



République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

Thèse

**LES OCCLUSIONS INTESTINALES : ASPECTS
EPIDEMIO-CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE A
L'HOPITAL REGIONAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES**

**Présentée et soutenue publiquement le/...../2010
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie**

M. MADIBA SISSOKO

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

Jury

Président : Pr. Djibril SANGARE
Membres : Dr. Adama KOITA
Dr. Sékou KOUMARE
CoDirecteur Dr Boubacar Djanguiné SISSOKO
Directeur: Pr. Zimogo Zié SANOGO

DEDICACES

A Dieu, le tout puissant, miséricordieux, le maître des destins, de m'avoir guidé sur ce chemin et surtout de m'assister tout le long de mes études jusqu'à la réalisation de ce travail. Puisse Allah, le tout puissant m'éclairer de sa lumière de vie. Amen

➤ **A mon père : feu FADIALLA**

Ancien, tu as été pour nous un exemple de courage, de persévérance, d'honneur, de dignité et de justice.

La mort t'a arraché de cette vie au moment où nous avons encore fort besoin de toi. Nous avons appris à tes côtés l'humilité, l'honnêteté, le sens du partage et surtout l'esprit de fraternité.

Tu as agi pour que se répande l'amour et que s'instaurent l'unité, l'entente et la coopération mutuelle entre tes enfants.

Dieu n'a pas voulu que nous partagions ces moments de joie avec toi. C'est l'occasion pour nous de prier pour toi.

Que Dieu, le tout puissant te garde dans son paradis. Amen

➤ **A ma mère : FILY FOFANA**

Tu as toujours été là quand nous avons eu besoin de toi, ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut. Mère de tous les enfants, tu as cultivé en nous l'amour pour son prochain.

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

➤ **A ma tante feue : Moussoumakan Diakité**

Regrettée tante, j'aurais voulu partager ces beaux moments avec vous mais le Tout puissant en a décidé autrement.

Que ce travail, fruit de vos efforts soit le témoignage de ma très grande reconnaissance et de ma profonde affection.

➤ **A mes grands-parents paternels et maternels**

Pour leurs conseils et leurs bénédictions.

➤ **A mes oncles et tantes**

Vous nous avez montré l'amour véritable et donné une éducation exemplaire.

Nous vous disons merci pour tous les sacrifices.

Nous souhaitons une longévité à ceux qui vivent encore.

➤ **A ma tante : Mama DANSOKO**

Vous m'avez montré le chemin de l'école.

Vous avez su toujours m'encourager, me soutenir, me prouver votre estime et votre confiance.

Puisse ce travail être le témoignage de ma reconnaissance.

Que Dieu vous accorde une longue vie.

➤ **A mes frères : koly, Fakara , Mamary, Mamoudou, Hakama, Kara, feu Balla**

Différents les uns des autres mais si complémentaires, vous êtes ma bouée quand je vais à la dérive. Si je devais renaître, je n'aurai pas fait de meilleur choix en terme de fratrie. Jamais je ne faillirai à mon devoir de répondre à vos appels sans condition et sans délai.

Trouvez dans ce travail l'expression de ma très grande sympathie et de tout le respect que je vous dois.

Restons toujours unis !

➤ **A mes sœurs : feu Anta, Pinda, Sira, Bandio, Kouta, Niaka, Lountanding**

En témoignage de votre amour. Ce travail est le fruit de vos multiples sacrifices.

➤ **A ma fiancée : Djénébou Coulibaly**

Ne dit-on pas: qu'une vie sans espoir est difficilement vivable. Tu es un espoir pour moi. Ta présence à mes côtés au moment opportun m'a donné l'espoir et la vigueur nécessaire à tout réussir. Il se pourrait très souvent que mon devoir de Médecin soit plus exigeant que toi, mais seule ta compréhension et ta tolérance seront indispensables et capitales pour le bonheur de notre foyer.

La meilleure récompense est au près de Dieu. Que Dieu consolide davantage nos rapports affectueux. Merci pour ta patience.

➤ **A tous mes neveux et nièces :**

Je vous aime tous et souhaite que vous en fassiez plus que moi, je vous souhaite aussi beaucoup de courage et d'abnégation.

➤ **A mes cousins et cousines** dont je ne citerais pas de noms pour ne pas oublier certains. Merci de votre soutien moral.

➤ **A mon beau-frère lieutenant Modibo Diabaté:**

Tu fais partie intégrante de notre famille, les mots me manquent pour exprimer ce que tu as été et que tu continueras à être pour moi. Tu m'as supporté et soutenu pendant les moments durs qui ont été surtout l'élaboration de cette thèse.

Puisse cette thèse être pour toi, l'expression de ma reconnaissance !

A mon pays le MALI :

A l'occasion du cinquantenaire de l'indépendance du MALI, je dédie cette thèse à tout le peuple malien pour honorer la mémoire de tous ceux qui ont versé leur sang pour que vive indépendant notre pays.

REMERCIEMENTS

➤ **A mes promotionnaires du lycée Askia Mohamed: Lassine Diarra, Lassine Bouaré, Alassane sidy Diarra, Moussa Danté, Mary Dembélé, Georges Abiad.**

Ces beaux moments vécus avec vous ont été déterminant pour ma carrière et marqueront toute mon existence. Recevez-ici toute ma reconnaissance.

➤ **A mes amis de kalaban-coura : Bakary Camara, Issa Sidibé, Fanta Cissé, Djelimadi Kouyaté, Gaoussou Kanté, Youssouf Kanouté, Siaka Coulibaly, Diakaridia Doumbia, Touré, Drogba, feu Diawara, Ibrahim Diallo, Oumar Sidibé, Mr. Ouattara.**
Je vous dis grand merci pour toute l'assistance et la sollicitude dont vous avez fait montre lors de la rédaction de ce travail qui n'est que le votre.

➤ **A mes amis de la FMPOS : docteur Salifou SYLLA, Dabélé MOUNKORO, Abdoulaye THERA**

C'est le moment de vous réitérer toute l'affection et toute l'amitié qui nous unis depuis tant d'année. Que Dieu nous assiste toujours dans nos projets et pérennise d'avantage notre relation. Cette thèse est la votre.

➤ **A toute la Guestapo à Mahina : Alioune B SISSOKO, Ibrahim S Fofana, Hady.F.Dembélé, Sory .I.Cissé, M'balla Kanouté, Fily Danioko, Yamadou .K.Sissoko, Salifou Sissoko, Daouda Coulibaly, Mady Keita, Goundouma DABO, Salif Dieng, Kadiali Fadiga, Oumar Camara dit Allemand.**

Grace à vous, j'ai su qu'une amitié peut être belle et éternelle.
Recevez ici toute ma reconnaissance.

➤ **A tout le corps professoral de la FMPOS**

Pour la qualité de l'enseignement que vous m'avez donner.

➤ **A tout le personnel de l'HFD/K**

Merci pour votre collaboration franche tout au long de la réalisation de ce travail.

➤ **A Mamadou Sissoko et famille à Kayes**

J'ai beaucoup apprécié la gentillesse et la simplicité avec lesquelles vous m'avez toujours accueilli. Soyez rassurer de toute ma reconnaissance et ma sincère admiration.

➤ **A mes aînés : Dr Brehima Diallo dit Dabo, Dr Bagayoko, Dr Maiga, Dr Brehima Mangara, Dr Mantala, Dr Koné dit Cubain**

Vos conseils ont été d'un apport inestimable. Je vous dis merci.

➤ **A mes collègues internes : Moussa S SISSOKO, Emile SISSOKO, Emilien SIDIBE**

A travers cette thèse, trouvez mes très sincères remerciements et ma profonde gratitude.

➤ **A Mme Diakité Rokia Sissoko, secrétaire à la FMPOS**

Recevez ici toute ma reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

**Professeur Djibril SANGARE
Général de brigade de l'armée malienne
Professeur titulaire en chirurgie générale
Chef du service de chirurgie A**

Cher maître,

Vous nous faites un insigne honneur en acceptant de présider ce jury.

Votre encadrement précieux a contribué à l'élaboration de cette thèse.

Votre sens élevé de la perfection associé à vos qualités humaines font de vous un homme respecté et respectable.

Nous sommes fiers d'être compté parmi vos élèves.

Veillez accepter l'expression de notre admiration et soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE**DOCTEUR SEKOU KOUMARE****Chargé de cours à l'IFTSS****Chirurgien au CHU du Point-G**

Cher Maître,

en acceptant de juger cette thèse, vous nous faites un grand honneur. La spontanéité par laquelle vous avez accepté de juger ce travail, nous a beaucoup marquée.

Votre ouverture, votre disponibilité et votre enthousiasme à transmettre votre savoir ont forcé notre admiration.

La clarté de votre raisonnement scientifique, votre compétence technique et votre grande amitié pour vos collègues font de vous un médecin admirable.

Cher maître veuillez accepter nos sentiments de reconnaissance et de respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Docteur Adama Konoba Koïta
Maître assistant à la FMPOS
Praticien hospitalier au CHU du Point-G

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples sollicitations.

Votre qualité d'homme de sciences, votre enthousiasme à transmettre votre savoir, votre rigueur dans le travail et votre abord facile nous ont fortement impressionnés.

Cher maître, veuillez recevoir nos sentiments de reconnaissance et de respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Boubacar Djanguiné SISSOKO
Chirurgien à l'HFD/K
chef du service de chirurgie générale de l'HFD/K
président de l'ordre des médecins de Kayes

cher maître,

c'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de co-diriger ce travail.

Durant une année, nous avons pu apprécier vos qualités scientifiques, votre dévouement, votre haute compétence, votre endurance et surtout votre esprit fraternel qui ont été des sources de motivation pour nous durant la réalisation de ce travail.

Vous nous avez appris le sens du sacrifice et du travail bien fait.

Nous vous en remercions infiniment. Recevez ici cher maître l'expression de notre plus profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**Professeur Zimogo Zié SANOGO****Maître de conférence agrégé en chirurgie générale.****Praticien hospitalier au CHU du Point-G.**

Cher maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant de mener cette étude loin de vous.

Nous avons profité de votre grande connaissance scientifique et de votre expérience pour l'élaboration de cette thèse.

La franchise de vos expressions et les subtilités de votre langage nous donne toujours l'envie d'être à vos côtés.

Votre modestie, votre sympathie, votre courtoisie et votre savoir font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Recevez ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATION

OIA : occlusion intestinale aiguë

HFD/K:Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

ASP : abdomen sans préparation

NHA : niveau hydro-aérique.

CSCOM : centre de santé communautaire

FMPOS : Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie

Ind. : indéterminé

T.R : toucher rectal

NFS : numération formule sanguine

FID : fosse iliaque droite

FIG : fosse iliaque gauche

CFM : chemin de fer du Mali

COARF : centre d'orthopédie d'appareillage et de rééducation fonctionnelle

COll. : collaborateurs

Se : sensibilité

EMC : encyclopédie médico-chirurgicale

Hbt : habitant

Vit.C : vitamine c

Méto.perf. : métronidazole perfusion.

Méd. : médecine.

DM : données manquantes

IFTSS :institut de formation des techniciens en science de la santé.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I – GENERALITES	4
II – METHODOLOGIE	41
III – RESULTATS	49
IV – COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	75
V – CONCLUSION et RECOMMANDATIONS	86
VI – BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXES	92
RESUME	96

INTRODUCTION

Les occlusions intestinales aiguës représentent une vaste entité clinique caractérisée par un syndrome clinique spécifique, complet ou incomplet, fait d'une **douleur abdominale**, des **vomissements**, d'un **arrêt du transit** et d'une **distension abdominale**. [2]

Les causes en sont nombreuses et leurs prévalences relatives ont évolué avec le temps plaçant actuellement au premier rang les brides ou les adhérences post opératoires. [2]

Les mécanismes se répartissent en deux principales catégories : [1,2]

- Occlusions intestinales mécaniques (90-95% des occlusions intestinales)
- Occlusions intestinales fonctionnelles (iléus paralytique 5-10% des occlusions intestinales).

Le diagnostic et la stratégie thérapeutique qui s'y rattache doivent rester guidés par la clinique, même si certaines avancées techniques ou chirurgicales semblent pouvoir être bénéfiques (scanner, stents digestifs, chirurgie laparoscopie). [2]

Beaucoup d'auteurs se sont intéressés à l'étude des occlusions intestinales aiguës ; c'est ainsi qu'en **Europe** :

- En 1990, Marchant J P a décrit les O.I.A dans ces aspects : étiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, pronostic, principe du traitement.
- En 1993, l'étude de Hay Flamant portait sur la sémiologie chiffrée et Traitement chirurgical des O.I.A.

En Afrique :

- En 1995, Attipou K et collaborateurs ont décrit les aspects épidémiologiques et étiologiques des O.I.A au CHU de Lomé et Cotonou.

Au Mali :

- En 1979, Fanta Konipo a étudié les occlusions intestinales à propos de 260 cas traités à l'hôpital du Point G.
- En 1963, Daniel Dakouo a étudié les occlusions dans son thème « contribution à l'étude épidémiologiques des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans les hôpitaux de Bamako et Kati ».
- En 1985, la thèse de Fatoumata Touré portait sur les problèmes posés par l'anesthésie réanimation des occlusions intestinales aiguës à l'hôpital du Point G.
- En 2003, Moussa Badian Sidibé a étudié les aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.
- En 2006, Arlette Dongmo a étudié les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie « A » de l'hôpital du Point G.

Certaines raisons contribuent à justifier l'intérêt d'une étude sur les occlusions intestinales aiguës :

- ❖ persistance d'une mortalité globale entre 10 et 12%, liée au retard dans la consultation et aux tares associés. [2,6]
- ❖ C'est une urgence abdominale classique, fréquente et potentiellement grave ;
- ❖ A l'hôpital régional de Kayes, elles n'ont jamais fait l'objet d'une étude singulière.

OBJECTIF GENERAL :

Etudier les occlusions intestinales aiguës à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- 1-Déterminer la fréquence des occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie de l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes.
- 2-Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et para cliniques des occlusions intestinales aiguës à l'hôpital régional de Kayes.
- 3-Etudier les aspects thérapeutiques et évolutifs des occlusions intestinales aiguës à l'hôpital régional de Kayes.
- 4-Evaluer le coût de la prise en charge.

I. GENERALITES

1. DEFINITION :

L'occlusion intestinale aiguë est un syndrome caractérisé par un arrêt permanent, complet et douloureux du transit des matières et des gaz dans un segment intestinal. En opposition au sub-occlusif qui se caractérise par un arrêt incomplet du transit. [1,3]

L'occlusion intestinale aiguë est une urgence abdominale (peut tuer en 6-12 heures en absence d'un geste thérapeutique urgent et efficace) [3,7]

2. EPIDEMIOLOGIE :

L'occlusion intestinale aiguë est un syndrome connu depuis la haute antiquité. Son histoire fut marquée par un immense effort clinique et expérimental dont nous ne ferons que citer les moments décisifs.

➤ Avant 1800 le traitement des occlusions était pratiquement le même que celui de la Constipation. Il s'adressait aux lavements répétés, à l'ingurgitation de mercure destiné à forcer l'obstacle, et même à des ponctions multiples de l'abdomen distendu [6]

➤ Après l'apparition de l'anesthésie et l'asepsie, les progrès se font plus rapides surtout pour les occlusions coliques dont l'histoire est marquée par les noms de Bloch, Paul et Michulicz [6].

➤ En 1986, Fuhr et Wessener préconisent la jéjunostomie proximale qui devient rapidement le procédé chirurgical habituel surtout pour le grêle. Vers 1992 l'on se rend compte du danger de cette méthode en face d'une strangulation et de son inutilité lors d'une occlusion paralytique, parallèlement à ses innovations techniques, les connaissances physiologiques progressent [6].

➤ En 1912, Hartwel et Hoguet montre que la survie d'un patient en occlusion

peut être prolongée par une équilibration hydro-électrolytique. [6]

➤ En 1933, les multiples incidents inhérents à la jéjunostomie conduisent Wangenstein à préconiser l'aspiration gastroduodénale dans le traitement des occlusions et en faire une méthode thérapeutique désormais fondamentale qui par la suite a été améliorée par l'aspiration longue. Dès lors tout progresse. [6]

Dans les pays occidentaux, les occlusions intestinales aiguës ont une incidence annuelle stable de 40 pour 100 000 hts touchant préférentiellement les personnes âgées. En pratique hospitalière, elles représentent 10% des douleurs abdominales prise en charge. Il est remarquable que la répartition étiologique soit modifiée durant les 50 dernières années avec une augmentation importante de la prévalence relative des brides et des adhérences (32%) au détriment des causes cancéreuses (26%) et des hernies étranglées (25%). cela résulte d'une meilleure prise en charge de certaines affections (hernie, cancer digestif) et de l'augmentation du nombre des interventions avec l'âge, croissant la fréquence des brides et des adhérences. Cette répartition n'est pas la même dans les pays moins développés où les occlusions intestinales résultant d'un étranglement herniaire sont encore les plus nombreuses même si leur prévalence relative amorce une nette diminution.

Par ailleurs, la fréquence des brides et des adhérences après chirurgie laparoscopique n'est pas réellement connue.

