord pour retenir comme cause, la tumeur de l'intestin (polypes), mais cette lésion est rarement retrouvée.

#### **1-4-Le siège de l'I.I.A : est le plus souvent :**

-Iléo-caeco-colique ; Iléo-colique ;  
-colo-colique ; rarement iléo-iléale.

#### **2-Signes cliniques :**

**2-1- Signes Fonctionnels :** Cris intenses, débutant brutalement, refus du sein, vomissements souvent tardifs, les signes ci-dessus peuvent durer environ 15 à 20mn, ces crises sont entrecoupées par des périodes de calme pendant les quelles l'enfant peut même s'endormir.

**2-2-Signes généraux :** Etat général bon, température normale.

**2-3-Signes physiques :** Boudin retrouvé à la palpation, c'est une tuméfaction allongée, cylindrique, mobile ; sang sur le doigtier au bout de quelques heures d'évolution.

**2-4-Stade tardif :** Adynamie du nourrisson, vomissements fécaloïdes, déshydratation, Fièvre tardive, une tachycardie, rectorragie, coma peut survenir au bout de 2 à 3 jours d'évolution.

**3-Signes para cliniques :**

**3-1-Radiographie de l'abdomen sans préparation debout de face :** montre des niveaux hydro-aériques.

**3-2-Lavement baryté : examen complémentaire fondamental.** Il permet au radiologue et au chirurgien de faire le diagnostic d'I.I.A, la désinvagination de l'I.I.A, mais il est dangereux au stade de nécrose de l'intestin, car il peut perforer l'intestin. Mais dans l'invagination iléo- iléale il ne permet pas le diagnostic.

**3-3-L'échographie permet aussi de diagnostiquer l'I.I.A (même la forme iléo iléale).**

**4-TRAITEMENT : est radiologique, chirurgical et médical.**

**4-1-Traitement radiologique :** est le lavement baryté ; pour une désinvagination complète il faut une apparition de la baryte en grande quantité dans l'iléon.

**4-2- Traitement chirurgical :**

-Laparotomie (Mac Burney, médiane) ; désinvagination complète ; systématiquement pour certains, une appendicectomie ; Résection du boudin en cas de nécrose. Si possible cette résection doit être suivie d'une anastomose.

**4-3-Le traitement médical :** consiste en une réanimation pré, per, et post opératoire.

## **2-3-3 -OCCLUSION INTESTINALE AIGUE [38]:**

**2-3-3-1-Définition :** l'occlusion intestinale est un arrêt brutal complet et persistant du transit (matières et des gaz) dans un segment intestinal. Il existe des occlusions organiques, des occlusions fonctionnelles et des occlusions mixtes : c'est une urgence chirurgicale.

### **2-3-3-2-Physiopathologie :**

**a)-L'occlusion organique :** est une occlusion mécanique. Elle peut être occasionnée par : -strangulation (volvulus, invagination intestinale),

-obstruction (fécalome) ; compression

**-Une strangulation :** est un étranglement de l'intestin. Elle peut être due à : une hernie étranglée, un volvulus, une invagination intestinale.

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

Dans les strangulations la circulation est d'abord perturbée sur le retour veineux alors que l'artère continue à amener le sang dans la zone strangulée. Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ; d'où une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre hydro-électrolytique. La strangulation favorise la fermentation des matières dans l'intestin d'où la production de gaz qui va s'accumuler à la partie supérieure de l'anse strangulée alors que reste à la partie inférieure les liquides. Les gaz et le liquide seront séparés par un niveau qui est toujours horizontal.

**-A la Radiographie :** l'air sera perçu comme une image noire avec un niveau blanc (clair) horizontal, inférieur. Une élévation de pression des gaz dans l'intestin en amont de l'obstacle peut entraîner une perforation de l'intestin, c'est la perforation diastatique.

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

**b)-L'occlusion fonctionnelle** : se fait par inhibition du nerf intestinal.

**c)-L'occlusion mixte** : est une association de l'occlusion fonctionnelle et de l'occlusion mécanique en général, elle est due à une infection.

### **2-3-3-3 SIGNES CLINIQUES :**

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

**b)-Signes généraux** : une chute de la T.A (tardive) à cause des vomissements et des déperditions plasmatiques dans la lumière intestinale, pouls accéléré, signes de déshydratation, température , qui sont fonction de l'étiologie.

#### **c)-Signes physiques :**

**-Inspection** : météorisme qui est tardif, parfois, une cicatrice abdominale, un péristaltisme intestinal.

**-Palpation** : douleur abdominale dont le siège traduit la lutte de la zone de souffrance l'intestinale, absence de contracture, tuméfaction qui n'est retrouvée que dans certains cas.

**-Percussion** : tympanisme, souvent tardif.

**-Auscultation** : présence et accentuation des bruits hydro-aériques.

**-TR, TV** : présence des signes qui sont en fonction du siège et de l'étiologie de l'occlusion.

**-La palpation des orifices herniaires** : recherche une hernie étranglée.

#### **d)-Signes Para cliniques :**

**-la Radiographie de l'abdomen sans préparation (A.S.P)** , debout de face ou debout de profil ou assis de face ou même coucher de profil montre des niveaux hydro-aériques.

Un seul niveau hydro-aérique suffit pour poser le diagnostic d'occlusion. Il est important de préciser le nombre, siège et l'aspect des niveaux hydro-aériques.

-**Le lavement baryté**, est important pour rechercher le siège et la cause de l'occlusion dans les occlusions du colon.

- **Le transit du grêle**, effectué en dehors des périodes des vomissements peut montrer un obstacle sur l'intestin grêle.

-**Les signes biologiques** : montrent des troubles hydro-électrolytiques entraînant une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acide -base. Ces troubles hydro-électrolytiques souvent fonctionnels sont constatés sur l'ionogramme (hyper natrémie), la N.F.S (polyglobulie), souvent une hyper natrémie, hyper azotémie, hyper créatinémie.

#### IV- FORMES CLINIQUES :

a) **En fonction du siège** : (CF) tableau :

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

**b)-En fonction du mécanisme :**

**b)-1-L' occlusion par volvulus du sigmoïde :** est caractérisée par : une douleur brutale à type de colique chez un sujet jeune antérieurement en bon état général avant l'occlusion.

**b)-2-L'occlusion par cancer du sigmoïde :** qui atteint surtout le vieillard est caractérisée par : une douleur progressive continue , altération de l'état général avant l'occlusion , antécédent d'alternance de diarrhée et de constipation, ou de méléna, ou de rectorragie, une fièvre, avec parfois une anémie , tumeur à la palpation parfois.

**c)-En fonction de l'étiologie et de l'âge :**

**c)-1-chez le nouveau-né :** les occlusions les plus fréquentes sont :

**-Pour le colon :** l'imperforation anale, diagnostiquée à l'inspection du périnée ; la maladie de Hirschprung ; l'immaturité du colon.

**-Pour le grêle :** les brides par mal rotation de l'intestin qui entraîne souvent un volvulus.

**c)-2-chez le nourrisson :** les causes les plus fréquentes sont : -l'invagination intestinale aiguë, brides par mal rotation, maladie de Hirschprung.

**c)-3-chez l'enfant :** les causes les plus fréquentes sont : le diverticule de Meckel, l'appendicite aiguë, l'invagination intestinale aiguë.

**c)-4-chez l'adulte :** les causes les plus fréquentes sont : volvulus du sigmoïde (surtout au Mali), volvulus du grêle sur bride est provoqué par des séquelles de la laparotomie, la hernie étranglée (surtout dans les pays en voie de développement).

**c)-5- chez le vieillard :** les principales causes sont :

-le cancer du colon qui est le plus fréquent, le volvulus du sigmoïde ;

-l'appendicite du vieillard : c'est une occlusion fébrile avec douleur dans la F.I.D ;

-l'iléus biliaire rare au Mali ; plus fréquent en Europe ; les hernies internes (exceptionnelles).

## **V-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

**-Occlusions fonctionnelles :** caractérisées par :

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

**Signes généraux :** qui sont en fonction de la cause.

**Signes physiques :** résumés par un météorisme important diffus.

**Abdomen sans préparation : (ASP) debout de face :** qui montre une dilatation gazeuse diffuse sur le grêle ou le colon avec peu de niveaux hydro-aériques.

Les principales causes de ces occlusions fonctionnelles sont neurologiques, antimitotiques, les causes de colique néphrétique, etc.

## **VI- TRAITEMENT :**

Le traitement des occlusions est une urgence, il est chirurgical et médical.

### **a)-Le traitement médical :**

Réanimation hydro-électrolytique : perfusion de sérum salé, glucosé macromolécules, bicarbonate, voire transfusion, mise en place d'une sonde nasogastrique aspirative.

### **b)-Le traitement chirurgical :**

Il est fonction de l'âge, de l'état général, du siège, de la cause et du mécanisme de l'occlusion.

**-Pour le volvulus du sigmoïde :** il faut une laparotomie, une détorsion du sigmoïde, une sigmoïdectomie, dans certains cas une détorsion du sigmoïde est possible par voie endoscopique, sans faire de laparotomie.

**-Pour le volvulus sur bride :** laparotomie, la résection de la bride.

**-Pour l'occlusion par cancer du sigmoïde :** laparotomie, si possible une résection du cancer, sinon on est obligé de faire un anus artificiel qui sera suivi secondairement par une résection du cancer. Après la résection du cancer, une anastomose intestinale est effectuée si l'état général du malade le permet. Dans le cas particulier des occlusions avec nécrose intestinale, il est toujours nécessaire de réséquer la zone nécrosée.

## **2-3- 4 -HERNIE ETRANGLEE [39]:**

### **2-3-4-1-Définition :**

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

### **2-3-4-2-Physiopathologie :**

L'étranglement est lié à l'existence d'un anneau, peu ou pas extensible, appelé collet herniaire (zone de transition entre le péritoine du sac et le péritoine intra abdominal). A ce niveau, le contenu herniaire subit une striction à l'occasion d'une hyper pression abdominale. Il se produit une compression vasculaire pour le viscère étranglé. Il s'agit au début d'une compression veineuse gênant le retour du sang. Cette gêne est source d'œdème et d'hyper sécrétion réactionnelle, qui à leur tour aggrave la compression.

Le maximum de compression se produit au niveau du sillon d'étranglement (zone d'impact du collet d'étranglement sur l'organe hernié) où on note le maximum de lésion.

Une compression artérielle s'y associe rapidement et est à l'origine d'une ischémie tissulaire, donnant au viscère un aspect noirâtre avec hémorragie sous séreuse. Cet aspect caractéristique est maximum au pied de l'anse étranglée.

### **2-3-4-3-Signes cliniques :**

Dans les formes typiques, le diagnostic de la hernie étranglée est facile.

Une douleur brutale ou progressive au niveau d'une hernie en général connue et indolore jusqu'à ce jour ; à cette douleur isolée au début s'associent plus ou moins précocement des signes d'occlusion, des nausées et vomissements, A.M.G.

**-L'examen physique :** retrouve la douleur provoquée à la palpation de la voussure herniaire. Cette douleur est maximale au niveau du collet de la hernie.

La hernie est irréductible et n'est plus expansive à la toux. Sa matité à la percussion dénonce la présence du liquide d'épanchement dans le sac herniaire.

**-Le TR :** provoque une douleur du côté de la hernie.

**-Les signes généraux :** sont modestes : température normale, pouls régulier un peu accéléré, visage anxieux est plus en plus agité, état général bon. A ce stade les signes locaux sont isolés et suffisent à poser le diagnostic.

