

**Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique**

**République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi**



Université de Bamako

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année scolaire : 2009 – 2010

TITRE

n.....

**URGENCES CHIRURGICALES
VISCERALES A L'HÔPITAL RÉGIONAL
NIANANKORO FOMBA DE SEGOU**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement / / 20
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du
PointG

Par Mr BERTHE Modibo

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

JURY:

Président : Pr. Zimogo Zié SANOGO

Membres: Dr. BERTHE Honoré Jean Gabriel

Co-directeur: Dr. BEYE Seydouna Alioune

Directeur de thèse : Pr. Abdoul Kader TRAORE dit DIOP

DEDICACE

DEDICACE

Je dédie cette thèse:

A notre père DABA BERTHE, chef de famille exemplaire. Ce travail est le couronnement de tous les sacrifices que tu as consenti. Ton dévouement inlassable, ta bonté, ta générosité et ton sens d'écoute ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Que le tout puissant nous accorde santé et longue vie.

Amen !

A notre mère LOGO KONATE, mère de famille infatigable, en m'amenant à accepter et à aimer les autres avec leurs différences. Tu as cultivé en moi la tolérance et l'amour du prochain. Que dieu te donne longue vie pleine de santé.

Amen !

A notre marâtre Nyélé dite Safiatou Keïta in mémorium

Arrachée très tôt à notre affection, j'ai pensé à toi à chaque instant de ce travail. Que ton âme repose en paix.

A notre marâtre Mama Siran Demba

Ce travail est le fruit de tes efforts.

A mon grand frère Hamed T BERTHE in mémorium

Ton concours a été déterminant dans la réussite de ma vie scolaire. Puisse Dieu t'accorder sa grâce.

A mes grandes sœurs Mariam et Sanata in mémorium

Paix à votre âme, que Dieu vous accorde le paradis. Amen !

A mes frères et sœurs

Kadia, Djénéba, Mamadou, Fatoumata, Hamidou, Kassim, Bakary, Fanta, Chaka, Aïssata, Nyéle, Adama, Maimouna, Oumou, Sekouba, Tiemoko,

Nana, Korotimi et Kadiatou ; merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté. Je prie le tout puissant de fructifier davantage nos relations.

Amen !

A notre beau père Antoine Dembéle et sa famille

Vos conseils et vos soutiens moraux m'ont permis d'atteindre ce résultat.

A ma Fiancée Colette Dembéle

Tu as toute ma reconnaissance, ma gratitude, mes remerciements pour la bonne réalisation de cette thèse qui est et qui restera la tienne.

A mes femmes : Fatoumata Diarra, Wassa Fomba, Soumba Goïta, Haya Samou, Marian Coulibaly, Néné et Ami Coulibaly.

Vous n'avez ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A Dieu, Le Tout Puissant, Le Clément, L'Omniscient, L'Omnipotent, Le Miséricordieux, pour m'avoir guidé, et donner la force et le courage de réaliser ce modeste travail.

AUX FAMILLES : COULIBALY, TAMBOURA, SACKO, OUÉDRAGO et BOUARÉ à Markala.

A LA FAMILLE Drissa SANOGO à FALO.

A LA FAMILLE FEU Souleymane BERTHE à Badialan 3.

A MES AMIS DE MARKALA, DE SÉGOU ET DE BAMAKO :

Djibril SIDIBE, Issa COULIBALY, Baba DIARRA, Mamoutou DIARRA, Modibo DIARRA, Dr Issa COULIBALY, Sidiki KONE, Amadou COULIBALY, Dr Moussa TRAORE, Bourama DIAKITE, Boubacar OUEDRAGO et Abdoulaye SANGARE.

A MES AMIS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens d'amitié.

A MON AMI : Soumana SANOGO

«on ne choisit pas ses parents, mais on choisit ses amis»

Tu es et tu seras à tous les instants de la vie mon premier compagnon.

Je prie le tout puissant de fructifier davantage nos relations.

Amen !

A MON ONCLE : Mahama TRAORE

Votre affection et vos sages conseils ont été déterminants dans la réalisation de ce travail.

A MA TENTE : Assa LY

Vos conseils et vos soutiens moraux m'ont permis d'atteindre ce résultat.

A MES FRÈRES: Mamadou, Sékouba, Bakary, Adama, Hamidou et Bourama BERTHE

Vos concours sur le plan matériel ont été plus que capital dans la réalisation de ce travail. J'espère qu'il répondra à vos attentes et servira de facteur renfonçant nos relations.

A MES NEVEUX ET NIÈCES :

De peur d'en oublier je me garde de citer les noms, vous avez été d'une très bonne compagnie. Ce travail est le vôtre.

A MES COLLÈGUES THÉSARDS DU SERVICE DE CHIRURGIE B :

Bakary KEÏTA, Mamoutou DIARRA, Souleymane THIAM et Souleymane COULIBALY.

Votre bonne conduite dans la société m'a beaucoup inspiré, que le Miséricordieux nous gratifie le succès dans toutes nos démarches.

Amen !

A MES COLLÈGUES THÉSARDS DU SERVICE CHIRURGIE GÉNÉRALE DE L'HÔPITAL DE SÉGOU :

Ousmane KONE, Alou SAMAKE et Gaoussou THÉRA.

Pour votre collaboration et votre esprit d'équipe.

A mes cadets de l'internat

Pour votre disponibilité et votre respect.

A MES MAÎTRES :

Pr Abdoul Karim KOUMARE, Pr Filifing SISSOKO, Pr Nouhoum ONGOIBA, Dr Drissa TRAORÉ, Dr Seydou Alioune BEYE, Dr KONE Sorry Ibrahim, Dr SAMAKE Bréhima dit Kepler et Dr Doumbia Alima.

Ce travail est le fruit de votre encadrement.

A tout le personnel du service de chirurgie générale de l'HNF de SEGOU

Pour votre remarquable collaboration.

A tout le personnel du service de chirurgie B

**A tous les étudiants de la promotion 2000-2007 de la faculté de Médecine,
de Pharmacie et d'Odonto-Stomalogie (FMPOS).**

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

ABREVIATION

AA :	Abdomen aigu
AEG :	Altération de l'Etat Général
AG :	Anesthésie Générale
AINS :	Anti-inflammatoire non stéroïdien
ALAT :	Alanine aminotransférase
AMG :	Arrêt des Matières et Gaz
ASP :	Abdomen Sans Préparation
ASAT :	Aspartate aminotransférase
ATCD :	Antécédent
C3G :	Céphalosporine de 3 ^e Génération
CIVD :	Coagulation intravasculaire disséminée
DDR :	Date des dernières règles
DNSI :	Direction nationale de la statistique et de l'informatique
ECG :	Electrocardiogramme
FID :	Fosse Iliaque Droite
FIG :	Fosse Iliaque Gauche
FMPOS	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
FOGD :	Fibroscopie oesogastroduodénale
GB :	Globule Blanc
GEU :	Grossesse extra-utérine
GR :	Globule Rouge
HD :	Hémorragie digestive
HNF :	Hôpital Nianankoro Fomba
HTA :	Hypertension Artérielle
IPP :	Inhibiteur de la pompe à proton
IR :	Insuffisance rénale
KCl :	Chlorure de potassium
NB :	Nota bene
NFS :	Numération Formule Sanguine
PNUD :	Programme des nations unies pour le développement
RA :	Rachianesthésie
SDRA :	Syndrome de détresse respiratoire aigue
TA :	Tension artérielle
TCA :	Temps de céphaline activé
TP :	Taux de prothrombine
TR :	Toucher Rectal
TDM :	Tomodensitométrie
UCV	Urgence chirurgicale viscérale
UGD :	Ulcère Gastroduodéal
UIV :	Urographie intraveineuse

SOMMAIRE

1. Introduction/Objectifs.....	2
2. Généralités.....	4
2.1. Diagnostic d'une urgence chirurgicale viscérale	5
2.2. Appendicite aiguë.....	17
2.3. Péritonite aiguë.....	22
2.4. Occlusion intestinale aiguë.....	36
2.5. Les autres causes.....	44
3. Méthodologie.....	49
4. Résultats.....	54
5. Commentaires et Discussion.....	74
6. Conclusion- Recommandations.....	87
7. Références bibliographiques.....	90
8. Annexes.....	93

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du jury

Professeur Zimogo Zié SANOGO

Maître de conférences agrégé en chirurgie à la FMPOS

Cher Maître,

Permettez nous de vous remercier pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

Votre dévouement à la formation des étudiants, votre disponibilité, votre rigueur dans le travail et vos qualités d'homme de culture et de recherche font de vous un exemple à suivre.

Veillez retrouver ici cher Maître, l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et juge

Docteur Honoré Jean Gabriel BERTHE

Maître Assistant en Urologie à la FMPOS

Cher Maître,

Nous sommes fiers de vous compter parmi nos juges. Vos hautes qualités intellectuelles et sociales, votre rigueur scientifique et votre disponibilité nous ont fortement marqué.

Veillez accepter cher Maître nos sentiments les plus respectueux.

A notre maître et co-directeur

Docteur Beye Seydina Alioune

Médecin – anesthésiste et Réanimateur

Chef du Service d'Anesthésie-Réanimation de l'HNF

Cher Maître,

Nous avons apprécié vos qualités scientifiques et pédagogiques tout au long de cette thèse. Votre rigueur et votre amour pour le travail bien accompli ainsi que votre sens critique ont fait de vous un homme apprécié de tous. Soyez rassurer de notre profond attachement et de notre entière confiance.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP

Professeur titulaire en Chirurgie Générale à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie,

Chef de département d'enseignement et de recherche en chirurgie générale et spécialités chirurgicales.

Cher Maître,

Nous avons été fiers de compter parmi vos élèves. Vous incarnez des qualités sociales enviabiles: une modestie exemplaire, un sens élevé de l'honneur, d'humilité et de don de soi.

Nous avons été fascinés par votre savoir-faire, votre souci inébranlable de toujours mieux faire et vos qualités scientifiques.

Soyez-en remercié du fond du cœur et recevez cher maître nos sentiments de reconnaissance, de respect, et de profonde sympathie.

INTRODUCTION

1-INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales concernent tous les patients admis en urgence et pour lesquels une décision d'intervention chirurgicale peut s'imposer dans les 24 heures [1]. L'expression d'urgence chirurgicale est ambiguë ; elle résulte selon Ducolombier d'un processus pathologique ou traumatique d'évolution aiguë compromettant à très court terme une ou plusieurs fonctions, vitales ou non, et demandant de ce fait une évaluation diagnostique et un traitement chirurgical rapide [2].

L'urgence chirurgicale viscérale est un problème important de santé publique en termes de morbidité et de mortalité. Elle s'observe à tout âge et les deux sexes sont concernés.

Le pronostic dépend de la précocité de prise en charge.

Les urgences chirurgicales viscérales en Afrique sont comparables sémiologiquement à celles que l'on rencontre en Europe. En Afrique, la prise en charge des urgences chirurgicales se caractérise par l'insuffisance du plateau technique, le niveau socio-économique bas de la population, le manque de personnel qualifié (anesthésistes- réanimateurs et chirurgiens) et l'accessibilité géographique des structures sanitaires [2].

Les étiologies des urgences chirurgicales viscérales sont nombreuses et dominées par les occlusions intestinales aiguës, les péritonites aiguës, les appendicites aiguës, les traumatismes abdominaux, les torsions du kyste ovarien, et les GEU rompues [3 ;4 ;5 ;6].

La démarche du chirurgien de garde est double devant tout abdomen aigu. Il établit le diagnostic et pose l'indication opératoire d'une part et définit le degré de l'urgence dont le moment de l'intervention d'autre part [1].

Le pronostic des urgences chirurgicales viscérales est grave.

Les suites opératoires sont souvent greffées d'une morbi-mortalité élevée. Dans l'étude de Konaté, la mortalité était de 4,7% et la morbidité post opératoire était

dominée par les complications infectieuses pariétales, les occlusions post opératoires, les éviscérations, et les péritonites postopératoires [7].

Au Mali, Fofana a trouvé à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou 117 cas d'urgences chirurgicales viscérales soit 35% de l'ensemble des pathologies chirurgicales[8].

C'est en cela que s'inscrit la présente étude qui se propose de contribuer à la compréhension des problèmes liés aux urgences chirurgicales viscérales (UCV).

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2. 1. Objectif général :

Etudier les urgences chirurgicales viscérales à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales viscérales ;
- Identifier les différentes étiologies ;
- Décrire les modalités de la prise en charge ;
- Décrire les suites opératoires.

GENERALITES

3- GENERALITES

Les urgences chirurgicales viscérales occupent habituellement une place différente de celle des autres urgences chirurgicales.

Des maintes étiologies ont été retrouvées. L'appendicite aiguë, la péritonite aiguë, et les occlusions intestinales aiguës doivent être mis à part en raison de leur fréquence et leur rôle dans l'augmentation de la mortalité.

3.1 DIAGNOSTIC D'UNE URGENCE CHIRURGICALE VISCERALE :

« *Abdomen aigu chirurgical* »

Comment assurer le diagnostic ?

L'interrogatoire et l'examen clinique sont fondamentaux.

3.1.1 Interrogatoire précise ;

- **Les caractéristiques de la douleur** ; heure et mode de début, type, intensité, siège, irradiations, facteurs de sédation (vomissement) ou d'exacerbation (respiration, toux) éventuels.

Cette étape est capitale. On pensera ainsi à :

- Une douleur péritonéale devant une douleur aiguë parfois brutale, en coup de poignard toujours égale à elle-même, sans poussée, figeant le malade dans son lit ;
- Une douleur d'occlusion devant une douleur à type de coliques paroxystiques, pouvant s'accompagner d'agitation ;
- Une douleur de nécrose, douleur souvent atroce, continue d'intensité croissante, fixe dans son siège, douleur évoquant un infarctus intestinal ou une pancréatite aiguë ;
- Une douleur non spécifique car sourde, variable d'un moment à l'autre dans son siège, son intensité, plus ou moins continue à type endolorissement plus ou moins diffus de tout ou une partie de l'abdomen.

- **Les signes associés :**

- Fièvre : degré, début, évolution.

- Troubles du transit :

- Vomissements dont on précisera la fréquence et le type ;
- Arrêt des matières et des gaz ;

- Troubles urinaires :

- Dysurie, pollakiurie, cystite.

➤ **Les antécédents :**

- Habitudes alimentaires ;

- Antécédents pathologiques notamment :

- Digestifs, cardio-vasculaires, pulmonaires, hématologiques, urinaires, métaboliques (diabète), endocriniens (maladie d'Addison) ;
- Chez la femme, antécédents gynécologiques : date des dernières règles (DDR), pertes hémorragiques récentes et contraception.
- Dans les deux sexes, existence d'un épisode pathologique identique à celui actuel et son évolution.
- Tares : alcoolisme, tabagisme.

- Traitement récent : anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), corticoïdes, médication orale ou lavements traditionnels.

- Intervention(s) chirurgicale(s) antérieure(s) notamment abdominales en faisant préciser si possible la nature de l'affection ayant nécessité l'intervention et le type de cette dernière.

3.1.2. Examen clinique :

Il est : général, rapide ;

local, soigneux et minutieux.