Les O.I.A représentaient 48,07% des urgences abdominales en 1982 à l'hôpital du point G ; 22,32% des urgences chirurgicales à l'hôpital Gabriel Touré en 2005. [1, 9, 10]

Le taux de mortalité ou de morbidité est important :

La mortalité était de 41% à Niamey en 2000 ; 60% entre septembre 2002 à septembre 2003 dans le service de chirurgie générale de l'hôpital régional de Kayes ; 4,16% à l'hôpital Gabriel Touré en 2005 contre 6,17% en 2006 à l'hôpital du point G. [1, 9, 10]

Si la mortalité globale reste élevée (12%), elle est inégalement répartie : occlusion du grêle (5%), occlusion colique (22%). [2]

3. RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE : [1, 6, 12]

3.1 ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU GRELE :

3.1.1 DEFINITION : L'intestin grêle est un segment du tube digestif, allant du pylore à la valvule iléo-caecale (valvule de BAUHIN). Il comprend deux parties : le duodénum et le jéjuno-iléon.

3.1.2 STRUCTURE : Mesurant en moyenne 7 m de long, à peu près cylindrique ; sa paroi comprend quatre tuniques de dehors en dedans :

- * la séreuse
- * la musculaire
- * la sous-muqueuse
- * la muqueuse

3.1.3 LE DUODENUM :

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

3.1.3.1 ANATOMIE MACROSCOPIQUE :

En forme d'anneau ouvert à gauche et en haut, il mesure environ 20 à 25 cm de long, 3 à 4 cm de diamètre avec une capacité de 250 ml. Il comprend 4 portions (supérieure, descendante, horizontale et ascendante) délimitée par 3 angles :

- ❖ Supérieur ou genu supérius
- ❖ Inférieur droit ou genu inférius
- ❖ Inférieur gauche ou angle duodéno-jujunal
- ❖ La partie médiale (interne) de la portion descendante du duodénum est le siège :

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

3.1.3.2 MOYENS DE FIXITE : Le duodénum est le segment fixe du tube digestif entourant la tête du pancréas. Il est fixé par :

- le muscle suspenseur du duodénum
- le méso côlon transverse et le mésentère
- des connections au pancréas

3.1.3.3 RAPPORTS :

Il est lié aux organes par quatre portions :

- portion supérieure ou sous hépatique ou premier duodénum (**D1**)
- portion descendante ou pré rénale ou deuxième duodénum (**D2**)
- portion horizontale ou troisième duodénum (**D3**)
- portion ascendante ou quatrième duodénum (**D4**), qui se termine à la courbure duodéno-jéjunale.

La courbure de l'anse duodénale est variable ; suivant la forme de cette courbure, le duodénum est dit en O, en C, en U ou en V.

3.1.3.4 VASCULARISATION DU DUODENUM :

La vascularisation est assurée par :

- les artères pancréatico-duodénale supérieures postérieures et antérieures, qui sont les branches de l'artère gastroduodénale.

-l'artère pancréatico-duodénale inférieure, branche de l'artère mésentérique supérieure.

Les veines sont satellites des artères :

-la veine pancréatico-duodénale supérieure droite qui se draine dans la veine porte.

-la veine pancréatico-duodénale inférieure droite et inférieure gauche qui se drainent dans la grande veine mésentérique.

Les lymphatiques s'abouchent dans les ganglions duodéno-pancréatiques antérieures et postérieures.

3.1.3.5 INNERVATION DU DUODENUM :

Les innervations du duodénum proviennent :

- du pneumogastrique gauche pour D1

- du ganglion semi lunaire droit et du plexus mésentérique supérieur pour D2 et D3

- du pneumogastrique droit et ganglion semi lunaire gauche pour D4, la partie voisine de D3 et l'angle duodéno-jéjunal.

3.1.3.6 ANATOMIE FONCTIONNELLE DU DUODENUM :

Le duodénum joue un rôle très important dans le processus de digestion.

-il reçoit les sels biliaires et les enzymes du pancréas à l'intérieur de la lumière duodénale.

-le deuxième rôle important est celui de l'absorption c'est-à-dire la pénétration des nutriments provenant des aliments traversant la barrière duodénale pour passer dans le sang. Ces nutriments sont essentiellement :

° Les vitamines

° Le fer

- ° Les corps gras (lipides)
- ° Une partie des glucides

3.1.4 LE JEJUNUM ET L'ILEUM :

La deuxième partie de l'intestin grêle, mobile, est constituée par le jéjunum et l'iléum (anses grêle).

3.1.4.1 ANATOMIE MACROSCOPIQUE :

Les anses grêles ont l'aspect d'un tube cylindrique, décrivant une série de flexuosité (15 à 16 flexuosités appelées anses intestinales) depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à l'angle iléo-caecal. Elle mesure environ 5 à 6,5 m de long et 3 cm de diamètre. Leur lumière s'ouvre dans le caecum par un orifice muni d'un repli muqueux (valvule de Bauhin) les anses ont en commun :

- 2 faces convexes en contact avec les anses voisines ;
- un bord adhérent concave, en regard duquel le péritoine se continue par les feuilles du mésentère.
- Un bord libre, convexe, en rapport avec la paroi abdominale antérieure ou avec les anses attenantes.
- des villosités intestinales et des valvules conniventes nombreuses sur le jéjunum mais absentes sur l'iléum terminal.

3.1.4.2 MOYENS DE FIXITE :

Le jéjunum et l'iléum sont des anses très mobiles maintenues par :

- les extrémités (angle duodéno-jéjunal et angle iléo-caecal)
- et un long méso : le mésentère.

3.1.4.3 RAPPORTS DU JEJUNUM ET L'ILEUM :

-RAPPORTS PERITONEAUX :

Se font avec le mésentère ; c'est un méso qui relie les anses grêles et la paroi postérieure et véhicule leurs vaisseaux et nerfs.

-RAPPORT AVEC LES ORGANES VOISINS :

Les anses grêles entrent en rapport avec :

-en arrière ; la paroi abdominale postérieure (la colonne lombaire sur la médiane), dont elles sont séparées par les organes rétro-péritonéaux :

.médiaux : gros vaisseaux pré-vertébraux, aorte et VCI

.latéraux : reins, uretères, partie sous-mésocolique du duodénum, caecum, côlon ascendant à droite, côlon descendant à gauche ;

-en avant : la paroi abdominale antérieure dont elles sont séparées par le grand épiploon.

-En haut : le côlon transverse et le méso côlon transverse ;

-En bas : le côlon sigmoïde et les organes du petit bassin (rectum et vessie chez l'homme, ligaments larges et utérus chez la femme)

-A droite : le côlon ascendant ; le caecum.

-A gauche : le côlon descendant.

3.1.4.4 ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE :

Les anses grêles occupent l'étage sous méso colique de l'abdomen, il existe environ 16 anses grêles, en forme de U avec 2 branches presque parallèles (branche afférente et branche efférente)

-les anses proximales (2/5), constituent le jéjunum sont empilées de façon horizontale ; elles occupent la partie supéro-gauche de l'étage sous -méso colique de l'abdomen ;

-les anses distales (3/5), constituent l'iléum sont juxtaposées de façon verticale ; elles occupent la partie inféro-droite de l'étage sous méso colique.

3.1.4.5 ANATOMIE FONCTIONNELLE :

Les anses grêles :

-par leur motricité, provoquent l'évacuation du bol alimentaire dans le côlon ;

-assurent la dégradation des ingesta en bol alimentaire et secrètent certaines enzymes catabolisantes ;

-absorbent : l'eau, le chlore, du sodium, du potassium, des glucides à 99% dont l'absorption maximale a lieu au niveau du jéjunum, les lipides ; les protides à 95% dont l'absorption maximale a lieu au niveau de l'iléon terminal.

3.1.4.6 VASCULARISATION DU JEJUNUM ET DE L'ILEUM :

La vascularisation artérielle est assurée par les branches gauches (intestinales) de l'artère mésentérique supérieure.

Les veines, grossièrement satellites des artères, se drainent dans des troncs tributaires de la veine mésentérique supérieure et par la même du système porte.

Les lymphatiques comprennent trois réseaux anastomosés : un réseau muqueux, un réseau sous-muqueux et un réseau sous séreux qui se réunissent pour donner des collecteurs, très nombreux, arrêtés par 3 relais ganglionnaires : périphérique, intermédiaire et central.

Ensuite le tronc iléal, véhicule la lymphe vers le tronc lombaire gauche, puis vers l'origine du canal thoracique.

3.1.3.7 INNERVATION DU JEJUNUM ET DE L'ILEUM :

La double innervation sympathique et parasymphatique des anses grêles provient du plexus mésentérique supérieur.

PARTICULARITE ANATOMIQUE : environ 2% de l'iléum présentent une petite excroissance appelée diverticule de MECKEL ou vestige du conduit vitellin, ce diverticule résulte de la non disparition du canal vitellin, il est situé entre 40 et 130cm de la valvule de Bauhin. Il se complique dans 17 à 27 % des cas et 46 à 63% des complications sont des occlusions mécaniques [1-12-22-23].

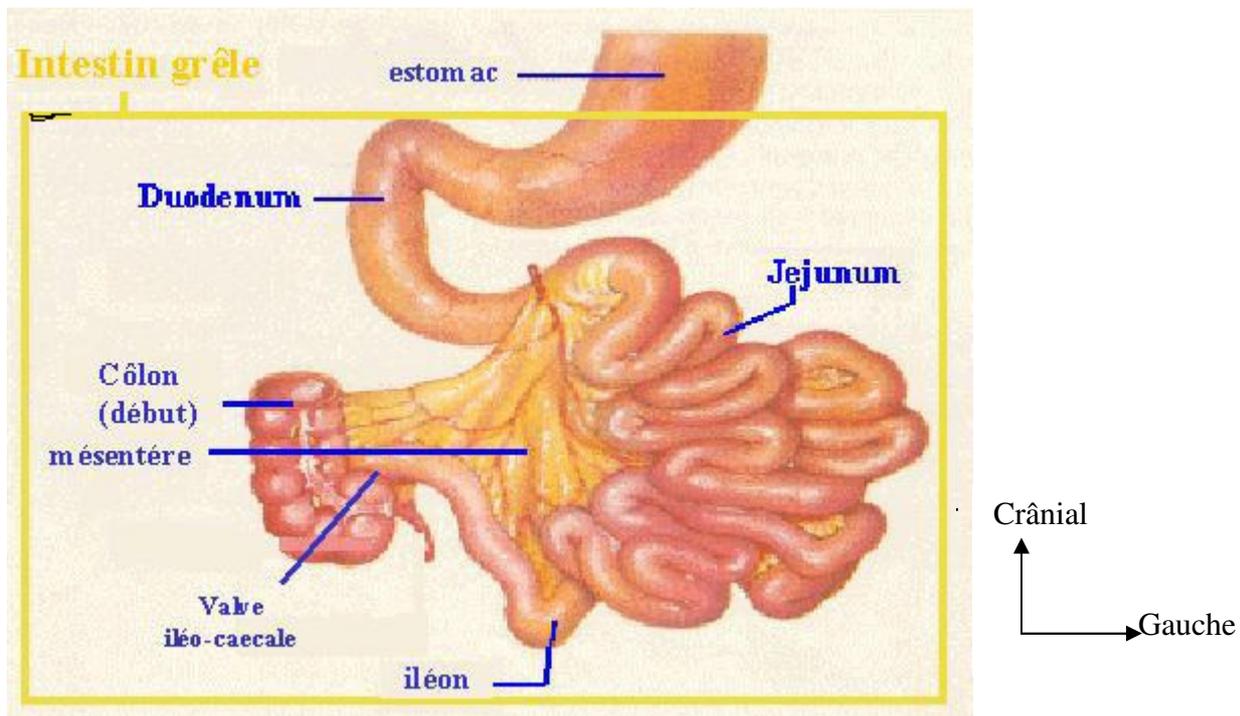


FIG.1 schéma du grêle [35]

3.2 ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU COLON :

3.2.1 ANATOMIE MACROSCOPIQUE : [6]

Le côlon est la partie du gros intestin comprise entre l'angle iléo-caecal et la jonction recto sigmoïdienne.

C'est un organe creux, dynamique, qui mesure 1,50 à 1,60 m de long, son calibre diminue progressivement de 25-30 cm au niveau du caecum à 12-15 cm au niveau du côlon sigmoïde.

Il comprend 8 segments :

-le caecum, volumineux récessus, mesure environ 6 cm de hauteur, et de 6 à 8 cm de largeur situé dans la fosse iliaque droite, auquel est appendu un diverticule : l'appendice vermiforme ;

-le côlon ascendant, fixe, verticalement ascendant dans la région lombaire droite ; mesure en moyenne 8 à 15 cm de longueur.

-l'angle droit, qui est infra-hépatique ;

-le côlon transverse, oblique en haut et à gauche ; sa longueur varie entre 40 et 80 cm.

-l'angle gauche, infra-splénique ;

-le côlon descendant, fixe, il mesure en moyenne 12 cm et comporte 3 segments :

*lombaire, quasiment vertical ;

*iliaque, traversant obliquement la fosse iliaque gauche ;

*le côlon sigmoïde, décrivant une boucle de morphologie variable dans la pelvienne.

Les bandelettes musculaire longitudinales, au nombre de 3 (sauf au niveau des côlons iliaque et sigmoïde ne présentent que 2 bandelettes) parcourent toute longueur du côlon.

Des bosselures ou haustrations coliques, séparées par des sillons transversaux, apparaissent entre ces bandelettes et s'atténuent progressivement pour disparaître au niveau du rectum.

Les appendices épiploïques prolongement de la masse grasseuse des méso, sont implantés le long des bandelettes. Elles sont plus développées sur le côlon gauche (côlon sigmoïde notamment).

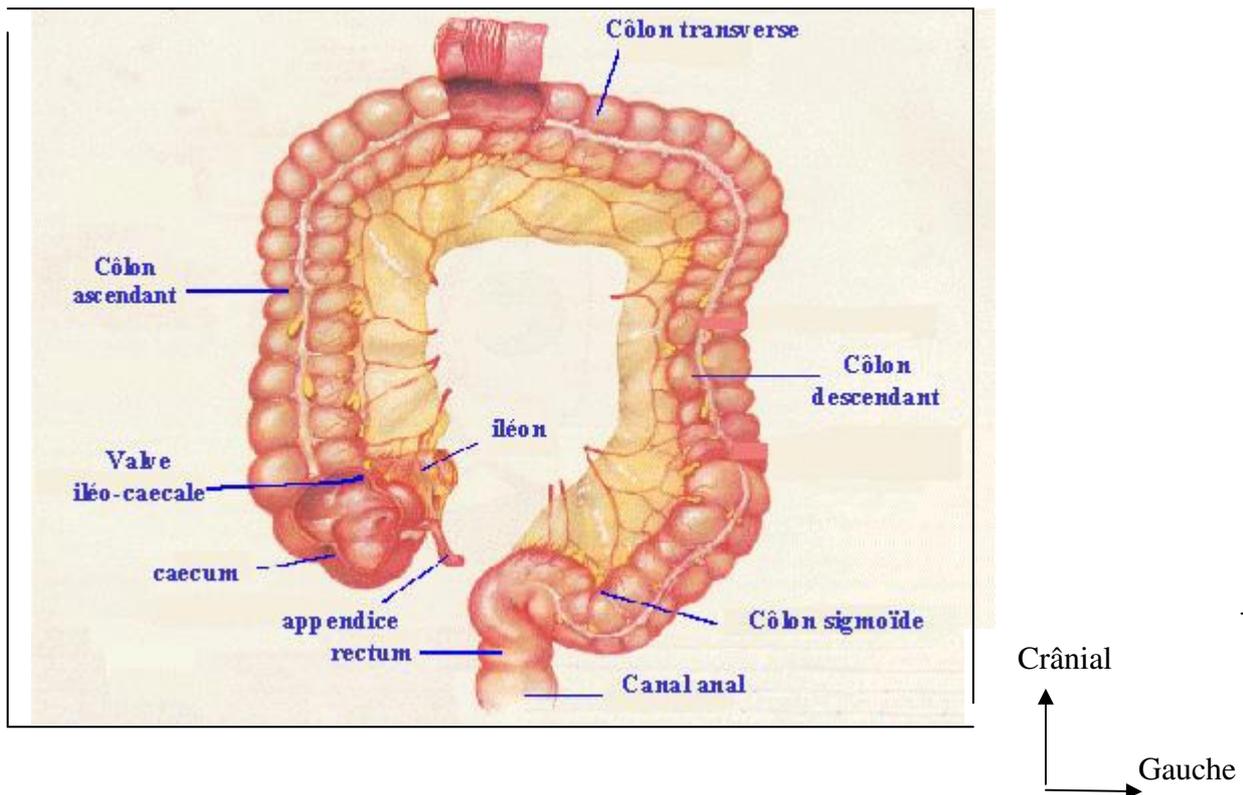


FIG.2 schéma des différentes portions du colon [35]

3.2.2 ANATOMIE MICROSCOPIQUE :

Comme tous les autres segments du tube digestif, la paroi colique comporte 4 tuniques, superposées de dehors en dedans :

- la **séreuse**, constituée par le péritoine viscéral,
- la **musculaire**, formée de la superposition de 2 couches : une externe, longitudinale incomplète, épaisse ; l'autre interne, circulaire.
- la **sous muqueuse**, lâche, plans de glissement entre 2 couches adjacentes ;
- la **muqueuse**, dépourvue de valvules conniventes et de villosités contrairement à l'intestin grêle.