L'évolution en l'absence de traitement chirurgical peut se faire vers la mort.

Le phlegmon pyostercoral est une éventualité évolutive : localement la hernie devient chaude, rouge douloureuse, la peau oedématiée .La rupture de l'anse étranglée à la peau réalise une fistule. Cette fistule peut entraîner une dénutrition rapide lorsqu'il s'agit d'une anse grêle.

### **2-3- 4 - 4 -Formes cliniques :**

**a)-Formes suraiguës :** Elles sont l'apanage des petites hernies au collet très serré. Ici l'évolution est très rapide et la symptomatologie est assez bruyante : syndrome hyper algique, vomissements fécaloïdes précoces, signes toxi-infectieux.

L'évolution en l'absence d'intervention chirurgicale se fait vers la mort en 24 à 48 heures. Parmi ces formes suraiguës le choléra herniaire est marqué par la prédominance des signes digestifs : vomissements répétés, et surtout une diarrhée continue entraînant une déshydratation rapide.

Ces formes se voient au cours d'un pincement latéral de l'anse intestinale étranglée. D'autres formes sont marquées par l'existence des crampes musculaires voire des crises convulsives réalisant les formes éclamptiques.

Ces aspects sont rares dans les hernies inguinales étranglées.

**b)-Formes subaiguës :** elles sont rares et réalisent le tableau classique de l'engouement herniaire.

Elles se voient au cours des étranglements peu serrés. Ici l'arrêt des matières et des gaz est peu marqué, les signes physiques sont moins nets : légère impulsion à la toux, pas de douleur au collet du sac .L'évolution peut se faire vers la guérison ou l'étranglement serré. La limite entre engouement et étranglement herniaire n'est pas très nette.

La différence entre ces deux entités cliniques n'a pas d'intérêt pratique et tout engouement doit être considéré comme un étranglement et traité chirurgicalement sans délai.

**c)-Formes latentes :** Elles se voient volontiers chez les personnes affaiblies, vieillards et obèses. Les signes fonctionnels sont vagues : constipation opiniâtre, vomissements, arrêt des gaz peu nets.

#### **2-3-4-5- Examens complémentaires :**

**-Abdomen sans préparation debout de face :** montre des niveaux hydro-aériques.

**-Echographie :** montre un épaissement de la paroi abdominale et une stase liquidienne dans le segment intestinal étranglé.

**-Examens biologiques :** l'hématocrite, la numération globulaire.

**L'ionogramme :** précise le degré de perturbation électrolytique, l'hypochlorémie est la plus importante modification et la plus facile à compenser.

**2-3-4-6-Diagnostic positif :** Le diagnostic de la hernie étranglée est essentiellement clinique, trois signes caractérisent l'étranglement herniaire : la douleur : elle est maximale au niveau du collet de la hernie ; l'irréductibilité de la hernie ; la hernie n'est plus impulsive ou expansible à la toux.

**2-3-4-7- Diagnostic différentiel :** La hernie étranglée est à distinguer de :

**a)-La péritonite herniaire :** En l'absence de tout étranglement, une complication septique peut survenir au niveau d'un viscère hernié (appendice, sigmoïde, ou diverticule de Meckel). Quelle que soit l'étiologie, le tableau réalisé est celui d'une suppuration locale au niveau d'une hernie faisant porter l'indication opératoire avec le plus souvent le diagnostic de l'hernie étranglée ou de phlegmon pyostercoral. C'est alors l'intervention qui permettra un diagnostic lésionnel précis.

**b)-L'engouement herniaire :** C'est lorsqu'une hernie simple devient durant un moment douloureux et irréductible puis se réduit spontanément. Ici la douleur exquise au niveau du collet n'est pas nette.

**c)-Adénites inguinales :** Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile.

**d)-Anévrysmes de l'artère iliaque externe :**

Ils sont rares, de consistance plus molle, expansion systolique à la palpation et présentent un souffle systolique à l'auscultation.

**2-3-4-8-Traitement chirurgical d'urgence :** Principes généraux et indications :

**But :-**Lever de la striction, Faire le bilan et la réparation des lésions viscérales.

- Prévenir les récives.

**2-3-4-9- Complications :**

**-Per-opératoires :**

Compression ou lésion des vaisseaux fémoraux (veines fémorales) ;

Lésion d'une corne vésicale, artère épigastrique inférieure lors des manœuvres d'agrandissement de l'incision d'inguinotomie.

**-Complications post-opératoires :**

Hématome au niveau de la plaie opératoire ; œdème des bourses par lésion des veines et vaisseaux lymphatiques ; infection de la paroi ou abcès profond ; Lâchage de fil de suture des plans profonds ; occlusion intestinale fonctionnelle ou par prise d'anse intestinale dans un nœud de suture ; péritonites post opératoires ; fistule digestive ; névralgie inguinale.

### **2-3-5- LES PERITONITES AIGUES [36]:**

**2-3-5-1-Définition :** Une péritonite est une inflammation aiguë de la séreuse péritonéale qui peut être soit généralisée à la grande cavité péritonéale (cas le plus fréquent et aspect clinique le plus éloquent), soit localisée (loges sous phréniques, gouttières pariéto-coliques, cul de sac de Douglas).

#### **2-3-5-2-Physiopathologie :**

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

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

#### **2-3-5-3-Formes cliniques :**

##### **a)-Formes cliniques communes dites asthéniques de l'adulte jeune :**

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

La symptomatologie clinique typique est caractérisée par la douleur , les troubles digestifs ( vomissements , arrêt de matières et des gaz ) et les signes physiques abdominaux (météorisme , hyperesthésie cutanée ,contracture ou défense ) ; L'ensemble survient dans un contexte de syndrome infectieux plus ou moins intense. Tous ces signes sont précoces. Les modifications typiques du faciès (faciès péritonéal classique) sont plus tardives ; mais dès le début, la simple inspection traduit toujours une douleur intense. La contracture abdominale, quand elle est présente, est pathognomonique.

##### **b)-Les formes diasthéniques :**

Ce sont des formes particulières que l'on trouve chez les sujets âgés, mais aussi chez les malades de réanimation ou les immunodéprimés. Schématiquement, on peut décrire deux tableaux : celui d'une occlusion fébrile, d'installation plus ou

moins rapide et nette dans l'arrêt du transit et dans l'évolution de la fièvre, et celui d'un choc toxi-infectieux inaugural.

C'est le tableau de choc toxi-infectieux qui pose le plus souvent des problèmes diagnostiques. Les signes généraux dominent la symptomatologie, alors que l'examen physique est pauvre : douleur abdominale peu intense ou absente, contracture et défense rares, météorisme indolore, touchers pelviens peu démonstratifs.

Ici, l'imagerie peut faire appel à l'échographie (épanchement liquidien péritonéal) si le météorisme n'est pas important à la T.D.M ou encore aux opacifications digestives utilisant des produits hydrosolubles (pour objectiver une perforation digestive).

**-Echographie et T.D.M :** peuvent encore guider la ponction de l'épanchement (intérêt diagnostique et bactériologique).

#### **2-3-5- 4-Etiologies :**

L'évolution peut modifier sensiblement la présentation clinique. Ce sont ces aspects étiologiques qui sont cités ci-dessous :

- péritonites primitives, péritonites appendiculaires,
- péritonites par perforation gastro-duodénale, péritonites typhiques,
- péritonites d'origine génitale, péritonites biliaires,
- péritonites par perforation colique, péritonites post-opératoires,

**2-3-5-5-Traitement :** Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps : le temps pré-opératoire, le temps opératoire proprement dit, le temps post-opératoire.

#### **-Le traitement médical est double :**

- Anti- Infectieux par l'antibiothérapie dont l'objectif principal est d'éviter ou de contrôler une diffusion de l'infection ;
- Réanimation hydro-électrolytique, hémodynamique et calorique, pour compenser les conséquences de l'inflammation, péritonéale (hypovolémie, perturbations électrolytiques, catabolisme majoré).

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

Principe du traitement chirurgical : La chirurgie utilise deux grands moyens :

Le traitement de l'organe responsable, le traitement de la cavité péritonéale (évacuation de l'épanchement péritonéal, nettoyage péritonéal et drainage de la cavité). En pratique, on évacue d'abord la cavité abdominale, puis on traite l'organe, avant de parfaire la toilette péritonéale. Le traitement de l'organe dépend de l'étiologie de la péritonite.

### III-METHODOLOGIE

#### 3-3-CADRE D'ETUDE :

##### 3-3-1- Rappel du système de santé du Mali :

Selon, la Direction Nationale de la Santé Publique, le système sanitaire est constitué par une pyramide avec 4 niveaux : I, II, III, IV. Outres, cette pyramide comprend une base et un sommet.

- Niveau primaire (I) : CSCom (centre de santé communautaire) ; Dispensaire.
- Niveau secondaire (II) : CSRéf (centre de santé de référence) ;
- Niveau tertiaire (III) : hôpitaux régionaux ; centres de santé référence du district.
- Niveau quaternaire (IV) : Centre hospitalier universitaire (C.H.U).

##### 3-3-2-Présentation de la région de Sikasso :

#### CARTE DE LA REGION DE SIKASSO



Sikasso	Yanfolila	297 Km
	Bougouni	217 Km
	Kolondiéba	210 Km
	Kadiolo	112 Km
	Koutiala	127 Km
	Yorosso	257 Km

La région de Sikasso encore appelée Kéné Dougou est la troisième région administrative du Mali. Elle est située dans la partie méridionale du territoire ; elle est limitée :

-Au Nord par la région de Ségou, au Nord-Ouest par la région de Koulikoro ;  
-Au Sud par la Côte d'Ivoire, à l'Est et au Nord-Est par le Burkina-Faso ; au Sud-Ouest par la Guinée.

Cette situation fait de la région un véritable carrefour de commerce et d'échange de culture.

La région couvre une superficie de 71.790Km<sup>2</sup> ; elle compte 147966 habitants dont 48% d'hommes et 51,4% de femmes. D.N.S.I Sikasso 2006.

Les principales ethnies : Sénoufo, Bambara, Minianka.

Les principales religions : l'islam, le christianisme et l'animisme.

C'est une région qui s'étend entre 12°30 Nord et 10°30 Nord et entre 8°30 Ouest et 5°30 Ouest. Les voies de communication sont essentiellement constituées par cinq axes routiers : Axe Zégoua-Bamako, Axe Kouri-Koutiala, Axe Kouri-Kimparana-San ; Axe Sikasso-Koutiala-kimparana, Axe Sikasso-Bobo Dioulasso.

Sur le plan administratif la région comprend: 7 cercles qui sont :

Bougouni, Kadiolo, Kolondiéba, Koutiala, Yanfolila, Yorosso et Sikasso.

Nonobstant la région de Sikasso compte 1821 villages repartis entre 46 communes ; l'économie est essentiellement basée sur l'agriculture, l'élevage, l'artisanat et le commerce.

La couverture sanitaire connaît une amélioration considérable ; la région comprend un seul hôpital situé dans la capitale régionale, un(01) CSRéf, six(06) CSCom, un (01) dispensaire de quartier, cinq (05) cabinets médicaux, trois (03) cliniques privées, des pharmacies privées, et quatre (04) écoles de formation socio-sanitaires. Sikasso est la zone où sévissent le paludisme et les IST, cas du Sida.

L'hôpital de Sikasso est une structure de référence de troisième niveau dans la pyramide sanitaire du Mali.