- **L'examen général** note le sexe, l'âge apparent, l'état nutritionnel, le faciès (état de choc, anémie, anxiété) ; l'état de conscience. On prend le pouls, la tension artérielle, la température dont on inscrit les valeurs sur une fiche de surveillance.
- **L'examen physique:**

- L'inspection :

- ° Ventre plat, tendu, ne respirant pas ;
- ° Ventre distendu globalement ou de façon asymétrique ;
- ° Cicatrice opératoire évocatrice de brides et volvulus ;
- ° Etat des orifices herniaires.

- La palpation :

- ° Recherche une hyperesthésie cutanée, une douleur à la décompression, une défense localisée ou généralisée, une contracture vraie, « ventre de bois » ;
- ° Ou bien montre un ventre souple avec cris de l'ombilic (GEU) ;
- ° Ou bien montre un abdomen simplement douloureux en un point, une région, rarement en totalité, évoquant une entérocolite banale, la survenue d'une diarrhée levant les doutes.

On n'omet pas la recherche d'une hépatomégalie dont on note l'importance, le caractère douloureux ou non, et/ou d'une splénomégalie.

-La percussion recherche :

- ° Un météorisme localisé ou diffus (tympanisme) ;
- ° Une matité d'un épanchement intra-péritonéal ;
- ° Une disparition de la matité hépatique ;
- ° Une percussion douloureuse est un bon signe d'inflammation péritonéale.

-L'auscultation recherche et apprécie quantitativement les bruits intestinaux :

- ° Des bruits hydro-aériques de lutte contre obstacle ;
- ° Un silence sépulcral d'infarctus intestinal ;
- ° Un souffle systolique de lésion artérielle.

- Les touchers pelviens (rectal et vaginal) permettent une palpation presque directe du péritoine :

- ° Douglas douloureux témoigne d'un épanchement péritonéal, d'une péritonite généralisée ou d'une inflammation localisée au contact du péritoine pelvien ;
- ° D'une masse pelvienne ;
- ° D'une tumeur, d'une hémorragie non extériorisée.

- **La palpation des orifices herniaires ;**
- **La palpation des pouls périphériques** notamment fémoraux et radiaux ;
- **Une auscultation cardio-pulmonaire.**

L'examen clinique peut certes aboutir à un diagnostic précis ; en fait, il doit surtout conduire à ne pas méconnaître une affection chirurgicale. A son terme, on peut individualiser d'après les signes locaux et cardio-vasculaires deux éventualités :

- Dans la première, le syndrome douloureux abdominal est associé soit à un syndrome péritonéal, soit à un syndrome occlusif, soit à un syndrome de choc. Cette éventualité conduit le plus souvent à une sanction chirurgicale.

- Dans la seconde, le syndrome douloureux abdominal est isolé c'est-à-dire sans signes péritonéaux, sans signes occlusifs, sans signes de choc. Cette éventualité relève le plus souvent d'un traitement médical.

Nous étudierons la première éventualité.

Syndrome douloureux abdominal associé à :

- *Un syndrome péritonéal reconnu sur l'existence de :*

° Une douleur initiale aiguë, souvent brutale, en coup de poignard évoquant de façon égale sans poussée, pouvant rester localisée ou diffusée ;

° Des vomissements et des hoquets ;

° Un arrêt des matières et des gaz (inconstant) ;

° Une contracture abdominale ou une défense pariétale ;

° Un silence total à l'auscultation ;

° Au TR, une douleur provoquée à la palpation du cul de sac de Douglas.

- *Un syndrome occlusif reconnu sur l'existence :*

° des douleurs à type de coliques paroxystiques diffuses ou localisées ;

° un état nauséux ou des vomissements d'autant plus fréquents et précoces que l'occlusion est haute ;

° Un arrêt des matières et des gaz ;

° Un météorisme abdominal diffus ou localisé ;

°L'absence habituelle de défense ou de contracture ;

°La présence éventuelle de bruits hydro-aériques de lutte contre un obstacle.

-Un syndrome de choc reconnu sur :

°Un syndrome douloureux abdominal d'intensité variable selon la cause ;

°Un pouls rapide, petit filant avec effondrement tensionnel, pincement de la différentielle, des extrémités froides ;

°La coexistence soit d'une anémie aiguë, soit d'une hémorragie extériorisée (hémorragie digestive) ou non : rechercher une matité de flancs, pensé à la ponction exploratrice du péritoine ou à la ponction lavage.

Syndromes douloureux abdominaux isolés ne font pas partie de la question de même que les syndromes douloureux abdominaux non aigus.

3.1.3. Conduite immédiate à tenir:

*Deux impératifs :

➤ Eviter tout traitement antalgique ou antispasmodique abusif avant d'avoir sinon un diagnostic précis, du moins une orientation médicale ou chirurgicale.

➤ Etablir une fiche de surveillance précisant le pouls, la tension artérielle, la température, et si possible la diurèse.

*Un choix : celui des examens complémentaires :

Leur demande ne doit pas être systématique. Elle doit être guidée par examen clinique.

-Un groupe sanguin en cas de choc ;

-Une numération globulaire (anémie, leucocytose) avec formule leucocytaire (polynucléose neutrophile) ;

-ASP, en totalité, debout si possible, sans omettre les coupes diaphragmatiques (rechercher des niveaux hydro-aériques, du croissant gazeux sous diaphragmatiques), allongé, de profil (rechercher des niveaux liquides, du croissant gazeux) et face (rechercher des calculs, biliaires, pancréatiques, urinaires, calcifications vasculaires).

En milieu hospitalier, d'autres examens peuvent être demandés :

-Examens biologiques : azotémie, glycémie, ionogramme, transaminases, amylasémie, amylasurie ;

-Examens endoscopiques : fibroscopie œsophagienne et gastroduodénale, cœlioscopie ;

-Examens radiologiques : UIV, lavement baryté, transit gastroduodéal, cholécystographie ;

-Échographie abdominale +++

3.1.4. Le traitement

Il est guidé par le diagnostic lésionnel mais aussi par l'état du malade.

Le syndrome douloureux abdominal est associé à

➤ *Un syndrome péritonéal. Deux éventualités :*

Le syndrome péritonéal est généralisé :

-Péritonite sthénique :

° Un maître symptôme : la contracture à ne pas confondre avec un paroxysme tétanique.

°Un mécanisme univoque : la perforation ;

°Une complication toujours possible, fréquente sous nos climats où les malades sont souvent vus tard : le choc.

L'anamnèse est importante. Mais surtout le siège de la douleur initiale et l'endroit où prédomine la contracture orientent le diagnostic étiologique :

- Au creux épigastrique : perforation ulcéreuse ;
- Dans la fosse iliaque droite : péritonite appendiculaire ;
- Dans la région ombilicale : perforation d'UGD, perforation d'appendice méso-coeliaque, perforation d'un diverticule de meckel chez un jeune garçon.
- Dans l'hypochondre droit : péritonite biliaire ;
- Dans la fosse iliaque gauche : sigmoïdite perforée rare et très grave ;
- Dans le bas-ventre : rupture d'un pyosalpinx.

La contracture impose la chirurgie ; mais avant l'intervention une réanimation est indispensable comprenant :

- La mise en place d'une sonde gastrique et urinaire ;
- Une voie veineuse efficace ;
- Vessie de glace sur le ventre ;
- Un apport liquidien pour compenser l'hypovolémie ;
- Antibiothérapie à large spectre ;
- L'administration d'un antalgique antispasmodique.

Il ne faut jamais opérer une péritonite non préparée.

-Péritonite asthénique :

- ° La contracture manque et est remplacée par une défense parfois peu nette ;
- ° Fréquente en milieu tropical :

- Surtout en raison du retard à la consultation ;
- Parfois en rapport avec des étiologies spécifiques : amibiase colique ou colite ulcéreuse ; perforation typhique ; gravissimes toutes les deux et pour lesquelles on n'omettra pas la prescription d'un traitement adapté.

Le syndrome péritonéal est localisé :

Des signes infectieux sont habituels. Selon le siège de la douleur et des signes pariétaux, défense ou contracture, on individualise :

- Dans la fosse iliaque droite : une appendicite aiguë qu'il faut opérer en urgence même si l'intervention fait découvrir une diverticulité de meckel, une adénolymphite mésentérique ;
- Dans l'hypochondre droit : une cholécystite aiguë, traitement d'abord médical associant diète hydrique, glace, antispasmodiques, antibiotiques et ou cholécystectomie peut être pratiquée ;
- Dans le bas-ventre :
 - ° Chez la jeune femme, le premier diagnostic à envisager est la pelvi-péritonite, réagissant le plus souvent très bien au traitement médical associé à une

éventuelle révision utérine dans les formes du postpartum et du postabortum si l'utérus est gros, mou, saignant ;

° Dans les deux sexes, l'appendicite pelvienne imposant un seul traitement, l'intervention chirurgicale.

➤ *Un syndrome occlusif :*

- Dont les douleurs à type de coliques ne doivent pas être confondues avec les coliques médicales hépatiques ou néphrétiques, très douloureuses, pouvant entraîner une sub-occlusion transitoire, mais ayant des irradiations caractéristiques ;

- Dont le ballonnement ne devra pas être confondu avec un globe vésical dans les deux sexes, une grossesse ou une volumineuse tumeur pelvienne chez la femme ;

- Dont l'examen abdominal n'oubliera pas les orifices herniaires et la valeur de l'existence d'une cicatrice d'intervention antérieure ;

- Pouvant relever soit d'une cause chirurgicale, habituellement, soit d'une cause médicale.

Les occlusions chirurgicales :

Peuvent se présenter de deux façons :

- Les occlusions à ventre plat ;
- Les occlusions à ventre ballonné.

Les occlusions à ventre plat :

- Correspondent à une occlusion du grêle au début ;
- Où la douleur à type de coliques plus ou moins paroxystiques est le signe essentiel ;
- Où la radiographie de l'abdomen sans préparation montre des niveaux liquides peu nombreux et centraux, souvent pas de gaz dans le côlon ;
- Où l'existence d'une cicatrice opératoire sous –ombilicale impose le diagnostic d'occlusion sur bride.

Les occlusions à ventre ballonné

-Trois types de ballonnement sont possibles :

°° *Le ballonnement médian* correspond à une occlusion du grêle évolué.

Il impose de différencier une occlusion par obstruction d'une occlusion par strangulation beaucoup plus grave. Dans la première, les douleurs évoluent par paroxysmes violents, les signes de lutte sont nombreux (ondes péristaltiques, intensité des bruits hydro-aériques), l'état général est longtemps bien conservé ; les causes habituelles sont représentées par les brides, les agglutinations d'anses, les tumeurs, les sténoses inflammatoires ou tuberculeuses, un corps étranger dégluti, un iléus biliaire, une carcinose péritonéale, une invagination secondaire à une tumeur. Dans la seconde, les rémissions sont moins franches entre les paroxysmes, l'atteinte de l'état général est précoce, marquée, avec choc. Une voussure localisée, douloureuse, tympanique et silencieuse signe le volvulus du grêle. La radiographie montre un arceau gazeux central avec au pied deux niveaux liquides.

°° *Le ballonnement oblique*

Correspond le plus souvent à un volvulus colique, surtout pelvien, favorisé par un dolicho-sigmoïde, une alimentation végétarienne ou une réalimentation trop intense et brutale comme cela peut se voir les musulmans en fin de ramadan.

°° *Le ballonnement global*

° encadre ou prédominant dans la fosse iliaque droite

° correspondant le plus souvent à une occlusion par obstruction du côlon (cancer, amoebome).

-On n'oubliera pas enfin le caractère particulier des occlusions appendiculaires ou syndrome péritonéal, syndrome occlusif et syndrome fébrile s'associent :
« *Toute occlusion fébrile sur un ventre vierge est une appendicite* ».

Le traitement est toujours chirurgical.

Le malade doit être préparé pendant quelques heures avant l'intervention. La réanimation doit être d'autant plus courte que l'on soupçonne une occlusion par strangulation.

➤ *Un syndrome de choc :*

Le syndrome douloureux abdominal est variable dans son intensité, localisé ou diffus. Le choc peut être dû ou non à une hémorragie.

Il existe une hémorragie, celle-ci peut être :

-Extériorisée sous la forme d'une hémorragie digestive ; il faut avant tout penser à un ulcère gastroduodéal : ulcère dont le saignement peut être en rapport avec la prise d'un anti-inflammatoire et dont la fibroscopie en urgence précisera mieux la nature et le siège. Une péritonite par perforation associée est possible.

-Non extériorisée, c'est une hémorragie interne intra-péritonéale. La ponction lavage du péritoine peut être utile au diagnostic.

Chez la femme en période d'activité génitale, le premier diagnostic est celui de grossesse extra-utérine rompue, accident très fréquent.

Dans les deux sexes, on pensera :

- A la rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominal ;
- A la fissuration d'un anévrisme disséquant de l'aorte ;
- A une rupture splénique consécutive à un traumatisme pouvant être minime ou intéressant une splénomégalie dont on connaît la fréquence chez l'Africain, enfin à la rupture d'un exceptionnel anévrisme de l'artère splénique ou au saignement d'une tumeur intra-abdominale le plus souvent maligne.

Sauf pour l'UGD, à condition qu'il n'y ait pas de perforation associée, toutes les affections précédentes sont des urgences chirurgicales. La mise en place d'une ou plusieurs voies veineuses, doit être rapide de même qu'une transfusion iso-groupe iso-rhésus précédant ou accompagnant le geste chirurgical en sachant que seule la quantité de sang perfusé nécessaire pour rétablir l'équilibre tensionnel peut permettre d'apprécier l'importance et la gravité de l'hémorragie

et qu'une hémorragie digestive est grave soit par son intensité soit par sa répétition.

Il n'existe pas d'hémorragie

Après élimination d'une insuffisance surrénale aiguë, deux affections peuvent expliquer le choc : une pancréatite, un infarctus mésentérique.

Dans le premier cas, le traitement est d'abord médical et se conçoit au mieux en service de réanimation près d'un service chirurgical.

Dans le second cas, l'infarctus mésentérique associe à une douleur extrême, à maximum ombilical, un état de choc majeur, des signes occlusifs, du sang dans l'intestin (TR), des niveaux liquides sur l'abdomen sans préparation avec parfois l'image évocatrice représentée par une anse claire à bords épaissis, opaques en bordure de deuil avec aspect figé, inerte des autres anses sur des clichés successifs. Le traitement est ici, chirurgical d'urgence après courte réanimation par aspiration, transfusion.

3.1.5 Pronostic:

Le pronostic immédiat dépend certes de la cause, mais en milieu tropical, dépend aussi beaucoup du retard à la consultation auquel le médecin et le chirurgien sont malheureusement encore trop souvent confrontés. [9]

3.2 APPENDICITE AIGUË

L'inflammation aiguë de l'appendice vermiculaire ou appendice iléo-caecal est favorisée par la présence de follicules lymphoïdes, et par l'obstruction, avec rétention de la lumière appendiculaire. Elle évolue en règle vers la nécrose de l'organe (appendicite gangreneuse ou la perforation). [10]

3.2.1-Epidémiologie

- 40 à 60 pour 10.000 habitants en France,
- Incidence des appendicites vraies plus faible que celle des appendicectomies,
- Fréquence en diminution depuis plusieurs décennies,
- Rares chez l'enfant de moins de trois ans,
- Atteint essentiellement l'adolescent et l'adulte jeune (1/3 des patients ont entre 17 et 20 ans),
- Sexe masculin prédominant avant 25 ans, puis le sex-ratio s'équilibre.