3.2.3 MOYENS DE FIXITE DU COLON :

Le côlon droit est fixé à la paroi abdominale postérieure par le fascia de Toldt droit, le côlon transverse est relié à la paroi postérieure de l'abdomen par le

méso-côlon, et le ligament gastro-colique le relie à la grande courbure de l'estomac, l'angle colique gauche est fixé par le ligament phrénico-colique gauche, le côlon descendant est fixé à la paroi abdominale postérieure par le fascia de Toldt gauche

Le côlon sigmoïde est fixé par un méso-triangulaire reliant le côlon pelvien à la paroi postérieure sur laquelle il s'insère par deux racines.

3.2.4 ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DU COLON :

Le côlon est périphérique, dessinant un cadre colique, son trajet est successivement ascendant dans la région iléo-lombaire droit (segment caeco-ascendant) transversal depuis l'angle hépatique jusqu'à l'angle splénique (anse transverse), descendant enfin dans la région lombo-iliaque et pelvienne gauche (segments descendant et iléo-pelvien). Les réalités embryologiques, pathologiques et chirurgicales incitent à ne considérer que deux segments coliques :

-d'une part, le côlon droit, entre la valvule iléo-caecale et le tiers moyen de l'anse transverse ;

-d'autre part, le côlon gauche, entre le tiers moyen de l'anse transverse et la jonction sigmoïdo-rectale.

3.2.5 ANATOMIE FONCTIONNELLE :

Le côlon élabore et véhicule les matières fécales. Il y parvient par :

-la sécrétion d'un mucus qui protège et lubrifie sa muqueuse ;

-au phénomène d'absorption : de l'eau, et des chlorures de sodium essentiellement, mais aussi de certains glucides (lactose, saccharose).

Une flore bactérienne qui assure la digestion et élabore des gaz. Ce rôle de déshydratation du bol fécal est dévolu au côlon droit ;

-une fonction de motricité : par la succession d'ondes rythmiques péristaltiques et antipéristaltiques (stockage et brassage) du bol fécal.les ondes propulsives provoquent l'évacuation des selles qui est assuré par le côlon gauche.

3.2.6 VASCULARISATION DU COLON :

Le colon présente deux territoires vasculaires :

-**l'artère mésentérique supérieure** irrigue le colon droit grâce à l'artère iléo-caeco-appendiculaire et l'artère colique supérieure droite.

-**l'artère mésentérique inférieure** irrigue le colon gauche grâce à l'artère colique supérieure gauche et le tronc des sigmoïdiennes..

Les veines suivent les artères du même nom.

Les lymphatiques comportent plusieurs groupes ganglionnaires collecteurs : ganglions épi-coliques, para colique et intermédiaires.

La lymphe gagne les principaux amas ganglionnaires, rétro-pancréatiques, à l'origine des artères mésentériques.

3.2.7 INNERVATION :

L'innervation du côlon est sous la dépendance des nerfs sympathiques et parasympathiques.

4. PHYSIOPATHOLOGIE : - Mécanisme – Conséquences

4.1 MECANISME : [3]

Il existe deux principaux mécanismes dont la reconnaissance est importante car elle intervient dans l'urgence de la décision opératoire :

- les occlusions mécaniques ;
- les occlusions fonctionnelles.

4.1.1 Les occlusions mécaniques :

4.1.1.1 L'occlusion mécanique par strangulation : est une urgence chirurgicale car la vitalité de l'anse intestinale est compromise par la compression de son pédicule vasculaire (ischémie)

Le risque en est la nécrose et la perforation.

Les différentes étiologies de l'occlusion par strangulation sont :

- **la bride intrapéritoniale**
- **l'étranglement d'un orifice herniaire (hernie étranglée)**
- **le volvulus du grêle, du sigmoïde ou du colon.**
- **l'invagination** favorisée par le diverticule de Meckel et les polypes.

4.1.1.2 L'occlusion mécanique par obstruction : est une occlusion qui obstrue la lumière intestinale. L'obstruction peut entraîner des troubles hydro-électrolytiques, la distension de l'intestin ou une perforation du caecum.

L'obstacle peut être :

- ❖ **un obstacle intraluminal** (dans la lumière intestinale) : fécalome ou stercolithe, corps étrangers déglutis, bézoards alimentaires ou organiques, iléus biliaire par migration des calculs, parasite.
- ❖ **un obstacle extraluminal** (hors de la paroi intestinale) : les brides et adhérences, les hernies externes et internes, la carcinose péritonéale, les tumeurs mésentériques, kyste de l'ovaire.
- ❖ **un obstacle pariétal** (dans la paroi intestinale) : les cancers, les tumeurs bénignes

(lipome, polype bénin ou léiomyome), les sténoses inflammatoires, radiques, ischémiques, iatrogéniques ou anastomotiques.



Image1:Occlusion du grêle par obstruction (bézoard) [6]

4.1.2 Les occlusions fonctionnelles ou Iléus paralytiques : [6,]

Ces occlusions ne correspondent à aucune lésion locale. Elles sont liées à une inhibition (temporaire) de la motricité intestinale qui peut être :

- iléus idiopathique** : neuropathie ou myopathie viscérale familiale.
- iléus réflexe (iléus postopératoire)** : colique hépatique, néphrétique ; distension de la vessie ; traumatisme abdominal ; torsion d'un kyste ovarien, d'un fibrome ; fracture de cotes ; fracture de la colonne ; infarctus du myocarde ; pneumonie des lobes inférieurs ; ischémie mésentérique.
- iléus inflammatoire** : péritonite ; abcès localisé intra-abdominal ; pancréatite aiguë.
- iléus métabolique** : hypokaliémie ; urémie ; porphyrie aiguë.
- iléus médicamenteux** : anti cholinergiques ; phénothiazines ; clonidine; ganglioplégiques.
- autres causes : diabète ; sclérodermie ; dystrophies musculaires.

Les mécanismes divers [2]

- les occlusions fébriles sont souvent mixtes (diverticule, maladie inflammatoires)
- les hématomes de la paroi digestive survenant chez les patients le plus souvent sous traitement anticoagulant peuvent être la cause d'occlusion mécanique.

4.2 Conséquences [3]

L'élément commun à un syndrome occlusif est la **distension intestinale**.

Les liquides et les gaz sont à l'origine de cette distension ;

● **Les liquides** : 5 à 10 litres de liquides constitués par les sucs digestifs transitent chaque jour dans l'intestin, 80 à 90 % sont normalement réabsorbés.

Si un obstacle au transit apparaît, la capacité de réabsorption de la muqueuse peut chuter à 10 %. L'hypersécrétion s'y ajoute au niveau de l'anse obstruée.

L'accumulation des métabolites est responsable d'une élévation de l'osmolarité qui entraîne à son tour un appel d'eau. Il s'ensuit un système auto-entretenu.

● **les gaz** : les 2/3 sont constitués d'air dégluti, 1/3 de la fermentation dans le tube digestif et de la diffusion de gaz du sang à travers la muqueuse.

Le volume d'air accumulé est évidemment moins important dans les occlusions hautes que dans les occlusions basses ;

4.2.1 Les conséquences locales de la distension intestinale : [3]

4.2.1.1 L'augmentation de la pression dans la lumière intestinale par l'activité péristaltique exagérée.

4.2.1.2 L'étirement des vaisseaux, responsable :

- * d'une diminution du débit sanguin et de la filtration capillaire par ouverture des shunts artério-veineux ;
- * d'une augmentation de la résistance vasculaire.

4.2.1.3 l'hypoxie locale :

C'est le phénomène le plus important qui entraîne :

- ❖ des troubles trophiques de la paroi intestinale
- ❖ des troubles de l'absorption (eau, électrolytes, protéine, glucose)
- ❖ des troubles de la perméabilité capillaire ; ils provoquent l'apparition d'un œdème de la paroi et l'exsudation des liquides dans la cavité péritonéale. La quantité de liquide ainsi séquestrée peut être considérable. Ce « troisième secteur » peut être la cause d'un choc hypovolémique.

4.2.1.4 L'exagération de la distension, l'hypoxie, les pertes de potassium

s'associent pour supprimer la contractilité de l'intestin. Leur activité sur la circulation lymphatique disparaît et l'œdème s'accroît.

4.2.2 Les conséquences générales de la distension intestinales sont métaboliques, circulatoire, respiratoires :

4.2.2.1 Rappel physiologique : [6] il est démontré que la partie supérieure du tractus gastro-intestinal est le siège des sécrétions et des premiers stades de la digestion. Ces sécrétions ont des volumes variables dont la quantité moyenne est la suivante par 24 heures :

- salive : 1500 ml
- sécrétion gastrique : 2.500 ml
- sécrétion pancréatique : 700 ml
- sécrétion biliaire : 500 ml
- sécrétion intestinale : 300 ml

Ces sécrétions digestives représentent quotidiennement 5 litres. La partie terminale de l'iléon et du côlon droit assure l'absorption des sécrétions digestives. Mais seulement 200 à 300 ml sont éliminées par les selles.

La composition du liquide traversant l'intestin grêle est diversement appréciée. Elle est considérée comme hypotonique et ayant la composition suivante :

- Sodium 100 milli osmoles par litre ;
- Potassium 20 à 30 milli osmoles par litre ;
- Chlore 90 à 110 milli osmoles par litre ;
- Bicarbonate 20 à 30 milli osmoles par litre.

Une déplétion de 3 à 4 litres par 24 heures est la moyenne habituelle, sous forme d'un liquide pauvre en général en globules rouges, pauvre en protéines au début, quoiqu'une perte de protéine puisse se rencontrer par transsudation plasmatique à travers un grêle inflammé, due à l'augmentation de la perméabilité.

4.2.2.2 Les troubles métaboliques :

* Les pertes hydroélectrolytes dues aux vomissements, à l'accumulation intraluminaire de liquide, à l'œdème pariétale, mésentérique, à l'épanchement péritonéal, entraînent une déshydratation globale.

* L'accumulation intraluminaire et intrapéritonéale de protéine est responsable d'une diminution du volume plasmatique.

4.2.2.3 Les troubles circulatoires :

* La diminution du volume plasmatique entraîne une diminution du débit cardiaque. Celui-ci est maintenu par une réaction adrénurgique dont l'un des effets secondaires est une vasoconstriction périphérique.

* Les effets à l'hypoxie intestinale :

- acidose métabolique,

- diminution de la filtration glomérulaire.

4.2.2.4 Les troubles respiratoires :

- * L'augmentation de la pression abdominale limite la course du diaphragme,
- * l'acidose retentive sur la fonction respiratoire,
- * les troubles respiratoires sont surtout sensibles chez les patients âgés.

Les aspects particuliers :

-l'arrêt du transit favorise la prolifération des bactéries, dont la concentration devient identique dans le jéjunum et l'iléon.

-l'altération de la paroi intestinale permet la traversée des germes et entraîne une péritonite. [3]

-dans les occlusions par étranglement où la suppléance vasculaire de l'intestin est d'emblée compromise, la notion de perte de globules rouges à l'intérieur des anses explique l'anémie et la douleur serait liée à une compression aiguë des nerfs et des pédicules vasculaires. [6,11]

4.2.3 LE CHOC :

Dans certains cas d'occlusions du grêle, est réalisé un véritable tableau de choc compensé ou décompensé.

Le choc est relativement précoce dans les occlusions par strangulation.

Les souffrances de la circulation périphérique résultent alors souvent d'une part de la vasodilatation splanchnique due à l'hyper péristaltisme et aux réflexes nés de la douleur, d'autre part de la diminution du volume sanguin global : la strangulation s'accompagne souvent d'une hémorragie pariétale, péritonéale et intra-intestinale qui peut atteindre un demi litre ou plus et qui vient aggraver la diminution du volume sanguin due au stockage liquidien.

En outre, plus tardivement, dans toutes les occlusions non traitées même si elles ne résultent pas d'une strangulation, un état de choc s'installe ; il est alors dû :

- soit à l'intensité de la spoliation sanguine et hydroélectrolytique,
- soit à une perforation intestinale au niveau de l'obstacle et aux phénomènes infectieux qui l'accompagnent.

Ce schéma physiopathologique doit être nuancé en fonction du siège et du mécanisme de l'occlusion [3]

-En cas d'occlusion haute : le rôle de la distension est moins important.

Les troubles sont liés aux vomissements : perte de chlore et de protons, alcalose et hypokaliémie.

-En cas d'occlusion basse colique, la valvule de Bauhin demeure habituellement fermée :

-la distension du grêle est modérée, les troubles hydroélectrolytiques sont plus lents à apparaître

-en amont de l'obstacle colique, la tension qui s'exerce sur la paroi et ses vaisseaux est fonction de la pression intraluminaire et du diamètre de l'intestin.

La tension pariétale varie selon la loi de Laplace :

Tension pariétale = diamètre x pression x π

-les phénomènes ischémiques sont alors maximums du caecum, là où l'intestin atteint son plus grand diamètre.ils sont responsables des perforations qui siègent à distance de l'obstacle intestinale (perforation diastatique)

En cas d'occlusion par strangulation : l'hypovolémie, l'ischémie mésentérique et intestinale, la nécrose pariétale et la péritonite prennent le pas sur la distension.

5. ETIOLOGIES : [3 ; 5 ; 6 ; 7 ; 11]

L'occlusion intestinale aiguë est un syndrome d'une grande fréquence observée à tous les âges, spontanément ou après une intervention chirurgicale portant sur l'abdomen ; dans la recherche étiologique, il est essentiel de tenir compte de l'âge du malade examiné:

5.1 En fonction de l'âge :

5.1.1 Occlusions néo-natales : les causes les plus fréquentes sont :

* pour le côlon :

- L'imperforation anale,
- La maladie de Hirschsprung,
- L'immaturité du côlon,
- Le méésentère commun

* Pour le grêle :

- Les brides par mal-rotation de l'intestin.

* Exceptionnellement, occlusions fonctionnelles en rapport avec une infection parentérale.

5.1.2 Occlusions du nourrisson : les causes les plus fréquentes sont :

- Invagination intestinale aiguë
- Malformations congénitales (méésentère commun, duplication enkystée)
- La torsion d'un mégacôlon congénital,
- Les brides par mal-rotation de l'intestin,
- L'iléus fonctionnel.

5.1.3 Occlusions de l'enfant : les causes les plus fréquentes sont :

- L'invagination intestinale aiguë,
- La maladie de Hirschsprung,

- Le volvulus du sigmoïde,
- L'inflammation appendiculaire
- Diverticule de Meckel
- L'iléus biliaire,
- Fécalome
- Les brides et adhérences.

5.1.4 Chez le sujet âgé :

Pour le côlon :

- Cancer du côlon
- Volvulus du sigmoïde
- Sigmoidite diverticulaire
- Volvulus du côlon droit
- Tumeur colique

Pour le grêle :

- Iléus biliaire (surtout chez la femme âgée)
- Volvulus du grêle
- Sténose (inflammatoire, ischémique, parasitaire, alimentaire)
- Invagination intestinale (tumeur du grêle, diverticule de Meckel)
- Etranglement (occlusion sur bride+++ , hernie étranglée)
- Carcinose péritonéale

5.2 Occlusion fonctionnelle du grêle et du côlon (ou du côlon seul = syndrome d'ogilvie) : Les causes sont :

- ✚ Les troubles hydro électrolytiques
- ✚ Les troubles neurologiques
- ✚ Les affections intra péritonéales

✚ Les infections intra péritonéales

✚ La période postopératoire

	OCCLUSIONS AIGUES		
Nature	Organiques		Fonctionnelles
Siège	Grêle ou colon		Grêle et colon (ou colon seul : syndrome d'ogilvie)
Mécanisme	Strangulation vasculaire	Obturation	Paralysie
Causes	1-volvulus 2-étranglement 3-invagination	1-tumeur 2-infection-inflammation 3-corps étranger	1-troubles hydro électrolytiques 2-troubles neurologiques 3-affections rétro péritonéales 4-infectionsintrapéritonéales 5-période post opératoire

Tableau illustrant la Nature, le Siège, le Mécanisme et les Causes des OIA [4]

6. DIAGNOSTIC CLINIQUE :

Type de description : le syndrome occlusif

Les occlusions représentent environ 10 % des causes de douleurs abdominales aiguës de l'adulte. Plus d'une fois sur deux, elles touchent une femme et ce fait est surtout évocateur après 50 ans. [5]

6.1 Signes fonctionnel : sont caractérisés par :

- **la douleur** : peut toucher tous les cadrans de l'abdomen mais est exceptionnellement (5%) localisée à droite.

Elle est fréquemment paroxystique (50%) sans irradiation particulière.

-Les vomissements (et l'aspiration gastrique) soulagent inconstamment (30 %) la douleur, ils sont répétés et bilieux dans un tiers des cas.

Leurs caractères fécaloïdes sont hautement évocateurs et traduisent le terme ultime du retard apporté au diagnostic. Ils sont rarement alimentaires mais aussi évocateurs. Ces vomissements peuvent être tardifs ou précoces (en fonction du siège de l'occlusion).

-le transit est toujours anormal

L'arrêt des gaz depuis 12 à 24 heures où plus est le symptôme le plus caractéristique et le plus analysable alors que l'arrêt des matières est plus aléatoire.