Il doit répondre en permanence aux besoins de tous les malades référés par les établissements sanitaires périphériques : les CSRéf, les CSCom, les Dispensaires.

D'autre part, l'hôpital régional est chargé d'assurer les soins médicaux curatifs et préventifs, la formation et la recherche médicale.

Il occupe une superficie de 4 hectares et situé en plein centre ville. Il est limité :

Au sud par le grand marché ; au Sud-Ouest par le centre de la mission catholique, l'Est par le groupe scolaire A, la Direction régionale des impôts, la poste et la SOTELMA.

Crée, depuis 1930 l'établissement a évolué sous plusieurs appellations :

Assistance médicale indigène ; Assistance médicale africaine ;

Hôpital secondaire et hôpital régional en 1972 ;

Etablissement public hospitalier (E.P.H) en 2003.

Ces différents changements de nom n'ont pas été suivis d'investissements conséquents, raison pour laquelle l'hôpital est constitué en grande partie de bâtiments coloniaux, qui sont rénovés de temps en temps.

L'hôpital a repris sa configuration actuelle avec la construction du dernier pavillon en 1991, la réfection du centre d'appareillage orthopédique et la rénovation du bloc administratif, de la gynéco-obstétrique, et l'ouverture d'un centre d'ophtalmologie et la construction en 2007 des abris pour accompagnants pour chaque pavillon d'hospitalisation.

#### **L'hôpital comprend :**

Un bâtiment abritant : le bureau des entrées, le secrétariat général, le bureau de l'agent comptable, le service social, le bureau du surveillant, la salle de réunion, la pharmacie d'urgence,

Un bâtiment pour le service des urgences médico-chirurgicales ;

Un contenair pour l'ORL, un pavillon d'hospitalisation de médecine ;

Deux pavillons d'hospitalisation de chirurgie, un pavillon d'hospitalisation et un bâtiment de consultation pour la pédiatrie ; un pavillon d'hospitalisation VIP ;

Un bâtiment pour la troisième salle d'hospitalisation de gynéco-obstétrique, le bureau du directeur général adjoint et le bureau du chef de service de chirurgie, un bureau du médecin urologue ; un bâtiment pour l'orthopédie,

Un bâtiment pour l'odonto-stomatologie et le pavillon de gynéco obstétrique,

Un bâtiment (nouveau pavillon) pour : l'hospitalisation de première catégorie, le service de kinésithérapie, le bureau des gestionnaires, le bureau du S. I. H, le bureau de l'anesthésiste assistant médical, la salle de consultation du chirurgien chinois, la salle des étudiants hospitaliers ;

Un bâtiment pour : le bureau du Directeur Général, son secrétariat particulier, et sa salle de consultation, un magasin, une salle pour les psychologues sociaux, le centre d'ophtalmologie ; un bâtiment abritant la pharmacie et le laboratoire ;

Un bâtiment pour : la radiographie, le bloc opératoire et la réanimation ;

Un bâtiment pour : l'archivage, la salle des gardiens et la salle des chauffeurs ;

Trois bâtiments pour le logement de l'équipe chinoise, des abris pour accompagnants ; une cuisine, des toilettes et WC, une buanderie, une construction pour l'incinération, un bâtiment abritant la morgue et le garage ;

Un bâtiment abritant le groupe électrogène.

#### **-Description du Bloc opératoire :**

**Local :** composé de deux (02) salles opératoires, une (01) salle de lavage chirurgical, une salle (01) salle de garde pour chirurgien et les kits d'urgences, une (01) salle pour les chirurgiens, une salle (01) de stérilisation, un bureau du major, une (01) salle de réveil de 4 lits, une (01) salle d'attente, une (01) salle de garde pour infirmiers, une toilette, et une buanderie.

**-Personnel :** Dirigé par un chirurgien malien, il est composé de : trois assistants médicaux, un infirmier d'état, un infirmier du 1<sup>er</sup> cycle, quatre garçons de salles.

**- Les activités :** Elles sont réparties comme suite :

Un staff général tous les jours ouvrables suivi du programme opératoire lundi, mardi, mercredi, et jeudi ; les vendredi réservés pour le nettoyage de la salle d'opération. Les urgences chirurgicales et obstétricales tout les jours.

#### **-Description du service d'anesthésie réanimation :**

**Locaux :** le service d'anesthésie réanimation se compose d'un bureau du médecin, d'une salle d'hospitalisation de 04 lits, d'une salle de garde pour infirmier, et une toilette.

**Personnel :** Dirigé par un médecin généraliste, il est composé de : deux (02) médecins généralistes, quatre infirmiers d'état, un infirmier du 1<sup>er</sup> cycle.

**Activités :** Elles sont réparties comme suite :

Un staff général tous les jours ouvrables suivi de la visite des malades hospitalisés.

### **3-3-3-Description du service de chirurgie générale :**

**-Le local:** Composé de deux (2) blocs (chirurgie I ou bloc des hommes et chirurgie II ou bloc des femmes et des enfants de moins de 15 ans), le service de chirurgie est situé entre la pédiatrie et les urgences à l'Est, la Direction Régionale de santé à l'Ouest, l'A.M au Nord et le bâtiment des suites de couche de la gynécologie au sud ; chaque bloc est composé de : 2 grandes salles et 4 cabines d'hospitalisation pour un effectif total de 46 lits d'hospitalisations, une salle d'accueil, une salle de pansement, une salle de garde, une toilette, un magasin, un abri pour accompagnants.

**- Le personnel :** Dirigé par un chirurgien généraliste malien, le personnel de la chirurgie est composé de: deux chirurgiens généralistes maliens, un chirurgien traumatologue malien ; un chirurgien généraliste chinois, un urologue cubain, neuf (09) infirmiers d'état ; quatre infirmiers stagiaires de perfectionnement, trois étudiants hospitaliers.

**- Les activités :** Elles sont réparties comme suite :

Un staff général tous les jours ouvrables suivi de la visite des malades hospitalisés ; la consultation externe chirurgicale et traumatologique ; la prise en charge des urgences chirurgicales et traumatologiques ; le programme opératoire le lundi, mardi, et jeudi.

**4 -Type d'étude :** Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée du 1<sup>er</sup> décembre 2006 au 30 novembre 2007.

**4 -1-Patients :** Il s'agit de tous les patients opérés en urgence ou non ; ou opérés d'une pathologie mais chez qui une urgence chirurgicale a été constatée.

**4-1-1-Critères d'inclusion :** ont été inclus dans notre étude :

Tous les patients opérés et hospitalisés dans le service de chirurgie pour urgences chirurgicales digestives non traumatiques.

**4-1-2-Critères de non inclusion :** n'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les urgences obstétricales ;
- Les urgences urologiques ;
- Les urgences abdominales non opérées même si elles paraissaient chirurgicales a première vue ;
- Les patients chez qui une urgence abdominale a été diagnostiquée mais décédés avant l'intervention.

**5-Méthode :** Tous les malades recrutés ont bénéficié d'un examen clinique soigneux, à savoir :

- Un interrogatoire à la recherche de l'histoire et des signes fonctionnels de la maladie, les antécédents médico-chirurgicaux et gynéco- obstétricaux ;
- Un examen physique à la recherche des signes péritonéaux ;
- Le bilan paraclinique était constitué selon les cas d'un groupage sanguin /rhésus, un taux d'hémoglobine, une échographie abdominale, une radiographie d'abdomen sans préparation (A.S.P) debout de face et une sérologie Widal.

**6-Support des données :**

**-La fiche d'enquête :**

Elle comporte des variables réparties en :

- Données administratives : âge, sexe, profession, ethnie, nationalité, durée d'hospitalisation, mode de recrutement à l'hôpital ;
- Paramètres cliniques et para cliniques (signes fonctionnels, signes physiques) ; diagnostic et traitement.
- Les suites opératoires à court et moyen terme.

**-La collecte :**

La saisie et l'analyse des données a été effectuée sur le logiciel world version 2003 et Epi-info6.0. Le test de comparaison a été le test de Khi2.

## IV-RESULTATS

### 4-1-Fréquence des urgences chirurgicales digestives non traumatiques :

Au cours de notre étude 3480 patients avaient consulté au bloc des urgences. La fréquence des urgences chirurgicales était 10,9% pour 380 cas.

**Tableau I:** Répartition des patients en fonction de la fréquence des urgences chirurgicales sur l'ensemble des interventions.

<b>Interventions</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Urgences chirurgicales	380	32,1
<b>Autres interventions</b>	<b>805</b>	<b>67,9</b>
<b>Total</b>	<b>1185</b>	<b>100</b>

Les urgences chirurgicales représentaient 32,1% des interventions.

## 4-2-Aspects épidémio-sociaux:

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage (%)
0 - 9	61	16,1
10 - 19	106	27,9
20 - 29	77	20,3
30 - 39	47	12,4
40 - 49	41	10,8
50 - 59	22	5,7
> ou égal à 60	26	6,8
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge la plus représentée était de 10 - 19 ans, avec 106 cas soit 27,9%.

Tableau III: Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Masculin</b>	<b>289</b>	<b>76,1</b>
Féminin	91	23,9
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

Le sexe masculin prédominait dans notre étude avec 76,1% ; le sexe ratio était de 3,2 en faveur du sexe masculin.

**Tableau IV** : Répartition des patients selon l'ethnie.

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Sénoufo</b>	<b>208</b>	<b>54,7</b>
Peulh	54	14,2
Bambara	53	13,9
Minianka	27	7,1
Malinké	11	2,9
Bobo	10	2,6
Dogon	6	1,6
Samogo	6	1,6
Songhoï	9	1,4
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

L'ethnie sénoufo était la plus représentée avec 208 cas soit 54,7%.

**Tableau V:** Répartition des patients selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Cultivateur</b>	<b>153</b>	<b>40</b>
Scolaire	78	20,7
Sans activité	56	14,6
Ménagère	44	11,6
Ouvrier	16	4,4
Fonctionnaire	15	3,9
Commerçant	12	3,2
Eleveur	6	1,6
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

Les cultivateurs et les scolaires étaient les plus représentés dans cette étude avec respectivement 40% et 20,5%.

**Tableau VI :** Répartition des patients selon la nationalité.

<b>Nationalité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Malienne</b>	<b>376</b>	<b>98,9</b>
Burkinabée	3	0,8
Ivoirienne	1	0,3
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

D'autres nationalités étaient retrouvées dans notre échantillon : Burkinabée (0,8%) Ivoirienne (0,3%).

**Tableau VII :** Répartition des patients selon la provenance.

<b>Provenance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Sikasso</b>	<b>259</b>	<b>68,2</b>
Kadiolo	62	16,3
Koutiala	28	7,4
Bougouni	10	2,6
Yorosso	10	2,6
Autres	6	1,6
Kolondiéba	4	1,1
yanfolila	1	0,3
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

68,2% des patients provenaient des CSCom du cercle de Sikasso.

**Tableau VIII:** Répartition des patients selon le mode de transport.

<b>Mode de référence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Taxi</b>	<b>164</b>	<b>43,2</b>
Ambulance	112	29,5
Moto	102	26,7
Autres	2	0,6
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

Le taxi était le mode de provenance le plus utilisé avec 43,2%.

**Tableau IX:** Répartition des patients selon le mode de référence.

<b>Agent ayant référé</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Lui-même</b>	<b>178</b>	<b>46,8</b>
Médecin	144	37,9
Infirmier	48	12,6
Autres	7	1,9
Matrone	2	0,5
Aide soignant	1	0,3
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

46,8% des patients étaient venus d'eux même en consultation.