3.2.2-Anatomie

- Naît à la partie inférieure du caecum,
- 2 à 3 cm sous la jonction iléo-caecale,
- Mesure 7 à 12 cm de long,
- Base d'implantation large à la naissance, rétrécit à partir de 2 ans,
- Situation variable en raison des variations de la position du caecum, après sa migration embryonnaire,
- Appendice sous-hépatique, méso-cœliaque, iliaque, pelvien,
- Direction encore plus variable : rétro-caecale, méso-coeliaque, en péritoine libre ou en rétro-péritonéal.
- Muqueuse de type colique, mais les éléments glandulaires sont rares.
- Nombreux follicules lymphoïdes dans la muqueuse et la sous-muqueuse, surtout chez le jeune. [12]

3.2.3-Physiopathologie :

L'appendice iléo caecal chez l'homme se remplit à partir du contenu Cæcal, quand celui-ci contient un produit de contraste, l'appendice dessine une image

animée de mouvement de contorsion comme ceux d'un ver d'où le nom d'appendice vermiculaire.

L'appendice se vide ensuite de lui-même, par péristaltisme pour être rempli à nouveau quelques instants plus tard.

La couche musculaire assure le péristaltisme du contenu appendiculaire vers la lumière colique.

Le renouvellement périodique de la muqueuse appendiculaire et les formations lymphoïdes dans la sous muqueuse assurent les mécanismes de défense de l'organe. L'appendice présentant des dispositions favorables à l'infection car ayant une lumière étroite et communiquant avec le colon à contenu septique, l'infection peut survenir selon 3 modalités :

- par voie hématogène,
- par voie endogène,
- par contiguïté.

- **Voie hématogène** : sa porte d'entrée est située à distance et les germes atteignent l'appendice par voie sanguine.
- **Voie endogène** : L'obstruction appendiculaire est le mécanisme essentiel aboutissant à l'appendicite : la stase, la pullulation microbienne et l'augmentation de la pression intraluminaire entraînent une érosion de la muqueuse appendiculaire, qui permet la pénétration des germes en très grand nombre dans la paroi, débordant ainsi les mécanismes de défense.
- **Contiguïté** : L'atteinte appendiculaire se fait de dehors en dedans à partir d'un foyer infectieux de voisinage en particulier gynécologique. [12 ; 13 ; 14]

3.2.4. Anatomie pathologie :

L'inflammation de l'appendice peut se manifester par plusieurs aspects anatomopathologiques ; ces lésions peuvent se succéder de gravité croissante ou paraître d'emblée avec le maximum d'intensité.

On décrit :

3.2.4.1. L'appendicite catarrhale : l'appendice est rouge, hyperhémisé avec un méso œdématisé, des infiltrats de polynucléaires et des ulcérations de petite taille.

3.2.4.2. L'appendicite fibrineuse : l'appendice est œdématisé avec des dépôts de fibrines.

3.2.4.3. L'appendicite phlegmoneuse : correspond à l'abcédation d'un ou de plusieurs follicules qui peut s'étendre à toute la paroi appendiculaire. L'appendice est tuméfié le méso épaissi. Il existe des infiltrats leucocytaires de la paroi, la lumière est remplie de pus, la réaction péritonéale est intense elle est de type séropurulent.

3.2.4.4. L'appendicite gangreneuse : l'œdème entraîne une thrombose vasculaire, l'appendice est verdâtre avec des plages de sphacèles noirâtres, il y a une nécrose appendiculaire localisée conduisant à la diffusion de l'infection ou à la perforation. La réaction péritonéale est sous forme d'exsudat louche malodorant, résultat du développement des germes anaérobies.

3.2.4.5. L'abcès appendiculaire : appendicite purulente avec du pus autour de l'appendice.

3.2.4.6. Plastron appendiculaire : forme particulière de l'abcès appendiculaire. Le pus est colonisé par des signes inflammatoires qui sont dus aux adhérences du grand épiploon et des intestins.

3.2.4.7. La péritonite appendiculaire : Survient après perforation de l'appendice, elle correspond à la destruction des éléments de la paroi appendiculaire, c'est l'abcès appendiculaire avec du pus qui a diffusé dans la grande cavité péritonéale, la réaction péritonéale est de type purulent. [15 ; 16 ; 17]

3.2.5-Diagnostic

3.2.5.1 Forme typique :

- Douleur abdominale aiguë spontanée,
- Epigastrique, péri-ombilicale puis en fosse iliaque droite,

- A type de brûlure ou de colique lancinante,
- Début progressif, parfois brutal,
- Anorexie,
- Constipation, parfois diarrhée,
- Nausées parfois vomissements,
- Température à 38°C,
- Langue saburrale,
- Attitude en psoïtis,
- Douleur provoquée et défense en fosse iliaque droite,
- Douleur à la décompression de la fosse iliaque droite (signe de Blumberg),
- Douleur en fosse iliaque droite lors de la palpation de la fosse iliaque gauche (signe de Rovsing)
- Douleur au toucher vaginal ou au toucher rectal,
- NFS : hyperleucocytose avec polynucléose,
- ASP : niveau hydro-aérique caecal ou de la dernière anse grêle, grisaille de la fosse iliaque droite, disparition de l'ombre du psoas droit,
- Echographie : épaissement de l'appendice (image en cocarde),
- Scanner abdominal avec ou sans injection, diamètre appendiculaire supérieur à 7 mm, efficace chez sujet gras et en de doute.

3.2.5.2 Formes compliquées

- Précoce ou par diagnostic retardé (antibiothérapie intempestive),
- Péritonite généralisée d'emblée ou en deux temps après une accalmie trompeuse : douleurs diffusant depuis la fosse iliaque droite à l'ensemble de l'abdomen, contracture généralisée, toucher rectal est douloureux, fièvre à 39°C, forte hyperleucocytose.
- Péritonite localisée (abcès appendiculaire), avec masse douloureuse en fosse iliaque droite, parfois accessible au TR, iléus réflexe, rupture possible dans un organe de voisinage ou dans le péritoine (péritonite en trois temps), fistulisation à la peau.

3.2.5.3 Formes selon la localisation

- Appendicites pelviennes,
- Appendicites rétro-caecales,
- Appendicites méso-coéliquales,
- Appendicites sous hépatiques,
- Appendicites herniaires,
- Appendicites à gauche.

3.2.5.4 Formes selon le terrain

- Formes du jeune enfant ou du nourrisson : plus souvent péritonites. A part : la forme toxique.
- Formes du vieillard : pseudo-tumorale, signes atténués,
- Formes de la femme enceinte : pseudo-pyélonéphrites, pseudo-cholécystites.

3.2.6-Diagnostic différentiel

- Autres syndromes douloureux abdominaux,
- Syndromes urinaires,
- Syndromes pulmonaires,
- Autres causes médicales (hépatites, diabète, infarctus du myocarde). [11]

3.2.7-Traitement

3.2.7.1 Méthodes chirurgicales

Le traitement reste donc essentiellement chirurgical ; c'est l'appendicectomie, qu'elle soit faite par voie classique de Mc Burney ou par cœlioscopie.

3.2.7.2 Suites opératoires

➤ Antibiothérapie

Elle est péri opératoire et postopératoire. Aux bêta-lactamines (céphalosporines), on associera volontiers un imidazole. L'introduction de ces produits semble avoir contribué à raréfier les complications infectieuses pariétales graves. [10]

➤ **Prévention des thromboses**

Elle associe port de bas élastiques adaptés et héparine de bas poids moléculaire.

➤ **Reprise alimentaire**

La reprise des boissons peut être très précoce. Dans la majorité des cas les gaz sont, en effet, émis dans les premières 24h. Nous n'avons, de ce côté, aucune différence entre les suites de la coeliochirurgie et de la chirurgie par voie de Mc berney et la sortie a lieu vers le 3^e jour.

3.2.7.3 Complications postopératoires

➤ **Suppuration pariétale**

Elle est devenue rare et est marquée par une montée thermique au 3^e ou 4^e jour, un rougissement plus tardif de la plaie puis l'évacuation de pus fétide vers le 5^e ou 6^e jour. Le plus souvent l'évolution est alors bénigne mais retarde la sortie.

➤ **Péritonites postopératoires** (voir le chapitre sur les péritonites).

➤ **Occlusions postopératoires précoces** (voir le chapitre sur les occlusions).

3.2.7.4 Traitement des formes compliquées

➤ **Péritonite appendiculaire**

- Une réanimation médicale pré- per-post opératoire, jusqu'à la reprise du transit ;
- Une appendicectomie ;
- Une toilette péritonéale ;
- Un drainage de la FID ;
- Une antibiothérapie.

➤ **Abcès appendiculaires constitués**

- Une appendicectomie ;
- Une évacuation de l'abcès ;
- Un drainage de la poche de l'abcès ;
- Une antibiothérapie. [11]

3.3. PERITONITE AIGUË

3.3.1 DÉFINITION :

C'est une inflammation aiguë localisée ou diffuse de séreuse péritonéale suite à une agression bactérienne ou chimique.

3.3.2. PHYSIOPATHOLOGIE

➤ Étiologie

- Les péritonites secondaires sont dues soit à une perforation d'un organe creux, soit à l'extension d'un foyer septique intra-abdominal.
- L'agression péritonéale peut être chimique, septique ou mixte. Il faut savoir que toutes les péritonites chimiques finissent par devenir septiques au bout d'une certaine durée d'évolution.
- Les péritonites chimiques correspondent à une perforation du tractus digestif haut (estomac, duodénum) ou des voies biliaires non infectées. Le liquide épanché contient peu de germes mais a une grande acidité.
- Les péritonites septiques correspondent à une perforation du tractus digestif bas (grêle distal, côlon), à une perforation d'une collection abcédée ou à la diffusion d'un foyer septique intra-abdominal.
- Les péritonites mixtes sont généralement des péritonites chimiques devenant septiques.
- L'épanchement se collecte dans les zones déclives de la cavité péritonéale :
 - régions sous-phréniques ;
 - gouttières pariéto-coliques droite et gauche ;
 - et surtout cul-de-sac de Douglas.

➤ Conséquences locales

- Cet épanchement est responsable d'une réaction inflammatoire du péritoine avec hypervascularisation, oedème. Il devient petit à petit purulent avec la pullulation des germes (bacilles Gram négatif, anaérobies) et induit la création de fausses membranes qui tendent à circonscrire le foyer infectieux.

- Par ailleurs, il se constitue très rapidement un iléus paralytique avec stase du liquide digestif.
- L'ensemble de ces réactions est à l'origine d'un troisième secteur responsable d'une hypovolémie.

➤ **Conséquences générales**

- En l'absence de traitement rapide et efficace, les grandes fonctions vitales vont être atteintes, et ce d'autant plus rapidement que le terrain est fragile.
- Les complications générales sont dues au troisième secteur, au sepsis péritonéal et aux endotoxines bactériennes.
- Les complications générales sont :
 - un choc septique aggravant l'hypovolémie efficace, avec ses complications propres (bas débit, CIVD...) ;
 - des complications respiratoires : localisation septique pulmonaire ou oedème pulmonaire lésionnel ;
 - des complications rénales : l'insuffisance rénale est multifactorielle chez ces malades. Au début fonctionnelle (troisième secteur, choc septique), elle évolue vers une insuffisance rénale organique aiguë par nécrose tubulaire aiguë (conséquence du choc), ou par tubulonéphrite interstitielle (septique, médicamenteuse) ;
 - des complications hépatiques : un ictère infectieux ;
 - une dénutrition : elle est précoce et doit être compensée par une alimentation parentérale, puis entérale.

3.3.3. ETIOLOGIES

- On distingue en fonction de l'origine de la péritonite :
 - les péritonites chimiques secondaires à une brûlure péritonéale par un liquide qui s'infecte secondairement en l'absence de traitement ;
 - les péritonites septiques, où l'agression est d'emblée bactérienne.

➤ **Péritonites chimiques**

● Il s'agit essentiellement des perforations gastroduodénales le plus souvent ulcéreuses mais également néoplasiques. Plus rarement, il s'agit de nécrose gastrique par brûlure caustique.

➤ **Péritonites septiques**

- Perforation d'organe creux :

● Côlon :

- cancer ;
- perforation diastatique (cæcum) ;
- perforations iatrogènes (coloscopie) ;
- colites aiguës infectieuses et ischémiques ;
- traumatismes (rupture, plaie abdominale).

● Grêle :

- strangulation (nécrose d'un volvulus vu tardivement) ;
- infarctus du mésentère ;
- traumatismes (rupture, plaie abdominale) ;
- perforation : médicamenteuse (comprimés de KCl), typhique, sur bézoard ;
- diverticule de Meckel.

- Diffusion d'un foyer septique intra-abdominal (péritonite en un, deux ou trois temps)

- Appendiculaire (appendicite).
- Biliaire (cholécystite, angiocholite).
- Hépatique (abcès du foie).
- Génital (salpingite, pelvipéritonite).
- Colique (sigmoïdite diverticulaire).

- Péritonites postopératoires

- Lâchage d'une anastomose digestive.
- Fistule d'une anastomose digestive.
- Fistule biliaire...

3.3.4. DIAGNOSTIC

➤ **Diagnostic positif de péritonite aiguë généralisée**

(en dehors de son étiologie)

- **Signes fonctionnels**

- La douleur est intense, généralisée, ayant débuté et pouvant prédominer dans une partie de l'abdomen (argument étiologique).
- Vomissements ou nausées.
- Troubles du transit : arrêt des matières et des gaz (iléus), parfois diarrhées.

- **Signes généraux**

- Ils sont fonction de l'ancienneté de la péritonite :
 - tachycardie ;
 - température : en règle élevée 39-40 °C à l'exception des perforations d'ulcère où la température est normale dans les six premières heures.

- **Signes physiques**

- Il existe une contracture : il s'agit de la contraction des muscles de l'abdomen. Cette contraction est permanente, douloureuse, tonique, invincible et extensive. Elle prédomine là où elle a commencé.

Une contracture se voit à l'inspection, l'abdomen ne respire pas, avec saillie des muscles droits chez le sujet jeune.

Une contracture se palpe, mains réchauffées, à plat, en commençant par la zone supposée la moins douloureuse. C'est le « ventre de bois ».

- Au toucher rectal : douleur au cul-de-sac de Douglas ++++.
- À la percussion, on recherchera une disparition de la matité préhépatique en faveur d'un pneumopéritoine signant la perforation d'un organe creux, un météorisme, témoin de l'iléus paralytique, une matité déclive témoin de l'épanchement.

- Examens complémentaires

Clichés d'abdomen sans préparation :

– Les examens radiographiques ne doivent pas retarder la mise en route du traitement ni le bilan étiologique.

– Technique :

* des clichés de face debout et de face couché ;

* un cliché de face debout centré sur les coupes diaphragmatiques ;

* si la station debout est impossible :

■ Un cliché de profil couché, rayons horizontaux,

■ Voire de face décubitus latéral.

– Résultats : on recherche :

* des signes d'épanchement intrapéritonéal :

■ grisaille diffuse,

■ Anses grêles cernées en mosaïque,

■ Décollement pariétal du côlon, déplacement de la grosse tubérosité gastrique;

* un iléus réflexe avec des niveaux hydroaériques ;

* des arguments étiologiques :

■ Un pneumopéritoine : croissant gazeux interhépatodiaphragmatique ou sousdiaphragmatique gauche sur le cliché centré sur les coupes ; ou clarté gazeuse sous-pariétale sur le profil couché ; clarté gazeuse dans la gouttière pariéocolique sur la face décubitus latéral,

■ Un calcul radio-opaque dans l'hypochondre droit.