6.2 Les signes généraux : sont caractérisés par :

- une température qui est plus d'une fois sur deux normale ; elle n'est jamais supérieure à 38,5° c en dehors des complications.
- une chute de la tension artérielle (tardive) à cause des vomissements et des déperditions plasmatiques dans la lumière intestinale,
- une accélération du pouls,
- des signes de déshydratation,

6.3 Les signes physiques :

✓ **A inspection** on retrouve :

Un météorisme : fréquent (50 %), diffus (symétrique ou asymétrique) ce qui est évocateur, parfois localisé ce qui est encore plus évocateur.

Remarque : en cas de volvulus, le météorisme est préférentiellement asymétrique ou localisé.

En cas d'occlusion haute de l'intestin grêle, le météorisme peut faire défaut (occlusion « à ventre plat »).

Une cicatrice abdominale est évocatrice de brides ou d'adhérences en cas de volvulus l'intestin grêle (elle est difficile à retrouver en cas de chirurgie laparoscopique).

Les ondulations péristaltiques qui traduisent la lutte intestinale contre l'obstacle.

De façon inconstante, le ventre ne respire pas bien, cela va dans le sens du diagnostic.

✓ **A la palpation** : on retrouve :

Une douleur provoquée dont le siège traduit la zone de souffrance de l'intestin. Cette douleur contraste avec le reste de la palpation qui est normale : pas de défense, pas de contracture, pas de masse solide palpable (sauf éventuellement en cas d'obturation colique).

✓ **A la percussion** : on rencontre la présence d'un tympanisme qui est dû à la présence de gaz à l'intérieur du tube digestif. Il est fréquent et hautement évocateur.

A l'auscultation : il y a la présence et l'accentuation de bruits hydroaériques.

✓ **Les touchers pelviens** sont habituellement normaux et indolores.

✓ **La palpation des orifices herniaires** recherche une hernie étranglée.

7. **DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE** : [2, 3, 5, 6,7]

Les examens complémentaires demandés dans le diagnostic des occlusions ont plusieurs buts :

- ✓ conforter le diagnostic clinique.
- ✓ apprécier le retentissement du syndrome occlusif,
- ✓ et guider la thérapeutique.

7.1. **Biologie** : les paramètres biologiques nécessaires sont :

- Numération formule sanguine (NFS)
- Bilan électrolytique
- Bilan de coagulation
- Glycémie
- Les examens préalables à une intervention digestive (groupe sanguin, bilan cardiovasculaire et pulmonaire).

Ces paramètres biologiques ont peu de valeur diagnostique. Ils servent surtout à rechercher et quantifier les tares préexistantes du malade, le retentissement de la stase (3^o secteur) et des vomissements.

7.2 Imagerie :

- **la radiographie de l'abdomen sans préparation** : est indispensable et comprend :

- **un cliché de face, debout** : un cliché d'ensemble centré sur les coupes du diaphragme, des clichés complémentaires :

* face, en décubitus latéral droit et gauche ;

* face, en position de Trendelenburg (tête en bas)

- **un cliché de profil, couché** : un cliché d'ensemble en décubitus dorsal.

Ces clichés mettent en évidence la rétention gazeuse précoce et la rétention liquidienne plus tardive. L'association de ces deux phénomènes aboutit à **l'image de niveau hydroaérique** (image caractéristique de l'occlusion).

* les images hydroaériques du grêle sont typiquement plus larges que hautes, plus centrales et plus nombreuses, alors que les images hydroaériques du côlon sont plus hautes que larges, plus périphériques et moins nombreuses.

Ces clichés sans préparation doivent rechercher aussi des images de corps étranger (calcul biliaire de l'iléus), de bézoard, d'aérobilie, d'anévrisme, de fécalome et d'épanchement liquidien péritonéal.

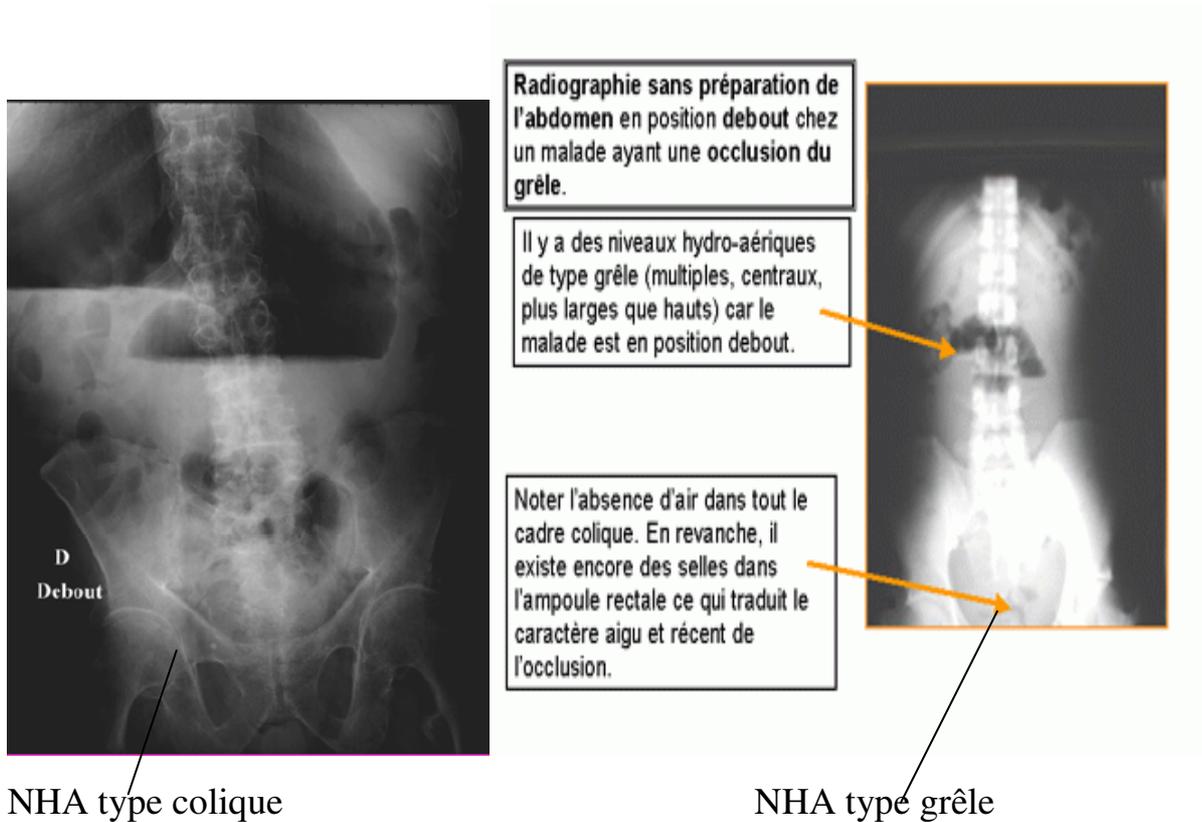


Image 2 : occlusion du côlon et du grêle

-Le lavement aux hydrosolubles : confirme le diagnostic en montrant une image en cône ou en bec d'oiseau. Il peut provoquer la détorsion de l'anse. Permet de préciser la localisation, la cause et le degré de l'obstruction (cancer, diverticulite, occlusion paralytique) et peut autoriser la poursuite d'un traitement « médical » en cas d'obstruction incomplète.

-L'Echographie :

-La tomodensitométrie (scanner) :

Le scanner est intéressant à plusieurs titres :

Il peut affirmer le siège de l'obstruction et même parfois le mécanisme : cancer colique avec visualisation de la tumeur, occlusion du grêle sur bride montrant la strangulation et la jonction grêle sain-grêle dilaté, volvulus.

Le scanner permet de préciser le degré et l'étendue des lésions au cours d'une occlusion ischémique. Enfin, outre certaines images évoquant une complication (pneumopéritoine, épanchement péritonéal), le scanner abdominal peut guider la conduite opératoire, servant de bilan d'extension dans certains processus tumoraux (métastase).

N.B: Les facteurs qui menacent la vie au cours d'une occlusion intestinale aiguë sont le choc hypovolémique et ses conséquences, les perforations intestinales, les hémorragies digestives, les pneumopathies par inhalation de vomissements.

8. FORMES CLINIQUES : [2, 5, 6,7]

8.1 En fonction du siège :

8.1.1 Occlusions du grêle :

Les occlusions de l'intestin grêle représentent 8 % des douleurs abdominales aiguës de l'adulte. Elles sont 3 à 4 fois plus fréquentes que les occlusions coliques. L'âge supérieur à 40 ans est en faveur.

L'intensité de la douleur est souvent sévère, les vomissements répétés, l'arrêt des gaz assez tardif, la dilatation (météorisme) parfois localisées, une rapide altération de l'état général, un déséquilibre hydro-électrolytique.

A l'examen et à l'interrogatoire, on ne retrouve ni émissions glaireuses ni rectorragies ni antécédents de crises identiques ou atténués ayant cédés.

Sur les radiographies de l'abdomen sans préparation : il existe des images hydroaériques, multiples, centrales, plus larges que hautes, à bords fins, disposées en « tuyau d'orgue ».

8.1.2 Occlusions coliques :

Les occlusions coliques représentent 2 % des douleurs abdominales aiguës de l'adulte.

Elles sont 3 à 4 fois plus rares que les occlusions du grêle. L'âge est souvent supérieur à 60 ans ; la douleur progressive, elle n'est ni particulièrement exacerbée par les aliments ni spécialement soulagée par les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz précoces, la dilatation abdominale (météorisme) généralement diffuse et non localisée, une alternation de l'état générale tardive. Sur les radiographies de l'abdomen sans préparation : existent des bulles hydroaériques plus nombreuses que l'obstacle est plus bas situé, elles sont périphériques, plus hautes que larges à bords épais marquées par des haustrations.

Le lavement (aux hydrosolubles) baryte, montre souvent l'atteinte colique et précise le siège exact, l'hydrosoluble brute sur l'obstacle donnant souvent des images en corne ou en bec d'oiseau.

8.2 En fonction de la nature et du mécanisme :

Sur le plan pratique, deux situations se discutent :

8.2.1 Occlusions mécaniques :

Les occlusions mécaniques sont les fréquences 90 à 95 % des occlusions intestinales, et elles relèvent toujours d'un transfert d'urgence en milieu chirurgical. Elles peuvent siéger sur le grêle ou sur le côlon ; leur mécanisme relève soit d'une obstruction, soit d'une strangulation.

Occlusions aiguës par strangulation : sont caractérisés par :

- Un début brutal, des douleurs intenses, violentes sans accalmie, sans prodrome,
- contemporaines d'un collapsus précoce,

- un météorisme asymétrique, immobile et tympanique, sans ondulation péristaltique, silencieux (signe de Von Wahl),
- sur les clichés, une anse unique donnant **une image en arceau** avec un niveau liquide dans chaque pied de l'anse volvulée.

Occlusions aiguës par obstruction : on les évoque sur :

- un début progressif,
- souvent précédé de crises douloureuses ;
- des mouvements péristaltiques ; des bruits hydroaériques ;
- un arrêt du transit plus progressif ;
- des images hydroaériques multiples et étagées réalisant l'aspect classique en **tuyau d'orgue**.

8.2.2 Occlusions fonctionnelles :

Elles sont moins fréquentes 5 à 10 % des occlusions intestinales.

Elles se caractérisent par l'absence ou la faible intensité des douleurs, un météorisme important diffus, l'ondulation péristaltique et de bruits hydroaériques, une constipation sans arrêt franc des matières et des gaz.

L'élément clinique prédominant est le syndrome infectieux ;

La radiographie produit des images plus diffuses que celles des occlusions mécaniques, avec peu de niveaux hydroaériques.

Les principales causes sont : les neuroleptiques, les antimétaboliques, les affections rétro péritonéales, affections nerveuses, troubles neurologiques chez les personnes âgées (maladie de Parkinson, troubles psychiatriques), le syndrome d'ogilvie.

8.3 En fonction de l'étiologie :

8.3.1 Pour les occlusions du grêle :

- occlusions sur brides ou adhérences péritonéales :
- Hernies étranglées
- Tumeurs du grêle
- Diverticules du grêle
- Autres : corps étrangers, phytobézoards, occlusions parasitaires.

8.3.2 occlusions du côlon

- Cancers
- Sigmoïdite volvulus
- **volvulus du côlon** (volvulus du sigmoïde ou du côlon pelvien, volvulus du côlon droit et du caecum, volvulus du côlon transverse) :

signes fonctionnels :

La douleur : est moins évocatrice, d'apparition progressive, moins intenses, diffuse, prédominant à la fosse iliaque gauche.

Les vomissements sont tardifs voire absents, remplacés par des simples nausées, qui secondairement deviennent alimentaires, bilieux puis fécaloïdes.

L'arrêt du transit (qui est le signe majeur) des matières et des gaz est précoce et absolu. Mais il peut être masqué par la vidange du segment intestinal d'aval.

signes généraux :

-l'état général est conservé,

-le faciès anxieux,

-la langue est chargée,

-la température est discrètement élevée : 37,5 – 38° c, rarement supérieur à 38°

-le pouls est parfois modérément accéléré,

-la tension artérielle est normale.

Signes physiques :

A l'inspection, un météorisme abdominal (signe physique capital), d'apparition précoce, réalisant : une énorme masse tympanique, asymétrique immobile, oblique en haut et à droite, allongée de la fosse iliaque gauche à l'hypochondre droit : signe de Von Wahl.

La palpation, retrouve une résistance élastique de l'abdomen, parfois réveille une douleur dans la fosse iliaque gauche.

La percussion de l'abdomen est sonore.

L'auscultation retrouve une accentuation des bruits hydroaériques.

L'ampoule rectale est vide.

9. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

9.1 Il faut éliminer certaines affections médicales :

-la colique néphrétique (elle s'accompagne souvent d'une dilatation gazeuse du grêle et du côlon).

-une colique hépatique,

-une diarrhée importante, accompagnée de vomissement et d'un certain météorisme, mais sans douleur. Il existe alors des images gazeuses du grêle et du côlon, sur les clichés de l'abdomen sans préparation.

-l'hypokaliémie chez les patients âgés,

-les neuroleptiques chez les patients âgés (peuvent entraîner des distensions gazeuses coliques considérables).

9.2 Il faut éliminer des affections d'allure occlusive :

-**la dilatation gastroduodénale aiguë spontanée** (elle simule l'occlusion par sa douleur aiguë, ses vomissements, altération précoce de l'état général, le météorisme abdominal).

-**Certains traumatismes importants** (lombaires, crânio-encéphaliques, rachidiens, fractures du bassin avec hématome rétro péritonéal, chez un patient alité, soumis à une ventilation assistée), s'accompagnent souvent de ralentissement réflexe du transit intestinal.

-**Les péritonites généralisées**

-**La pancréatite aiguë**

-**L'infarctus mésentérique**

-**L'hémopéritoine de la grossesse extra-utérine**

-**Les torsions d'annexes ou de kyste de l'ovaire.**

10. Evolution et pronostic : [3, 6].

En l'absence de traitement, l'occlusion intestinale aiguë aboutirait au décès par **nécrose intestinale, perforation, péritonite et choc septique.**

-Traitée, son évolution et son pronostic sont fonction :

Des antécédents pathologiques, de l'âge, de la cause et du retentissement général de l'occlusion.

Le pronostic est en partie lié au type de l'occlusion, au siège de l'obstacle mais surtout à la précocité du diagnostic et de l'intervention.

-Les suites opératoires doivent faire l'objet de soins et de surveillance attentive :

.Poursuite de l'aspiration digestive, de la réanimation hydro électrolytique ;

.Prévention des complications thrombo-emboliques par le lever précoce ;
pulmonaires par la gymnastique respiratoire.

-La surveillance permet de dépister :

.Une occlusion postopératoire précoce, plus souvent fonctionnelle, paralytique
ou métabolique, que mécanique, par bride ;

.Une fistule du grêle, qui peut survenir s'il y a eu résection, entérotomie
d'extraction d'un calcul ou d'un corps étranger, ou simplement du fait de la
dissection et de la libération des anses intestinales adhérentes.

-A distance, le patient n'est jamais à l'abri d'une récurrence occlusive.

11. Traitement des occlusions : [2, 3, 5, 7]

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

11-1- le traitement médical :

Mené avant, pendant et après l'intervention chirurgicale et consiste surtout :

1. réanimation-hydro-électrolytique : prise d'une voie veineuse

- qui permet une correction progressive de l'hypovolémie ;
- et une correction des troubles électrolytiques, guidée par la clinique et les
examens biologiques.

2. une aspiration digestive par une sonde gastrique :

- qui diminue la distension abdominale ;
- supprime les vomissements ;
- évite l'inondation trachéale et l'inhalation bronchique au moment de
l'anesthésie.

3. une fiche de surveillance de cette réanimation.

4. un contrôle de la diurèse, par une sonde vésicale à demeure.

5. une antibioprophylaxie et un traitement antalgique.

11-2- Le traitement chirurgical :

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

11-2-1- En cas d'occlusion du grêle :

L'intervention est précoce, sous anesthésie générale et intubation trachéale :

- Par une voie d'abord médiane ;
- Après libération de toutes les adhérences pour bien exposer tout le grêle ;
- Des prélèvements bactériologiques, d'un épanchement péritonéal, fréquent, cultivés sur --milieux aéro, anaérobies ;
- L'obstacle est recherché à la jonction du grêle plat et du grêle distendu ;
- Une occlusion par bride nécessite la section de la bride ;
- Une hernie interne sa réduction ;
- On apprécie ensuite l'aspect du grêle en recherchant un sillon d'étranglement, en étudiant sa coloration, la récupération d'ondulations péristaltiques, de battements visibles et palpables dans les vaisseaux droits du mésentère, sous l'effet du sérum chaud.