### **4-3-Aspects cliniques :**

#### **4-3-1- Signes fonctionnels :**

**Tableau X:** Répartition des patients selon le motif de consultation.

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Douleur abdominale</b>	<b>271</b>	<b>71,3</b>
Douleur FID	75	19,7
Douleur inguinale droite	20	5,3
Douleur inguinale gauche	10	2,6
Douleur épigastrique	4	1,1
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

La douleur abdominale constituait le principal motif de consultation avec 100%.

**Tableau XI:** Répartition des patients selon le mode de début de la symptomatologie.

Mode de début	Effectif	Pourcentage (%)
progressif	220	57,9
brutal	160	42,1
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

Le mode de début progressif était le plus observé avec 57,9%.

**Tableau XII:** Répartition des patients selon le délai de consultation.

Durée en jour	Effectif	Pourcentage (%)
0 - 3 jours	127	33,5
4 - 7	143	37,6
8 - 10	65	17,1
> à 10 jours	45	11,8
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

37,6% des patients avaient consulté entre le 4 et 7<sup>eme</sup> jour.

**Tableau XIII:** Répartition des patients selon les ATCD médicaux.

ATCD médicaux	Effectif	Pourcentage (%)
UGD	64	16,8
Hypertension	13	3,8
cardiopathie	4	1,1
Hypotension	2	0,2

L'ulcère gastro-duodenal était retrouvé chez 16,8% des patients.

**Tableau XIV:** Répartition des patients selon les ATCD chirurgicaux.

ATCD chirurgicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Herniorraphie	36	9,5
Appendicectomie	12	3,1
Laparotomie	8	2,1

56 patients avaient des antécédents chirurgicaux soit 14,7%.

**Tableau XV:** Répartition des patients selon la prise ou non de médicament avant l'hospitalisation.

Médicament	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Traditionnel</b>	<b>205</b>	<b>53,9</b>
Médical	85	22,4
Traditionnel+Médical	56	14,8
Sans traitement	34	8,9
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

53,9% de nos patients avaient reçu un traitement traditionnel avant l'hospitalisation.

**4-4-2-Signes généraux :****Tableau XVI:** Répartition des patients selon l'indice de Karnofsky.

<b>Indice de Karnofsky</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
40 %	206	54,2
80 %	93	24,5
60 %	81	21,3
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

54,2% de nos patients avaient un indice de Karnofsky à 40 %.

**Tableau XVII:** Répartition des patients selon la température à l'entrée (°Celsius).

<b>Température</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
36,5 - 37,4°C	19	5
37,5 - 38,4°C	155	40,8
<b>&gt; ou égal à 38,5°C</b>	<b>206</b>	<b>54,2</b>
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

L'hyperthermie (> à 38,5°C) était retrouvée chez 54,2% des patients.

**4-4-3-Signes physiques :****Tableau XVIII:** Répartition des patients en fonction du météorisme abdominal.

<b>Météorisme abdominal</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Inexistant</b>	<b>207</b>	<b>54,5</b>
localisé	126	33,2
Diffus	47	12,3
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

Le météorisme abdominal était inexistant chez 54,5% des patients.

**Tableau XIX:** Répartition des patients selon la respiration abdominale.

<b>Respiration abdominale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	105	27,6
<b>Non</b>	<b>275</b>	<b>72,4</b>
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

La respiration abdominale était absente chez 275 de nos patients soit 72,4%.

**Tableau XX:** Répartition des patients selon la contracture abdominale.

<b>Contracture abdominale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Généralisée</b>	<b>240</b>	<b>63,1</b>
Localisée	83	21,6
Inexistante	58	15,3
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

La contracture abdominale généralisée était observée chez 240 patients soit 63,1%.

**Tableau XXI:** Répartition des patients selon la défense abdominale.

Défense abdominale	Effectif	Pourcentage (%)
Généralisée	244	64,2
Localisée	87	22,9
Inexistante	49	12,9
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

La défense abdominale généralisée était retrouvée chez 64,2% de nos patients.

**Tableau XXII:** Répartition des patients selon la percussion abdominale.

Percussion	Effectif	Pourcentage (%)
Matité	177	46,6
Normale	123	32,4
Tympanisme	80	21
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

46,6% de nos patients avaient une matité à la percussion abdominale.

#### 4 - 4 -Aspects Paracliniques :

**Tableau XXIII:** Répartition des patients en fonction des examens complémentaires et les pathologies.

<b>Examens complémentaires</b>	<b>Pathologies Péritonites aiguës</b>	<b>Occlusions Intestinales</b>	<b>Hernies étranglées</b>	<b>Appendicites aiguës</b>	<b>Total</b>
Dosage du taux d'hémoglobine groupage sanguin /rhésus	2	0	37	17	56
Echographie abdominale	0	0	0	0	0
Abdomen sans préparation (A.S.P)	0	0	0	0	0
Sérodiagnostic Widal	0	0	0	0	0
<b>a+b+d</b>	<b>190</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>250</b>
a+c+d	5	30	10	0	45
a+b+c+d	11	7	0	0	18
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>37</b>	<b>47</b>	<b>77</b>	<b>380</b>

Les examens complémentaires étaient fonction des pathologies. Les plus demandés étaient le dosage du taux d'hémoglobine, l'échographie abdominale, le sérodiagnostic Widal.

**NB : a = Taux d'hémoglobine ; b = Echographie ; c = ASP ; d = Widal.**

**Tableau XXIV:** Répartition des patients selon le délai d'intervention.

<b>Délai d'intervention</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>24 Heures</b>	<b>333</b>	<b>87,6</b>
48 Heures	29	7,6
72 Heures	12	3,2
96 heures	4	1,1
120 Heures et plus	2	0,5
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

Au cours de notre étude 87,6% de nos patients avaient été opérés le jour de leur admission à l'hôpital.

**Tableau XXV:** Répartition des patients selon le type d'anesthésie.

<b>Type d'anesthésie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Rachianesthésie</b>	<b>138</b>	<b>36,1</b>
Anesthésie générale	125	32,9
Péridurale	117	30,7
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

Le type d'anesthésie le plus effectué était la rachianesthésie avec 36,1%.

**Tableau XXVI:** Répartition des patients selon la voie d'abord.

<b>Voie d'abord</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Médiane</b>	<b>171</b>	<b>45</b>
Para rectale droite	77	20,3
Mac Burney	70	18,4
Inguinale	46	12,1
Ombilicale	10	2,6
Sus ombilicale	6	1,6
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

La laparotomie médiane était la voie d'abord la plus utilisée avec 45%.

## 4 - 6-Diagnostic pré-opératoire :

Tableau XXVII: Répartition des patients selon le diagnostic pré-opératoire.

Diagnostic pré-opératoire	Effectif	Pourcentage (%)
Péritonite aiguë	325	85,8
Appendicite aiguë	80	21,1
Occlusion intestinale aiguë	25	6,6
Hernie inguino-scrotale droite étranglée	21	5,5
Hernie ombilicale étranglée	11	2,9
Hernie inguino-scrotale gauche étranglée	8	2,1
Hernie de la ligne blanche étranglée	4	1,1
Hernie crurale étranglée	3	0,8
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

85,8% de nos patients avaient la péritonite aiguë comme diagnostic pré-opératoire.

## 4 -7-Diagnostic per-opératoire:

**Tableau XXIII:** Répartition des patients en fonction de la fréquence des pathologies chirurgicales.

Pathologies	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Péritonites aiguës</b>	<b>208</b>	<b>54,7</b>
Appendicites aiguës	77	20,3
Hernies étranglées	47	12,4
Occlusions intestinales aiguës	37	9,6
Abcès du Douglas	6	1,6
Abcès du psoas	3	0,8
Autres	2	0,6
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

La péritonite aiguë était la pathologie la plus fréquente des urgences chirurgicales dans notre étude soit 54,7%.

**Tableau XXIX:** Répartition des patients selon le type d'appendicite.

Type d'appendicite	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Appendicite catarrhale</b>	<b>52</b>	<b>67,5</b>
Abcès appendiculaire	10	13
Appendicite gangrenée	8	10,4
Appendicite phlegmoneuse	7	9,1
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

L'appendicite catarrhale était la plus représentée soit 67,5% de l'ensemble des appendicites.

**Tableau XXX:** Répartition des patients selon le type de péritonite.

Type des péritonites	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Perforation iléale</b>	<b>149</b>	<b>71,6</b>
Perforation gastrique	15	7,2
Perforation appendiculaire	15	7,2
Péritonite primitive	10	4,8
Perforation caecale	6	2,9
Pelvipéritonite	5	2,4
Perforation biliaire	3	1,4
Tuberculose péritonéale	3	1,4
Perforation duodénale	2	0,9
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100</b>

La perforation iléale était la plus fréquente dans notre étude soit 71,6% des péritonites aiguës.

**Tableau XXXI:** Répartition des patients selon le type des hernies.

Type des hernies	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Hernie inguino-scrotale droite étranglée</b>	<b>21</b>	<b>44,7</b>
Hernie ombilicale étranglée	11	23,4
Hernie inguino-scrotale gauche étranglée	8	17
Hernie de la ligne blanche étranglée	4	8,5
Hernie crurale étranglée	3	6,4
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

La hernie inguino-scrotale droite constituait 44,7% de l'ensemble des hernies étranglées.

**Tableau XXXII:** Répartition des patients selon le type d'occlusion.

Type des occlusions	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Volvulus du sigmoïde</b>	<b>14</b>	<b>37,8</b>
Occlusion par bride	6	16,2
Imperforation anale	6	16,2
Invagination intestinale aiguë	4	10,8
Sténose du pylore	2	5,4
Occlusion par tumeur	2	5,4
Occlusion par dolichocôlon	1	2,6
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Le volvulus du sigmoïde était observé dans 37,8% chez les patients opérés d'occlusion intestinale aiguë.

## 4 - 8 -Traitement selon les étiologies :

**Tableau XXXIII:** Répartition selon l'organe lésé et l'attitude thérapeutique au cours des péritonites aiguës.

Organes lésés	Nombre	Méthode Thérapeutique
Perforation appendiculaire	15	Appendicectomie
<b>Perforation iléale</b>	<b>142</b>	<b>Suture de la perforation</b>
	4	Résection anastomose termino - terminale
	3	Iléostomie
Perforation gastrique	15	Suture de la perforation
Péritonite Primitive	16	Toilettage péritonéal
Pelvi péritonite	5	Annexectomie
Perforation biliaire	3	Cholécystectomie
Perforation duodénale	2	Suture de la perforation
Perforation caecale	6	Suture de la perforation
Tuberculose péritonéale	3	Toilettage péritonéal
<b>Total</b>	<b>208</b>	

La méthode thérapeutique était fonction de l'organe lésé.

**Tableau XXXIV:** Répartition des patients selon la pathologie responsable des occlusions et méthodes chirurgicales.

<b>Pathologies</b>	<b>Nombre</b>	<b>Méthode thérapeutique</b>	<b>Nombre</b>
Volvulus Intestinaux	<b>14</b>	- <b>résection anastomose</b> -Détorsion+colopexie -détorsion simple -colostomie -iléostomie	<b>7</b> 3 1 1 2
Adhérences et Brides	8	-Adhésiolyse+débridage - <b>Adhésiolyse simple</b>	3 <b>5</b>
Tumeurs	2	-Résection+anastomose	2
Hernies étranglées	3	-Herniorraphie simple - <b>résection +anastomose</b> <b>Iléo-iléale termino - terminale</b>	1 <b>2</b>
<b>Total</b>	<b>37</b>		<b>37</b>

Les volvulus intestinaux et les adhérences et brides post-opératoires étaient les étiologies les plus fréquentes soient respectivement 37,8% et 21,7% des occlusions.