- Autres examens complémentaires :

– D'autres examens complémentaires dépendront de l'orientation étiologique.

– NFS : hyperleucocytose à polynucléaires à l'exception de la perforation d'ulcère dans les six premières heures.

– On pratiquera systématiquement des hémocultures répétées en milieu aéro-anaérobie.

– Un bilan hépatique complet (ASAT, ALAT, gamma GT, bilirubine totale et conjuguée) associé à un dosage de la lipasémie sont nécessaires à la recherche d'une complication ou d'un retentissement hépatique et pancréatique.

– Bilan préopératoire :

* groupe, rhésus;

* ionogramme, urée, créatinine ;

* TP, TCA ;

* glycémie ;

* radiographie pulmonaire, ECG.

– En préopératoire, on instaure une surveillance +++ clinique et on répète les examens complémentaires.

➤ **Facteurs de gravité**

- Liés au terrain

● Âge.

● Immunodépression.

● Dénutrition.

● Pathologies associées (plus elles sont nombreuses, plus la gravité s'accroît).

● Des scores de gravité appréciant le terrain permettent de classer les patients en différents stades de gravité.

- Liés au type de péritonite

● Les péritonites d'emblée septiques sont plus graves.

● Un épanchement péritonéal stercoral est un facteur de gravité.

- Liés à la prise en charge médicale

● Le délai de la prise en charge médicale et chirurgicale est un facteur de gravité.

➤ **Diagnostic des formes cliniques**

- Formes symptomatiques

Formes asthéniques

- Elles s'observent préférentiellement chez le sujet âgé ou chez le patient sous corticothérapie au long cours.
- Les signes généraux sont intenses, avec déshydratation importante, voire même collapsus (d'origine septique ou hypovolémique).
- En revanche, il n'y a pas de contracture, l'abdomen est météorisé, sans bruit hydroaérique ; on note une défense localisée ou généralisée, voire une simple douleur avec abdomen souple.
- Le toucher rectal recherche une douleur au cul-de-sac de Douglas.

Formes toxiques

- Elles évoluent rapidement vers un tableau de choc septique.

Formes débutantes

- Avant de voir apparaître la contracture, il peut exister une défense généralisée signe d'une irritation péritonéale. Celle-ci se voit volontiers dans les péritonites chimiques avant l'infection de l'épanchement péritonéal.
- La défense peut prédominer dans une partie de l'abdomen, ayant alors une valeur localisatrice.

➤ Formes topographiques (localisées)

- Le plastron

- Le plastron est l'étape intermédiaire entre une infection limitée à un organe intrapéritonéal et un abcès intrapéritonéal localisé autour de cet organe.
- Le foyer infectieux est cloisonné par les organes de voisinage. Ce plastron se rencontre plus volontiers après appendicite, cholécystite, diverticulite.
- Le tableau associe :
 - * des douleurs localisées avec troubles du transit inconstants et fièvre 38-39 °C ;
 - * un empatement douloureux, mat, blindant toute la région concernée ;
 - * une hyperleucocytose importante.
- Son évolution spontanée sans traitement se fait vers l'abcédation avec possibilité de drainage dans un organe voisin (fistule) ou dans la cavité péritonéale (péritonite généralisée en deux et trois temps).

– Son traitement est médical (antibiothérapie, surveillance).

- *Abcès du Douglas*

– Il est le plus souvent secondaire à :

- * une intervention chirurgicale ;
- * une appendicite pelvienne ;
- * une infection gynécologique.

– Il se manifeste par :

- * des douleurs hypogastriques ;
- * des signes urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles) ;
- * des signes rectaux (ténesme) ;
- * une diarrhée est fréquente ;
- * une fièvre oscillante ;
- * au toucher rectal, une masse fluctuante, douloureuse, bombant le Douglas.

– L'échographie à vessie pleine, voire le scanner abdominal, confirment le diagnostic.

- *Abcès sous-phrénique*

– Il s'agit de tout abcès siégeant dans la région sus-mésocolique. Il se manifeste par des douleurs d'un hypocondre, avec éventuellement irritation du diaphragme (douleurs scapulaires, hoquet), et un syndrome infectieux.

– La radiographie pulmonaire constate une ascension d'une coupole, un épanchement pleural réactionnel homolatéral, et, en scopie, la coupole est peu mobile, voire immobile.

– L'échographie ou le scanner confirme le diagnostic.

– Il survient le plus souvent en postopératoire.

- *Abcès péricolique et abcès périappendiculaire*

➤ **Péritonites postopératoires**

● Le diagnostic est difficile et donc souvent tardif. En effet, des signes cliniques tels que des douleurs, un iléus, un pneumopéritoine ont peu de valeur.

- La surveillance postopératoire permet de suspecter le diagnostic et de rassembler les critères de réintervention :
 - une fièvre oscillante ou persistante ;
 - des douleurs violentes, inhabituelles ou reprises des douleurs qui avaient initialement diminué;
 - une diarrhée ;
 - un météorisme persistant ;
 - un vomissement persistant ou une aspiration digestive anormalement abondante ;
 - une absence de reprise du transit ;
 - une suppuration pariétale ;
 - une désunion pariétale (éviscération) ;
 - des drainages abdominaux septiques ;
 - une polynucléose croissante ;
 - la survenue d'une complication systémique (voir ci-après).
- Échographie, scanner, contrôle de l'étanchéité d'une suture digestive par opacification à la gastrograffine peuvent confirmer les diagnostics difficiles.

➤ **Formes compliquées**

- Des complications systémiques peuvent survenir, d'autant plus qu'il s'agit d'une péritonite postopératoire, d'un patient âgé, polyopathologique, d'une péritonite septique (perforation colique), qu'il existe un retard diagnostique et/ou thérapeutique, et que le sujet est immunodéprimé (corticothérapie, immunosuppression, sida).

- Infectieuse

- Septicémie (hémocultures systématiques +++).
- Choc septique.
- CIVD.

- Hémodynamique

- Choc (hypovolémique, septique).

– Au maximum, collapsus et arrêt circulatoire.

- Insuffisance rénale (IR)

– En postopératoire, l'apparition d'une IR doit faire rechercher un foyer septique non drainé.

– L'IR est multifactorielle :

- * IR fonctionnelle ;
- * erreur transfusionnelle ;
- * néphrotoxicité médicamenteuse ;
- * tubulonéphrite interstitielle septique aiguë ;
- * nécrose tubulaire aiguë.

- Hémorragies

– Le plus souvent par gastrite hémorragique aiguë.

- Insuffisance respiratoire (multifactorielle)

– Essentiellement par oedème lésionnel (SDRA).

- Ictère

- Foie de choc.
- Ictère septique.

- Troubles de la conscience, confusion

3.3.5. EVOLUTION-PRONOSTIC

- Traitée précocement, l'évolution doit se faire vers la guérison, chaque complication générale étant traitée de façon symptomatique.
- En l'absence de traitement, les fonctions vitales sont rapidement atteintes : poumon, rein, foie...
- La péritonite aiguë généralisée est une maladie grave avec un taux de mortalité variant de 10 à 40 % suivant les facteurs de gravité.

3.3.6. TRAITEMENT

- Il s'agit d'une urgence chirurgicale.

3.3.6.1 Traitement médical

- Il est toujours indiqué. Il est conduit au cours d'une hospitalisation.

➤ **Soins**

- À jeun.
- Sonde nasogastrique en aspiration douce.
- Surveillance horaire de la diurèse (sonde urinaire).
- Oxygène nasal (rarement intubation d'emblée).

➤ **Apports hydroélectrolytiques**

- Rééquilibration hydroélectrolytique : remplissage vasculaire, correction de troubles ioniques, de l'acidose métabolique.

➤ **Antibiothérapie**

- Par voie parentérale, en association synergique, adaptée au malade, à large spectre d'emblée, dirigée contre les bacilles à Gram négatif et anaérobies, secondairement adaptée aux données des prélèvements bactériologiques.
- Plusieurs schémas sont possibles :
 - amoxicilline + acide clavulanique et aminoside ;
 - C3G et imidazolé ;
 - imidazolés et aminoside.
- La durée du traitement dépend du type de péritonite, de sa gravité et du délai de prise en charge chirurgicale. Elle varie entre un et quinze jours.

➤ **Autres mesures**

- Prévention de la maladie thromboembolique par héparines fractionnées à dose isocoagulante.
- Lutte contre la dénutrition par nutrition parentérale d'emblée puis, dès que possible, nutrition entérale.
- Prévention des hémorragies digestives : nutrition entérale, IPP (oméprazole).

➤ **Traitement des complications**

- Du choc septique : remplissage, dopamine, dobutamine.
- De l'insuffisance rénale : selon les cas, remplissage, furosémide, voire épuration extrarénale.
- Œdème lésionnel : ventilation assistée haute fréquence/petits volumes.

➤ **Surveillance**

Dès les premiers instants, elle dépistera les complications et guidera la réanimation :

- courbe de pouls, pression artérielle, température, diurèse horaire, pression veineuse centrale;
- bilan entrée/sortie : eau, électrolytes, calories ;
- mollets (phlébite) ;
- répétition des examens cliniques ;
- bilans biologiques de surveillance.

3.3.6.2 Traitement chirurgical

➤ **Cas général**

- Laparotomie médiane.
- Prélèvements bactériologiques de tout liquide intrapéritonéal.
- Exploration complète de la cavité péritonéale, vérifiant organe après organe (diagnostic étiologique):
 - tout le tube digestif, de l'estomac au rectum, en déroulant tout le grêle ;
 - palpation hépatique, de la vésicule biliaire, de la rate ;
 - examen des annexes chez la femme...
- Traitement étiologique :
 - appendicite : appendicectomie ;
 - ulcère gastroduodénal :
 - * résection-suture associée à une épiplooplastie pour les ulcères gastriques,
 - * simple suture pour les ulcères duodénaux ;
 - en cas de résection colique ou rectale, pas d'anastomose digestive, mais colostomie(s) :
 - * sigmoïdite diverticulaire (Hartmann, Bouilly-Volkman, mise à la peau de la perforation),
 - * cancer colique (Hartmann, colectomie subtotala avec stomies, Bouilly-Volkman, colostomie d'amont...),

- * colite ischémique (colectomie subtotale associée à des stomies) ;
- nécrose du grêle : double stomie après résection du grêle nécrosé ;
- Toilette péritonéale (traitement de la péritonite) :
 - elle doit être réalisée à l'aide d'au moins 10 litres de sérum isotonique tiède ;
 - elle vise à diluer le nombre de germes dans le liquide péritonéal, afin que le péritoine puisse les éliminer ;
 - fermeture sur drainage des zones déclives de la cavité péritonéale (en cas de péritonite stercorale ou de péritonite purulente opérée tardivement).
- Surveillance postopératoire :
 - état de la cicatrice ;
 - drains (débit, qualité du liquide drainé) ;
 - stomies (reprise du transit, aspect de la stomie) ;
 - reprise du transit ;
 - signes généraux.

➤ **Cas particuliers**

- La voie d'abord

- La voie d'abord coelioscopique est utilisée pour les perforations d'ulcère gastroduodéal, la péritonite appendiculaire et les péritonites d'origine gynécologique.
- Le traitement est le même. En cas d'impossibilité de réaliser un traitement complet et de bonne qualité (épanchement stercoral et généralisé), il ne faut pas hésiter à convertir.

- Stomies

- Des stomies peuvent être évitées :
 - * si la lésion du grêle est traitée précocement (< 12 heures), chez un malade en bon état général sans état de choc, l'épanchement péritonéal n'étant pas stercoral et le péritoine peu inflammatoire, on peut réaliser une résection anastomose d'emblée.

* en cas de perforation iatrogène du côlon après préparation colique et d'intervention précoce, une simple suture ou une résection-anastomose colique peuvent être réalisées.

- Drainage

– Si le traitement chirurgical est précoce (< 12 heures), avec un épanchement peu abondant, ou s'il ne s'agit pas d'une péritonite stercorale, on peut ne pas mettre en place de drainage ou juste un drainage simple au contact du foyer causal traité.

– En cas de péritonite stercorale ou opérée tardivement, un drainage des coupes diaphragmatiques, des gouttières pariéto-coliques, du récessus omental et du cul-de-sac de Douglas sont généralement réalisés.

➤ **Traitement chirurgical des péritonites localisées**

● Abscessus sous-phrénique : drainage par voie élective, à condition d'être sûr que le reste de la cavité péritonéale est parfaitement intègre.

● Abscessus de Douglas : drainage par rectotomie ou colpotomie postérieure.

[18 ; 19]

3.4. OCCLUSION INTESTINALE AIGUË

3.4.1- Définition :

Les occlusions intestinales se définissent par une interruption du transit intestinal.

3.4.2- Classification des occlusions intestinales

3.4.2.1 Occlusion mécanique :

- Par obstruction :

- Extraluminale : brides, adhérences, tumeur abdominale,
- Paroi du viscère : atrésies, tumeur, maladies inflammatoires,
- Intraluminale : corps étrangers, phytobézoards, iléus biliaires.

- Par étranglement : hernie étranglée, volvulus, invagination.

3.4.2.2 Occlusion fonctionnelle :

- Paralytique : inflammatoire, infectieux.
- Troubles métaboliques.

3.4.3- Physiopathologie

3.4.3.1 Mécanisme :

L'agent occlusif peut être mécanique ou fonctionnel. Les occlusions fonctionnelles sont liées à une altération du système neurovégétatif et se manifestent par une paralysie intestinale, intéressant le plus souvent le grêle et le côlon. Les occlusions mécaniques, les plus fréquentes au niveau du côlon, peuvent relever soit d'une obstruction de la lumière colique (d'origine intra- ou extraluminale), soit d'une strangulation engendrant rapidement une ischémie intestinale.

3.4.3.2 Conséquences liées aux mécanismes

3.4.3.2.1 En cas d'occlusion par obstruction :

La résorption hydrique est rapidement inhibée, le liquide digestif stagne, les parois intestinales se distendent et le péristaltisme s'arrête.

3.4.3.2.2 En cas d'occlusion par strangulation :

Il est produit soit un engorgement veineux avec un risque rapide de nécrose intestinale, soit une ischémie évoluant vers la fibrose puis la sténose. Dans tous les cas, il existe une pullulation microbienne et un risque de choc septique.

3.4.4- Etiologie

Les principales étiologies de ces différents types d'occlusion sont résumées dans la classification.

3.4.5- Tableau clinique « typique »

3.4.5.1 Clinique :

Le diagnostic clinique repose sur quatre signes principaux (**classique carré de l'occlusion**).

3.4.5.1.1 Douleurs abdominales

C'est habituellement le premier signe et cette douleur est constante. Les caractères varient selon le mécanisme de l'obstacle, son début peut être brutal ou progressif en fonction de l'étiologie. Il peut s'agir de crises paroxystiques intermittentes traduisant le péristaltisme intestinal exacerbé en amont de l'obstacle.

3.4.5.1.2 Vomissements :

Réflexe au début, ils sont caractéristiques lorsqu'ils sont abondants, traduisant une intolérance gastrique totale. Précoces dans les occlusions hautes, ils sont alimentaires, bilieux puis fécaloïdes.

3.4.5.1.3 Arrêt des matières et des gaz :

C'est le symptôme essentiel et c'est lui qui définit le syndrome occlusif. Il peut être difficile à mettre en évidence dans les occlusions par obstruction. Une diarrhée brutale n'est pas un argument contraire au diagnostic. Elle correspondant à l'évacuation de l'intestin sous l'obstacle, contemporaine de l'installation de l'occlusion.

Il faut rechercher le retentissement sur l'état général à l'examen clinique par la soif, l'oligurie, l'accélération du pouls (signe de déshydratation).

3.4.5.1.4 Météorisme abdominal :

A l'inspection, recherche de cicatrice de laparotomie, l'abdomen est-il plat ou météorisé (fonction du siège d'occlusion). Ce météorisme est d'autant plus important que l'obstacle est bas situé. Il traduit la dilatation du côlon et ou du grêle avec des anses pleines de liquide.

A la palpation, il y'a en théorie pas de défense ni contracture, la présence d'une douleur ou d'une défense est un signe gravité.

A l'auscultation, le météorisme peut être immobile et silencieux en faveur d'une strangulation, la présence de bruits hydro-aériques témoigne de la lutte du tube digestif contre l'obstacle.

A la percussion, il existe habituellement un tympanisme (anses pleines de liquide).

Les touchers pelviens sont habituellement normaux (rechercher un fécalome, une tumeur à bout de doigt).

Les orifices herniaires sont libres en absence de hernie étranglée.

3.4.5.2 Examens complémentaires

3.4.5.2.1 Radiologie standard :

Trois clichés d'abdomen sans préparation (ASP) sont demandés :

- **Le cliché d'ASP face**, debout met en évidence les images qui caractérisent une occlusion intestinale : image hydro-aérique faite de niveaux liquides horizontaux, sur montés d'une bulle ou d'un arceau clair (gaz), témoin de la distension gazeuse et liquidienne.

- **Le cliché d'ASP face**, couche apprécie le calibre des anses, aspect du plissement muqueux, l'épaisseur, et la topographie des images comme sur le cliché debout.

- **Le cliché d'ASP centré** sur les coupes doit éliminer un pneumopéritoine qui traduirait une complication de l'occlusion (perforation). Les niveaux hydro-aériques en fonction de l'aspect de leur topographie orientent vers une occlusion du grêle ou du côlon :

Dans les occlusions du grêle, ils sont nombreux de petite dimension indépendamment les uns des autres, réalisant des images en terrasse plus larges que hautes, en position médio-abdominale dont les contours sont dessinés par les valvules conniventes. Il n'y a pas de distension colique associée. Cependant, lorsque la dilatation du grêle est essentiellement liquidienne, les images hydro-aériques peuvent être totalement absentes.

Dans les occlusions coliques, les clichés simples mettent en évidence une importante distension gazeuse du cadre colique, dont les haustrations sont souvent nettes, entourant les anses grêles sous forme d'images hydro-aériques périphériques, peu nombreuses, plus hautes que larges.

3.4.5.2.2 Echographie abdominale :

Cet examen est peu réalisé en pratique, car il est habituellement rendu difficile par la distension et/ou la présence de liquide dans les anses.

3.4.5.2.3 TDM abdomino-pelvienne :

Le scanner abdomino-pelvien avec injection est aujourd'hui l'examen clé ;

- Occlusions du grêle :

Le scanner permet :

-de confirmer l'occlusion en retrouvant les images de niveaux hydro-aériques vues à l'abdomen sans préparation ;

-d'apprécier sa gravité en visualisant un pneumopéritoine avec une sensibilité nettement supérieure à celle de l'ASP en mettant en évidence un épaissement des parois du grêle et un épanchement intra-abdominal ;

-de suspecter l'étiologie en pouvant visualiser une cause extraluminale telle qu'une tumeur, une cause pariétale, une tumeur bénigne ou maligne du grêle ou intraluminale, tel qu'un calcul biliaire.

- Occlusions coliques :

Le scanner est utilement complété par un lavement (air, produits hydrosolubles ou eau) sous faible pression.

Dans l'occlusion pour cancer colique, il met en évidence sur le cadre colique, une sténose courte, excentrée, irrégulière, se rehaussant souvent après injection de produit de contraste et sans remaniement important de la graisse péri-colique. Il permet de rechercher des signes d'ischémie colique, voire de perforation diastatique débutante (pneumopéritoine, bulles extra-digestives). Le scanner permet en outre de détecter d'emblée l'existence d'adénopathies satellites de la tumeur, de lésions hépatiques évocatrices de métastases ou encore de carcinose péritonéale.

L'occlusion par sigmoïdite diverticulaire chronique se traduit au contraire par une longue sténose inflammatoire et symétrique avec des remaniements péricoliques importants, associés ou non à la présence de diverticule.

L'occlusion par volvulus colique est facilement identifiable et le scanner permet à la fois de mettre en évidence la torsion du méso-côlon et des pédicules vasculaires et d'analyser la vitalité du segment colique volvé.

3.4.5.2.4 Examens biologiques :

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

3.4.6- Formes cliniques :

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

3.4.6-1 Occlusions mécaniques :

3.4.6.1.1 Par strangulation

Elles représentent une urgence chirurgicale. Le début de la symptomatologie est brutal avec des douleurs abdominales violentes et permanentes, des vomissements, un arrêt des matières et des gaz. L'état général est rapidement altéré avec une déshydratation voire un état de choc. A l'examen clinique, le météorisme est asymétrique, immobile, tympanique et silencieux. Il existe

souvent des signes de souffrance intestinale caractérisée par une défense pariétale douloureuse. Sur l'ASP, une image en arceau est parfois visible avec des niveaux liquides dans les 2 pieds de l'anse volvulée. Les perturbations biologiques sont précoces et très marquées (insuffisance rénale fonctionnelle, hypokaliémie, hyponatrémie). L'évolution peut être rapide vers la péritonite par perforation d'une anse nécrosée.

3.4.6.1.2 Par obstruction

Il s'agit d'une urgence différée. Les occlusions mécaniques par obstruction évoluent lentement et le début est progressif, avec souvent des antécédents de crises douloureuses identiques, spontanément régressives. Les douleurs sont moins violentes que dans les occlusions par strangulation, les vomissements sont plus tardifs de même que l'AMG ainsi que le retentissement sur l'état général. Parfois un amaigrissement est noté. A l'examen, le météorisme est diffus avec des ondulations péristaltiques, les bruits hydro-aériques sont présents, voire augmentés au moment des crises douloureuses paroxystiques traduisant un état de lutte contre un obstacle. Cependant, le siège de l'obstacle modifie la sémiologie. Sur l'ASP, les niveaux liquides sont multiples et étagés.

3.4.6.2 Occlusions fonctionnelles

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

Quant aux occlusions inflammatoires qui ont une participation fonctionnelle liée à un foyer infectieux et une cause mécanique, elles rajoutent au syndrome occlusif un tableau infectieux comme en attestant la fièvre et l'hyperleucocytose

à polynucléaires ; elles s'observent au cours d'un abcès appendiculaire, vésiculaire ou gynécologique, voire d'une péritonite ou d'une pancréatite aiguë.

3.4.7- Traitement

3.4.7.1 Traitement médical

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

- Antalgiques antispasmodiques par voies parentérales ;
- Rééquilibration hydro-électrolytique et hémodynamique ;
- Aspiration digestive ;
- Antibiothérapie.

3.4.7.2 Traitement chirurgical

Occlusions par strangulation :

- Le plus caractéristique de ces tableaux est celui de **la strangulation d'une anse grêle sur une bride postopératoire.**

La prise en charge est liée non pas à l'interruption du transit mais à la nécessité de lever la strangulation avant que la vitalité de l'anse étranglée ne soit compromise et oblige à la résection.

Si on arrive à temps, l'anse ou les anses intéressées sont encore viables. Ces brides sont sectionnées et les adhérences libérées. Un volvulus sur bride nécessite la détorsion de l'intestin.

Si on arrive plus tard, toute anse manifestement nécrosée sera réséquée et continuité sera rétablie dans le même temps en l'absence de péritonite associée.

- **Volvulus du côlon pelvien**, l'intervention chirurgicale s'impose en urgence pour réaliser une sigmoïdectomie sans rétablissement immédiat de la continuité dans ce contexte.

- **Occlusion par l'invagination**

La plus fréquente des invaginations est iléo-colique droite.

Le traitement chirurgical consiste en :

- Une laparotomie

- Une désinvagination complète
- Une résection du boudin en cas de nécrose et suivi d'une anastomose.
- **Occlusion par cancer du sigmoïde il faut faire :**
 - Une 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. [20 ; 21]

3.5. LES AUTRES CAUSES

Il existe d'autres causes d'urgences chirurgicales viscérales que les appendicites aiguës, les péritonites aiguës et les occlusions intestinales aiguës. Quelques-unes des plus fréquentes sont citées ci-dessous.

3.5.1 Traumatismes abdominaux

• Contusions abdominales :

- Toute contusion abdominale sévère expose à un risque vital : de saignement, intra- ou souspéritonéal après rupture d'organes pleins ; de péritonite après perforation d'organes creux.
- Identifier au plus vite ces lésions viscérales abdominales représente l'objectif premier de la prise en charge d'une contusion abdominale.

Ce diagnostic est souvent difficile, en particulier chez un polytraumatisé porteur de lésions traumatiques associées qui risquent d'accaparer l'attention de l'équipe d'urgence.

• Plaies de l'abdomen :

- Les plaies de l'abdomen ne se résument pas aux seules plaies de la paroi abdominale antérieure.

Certaines plaies plus périphériques : plaies thoraciques antérieures au-dessous du mamelon, plaies dorsales, plaies des flancs, plaies périnéales et fessières doivent être explorées et traitées comme des plaies de l'abdomen.

- La confirmation du caractère pénétrant de la plaie abdominale peut être fournie par l'examen clinique, par la recherche systématique d'un saignement digestif ou urinaire, ou par les examens d'imagerie, mais elle repose avant tout, dans les plaies par arme blanche, sur une exploration chirurgicale de la plaie, effectuée sous anesthésie locale au bloc opératoire. [22]

3.5.2 Grossesse extra-utérine rompue

On appelle grossesse extra-utérine, une grossesse implantée en dehors de l'endomètre. Sa fréquence moyenne est de l'ordre de 1 %. L'absence de diagnostic conduit habituellement à des ruptures avec hémopéritoine pouvant

conduire au décès maternel. Dans le cas contraire, une prise en charge précoce permet un traitement conservateur, médical ou chirurgical. Lorsqu'une femme en période d'activité génitale présente des métrorragies et des douleurs pelviennes, le diagnostic de grossesse extra-utérine doit être évoqué de principe. L'interrogatoire permet de sélectionner une population à risque : notion d'infertilité ou de stérilité traitée ou non, antécédents de plastie tubaire, de salpingite ou d'endométriose, contraception par stérilet ou microprogestatifs. L'existence d'une grossesse extra-utérine dans les antécédents est un facteur de risque majeur. L'interrogatoire précise également la durée de l'aménorrhée et l'aspect des dernières menstruations ainsi que celui des métrorragies. Des saignements brun sépia, peu abondants sont particulièrement évocateurs d'un processus extra-utérin. La clinique est trompeuse et variable, aucun signe n'étant pathognomonique.

- Le traitement est le plus souvent coelioscopique : soit conservateur (salpingotomie ou expression tubaire), soit radical (salpingectomie). Quant au traitement médical (méthothrexate), ses indications sont maintenant plus précises.
- Le pronostic concernant la fertilité a été transformé par les progrès de l'assistance médicale à la procréation. [23]

3.5.3 Torsion du kyste ovarien

Il peut se tordre, se rompre, saigner. La douleur est brutale, unilatérale, associée à des vomissements s'il s'agit d'une torsion qui constitue une véritable urgence chirurgicale. Il existe une douleur exquise latéro-utérine au niveau du pédicule ovarien avec ou sans perception de masse pelvienne.

- *Dans les autres cas*, l'examen retrouve une douleur ou une défense pariétale, le cul-de-sac vaginal est sensible avec présence d'une masse plus ou moins volumineuse.
- *L'échographie oriente le diagnostic :*
 - torsion : augmentation du volume, diminution du flux sanguin ;

- rupture : épanchement intrapéritonéal, kyste affaissé par rapport à un éventuel examen antérieur ;
- hémorragie : contenu échogène hétérogène, aspect de sédimentation avec le temps.

Le traitement repose sur les antalgiques ou la coelioscopie selon les cas. [24]

3.5.4 Hémorragie digestive

C'est une urgence médico-chirurgicale.

- Toute hémorragie digestive (HD) est une urgence thérapeutique menaçant le pronostic vital.
- L'abondance de l'HD se juge sur l'hémodynamique +++.
- Le nombre de culots globulaires transfusés dans les 48 premières heures est le facteur pronostique essentiel.
- La fibroscopie oeso-gastro-duodénale est l'examen clé du diagnostic d'HD d'origine haute. Elle doit être effectuée chez un malade réanimé, à l'hémodynamique stable et l'estomac lavé.
- L'hémostase endoscopique est le traitement de choix des HD par rupture de varices œsophagiennes et des ulcères gastro-duodénaux hémorragiques.
- En cas d'HD basse abondante, il faut s'assurer de l'absence de lésion haute par la pose d'une sonde gastrique et la réalisation d'une endoscopie haute.
- Une HD basse impose une exploration colique complète. [25]

3.5.4 Complications de la lithiase biliaire.

- En Europe, on estime que 10 % des adultes sont porteurs de calculs biliaires ; la répartition est de 3 femmes pour 1 homme.

Les calculs sont faits le plus souvent de cholestérol, parfois de bilirubinate de calcium ; ils sont rarement pigmentaires et surviennent alors à l'occasion d'une anémie hémolytique.

- Trois quarts des lithiases biliaires sont asymptomatiques et ne nécessitent pas de traitement médical ou chirurgical.

- La lithiase devient symptomatique essentiellement sous la forme de douleurs (coliques hépatiques ou douleurs atypiques) quand les calculs se mobilisent en migrant dans le canal cystique ou la voie biliaire principale. Il faut alors traiter les malades ; le plus souvent une cholécystectomie est nécessaire car des complications peuvent survenir avec une très grande fréquence.

Les douleurs peuvent d'ailleurs être le signe d'une complication révélatrice de la maladie.

- Les complications s'observent au niveau de la vésicule elle-même (cholécystites chronique et aiguë, calculo-cancer) ou au niveau de la voie biliaire principale. Elles sont souvent graves (péritonite, angiocholite, pancréatite, cirrhose biliaire secondaire) et parfois mortelles.

Leur traitement se fait le plus souvent en urgence dans le cadre d'une collaboration pluridisciplinaire qui utilise des moyens chirurgicaux ou non. [26]

METHODOLOGIE

4- METHODOLOGIE

4.1. Cadre de l'étude :

L'étude a été effectuée dans le Service de Chirurgie générale de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Présentation de l'Hôpital Nianankoro FOMBA:

Cet Hôpital est situé en plein centre de la ville de Ségou sur la route nationale n°6 reliant Bamako aux régions Nord et Est du pays ; il comporte une cinquantaine de bâtiments repartis sur un vaste terrain d'une superficie globale de près de six hectares.

Les premiers travaux de construction de l'Hôpital de Ségou ont débuté en 1939, juste avant le début de la seconde guerre mondiale (il abritait alors un dispensaire et une maternité).

En 1962, l'établissement deviendra un «Hôpital secondaire».

Actuellement il est l'Hôpital régional de référence. Il porta le nom de Feu Nianankoro FOMBA le 23 février 1985.

Son évolution structurale et architecturale lui permet d'accueillir aujourd'hui 144 lits. Les structures de l'hôpital sont réparties en service : Administratif (direction), Médecine générale, Chirurgie générale, ORL, Gynéco-obstétrique, Pédiatrie, Traumatologie, Cabinet dentaire, Ophtalmologie, Radiologie, Pharmacie, Laboratoire, Service d'anesthésie et de Réanimation.

L'hôpital a un personnel de 191 agents répartis entre les catégories professionnelles.

Présentation du service de chirurgie générale de l'HNF :

➤ Les infrastructures comprennent :

- Deux (2) pavillons (homme et femme) : 36 lits
 - Deux (2) bureaux de médecin (chirurgien),
 - Deux (2) bureaux de major,

- Deux (2) salles de soins : chaque salle dispose : d'une table de pansement, d'un chariot pour instruments, de trois plateaux pour pansement (petit, moyen, grand) et de deux boîtes de pansements en acier inox.

- Huit (8) salles d'hospitalisation de 3^{ème} catégorie,

- Quatre (4) salles de VIP de 1^{ère} catégorie,

- Quatre (4) salles de VIP de 2^{ème} catégorie,

- Quatre (4) toilettes pour le personnel.

- Bloc opératoire : le service de chirurgie générale intervient dans 2 salles opératoires à savoir la salle pour les interventions programmées et la salle pour les urgences et qui est commune pour tous les autres services. Chacune de ces salles comprend une salle d'induction et une salle de lavage des mains. Par ailleurs il y'a une salle de surveillance post interventionnelle, une salle de stérilisation, une salle de repos et 2 vestiaires. Chaque salle opératoire dispose de :

- cinq prises murales électriques,

- un bistouri électrique (électrode pour électrocoagulation),

- une centrale d'aspiration (aspirateur portable, aspirateur mural),

- une prise de fluide avec oxygène (O₂), protoxyde d'azote (N₂O) et vide,

- un extracteur d'oxygène,

- une table d'opération avec scialytique,

- une lampe à ultraviolets,

- un négatoscope,

- un chariot pour instruments,

- un chariot d'anesthésie,

- un appareil d'anesthésie (avec évaporateur de gaz),

- un moniteur de type « Dynamap » affichant : la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la saturation du sang en oxygène, la fréquence respiratoire, la température et le tracé de l'électrocardiogramme.

➤ **Les personnels :**

- Deux (2) chirurgiens,
- Deux (2) infirmiers d'état,
- Deux (2) infirmières,
- Cinq (5) aides soignants (es),
- Deux manœuvres,

➤ **Les activités :**

- Les consultations : elles sont effectuées le lundi, le mercredi et le vendredi de 8h à 16h 30 par les 2 chirurgiens.
- Les interventions chirurgicales :
 - Les interventions programmées sont réalisées le mardi et le jeudi ;
 - Les interventions d'urgence sont effectuées tous les jours.

4.2. Type et Période d'étude:

Il s'agissait d' une étude prospective et transversale allant de septembre 2008 à février 2009 soit une période de 6 mois.

4.3. Population d'étude

L'étude a concerné tous les patients admis et opérés pour une urgence chirurgicale viscérale dans le service de chirurgie générale pendant la période d'étude.

4.4. Echantillonnage :

Le recrutement était fait de façon exhaustive et a concerné tous les patients admis pour une urgence chirurgicale viscérale pendant les six mois de l'étude soit 103 patients.

4.4.1. Les critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude,

- Tous les patients admis au service de chirurgie générale de l'HNF pour urgence chirurgicale viscérale ayant subi une intervention chirurgicale.

4.4.2. Les critères de non inclusion :

Les patients hospitalisés non opérés et ceux opérés hors du service n'étaient pas inclus dans cette étude.

4.5. Déroulement de l'étude :

4.5.1. Elaboration de la fiche d'enquête:

Nous avons élaboré une fiche d'enquête dans le but de prendre en charge les questions relatives à nos objectifs. Après correction par le directeur de thèse, elle a été soumise à un pré-test sur 15 cas. Cette fiche d'enquête comprend 3 parties :

- Données sociodémographiques,
- Données cliniques et paracliniques,
- Données thérapeutiques.

4.5.2. Recrutement :

Nous avons recruté tous les patients admis au service de chirurgie générale de l'HNF pour une urgence chirurgicale viscérale.

4.6. Gestion des données :

Les données ont été saisies sur Microsoft Word 2003 et analysées sur le logiciel Epi 6 info Fr.

RESULTATS

5. RESULTATS

5.1 Fréquence des urgences chirurgicales viscérales

Tableau I : Fréquence des urgences chirurgicales viscérales parmi les autres pathologies chirurgicales.

Pathologie	Effectif	Pourcentage
UCV	103	29,7
Autres pathologies chirurgicales	244	70,3
TOTAL	347	100

Les urgences chirurgicales viscérales ont représenté 29,7% des activités chirurgicales.

5.2 Données socio - démographiques

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

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage
[0-15 [	27	26,2
[15-30[	36	35,0
[30-45[	17	16,5
[45-60[	16	15,5
[60-75[	7	6,8
TOTAL	103	100

La tranche d'âge [15-30[ans était la plus représentée avec 35% des cas. L'âge moyen était de 28,76 ans avec des extrêmes de 4 mois et 74 ans.

Tableau III : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif	pourcentage
Masculin	72	69,9
Féminin	31	30,1
TOTAL	103	100

Le sexe masculin était prédominant avec un sex-ratio de 2,32

Tableau IV : Répartition selon la profession des patients.

Profession	Effectif	pourcentage
Paysan	31	30,1
Élève/Étudiant	23	22,3
Ménagère	15	14,5
Militaire	6	5,8
Commerçant	5	4,9
Ouvrier	5	4,9
Fonctionnaire	3	2,9
Autres*	15	14,6
TOTAL	103	100

La majorité de nos patients étaient des paysans (30,1%), des élèves/ étudiants (22,3%) et des ménagères (14,5%).

Tableau V : Répartition des patients selon la provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
Ségou	43	41,7
Macina	12	11,7
Markala	11	10,7
Baroueli	9	8,7
Bla	9	8,7
Niono	7	6,8
San	5	4,9
Tominian	4	3,9
Hors région	3	2,9
Total	103	100

Les 41,7% des malades venaient de la commune de Ségou et 55,4% étaient référés des cercles et 2,9% venaient hors région de Ségou.

Tableau VI : Répartition des patients selon le niveau d'étude.

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Non scolarisés	55	53,4
Primaire	22	21,4
Secondaire	12	11,7
Supérieur	2	1,9
Autres	12	11,7
Total	103	100

Les patients non scolarisés étaient les plus représentés avec 53,4% des cas et 1,9% avaient un niveau supérieur.

Tableau VII : Répartition des patients selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié (es)	42	40,8
Célibataire	31	30,1
Veuf (ves)	2	1,9
Divorce	2	1,9
Autres	26	25,2
Total	103	100

Les patients étaient mariés dans 40,8% des cas.

5.3 Données de l'anamnèse

Tableau VIII : Répartition des patients selon le mode de recrutement.

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Consultation en urgence	93	90,3
Consultation ordinaire	10	9,7
Total	103	100

Les patients étaient en majorité reçus en urgence dans 90,3% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venu de lui-même	21	20,4
Accompagné de Famille	13	12,6
Référé/médecin	60	58,3
Référé/infirmier	9	8,7
TOTAL	103	100

La référence était décidée par un médecin dans 58,3% des cas.

Tableau X : Répartition des patients selon les moyens de prise en charge financière.

Moyens de prise en charge financière	Effectif	Pourcentage
A leur frais	96	93,2
Service social	3	2,9
Etat	2	1,9
Entreprises/Mutuelles	2	1,9
Assurance	0	0
Total	103	100

Les patients étaient à leurs propres frais dans 93,2 % des cas.

Tableau XI: Répartition des patients selon le moyen d'évacuation.

Moyens d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Transport personnel	62	60,2
Ambulance	37	35,9
Véhicule de l'armée	3	2,9
Véhicule de secours (protection civile)	1	1,0
Total	103	100

Plus de la moitié des patients (60,2%) était évacuée par moyen de transport personnel.

Tableau XII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Constipation chronique	15	14,6
UGD/RGO	14	13
HTA	10	9,7
Toux chronique	10	9,7
Drépanocytose	4	3,9
Cardiopathie	2	1,9
Hépatopathie	2	1,9
Diabète	1	1,0
Autres	12	11,7
Indéterminés	33	32
Total	103	100

Aucun antécédent n'était retrouvé chez 32% des patients et les pathologies chroniques retrouvées étaient les constipations chroniques (14,6), l'HTA (9,7%), la toux chronique (9,7%), et la drépanocytose (3,9%).

Tableau XIII : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Péritonite	3	2,9
Hernie inguinale	4	3,9
Fibrome utérin	2	1,9
Aucun	94	91,3
Total	103	100

Les patients n'avaient aucun antécédent chirurgical dans 91,3% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le traitement reçu avant l'admission.

Traitement reçu avant l'admission	Effectif	Pourcentage
Médical	4	3,9
Mixte	25	24,3
Traditionnel	48	46,6
Aucun	26	25,2
Total	103	100

Les patients avaient reçu un traitement traditionnel avant l'admission dans 46,6% des cas.

5.4 Données cliniques

Tableau XV : Répartition des patients selon l'état général (Indice de Karnofsky) à l'admission.

Etat général	Effectif	Pourcentage
[100 – 91[	11	10,7
[90 – 51[	51	49,5
≤ 50	41	39,8
Total	103	100

Les patients avaient un Indice de Karnofsky de 90-51 à l'admission dans 49,5% des cas.

Tableau XVI : Répartition des patients selon les motifs d'hospitalisation.

Motifs d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
Syndrome péritonéal	32	31,0
Syndrome appendiculaire	22	21,4
Tuméfactions douloureuses (inguinale, crurale, ombilicale et LB)	19	18,4
Syndrome occlusif	14	13,6
Plaie pénétrante abdominale	5	4,9
Contusion abdominale	3	2,9
Syndrome douloureux+ Rectorragie	3	2,9
Algie pelvienne aigue	3	2,9
Epigastralgie	1	1,0
Triade de Fontan	1	1,0
Total	103	100

Les motifs d'hospitalisation étaient dominés par le syndrome péritonéal dans 31% des cas.

5.5 Données para cliniques**Tableau XVII : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine.**

Taux d'Hb (g/dl)	Effectif	Pourcentage
≤10 g/dl	34	33,0
11-13g/dl	32	31,1
Plus de 14g/dl	16	15,5
Non fait	21	20,4
Total	103	100

Avant l'intervention, 33% des malades avaient un taux d'hémoglobine inférieur ou égal à 10g/dl et 21 malades (20,4%) n'avaient pas fait de NFS.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la réalisation du groupe rhésus.

Groupe rhésus	Effectif	Pourcentage
Fait	82	79,6
Non fait	21	20,4
Total	103	100

Le groupe rhésus a été fait chez 79,6% des patients.

Tableau XIX : Répartition des patients selon la réalisation de l'ASP.

ASP	Effectif	Pourcentage
Faite	15	14,6
Non faite	88	85,4
Total	103	100

Seulement, 14,6% des patients ont bénéficié un ASP.

Tableau XX : Répartition des patients selon la réalisation de l'échographie abdomino- pelvienne.

Echographie	Effectif	Pourcentage
Faite	17	16,5
Non faite	86	83,5
Total	103	100

Seulement, 16,5% des patients ont bénéficié une échographie abdomino-pelvienne.

5.6 Données selon l'étiologie

Tableau XXI : Répartition des patients selon les étiologies des UCV retrouvées.

Etiologies	Effectif	Pourcentage
Occlusions intestinales aiguës	37	35,9
Péritonites aiguës	32	31,1
Appendicites aiguës	22	21,3
Plaies pénétrantes abdominales	5	4,9
Contusions abdominales	3	2,9
Torsions du kyste ovarien	2	1,9
GEU rompue	1	1,0
Abcès hépatique	1	1,0
Total	103	100

Les occlusions intestinales aiguës étaient les étiologies des UCV les plus fréquentes soit 35,9% des cas.

Tableau XXII : Répartition des péritonites selon les étiologies.

Etiologie	Effectif	Pourcentage
Perforation appendiculaire	17	53,1
Perforation typhique iléale	11	34,3
Ascite infecté	2	6,2
Tuberculeuse	1	3,2
Perforation gastrique	1	3,2
Total	32	100

L'étiologie des péritonites était une perforation appendiculaire dans 53,1% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des occlusions selon les étiologies.

Etiologie	Effectif	Pourcentage
Hernie étranglée	19	51,4
Volvulus du grêle et côlon	12	32,4
Invagination intestinale aigue	4	10,8
Bride postopératoire	1	2,7
Tumeur colorectale	1	2,7
Total	37	100

La hernie étranglée a été la cause des occlusions dans 51,4% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des hernies selon le siège.

Siège de la hernie	Effectif	Pourcentage
Hernie inguinale	13	68,4
Hernie ombilicale	4	21,0
Hernie de la ligne blanche	1	5,3
Hernie fémorale	1	5,3
Total	19	100

La hernie inguinale représentait 68,4% des cas de hernie.

Tableau XXV : Répartition des traumatismes abdominaux selon le type.

Type	Effectif	Pourcentage
▪ Plaies pénétrantes abdominales avec		
- Perforation intestinale	3	37,5
- Eviscération+Lésions iléales	2	25
▪ Contusions abdominales avec		
- Rupture de la rate	1	12,5
- Hématome de l'arrière Cavité des épiploons	1	12,5
- Lésions iléales et mésentériques	1	12,5
Total	8	100

Les plaies pénétrantes abdominales avec perforation intestinale représentaient 37,5% des cas de traumatismes abdominaux.

Tableau XXVI : Répartition des traumatismes selon le mécanisme.

Mécanisme	Effectif	Pourcentage
Arme à feu	3	37,5
Accident de la voie publique	2	25
Chute de la hauteur d'un arbre	1	12,5
Agression des animaux	2	25
Total	8	100

L'arme à feu était la cause des traumatismes dans 37,5% des cas.

5.7 Données de la prise en charge

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la nature du traitement médical préopératoire.

Traitement	Effectif	Pourcentage
Perfusion	79	76,7
Antalgique+antibiotique+ Perfusion Antiparasitaire	13	12,6
Antalgique	9	8,8
Antibiotique+perfusion+ Transfusion	2	1,9
Transfusion	0	0,0
Total	103	100

En préopératoire, 76,7% des patients avaient reçu une perfusion.

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

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage
Rachianesthésie	7	6,8
AG	96	93,2
Total	103	100

Les patients ont bénéficié de l'anesthésie générale dans 93,2% de cas.

Tableau XXIX : Répartition des malades selon le type d'intervention.

Type d'intervention	Effectif	Pourcentage
Appendicectomie avec ou sans enfouissement	21	20,4
Appendicectomie+ lavage+ drainage	17	16,5
Cure de la hernie inguinale	13	12,6
Suture de la brèche iléale	11	10,6
Résection+anastomose termino-terminale	11	10,6
Parage des lésions et suture de la perforation	6	5,8
Cure de la hernie ombilicale	4	3,9
Dévolvulation	4	3,9
Aspiration+lavage+Drainage	3	2,9
Désinvagination	3	2,9
Kystectomie	2	1,9
Débridement	1	1,0
Cure de la hernie crurale	1	1,0
Cure de la hernie de LB	1	1,0
Suture de la brèche gastrique	1	1,0
Splénectomie	1	1,0
Parage des lésions+Extraction des balles	1	1,0
Salpingectomie	1	1,0
Colostomie selon Hartmann	1	1,0
Total	103	100

L'appendicectomie a été le type d'intervention le plus fréquent soit 20,4% des cas.

Tableau XXX : Répartition selon la nature du traitement postopératoire.

Traitement	Effectif	Pourcentage
Antalgique + perfusion +Antibiotique	97	94,2
Antalgique + antibiotique +Perfusion + transfusion	5	4,8
Antalgique + perfusion + Antibiotique+Anticoagulant	1	1,0
Total	103	100

Les patients avaient reçu un traitement antalgique, antibiotique et perfusion en postopératoire dans 94,2% des cas.

Tableau XXXI : Répartition des patients selon la reprise du transit.

Reprise du transit	Effectif	Pourcentage
≤ 24 Heures	70	68,0
Plus de 24 Heures	33	32,0
Total	103	100

Dans la majorité des cas soit 68%, le transit a été repris dans les premières 24 H

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

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
[0 - 5 [	17	16,5
[5 - 10[	36	35
[10-15[	38	36
[15-20[	8	7,8
20 et plus	4	3,9
Total	103	100

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 10,2 jours, les extrêmes ont été de 4 jours et 32 jours.

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le délai de prise en charge hospitalière.

Délai de prise en charge	Effectif	Pourcentage
0-6h	81	78,6
Plus de 6h	22	21,4
Total	103	100

Le délai de prise en charge hospitalière était inférieur ou égal à 6 heures dans 78,6% des cas.

Tableau XXXIV : Répartition selon la qualité de l'opérateur.

Qualité	Effectif	Pourcentage
Chirurgien	102	99,0
Médecin généraliste	1	1,0
Étudiant en médecine	0	0,0
Total	103	100

L'opérateur était un chirurgien dans 99% des cas.

Tableau XXXV : Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates.

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	89	86,4
Complicées	14	13,6
Total	103	100

Les suites opératoires ont été simples chez 89 patients soit 86,4% des cas.

Tableau XXXVI : Répartition selon les morbidités postopératoires.

Morbidités	Effectif	Pourcentage
Suppurations pariétales	9	64,3
Fistules	2	14,3
Choc septique	1	7,1
Choc hypovolémique	1	7,1
TVP	1	7,1
Total	14	100

Les morbidités postopératoires ont été dominées par les suppurations pariétales dans 64,3% des cas.

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon le pronostic postopératoire.

Pronostic	Effectif	Pourcentage
Survie	100	97,1
Décès	3	2,9
Total	103	100

Nous avons enregistré 3 cas de décès soit 2,9% des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6.1. FRÉQUENCE :

Tableau XXXVIII : la fréquence des urgences chirurgicales viscérales selon les auteurs.

Auteurs	Pathologies Chirurgicales	Urgences viscérales	Pourcentages	Test statistique (P)
Harouna Y. Niger [27]	2871	742	25,8	0,35
Konaté Mali 2001 [28]	657	300	45,7	0,01
Notre étude 2008	347	103	29,7	

On a observé un taux inférieur à celui de Konaté et supérieur à celui de Harouna. Cette différence pourrait être liée à la petite taille de notre l'échantillon.

6.2. ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

6.2.1. AGE :

Tableau XXXIX : Ages moyens selon les différents auteurs

Auteurs	Effectifs	Age moyen	Test statistique (P)
<i>Keita(1996)</i> Chirurgie "A" [29]	182	30	0,84
<i>Dembélé (1998)</i> Chirurgie "B" [30]	273	32	0,61
<i>Konaté (2001)</i> Chirurgie "HGT" [28]	300	24	0,30
Notre étude 2008	103	28,76	

L'âge moyen de nos patients était de 28,76 ans. Cet âge moyen est légèrement inférieur à ceux rapportés par Keita [29] et Dembélé [30] qui ont trouvé respectivement 30 ans et 32 ans, mais légèrement supérieur à ceux de Konaté [28]. Ceci est lié au fait que l'étude de Konaté a été réalisée dans un service de chirurgie générale et pédiatrique (35% de nos patients étaient des enfants).

L'âge jeune de nos patients serait en rapport avec l'âge jeune de la population en général en Afrique et en particulier au Mali. En effet selon la DNSI [31] 70% de la population à moins de 35 ans.

6.2.2. SEXE :**Tableau XL: Sex-ratio selon les différents auteurs**

Auteurs	Effectifs	Sex-ratio	Test statistique (P)
Keita (1996) Chirurgie "A" [29]	182	1,5	0,77
Cassina (1996) Suisse [32]	314	1,02	0,78
Dembélé (1998) Chirurgie "B" [30]	273	1,39	0,89
Notre étude (2008)	103 (72/31)	2,32	

Il existe une différence entre les autres auteurs [29, 30,32] et nous. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les abdomens aigus dus aux affections gynéco-obstétriques étaient moins représentés dans notre étude. Ils ont été pris en charge par le service de gynéco-obstétrique.

6.2. 3 PROFESSION :

Toutes les couches socio-professionnelles ont été représentées. Les paysans, les élèves et les ménagères ont été les plus représentés dans notre étude avec respectivement 30,1%, 22,3% et 14,5% des cas, ce qui nous permet de dire que les sujets de bas niveau socio-économique ont été plus représentés.

6.2.4. NIVEAU D'ÉTUDE :

Les non scolarisés ont été les plus représentés avec 53,4% des cas. Les enfants qui n'avaient pas l'âge de scolarisation et les élèves coraniques représentaient 11,7% de nos patients. Ceci s'explique le retard de consultation et le traitement traditionnel.

6.3. MOYENS D'EVACUATION

Plus de la moitié de nos patients (60,2%) était évacué par moyen de transport personnel (Sans assistance médicale).Ceci s'explique par les manques de moyens de transport médicalisé.

6.4. MOTIFS D' HOPITALISATION EN URGENCE

Les 4 principaux syndromes dans notre étude et de Harouna [27] constituaient l'essentiel des urgences chirurgicales viscérales ou digestives dans le milieu tropical avec en tête les syndromes occlusifs suivis des syndromes péritonéaux, des syndromes appendiculaires et des traumatismes abdominaux.

L'épigastralgie, l'algie pelvienne et la triade de Fontan sont rares, ceci s'explique par la petite taille de notre échantillon et du fait que l'étude s'est déroulée dans un seul service de chirurgie générale.

6.5. ETIOLOGIE

Tableau XLII : Comparaison des quatre premières étiologies des urgences chirurgicales viscérales selon les auteurs.

Auteurs	Etienne 1994 France [33]	Cassina 1996 RFA [32]	Zelalem 2000 Ethiopie [34]	Notre étude 2008
Étiologie par ordre décroissant	Appendicite aiguë	Appendicite aiguë	Occlusion	Occlusion
	Cholécystite aiguë	Cholécystite aiguë	Appendicite aiguë	Péritonite
	Occlusion	Péritonite	Péritonite	Appendicite aiguë
	Pancréatite aiguë	Occlusion	Tuberculose péritonéale	Traumatismes abdominaux

En Afrique l'occlusion est la première cause d'abdomen aigu chirurgical [35], en Europe c'est l'appendicite aiguë qui occupe cette place [32,33].

Ceci pourrait être lié d'une part à l'incidence faible de l'appendicite aiguë en Afrique car sa prévalence a été estimée à 16/100000 Bamako [35] contre 225/100000 en Allemagne [36] et d'autre part à la prise en charge précoce des hernies simples en Europe.

Tableau XLIII : Fréquence des occlusions par rapport aux abdomens aigus chirurgicaux selon les auteurs.

Auteurs	Fenyo [37] Suède	Konaté [28] Mali	Notre étude
Effectifs abdomens aigus	3727	300	103
Pourcentage des occlusions	13	34,7	35,9
Test statistique (P)	$P < 10^{-6}$	0,82	

Le taux de l'étude (35,9 %) est semblable à celui de Konaté [28] qui a trouvé 34,7% (P=0,82) mais différent à celui de Fenyo [37] qui a trouvé 13% ($P < 10^{-6}$). Cette différence pourrait être liée à la prise en charge tardive de certaines pathologies qui peuvent évoluer vers le stade occlusif.

Tableau XLIV : Fréquence des étiologies des occlusions intestinales selon les auteurs.

Auteurs Étiologies	Konaté Mali 2001[28] N = 104	Mohamed A. Saoudite 1997 [39] N = 84	Roscher RFA 1991 [38] N = 275	Notre étude 2008 N = 37
Hernies étranglées	52,9%	17%	8,4%	51,4%
Imperforation anale	15,4%	-	-	-
Volvulus intestinal	11,5%	3,6%	4,4%	32,4%
Invaginations intestinales	11,5%	7%	2,5%	10,8%
Adhérences et brides	7,7%	45%	48,4%	2,7%
Tumeurs	1%	4,8%	11,6%	2,7%
Autres	-	-	5,8%	-

La hernie étranglée est une pathologie fréquente en Afrique, le taux de 51,4% est comparable à celui de Konaté au Mali [28] qui a trouvé 52,9%. Il est par contre différent de ceux rapportés par Mohamed [39] et Roscher [38] qui ont trouvé respectivement 17% et 8,4%.

Cette différence pourrait être due à la prise en charge précoce des hernies simples en Europe et au Moyen orient.

Le volvulus intestinal est dû à des anomalies anatomiques (dolichocôlon, mésentère commun court). La littérature rapporte que ces anomalies sont fréquentes dans la race noire, ce qui explique la fréquence élevée du volvulus dans notre étude.

Les occlusions sur brides et adhérences sont notées à des taux différents (2,7%, 7,7%, 45%, 48,4%) dans les différentes séries. Elles sont liées à l'étiologie.

Nous avons noté les invaginations intestinales aiguës chez 10,8%. Ce taux est comparable à ceux des auteurs [28,39]. Il est en revanche supérieur aux 2,5% de [38].

Tableau XLV: Fréquence des péritonites dans les abdomens aigus selon les auteurs

Auteurs	Padonou Sénégal 1979 [4] N = 1107	Harouna Niger 2001 [27] N = 742	Hay France 1986 [40] N = 420	Notre étude 2008 N = 32
Fréquence	28,72%	28,28%	7%	31,1%
Test statistique (P)	0,62	0,56	$P < 10^{-6}$	

Les auteurs africains ont trouvé des taux élevés : 28% à 31,1%. Ces taux sont supérieurs aux 7% de HAY ($P < 10^{-6}$) [40]. Cette différence pourrait être liée à la fréquence élevée des maladies infectieuses (fièvre typhoïde) et au retard de consultation en Afrique.

La principale étiologie de péritonite dans notre pratique était la perforation appendiculaire suivie de près par la perforation typhique iléale.

Tableau XLVI : Fréquence des appendicites par rapport aux abdomens aigus selon les auteurs

Auteurs	Padonou Sénégal (1979) [4]	Cassina R.F.A (1996) [32]	Konaté Mali (2001) [28]	Notre étude Mali (2008)
Effectif abdomens Aigus	1107	116	300	103
Pourcentage Appendicites	22,9	47,4	30	21,3
Test statistique (P)	0,71	0,000056	0,09	

L'appendicite aiguë est considérée en Europe comme la première cause d'abdomen aigu chirurgical [41].

Elle a été retrouvée en Allemagne à un taux de 47,4% qui est supérieur au 21,3% de notre série.

Cette différence pourrait s'expliquer par le retard de consultation (stade de péritonite).

Les traumatismes abdominaux représentaient 7,8% des urgences de notre série ce qui est inférieur au 9,9% de Harouna [27]. Cette différence pourrait s'expliquer par la petite taille de notre échantillon. La principale cause était les armes à feu soit 37,5%. Ceci s'explique par le phénomène de banditisme du nord de la région (attaque de Nampala le 19-12-2008).

Il s'agissait de 3 contusions : Rupture de la rate, hématome de l'arrière Cavité des épiploons et lésions iléales et mésentériques et de 5 plaies pénétrantes abdominales : éviscération avec lésions iléales et perforations iléales.

Les torsions du kyste ovarien (2 cas) et la GEU rompue (1 cas) sont moins représentées. Ceci est lié au fait que notre étude a été réalisée dans un service chirurgie générale.

6.6. MODALITES THERAPEUTIQUES

Avant l'admission, 70,9% des patients ont consulté les tradipraticiens. Ceci pourrait être lié à l'état général de pauvreté et le niveau de scolarisation de la population générale selon le rapport 2006 du PNUD.

Le traitement médical préopératoire a consisté essentiellement en un remplissage. Le remplissage permet de corriger les désordres hydro-électrolytiques et l'hypovolémie.

Le délai de prise en charge était inférieur ou égal à 6 heures dans 78,6% des cas et supérieur à 6 heures dans 21,4% des cas. Le retard dans la prise en charge (délai supérieur à 6 heures) était imputable à une hésitation diagnostique, au manque de moyens financiers et aux problèmes organisationnels.

L'anesthésie générale a été faite chez 93,2% des patients.

La voie d'abord et le traitement chirurgical dépendaient de l'étiologie. L'appendicectomie était l'intervention la plus pratiquée (36,9%). Elle pourrait être liée à la fréquence élevée des appendicites et ses complications.

La cure de la hernie inguinale était pratiquée dans 12,6%. Elle pourrait être liée à la fréquence et au stade.

En postopératoire tous les patients ont bénéficié d'une antibiothérapie systématique à base de ceftriaxone, de ciprofloxacine, de metronidazole et d'amoxicilline selon le cas soit parce que le tableau clinique s'y prêtait, soit parce que les mesures d'asepsie étaient incertaines avec une durée moyenne de 10 jours de traitement.

6.7. SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES :

Les suites opératoires ont été simples chez 89 patients (86,4%), elles ont été émaillées de complications dans 13,6% cas,

6.7.1. La morbidité :

Tableau XLVII : Taux de morbidité selon les auteurs.

Auteurs	Keita 1996 Mali [29] N =182	N'dayisaba 1992 Burundi [42] N = 2218	Konaté 2001Mali [28] N = 300	Notre étude 2008 N=103
Taux de morbidité	17%	6%	15%	13,6%
Test statistique (P)	0,44	0,002	0,73	

N'dayisaba a rapporté un taux de 6% (P=0,002) inférieur au 13,6% de notre série.

Les causes de la morbidité post opératoire sont les mêmes selon les auteurs [28 29 ; 42].

La morbidité postopératoire était dominée par les suppurations pariétales dans 64,3% des cas. Celles-ci se rencontrent surtout au cours des péritonites et contribuent à allonger la durée du séjour à l'hôpital. Dans la majorité des cas elles sont imputables à des mesures d'hygiènes déficientes et à certains terrains.

6.7.2. La mortalité :**Tableau XLVIII: Taux de mortalité postopératoire selon les auteurs.**

Auteurs	Catérino 1997 Italie [43] N = 450	Konaté 2001 Mali [27] N = 300	Notre étude 2008 N=103
Taux de mortalité	4,2%	4,7%	2,9%
Test statistique (P)	0,74	0,63	

Les différents auteurs ont rapporté des taux de mortalité comparable. Le décès était attribué à un choc hypovolémique (1cas d'invagination) et un choc septique (2cas). Le choc septique dans 2cas survenait chez un enfant et un vieillard ayant présenté une péritonite par perforation typhique et dont la prise en charge postopératoire était insuffisante (manque d'antibiotiques et de solutions de remplissage).

La mortalité postopératoire pourrait être due au stade évolutif de la pathologie, à l'âge avancé du patient et aux manques de mesures de réanimations postopératoires.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. 1.CONCLUSION

Les urgences chirurgicales viscérales occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale de par leur fréquence.

L'urgence en chirurgie viscérale concerne surtout l'enfant et l'adulte jeune.

Les étiologies sont multiples et variées d'où la nécessité d'une étroite collaboration interdisciplinaire.

Le diagnostic étiologique est difficile en raison de la faiblesse du plateau technique.

La voie d'abord et le traitement chirurgical dépendaient de l'étiologie.

Le retard dans la prise en charge contribue de nos jours encore à maintenir la mortalité à des taux importants.

7.2. RECOMMANDATIONS

A la population :

- Évitement de l'automédication ;
- Consultation immédiate devant toute douleur abdominale.

Aux autorités :

- Formation en nombre suffisant les spécialistes de chirurgie viscérale, de réanimation, et de radiologie ;
- Encouragement de la mise en place des mutuelles de santé ;
- Création d'un système de sécurité sociale ;
- Équipement des Hôpitaux en moyens matériels diagnostiques et thérapeutiques.

Au personnel de santé du 1^e échelon :

- Référence des abdomens aigus chirurgicaux dans le meilleur délai.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fagniez P.L et Yahchouchy E.

Urgences chirurgicales
Masson, Paris, 1998 ; 3

2. Ducombier A.

Ethique de la chirurgie d'urgence en situation précaire
Edition pradel (Paris) 1996; 174

3. Brower A.

Ency Med Chir Urgences (Paris) 2004; 2:24048B10.

4. Padonou N.

Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar, statistiques de quatre ans (1973-1976). Dakar Med 1979 ; 24(1) :90-37.

5. Adelain T B.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service polyvalent d'anesthésie et réanimation du CHU de cotonou. Thèse Med Cotonou 1994, N°616.

6. Richard J.

Urgences chirurgicales abdominales en Afrique,
Chir. d'urgence en situation précaire (coordonnateur Louis José Courbil), édition pradel, Paris 1996 ; 175

7. Konaté M.

Urgences chirurgicales à propos de 382 cas au CHU Gabriel Touré.
Thèse Med, Bamako, 2005.

8. Fofana M.

Pathologies chirurgicales à l'hôpital de Ségou.
Thèse Med, Bamako, 2006.

9. Bertrand E.

Urgences médicales en Afrique, Doin 2^e édition (Paris) 1984 ;

10. Jean P.

Appendicite : Hépatogastroentérologie ; Paris V- pole 2, RJ 2005 ; 184-185.

11. Jean P. N., Jean L. C. et Éric J. V.

Appendicite : Diagnostic, traitement. Rev., Prat., (Paris) 1998 ; 48 : 559-560.

12. Davenport H.V.

Physiologie de l'appareil digestif
Masson 2^{ème} édit 1975; 70-75.

13. Koumare A. K., Traoré I., Ongoiba N., Traoré A.K.D., Simpara D. et Diallo A. Les appendicites à Bamako (Mali) Méd. Afr. noire, 1993 ; 40 : 259-262.

14. Karaga I., Altintoprak Z., Karkiner A. et Temir G.

The management of appendiceal mass in children is interval appendicectomy necessary? Surg to day 2001; 31: 675-677.

15. Coulibaly M.

Appendicites aiguës dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako, 2002.

16. Keita N

Etude des appendicectomies dans le service de chirurgie "A" à l'hôpital du Point « G »
propos de 540 cas
Thèse Med, Bamako, 1993.

17. Desbrosses J.

Appendicectomie « à la chaîne » Lyon Chir. 1982 ; 78(4) : 266-267.

18. Parc Y. et Frileux P.

Péritonite : Rev., Prat., (Paris) 1998 ; 48 : **2311-2312**

19. Béthoux J.

Péritonite : Hepato-gastro –entérologie, RJ ,ParisV- Pole2; 2005: 184-185.

20. Casa C. et Arnauld J.

Occlusion intestinale aigue : Rev., Prat., (Paris) 1997 ; 47 : **1833-1834**.

21. Berger A.

Syndrome occlusif : Hépatogastro –entérologie, RJ, ParisV- Pole2 ; 2005 :157-161.

22. Lenriot J.P.

Plaies et traumatismes fermés de l'abdomen. Rev., Prat., (Paris) 1999 ; 49 :**335-337**.

23. Dreyfus M. et Treisser A.

Hémorragies du 1er trimestre de la grossesse : Rev., Prat., (Paris) 1998 ; 48 : **1831-1832**.

24. Sophie C., Franck L. et Roland T.

Algies pelviennes de la femme : Orientation diagnostique. Rev., Prat., (Paris) 1998 ; 48 : **14-65**.

25. Dominique P.

Hémorragie digestive : Diagnostic, traitement. Rev., Prat., (Paris) 1998 ; 48 : **1497-1498**

26. Fourtanier G. et Bertrand S.

Complication de la lithiase de biliaire : Étiologie, diagnostic, traitement. Rev., Prat., (Paris) 1999 ; 49 : **429-432**.

27. Harouna Y.

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'Hôpital national de Niamey : étude analytique et pronostique. Med afr noire 2001 ; 48(2) : 49-54.

28. Konaté H.

Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré .Thèse, Med, Bamako, 2003.

29. Keïta S.

Problèmes diagnostiques et thérapeutiques des abdomens aigus chirurgie Hôpital Point "G"
Thèse Med, Bamako, 1996.

30. Dembélé M.

Abdomens aigus chirurgicaux à l'Hôpital du Point "G"
Thèse, Med, Bamako, 1998.

31. DNSI

Recensement général à caractère administratif 1998 ; 1 : 458-466.

32. Cassina P. et al

Die effizienz der chirurgischen grunddiagnostik bei akten abdominalschmerz
Der chirurg 1996 ; 67 : 254-260.

33. Etienne et al

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës
Ency. Med. chir, Urgences, 24039B10; 1994: 27.

34. Zelalem A.

Parttern of acute abdomen in Yirgalem Hospital, Southern Ethiopia
Ethiop Med J 2000; 38: 227-233.

35. Masso M. et al

Les traumatismes de la rate : orientations thérapeutiques en milieu africain
Med. Afr. Noire 1998 ; 50 : 641-646.

36. Koffi E. et al

Les traumatismes de l'abdomen au CHU de Cocody
Med. chir. dig 1997; 26(2): 67-69.

37. Fenyo G. et al

Acute abdomen calls for considérable care réssources. Analysis of 3727 in patients in the country of Stockholm during the first quarter of 1995
Lakartidningen 2000 ; 97(37) : 4002-4012.

38. Roscher R. et al

Chirurgische behandlangsergebnisse beim mechanischen dunndarnileus
Chirurg 1991; 62: 614-619.

39. Mohamed A. Y. et al

Causes and management of intestinal obstruction in a Saudi Arabian Hospital
J R coll surg Eduib 1997; 42(1): 21-23.

40. Hay J.

Epidémiologie des douleurs abdominales aiguës. Étude de l'ARC et AURC.
Med chir. dig. 1989 ; 18(7) : 403-406.

41. EMC

Conduite à tenir devant un abdomen aigu
Ency Med chir (Paris): Urgences, 24039B10; 3-1982

42. N'Dayisaba G.

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

43. Hartmann

Péritonites aiguës, in Mondor diagnostics, Masson neuvième édition (Paris) ,1979 ; 18 : 24-25

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM: BERTHE

PRÉNOM : Modibo

TITRE : Urgences chirurgicales viscérales à l'hôpital régional Nianankoro Fomba de Ségou.

Année : 2008-2009 **Pays d'origine :** Mali **Ville de soutenance :** Bamako

Secteur d'intérêt : Chirurgie Générale.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du Mali. BP 1805.

RÉSUMÉ

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et transversale réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou sur une période de 6 mois allant de septembre 2008 à février 2009.

Les objectifs de cette étude étaient de :

- Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales viscérales ;
- Identifier les différentes étiologies ;
- Décrire les modalités de la prise en charge ;
- Décrire les suites opératoires.

Nous avons colligé au total 103 cas d'urgences chirurgicales viscérales qui ont représenté 29,7% des activités chirurgicales. Parmi les 103 patients ayant une urgence chirurgicale viscérale, il existait une prédominance masculine (69,9%). La plupart des patients était âgée de moins de 30 ans. Les causes des urgences chirurgicales viscérales étaient représentées par les occlusions intestinales aiguës (35,9%), les péritonites (31,1%), les appendicites aiguës (21,3%), les traumatismes abdominaux (7,8%), la GEU rompue (1,0%), et l'abcès hépatique (1,0%). Les suites opératoires ont été simples dans 86,4% des cas, compliquées dans 13,6% des cas ; 3 décès (2,9%) ont été enregistrés.

Mots-clés : Urgence chirurgicale viscérale- Hôpital-Ségou.

Fiche d'enquête

I- Identification du malade :

- Q1= Numéro de la fiche d'enquête : ----- /
- Q2= Numéro du dossier : -----/
- Q3= Adresse de provenance : -----/-----/
- 1 : Baraoueli ; 2 : Bla ; 3 : Macina ; 4 : Niono ; 5 : San ; 6 : Ségou ; 7 : Pelegana ;
8 : Markala ; 9 : Tominian ; 10: (Autres à préciser).
- Q4= Nom et Prénom -----
- Q5= Age (ans) -----
- Q6= Sexe /----/
- 1 : masculin ; 2 : féminin
- Q7= Ethnie : /----/,
- 1 : Bambara ; 2 : Soninké ; 3 : Malinké ; 4 : Peulh ; 5 : Kakolo ; 6 : Minianka ;
7 : Samoko ; 8 : Bobo ; 9 : Mossi ; 10 : Bozo ; 11 : Somono ; 12 : Sonrhaï ;
13 : Dogon ; 14 : Sénoufo ; 15 : Maure ; 16 : autres (à préciser).
- Q8= Nationalité : /----/
- 1 : Malienne ; 2 : autres.
- Q9= Situation matrimoniale : /----/-----
- 1 : célibataire ; 2 : marié ; 3 : divorcé ; 4 : veuf.
- Q10= Religion : /----/-----
- 1 : Musulmane ; 2 : Chrétienne ; 3 : autres (à préciser).
- Q11= Profession : /----/-----
- 1 : cadre supérieur ; 2 : cadre moyen ; 3 : Ouvrier ; 4 : commerçant ;
5 : cultivateur/éleveur ; 6 : élève/étudiant ; 7 : Ménagère ; 8 : sans profession ;
9 : retraité (à préciser) ; 10 : autres (à préciser)
- Q12= Niveau d'instruction : /----/-----
- 1 : illettré ; 2 : primaire ; 3 : secondaire ; 4 : supérieur ; 5 : autres (à préciser).
- Q13= Ressources financières : /-----/-----
- 1 : leurs frais ; 2 : assurances ; 3 : entreprises /mutuelles ; 4 : état ; 5 : service social ; 7 :
autres (à préciser).
- Q14= Date de consultation : -----/-----/-----/
- Q15= Date d'hospitalisation (jours) : -----/-----/-----/
- Q16= Mode de recrutement dans le service: /-----/
- 1 : consultation ordinaire ; 2 : consultation en urgence.
- Q17= Mode d'admission : /----/-----
- 1 : lui-même ; 2 : amené par la famille ; 3 : référé par le médecin ; 4 : référé
Par l'infirmier ; 5 : autres (à préciser).

II- Renseignements cliniques :

- Q18= Motifs d'hospitalisation: /-----/-----
- Q19= Antécédents personnels médicaux : /----/-----
- 1 : constipation chronique ; 2 : HTA ; 3 : toux chronique ; 4 : diabète ; 5 : UGD ;
6 : drépanocytose ; 7 : cardiopathie ; 8 : hépatopathie ; 9 : (autres à préciser) ;
10 : indéterminés.
- Q20= Antécédents personnels chirurgicaux : / ----/-----
- 1 : oui (à préciser) ; 2 : non.
- Q21= Antécédents gynéco-obstétricaux : -----
- Q22= Etat général à l'admission: /----/-----

1 : bon ; 2 : passable ; 3 : mauvais.

III- Examens complémentaires :

A- Examens à visée morphologique

Q23= ASP: /----/-----

1 : normal ; 2 : anomalie (à préciser) ; 3 : non fait.

Q24= Echographie : /----/-----

1 : normale ; 2 : anomalie (à préciser) ; 3 : non faite.

Q25= Radiographie thoracique : /----/-----

1 : normale ; 2 : anomalie (à préciser) ; 3 : non fait.

Q29= Autres:-----

B -Examens biologiques :

Q30= NFS : /----/-----

1 : normale ; 2 : anomalie (à préciser) ; 3 : non faite.

Q32 = Groupage, Rhésus : /----/-----

1: oui (à préciser) 2: non fait. . .

Q36 : Autres:-----

IV- Diagnostic :

Q37= Diagnostic préopératoire : -----

Q38= Diagnostic per opératoire: -----

V- Traitement :

Q39= Traitement reçu avant admission :

1 : Médical : /___/ ; 2 : traditionnel: /___/

Q40= Traitement préopératoire:

1 : perfusion : /___/ ; 2 : transfusion : /___/ ; 3 : antibiotique : /___/ ; 4 : anti-inflammatoire : /___/ ; 5 : antalgique/antispasmodique: /___/ ; 6 : autres (à préciser): /___/-----

Q41= Traitement per opératoire :

1 : perfusion: /___/ ; 2 : transfusion: /___/ ; 3 : antibiotique: /___/ ; 4 : antalgique/as: /___/ ; 5 : autres (à préciser): /___/----- ;

Q42= Traitement postopératoire:

1 : perfusion: /___/ ; 2 : transfusion: /___/ ; 3 : antibiotique: /___/ ; 4 : antalgique/as: /___/ ; 5 : anticoagulant: /___/ ; 6 : autres (à préciser): /___/-----.

Q43= Traitement chirurgical: /----/1 : oui; 2 : non.

Q44= Opérateur: /----/1 : chirurgien; 2 : médecin généraliste ; 3 : internes.

Q45= Nature d'intervention : /-----

Q46= Anesthésique: /----/

1 : AL ; 2 ALR ; 3 : AG.

Q47= Suites opératoires immédiates : /----/-----

1 : simples ; 2 : hémorragies pariétales ; 3 : suppurations pariétales ; 4 : fistules ; 5 : hémopéritonées ; 6 : décès ; 7 : autres (à préciser).

Q48= Le délai de prise en charge : /-----

Q49= Dure d'hospitalisation /-----

Q50= Consultation précoce : /----/

1 : oui; 2 : non.

Q51= La prise en charge tardive: /----/-----

1 : hésitation ; 2 : problèmes financiers ; 3 : manque de personnel (chirurgiens et anesthésistes) ; 4 : autres (à préciser).

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.