Après s'être assuré que le ballonnet de la sonde trachéale assure une bonne étanchéité :

- On pratique la vidange du grêle distendu, avec douceur, à contre-courant jusque dans l'estomac où son contenu est aspiré ;
- Si le grêle est sphacélé de façon irréversible, ou présente une sténose, une tumeur, une résection intestinale est pratiquée et le rétablissement de la continuité dans le même temps ;
- La toilette de la cavité péritonéale, effectuée au sérum tiède, débarrasse l'abdomen des caillots, des liquides septiques, évite la formation d'adhérences à l'origine de brides ;

-Les anses intestinales sont enfin ordonnées et rangées en bonne position.

11-2-2- En cas d'occlusion du côlon :

Lorsque l'occlusion réclame une intervention d'urgence, le cancer du côlon pose le problème, différemment selon le côté.

• Le cancer du côlon droit :

- Lorsque la tumeur est extirpable, le cancer du côlon droit est traité par hémicolectomie droite et anastomose iléo-transverse.
- Lorsque la tumeur est inextirpable, le cancer est traité par dérivation interne : Anastomose iléo-transverse latéro-latérale.

• Le cancer du côlon gauche :

- Les conditions d'une exérèse immédiate sûre et carcinologique de la tumeur sont rarement réunies. Dans ce cas, l'anastomose immédiate est contre-indiquée.
- L'intervention est donc terminée par une double stomie, ou intervention de Hartmann (extériorisation de l'extrémité colique d'amont en colostomie terminale, iliaque gauche et l'abandon du moignon rectal ou colique d'aval fermé, dans le petit bassin).
- Habituellement, la solution de prudence et de sécurité est une colostomie en amont de la tumeur laissée en place, colostomie latérale, sur baguette, effectué par une voie d'abord élective par rapport au siège connu de l'obstacle tumoral, précédant de quelques semaines la colectomie secondaire.

• Le volvulus du côlon pelvien :

- En l'absence de contre-indication, c'est -à-dire :
 - d'occlusion vue tard,
 - de signes péritonéaux,

- de signes de nécrose de l'anse volvulée : douleurs intenses, vomissements, état de choc, défense abdominale, présence de sang au toucher rectal, qui imposent une intervention d'urgence.

La détorsion est souvent tentée par colonoscopie. Une fois cette détorsion obtenue, il y a issue de matières de stase dans le rectum. Sous coloscopie, on peut faciliter cette détorsion en poussant un tube de Faucher. Une fois la détorsion endoscopique assurée, il faut vérifier la muqueuse de la zone de torsion et la muqueuse de l'anse volvulée. Pour éviter la récurrence, il faut envisager une résection sigmoïdienne ultérieure. En cas d'impossibilité de dévolvuler endoscopiquement le sigmoïde après que l'anse a été dévolvulée mais que la zone de torsion est douteuse, il est préférable d'intervenir en urgence.

En cas d'intervention en urgence l'anse est dévolvulée si cela n'avait été fait. Le tube de Faucher, mis en place préalablement dans le rectum et poussé après détorsion de l'anse, facilite la vidange de celle-ci. Une fois l'anse est dévolvulée, le sigmoïde est habituellement réséqué sans rétablissement immédiat de la continuité et avec mise des 2 bouts à la peau en canon de fusil ou intervention de Bouillie Wolkmann.

La mortalité post-opératoire dans ce contexte est élevée.

Le traitement idéal du volvulus du côlon pelvien est préventif: colectomie segmentaire des dolichocôlons qui ont présenté des épisodes occlusifs antérieurs incomplets.

Quant aux **occlusions fonctionnelles**, elles relèvent essentiellement d'un traitement « médical » et parfois une décompression endoscopique (syndrome d'ogilvie).

II METHODOLOGIE

II-1 Type et période d'étude :

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive de Juillet 2008 à Juin 2009 soit 12 mois d'étude.

II-2 Site d'étude:

Notre site d'étude a été le service de chirurgie de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes (HFD/K).

II-2-1 BIOGÉOGRAPHIE : la région de Kayes est située entre le 12^e et le 17^e degré de latitude Nord à cheval sur le haut Sénégal et ses affluents et à l'extrême Ouest du Mali. Elle s'étend approximativement d'Est en Ouest et du Nord au Sud sur une distance d'environ 400km.

Elle est limitée :

- _A l'Est par la région de Koulikoro
- _A l'Ouest par la république du Sénégal
- _Au Sud par la république de Guinée
- _Au Nord par la république de Mauritanie.

La région couvre une superficie de 120760 km², représentant 9,7% de la superficie totale du territoire national.

La région est subdivisée en 7 cercles (Kayes, Bafoulabé, Kita, Kenieba, Yelimane, Diéma et Nioro, composés de 117 communes rurales et 12 communes urbaines. Sa population était de 1612630 habitants en 2005 soit une densité de 104 hbts/km²,

Le relief de la région comprend trois (3) zones géographiques et est dominé par la falaise du Tambaoura,

La région couvre aussi trois (3) zones climatiques:

- la zone sahélienne au nord
- la zone soudanienne au centre
- la zone pré Guinéenne au sud,

La région est arrosée principalement par le fleuve Sénégal et ses affluents, elle comprend aussi d'autres cours d'eau importants tels que la Falémé, le Kolimbiné et des rivières (le Karakoro, le Wadou et le Térékolé), La région possède un seul Lac(le Magui) de nombreuses mares et deux barrages(Diama et Manantali).

II. 2 2 Données socio démographiques et mode de vie :

La population Kayesienne était estimée à 1612630 habitants environ en 2005 soit une densité de 104 hbts/km².

Les différentes ethnies se localisent à travers les sept cercles de manière suivante=

Au Nord= dans les cercles de Nioro, Yelimané et Diema les populations sont à prédominance Sarakolé qui cohabitent avec les peulhs, bambara et quelques maures.

Au Centre= dans les cercles de Kayes et Bafoulabé prédominent les Khassonkés, qui vivent avec quelques bambaras, peulhs, maures, Sarakolés et les malinkés à l'est de Bafoulabé.

Au Sud= dans les cercles de Kita et Kenieba, l'ethnie dominante est le malinké. L'activité agro-pastorale demeure la principale activité de la région.

II.2.3 Activités économiques :

Le secteur primaire constitue la cheville ouvrière de l'économie de la région. En effet l'agriculture, l'élevage, la pêche et l'exploitation forestière occupent plus de 80% de la population et procurent à ce titre la quasi-totalité de la production régionale.

Le secteur secondaire peu dynamique est entrain de se développer avec les industries de transformation comme= l'usine d'égrenage de coton de la CMDT, l'HUICOMA à Kita et l'industrie de matelas (FOFY industrie) à Kayes.

La production minière se développe avec l'exploitation des mines d'or de Sadiola (SEMOS) et Yatela et la découverte d'autres gisements à Loulo et Tabakoto.

L'exploitation artisanale limitée de l'or à Kenieba se poursuit. Les principales sources d'énergie demeurent le bois et le charbon de bois.

La quasi-totalité de la population est alimentée en eau à partir du fleuve, des mares, des rivières et de forages.

II-2-4 Infrastructures :

Dans le secteur des infrastructures, le chemin de fer constitue l'épine dorsale des moyens de transports.

Le réseau routier est insuffisant car il est constitué en grande partie des pistes temporaires.

Pour les infrastructures aéronautiques 3 pistes sur 5 sont utilisables.

Malgré l'enclavement de la région, des courants d'échanges existent entre les zones de production agro-pastorale et les zones de consommation, entre la région de Kayes et les autres régions du Mali et entre les pays voisins: Mauritanie, Sénégal et Guinée.

II-2-5 Situation Sanitaire:

Il existe au niveau de la région sept (7) centres de santé de cercle qui ont tous été érigés en centre de santé de références. Ils travaillent en collaboration avec l'hôpital régional de Kayes.

Le plan de développement socio sanitaire du cercle de Kayes 2004-2008 prévoit 46 aires de santés. Actuellement, 28 aires de santé sont opérationnelles. La commune de Kayes abrite aussi d'autres catégories de structures sanitaires qui sont :

→ Six (6) privées à but lucratif :

-la polyclinique Yonki Saha

-le cabinet du fleuve

-le cabinet médical Toubba

-le cabinet Santé plus

-le cabinet médical Amina

-le cabinet médical Lafia Sud

→ Cinq (5) formations parapubliques, ce sont les dispensaires de :

-l'institut national de prévoyance sociale (INPS)

-la régie du chemin de fer

-la mairie

-la croix rouge

-la garnison militaire

→ Une formation publique :

-le centre de santé de références de Kayes

→ Trois formations communautaires :

-le CSCOM du Khasso

-le CSCOM de Kayes N'di

-le CSCOM de Lafiabougou

II-2-6 Présentation de l'hôpital régional Fousseyni Daou :

a-historiques :

Situé à l'entrée de la commune de Kayes en venant de Bamako à quelques mètres de la gare du chemin de fer entre le dépôt, la cité du chemin de fer du Mali, le camp militaire et la gendarmerie, l'hôpital de Kayes est l'une des plus anciennes formations sanitaires du Mali.

Il a été créé en 1883 par les militaires français dans le but d'apporter aux missionnaires des conquêtes coloniales blessés, les premiers soins avant leur évacuation sur la France ou le Sénégal. Il devient hôpital secondaire en 1959 (selon la loi cadre) avec la réorganisation des formations hospitalières. Il fut érigé en hôpital régional en 1969 (dix ans après l'indépendance) ; c'est-à-dire une référence pour la région. En 1991 il a été baptisé Hôpital régional **Fousseyni Daou** (HRFD/K) du nom d'un de ses médecins directeurs assassiné la même année, avec une superficie de 12 hectares. Il a une capacité d'hospitalisation de 130 lits.

b-Les structures :

L'HRFD/K est structuré en services et unités

Les services sont les suivants :

- Anesthésie Réanimation ;
- Chirurgie Générale ;
- Dermatologie Vénérologie ;
- Gynécologie Obstétrique ;
- Imagerie Médicale ;
- Laboratoire de biologie médicale ;
- Médecine Générale ;

- Odontostomatologie ;
- Ophtalmologie ;
- Oto-rhino-laryngologie (O.R.L) ;
- Pédiatrie ;
- Pharmacie Hospitalière ;
- Service d'Hygiène ;
- Service Social ;
- Traumatologie ;
- Urgences.

Les unités se composent comme suit :

- Centre d'Appareillage Orthopédique et de Rééducation Fonctionnelle (CAORF);
- Kinésithérapie.

c-Service administratif et financier : comprend :

- un médecin directeur
- un secrétariat de direction avec deux (2) secrétaires de direction.
- une section de comptabilité avec un comptable.

d- Moyens logistiques :

A la date de septembre 2008, l'hôpital disposait de quatre (4) ambulances, trois (3) véhicules de liaison et vingt et un (21) ordinateurs.

e-le personnel :

Le personnel de l'hôpital renforcé par la coopération d'une équipe cubaine de huit (8) spécialistes et d'un groupe de cinq agents détachés de l'armée et de l'INPS, se chiffre à 144 agents.

f-les activités :

Actuellement l'hôpital assure des activités de premier niveau et de référence de deuxième niveau. Il s'agit de:

- consultations externes ;
- consultations prénatales ;
- accouchements ;
- suivi des malades hospitalisés ;
- interventions chirurgicales ;
- activités de laboratoire, de radiologie, d'ophtalmologie et de stomatologie.

II-3 Echantillonnage :

Notre échantillon a concerné les patients des deux sexes, de tous les âges ayant été admis pour occlusion intestinale aiguë dans le service de chirurgie de l'HFD/K durant la période d'étude.

Définition de cas :

Nous avons pris comme occlusion intestinale aiguë tout patient présentant un signe de la triade fonctionnelle de l'occlusion intestinale aiguë ou **triade de Mondor (29)** (douleur abdominale, vomissement, arrêt des matières et des gaz) avec distension abdominale à l'examen physique.

Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude tout patient admis pour occlusion intestinale aiguë à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Critères de non inclusion :

- Les cas d'occlusion intestinale aiguë opérés en dehors de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes
- Toutes autres pathologies chirurgicales rencontrées.

II-4 Méthode :

Pour mener ce travail, nous avons élaboré un dossier prenant en compte les données administratives, anatomocliniques, para cliniques, l'évolution au cours de l'hospitalisation et même après la sortie du patient de l'hôpital. Ainsi une fiche d'enquête sous forme de questionnaire a été établie.

II-6 Supports des données :

- fiche d'enquête
- dossier du malade
- cahier de compte rendu opératoire
- registres d'admission des infirmiers majors.

II-7 Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies sur Microsoft Word 2003, Excel 2003 et l'analyse des données sur le logiciel SPSS version 11.5

Les tests statistiques utilisés ont été le Khi 2 et le test de corrélation de Pearson.

III Résultats Globaux :

A-Epidemiologie:

A1-Fréquence de la pathologie occlusive parmi les urgences abdominales à l'HFD/K:

De juin 2008 à juin 2009, nous avons colligé **39** cas d'occlusion intestinale aigue sur **228** patients pris en charge pour urgence abdominale dans le service de chirurgie de l'HFD/K pendant la même période soit une prévalence de **17,10%** pour la pathologie occlusive.

A2-Répartition des patients selon le mode d'admission :

Tableau I: Répartition selon le mode d'admission :

MODE D'ADMISSION	FREQUENCE	POURCENTAGE
Urgence	26	66,7
En dehors de l'urgence	13	33,3
Total	39	100,0

A3-Répartition des patients selon la provenance:

Tableau II: Répartition selon la provenance

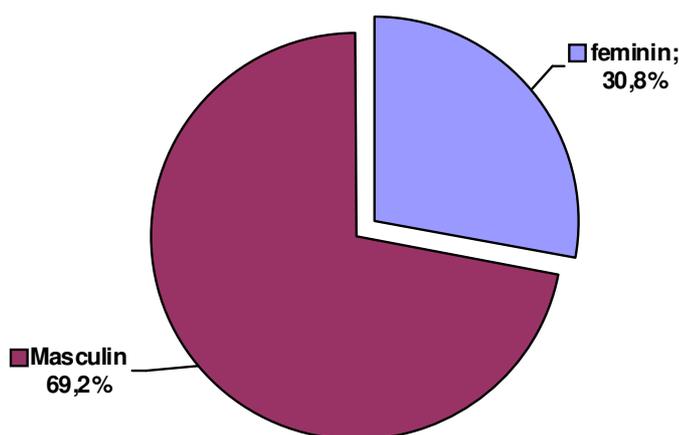
PROVENANCE	FREQUENCE	POURCENTAGE
Kayes	29	74,4
Yélimané	4	10,3
Kéniéba	3	7,7
Bafoulabé	3	7,7
Total	39	100,0

A4-Répartition des patients selon l'ethnie :

Tableau III : Répartition selon l'ethnie

ETHNIE	FREQUENCE	POURCENTAGE
Malinké	8	20,5
Khassonké	4	10,3
Bambara	8	20,5
Peulh	10	25,6
Sarakolé	9	23,1
Total	39	100,0

A5-Répartition des patients selon le sexe :

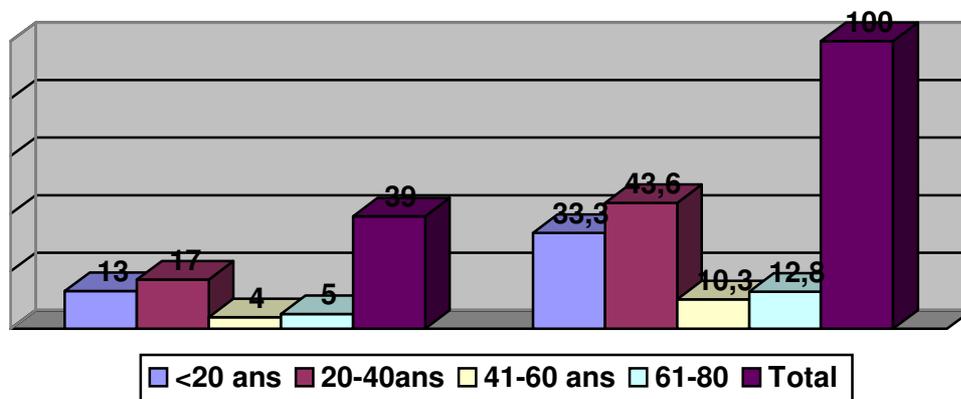


Graphique1: Répartition selon le sexe

Nous remarquons une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,2 en faveur des hommes.

A6-Répartition selon l'âge :

Graphique2:Répartition selon l'âge



La tranche d'âge la plus touchée se situait entre 20-40 ans (43,6%). Avec un âge minimum de 2 jours et un maximum de 71 ans ; cette population malade avait une moyenne d'âge de 30,8 ans.