**Tableau XXXV:** Répartition des patients selon l'attitude thérapeutique au cours des appendicites.

<b>Pathologies</b>	<b>Nombre</b>	<b>Méthode thérapeutique</b>
<b>Appendicite Catarrhale</b>	<b>52</b>	<b>Appendicectomie classique</b>
Appendicite Suppurée	15	Appendicectomie nettoyage
Abcès appendiculaire	10	Appendicectomie Nettoyage + drainage
<b>Total</b>	<b>77</b>	

L'appendicectomie classique était la plus pratiquée soit 65,5 % de l'ensemble des appendicites aiguës.

**Tableau XXXVI:** Répartition des patients selon les complications per-opératoires.

<b>Complications préopératoires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Décès per-opératoires	3	0,8
<b>Suites simples</b>	<b>377</b>	<b>99,2</b>
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

0,8% constituait le taux de mortalité per-opératoire.

## 4 - 9-Traitement post-opératoire :

Tableau XXXVII: Répartition des patients selon le traitement post-opératoire.

Traitement post opératoire	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Ceftriaxone+métronidazole +gentamicine</b>	<b>204</b>	<b>53,7</b>
Ampicilline+métronidazole +gentamicine	131	34,5
Ciprofloxacine+métronidazole +gentamicine	45	11,8
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

L'association Ceftriaxone+métronidazole+gentamicine était la plus utilisée avec 53,7%.

**N.B :** Les antalgiques utilisés étaient : -Novalgin 500mg injectable (65%) ;  
- Perfalgan 1g injectable (35%).

## 4 - 10-Suites opératoires :

**Tableau XXXVIII:** Répartition des patients selon les complications post-opératoires et l'étiologie.

<b>Etiologies</b>	<b>Appendicites Aiguës</b>	<b>Hernies étranglées</b>	<b>Occlusions intestinales</b>	<b>Péritonites aiguës</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Complication</b>						
<b>Suites Simples</b>	67	31	15	117	290	76,3
Décès	0	1	8	29	38	10
Hémorragies	0	0	0	1	1	0,3
Suppuration Pariétale	9	5	10	23	38	10
Fistule Digestive	1	0	4	9	14	3,7
Eventration	0	0	0	5	5	1,3
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>47</b>	<b>37</b>	<b>208</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

Les complications post-opératoires étaient fonction des étiologies.

**Tableau XXXIX :** Répartition des patients selon les suites opératoires.

<b>Suites post opératoires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Simple</b>	<b>290</b>	<b>76,3</b>
Décès	38	10
Suppuration pariétale	38	10
Fistule digestive	14	3,7
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

Les suites ont été simples pour 76,3 %.

**Tableau XXXV:** Analyse détaillée des décès selon les étiologies.

Organes lésés	Nombre	Décès	Pourcentage (%)
<b>Occlusion par volvulus</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>35,7</b>
Occlusion par brides	8	2	25
Autres	3	0	0
Occlusion par tumeurs	2	1	50
Péritonites aiguës			
-Pelvi péritonite	5	0	0
-perforation gastrique	15	2	6,7
<b>-perforation iléale</b>	<b>149</b>	<b>25</b>	<b>16,8</b>
-perforation appendiculaire	15	0	0
-primitive	16	2	12,5
Hernies étranglées			
-Droite	22	1	4,5
-Gauche	8	0	0
-crurale	3	0	0
-ombilicale	11	0	0
-ligne blanche	4	0	0
Appendicites aiguës	77	0	0
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Le taux de décès reste élevé dans les péritonites par perforation iléale avec 25 cas soit 16,8%, suivi par les volvulus du colon sigmoïde avec 5 décès soit 35,7%.

**Tableau XXXX:** Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.

<b>Durée du traitement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
0 - 4 jours	149	39,2
<b>5 - 10</b>	<b>185</b>	<b>48,7</b>
11 - 20	31	8,2
> 20 jours	15	3,9
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

48,7% de nos patients avaient fait une durée d'hospitalisation comprise entre 5 et 10 jours.

## **5-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :**

### **5-1-METHODOLOGIE :**

Nous avons réalisé une étude prospective à cause des avantages suivants : l'enquêteur examine lui-même les malades ; les données recueillies sont fiables et exploitables. Comme difficultés rencontrées, nous citons :

Le retard dans le système de référence ; l'insuffisance de personnel qualifié ; l'insuffisance de matériels au bloc des urgences ; l'absence d'assurance maladie ; le pouvoir d'achat des malades étant faible ; l'insuffisance de suivi post opératoire.

### **5-2- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES :**

#### **5-2-1-Fréquence :**

L'urgence chirurgicale exige non seulement un diagnostic de présomption exact, mais aussi une intervention chirurgicale sans faille.

Elle constitue une préoccupation pour le chirurgien par sa fréquence et sa prise en charge. Les urgences chirurgicales ont constitué 32,1% de l'activité globale du service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso. Des taux inférieurs ont été trouvés dans d'autres séries : 19,85% [36] ; 25,6% [55] et 17,3% [10] 10,5% [69].

Cette différence peut être liée au lieu et à la durée de l'étude.

Ces données témoignent de l'importance des urgences chirurgicales digestives.

**5-2-2-Age :** Dembélé. M [18], Harouna.Y [59], Ismaïlia.K [26], Padonou.N [1], rapportent que les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie de 30 à 40 ans. Notre âge moyen varie de 10 à 19 ans soit 17 ans.

**5-2-2-Sexe :** Nous avons recensé (76,1%) d'hommes ; (23,9%) de femmes avec un sexe ratio de 3,2 en faveur des hommes. Ce résultat est superposable à celui de Tiémoko. T [36], 2,4 en faveur des hommes.

En Afrique, globalement les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin [1] ; [59].

**5-2-3-Ethnie** : 54,7% de nos patients étaient sénoufo contre 14,2% peulhs, 13,9% bambara ; 7,1% Minianka.

Cette répartition n'offre aucune particularité par rapport à celle de la population en général [13].

**5-2- 4 -Provenance** : 68,2% des patients provenaient du cercle de Sikasso ; cela se justifie par le fait que l'hôpital de Sikasso est le seul centre de 2<sup>ème</sup> référence de la région disposant d'équipement en matériel diagnostic (biologie, radiologie) et thérapeutique et de médecins spécialistes.

### 5-3-ASPECTS ETIOLOGIQUES :

**Tableau XXXXI** : Comparaison des différentes étiologies des urgences chirurgicales digestives selon les auteurs.

Auteurs	Brower [4] USA	Etienne [3] France 1994	Padonou [1] Dakar 1973	Notre Etude
<b>Pathologies</b>	Appendicite aiguë	Appendicite aiguë	Occlusion intestinale	Péritonite aiguë
	Cholécystite aiguë	Cholécystite aiguë	Péritonite aiguë	Appendicite aiguë
	Occlusion intestinale	Occlusion intestinale	Appendicite aiguë	Hernie étranglée
	Ulcère perforé	Ulcère perforé	G.E.U rompue	Occlusion intestinale

Les principales étiologies retrouvées étaient : Les péritonites aiguës, les appendicites aiguës, les hernies étranglées, les occlusions intestinales aiguës. Elles ont été également les fréquemment notées dans les séries Africaines : Padonou [1], Adelain [10], Tiémogo [36]. Par contre dans les pays développés : Arnaud [65], Brower [4], Etienne [3] ; les étiologies retrouvées étaient : l'appendicite aiguë, la cholécystite aiguë, l'occlusion intestinale aiguë, la péritonite.

#### **5- 4 -ASPECTS PARACLINIQUES :**

L'examen clinique seul suffit à poser le diagnostic d'un abdomen aigu [66, 36, 1], même si parfois certains examens para cliniques ont été nécessaires pour préciser le diagnostic. 100% de nos malades ont bénéficié d'examens complémentaires, Tiémogo.T [36] signale que dans 57,5% des cas aucun examen para clinique n'a été demandé. (**Kh2=189,2 P=0,0000**).

Cette différence est statistiquement significative et s'explique par la présence d'une équipe de garde en radiologie et au laboratoire de l'hôpital de sikasso. Les examens para cliniques étaient fonction des pathologies. Les plus demandés sont: Le dosage du taux d'hémoglobine, l'échographie abdominale, le sérodiagnostic Widal avec 65,8%.

#### **5-5-SUITES OPERATOIRES :**

**-Morbidité :** 23,7% de nos patients avait développé des complications. Ces complications sont surtout dominées par des infections pariétales 10%, et des fistules digestives 3,7%. Notre taux est supérieur à celui de N'Dayisaba [55] ,6% et Tiémogo.T [36]. **Kh2 =129,4 P=0,0000**.

#### **Les facteurs ayant influencé nos suites opératoires :**

- Malades à faible pouvoir d'achat : cultivateurs (40%), scolaires (20,6%), sans activité (14,6%), ménagère (11,6%) ;
- Distance parcourue et le mauvais état des routes ;
- Condition d'évacuation des malades ;
- Durée d'évolution moyenne avant l'admission à l'hôpital : 4 - 7 jours (37,6) ;
- 53,9% de traitement traditionnel, peuvent retarder l'acte opératoire ou même favoriser l'instauration de complication dans les suites.

**-Mortalité :** Nous avons enregistré 38 décès soit 10% .Ce taux est inférieur à celui de Adelain [10] ,16% et Tiémogo.T [36], 15%. Cela est dû au fait que nos malades et ceux d'Adelain et de Tiemogo ont consulté tardivement. **Kh2=7,5 P=0,0235**.

## 5- 4 -Fréquence des urgences chirurgicales digestives :

### 5- 4 -1 -Appendicites aiguës: N= 77

#### - Fréquence :

**Tableau XXXXII:** Répartition de la fréquence des appendicites aiguës selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	Pourcentage (%)
Dembélé B [7] Mali 2005	112	41,1
Padonou [1] Dakar 1973	1107	20,8
Cassina [67] RFA 1996	116	47,4
Soumma [69] Mali 2006	90	58,5
<b>Notre étude 2007</b>	<b>380</b>	<b>20,3</b>

Les appendicites aiguës étant, plus fréquentes en Europe qu'en Afrique ; ce qui explique la différence avec les taux Africains. Padonou [1] a trouvé 20,8% .Ce taux est superposable au taux de notre étude (20,5%). Cassino [67] a rapporté 47,4% en Allemagne ; par contre Soumma [69], a trouvé un taux supérieur (58,5%).

Ce constat serait dû au fait qu'à Gao l'appendicite aiguë représente la principale étiologie des urgences digestives.  $\chi^2=51,04$   $P=0,00001$ .

**-L'âge :** l'âge moyen de 32 ans se rapproche de ceux d'auteurs africains : 28ans [69] et Européen 24 à 30 ans [67].

**Tableau XXXXIII** : Répartition des signes cliniques des appendicites selon les auteurs.

Auteurs Signes cliniques	Daly [71] U.S.A 2005	Tiemogo.T [36] Mali 2001	Notre étude 2007
Douleur F.I.D	91%	100%	100%
Vomissements	30%	38,2%	67,6%
Nausées	60%	51%	79,4%
Constipation	7%	29%	60%
Défense F.I.D	-	85,5%	61,5%

Les principaux signes cliniques classiques ayant conduit au diagnostic d'une appendicite aiguë (la douleur de la F.I.D, défense musculaire, les nausées et les vomissements) ont été observés chez tous les auteurs [36 ; 71].