A7-Répartition des patients selon la profession :**Tableau IV:** Répartition selon la profession

PROFESSION	FREQUENCE	POURCENTAGE
Commerçant	2	5,1
ménagère	7	17,9
Elève/étudiant	5	12,8
Eleveur	5	12,8
Fonctionnaire	1	2,6
Cultivateur	7	17,9
Pêcheur	1	2,6
Autres	11	28,2
Total	39	100,0

A8-Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie avant l'hospitalisation :**Tableau V :** Répartition selon la durée d'évolution de la maladie avant hospitalisation :

Evolution avant hospitalisation	FREQUENCE	POURCENTAGE
0-6h	4	10,3
13-18h	1	2,6
19-24h	8	20,5
2j-3j	12	30,8
4-7j	4	10,3
plus d'une semaine	10	25,6
Total	39	100,0

La durée d'évolution de la maladie était de 2 à 3 jours chez 30,8% des patients.

-CLINIQUE**B1-Répartition des patients selon l'existence de la douleur :**

La douleur a été observée chez tous nos patients (100%).

B2- Répartition des patients selon le mode de début

Tableau VI:Répartition des patients selon le mode de début

MODE DE DEBUT	FREQUENCE	POURCENTAGE
Brutal	23	59,0
Progressif	16	41,0
Total	39	100,0

B3-Répartition des patients selon l'intensité de la douleur :

Tableau VII: Répartition selon l'intensité de la douleur

INTENSITE	FREQUENCE	POURCENTAGE
Minime	7	17,9
Modérée	9	23,1
forte	23	59,0
Total	39	100,0

B4-Répartition des patients selon le siège de la douleur :**Tableau VIII :** Répartition selon le siège de la douleur

SIEGE DE LA DOULEUR	FREQUENCE	POURCENTAGE
Flanc G	3	7,7
Fosse iliaque gauche	4	10,3
épigastre	7	17,9
Hypogastre	2	5,1
région sous-ombilicale	6	15,4
ombilic et région péri-ombilicale	5	12,8
Indéterminé	12	30,8
Total	39	100,0

B5-Répartition des patients selon le type de la douleur :**Tableau IX:** Répartition selon le type de la douleur

TYPE DE DOULEUR	FREQUENCE	POURCENTAGE
Colique	10	25,6
Crampe	6	15,4
Brûlure	1	2,6
Torsion	16	41,0
indéterminé	6	15,4
Total	39	100,0

B6-Répartition selon l'évolution de la douleur :**Tableau X:** Répartition selon l'évolution de la douleur

EVOLUTION DE LA DOULEUR	FREQUENCE	POURCENTAGE
Paroxystique	7	17,9
Intermittente	5	12,8
Continue	12	30,8
Paroxystique intermittente	12	30,8
Paroxystique continue	3	7,7
Total	39	100,0

B7-Répartition des patients selon les vomissements :**Tableau XI:** Répartition selon les vomissements

VOMISSEMENTS	FREQUENCE	POURCENTAGE
oui	35	89,7
non	4	10,3
Total	39	100,0

B8-Répartition selon l'horaire des vomissements :**Tableau XII:** Répartition selon l'horaire des vomissements

HORAIRE DES VOMISSEMENTS	FREQUENCE	POURCENTAGE
Précoce	23	59,0
Tardif	12	30,7
Indéterminé	4	10,3
Total	39	100,0

B9-Répartition des patients selon la nature des vomissements :**Tableau XIII:** Répartition selon la nature des vomissements

NATURE	FREQUENCE	POURCENTAGE
Suc gastrique	2	5,1
Fécaloïde	4	10,3
Alimentaire	21	53,8
Bilieux	4	10,3
Indéterminé	8	20,5
Total	39	100,0

B10-Répartition des patients selon l'arrêt des matières :**Tableau XIV:** Répartition selon l'arrêt des matières

ARRET DES MATIERES	FREQUENCE	POURCENTAGE
oui	37	94,9
non	2	5,1
Total	39	100,0

B11-Répartition des patients selon l'arrêt des gaz :**Tableau XV:** Répartition selon l'arrêt des gaz

ARRET DES GAZ	FREQUENCE	POURCENTAGE
OUI	38	97,4%
NON	1	2,6%
TOTAL	39	100%

Sensibilité $38/39=0,97$

B12- Répartition des patients selon l'existence de météorisme**Tableau XVI:** Répartition selon l'existence de météorisme

EXISTENCE DU METEORISME	FREQUENCE	POURCENTAGE
OUI	38	97 ,4%
NON	1	2 ,6%
TOTAL	39	100%

Sensibilité $38/39=0,97$ **B13-Répartition des patients selon la cicatrice de laparotomie :****Tableau XVII:** Répartition selon la cicatrice de laparotomie :

CICATRICE DE LAPAROTOMIE ABDOMINALE	FREQUENCE	POURCENTAGE
OUI	10	25,6
NON	29	74,4
Total	39	100,0

B14-Répartition des patients selon l'état de la paroi abdominale :**Tableau XVIII:** Répartition selon l'état de la paroi abdominale

ETAT DE LA PAROI ABDOMINALE	FREQUENCE	POURCENTAGE
Défense	16	41,0
Contracture	4	10,3
Masse	11	28,2
Souple	8	20,5
Total	39	100,0

B15-Répartition des patients selon l'atteinte de l'état général :**Tableau XIX:** Répartition selon l'atteinte de l'état général

INDICE DE KARNOFSKY	FREQUENCE	POURCENTAGE
90	4	10,25
80	13	33,33
70	14	35,92
60	4	10,25
50	4	10,25
Total	39	100

B16-Répartition des patients selon les ATCD chirurgicaux :**Tableau XX:** Répartition selon les ATCD chirurgicaux

ATCD CHIRURGICAUX	FREQUENCE	POURCENTAGE
Oui	10	25,6
Non	29	74,4
Total	39	100,0

C-EXAMENS PARACLINIQUES

C1-Répartition des patients selon la réalisation de la radiographie d'abdomen sans préparation(ASP)

Tableau XXI: Répartition selon la réalisation de la radiographie d'abdomen sans préparation (ASP)

Radiographie d'ASP	FREQUENCE	POURCENTAGE
Fait	26	66,7
Non fait	13	33,3
Total	39	100,0

C2-Répartition des patients selon le résultat de la radiographie d'abdomen sans préparation (ASP)

Tableau XXII: Répartition selon le résultat de la radiographie d'abdomen sans préparation (ASP)

Résultat de la radiographie d'ASP	FREQUENCE	POURCENTAGE
NHA+larges que hauts, centraux	11	42,3
NHA+hauts que larges, périphériques	10	38,46
Distension intestinale diffuse	3	11,54
Indéterminés	2	7,7
Total	26	100%

Indéterminé: cliché de mauvaise qualité

C3-Répartition des patients selon la réalisation de l'échographie abdominale:

Tableau XXIII: Répartition des patients selon la réalisation de l'échographie

ECHOGRAPHIE	FREQUENCE	POURCENTAGE
Fait	17	43,6
Non fait	22	56,4
Total	39	100,0

C5-Répartition des patients selon le siège de l'occlusion :

Tableau XXIV: Répartition selon le siège de l'occlusion

SIEGE DE L'OCCLUSION	FREQUENCE	POURCENTAGE
Grêle	16	41,0
Colon	15	38,5
Grêle+colon	8	20,5
Total	39	100,0

C6-Répartition des patients selon le mécanisme :

Tableau XXV: Répartition selon le mécanisme

MECANISME	FREQUENCE	POURCENTAGE
Fonctionnel	3	7,8 %
Strangulation	22	57,89 %
Obstruction	14	34,41 %
Total	39	100 %

C7- Répartition des patients selon le diagnostic de la radiographie d'abdomen sans préparation :

Tableau XXVI: Répartition selon le diagnostic de la radiographie d'abdomen sans préparation

Diagnostic	FREQUENCE	POURCENTAGE
Oui	23	59,0
Non	3	7,7
Total	26	66,7

DM=13/39 (il s'agit de 13 patients chez qui la radiographie d'abdomen sans préparation n'a pas été réalisée)

D-Données thérapeutiques :**D1-Répartition des patients selon le traitement médical préopératoire :****Tableau XXVII:** Répartition selon le traitement médical préopératoire

TRAITEMENT MEDICAL PRE-OPERATOIRE	FREQUENCE	POURCENTAGE
oui	13	33,3
non	25	64,1
Total	38	97,4

DM=1/39 (un refus au traitement)

D2-Répartition des patients selon la voie d'abord chirurgicale:**Tableau XXVIII:** Répartition selon la voie d'abord chirurgicale

CHOIX DE LA VOIE D'ABORD CHIRURGICALE	FREQUENCE	POURCENTAGE
médiane xypho-pubienne	27	69,2
sus ombilicale	1	2,6
sous ombilicale	3	7,7
autres	4	10,3
Total	35	89,7

DM=4/39 (4 malades non opérés) :

-2 refus à l'intervention chirurgicale

-1 décès préopératoire

- 1 extraction du fécalome par voie basse

Autres : inguinitomie droite ou gauche

D3-Répartition des patients selon l'état des anses :**Tableau XXIX :** Répartition des patients selon l'état des anses

ETAT DES ANSES	FREQUENCE	POURCENTAGE
Saines	24	61,5
Inflammatoires	4	10,3
Nécrosées	7	17,9
indéterminée	1	2,6
Total	36	92,3

DM= 3/39

-2 refus à l'intervention chirurgicale

-1 décès pré-opératoire

D4-Répartition des patients selon les étiologies**Tableau XXX:**Répartition des patients selon les étiologies

ETIOLOGIES	FREQUENCE	POURCENTAGE
Brides et adhérences	5	12,7
Occlusion post-opératoire	1	2,6
hernie étranglée	10	25,6
Volvulus du sigmoïde	3	7,7
Tumeur colique	5	12,7
Invagination intestinale aigue	4	10,3
imperforation anale	3	7,7
Tumeur du grêle	2	5,2
Fécalome	1	2,6
Indéterminé	3	7,7
Aucune étiologie	2	5,2
Total	39	100,0

Aucune étiologie (l'étiologie étant connue en per-opératoire, ils s'agissaient des 2 refus à l'intervention).

D5-Répartition des patients selon le geste thérapeutique:**Tableau XXXI:** Répartition selon le geste thérapeutique

GESTE THERAPEUTIQUE	FREQUENCE	POURCENTAGE
résection intestinale+anastomose	10	25,7
résection intestinale+dérivation selon Hartmann	5	12,8
adhésiolyse	5	12,8
cure herniaire	6	15,4
autres	5	12,8
résection intestinale+anastomose+ cure herniaire	2	5,2
laparotomie exploratrice	3	7,7
Total	36	92,4

Autres : - 3 colostomie+ anoplastie + rétablissement de la continuité
 - 2 toilettes péritonéales + drainage
 -1extraction du fécalome

DM= 3/39 (2 refus à l'intervention et 1décès pré-opératoire)

D6-Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates:**Tableau XXXII:** Répartition selon les suites opératoires immédiates

SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES	FREQUENCE	POURCENTAGE
Simple	29	74,4
Infections pariétales	2	5,1
Eviscération	1	2,6
décès	2	5,1
autre	1	2,6
Total	35	89,7

DM=4/39

Autre : transfusion

D7-Répartition des patients selon les suites opératoires au bout d'un mois:

Tableau XXXIII: Répartition selon les suites opératoires au bout d'un mois

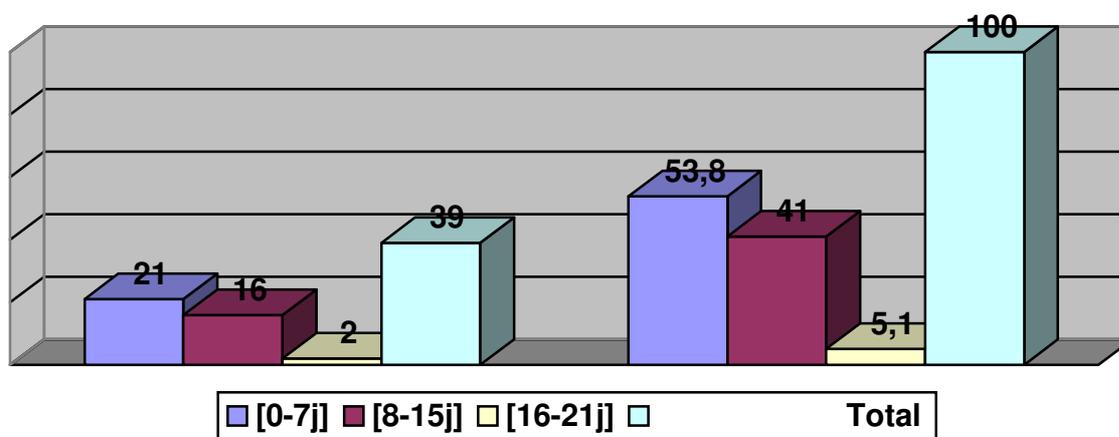
SUITES OPERATOIRES AU BOUT D'UN MOIS	FREQUENCE	POURCENTAGE
Simple	31	79,5
Indéterminées	2	5,1
Total	33	84,6

DM=6/39

La mortalité post-opératoire globale a été de 3/39 soit 7,7 %.

D8-Répartition des patients selon le séjour hospitalier :

Graphique3: Répartition selon le séjour hospitalier



Le séjour moyen était de 11 jours pour les extrêmes de 3 jours et 21 jours.

IV-Résultats Analytiques

➤ Analyse du séjour hospitalier avec l'âge

Tableau XXXIV: Age * Séjour hospitalier

		Séjour hospitalier			Total
		[0-7j]	[8-15j]	[16-21j]	
Age	<20 ans	42,9%	25,0%		33,3%
	20-41ans	28,6%	62,5%	50,0%	43,6%
	41-60 ans	14,3%	6,3%		10,3%
	61-80	14,3%	6,3%	50,0%	12,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

62,5% de l'effectif ont effectué un séjour de [8-15j] avait un âge compris entre 20-41ans

➤ Analyse de l'état des anses et du mécanisme

Tableau XXXV: Mécanisme * Etat des anses

		Etat des anses				Total
		saine	inflammatoire	nécrosé	indéterminé	
Mécanisme	Fonctionnel	8,3%	25,0%			8,3%
	Strangulation	45,8%	75,0%	100,0%		58,3%
	Obstruction	45,8%			100,0%	33,3%
Total		100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

100,0% de nécroses observées sont survenues dans le cas d'occlusion par strangulation.

45,8% d'anses saines et 75% d'anses inflammatoires ont été aussi observées au cours de la strangulation.

➤ Analyse du geste opératoire et des suites opératoires :

Tableau XXXVI: Nature du geste * Etat des anses

		Etat des anses				Total
		saine	inflammatoire	Nécrosée	indéterminée	
Nature du geste	Résection intestinale+anastomose	31,2%	50,0%	42,7%		29,0%
	Résection intestinale+dérivation selon Hartmann	12,5%		14,6%	100%	15,1%
	Adhésiolyse	4,2%				6,8%
	Cure herniaire	31,2%				20,7%
	Autres	16,7%	50,0%			17,9%
	Résection intestinale+anastomose + cure herniaire			42,7%		7,6%
	Laparotomie exploratrice	4,2%				2,9%
Total		100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %

Autres : -inguinotomie puis laparotomie

-anoplastie + retablisement de la continuité

Tableau XXXVII: Nature du geste * Complications per-opératoires

		Complications per-opératoires (hémorragie, perforation digestive accidentelle, décès)		Total
		aucune	autres	
Nature du geste	résection intestinale+anastomose	28,8%		28,9%
	résection intestinale+dérivation selon Hartmann	14,5%		14,1%
	adhésiolyse	4,9%		4,8%
	cure herniaire	19,6%		19,9%
	autre	19,6%		19,9%
	résection intestinale+anastomose+ cure herniaire	7,7%	100,0%	7,6%
	laparotomie exploratrice	4,9%		4,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tableau XXXVIII: Durée d'évolution de la maladie avant l'hospitalisation

* Suites opératoires immédiates

		Suites opératoires immédiates					TOTAL
		simple	infection	éviscération	décès	autre	
Durée d'évolution de la maladie avant l'hospitalisation	[0-6h]	4	-	-	-	-	4
	[13-18h]	1	-	-	-	-	1
	[19-24h]	5	-	1	1	1	8
	[2j-3j]	8	1	-	-	-	9
	[4-7j]	3	-	-	1	-	4
	[plus d'une semaine]	8	1	-	1	-	10
Total		29	2	1	3	1	36

Autre : transfusion

Les suites immédiates ont été favorables jusqu'à la 18ème heure d'évolution.

Les risques de morbidité et de mortalité apparaissaient dès la 19ème heure d'évolution.