#### **-Traitement :**

L'appendicectomie antérograde a concerné 87,27% des cas et la voie rétrograde 12,7% des cas.

Notre taux est comparable à ceux d'autres africains, Dembélé [7] avec 72% de voie antérograde et 27,9% de voie rétrograde ; Keita [9] a effectué 85,3% de voie antérograde et 14,7% de voie rétrograde.

#### **-Morbidity :**

Les suites opératoires étaient simples dans 87% des cas. Les complications post-opératoires 13%. Mungali [72] au Nigeria a trouvé 13,7%. Ces taux sont supérieurs à celui de Daly [71], 1,2% aux Etats Unis. Cela s'explique par le fait que les cas d'appendices perforés et les abcès appendiculaires étaient inclus dans notre série.

**-Mortalité :**

Le taux de mortalité dans notre étude et celui de Daly [71] est nul, alors qu'il atteint 1,6% au Nigeria [72] ; Cela est dû à la taille de l'échantillon, mais aussi à d'autres tares associées à l'appendicite aiguë [72].

**5- 4 -2 -Hernies étranglées en dehors des occlusions : N= 47****-Fréquence :**

**Tableau XXXIV:** comparaison de la fréquence des hernies étranglées selon les auteurs.

<b>Auteurs</b>	<b>Tiemoko [36] Mali 2000</b>	<b>Keita [9] Mali 1996</b>	<b>Notre étude 2007</b>
<b>Effectifs</b>	49	20	47
<b>Pourcentage</b>	93,87	32,78	12,36

Le taux des hernies étranglées dans notre série est de 12,36%. Ce taux est inférieur à ceux d'autres Africains : Keita [9] 32,78% et Tiemogo [36], 93,87%. Ceci s'explique par le fait des traitements à froid des hernies par certains médecins.  
**Kh<sup>2</sup>= 32,67    P= 0,0026.**

**-L'âge :** L'âge moyen de 37 ans se rapproche beaucoup de ceux d'auteurs africains 36ans [42] et européens 30 à 38 ans [67].

**-Le sexe :** les hommes étaient plus nombreux dans notre série (sex ratio = 11,2). La prédominance masculine a été observée chez tous les auteurs [42 ; 39].

**-Clinique :**

**Tableau XXXV:** comparaison des signes cliniques des hernies étranglées selon les auteurs.

<b>Auteurs</b>	<b>Bouaré [42] Mali 1988</b>	<b>Tiémogo [36] Mali 1996</b>	<b>Notre étude 2007</b>
<b>Signes cliniques</b>			
Signes cliniques Par ordre décroissant	Tuméfaction irréductible	Tuméfaction irréductible	Tuméfaction irréductible
	Douleur	Douleur	Douleur
	Perte du caractère impulsif et expansif de la hernie	Perte du caractère impulsif et expansif de la hernie	Perte du caractère impulsif et expansif de la hernie

Les signes cliniques classiques ayant conduit au diagnostic d'une hernie étranglée (tuméfaction irréductible, douleur, perte du caractère impulsif et expansif de la hernie) ont été observés chez les différents auteurs selon un ordre semblable.

**-Traitement :**

Deux techniques ont été pratiquées dans les hernies inguinales étranglées. La technique de Bassini a été pratiquée dans 87,9% et celle de Forgue dans 12,1%. Par contre Tiémogo [36] dans sa série a pratiqué la technique de Forgue dans 77,8% et celle de Bassini dans 22,2%.

Notre taux de résection anastomose est de 0,74%. Alors qu'il est de 16,66% [34]. Cela s'explique par la taille de notre échantillon (3 cas).

Pour les hernies ombilicales et les hernies épigastriques, la technique a été une réparation pariétale après avoir réintégré les viscères herniés sains dans la cavité péritonéale.

**-Morbidity :**

Les suites opératoires étaient simples dans 100%. Ce taux concorde avec celui de Bouaré qui n'a enregistré aucune complications post-opératoires. Par contre Tiémogo [36], les complications post-opératoires ont été de 8,2%. La différence entre notre série et celle de Tiémogo [36] s'explique que dans celle de Tiémogo les pansements s'effectueraient avec une seule boîte de pansement.

**-Mortality :**

Le taux de mortalité dans notre étude était de 4,5%. Harouna [59] n'a signalé aucun décès sur 12 cas. Bouaré [42] sur 15 malades n'a enregistré aucun décès. Dans notre série cette mortalité s'explique par la complication de l'anesthésie. En effet le malade était âgé de plus de 60 ans. Il est décédé dans un tableau de détresse respiratoire.

### 5-4-3- Les Occlusions intestinales aiguës : N= 37

#### -Fréquence :

**Tableau XXXVI:** Fréquence des occlusions par rapport aux urgences chirurgicales digestives selon les auteurs.

Auteurs	Effectif des urgences abdominales chirurgicales	Pourcentage (%)
Padonou [1], Sénégal 1979	1107	42,67
Konaté, [5] ; Mali 2005	382	34,5
<b>Notre étude, 2007</b>	<b>380</b>	<b>9,7</b>

Le taux d'occlusion dans notre série était de 9,7%. Konaté [5] a trouvé 35,5%. Padonou [1] a rapporté un taux supérieur (42,67%). Cette différence serait liée au fait que, les hernies étranglées occupent 58,68% des occlusions en 1979 à Dakar.

Nous constatons la baisse de cette fréquence des hernies étranglées au Mali par rapport aux autres causes d'occlusion, au fil des années (volvulus, adhérences, brides) ; cela est dû à la cure des hernies à froid par des médecins généralistes [34].

#### -L'âge :

L'âge moyen de 45 ans dans notre série et 40 ans dans celle de Sanogo [31]. Bresler [57] en Europe a trouvé un moyen d'âge de 72ans. Cette différence d'âge s'explique par le fait que les néoplasies étant les causes fréquentes d'occlusion en Europe survenant chez les sujets âgés. Par contre en Afrique, ce sont surtout les volvulus, les adhérences, brides et les hernies qui sont les causes d'occlusions.

#### -Le sexe :

Les hommes sont plus nombreux dans notre série (sex ratio=2,9). La prédominance masculine a été observé chez les auteurs : sex ratio=4,6 [58] ; 1,1[57].

**-Etiologies :**

Dans les séries Africaines, la hernie étranglée et le volvulus sont le diagnostic étiologique le plus fréquent [5]; [1], alors qu'en Europe, prédominaient les occlusions par bride ou obstruction tumorale [40].

**-Cliniques :**

**Tableau XXXVII:** Comparaison des signes cliniques des occlusions selon les auteurs.

<b>Auteurs</b>	<b>Bresler [57] 1983</b>	<b>Dembélé [18] Mali 1998</b>	<b>Notre étude 2007</b>
<b>Les signes Cliniques par Ordre décroissant</b>	Douleur	Douleur	Douleur
	Arrêt des matières et des gaz	Arrêt des matières et des gaz	Arrêt des matières et des gaz
	Vomissement	Météorisme	Météorisme
	Défense	Vomissement	Vomissement
	Météorisme	Défense	Défense
	Asymétrie	Asymétrie	Asymétrie

Les principaux signes cliniques classiques ayant conduit au diagnostic d'une occlusion (la douleur, l'arrêt des matières et des gaz, le météorisme, les vomissements, la défense abdominale, et la symétrie) ont été observés chez les différents auteurs selon un ordre.

**-Traitement :**

**Les volvulus intestinaux :** Le taux de volvulus intestinaux dans notre série est de 37,8%. Un taux de 30,7% a été rapporté par Dembélé [18]. Notre taux est supérieur à celui retrouvé par Buffin [66] en Europe (10%). Cette différence s'explique par le fait que les néoplasies représentent la cause fréquente des occlusions.

Sur le plan traitement, nous avons pratiqué 18,9% de résection anastomose, contre 8,1% de détorsion +coloplexie, 2,7% de colostomie et 5,4% d'iléostomie. Dembélé [18] estime son taux de résection à 16,6%.

**Les adhérences et brides :** représentent 21,6%. D'autres auteurs ont retrouvé des taux supérieur : 26,6% [18] ; 61% [66]. Ces brides et adhérences résulteraient des épisodes inflammatoires ou hémorragiques intra-péritonéales.

Nous avons pratiqué 8,1% d'adhésiolyse+débridage et 13,5% d'adhésiolyse simple.

**- Morbidité :**

La suppuration pariétale est la complication post-opératoire immédiate la plus fréquente survenant dans 10% des cas. La fistule digestive survenait dans 4% des cas et aucune éviscération n'a été signalée. L'étiologie de l'occlusion, les tares, l'âge avancé des patients peuvent être des facteurs qui influencent les suites opératoires.

**-Mortalité :**

Dans notre étude (10%), comme dans les séries Africaines [25], 17% ; [5], 4,16% ; la mortalité globalement élevée est imputable : à l'âge relativement élevé des patients présentant cette pathologie, au retard de prise en charge, à l'association des pathologies débilitantes et le traitement traditionnel.

En Turquie [22], Akacacaya signale que le taux de mortalité assez faible dans sa série serait dû à la précocité de la prise en charge d'une part et à l'exactitude de l'indication thérapeutique d'autre part. **Kh<sup>2</sup>=11,36 P=0,0099.**

### 5- 4 - 4 - Les Péritonites aiguës : N= 208

#### -Fréquence :

**Tableau XXXVIII:** La fréquence des péritonites aiguës par rapport aux urgences chirurgicales digestives selon les auteurs.

Auteurs	Effectif	Pourcentage (%)
Konaté [5], Mali, 2005	60	21,6
Lorand [70] France, 1999	84	3
Harouna [59] Niger, 2001	209	20,8
<b>Notre étude, 2007</b>	<b>208</b>	<b>54,7</b>

La péritonite aiguë occupe la 1<sup>ère</sup> place suivie de l'appendicite aiguë, la hernie étranglée et des occlusions intestinales. En Europe, Lorand [70] a trouvé un pourcentage de 3%. Contrairement en Afrique où on avait trouvé des taux élevés allant de 20.8% [59] à 21.6% [5]. Cette différence pourrait être liée au retard de consultation, aux conditions d'hygiène de nos populations, utilisation des médicaments traditionnels.  $\chi^2=93,56$   $P=0,0000$ .

#### -Etiologies :

**Tableau LVIII:** Comparaison des étiologies des péritonites aiguës selon les auteurs.

Auteurs	Keita [9] Mali 1996	Padonou [1] Dakar 1979	Notre étude Mali 2007
<b>Etiologies</b>	Appendiculaires 45%	Typhiques 39,3%	Typhiques (71,6%)
	Typhiques 25%	Appendiculaires 33,3%	Gastriques (7,2%)
	Génitales 25%	Génitales 16,3%	Appendiculaires (7,2%)
	Autres 15%	Autres 11%	Autres (13,4%)

Le taux de péritonites typhiques dans notre série est de 71,6%. Il est supérieur aux séries 39,3% et 25% observées par Padonou [1] et Keita [9]. Cela s'explique par le retard de consultation de nos patients, à la méconnaissance de la pathologie par nos populations, l'utilisation abusive des médicaments traditionnels qui compliquent le tableau.

### -Clinique :

**Tableau XXXIX :** Comparaison des signes cliniques des péritonites selon les auteurs.

Auteurs	Sanogo [31] Mali 1998	Coulibaly [68] Mali 2006	Notre étude 2007
Signes cliniques par ordre décroissant	Douleur	Douleur	Douleur
	Contracture abdominale	Contracture abdominale	Contracture Abdominale
	Défense abdominale	Arrêt de matières et des gaz	Défense abdominale
	Arrêt de matières et des gaz	Défense abdominale	Vomissement
	Vomissement	Vomissement	Arrêt de matières et des gaz

Les principaux signes ayant conduit au diagnostic d'une péritonite (douleur, la contracture abdominale, la défense abdominale, les vomissements et l'arrêt des matières et des gaz) ont été observés chez les différents auteurs.

### -Morbidity :

La péritonite aiguë est une pathologie septique, ce qui pourrait favoriser la survenue des abcès de la paroi après l'intervention. Ceci pourrait également expliquer le taux élevé de suppuration pariétale dans les séries Harouna [59] et Akgum [29] avec respectivement 46% et 55,2%. Notre taux reste le moins élevé

parmi les séries ; cela s'explique par les bonnes conditions d'asepsie, et les pansements qui sont effectués au 2<sup>ème</sup> jour de l'opération.

**-Mortalité :**

Malgré les progrès de la réanimation, l'amélioration des techniques chirurgicales et une antibiothérapie de plus en plus adaptée, le pronostic de la péritonite aiguë reste toujours sombre. Le taux de mortalité reste élevé dans les séries de Meier [53] et Harouna [59] avec 35% et 21%. **Kh<sup>2</sup>= 31,82 P= 0,0000.**

Nous constatons une différence entre les taux de mortalité dans les différentes séries. Cette différence pourrait être en relation avec certains facteurs favorisants comme : les conditions d'asepsie et d'antisepsie dans les différents blocs ; le stade évolutif de la péritonite, la défaillance polyviscérale, les degrés de sa répercussion sur l'organisme et la persistance de l'infection péritonéale.

## **VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :**

### **1-CONCLUSION :**

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place importante dans les pathologies chirurgicales en général, et concernent surtout les sujets jeunes. Près de 380 patients opérés sur 1185 se présentent avec une urgence digestive ; Plus de 96 malades sur 380 étaient des enfants alors que l'Hôpital ne dispose pas de chirurgien pédiatrique.

Plus de 170 patients sur 380 consultent directement à l'Hôpital, ce qui pose le problème de l'organisation de la santé de 1<sup>ère</sup> ligne (CSCom, CSRéf).

Les étiologies sont multiples et variées, mais la péritonite aiguë reste la première cause avec 208 cas sur 380 d'où la nécessité d'une étroite collaboration interdisciplinaire.

La distance parcourue; les conditions d'évacuation; le mauvais état des routes; le retard à l'intervention chirurgicale, constituent les différents paramètres qui ont influencé le pronostic des évacués.

La mortalité est importante et est liée surtout au retard de consultation.

## **2-RECOMMANDATIONS :**

### **-Aux populations:**

- L'éviction de l'automédication et du traitement traditionnel;
- Consultation immédiate en cas de douleur abdominale;
- La vaccination contre la fièvre typhoïde;
- Amélioration de l'hygiène individuelle et collective.

### **-Aux centres de santé de la périphérie:**

- L'éviction de l'administration prolongée d'antalgiques;
- La référence en temps opportun les patients et leur préparation pour une bonne évacuation;
- La redynamisation de la caisse de solidarité du système de référence - évacuation ;
- La formation du personnel.

### **-Hôpital de Sikasso:**

- La formation continue du personnel ;
- La pérennisation des Kits d'urgence chirurgicale;
- La dotation des salles de pansement des différents pavillons de chirurgie de matériels adéquats de qualité et en quantité.

### **-Aux décideurs:**

- La mise en place des moyens logistiques pour la référence -évacuation;
- La dotation des hôpitaux de références en moyens d'investigations et de diagnostics performants et en médecins spécialistes ;
- L'élaboration d'un programme d'information d'éducation et de communication à l'intention des populations sur la gravité et les dangers de l'automédication et du traitement traditionnel en matière d'urgences chirurgicales abdominales.

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** Ouologuem

**Prénom :** Moulaye Ogobara

**Titre :** Urgences chirurgicales digestives non traumatiques à l'hôpital de Sikasso.

**Année universitaire :** 2008- 2009

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la F.M.P.O.S

**Secteur d'intérêt :** Chirurgie générale

### RESUME :

Du 1<sup>er</sup> Décembre 2006 au 30 Novembre 2007, 380 patients ont été reçus en urgence dans le service de chirurgie de l'hôpital de sikasso. L'objectif principal : Etudier les urgences chirurgicales non traumatiques à l'hôpital de Sikasso.

La majorité des patients provenait du cercle de Sikasso : 259 (68,2%).

Le principal motif de consultation était la douleur. Le délai entre l'apparition des symptômes et la consultation est supérieur à 72 heures chez la plupart de nos patients : 247 (66,3%) ; 39 de nos patients avaient consulté au delà de 10 jours.

L'examen clinique seul n'a pas suffi à poser le diagnostic opératoire, certains examens para cliniques ont été nécessaires pour préciser le diagnostic.

La fréquence des urgences est de 32,1% de l'ensemble des interventions.

53,8% de nos malades avaient été traités médicalement ou traditionnellement avant leur admission. Les affections les plus meurtrières restent les péritonites (208) et les occlusions (37). La durée d'hospitalisation était de 10 jours, 87,6% (274) de nos patients étaient opérés dans les 24 heures.

Au terme de cette étude on peut donc remarquer : la plupart de nos patients ont été reçu en retard .Les conséquences de ce retard sont : Une consultation tardive ; la complication ou l'aggravation du tableau clinique ;

Le retard est un facteur déterminant la morbidité et la mortalité ; l'absence de service de soins intensifs ; le coût estimé élevé de l'intervention chirurgicale d'urgence.

**Mots clés :** Urgences, chirurgie, abdomen aigu, Sikasso, Mali.

## VIII-BIBLIOGRAPHIE

### 1. PADONOU ET AL :

Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au C.H.U de Dakar. Statistique de 04 ans (1973-1979) Dakar Méd 1978 ; 24(1) :30-37.

### 2. ETIENNE J.C :

Diagnostic des urgences chirurgicales Encycl. Méd. Chirurgie (Paris) urgences 1995, 24-039B : 27.

### 3. ETIENNE ET AL :

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. Encycl, Méd urgences 1994; 24039010: 27.

### 4. BROWER:

Encycl. Méd Chirurgicale (Paris) 2004; 2:24038B10.

### 5. KONATE. M:

Urgences Chirurgicales à H.G.T. Thèse de Méd- Bamako, 2005 : 91; 238.

### 6. DEMBELE .E:

Apport de l'imagerie dans la prise en charge des urgences abdomino-pelviennes non traumatiques dans le service Radiologie H.G.T. Thèse Méd -Bamako, 2005 : 68; 225.

### 7. DEMBELE. BOUBACAR BREHIMA:

Urgences chirurgicales digestives à l'Hôpital régional de Kayes (Mali) à propos de 112 cas .Thèse Méd -Bamako, 2005 : 61 ; 234

### 8. AMADOU .I :

Invagination intestinale aiguë de l'enfant à H.G.T. Thèse Méd -Bamako, 2005 : 188; 169.

### 9. KEITA. S :

Problème de diagnostic et thérapeutique des abdomens aigus en chirurgie. Thèse Méd- Bamako ; 1997 : 13.

**10. ADELAIN.T B :**

Prise en charge des urgences chirurgicales dans le service polyvalent d'anesthésie et de réanimation du C.H.U Cotonou. Thèse Méd - Cotonou 1994 : 616.

**11. SANGARE. D :**

Pathologie chirurgicale à l'usage des étudiants de la F M P O S. 2006 : 1-10.

**12. Association universitaire de recherche en chirurgie :**

Les syndromes douloureux aigus de l'abdomen. Nouv. Presse Méd (98) ;  
10 : 337-373.

**13. DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE  
L'INFORMATION.**

Présentation de la région de sikasso.

**14. BRUEL J.M TRAOUREL P ; PRADEL J :**

Imagerie des urgences abdominales non traumatiques de l'adulte. Editer 94,  
Radiologie digestive. Paris, 1994 :125-152.

**15. CISSE. B :**

Imagerie des urgences abdomino-pelviennes de l'adulte à l'H .P.G  
Thèse : Méd 2000 : 115 -78 figures et annexes.

**16. COULIBALY. M :**

Appendicite aiguë dans le service de chirurgie générale et pédiatrique  
de l'H.G.T. Thèse : Méd Bamako 2002 ; N 144.

**17. DALMAS.J ; BRUNETON.J ; LE CONTE.P :**

Les occlusions intestinales : sémiologie fondamentale .Encycl. Méd. Chir. (Paris)  
Radiologie 1982 ; Iv33 710 A10 et A20 (5).

**18. DEMBELE.M :**

Les abdomens aigus chirurgicaux à l'H.P.G à propos de 273 cas. Thèse: Med -  
Bamako, 1998: 58.

**19. DOUMBIA. D:**

Etude des urgences reçues à l'H.P.G de novembre 1981 à novembre 1982.Thèse  
Méd : Bamako, 1982 : 13.

**20. SIDIBE .Y :**

Les péritonites généralisées au Mali à propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et Kati Thèse : Méd- Bamako : 2 -102.

**21. SIDIBE .S, CISSE.M S, TOURE. M, KANE. M, KEITA. AD, TRAORE. I :**

Radiologie d'A.S.P et urgence abdominale non traumatique à l'H.P.G Bamako.1999 ; 5ème congrès de radiologie d'Afrique noire francophone Bamako 2000.

**22. AKCAKAYA A et AL:**

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

**23. DIEFFAFA MAMADOU DIT MACIRE :**

Etude des péritonites par perforation typhique dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de HGT. Thèse : Méd -Bamako 2005 :74 - 176.

**24. TRAORE SOULEYMANE :**

Complications post opératoires précoces en chirurgie générale et pédiatrique et aux urgences chirurgicales de l'H.G.T. Thèse : Méd- Bamako, 2003 :97-69.

**25. HAY.J.M Epidémiologie :**

Urgences abdominales aiguës. Etude de l'ARC et de l'AURC.  
Médecine Chirurgie 1989 ; 17(7) 403-406.

**26. ISMAILA. K :**

Urgences chirurgicales ; étude rétro prospective sur 2 années au C.H.U de Coccody. Thèse de Médecine (Abidjan) 1990 ; N 1156.

**27. LAMBOT.K et AL :**

Urgences chirurgicales non traumatiques de l'enfant .J.radial 2005 ; 85 :223-33.

**28. MEHDI. M, PORCEL. A, ARRIVE. L, GALLI. M, GANNOUNI. A :**

Perforations et occlusions digestives. Anna radial 1996 ; 39(1) : 5-13.

**29. AKGUM. Y et AL:**

Typhoid perforation: Factor affecting morbidity and mortality Int surg. 1995; 82: 1512-1515.

**30. MONDOR. H:**

Diagnostic urgent abdomen. Paris Masson, 1965 : 119.

**31. SANOGO. A :**

Bilan à l'activité du service des urgences chirurgicales de l'H.G.T

Thèse de Méd Bamako 1998, N 70 :68.

**32. BARRY. A :**

Pathologies chirurgicales digestives néonatales à l'H.G.T

Thèse de Méd -Bamako 2003 ; p 28.

**33. BIENYAME. J :**

Douleurs abdominales de l'enfant : le point de vue du chirurgien. Rev pédiatrique 1999 ; 3 : 115-20.

**34. DAMAS, LE CONTE. P, BRUNETON. J, JOUVE. P :**

Les occlusions intestinales sémiologiques fondamentales ; Encycl. Méd chir. Paris Radiodiagnostic .IX 33710 A10 et A10 5-1982.

**35. CODJOH. M :**

Occlusions intestinales mécaniques de l'adulte. Aspects épidémiologique, clinique, étiopathogénique, et thérapeutique. A propos de 59 cas au C.H.U de Cotonou. Thèse, Méd, Cotonou 1995, 626.

**36. TIEMOKO.T :**

Urgences abdominales aiguës chirurgicales à l'hôpital <<Nianankoro Fomba>> Ségou 200 cas. Thèse Méd- Bamako, 2001 ; 82-28.

**37. BOUBACAR. S :**

Hernie inguinale étranglée dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'H.G.T. Thèse Med- Bamako ,2001 ; p 82,28.

**38. DIALLO.G, ONGOIBA.N, YENA.S, DIALLO.A, DIABATE.L, TRAORE AK DIT DIOP, DOUKOURE.G, DEMBELE .M, TRAORE.ML, SOUMARE ,KOMARE AK :**

Traitement du volvulus du colon pelvien à l' H.P.G à propos de 25cas Med Mali 1995 ; 3 : 30-32.

**39. DIALLO.G, ONGOIBA. N, YENA.S, DIABATE. L, TRAORE AK DIT DIOP, DIALLO .A, KOUMARE. AK :**

Hernies inguinales étranglées à l' H.P.G .Med -Mali 1996 ; p 3-4 ,39-41.

**40. FANYO G et AL:**

Acute abdomen calls for considerable resources analyses of 3727 in patients in the country of Stockholm during quarter of 1998 *zakartiding en 2000*;( 37): 4002-4012.

**41. KOUADIO ADJOUMA BAYO :**

Les péritonites appendiculaires à propos de 100 cas opérés au C.H.U de Treichville. Thèse : Med Abidjan 1985-126 p 686.

**42. BOUARE. M :**

Etude de 610 cas de hernie de l'aine dans les cercles de Kati. Thèse, Méd-Bamako, 1988, 24.

**43. ADLOFF.M :**

Occlusion intestinale aiguë de l'adulte Paris France, Urgence 20459A10 10-1984, p20.

**44. BERBIER .J, CORRECTIER, ROUFFINEAU. JET AL :**

Péritonites aiguës encyclo-chir urgence 24048 B10, p2-1988-18.

**45. DIA.A, FALL. B, THOIGNON PH, N'DIAYE SOW ML, DIAP. A:**

Occlusion intestinale par bride post opératoire 76 observations J.Chir. (Paris) 1991 ; (128) ; 12 : 548-551.

**46. FREJALVILLE J.P:**

Urgences médicales et chirurgicales /édit. Paris : Flammarion -science 1982 - p1102, ISBN 2-247 -1025-0.

**47. MOUSSA.C :**

Chirurgie endoscopique à l' H.P.G, bilan des 150 premiers cas. Thèse : Med Bamako 2004 -p126-66.

**48. PONNOU ME POUY I. CHARLES :**

Urgences abdominales de l'enfant dans le service de C.H.U G T. Thèse: Med .Bamako 2004-80M, 55.

**49. ABDOULAYE. B:**

Pathologies chirurgicales digestives néonatales à l'hôpital G Touré.

Thèse : Med Bamako ,2003-91p ; 28.

**50. BRAHIMA. C:**

Les perforations digestives dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du C.H.U G.T. Thèse : Med Bamako, 2003-p87 ; 54.

**51. OUSMANE. T :**

Hernie inguinale chez l'enfant au C.H.U GT. Thèse : Med Bamako, 2003 -p73 ; 60.

**52. KOUMARE AK, TRAORE.I, ONGIOBA.N, TRAORE AK DIT DIOP :**

Appendicectomie à Bamako. Annal chir. 1995 ; 42 :188.

**53. MEIER. D et AL:**

Perforated typhoid; operative experience with 108 cases Ann. Surge 1989; 157: 423, 47.

**54. SCHILLO.Y; AMOUYA.G:**

Les douleurs abdominales : revue Med Tours 1991 ; 25 : 8-9.

**55. N'DIAYISABA :**

Bilan des complications infectieuses en chirurgie générale analyse d'une série de 2218 interventions. Med Afr. Noire 1992; 39 (9) : p 571-573.

**56. CHEVREL J P, GUERAUD. J, LEVY. B :**

Appareil digestif. Masson 1986; 223:119-123.

**57. BRESLER. L, BRAUN. E, DEBS. A, BOISSEL. P, GROSDIDIER. J :**

Chirurgie d'urgence face aux occlusions coliques. Etude rétro prospective de 70 cas .J chir. 1983 ; 120 : 713-718.

**58. SHITTU OB et AL:**

Pattern of mechanical intestinal obstruction in Abandon a ten year review A J Med 2001; 30 (12):17-21.

**59. HAROUNA Y et AL :**

Deux ans de chirurgie d'urgence à l'hôpital de Niamey : étude analytique et pronostique. Med Afr. Noire 2001 ; 48 (2) :49 - 54.

**60. SEWAH SIMEN J Y :**

Contribution à l'étude des péritonites généralisées chez les enfants au C.H.U de Cotonou. A propos de 82 cas en trois ans. Thèse, Méd.- Cotonou, 1993.p 376.

**61. SETO S :**

Contribution à l'étude des complications des appendicites aiguës chez l'adulte à propos de 1251 cas dans le service de chirurgie viscérale au C.H.U de Cotonou Thèse de Méd. Cotonou, 1994 ,615.

**62. BIKANDOU. G et AL :**

Les perforations intestinales d'origine typhiques à Brazzaville.  
Pub Méd 1990 ; 120 : 37 - 41.

**63. MISSE M P, ABESSONGUIE I, BOB' OYONO J M, ABOLO MBENTI L, MALANGA E :**

Les perforations coliques aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques à propos de 28 cas. Méd. chir. Digestive 1993 ; 22 : 169 - 71.

**64. DEMBELE M, PAPADATO A :**

Perforations typhiques de l'intestin à propos de 15 cas. Méd. Afrique noire 1974 ; 21 : 285 -28 6.

**65. ARNAUD J P; TURBELIN J M:**

Conduite à tenir devant un abdomen aigu. EMC. 24939 p10, 3 - 1982.

**66. BUFFIN R P, DABROWSKI A, KASKAS M, HELFRICH PH, SABBAH:**

Volvulus du sigmoïde. Résection anastomose en urgence.  
J chir. 1992 ; 129 :254 - 256.

**67. CASSINA P, ROTHLN M, LARGIADER :**

Die effizienz der chirurgischen grund diagnostik beim abdominal schmerz ;  
Der Chir. 1996 ; 67 : 254 - 60.

**68. COULIBALY. S :**

Perforations digestives à l'hôpital régional de sikasso. Thèse de médecine, Bamako 2006.

**69. SOUMMA .A :**

Urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Gao à propos de 90 cas.  
Thèse de médecine, Bamako 2006.

**70. LORAND M ET AL :**

Epidémiologies des péritonites en France, Etude ARC et AURC Paris 1999.

**71. DALY CP et AL:**

Incidence of acute appendicitis in patients with equivocal CT finding. AJR AmJ.  
Roentgenol 2005, 184 (6): 1813 - 20.

**72. MUNGALI IA et AL:**

A review of appendicectomie in north western Nigeria. Niger J Méd. 2004; (3):  
240.

**73. CATERINO S et AL:**

Acute abdominal pain in emergency surgery clinical epidemiological study of 450  
patients. Ann. Ital. chir. 1997; 68 (6) : 807 -817.



Irradiation :.....Mode de sédation :.....

**-Signes accompagnateurs de la douleur :** Oui. /../ Non. /../

Diarrhée :.../ ../ Ballonnement :.../ ../ AMG :.../ ../ Gargouillement :.../ ../

Constipation :.../ ../

**-Vomissement :** Oui :.../ ../ Non :.../ ../

Caractère : bilieux :.../ ../ Fécaloïde :.../ ../ Alimentaire :.../ ../

#### **4-SIGNES GENERAUX :**

**Etat général :** déshydratation :.../ ../ Bon :.../ ../ Altéré :.../ ../

-Pouls :.....-Température :.....-Pression artérielle :.....

-Diurèse :.....-Conjonctives/ téguments :.....

#### **5-SIGNES PHYSIQUES :**

**5-a-Inspection :** recherche :

-Météorisme : Oui :.../ ../ Non :.../ ../

Localisé :.../ ../ Généralisé et Diffus :.../ ../

-Péristaltisme intestinal : Oui :.../ ../ Non :.../ ../

Localisé :.../ ../ Généralisé :.../ ../ Provoqué :.../ ../

- Apprécier la respiration abdominale : Oui :.../ ../ Non :.../ ../

**5-b- Palpation :** recherche :

-Contracture abdominale : Oui :.../ ../ Non :.../ ../

Localisée :.../ ../ Généralisée :.../ ../

-Voussure observée : Oui :.../ ../ Non :.../ ../

Mobile :.../ ../ Immobile :.../ ../

-Défense abdominale : Oui :.../ ../ Non :.../ ../

Localisée :.../ ../ Généralisée :.../ ../

**5-c-Percussion :** recherche :

Tympanisme :.../ ../ Matité :.../ ../ Normale :.../ ../

**5-d-Auscultation abdominale :**

-Bruits hydro-aériques : Oui :.../ ../ Non :.../ ../

**6-Palpation abdominale :**

Cancer : Oui :.../ ../ Non :.../ ../ Masse pelvienne : Oui :.../ ../ Non :.../ ../

**7-Palpation des orifices herniaires :**

-Existence de hernie : Oui :.../../ Non :.../../

Localisation :.....Caractère étranglé :.....

**8-Toucher Pelvien : TR ; TV**

-Douleur dans le cul de sac de Douglas : Oui.../../ Non :.../../

**II- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

-Taux d'hémoglobine :.....-Groupage sanguin / rhésus :.....

-Echographie :.....-A S P :.....

-Widal Félix :.....

-Temps écoulé entre l'arrivée et l'intervention :...../../.....

**III- DIAGNOSTIC :**

1-diagnostic pré opératoire :.....

2-diagnostic per opératoire :.....

**IV- TRAITEMENT :**

**A-Médical :** Oui :.../../ Non :.../../

**1-Traitement préopératoire :**

-Nature :.....-Durée :...../../.....

**2-Traitement per opératoire :**

-Nature :.....-Durée :...../../.....

**3-Traitement post-opératoire :**

-Nature :.....-Durée :...../../.....

**B- Chirurgical :**

-Par Oui :.....-Technique :.....

-Type d'anesthésie :.....-Durée du traitement chirurgical :...../../.....

**C- Complications :** Oui :.../../ Non :.../../

**1-Complications per opératoire :** Oui :.../../ Non :.../../

-Hémorragie :.../../ -Décès :.../../ -Autres :.....

**2-Complications post-opératoires :** Oui :.../../ Non :.../../

-Hémorragie :.../../ -Décès :.../../ -Abscess de paroi :.../../

-Fistules digestives :.../../ -Autres :.....

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieure 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 leurs pères.

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

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

Je le jure