Tableau XXXIX: Suites opératoires immédiates *Choix de la voie d'abord chirurgicale

		Suites opératoires immédiates					Total
		simple	infection	éviscération	décès	autre	
Choix de la voie d'abord chirurgicale	médiane xypho-pubienne	21	2	-	3	1	27
	sus ombilicale	1	-	-	-	-	1
	sous ombilicale	2	-	1	-	-	3
	autres	4	-	-	-	-	4
Total		28	2	1	3	1	35

DM: 4/39 (4 malades non opérés)

Tableau XXXX: Suites opératoires immédiates* Nature du geste

		Suites opératoires immédiates					Total
		simple	infection	éviscération	décès	autre	
Nature du geste	résection intestinale+anastomose	9	-	-	1	1	11
	résection intestinale+dérivation selon Hartmann	4	1	-	1	-	6
	adhésiolyse	3	-	-	-	-	3
	cure herniaire	6	-	-	-	-	6
	autre	4	-	1	-	-	5
	résection intestinale+anastomose+ cure herniaire	-	1	-	1	-	2
	laparotomie exploratrice	3	-	-		-	3
Total		29	2	1	3	1	36

DM= 3/39 (3 malades non opérés)

Tableau XXXXI: Mécanisme * Suites opératoires immédiates

		Suites opératoires immédiates					Total
		simple	infection	éviscération	décès	autre	
Mécanisme	Fonctionnel	10,3%					8,3%
	Strangulation	62,1%	50,0%	100,0%	33,3%		58,3%
	Obstruction	27,6%	50,0%		66,7%	100,0%	33,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Le mécanisme par strangulation était incriminé dans toutes les suites immédiates compliquées.

Tableau XXXXII: Etiologies* Suites opératoires immédiates

Etiologie	Suites opératoires immédiates				
	simple	infection	éviscération	décès	autre
Brides et adhérences	5	-	-	-	-
Occlusion post-opératoire	1	-	-	-	-
hernie étranglée	8	1	-	1	-
Volvulus du sigmoïde	3	-	-	-	1
Tumeur colique	3	1	-	1	-
Invagination intestinale aiguë	4	-	1	-	-
imperforation anale	2	-	-	-	-
Tumeur du grêle	-	-	-	1	-
Fécalome	1	-	-	-	-
Indéterminé	2	-	-	-	-
Total	29	2	1	3	1

Tableau XXXXIII: Durée d'évolution de la maladie avant l'hospitalisation
*** Suites opératoires au bout d'un mois**

		Suites opératoires au bout d'un mois		Total
		simples	indéterminées	
Durée d'évolution de la maladie avant l'hospitalisation	[0-6h]	4	-	4
	[13-18h]	1	-	1
	[19-24h]	7	-	7
	[2j-3j]	9	-	9
	[4-7j]	3	-	3
	[plus d'une semaine]	7	2	9
Total		31	2	33

Tableau XXXIV: Etiologies * Suites opératoires au bout d'un mois

Etiologies	Suites opératoires au bout d'un mois			
	simples		indéterminées	
	n	%	n	%
Brides et adhérences	5	16,1%	-	
Occlusion post-opératoire	1	3,2%	-	
hernie étranglée	9	29,0%	-	
Volvulus du sigmoïde	4	12,9%	-	
Tumeur colique	2	6,5%	2	100,0%
Invagination intestinale aigue	5	16,1%	-	
imperforation anale	2	6,5%	-	
Fécalome	1	3,2%	-	
Indéterminé	2	6,5%	-	
Total	31	100,0%	2	100,0%

Tableau XXXXV : Répartition selon le coût de la prise en charge :

Pour le coût de la prise en charge, nous avons tenu compte du frais de l'intervention, du frais d'hospitalisation et éventuellement du coût d'une réanimation.

Coût moyen	Minimum	Maximum
94579,86	62000 F	146625 F

Coût d'une réanimation minimale d'un malade atteint d'OIA sans complication et ayant séjourné en réanimation pendant 3jours :

- sérum glucosé+sérum salé : $2,5 \text{ L/j} = 700.5.3 = 10500$
- perfuseur n°6 : $500.6 = 3000$
- Amoxicilline 4g /j = $600.4.3 = 7200$
- Metro .perf .2g /j = $500.4.3 = 6000$
- Becozyme inj. = 2155
- Vit .C.10 amp. = 1500

TOTAL= 30355 Fcfa ; nous déduisons ici que le traitement minimum est au dessus du pouvoir d'achat du malien moyen.

A- METHODOLOGIE :

L'avantage de cette étude prospective sur les occlusions intestinales aiguës à l'HFD/K porte sur la fiabilité des renseignements recueillis sur les malades par rapport aux études rétrospectives réalisées par certains auteurs [23,25].

Mais cette étude a connu quelques difficultés :

- Le retard dans la prise en charge de certains malades.
- Le refus de certains malades à l'intervention chirurgicale.
- La réalisation de bilan radiologique (échographie) ou biologique a été difficile par absence d'échographiste de garde et insuffisance de matériels d'analyse du laboratoire de l'hôpital.
- l'insuffisance de moyens logistiques (ordinateurs) a aussi entravé la réalisation de ce travail.

B-EPIDEMIOLOGIE :

➤ **Fréquence : Tableau XXXXVI:** fréquence des OIA selon les auteurs

Auteurs	Arlette Dongmo (Mali,2006 [1])	S.Badjan (Mali,2003 [6])	Harouna(Niger, 2001 [24])	Brewer et Coll(RFA, 1991 [34])	Notre serie, Mali 2009
Fréquences	11,11%	36,6 %	41%	2,5%	17,10%

➤ **Age : Tableau XXXXVII:** fréquence de la moyenne d'âge selon les auteurs

Auteurs	Harouna (Niger 2001 [24])	Sinha(Inde, 2002 [39])	S.Badjan(Mali, 2001 [6])	A.Dogmo (Mali,2006 [1])	Notre serie,Mali 2009
Moyenne d'âge	32 ans	39,46 ans	29,1 ans	38, 32 ans	30,8 ans

➤ **Sexe :**

La prédominance masculine est classique dans les occlusions intestinales aiguës. Dans notre série nous avons trouvé une prédominance masculine avec une proportion de 69,2% et un sex-ratio de 2,2 en faveur des hommes.

Nos résultats sont similaires à ceux de A.Dongmo [1] (64,6%), Harouna B Sidibé [6] et Diarra F [34] qui ont trouvé 2 à 5 fois plus d'hommes que de femmes.

La fréquence élevée de la hernie chez l'homme pourrait expliquer cette prédominance masculine.

➤ **Profession :**

Dans notre série les cultivateurs et les ménagères étaient les plus représentés avec un taux de 17,9% chacun.

➤ **Provenance :**

Notre lieu d'étude étant Kayes, la grande majorité des malades y réside (74,4%). L'absence de malades des cercles de Diéma, Kita et Nioro serait liée à leur accès facile aux structures plus développées (Bamako, Kati).

C-CLINIQUE :**Tableau XXXXVIII :** Durée moyenne d'évolution selon les auteurs :

Auteurs	Harouna (Niger 2001 [24])	A.Dogmo(Mali, 2006 [1])	Brewer et Coll (RFA, 1991 [34])	B. Sidibé (Mali 2003 [6])	Notre serie, Mali 2009
Durée moyenne d'évolution	4 jours	5,26 j	3,7j	4,2j	3j

Le pronostic des O.I.A dépendait beaucoup de la durée d'évolution. Le retard accusé par les malades de 3 jours en moyenne avant la prise en charge était statistiquement comparable aux [4 jours ; 5,26 jours ; 3,7 jours ; 4,2] jours retrouvés par les auteurs [1 ; 6 ; 34 ; 24].

Ce retard pourrait s'expliquer par la méconnaissance des abdomens aigus, l'automédication et la tradithérapie.

➤ Séjour hospitalier :

Le séjour hospitalier moyen a été de 11 jours avec des extrêmes de 3 jours et 21 jours. Ce séjour moyen dépendait de l'état du malade, du geste mais aussi des complications post-opératoires.

-Diagnostic :

✓ Les signes fonctionnels :

Douleur :

Elle était toujours présente chez les patients avec une sensibilité (se=1). C'était alors le signe fonctionnel le plus constant de la triade occlusive. Nos résultats

étaient identiques à ceux de Y.Harouna [24] du Niger, Konipo F [30] Mali 1979, Badjan S [6] qui ont tous eu une fréquence de 100%.

Le début de la douleur était volontiers brutal (se=0,58), très intense (se=0,58), inconstamment continue ou paroxystique (se=0,30), à type de torsion dans près de la moitié des cas (Se=0,41).

Elle a été progressive dans une proportion non négligeable (41%) dans notre série.

Vomissements :

Les vomissements étaient quasi constants (89,7%) ; ils étaient précoces et de contenu alimentaire dans un peu plus de la moitié des cas (59%). Ces résultats sont comparables à ceux de Y.Harouna (93,55%), de Arlette Dongmo (78,40%), Roscher (90%), Abi-F(Maroc) 91%.

L'arrêt des matières et des gaz :

Au cours de notre étude, l'arrêt des matières a été noté chez 94,9% et l'arrêt des gaz chez 97,4% des patients.

Ces chiffres sont comparables à ceux de A. Dongmo chez qui 76,74% des patients ont présenté un arrêt des matières et 77,5% un arrêt des gaz.

Chez beaucoup d'auteurs [6] [9] [10] [30] l'arrêt des matières n'était pas différencié de l'arrêt des gaz d'où la difficulté de comparer leurs données aux nôtres.

✓ Les signes physiques :

○ Inspection :

Le météorisme abdominal était quasi constant (97,4%), il était plus fréquent dans les occlusions du colon (se=0,97).

Nos chiffres sont similaires à ceux trouvés par Sidibé Badjan [6] (55,8% et $p=0,00$), A.Dongmo [1] 79,2% et M .Konaté [10] 64,1% $p=0,031$

La cicatrice de laparotomie abdominale était inconstante (25,6%).

○ **Palpation :**

Dans notre population d'étude, il a été observé dans près de la moitié des cas (41%) une défense abdominale.

La contracture abdominale a été observée chez 10% des patients.

Ces résultats sont superposables à ceux de Arlette Dongmo [1] qui a retrouvé 26,3% de défense abdominale et 10,5% de contracture abdominale et de S .Badjan [6] qui a retrouvé 55,8% de défense et presque jamais une contracture (1,70%).

○ **Etat général:**

Tableau XXXIX : altération de l'état général selon les auteurs :

Auteurs	Rocher [28]	Adesunkanmi [27]	S .Badjan [6]	ABI.F et coll. [26]	Notre série Mali, 2009
Fréquence	70%	35,9%	2,5%	11%	12,8%

Dans notre population d'étude, seulement 12,8% des patients avaient un état général altéré. Ce taux est très proche de celui de ABI.F et coll. [26] qui ont trouvé un taux de 11%.

Dans notre contexte, ce taux peut s'expliquer par le lieu de résidence de la majorité de nos patients (Kayes) qui peuvent facilement accéder à l'hôpital.

D-Examens para cliniques:

❖ **La radiographie d'abdomen sans préparation** : le diagnostic de l'occlusion intestinale

aiguë était clinique, néanmoins les examens complémentaires étaient demandés dans les cas douteux ou à la recherche d'une cause.

La radiographie d'abdomen sans préparation a pu être réalisée chez **66,7%** des patients et dans 80,76% des cas elle a montré des niveaux hydro-aériques (image type des occlusions intestinales aiguës)

Le taux de réalisation est inférieur aux 97% ; 70% ; 75% et 96% des auteurs [1, 30, 31, 32], cela peut s'expliquer par le manque de moyens de certains malades et à la fréquence des hernies étranglées qui ont fait l'objet d'un diagnostic clinique.

Dans tous les cas, il ressort que la radiographie d'abdomen sans préparation est un examen disponible et de bonne sensibilité diagnostique.

❖ **Echographie abdominale** : l'échographie a été réalisée chez 43,6% des patients et a permis de poser le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë dans 28,2%.

Ce taux faible pouvait s'expliquer par la non disponibilité de l'échographie lors des gardes, cet examen a été demandé dans les cas de suspicion d'invagination intestinale.

E- ETIOLOGIE :

➤ **Mécanismes** :

L'étude a permis de recenser 57,89 % de strangulation, 34,21% d'obstruction et 7,8% d'occlusions fonctionnelles.

A.Dongmo [1] a enregistré 77,3% de strangulation, 10,7% d'obstruction et 12 % d'occlusions fonctionnelles.

B.Sidibé [6] a enregistré 86% de strangulation, 14% d'obstruction et 1,6% d'occlusions fonctionnelles.

B.Dembelé [9] a enregistré 88% de strangulation, 12% d'obstruction et pas d'occlusions fonctionnelles.

Dans toutes ces études, la strangulation apparaît comme le mécanisme le plus fréquent.

Par contre chez d'autres auteurs [26, 32] l'obstruction était le mécanisme le plus fréquent.

Etiologies :

Au cours de l'étude, les étiologies suivantes ont été retrouvées :

Hernie étranglée (25,6%), brides et adhérences (12,7%), volvulus du sigmoïde (7,7%), tumeur intestinale (17,9 %), invagination intestinale aiguë (10,3%), imperforation anale (7,7%), autres (18%).

B .SIDIBE (Mali-2003 [6] N=120) a retrouvé les étiologies suivantes :

Hernie étranglée (46,6%), Brides et adhérences (13,3%), Volvulus du sigmoïde (16,7%), Tumeur intestinale (1,7%), Invagination intestinale aiguë (9,2%), imperforation anale (7,5%), autres (5%)

A.Dongmo [1] (Mali-2006 N=82) a retrouvé les étiologies suivantes :

Hernie étranglée (10,5%), Brides et adhérences (36,8%), Volvulus du sigmoïde (17,1%), Tumeur intestinale (3,9%), Invagination intestinale aiguë (11,7%), imperforation anale (2%), autres (18%)

ROCHER [28] (RFA-1991 N=275) a retrouvé les étiologies suivantes: Hernie étranglée (8,4%), Brides et adhérences (48,4%), Volvulus du sigmoïde (4,4%), Tumeur intestinale (11,6%), Invagination intestinale aiguë (2,5%), autres (5,8%)

Mohamed [40] (Arabie saoudite-1997 N=85) a retrouvé les étiologies suivantes :

Hernie étranglée (20%), Brides et adhérence (45%), Volvulus du sigmoïde (3,6%), Tumeur intestinale (4,8%), Invagination intestinale aiguë (7%), imperforation anale (0%), autres (0%).

Nos résultats sont comparables à ceux des séries africaines où les hernies étranglées étaient les étiologies les plus fréquentes. En Europe et au Moyen Orient les brides et adhérences étaient les étiologies les plus représentées [6]. Cela pouvait s'expliquer par la prise en charge précoce et systématique de la hernie simple dans les pays développés et aussi la fréquence de laparotomie.

➤ Siège de l'occlusion:

L'étude a permis d'individualiser 41% d'occlusions par atteinte du grêle, 38,5% par atteinte du côlon et 20,5% par atteinte mixte (grêle+côlon).

La prédominance de l'atteinte du grêle pouvait s'expliquer dans notre contexte par la forte prévalence de la hernie étranglée.

A.Dongmo [1] a retrouvé 51,4% d'atteinte du grêle, 35,7% d'atteinte du côlon et 12,9% d'atteinte mixte.

Nos résultats sont similaires à ceux de A.Dongmo en ce qui concerne la localisation de l'occlusion intestinale sur le grêle (P=0,00).

➤ Etat des anses :

L'étude a retrouvé 61,5% d'anses saines ; 10,3% d'anses inflammatoires et 17,9% d'anses nécrosées.

Ces résultats ont montré un taux de nécrose intestinale élevée dans notre population.

Ce taux de nécrose intestinale selon les auteurs variait de 9 à 37% [6,26, 27, 28].

La nécrose était fonction de la durée prolongée et du mécanisme de l'occlusion, l'importance de ce taux traduit surtout le retard de la consultation chez les malades.

➤ Geste thérapeutique :

Au cours de l'étude il a été réalisé :

25,7% de résection-anastomose ; 12,8% de résection-dérivation ; 12,8% d'adhésiolyse ; 15,4% de cure herniaire ; 25,7% de geste autre et 7,6% d'abstention chirurgicale.

Tableau xxxxx : taux de résection selon les auteurs :

Auteurs	nombre	fréquence	Tests statistiques
Abi-F[26],Maroc 1987	100	28	p=0,022
Rocher [28], RFA1991	275	30	p=0,0033
A.Dongmo [1], Bamako 2006	82	16	p=0,03
B.Sidibé [6], Mali 2001	120	25,83	p=0,03
Notre étude, Mali 2009	39	25,7	

Le geste le plus fréquemment réalisé au cours de l'étude a été la résection-anastomose (25,7%).

Ce taux même similaire dans les autres séries reste élevé. Il était certainement lié au mécanisme de l'occlusion intestinale et à la prise en charge tardive.

➤ Morbidité :**Tableau XXXXXI** : morbidité selon les auteurs

Auteurs	nombre	fréquence	Tests statistiques
Myembe [36],kenya 2001	139	45,3	p=0,0019
Akcakaya [35], Turquie 2001	80	22	p=10-6
Shittu [37], Nigeria 2001	132	20,1	p=10-6
M.Konaté [10], Mali 2005	96	18,75	p=10-6
Notre étude, Mali 2009	39	17,9	

Les taux de morbidité étaient élevés dans toutes les séries. Ici la morbidité a été dominée par les infections pariétales (5,1%).

Plusieurs facteurs pouvaient influencer les suites opératoires des malades :

- l'étiologie de l'occlusion.
- les tares.
- l'âge avancé des patients.
- les techniques opératoires.

➤ Mortalité**Tableau XXXXXII** : mortalité selon les auteurs

Auteurs	nombre	fréquence	Tests statistiques
Myembe, [36] kenya 2001	139	17	p=0,00034
Akcakaya [35], Turquie 2001	80	7,5	p=0,2519
Shittu [37], Nigeria 2001	232	8,5	p=0,3542
A.Dongmo [1], Mali 2006	82	6,8	p=0,00
Notre étude, Mali 2009	39	7,7	

Les taux de mortalité dans les différentes séries sont encore importants. Ils seraient liés aux tares et aux retards de consultation. Une prise en charge précoce et adéquate pourrait améliorer les résultats.

La mortalité était surtout due aux complications infectieuses, cardio-pulmonaires et rénales.

CONCLUSION :

Syndrome du sujet jeune avec une prédominance masculine, à Kayes les occlusions intestinales aiguës sont une cause fréquente d'hospitalisation urgente. Leurs étiologies sont nombreuses.

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

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

L'ignorance des signes de gravités, le recours tardif aux structures hospitalières et des moyens financiers limités des patients expliqueraient le fort taux de mortalité enregistré.

Une prise en charge précoce et adéquate pourrait réduire cette mortalité.

RECOMMANDATIONS :

Nous recommandons

Aux autorités politiques :

- La Mise en place des moyens diagnostiques d'urgence (la radiographie d'abdomen sans préparation, l'échographie, le laboratoire).
- La création d'un système de sécurité sociale.
- L'organisation d'un système d'évacuation rapide au plan national pour éviter le retard dans la prise en charge des maladies.

Aux personnels sanitaires :

- La référence du malade dans le meilleur délai.
- Le renforcement de la collaboration interdisciplinaire.
- La création d'un système de gestion plus efficient de prise en charge des urgences.
- L'examen minutieux des patients présentant une douleur abdominale.

A la population :

- L'évitement de l'automédication.
- La consultation immédiatement devant toute douleur abdominale avec arrêt des matières et des gaz.
- L'opération de la hernie simple avant complications.

VI- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-DONGMO Arlette Michelle:

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie "A" de l'hôpital du Point-G. Revue de cas. Thèse med. Bamako-06M-263 ,70p

2-DURON :

Occlusions intestinales aiguës

La revue du praticien 2001; 51(15) : 1670-1674

3-MARCHAND JP :

Occlusions intestinales aiguës : étiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, pronostic, principe du traitement. La vie médicale 1969 ; 1990 : 39-48

4-Mombet PALAU :

Imagerie des occlusions intestinales

La revue du praticien 1993 ; 43(6) : 691-699

5-HAY FLAMANT :

Occlusions intestinales aiguës de l'adulte : sémiologie chiffrée (les signes et leur valeur ; traitement chirurgical) 1993 ; 674-683

6- SIDIBE Moussa Badjan :

Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré (MALI)

Thèse méd. Bamako-03P-62, 94p

7- KOUMARE A.K:

Cours de sémiologie chirurgicale à l'usage des étudiants de la FMPOS 2003. (P11-15)

8-OLIVIER CL :

Radiodiagnostic des occlusions intestinales aiguës. Masson, édition. Paris, 1955. 34p

9- DEMBELE Boubacar Brehima:

Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes (MALI) à propos de 112 cas.

Th. médecine Bamako 05-M-243 (P24-29)

10- KONATE Madiassa:

Les urgences chirurgicales à l'hôpital Gabriel Touré, thèse med. Bamako-05-M-238 (P48-54)

11-Encyclopedie-Médico-Chirurgicale :

Occlusion intestinale aiguës de l'adulte.

Urgences-Medico-Chirurgicales (EMC-UMC-Tome1).

Paris-France, Urgences, 24059A10,10.1984, 20p

12-ROUVIERE Henri –DELMAS André:

Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle (Tome2, Paris :Masson, 15^eédition)

13-BOUTELIER Philippe:

Sémiologie chirurgicale ;

Occlusions intestinales aiguës (Paris)1993, 14p

14 –MIALARET J et.MICHAUD P :

Traitement pré et postopératoire de l'occlusion intestinale aiguë de l'adulte .Rapport au 55^e congrès de l'association française de chirurgie, 1953

15-LEVY.E:

Les grands principes de la réanimation des occlusions intestinales aiguës.

La revue du Praticien :1969 ;19(32) :4719-4726

16-DEMBELE .M:

Abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital du Point-G.Thèse méd.Bamako 1998 n°22 ;64p

17-FENYO .G et al :

Acut abdomen calls for considerable care resources, analyses of 3727 in patients in the country of Stockholm during quarter of 1995.

Zakartiding en 2000 ; 97(37):4002-4012

18-CASA .Cet ARNAULD J-P:

Occlusion intestinale du colon=physiopathologie, étiologie, diagnostic, traitement.

Revue du praticien1997 ; 47 : 1833-1836.

19-S.ROHR, M.KOPP et C.MEYER :

Occlusion intestinale du grêle=physiopathologie, étiologie, diagnostic, traitement.

Revue du praticien1999 ;49 : 435-440

20-DENIS GALLOT:

Anatomie chirurgicale du colon

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

21-ASSASOURIAN R , N'GHEMAR, et coll.

Occlusion intestinale par diverticule de Meckel chez l'adulte. J. chir(Paris)1991 ; 128 :298-301

22-KHAZARA R, BUSSONE M :

Une cause rare d'occlusion intestinale chez le sujet âgé. J chir 1990 ; 127 :426-427

23-Attipou K.,James Y.E.,Anoukoum T .

Occlusions intestinales aiguës .Aspects épidémiologiques et étiologiques au CHU de Lomé-Benin-Togo (Etude rétrospective à propos de 498 cas)

8° journée scientifique de l'université de Benin (1995), sciences Médicales et Biologiques.

24 -HAROUNA Y et al :

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey : étude analytique et pronostique

Med.Afrique.Noire 2001 ;48(2) :49-54

25-CHAMPAULT G et coll:

Les occlusions coliques, étude rétrospective comparative de 497 cas

J.ch.1983 ;120(1) :807-817

26- Abi.F, EL Fares F, Nechad M:

Acute intestinale Obstruction

Unité de chirurgie Viscerale des Urgences, CHU. Ibnou-Rochd, Casablanca Maroc

J. chir 1987 ; 124 (8-9) : 471-4

27-Adesunkanmi AR, Agbakwuru E A:

Changing pattern of acute intestinal obstruction in a tropical African population

Department of Surgery, College of Health Sciences, Obafemi Awolowo University, Ile Ife, Nigeria.

East Afr Med J 1996; 73 (11) : 727-731

28-Roscher R., Frank R., Baumaan A., Berger H.G:

Results of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine.

Abteilung fur Allegemeinchirurgie,Universitat UIm. Donau.

Chir 1991 ; 62(8) : 614-9.

29-MONDOR :

Diagnostic urgent:abdomen Masson édit.Paris,1947.20p

30-KONIPO F.

Les occlusions intestinales (à propos de 260 cas traités à l'hôpital du Point G.).

These Med.1979, Bamako. N°1,84p

31- Suri S.,Gupta S.,Sudhakar P.J.,Venkataramu N.K ,Sood B.;Wig J.D.

Comparative evaluation of plain films, ultrasoond and computer training in the diagnossis of intestinal obstruction.

Acta. Radiologica chandigarh India 1999;40(4) : 422-428

32-Adloff A :

Les occlusions intestinales aiguës de l'adulte .

Encyclopédie-medico-chirurgicale (EMC)24059A10.1984,10

33-THOMERET :

Physiopathologie de l'occlusion intestinale J.chir.1985 ; 5 : 1-67

34-DIARRA Fatoumata :

Problèmes posés par l'anesthésie réanimation des occlusions intestinales aiguës à l'hôpital du Point-G.

Thèse méd.Bamako ;1985 ;(24) ; 113 p.

35-Akcakaya A, Alimoglu O, Hevenk T, Bas G, Sahin M :

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

36-Muyembe VM, Suleman N:

Intestinal obstruction at a provincial hospital in Kenya

East Afr Med J 2000;77(8):440-3

37-Shittu OB, Gana JY, Alawale EO, Ogundiran TO.

Pattern of mechanical intestinal obstruction in Ibadan:a ten year review.

Afr J Med sci 2001; 30(1-2) : 17-21

38-DNSI:

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

39-Sinha S; Kaushik R; Yadav Td; Sharma R; Ahari AK:

Mechanical bowel obstruction: the shndigarh experience. Department of surgery, Government Medical college and Hospital.

Sector 32 B Chandigarh, 160047, India.

Trop gastroenterol 2002 janvier-mars; 23/1 :13-5

FICHE D'ENQUETE N°.....

A-Les données administratives :

Nom :.....

Prénoms :.....

Q1-Age : 1-[0-20] 2-[21-40] 3-[41-60] 4-[61-80] 5-[81-100]

Q2-sexe :

1-M 2-F

Q3-profession :

1-Commerçant 2-ménagère

3-Elève/étudiant 4-Eleveur

5-Fonctionnaire 6-Cultivateur

7-Pêcheur 8-Autres

Q4-provenance :

1-Kayes 2-Yélimané 3-Kéniéba 4-Kita 5- Diéma 6- Bafoulabe 7-Nioro

8-Autre

Q5-Ethnie :

1-Malinké 2-Khassonké

3-Bambara 4-Peulh

5-Saraolé

Q6-ATCD chirurgicaux:

1- oui 2-non

Q7 Traitement traditionnel: 1-oui 2-non

Q8- durée d'évolution de la maladie avant l'hospitalisation :

1- [0-6h] 2- [7-12h] 3-[13-18h] 4-[19-24h] 5-[2j-3j] 6-[4-7j] 7-[plus d'une semaine]

Q9-mode d'admission :

1-Urgence 2-consultation normale

B-CLINIQUE :

Q10-Examinateur : 1- chirurgien 2- étudiant 2^{ème} cycle 3- médecin

Q11-douleur : 1-oui 2-non

Q12-evolution de la douleur : 1-paroxystique 2-intermittente 3-continue 4-[1+2] 5-[1+3]

Q13-type de la douleur : 1-colique 2-crampe 3-piqûre 4-brûlure 5-torsion 6-écrasement 7- indéterminé

Q14-mode de début: 1-brutal 2-progressif

Q15-intensité: 1-minime **2-moderée** **3-forte**

Q16-siège de la douleur :1-hypochondreD**2-hypochondreG****3-flancD** **4-flancG** **5-FID****6-FIG** **7-épigastre** **8-Hypogastre** **9-région sous-ombilicale** **10-diffus****11-ombilic et région péri-ombilicale****12-indeterminé**

Signes d'accompagnement :

Q17-vomissement :1-oui**2-non**

Q18-horaire du vomissement :1-précoce**2-tardif****3-indeterminé**

Q19-nature :1-suc gastrique**2-fécaloide****3-alimentaire****4-hématique****5-bilieux****6-indéterminé**

Q20-Arret des gaz :1-oui**2-non**

Q21-Arret des matières :1-oui**2-non**

signes généraux :

Q22-Atteinte de l'état général :1-oui**2-non**

SIGNES PHYSIQUES :

-inspection :

Q23-météorisme :1-oui**2-non**

Q24-nature du météorisme :1-diffus**2-localisé****3-symétrique****4-central****5-latéral D****6-latéral G****7-asymétrique****8-indéterminé**

conjonctives :bien coloréesmoyennement colorées pâles

Q25-cicatrice de laparotomie abdominale :1-oui**2-non**

Q26-siège : 1-xipho-pubienne**2-médiane sus-ombilicale****3-médiane sous-ombilicale****4-inguinale D****5-inguinaleG****6-inguinale bilatérale****7-oblique au point de Mc Burney****8-curviligne suprapubienne****9-péri-ombilicale****10-indéterminé****11-[4+5]**

Q27-ondulations péristaltiques :1-oui**2-non**

Etat des orifices hernières:**1-douloureux****2-irréductible** **3-réductible**

Q28-état de la paroi abdominale :1 -contracture**2-défence****3-masse****4 souple**

-percussion :

Q29-caractère de distension :1-tympanisme**2-matité**

C-PARACLIQUE :

Q30-ASP :1-fait**2-non fait**

Q31-résultat de l'ASP :

1-normale**2- niveaux hydroaériques plus larges que hauts****3- centraux**

4-niveaux hydroaériques plus hauts que larges**5- périphériques**

6-distension intestinale diffuse**7-autres****8-indéterminé**

Q32-qualité du cliché de l'ASP :1-bonne 2-mauvaise

Q33-Diagnostic :1-fait2-non fait3-faux positif4-faux négatif

Q34-diagnostic évoqué ASP :1-O.I.A grèle2-O.I.A colon3-pneumopéritoine4-[1+2]

Q35-Echographie :1-fait2-non fait

Q36-résultat :1-normale2-masseannexielle3-péritonite4-occlusion5-indéterminé6-autres7- faux positif8-faux négatif

D-DIAGNOSTIC :

-spécification :

Q37-Siège de l'occlusion :1-grèle2-colon3-grèle+colon

Q38-Mécanisme : 1-fonctionnel2-strangulation3-obstruction

Q39-Etiologie :

1-bridés et adhérences 2-iléus biliaire3-appendicite4-incarcération d'anse5-sigmoïdite 6-médicament7-occlusions post-opératoires8-carcinose péritonéale9-troubles hydro électrolytiques10-volvulus du grèle11-cholécystite aiguë12-cancer du colon sigmoïde13-volvulus du caecum14-hernie étranglée 15-volvulus du sigmoïde16-tumeur colique17-invagination intestinale aiguë 18-imperforation anale19-péritonite20-sténose21-tumeur du grele 22-Fecalome 23-indéterminé

E-TRAITEMENT :

1-médical :

Q40-traitement médical en préopératoire: Réanimation :1-oui2-non

1-SNG2-ATB3-antalgique 4-transfusion 5-ReH₂O+ATB 6-rien 7-autre

Q41-traitement médical en per opératoire: 1-SNG 2-ReH₂O 3-ATB4-indéterminé 5-autre 6-[2+3] 7-[1+2+3]

Q42-traitement médical en post-opératoire :j1-j3 :1-rien2- SNG3-ReH₂O4- ATB5- antalgique 6-indéterminé7- autre 8-[2+3+4] 9-[3+4] 10-[3+4+5]

Q43-état des anses :1-saine2-inflammatoire3-nécrosé4-indéterminé

Technique opératoire :

Q44-choix de la voie d'abord chirurgicale :1-médiane xypho-pubienne2- sus ombilicale3- sous ombilicale4-pararectale5-ceolioscopie6-autre

Q45-nature du geste :1-résection intestinale+anastomose

2-résection intestinale+dérivation

3-adhésiolyse 4-cure hernière5- Hartmann 6-Bouilly Volkmann 7-

indéterminé8- aucun9- autre 10-[1+4] 11-[2+5] 12-[2+6] 13-[1+9]

14-[1+3] 15-laparotomie exploratrice 16-[11+9]

Q46-complications per-opératoires :

1-aucune 2-hémorragie3- perforation digestive4- décès 5-indéterminé 6-
autre

Q47-suites opératoires immédiates (j0-j10) :

1-simple 2-hémorragie 3-infection 4-éviscération 5-fistule digestive 6-

suppuration pariétale7- récurrence 8-décès 9-autre

sortie de l'hôpital :

Q48-suites opératoires au bout d'un mois :

1-simple 2-récidives3-éventration4-retard de cicatrisation5-cicatrisation

pathologique6-indéterminé7-autre

Q49-soins en externe :1-durée 10jours2-15jours3->15jours

Q50-séjour hospitalier :

1-[0-7j] 2-[8-15j] 3-[16-21j] 4-[22-30j] 5-[plus d'un mois]

Q51-chirurgical : 1oui 2 non

FOICHE SIGNALETIQUE :**Nom :** SISSOKO**Prénom :** Madiba

Titre : les occlusions intestinales aiguës:

aspects épidémio-cliniques et prise en charge à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes.

Année académique : 2009 -2010

Pays d'origine : MALI

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : chirurgie digestive

RESUME : Nous avons réalisé une étude prospective descriptive sur les occlusions intestinales aiguës couvrant une période de douze (12) mois à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes (HFD/K) avec pour objectifs de déterminer la fréquence, de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutifs, d'identifier les principales causes et les différents aspects de la prise en charge. L'étude a concerné 39 dossiers.

Résultats : Les 39 patients ont été répartis entre 27 hommes (69,2%) et 12 femmes (30,8%). Le sex-ratio a été de 2,2 en faveur des hommes. Les âges extrêmes variaient entre 2 jours et 71ans avec une moyenne d'âge de 30,8 .Une prédominance de la tranche d'âge de 20 à 40 ans à été notée (43,6%). Plus de la moitié des patients ont bénéficié de la radiographie d'abdomen sans préparation (Rx-ASP) qui a été l'examen para clinique le plus sollicité. Les causes rencontrées étaient la hernie étranglée (25,6%), brides et adhérences (12,7%), tumeurs coliques (12,8%), invagination intestinale aiguë (10,3%), volvulus du sigmoïde (7,7%),imperforation anale(7,7%),tumeurs du grêle (5,2%),fécalome (2,6%).

Dans 7,8% des cas aucune cause mécanique n'a été retrouvée.

La résection intestinale plus anastomose a été le geste le plus pratiqué (23,1%).

Le taux de morbidité a été de 17,9% dominé par les infections pariétales. Le taux de mortalité a été de 7,7% . Cette mortalité élevée est attribuée à l'ignorance des signes de gravités, le recours tardif aux structures hospitalières et des moyens financiers limités des patients.

Mots clés : O.I.A ;épidémiologie ;HFD/K .

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui 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 leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !