

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une foi



UNIVERSITE DE BAMAKO



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

Année : 2009-2010N°

THESE :

**PRISE EN CHARGE DES URGENCES
CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CSREF DE
BOUGOUNI**

Présentée et soutenue publiquement le 21 Juin 2011

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

Par M. Lassina SAMOURA

Pour obtenir le grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**

(Diplôme D'ETAT)

JURY :

Président : Pr SANOGO Zimogo Zié

Membre : Dr TOGO Seydou

Co-directeur: Dr BAMBA Brahim

Directeur de thèse : Dr KOÏTA K. Adama

SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

ASACO	Association santé communautaire
AMG	Arrêt des matières et des gaz
ASP	Abdomen sans préparation.
BNDA	Banque Nationale pour le Développement Agricole
CAECE	Caisse d'épargne et crédit
CS Réf	Centre de Santé de Référence
CAP	Centre animation pédagogique
CMDT	Compagnie Malienne pour le Développement Textile
C.H.U	Centre Hospitalier Universitaire.
AI	Collaborateurs
°C	Degré Celsius
DCD	Décès
FMPOS	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
HTA	Hypertension artérielle
HISDE	Hernie inguino-scrotale droite étranglée
HIDE	Hernie inguinale droite étranglée
HLBE	Hernie de la ligne blanche étranglée
HOE	Hernie ombilicale étranglée
Hg	Mercure
IFM	Institut de Formation des Maîtres
IIA	Invagination intestinale aiguë
I.M	Intramusculaire
I.V	Intraveineuse
Kg	Kilogramme
ONG	Organisation non Gouvernementale
OIA	Occlusion intestinal aiguë
SOTELMA	Société de Télécommunications du Mali
RDV	Rendez-vous
TDM	Tomodensitométrie
TR	Toucher Rectal

DEDICACES

DEDICACES

Au nom de Dieu le Tout Puissant, **le Clément**, le très miséricordieux

Louange à **ALLAH Seigneur des créatures**

Maître du jour de la rétribution.

Toi que nous adorons, et c'est Toi dont nous implorons le secours Guide-nous dans le droit chemin, non le chemin de ceux qui ont encouru Ta colère, non plus le chemin des égarés (Amen).

C'est par ta grâce que nous avons pu réaliser ce travail.

Je dédie ce travail,

❖ **Au prophète Mohamed (paix et salut sur lui).**

❖ **A Feu mon père SAMOURA Souleymane**

Toi qui nous a vite quitté, tu as été pour nous un modèle de rigueur, de courage, de sincérité, de persévérance dans l'accomplissement du travail bien fait.

Tu m'as enseigné le sens de l'honneur, de la dignité, de la probité morale et du respect de soi. Je suis fier de t'avoir eu comme Père.

Que le repos éternel soit pour toi un vrais repos.

Dors en paix **BOUA**

❖ **A ma maman TRAORE Awa**

Modèle de mère dévouée, courageuse et tolérante,

Tu es pour nous l'image de la mère idéale par ta douceur, ton ardeur aux tâches quotidiennes, ta sensibilité et ta compréhension, Ton amour, ta générosité et ton sens du pardon ont été pour nous une fierté.

Merci pour ta tendresse, tes bénédictions, tes sacrifices et tes nombreuses prières pour tes enfants ainsi que pour toute la famille.

Ce travail est le fruit de tes efforts. Que Dieu t'accorde longue vie, une santé de fer et beaucoup de bonheur.

❖ A ma fille SAMOURA LassinaSalimata

Toi qui me donne la joie au quotidien, reçois à travers ce travail tout mon amour et toute ma tendresse paternelle.

Que le tout puissant te bénisse et te protège. Qu'il te donne bonne santé et longue vie et guide tes pas vers le chemin qui mène le mieux à ton bonheur.

**❖ A toute la famille DIALLO à BAMAKO (Point-G), à mes mères :
Djouma et Astan**

Mères africaines, mères de tous les orphelins, grâce à votre soutien j'ai pu réaliser ce travail. A cette étape combien de fois importante de ma vie les mots me manquent pour vous remercier, que le Miséricordieux vous accorde une santé d'acier et une longue vie. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

Encore une fois de plus je vous remercie.

REMERCIEMENT

REMERCIEMENTS

A travers ce travail, je voudrais exprimer ma gratitude :

A tous mes maîtres, du premier cycle fondamental à la FMPOS du Mali pour leur patience et leur disponibilité.

A mes camarades de promotion du primaire, du secondaire et du supérieur ; en souvenir des heures pénibles passées ensemble

A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de Bougouni plus particulièrement, Dr BAMBA Brahima, Dr ZERBO Abdrahamane, Dr KAMAYERA Faïnke, Dr GOÏTA Daouda, Dr KEMENANI Mariam, Dr SYLLA checkna, Dr TOURE Oumou, Dr BAGAYOKO Oumar, Dr TRAORE Abdoulaye merci pour votre encadrement

A tous mes collègues internes du CSRéf de Bougouni : Baman KANE, TOGOLA Lassina, Mariam Sansouba SISSOKO, Madou Moussa DIAKITE, SAMAKE Moussa

Ce travail est le fruit d'efforts et de sacrifices consentis ensemble.

Soyez rassurés de ma sincère reconnaissance.

Bonne chance et courage à vous.

A mes aînés du CSRéf : Drs : Karim SIDIBE, FAROTA Dado, TRAORE Soumaïla, KANOUTE Fatoumata, Sidiki BERTE, DOUMBIA Zoumana, Brehima DIAKITE, SAMAKE Z Abdoul karim, DIALLO PATHE amadou, Drissa Mandé, SANOGO Bassirou, SAMAKE Ya Souleymane, KONE T Mohamed, Oumar ZANGA, Diakité Abdoul Karim, SANGARE Flacoro, TOUNKARA Sékouba, TRAORE papa,

Votre disponibilité a été un facteur important pour la réussite de ce travail.
Merci infiniment.

Aux Gérants : des deux DV, du dépôt et du Guichet

A tout le personnel du laboratoire, du Bloc, des différentes unités vous avez été pour moi des tontons, tantes, oncles et frères. Merci pour votre franche collaboration mais aussi pour cette ambiance de famille solidaire et fraternelle.

Au Pr. Sambou SOUMARE, Pr Yena SADIO, Pr ZimogoZié SANOGO, Dr Adama KOITA, Dr Moussa A OUATTARA, Dr TOGO, Dr Lamine SOUMARE, Dr L. TRAORE, Dr KOUMARE, Dr CAMARA, Dr Drissa TRAORE et tous ceux dont je n'ai pas cité les noms.

A tous mes collègues internes du service de chirurgie du CHU du Point- G CoulibalyYoussouf, SAYE Jack, Doumbo TIMBELY, Baby BagnaYoussouf BADIAGA

A mes aînés du Service de chirurgie «A» du Point-G: Drs :Zakari SAYE , Isaïe DENA, Daouda SAMAKE, Harouna KOULIBALY, Drissa KONE, M.M DOUMBIA, Tata FANE, Cheick Hamala DIAKITE, Salikou SANOGO, Salif SANGARE, Adiaratou DOUMBIA, Amadou KONE ,Awa SIDIBE Abdoulaye SideyMAÏGAet tous ceux que je n'ai pas cité.

A tout le personnel de la chirurgie « A », Professeurs, Chirurgiens, CES, Internes, Infirmiers, Anesthésistes, Aides de Bloc et Garçons de Salle

A ma tante Oumou COULIBALY

Aucun mot ne pourra exprimer mon attachement et mon amour pour vous.

Tant de bonheur vécu, tant de souhaits réalisés grâce à votre soutien qui ne m'a jamais fait défaut. Ce travail est le vôtre.

Ensemble, œuvrons pour que l'esprit d'union et d'entraide perdure à jamais dans la famille.

A mon cousin KONTAGA Kalilou

En plus d'être un cousin tu as été un ami pour moi.

Merci pour ton affection constante.

Trouve ici l'expression de ma sincère gratitude.

A mes amies

Bintou OUOLOGUEM, TRAORE Viviane Noel Marie, Assetou FOMBA,
Dr FAROTA Dado.

Mariam sansoubasissoko

Rien n'est plus important que l'amitié ; recevez donc à travers ce modeste travail l'expression de mes vifs sentiments d'amitié.

Pour tous ces souvenirs et tous ces moments de bonheur vécus grâce à vous, trouvez ici toute ma reconnaissance.

**Aux frères et sœurs de l'Association des Etudiants ressortissant et
Sympathisants de Bougouni à la FMPOS (UERSB)**

A mes amis

Oumar KONE, Mohamed Kolé SIDIBE, Souleymane MARIKO,
KassimSIDIBE , OUATTARA Zié, , Mamadou Moussa DIAKITE, Demba
Coulibaly, Ibrahim DEMBELE, Adama SANGARE, Luc SIDIBE, Fatogoma
Issa KONE, Jean Wamian KONE, Abdoulaye SIDIBE, Diakaridia TRAORE,
BAGAYOKO Souleymane, SANGARE Dramane, DEMBELE Barthelemy,
Boubacar SOUMARE , Moussa TRAORE, DIABATE Mohamed, Moulaye,

Que notre amitié ne souffre d'aucune entrave et résiste à l'épreuve du temps. Je vous aime.

A mes frères d'art martiaux :

Maître Madou et Seydou Lahaye, Charle DAKO, Aly GUINDO,
Mohamed Dit Général, COULIBALY Dramane.

A mes Frères et sœurs : Amadou, Adama, Safiatou dite Makoro, Fatoumata, Abdramane, Brehima, feu Moussa, Soyez assurés de mon amour et comptez sur mon soutien et mes conseils.

Aux docteurs OUATTARA Drissa et DIARRA Alkadri

Cher maître, votre large sens d'écoute, votre disponibilité, votre rigueur pour le travail bien fait, votre courage, votre abord facile et votre souci pour notre encadrement font de vous un maître exemplaire.

Cher maître nous avons été impressionnés par la qualité de votre encadrement.

Trouvez ici, Cher maître, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect. Que Dieu Le Tout Puissant vous accorde sa grâce, longévité, paix et Santé. AMEN

A Tiémoko KEÏTA et à Boubacar SOUMARE

**Aux familles DIALLO, COULIBALY, KANOUTE, KONTAGA,
TRAORE, SISSOKO, SOUMARE**

Remerciements particuliers

A Docteur BEMBA Brahima

Vos qualités humaines, votre amour du travail bien fait et votre souci constant de la bonne formation des internes font de vous un exemple à suivre. Votre contribution morale et pratique a été indispensable pour la réalisation de cette recherche.

Trouvez ici toute ma reconnaissance et ma satisfaction.

A tout le personnel du centre **Médical YEREKO de Bougouni,**

A tout le personnel du centre **Médical Banimonotié de Bougouni (CMB)**

A tout le personnel de la **clinique Santé PLUS de Bougouni**

A tout le personnel de la **clinique FRATERNITE de Bougouni**

A tout le personnel de la clinique **Santé PLUS II de Yanfolila**

A tout le personnel des hôpitaux et centre de santé du MALI.

- A l'Etat malien pour tous les efforts consentis pour ma formation.
- Merci pour la qualité des relations de franche et loyale collaboration.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

HOMAGE AUX MEMBRES DU JURY :

De bon cœur, vous avez accepté de siéger dans ce jury pour juger ce travail. Vos critiques et suggestions contribueront à enrichir cette œuvre dans l'intérêt de la science.

A notre Maître et président du jury

Professeur ZimogoZié SANOGO,

Professeur agrégé en Chirurgie Générale

Cher Maître,

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre intégrité, votre disponibilité, votre rigueur, votre courage et votre sens social élevé ne sont que quelques-unes de vos multiples qualités.

Durant notre formation à la faculté de médecine et dans le service, nous avons apprécié votre simplicité et votre pragmatisme. La densité et la clarté de votre enseignement font qu'il est aisé d'apprendre à vos côtés.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et membre du jury

Dr TOGO Seydou

Spécialiste en chirurgie thoracique et cardiovasculaire.

Praticien hospitalier.

Maître assistant à la FMPOS

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre simplicité, votre courage forcent notre admiration. Plus qu'un maître, vous avez été pour nous un grand frère.

Cher maître soyez assuré de notre profond respect.

.

A notre Maître et co-directeur :

Docteur BAMBA Brahima

*Spécialiste en chirurgie générale au Centre de Santé de Référence de
Bougouni.*

Médecin chef du centre de santé de référence de Bougouni

Cher maître,

*Votre courage, votre abord facile et votre savoir-faire, font de vous un maître
admiré et respecté.*

Nous avons bénéficié de votre encadrement en chirurgie générale

*Cher maître, c'est le lieu pour nous de vous exprimer notre sincère
remerciement et notre gratitude.*

A notre Maître et directeur de thèse :

Docteur KOITA Adama

Spécialiste en chirurgie générale.

Praticien hospitalier.

Maître assistant à la FMPOS

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Votre simplicité, votre assiduité, votre abord facile, votre disponibilité pour vos collègues et vos élèves, ont forcé l'admiration de tous.

Cher Maître, c'est avec vous que nous avons aimé de plus la chirurgie.

Veillez accepter, cher maître, nos sentiments de reconnaissance et de respect.

SOMMAIRE

TABLEAU DES MATIERES

Chapitre I :	Pages
Introduction et objectifs.....	1-3
Introduction.....	1-2
Objectif général.....	3
Objectifs spécifiques.....	3
Chapitre II :	
Généralités.....	4-39
Rappel anatomique.....	4-10
Urgences chirurgicales /Appendicites aiguë.....	10-18
IIA.....	18-20
Occlusions intestinales aiguës.....	20-28
Hernies étranglées.....	26-30
Péritonites aiguës.....	31-33
Traumatismes de l'abdomen.....	33-37
Chapitre III :	
Méthodologie.....	38-47
Présentation du cercle de Bougouni.....	38-40
CSRéf de Bougouni.....	40-44
Cadre et type d'étude.....	44
Critères d'inclusion et de non inclusion inclusion.....	44-45
Déroulement de l'étude.....	45
Collecte des données.....	46
Analyse et saisie des données.....	47
Chapitre IV :	
Résultats.....	48-69
Fréquence globale des urgences chirurgicales digestives.....	48
Données sociodémographiques.....	48-50
Données cliniques.....	51-54
Données para cliniques.....	55-57

Données Diagnostiques.....	57-58
Traitement chirurgical.....	58-61
Suites opératoires.....	61-63
Chapitre V :	
Commentaires et discussions.....	64-77
Chapitre VI :	
Conclusion et recommandations.....	78-79
Conclusion.....	78
Recommandation.....	79
Références bibliographiques.....	80-86
Annexes.....	87-95
Fiche d'enquête.....	87-92
Fiche signalétique.....	93-94
Serment d'HIPPOCRATE.....	95

CHAPITRE I

INTRODUCTION

ET

OBJECTIFS

INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales concernent tous les patients admis en urgence et pour lesquels une décision d'intervention chirurgicale peut s'imposer dans les 24 heures [23]. L'expression d'urgence chirurgicale est ambiguë ; elle résulte selon DUCOMBIER d'un processus pathologique ou traumatique d'évolution aiguë compromettant à très court terme une ou plusieurs fonctions vitales ou non, et demandant de ce fait une évaluation diagnostique et un traitement chirurgical rapide [20].

La définition la plus simple est celle d'Etienne : «l'urgence est ce cas nécessitant des soins sans délai» [21].

L'urgence chirurgicale est un problème important de santé publique en termes de morbidité et de mortalité. Elle s'observe à tout âge. Le pronostic dépend de la précocité de prise en charge.

Les urgences chirurgicales en Afrique sont comparables sémiologiquement à celles que l'on rencontre en Europe, mais elles revêtent certaines particularités dues essentiellement à un délai de traitement supérieur. En Europe les urgences chirurgicales sont habituellement vues dans 6 heures au plus, ce qui est exceptionnel en Afrique, où les délais peuvent atteindre 48 heures voir plus [20].

Le retard tant diagnostique que thérapeutique, relève de plusieurs causes : les erreurs initiales de diagnostic, la précarité du plateau technique, le niveau socio-économique bas, le manque de personnel qualifié (anesthésistes- réanimateurs et chirurgiens) et l'accessibilité géographique du centre.

Les étiologies des urgences chirurgicales digestives sont multiples : aux USA, 19 étiologies dont 5 chirurgicales (appendicite aiguë, cholécystite aiguë, occlusion intestinale aiguë, ulcère duodénal, anévrisme abdominal) ont été retrouvées chez 1000 malades présentant un abdomen aigu [10].

En France, ETIENNE ET AL. [22] ont trouvé dans leur étude, que 5 des 10 premières étiologies des urgences abdominales étaient chirurgicales (appendicites aiguës, cholécystites aiguës, occlusions intestinales aiguës, ulcères perforés, pathologies néoplasiques).

En 1979 à Dakar, PADONOU dans une série a trouvé 4 étiologies (Occlusion intestinale, péritonite, appendicite aiguë, éviscération)[38].

A Ouagadougou, dans le service des urgences chirurgicales créé par Richard, 60% des urgences chirurgicales étaient dues à des occlusions intestinales aiguës et à des péritonites évoluées. Le reste se répartissait entre les hernies étranglées (avant le stade d'occlusion franche) et des traumatismes abdominaux [40].

Dans une étude faite au Mali en 2005 par KONATE sur les abdomens aigus, il a été observé un taux de mortalité post opératoire de 4,4% [28]. Les morbidités post opératoires étaient dominées par les complications pariétales, les occlusions post opératoires, les éviscérations, et les déhiscences anastomotiques du grêle et du colon.

La démarche du chirurgien de garde est double devant tout abdomen aigu : d'une part, établir le diagnostic et, par là même, poser éventuellement l'indication opératoire ; d'autre part, définir le degré de l'urgence dont le moment de l'intervention [23]. Le pronostic des urgences chirurgicales est grave.

Des études concernant les urgences chirurgicales viscérales dans les centres de santé de référence sont rares ; ceci nous a motivé à mener cette étude au centre de santé de référence de Bougouni avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

1. Objectif général

Etudier la prise en charge des urgences chirurgicales digestives au CSRéf de Bougouni, de février 2009 à janvier 2010.

2. Objectifs spécifiques

- ◆ Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives au CSRéf de Bougouni
- ◆ Déterminer les différents aspects cliniques et para cliniques
- ◆ Evaluer les résultats de la prise en charge des malades opérés en urgence.

CHAPITRE II

GENERALITES

GENERALITES :

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

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

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

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

On reconnaît au péritoine, comme toute membrane séreuse :

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

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

Le péritoine assure le soutien des organes de la cavité abdominale les suspendant et les fixant à la paroi. Le péritoine assure enfin la résorption des

liquides intra-péritonéaux, cette résorption normale se faisant vers les hypochondres surtout à droite au dessus du foie, à travers le diaphragme vers les lymphatiques du médiastin par des pertuis.

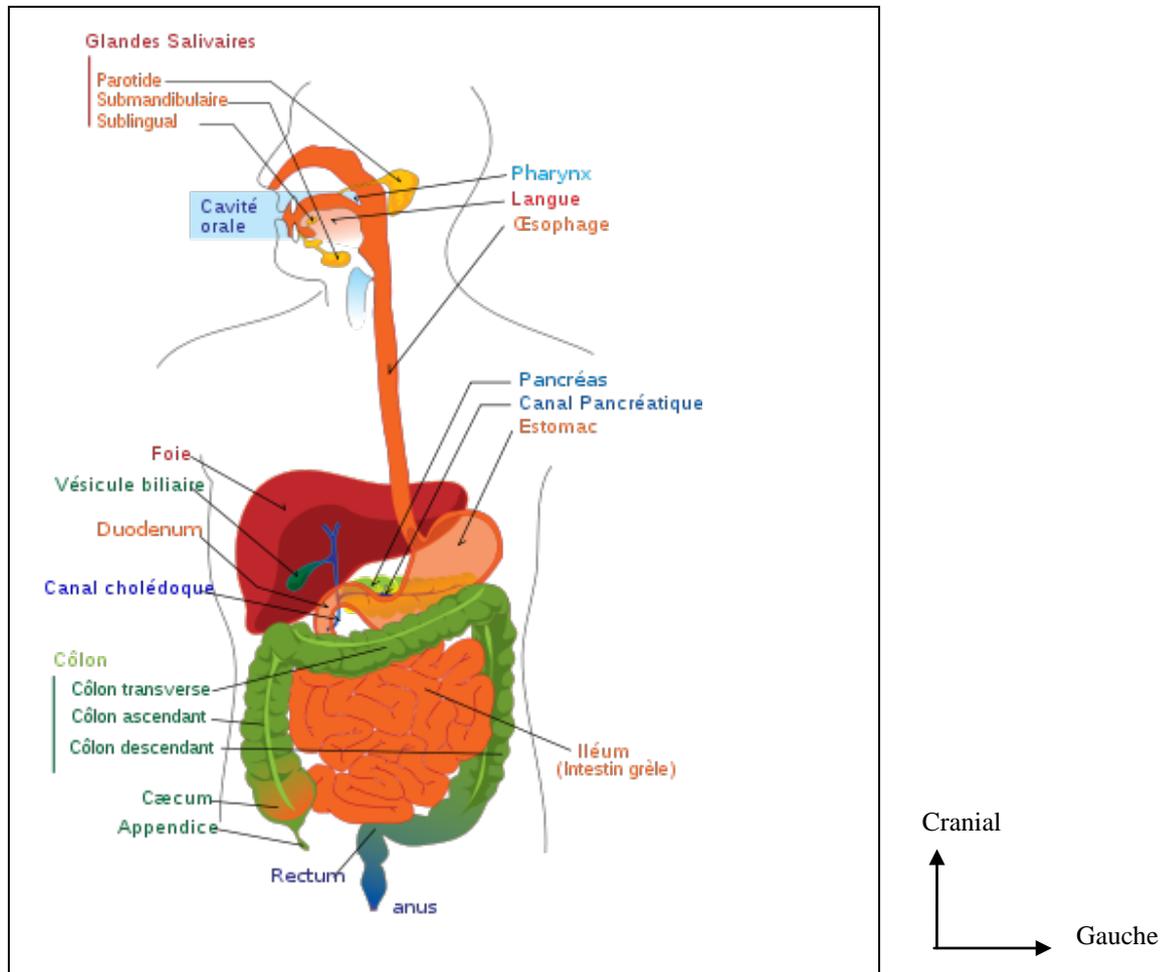


Figure 1 : Schémas de l'appareil digestif [35]

1. Rappels anatomiques de l'appareil digestif [13]:

Il comprend les segments suivants :

- La bouche ;
- L'œsophage ;
- L'estomac ;
- L'intestin grêle ;
- Le colon ;
- Le rectum et le canal anal

◆ **L'œsophage :**

Il constitue le premier segment du tube digestif, c'est un conduit musculo-membraneux de 25cm environ compris entre le pharynx en haut et l'estomac en bas, c'est la voie de passage du bol alimentaire. Il traverse successivement la partie inférieure du cou, le thorax et la partie supérieure de la cavité abdominale. Cette triple topographie fait que les rapports anatomiques de l'œsophage sont complexes. Il est situé en position médiane devant la colonne vertébrale, en arrière de la trachée puis de l'oreillette gauche, sa position abdominale oblique à gauche et en arrière du lobe gauche du foie.

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

◆ **L'estomac :**

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

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

gauche de l'œsophage abdominal et le fundus se place l'incisure cardiale (angle de HIS) ; elle repère le cardia et forme à l'intérieur une valvule ,le pli cardiaal. L'orifice inférieur duodéal ou pylore est entouré par un sphincter.

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

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

◆ **L'intestin grêle :**

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

◆ **Le Duodénum :**

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

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

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

-Une partie horizontale ou D3 : croise la colonne vertébrale à la hauteur de L4, faisant un trajet horizontal à gauche, à la partie inférieure de la tête du pancréas.

-Une partie ascendante ou D4 : elle monte obliquement en haut et à gauche jusqu'à angle duodéno-jéjunal à gauche de la colonne vertébrale.

◆ **Le jéjuno-iléon :**

Il représente les 2ème et 3ème parties mobiles de l'intestin grêle qui s'étendent de l'angle duodeno-jéjunal au cæcum (fosse iliaque droite). Il mesure 6,5m. Son calibre varie entre 2-3cm. Il comprend 15 à 16 flexuosités ou anses intestinales. Les anses jéjunales ou premières anses sont disposées horizontalement dans la cavité abdominale supérieure gauche tandis que les anses iléales ou dernières anses sont placées verticalement dans la cavité abdominale inférieure droite. Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'iléon. Sous l'action de la bile, du suc pancréatique et du suc intestinal, le chyme gastrique est transformé en chyle. Le chyle est absorbé par un énorme réseau vasculaire drainé vers le foie par le système porte.

◆ **Le gros intestin :**

C'est la partie terminale du tube digestif. Le colon fait suite dans la fosse iliaque droite à l'iléon. Il présente à ce niveau un cul de sac ou caecum auquel est appendu l'appendice puis traverse tout l'abdomen décrivant une grande boucle à concavité inférieure. Il comprend successivement le colon ascendant, le colon transverse, le colon descendant dans la fosse iliaque gauche (colon sigmoïde) puis descend dans le petit bassin où il présente une portion dilatée (rectum) puis il traverse le plancher du périnée et s'ouvre à l'extérieur par le canal anal. Sa longueur moyenne est de 1,5m.

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

◆ **Les glandes annexes :**

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

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

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

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

2. Structure générale du tube digestif :

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

-Une couche interne muqueuse : qui a selon des endroits, un rôle de sécrétion ou un rôle d'absorption par l'intermédiaire des capillaires ou des chylifères sous

muqueux. Un tissu aréolaire formant la sous muqueuse, comporte un épithélium, une lamina propria (chorion), une muscularismucosae et des glandes.

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

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

3. Les urgences chirurgicales digestives :

A. Appendicites aiguë [27]:

◆ Rappels Anatomiques :

L'appendice est un organe lymphoïde borgne de forme vermiculaire, de longueur variable (en moyenne de 1 cm à la naissance jusqu'à 12 cm à l'âge adulte).

La base de l'appendice est située à la face interne du cæcum en dessous de la dernière anse iléale (position descendante latéro-caecale) au point de convergence des 3 bandelettes musculaires coliques.

L'appendice est vascularisé par l'artère appendiculaire, branche terminale de l'artère iléocaeco-colo-appendiculaire.

Les **variations positionnelles** de l'appendice dépendent de la position du caecum et/ou de la position de l'appendice par rapport au caecum :

- variations de positions du caecum (selon le degré de rotation de l'anse intestinale primitive) :

-caecum *pelvien*

-caecum *sous hépatique*,

-caecum en *fosse iliaque gauche* (en cas de mésentère commun complet à 90°)

- VARIATIONS DE POSITION DE L'APPENDICE PAR RAPPORT AU CAECUM :

POSITION DE L'APPENDICE	Fréquence	Rapports de l'appendice
RETRO – CAECALE	25%	Adhérences péritonéales postérieures
PELVIENNE	5%	Paroi postérieure de la vessie, appareil utéro-annexiel, rectum
MESO- COELIAQUE	1%	Dernière anse grêle, face postérieure du mésentère
SOUS- SEREUSE	Rare	Paroi caecale

◆ **EPIDEMIOLOGIE**

- peut survenir à **tout âge**.
- exceptionnelle avant l'âge de 1 an, rare avant 3 ans.
- concerne **surtout les enfants de plus de 6 ans** (90% des cas).

◆ **PHYSIOPATHOLOGIE**

- Infection bactérienne aiguë se développant dans la lumière appendiculaire au contact de la muqueuse, puis s'étendant aux différentes tuniques de la paroi.
- Facteurs favorisant l'obstruction de la lumière appendiculaire : stercolithe, hyperplasie lymphoïde, infection parasitaire
- Evolution naturelle de l'appendicite aiguë :

PLUSIEURS STADES DE GRAVITE CROISSANTE :

APPENDICITE AIGUE NON COMPLIQUEE	
Appendicite aigue catarrhale	Infiltration muqueuse
Appendicite aigue suppurée	Appendice phlegmoneux, abcédé
Appendicite aigue gangréneuse	Nécrose de la paroi appendiculaire
APPENDICITE AIGUE COMPLIQUEE	
Plastron appendiculaire	Collection péri-appendiculaire dans une coque inflammatoire Au contact des structures avoisinantes (anses grêles, épiploon, vessie, rectum, paroi abdominale)
Péritonite appendiculaire généralisée : épanchement purulent dans les 4 cadrans de la cavité abdominale	Rupture de l'abcès appendiculaire en péritoine libre Diffusion de la collection

◆ EXAMEN CLINIQUE

Le diagnostic de certitude de l'appendicite aigue est l'un des plus **difficiles** en chirurgie viscérale et notamment chez le petit enfant.

Signes fonctionnels :

- Douleur abdominale aigue (moins de 72 heures) spontanée, parfois de début épigastrique puis se localisant en fosse iliaque droite, permanente, fixée, et d'intensité variable, souvent croissante, sans irradiation en absence de forme compliquée ; cette douleur est exacerbée à la marche.
- Vomissements alimentaires, nausées, refus alimentaire
- +/- Troubles du transit (diarrhée réactionnelle)
- +/- Irritation vésicale (brûlures mictionnelles, impériosité mictionnelle).

◆ Signes cliniques

a) Signes généraux

- Fièvre modérée, inférieure à 38°5 C, supérieure en cas de formes compliquées
- Langue saburrale (dépôt blanchâtre), faciès septique (joue érythrosiques), yeux cernés
- La respiration abdominale est conservée dans les formes non compliquée

b) Signes physiques

- L'attitude en *psoitis* (flexion de la cuisse sur le bassin, d'extension douloureuse).
- La palpation retrouve une douleur de la fosse iliaque droite dont le maximum siège au niveau du point de Mc Burney :
 - Le signe de Blumberg : douleur à la décompression brutale de la fosse iliaque droite
 - Le signe de Rovsing : la compression de la fosse iliaque gauche est responsable d'une douleur à la fosse iliaque droite.
 - contracture : défense permanente et généralisée : c'est le « ventre de bois », reflet d'une péritonite généralisée
- Le toucher vaginal trouve une douleur en haut et à droite du douglas.
 - le toucher rectal permet de noter dans plus de la moitié des cas une douleur à droite du douglas

c) Formes cliniques

◆ **En fonction de la localisation appendiculaire**

	Appendice rétro-caecal	Appendice Pelvien	Appendice Sous hépatique	Appendice méso-cœliaque
Signes Fonctionnels	signes abdominaux frustes	diarrhées par inflammation du cul-de-sac de Douglas dysurie, brûlures mictionnelles	vomissements fréquents	iléus réflexe
Signes cliniques	psôitisme, douleur de la fosse iliaque droite majorée en décubitus latéral gauche	ténesme rectal	douleur de l'hypochondre droit	occlusion fébrile

◆ **En fonction du stade de gravité**

	Appendicite aigue non compliquée	Appendicite aigue compliquée	
		Abcès Appendiculaire	Péritonite généralisée : Occlusion fébrile +++
Signes fonctionnels	Douleur spontanée en fosse iliaque droite	Signes d'irritation péritonéale abdominale et/ou pelvienne	Signes d'irritation péritonéale abdominale et pelvienne
Signes généraux	Fièvre < 38.5°C	Fièvre > 38.5°C	Altération de l'état général Déshydratation Fièvre élevée
Signes cliniques	Sensibilité de la fosse iliaque droite	Faciès septique Masse en fosse iliaque droite ou pelvis Défense localisée	Faciès cireux Défense / contracture

◆ **En fonction de l'âge**

Appendicite aigue du nourrisson

Elle est à souligner car **rare, trompeuse et grave**. Les formes **compliquées** dominant.

Le tableau associe :- altération de l'état générale, fièvre élevée, vomissements fréquents, diarrhée réactionnelle,

Appendicite aigue chez le petit enfant (moins de 3 ans) :

Le diagnostic est souvent retardé, avec une forme compliquée d'appendicite aigue, d'autant qu'à cet âge, les infections virales (ORL, adénite méésentérique, gastro-entérite virale) dominant en fréquence.

L'inspection est alors d'une grande aide :

- l'enfant marche -t-il normalement ?

- est-il calmé dans les bras de sa mère ?
- l'enfant est-il geignard en dehors de l'examen clinique ?
- la respiration abdominale est-elle présente ?

Au décours de la palpation abdominale, une douleur d'origine abdominale fait repoussersystématiquement la main de l'examineur.

Dans cette tranche d'âge également, les examens complémentaires sont utiles en cas dedoute diagnostic.

◆ DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Ils dépendent de l'âge, des symptômes et signes cliniques associées :

AUTRES CAUSES DE DOULEURS ABDOMINALES AIGUES	
Pathologies associées à une fièvre/ fébricule	Pathologies sans fièvre associée
Gastro-entérite aigue	♀ Pathologie annexielle +++
Adénolymphite mésentérique	Kyste ovarien fonctionnel ou organique
Invagination intestinale aigue	Signes de torsion d'annexe
Maladies inflammatoires intestinales	♂ Torsion testiculaire +++
Infection ORL	Constipation, oxyurose
Maladies éruptives	Hydronéphrose aigue
Pneumopathies +++	Lithiase urinaire
Méningite aigue	Purpura rhumatoïde
Pyélonéphrite aigue	Diabète
Salpingite	Dysménorrhée
Paludisme	

◆ EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Ils sont guidés par l'examen clinique :

a) Biologie sanguine :

- Numération Formule Sanguine : *Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles*
- ↑ *CRP* : mais attention ! **Une CRP normale n'élimine pas le diagnostic**
- bilan préopératoire : hémostase, Gr Rh, ionogramme sanguin

a) Imagerie :

- Radiographie d'Abdomen Sans Préparation debout de face :
 - *Anse sentinelle en fosse iliaque droite,
 - *Niveaux Hydro Aériques du grêle(formes compliquées)
 - *Stercolithe en fosse iliaque droite (pathognomonique mais non systématique).
- **Echographie abdomino-pelvienne +/- Tomodensitométrie abdomino-pelvienne (scanner) :**

Signes radiologiques orientant vers le diagnostic d'appendicite aigue

- ***Epaississement appendiculaire** > 5 mm
- *Parois appendiculaires épaissies et échogènes
- ***Stercolithe** calcifié ou non au sein de l'appendice
- ***Infiltration** de la graisse péri-appendiculaire
- ***Abcès** appendiculaire, de la fosse iliaque droite

Epanchement :- péri-appendiculaire (abcès appendiculaire)

- péritonéal diffus (péritonite)

Syndrome occlusif

◆ **PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE : urgence chirurgical**

a) Intervention chirurgicale

Buts :

- Appendicectomie
- Toilette péritonéale
- Exploration abdomino-pelvienne

	APPENDICITE AIGUE NON COMPLIQUEE	APPENDICITE AIGUE COMPLIQUEE
--	---	---

Voie d'abord	Mac Burney / Open cœlioscopie	Abord iliaque droit élargi / Open cœlioscopie +++ Médiane sous ombilicale si altération de l'état général et/ ou occlusion marquée
Gestes	Prélèvement bactériologique du liquide intrapéritonéal Appendicectomie Extraction stercolithe(s) Pas de toilette péritonéale	Toilette péritonéale +++ Drainage péritonéal lame(s)
Antibiothérapie	Flash à l'induction 24- 48h	Probabiliste puis adaptée Bithérapie large spectre IV prolongée 5 à 10 jours

b) Surveillance post-opératoire

Clinique et biologique

Complications post-opératoires : *Elles sont plus fréquentes dans les formes compliquées sauf dans le cas du syndrome du 5^ejour*

Complications précoces : pas d'amélioration de l'état général

- lâchage du moignon appendiculaire (syndrome du 5^e jour), abcès de paroi, abcès profonds secondaires, iléus réflexe

Complications tardives : Occlusions du grêle

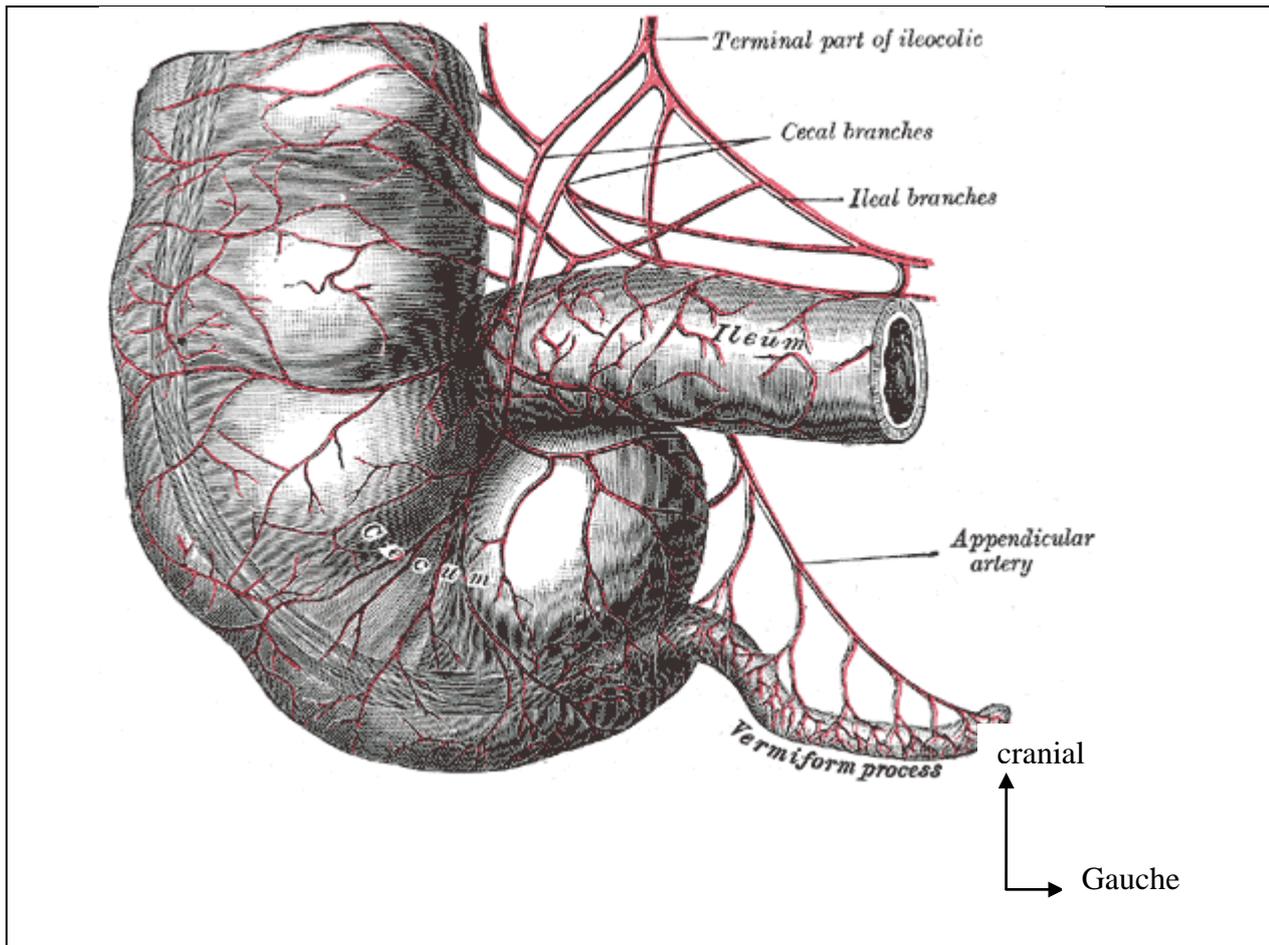


Figure 2: image du Cœcum [35]

B. Invagination intestinale aiguë [4]:

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

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

3. Les causes d'I.I.A :

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

4. Le siège de l'I.I.A : est le plus souvent :

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

5. Signes cliniques :

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

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

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

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

c) Signes para cliniques :

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

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

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

6. Traitement : est radiologique, chirurgical et médical.

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

b) Traitement chirurgical :

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

c) Le traitement médical : consiste en une réanimation pré, per, et post opératoire.

C. Occlusion intestinale aiguë : [15]

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

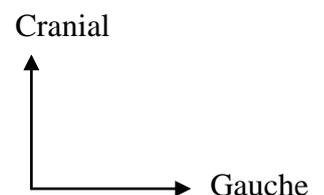


Figure 3 : Volvulus du Sigmoide (image du CSRéf de Bougouni)

2. Physiopathologie :

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Signes cliniques :

a) Les signes fonctionnels : Douleurs abdominales brutales ou progressives dont le type est fonction de l'étiologie, vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et enfin fécaloïdes (au stade tardif) ; ces vomissements peuvent être tardifs ou précoces (en fonction du siège de l'occlusion), l'arrêt des matières et

des gaz est le signe majeur de l'occlusion. Cet arrêt peut être remplacé par une vidange du bout distal au début de l'occlusion. Il peut être précoce ou tardif en fonction de l'occlusion.

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

c) Signes physiques :

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

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

-Percussion : tympanisme, souvent tardif.

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

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

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

d) Signes Para cliniques :

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

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

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

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

-Les signes biologiques : montrent des troubles hydro-électrolytiques entraînant une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acide-base. Ces

troubles hydro-électrolytiques souvent fonctionnels sont constatés sur l'ionogramme (hyper natrémie), la N.F.S (polyglobulie), souvent une hyper natrémie, hyper azotémie, hyper créatinémie.

4. Formes cliniques :

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

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

b) En fonction du mécanisme :

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

-L'occlusion par cancer du sigmoïde : qui atteint surtout le vieillard, est caractérisée par : une douleur progressive continue, altération de l'état général avant l'occlusion, antécédent d'alternance de diarrhée et de constipation, ou de

méléna, ou de rectorragie, une fièvre avec parfois une anémie, une tumeur à la palpation parfois.

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

-Chez le nouveau-né : les occlusions les plus fréquentes sont :

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

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

-Chez le nourrisson : les causes les plus fréquentes sont : l'invagination intestinale aiguë, brides par mal rotation, maladie de Hirschprung.

-Chez l'enfant : les causes les plus fréquentes sont : le diverticule de Meckel, l'appendicite aiguë, l'invagination intestinale aiguë.

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

-Chez le vieillard : les principales causes sont : le cancer du côlon qui est le plus fréquent, le volvulus du sigmoïde ;

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

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

5. Diagnostic différentiel :

◆ **Occlusions fonctionnelles :** caractérisées par :

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

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

-Signes physiques : résumés par un météorisme important diffus.

-ASP debout de face : qui montre une dilatation gazeuse diffuse sur le grêle ou le colon avec peu de niveaux hydro-aériques.

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

6. Traitement :

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

a) Le traitement médical :

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

b) Le traitement chirurgical :

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

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

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

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

D. Hernie étranglée [15]:

1. Définition :

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

2. Physiopathologie :

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

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

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

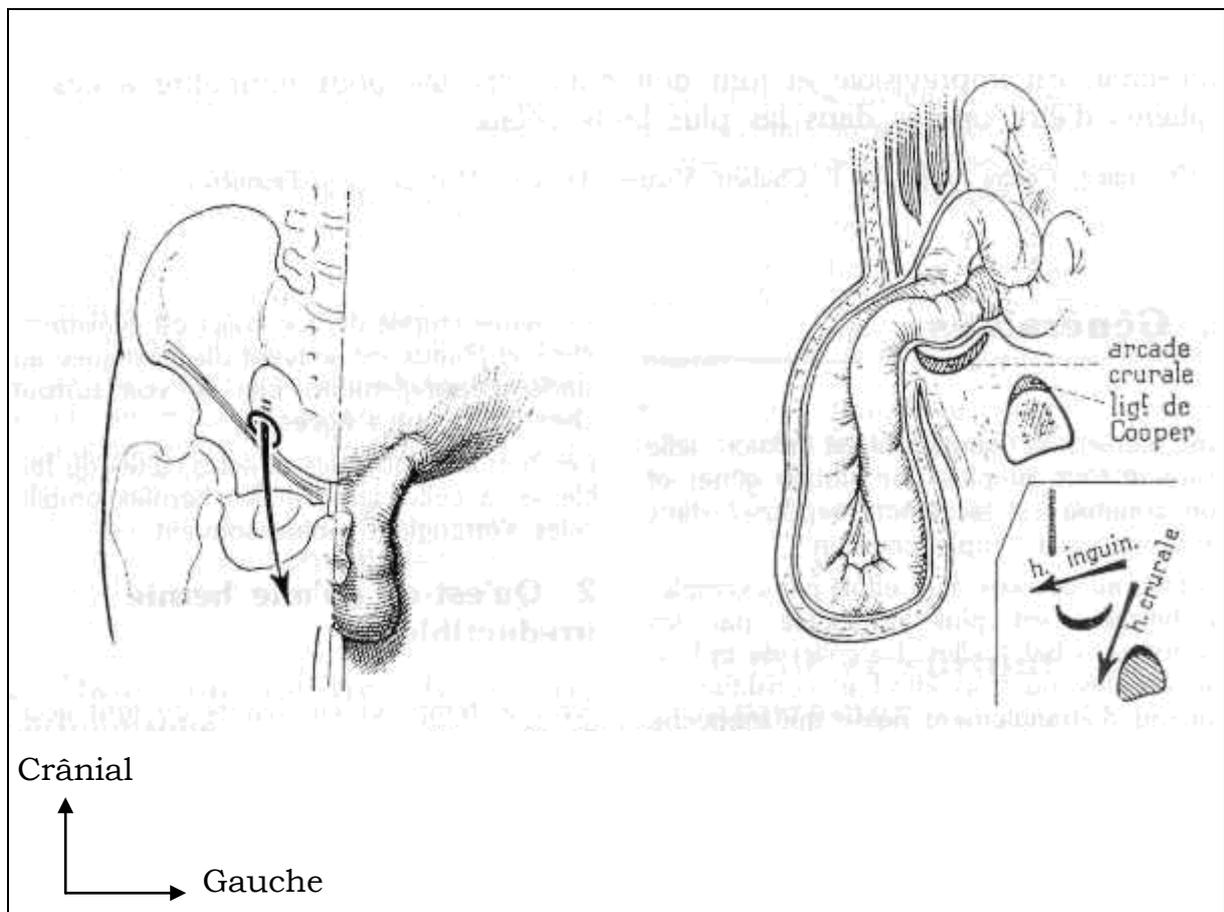


Figure 4: Schémas d'une hernie inguino-scrotale[50]

3. Signes cliniques :

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Formes cliniques :

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

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

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

Ces aspects sont rares dans les hernies inguinales étranglées.

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

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

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

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

5. Examens complémentaires :

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

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

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

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

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

7. Diagnostic différentiel : La hernie étranglée est à distinguer de :

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

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

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

d) Anévrysmes de l'artère iliaque externe :

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

8. Traitement chirurgical d'urgence :

Principes généraux et indications :

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

- Prévenir les récurrences.

9. Complications :

➤ **Per-opératoires :**

Compression ou lésion des vaisseaux fémoraux (veines fémorales) ;

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

➤ **Complications post-opératoires :**

Hématome au niveau de la plaie opératoire ; œdème des bourses par lésion des veines et vaisseaux lymphatiques ; infection de la paroi ou abcès profond ; Lâchage de fil de suture des plans profonds ; occlusion intestinale fonctionnelle

ou par prise d'anse intestinale dans un nœud de suture ; péritonites post opératoires ; fistule digestive ; névralgie inguinale.

E. Les péritonites aiguës [49]:

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

2. Physiopathologie générale :

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

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

3. Formes cliniques :

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

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

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

b) Les formes diasthéniques :

Ce sont des formes particulières que l'on trouve chez les sujets âgés, mais aussi chez les malades de réanimation ou les immunodéprimés. Schématiquement, on peut décrire deux tableaux : celui d'une occlusion fébrile, d'installation plus ou moins rapide et nette dans l'arrêt du transit et dans l'évolution de la fièvre, et celui d'un choc toxi-infectieux inaugural.

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

Ici, l'imagerie peut faire appel à l'échographie (épanchement liquidien péritonéal) si le météorisme n'est pas important à la TDM ou encore aux opacifications digestives utilisant des produits hydrosolubles (pour objectiver une perforation digestive).

-Echographie et TDM : peuvent encore guider la ponction de l'épanchement (intérêt diagnostique et bactériologique).

4. Etiologies :

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

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

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

***Le traitement médical est double :**

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

-Réanimation hydro-électrolytique, hémodynamique et calorique, pour compenser les conséquences de l'inflammation, péritonéale (hypovolémie, perturbations électrolytiques, catabolisme majoré).

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

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

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

F. Les traumatismes de l'abdomen : [24]

1.Définition :

Ce sont des lésions traumatiques fermées sans rupture de la continuité pariétale de l'abdomen (contusions), ou des lésions traumatiques ouvertes avec rupture de la continuité pariétale de l'abdomen (plaies).

2.Epidémiologie :

Une contusion sur 2 (deux) est secondaire à un accident du trafic.

Les plaies représentent 20% des blessés de pratiques civiles. En temps de paix les patients de 1 à 30ans représentent 60% des blessés dont 30% sont des femmes.

En temps de guerre, l'homme jeune est frappé de façon quasi exclusive.

3. Etio-physiopathologie :

a) Les contusions :

• **Les circonstances :** les accidents de la voie publique, de sports, de travail, et domestiques.

• **Mécanismes :**

Le choc direct : le choc par percussion donne des lésions d'éclatement, et le choc d'hyperpression donne des lésions d'écrasements.

Le choc indirect : par décélération brutale, des lésions par étirement, par rupture ou arrachement des ligaments et des viscères intra-abdominaux.

b) les plaies :

• **Les circonstances :**

En temps de paix : armes blanches (poignards, couteaux) et armes à feu (projectile, armes de chasse)

En temps de guerre : Les balles de fusil, les éclats de bombe à effet de souffle, de fragmentation et de pulvérisation.

• **Mécanisme :**

Les armes blanches donnent des plaies ponctiformes ou linéaires.

Les armes à feu donnent des lésions par arrachement, par déchirure et par éclatement en fonction de l'énergie libérée.

L'effet de souffle « Blast » peut engendrer des dilacérations viscérales mais épargne en général l'enveloppe.

4. Anatomie pathologie :

a) Les lésions pariétales :

• **Les contusions :** Elles sont ici réduites à des ecchymoses, ce qui n'éliminent nullement une lésion viscérale ;

• **Les plaies :** par arme blanche pose le problème par leur caractère pénétrant ou non ; par projectile sont matérialisées par un orifice d'entrée et un orifice de

sortie, ce permet de retracer dans l'espace le trajet projectiltaire. La paroi peut être le siège de délabrements important avec perte de substances et éviscération.

b) Les lésions viscérales:

•Les organes pleins :

Les contusions : peut engendrer de la surface à la profondeur des hématomes sous-capsulaires, des fractures partielles, ainsi que des lésions profondes intéressants les structures vasculaires et canalairecontro-hépatiques, pancréatiques, spléniques et rénales.

Les plaies : par projectile des organes pleins

c)Les organes creux: sont le siège des plaies linéaires par armes blanche ou de perforation le plus souvent multiples, provoquées par des projectiles à grande vitesse.

d) Les lésions vasculaires : Les ruptures complètes des gros vaisseaux n'arrivent jamais jusqu'à la table d'opération seules y parviennent les lésions incomplètes dont les risques sont la thrombose et l'ischémie secondaire.

5.Diagnostic :

a)Les signes cliniques :

Les signes généraux : pâleur, pouls filant, TA abaissée,

Les signes physiques :

•Interrogatoire : On recherche l'heure, les circonstances de survenues,

•Inspection : On recherche :le **point d'impact** : plaies, ecchymoses, hématomes, lésions costales basses ; un orifice d'entrée et éventuellement de sortie.

•Palpation : recherche :

-Une contracture localisée ou généralisée

-Une sonorité pré hépatique anormale traduisant un pneumopéritoine ;

-Une défense localisée à l'hypochondre droit, la douleur irradiant à l'épaule droit, doit faire évoquer une lésion hépatique ;

-Une lésion splénique se traduit par une douleur dans l'hypochondre gauche ;

-L'atteinte rénale est caractérisée par un empâtement douloureux lombaire associé à une hématurie ;

Dans tous les cas il existe une réaction péritonéale avec des nausées, vomissements et météorisme abdominal.

•**TR** : retrouve un cul de sac de Douglas douloureux (péritonite) ou comblé (épanchement sanguin le plus probable).

b) Les signes paracliniques :

•**Biologique :**

-**Groupage/rhésus,**

-**NFS** : montre une hyperleucocytose et/ou une anémie évocatrice d'une lésion viscérale ;

•**Radiologiques :**

-**Abdomen sans préparation debout de face ou coucher montre :**

***Un pneumopéritoine** : signe de perforation d'un organe creux ;

***Une grisaille abdominale et les anses abdominales cernées** qui témoignent d'un probable hémopéritoine de même que l'abaissement de l'angle colique gauche et/ou le déplacement de la grosse tubérosité gastrique ;

-**L'échographie :**

*Un épanchement liquidien intra péritonéal dans les zones de déclives ;

*Les lésions d'organes intra-péritonéaux,

-**Tomodensitométrie: permet de déceler :**

*Un hématome intra-mural du tube digestif,

*Une fracture pancréatique avec rupture du Wirsung,

6.Indications chirurgicales :

a)Indication formelle :

•**Le choc hypovolémique : ou une hémodynamique instable** chez un traumatisé de l'abdomen doit inciter à prendre une décision opératoire immédiate sous couvert d'une réanimation et de transfusion ;

• **La péritonite** : la rupture d'un organe creux, avec dès les 1^{ières} minutes de l'épanchement digestif dans la grande cavité.

• **Les plaies ou la pénétration est évidente** : ce sont les cas d'éviscération d'épiploon, de grêle ;

b) Indication discutable :

Les signes d'orientation diagnostique étaient souvent posés par l'échographiste avant leur admission.

• Dans les plaies abdominales dont le caractère pénétrant et vulnérant ne peut être affirmé, l'exploration de la plaie aux doigts permet d'affirmer la pénétration péritonéale ;

• **Les cas particuliers** : Les contusions rénales, un hématome rétro- et sous-péritonéal,

7. Traitement :

a) **Choix de la voie d'abord** : il faut une voie d'abord large permettant une exploration rapide et complète de la cavité abdominale.

b) Traitement des lésions viscérales :

• Les organes pleins,

• Les organes creux,

• Les vaisseaux.

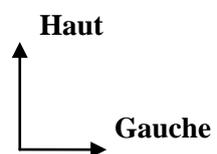
c) Traitement des lésions pariétales :

Parage des orifices d'entrée et de sortie des projectiles.



Figure 5 : Image d'une perforation traumatique iléale

[CSRéf de Bougouni]



CHAPITRE III

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Présentation du cercle de Bougouni: [19]

1-1. Aperçu général du cercle de Bougouni :

a) Historique :

Etymologiquement, Bougouni signifie : « petite hutte ». Cette appellation est héritée d'une hutte qui servait de lazaret lors des épidémies de variole, dont fut victime la famille de l'ancêtre des peuls Diakité de la localité, feu Médian Diakité ; qui s'était installé auprès des premiers occupants qui étaient les Coulibaly. Ces derniers avaient semble-t-il pris cette mesure d'isolement.

Le site du lazaret s'étant révélé propice aux activités pastorales et de chasse, la famille Diakité s'y installa et prospéra tout en entretenant d'excellents rapports avec les voisins, notamment les liens de mariage. A la longue, Bougouni donna naissance à un village qui conserva le nom de Bougouni. Sous l'occupation coloniale et en raison de sa position stratégique entre les troupes de Samory Touré, celle de Babemba Traoré du Kéné Dougou au sud et le front de pénétration française du nord, le village bénéficia du statut de chef-lieu de cercle en 1893. Il devint la capitale du canton Banimonoti, littéralement entre le Bani (rivière) et le Mono (marigot), sous le mandat des peuls Diakité, à travers le chef de canton Sakoro Méry DIAKITE.

b) Aspects géographiques :

• Situation géographique :

Située entre le «Bani» et le «Mono» Bougouni est un véritable carrefour.

La route nationale N°7 traverse la ville et rejoint de part et d'autre Bamako à 160 km et Sikasso à 210 km. Il est limité :

- Au Nord par les cercles de Kati et Diola, (région de Koulikoro)
- Au Sud par la République de Côte d'Ivoire
- Au Sud-est par les cercles de Kolondiéba et Sikasso
- A l'Ouest par le cercle de Yanfolila

La ville est située dans un bas-fond et occupe une superficie de : 20028km².

• **Climat et végétation :**

Le climat est de type soudanien comprenant une saison sèche et une saison des pluies.

La savane arborescente constitue l'essentiel de la végétation.

• **Hydrographie :**

Le réseau hydrographique est fourni par le « Bani » un affluent du fleuve Niger et le « Mono », un marigot.

• **Voies de communication :**

Elles sont constituées pour l'essentiel de :

- Axe Bamako-Bougouni
- Axe Bougouni-Sikasso-Côte d'ivoire
- Axe Bougouni-Yanfolila-Guinée(Conakry)
- Axe Bougouni-Kolondiéba-Côte d'ivoire

Le service des postes est opérationnel. Après Bamako, Bougouni est le premier cercle du Mali à être dotée de téléphone fixe depuis 1984 et la téléphonie mobile (Orange Mali et Malitel en 2004).

La ville compte quatre (4) stations Radio FM (Banimonotié, Bédiana, Kafokan et Arc- en- ciel).

• **Population :**

La population générale du cercle est 422937 habitants en 2009 selon le recensement administratif de 1998 actualisé, soit une densité de 18 habitants au km². Cette densité est légèrement supérieure à celle du niveau national qui est d'environ 10 habitants au km².

• **Religion :**

Trois (3) religions dominent le cercle : il s'agit de l'islam, du christianisme, l'animisme.

• **Economie-finance :**

Le cercle de Bougouni a une économie rurale particulièrement agropastorale.

Des ONG telles que Save the Children, l'HELVETAS, l'AID-MALI, opèrent dans la zone dans des secteurs clés comme la santé, l'éducation, la décentralisation, la foresterie, l'hydraulique villageoise.

● **Industrie et commerce :**

-La compagnie malienne du développement textile (CMDT) y possède deux (2) unités importantes, l'usine de traitement de noix de karité de Zantiébougou et de la mine d'or de Morila,

-La banque BNDA, et des caisses d'épargne (Kafodjiguinè, CAECE Djiguissèmè)

● **Education :**

La première école de Bougouni fût créée en 1903. Actuellement le cercle se répartit en 2 centres d'animation pédagogique (CAP).

● **Données sanitaires:**

Le district sanitaire de Bougouni est composé d'un centre de santé de référence et trente-quatre (34) centres de santé communautaires fonctionnels.

A côté de ces structures, il existe

*Un centre confessionnel à Banantoumou

*Les 2 infirmeries de la CMDT (Bougouni et Koumantou)

*Les infirmeries du lycée et de l'IFM de Bougouni

*04 cabinets de soins (dont 3 à Bougouni et un à BabilenaKoumantou)

*03 cabinets- médicaux (dont 2 à Bougouni et 1 à Koumantou)

*01 clinique à MORILA

* 03 officines privées à Bougouni et des dépôts dont 02 à Sanso, 01 à Koumantou, 01 à Garalo et 01 à Bougouni.

● **Le CSRéf de Bougouni :**

➤ **Historique :**

Le Dispensaire de Bougouni fut créé en 1949 achevé et inauguré la même année par le Médecin Colonel Vernier qui en fut le premier Médecin. Il comprenait 5 Blocs :

- *Un bloc pour le bureau de consultation du médecin
- *Un bloc pour la salle des soins infirmiers et salle de garde
- *Un bloc pour l'hospitalisation médecine et chirurgie
- *Un bloc pour la maternité
- *Un bloc pour le laboratoire et pharmacie

Il fut érigé en CSRéf en 1996. .

➤ **Progression du CSRéf de sa date de création jusqu'à nos jours :**

Il y a eu

- *La création du bloc chirurgie en 1984 ;
 - *La réhabilitation de la maternité ;
 - *La restructuration des unités.
- *La réhabilitation de l'ensemble du CSRéf en 2009.
- **Paquets d'activité :**
- *Planification des activités
 - *Supervision des activités du 1^{er} niveau avec élaboration des termes de référence
 - *Elaboration du plan opérationnel du district sanitaire ;
 - *Formation du personnel du 1^{er} niveau ;
 - *Analyse et interprétation des données du CSRéf et celle du 1^{er} niveau ;
 - *Compilation des données ;
 - *Assurer la disponibilité des médicaments et vaccins ;
 - *Mise en œuvre de la carte sanitaire ;
 - *Prise en charge des cas de référence et évacuation ;
 - *Hospitalisation et suivi des malades ;
 - *Pratique des interventions chirurgicales ;
 - *Réalisation des examens de laboratoire et radiographie ;
 - *Gestion du personnel et matériel.

➤ **Organes de gestion :**

Le CSRéf est géré par un comité de gestion qui se réunit tous les six mois. Il comprend : le président du conseil de cercle (président du comité), le médecin chef, le préfet, deux personnes par ASACO du cercle, le Chef du service de développement social et de l'économie solidaire, le président de la félascom (fédération locale des associations de santé communautaire), la société civile et les partenaires au développement. Au niveau interne, le médecin chef est assisté par un personnel qualifié et un service chargé des finances.

➤ **Configuration du CSRéf :**

Il est situé au centre de la ville de Bougouni au bord droit de la route bitumée allant de Massablacoura à la préfecture.

L'accessibilité entre le CSRéf et certains CSCCom est difficile à cause de l'état des routes. Il existe des CSCCom à 175km du CSRéf soit 4 heures d'ambulance.

➤ **Gestion des malades :**

La gestion des malades externes et ceux hospitalisés est assurée par les agents du bureau des entrées.

*Le bureau des entrées constitue le point d'entrée pour avoir accès à une prestation au sein du CSRéf.

*Les activités du CSRéf comportent les consultations, les hospitalisations et les analyses de laboratoire.

➤ **Description des unités :**

• **Chirurgie :**

Le service est composé de deux médecins, un technicien supérieur de santé, trois techniciens de santé, un aide-soignant ; et dispose de neuf salles d'hospitalisation avec trente-quatre lits.

Les activités principales sont : les interventions chirurgicales, la consultation des malades, le suivi des malades ayant subi une intervention chirurgicale, les

soins aux autres malades (accidentés, les cas de brûlures et les abcès et plaies chroniques)

- **Le bloc opératoire et la salle de réanimation** se composent de 3 lits hospitalisations, de deux assistants médicaux et trois manœuvres

- **La médecine est constituée de 5** salles d'hospitalisation avec 18 lits,

Le personnel est composé de deux médecins, un technicien supérieur de santé, six techniciens de santé, deux aides-soignants et un manœuvre.

- **Pédiatrie** : en cours d'installation

- **Maternité** : L'unité comprend 7 salles d'hospitalisation avec 22 lits et un personnel composé d'un gynécologue, deux médecins généralistes, trois sages-femmes, trois infirmières obstétriciennes, trois matrones et un manœuvre

Les activités principales sont : La CPN, les accouchements, le PF et le suivi des malades hospitalisés

- **Odonto- Stomatologie** : comprend un assistant médical qui a pour activités principales les consultations et les extractions dentaires.

- **Ophtalmologie** : dispose d'un technicien de santé spécialisé avec activités principales la consultation et les soins oculaires.

- **Radiologie** : composé d'un technicien supérieur de santé et d'un aide-soignant.

- **Grande endémie** : comprend un technicien supérieur de santé avec activité de dépistage des grandes endémies.

➤ **Le personnel du centre de santé de référence :**

Il est composé de : 1 médecin spécialiste en chirurgie générale, chef de service et médecin chef; 1 médecin en santé publique ; 1 gynéco-obstétricien ;

1 Pharmacien ; 4 médecins généralistes repartis entre les unités ; 2 Assistants médicaux en Santé publique ; 1 Assistant médical en santé mentale ; 1 Assistant médical en Odontostomatologie ; 1 Assistant médical aide de bloc ; 2 Assistants médicaux en Anesthésie Réanimation ; 1 Assistant médical en Ophtalmologie ;

1 Assistant médical en biologie moléculaire ; 1 Assistant médical en Kinésithérapie ; 3 Techniciens supérieur de santé en santé publique, 1 Technicien supérieur de santé au laboratoire ; 2 Techniciens supérieurs de santé en hygiène Assainissement ; 3 Sages-femmes ; 4 Infirmières Obstétriciennes ; 7 Techniciens de Santé en Santé Publique ; 7 Aides-soignants ; 3 Matrones ; 4 Chauffeurs ; 2 Comptables ; 1 Secrétaire ; 7 Manœuvres. Cependant un besoin en technicien et spécialiste se pose pour faire face aux réalités du cercle : en radiologie, pédiatrie, ORL, dermatologie, et en traumatologie.

Au niveau du centre de santé de référence sont réalisées les activités de deuxième niveau.

2. Cadre d'étude :

L'étude a eu lieu dans le chef-lieu de cercle de Bougouni qui est l'un des sept cercles (Sikasso, Bougouni, Koutiala, Kadiolo, Kolondiéba, Yanfolila, Yorosso) de la région de Sikasso.

- **Type et durée de l'étude :**

Il s'agissait d'une étude prospective, transversale et descriptive portant sur les patients reçus en urgence, traités et suivis pour urgence chirurgicale digestive au service de Chirurgie du CSRéf de Bougouni. Elle s'est étendue sur la période d'une année, allant du 1^{er} février 2009 au 31 Janvier 2010

- **Population d'étude :**

Les patients admis en urgence pour abdomen aigu chirurgical digestif ou opérés d'une pathologie chirurgicale digestive constatée en per opératoire, ont constitué la population d'étude.

- **Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans l'étude :

Tous les patients ayant consulté au CSRéf de Bougouni, qui ont été opérés et hospitalisés dans le service de chirurgie pour urgences chirurgicales digestives pendant la période d'étude.

- **Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les urgences obstétricales ;
- Les urgences urologiques ;
- Les patients chez qui une urgence abdominale a été diagnostiquée mais décédés avant l'intervention.

- Les urgences chirurgicales digestives admises en dehors de notre période d'étude

3. Déroulement de l'étude :

Elle a comporté :

- Une phase de recherche bibliographique,
- Une phase de confection des questionnaires,
- Une phase de collecte des données,
- Une phase d'analyse des données,
- Une phase de rédaction.

a. Technique de collecte des données:

Les techniques de collecte utilisées ont été :

- Analyse documentaire.
- Administration de questionnaires ;;
- Observation :

Tous les malades recrutés ont bénéficié d'un examen clinique soigneux

B.Supports des données :

- Fiche d'analyse documentaire
- Grille d'observation des malades
- Questionnaires

c. Sources de collecte

- Les dossiers médicaux
- Les registres consignants les comptes rendus opératoires
- Les patients

4. Définition des variables :

Les principales variables étudiées ont été :

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

5. La collecte des données:

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

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

6. Traitement, analyse et saisie des données:

L'analyse des données a été réalisée sur les logiciels SPSS (version 12.0) et EPI INFO 6.0.

Le test statistique utilisé a été le khi2 avec un seuil de signification $p < 0,05$.

CHAPITRE IV

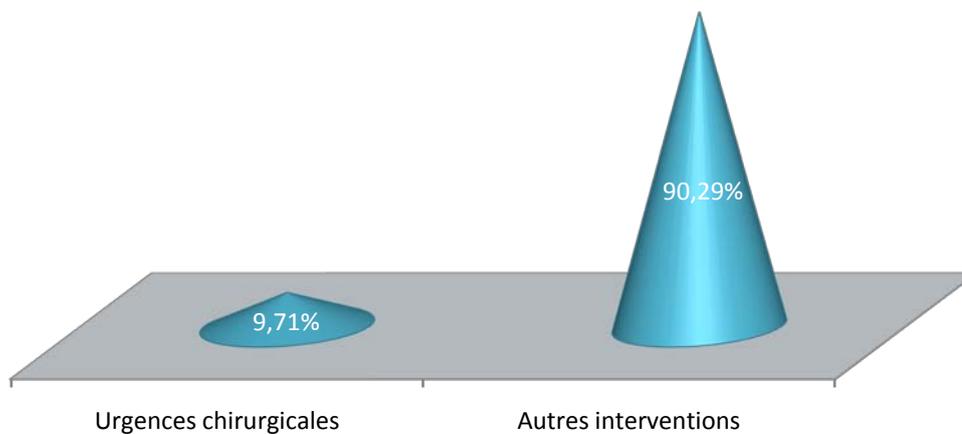
RESULTATS

RESULTATS :

Au cours de notre étude 103 malades ont été recensés et opérés.

1. Fréquence globale des urgences chirurgicales digestives :

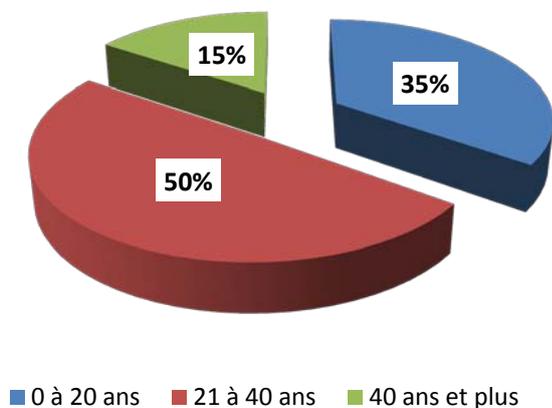
Figure 6: Répartition des patients en fonction des urgences chirurgicales par rapport à l'ensemble des interventions chirurgicales (1061 patients).



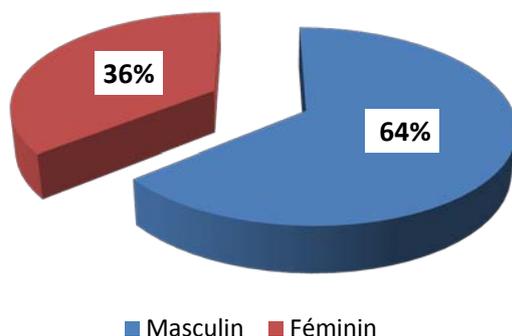
Les urgences chirurgicales représentaient 9,71% des interventions chirurgicales

2. Données sociodémographiques :

Figure 7: Répartition des patients selon la tranche d'âge



La tranche d'âge, 21à40ans a été la plus représentée avec un taux de 50%.

Figure 8: Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin était le plus représenté(64%) avec un sex-ratio de 1.78.

Tableau I: Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	%
Fonctionnaire	3	2,9
Scolaire	28	27,2
Eleveur	5	4,9
Ménagère	22	21,4
Ouvrier	2	1,9
Cultivateur	36	35,0
Enfant	1	1,0
Commerçant	1	1,0
Autres	5	4,5
Total	103	100,0

La majorité des patients était des cultivateurs (35%).

Tableau II : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif	%
BOUGOUNI ville	32	31,1
GARALO	40	38,83
FARAGOURAN	25	24,27
MANANKORO	6	5,83
Total	103	100,0

Dans notre série, 38,83% de nos patients provenaient de GARALO.

Tableau III: Répartition des patients selon le mode de transport

Transport	Effectif	%
Ambulance	24	23,3
Taxi	27	26,2
Moto	52	50,5
Total	103	100,0

La moto était le moyen de transport le plus utilisé soit 50,5% des cas.

Tableau IV: Répartition des patients selon la qualité du référant

Qualification	Effectif	%
Médecin	35	34,0
Infirmier	32	31,1
Venus d'eux-mêmes	36	35,0
Total	103	100,0

Un taux de 35% de patients venus d'eux-mêmes a été relevé.

Tableau V: Répartition des patients selon la durée d'évolution

Durée d'évolution	Effectif	%
24h	20	19,4
48 à 72h	17	16,5
72h et Plus	66	64,1
Total	103	100,0

La majorité des patients ont été vus 72 heures et plus (64,1%) après le début de la douleur.

3. Données cliniques :

➤ Les signes fonctionnels :

Tableau VI: Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	%
Douleur abdominale	74	71,8
Arrêt des matières et des gaz	3	2,9
Nausées/Vomissements	1	1,0
Douleur abdominale+AMG+	25	24,3
Vomissement		
Total	103	100,0

La douleur abdominale était le principal motif de consultation avec 71,8%.

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

Siège de la douleur	Effectif	%
FID	45	43,7
FIG	1	1,0
Epigastre	6	5,8
Hypogastre	28	27,2
Région ombilicale	21	20,4
Tout abdomen	2	1,9
Total	103	100,0

La douleur était présente chez tous les patients et plus localisée dans la FID avec un taux de 43,7%.

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

Type de la douleur	Effectif	%
Brûlure	41	39,8
Piqûre	30	29,1
Torsion	27	26,2
Total	98	95,1

La majorité des patients, soit 39,8% avait une douleur à type de piqure.

NB : Le type de douleur n'a pu être déterminé chez 5 patients (4,9%)

Tableau IX: Répartition des patients selon les signes associés à la douleur

Signes d'accompagnement	Effectif	%
Vomissements	37	35,9
Arrêt des matières et des gaz	18	17,5
Fièvre	46	44,7
Céphalées	1	1,0
Diarrhée	1	1,0
Total	103	100,0

La fièvre était présente chez 46 des patients avec un taux de 44,7%.

Tableau X: Répartition des patients selon le traitement antérieur

Traitement antérieur	Effectif	%
Médical	72	69,9
Traditionnel	17	16,5
Chirurgical	1	1,0
Néant	13	12,6
Total	103	100,0

Plus de la moitié des patients avaient bénéficié d'un traitement médical soit 69,9%.

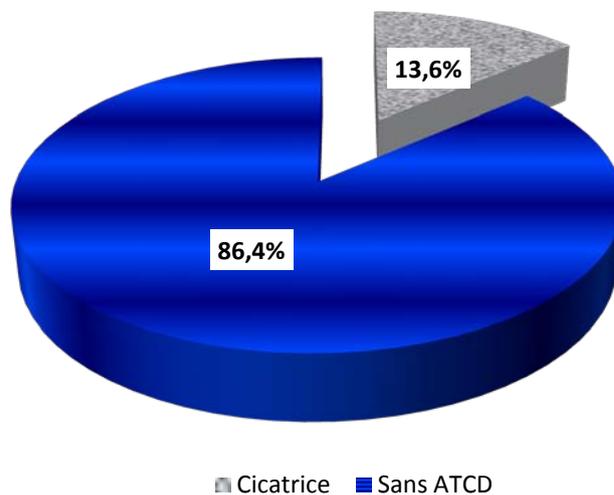
Tableau XI: Répartition des patients selon les ATCD médicaux

ATCD médicaux	Effectif	%
Notion d'épigastralgie	22	21,36
HTA	4	3,88
Asthme	2	1,9
Epilepsie	1	1
Tuberculose pulmonaire	3	2,91
Sans ATCD	71	68,95
Total	103	100,0

La plupart de nos patients étaient sans ATCD médicaux (68,95%°

NB: La notion d'épigastralgie représentait 21,36%.

Figure 9: Répartition des patients selon les ATCD chirurgicaux



Plus de la moitié de nos patients étaient sans ATCD chirurgicaux

NB:Une cicatrice de laparotomie était présente chez 14 patients soit 13,6%.

➤ les signes généraux :

Tableau XII: Répartition des malades selon l'indice de Karnofsky

Karnofsky	Effectif	%
70-80	17	16,5
50-60	50	48,5
40-50	36	35
Total	103	100,0

L'indice de Karnofsky était estimé entre 50-60 chez 48,5% des patients.

Tableau XIII: Répartition des patients selon la présence de cicatrice de la paroi abdominale

Cicatrice de la paroi	Effectif	%
Médiane	9	8,7
Mac Burney	2	1,9
Inguinale	3	2,9
Total	14	13,5

Une cicatrice chirurgicale était présente chez 14 patients soit 5,8%.

➤ **Données selon les signes physiques :**

Tableau XIV : Répartition des patients selon les signes physiques

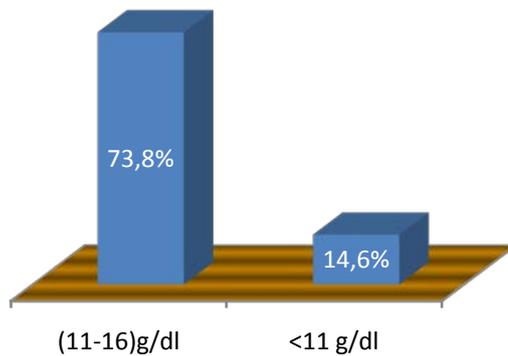
Signes physiques	Effectif	%
Météorisme abdominal	50/103	48,5
Défense abdominale	103/103	100
Contracture abdominale	27/103	26,2
Toucher rectal	77/103	75,8

La défense abdominale était le signe physique le plus représenté (100%)

4. Données para cliniques :

➤ Biologiques :

Figure 10 : Répartition des patients selon la réalisation du taux d'hémoglobine



Le taux d'hémoglobine était normal (11-16g/dl) chez 76 patients sur les 91 patients chez qui il a été demandé.

Tableau XV : Répartition des patients selon le résultat desérodiagnostic de WIDAL-FELIX

sérodiagnostic WIDAL-FELIX	Effectif (N=25)	%
Positif	16	15,5
Négatif	9	8,7
Total	25	24,2

Le sérodiagnostic de WIDAL-FELIX a contribué à poser le diagnostic dans 15,5%.

➤ **Radiologiques :****Tableau XVI : Répartition des patients selon les résultats de la radiographie de l'abdomen sans préparation**

Abdomen sans préparation	Effectif (N=3)	%
Niveaux hydro aérique	1	1,0
Croissant gazeux + Grisaille	2	1,0
Total	3	2,9

Un Croissant gazeux inter hépato-diaphragmatique a été retrouvé chez 2 patients, soit 1,9% sur les 3 cas de réalisation de l'ASP.

Tableau XVII: Répartition des patients selon les résultats de l'échographie

Résultats de l'échographie	Effectif (N=56)	%
Epanchement liquidien intra abdominal	31	30,1
Epaississement de la paroi appendiculaire	12	11,7
Agglutination des anses	8	7,8
Invagination intestinale aiguë	3	2,9
Appendicite+agglutination des anses	1	1,0
Epanchement+Agglutination des anses	1	1,0
Total	56	54,5

L'existence d'un épanchement péritonéal a été le plus représenté soit 30,1% à l'échographie.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la réalisation des examens complémentaires

Examens complémentaires	Effectif	%
Taux d'hémoglobine	91/103	88,4
Echographie	56/103	54,5
Sérologie de Widal	25/103	24,2
ASP	3/103	2,9

Le taux d'hémoglobine a été l'examen le plus demandé soit 88,4%.

Tableau XIX: Répartition des patients selon le délai de l'acte opératoire

Délai opératoire	Effectif	%
≤ de 24 heures	83	80,6
>de 24 heures	20	19,4
Total	103	100,0

Plus de la moitié des patients (80,6%) ont été opérés dans les 24 Heures ayant suivi l'admission.

5. Données diagnostiques :

Tableau XX : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic pré-opératoire	Effectif	%
Appendicite aiguë	23	22,3
Occlusions intestinales	26	25,2
Péritonite aiguë	47	45,6
Hémopéritoine	4	3,8
Appendicite+ OIA	1	1,0
Eviscération	2	1,9
Total	103	100,0

La péritonite aiguë a été le diagnostic préopératoire le plus représenté avec un taux de 45,6%.

Tableau XXI : Répartition des patients selon le diagnostic per-opératoire

Diagnostic per-opératoire	Effectif	%
Appendicite aiguë	22	21,4
Péritonite aiguë	46	44,7
Occlusion intestinales	29	28,2
Hémopéritoine	3	2,9
Eviscération	2	1,9
Appendicite+OIA	1	1,0
Total	103	100,0

La péritonite aiguë représentait 44,7%.

6. Le traitement chirurgical :

Tableau XXII : Répartition des cas selon l'acte chirurgical réalisé

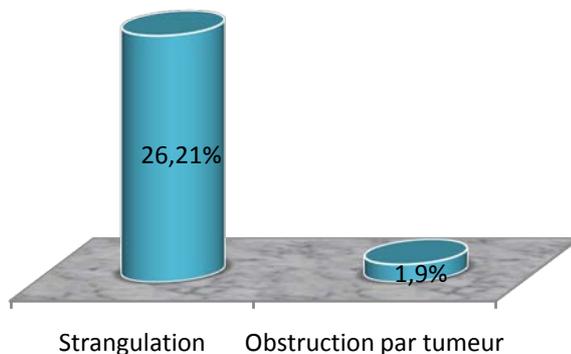
Techniques opératoires	Effectif	%
Résection+anastomose termino-terminale	7	6,8
Résection+Iliostomie	8	7,8
Suture de la brèche	19	18,4
Appendicectomie	36	35
Désinvagination	2	1,9
Dévolvulation	2	1,9
Herniorraphie	10	9,7
Résection+colostomie	2	1,9
Lavage+Drainage péritonéal	9	8,7
Résection des brides	7	6,8
Résection des brides+ Appendicectomie	1	1,0
Total	103	100

L'appendicectomie a été l'acte chirurgical le plus pratiqué(35%).

Tableau XXIII: Répartition des patients selon les étiologies des péritonites en per opératoire

Etiologiesdes péritonites	Effectif(N=46)	%
Perforation iléale	19	18,4
Perforation gastrique	3	2,9
Perforation appendiculaire	12	11,6
Perforation par nécrose intestinale	2	1,9
Primitives	2	1,9
Perforation Duodénale	1	1,0
Pelvipéritonite	7	6,8
Total	46	44,5

La péritonite par perforation iléale a été la plus fréquente, soit 18,4%

Figure 11: Répartition des patients selon le type d'occlusions en per opératoire

Les occlusions par strangulationétaient les fréquentes, soit 26,21%.

Tableau XXIV: Répartition des patients selon les types d'appendicites en per opératoire

Type d'appendicites	Effectif(N=22)	%
Appendicite catarrhale	10	9,7
Appendicite phlegmoneuse	6	5,8
Abcès appendiculaire	6	5,8
Total	22	21,3

L'appendicite catarrhale était présente chez 10 patients soit 9,7%.

Tableau XXV: Répartition des patients selon la voie d'abord

Voie d'abord	Effectif	%
Incision médiane	68	66,0
Incision au point de Mac Burney	28	27,2
Incision inguinale	7	6,8
Totale	103	100,0

La laparotomie médiane était la voie d'abord la plus utilisée, soit 66%.

Tableau XXVI: Répartition des patients selon les traitements post opératoires

Traitement post opératoire	Effectif	%
Bi antibiothérapie	80	77,7
Triple antibiothérapie	18	17,5
Mono antibiothérapie	5	4,8
Total	103	100,0

La bi antibiothérapie a été la plus utilisée, soit 77,7%.

Tableau XXVII: Répartition selon le siège de la stomie

Stomie	Effectif(N=10)	%
Iliostomie	7	7,78
Colostomie	2	22,22
Total	9	30%

L'Iliostomie a été la plus réalisée soit 7,78%.

9. Données selon les suites opératoires immédiates à court terme

Tableau XXVIII: Répartition des patients selon les suites opératoires des appendicites

Suites opératoires des appendicites	Effectif	%
Simple	20	19,4
Infections pariétales	2	1,9
Total	22	21,3

Les suites opératoires ont été simples chez 19,4% des patients et compliquées d'infections pariétales dans 3,9%.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon les suites opératoires des péritonites

Suites opératoires	Effectif	%
Simple	28	27,19
Infections pariétales	10	9,71
Fistule digestive	1	1
Eviscération	3	2,91
Décès	4	3,88
Total	46	44,67

Les suites opératoires ont été simples dans 27,19% et marquées de décès dans 9,71%.

Tableau XXX : Répartition des patients selon les suites opératoires des occlusions

Suites opératoires	Effectif	%
Simple	24	23,3
Infections pariétales	2	1,9
Eventration	1	1,0
Décès	3	2,9
Total	30	28,1

Les suites opératoires ont été simples chez 24 patients sur 30, soit 23,3% et 3 cas de décès ont été observés.

Tableau XXXI : Répartition des patients selon les suites opératoires des traumatismes abdominaux

Traumatismes abdominaux	Effectif	%
Simple	3	2,9
Décès	1	1,0
Total	4	3,9

Les suites opératoires ont été simples chez 3 patients sur 4, soit 2,9% et 1 cas de décès ont été observés.

Tableau XXXII: Répartition des patients selon les suites opératoires à court terme.

Suites opératoires	Effectif	%
Simple	76	73,7
Infections pariétales	14	13,6
Fistules	1	1,0
Eviscération	4	3,9
Décès	8	7,7
Total	103	100

Les suites opératoires à court terme étaient simples chez 76 patients, soit 73,7% et étaient marquées de décès dans 7,7%.

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

La durée d'hospitalisation post opératoire en jour	Effectif	%
1-7J	49	47,6
8-14J	37	35,9
15-30	11	10,7
31-90J	4	3,9
91-180J	2	1,9
Total	103	100,0

La majorité de nos patients soit 47,6% ont eu une durée d'hospitalisation de 1-7jour.

CHAPITRE V

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:

1. Méthodologie :

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

Comme difficultés rencontrées, nous citons :

- le retard dans le système de référence ;
- l'insuffisance de personnel qualifié ;
- l'insuffisance du plateau technique ;
- le faible pouvoir d'achat des malades ;
- l'insuffisance de suivi post opératoire.

2. Fréquence :

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

Elle constitue une préoccupation pour le chirurgien par sa fréquence et sa prise en charge.

Les urgences chirurgicales ont constitué 9,70 % de l'activité globale de chirurgie du CSRéf de Bougouni. Ce taux est inférieur à celui de OUELEGEUM au Mali 47,20% [37] ; et à celui de SOUMMA à Gao 64,28% [47].

Ceci peut être expliqué d'une part par l'amélioration de la qualité des soins et d'autre part par la prise en charge des urgences chirurgicales digestives à d'autres niveaux.

3. Age :

Dans l'étude, la tranche d'âge la plus représentée a été celle de 21 à 40 ans, avec 49,5%. Ce résultat est comparable à celui trouvé par BERTHE [11] (48,60%) en 2008 mais supérieur à celui rapporté par OUOLOGUEM [37] (19,8%) en 2006.

Ceci peut s'expliquer par l'augmentation de la fréquence de certaines pathologies chez le sujet jeune au Mali (occlusions intestinales aiguës, appendicites, péritonites, traumatisme abdominal).

4. Sexe :

Tableau XXXIV: Répartition du sex-ratio selon les auteurs africains.

Auteurs africains	Masculin/Féminin
BARRY A. [8]	21/13
BERTHE I. [11]	75/32
OUOLOGUEM M. [37]	289/91
Notre étude	66/37

Dans l'étude le sexe ratio a été de 1,78 en faveur des hommes (64,1%).

Ce résultat est similaire à ceux des auteurs africains au Sud du Sahara ;

Selon la littérature ces pathologies sont beaucoup plus fréquentes chez le sexe masculin que le féminin. [8, 11, 37]

Cette prédominance masculine s'explique par la présence de hernie étranglée chez les hommes.

6. Provenance :

La plus part des patients provenaient de GARALO soit 39,81%. Cette fréquentation considérable du CSRéf par les patients pourrait s'expliquer par :

- ✚ la présence d'un chirurgien au CSRéf de Bougouni,
- ✚ Le coût,
- ✚ La situation géographique de la ville.

7. Activités professionnelles :

Les cultivateurs et les scolaires étaient majoritaires, avec respectivement 35% et 27,2%. Cette situation n'a aucune valeur scientifique car les urgences chirurgicales digestives ne sont pas liées à une activité professionnelle définie.

8. Examens complémentaires :

Plus de la moitié des patients (73,8%) ont bénéficié d'examens complémentaires. Ce taux est supérieur à celui de TIEMOKO T.[49] soit 57,5%. Cette différence est statistiquement significative et s'explique par la présence d'une équipe de garde au laboratoire du CSRéf de Bougouni.

9. L'examen clinique :

❖ La douleur a été le motif de consultation chez tous les patients de l'étude. Cette douleur a été rapportée dans la littérature comme motif de consultation le plus fréquent.

- PADONOU N. [38] a trouvé 100% des cas de douleur dans sa série
- OUOLOGEUM[37] a trouvé 100% des cas de douleur dans son étude
- BERTHE [11] et KONATE [20] ont trouvé 100% des cas de douleur dans leur série

❖ La défense et la contracture abdominale étaient les signes physiques majeurs évoqués par tous les auteurs ; notre taux de 83 % est similaire à celui des séries [48; 2; 36].

❖ Toucher rectal :

Il a été systématique et essentiel pour l'orientation diagnostique dans les péritonites aiguës et dans les appendicites aiguës.

Dans l'étude, le toucher rectal était douloureux dans 75% des cas mais absent dans 25,2 %.

10. Contribution des examens para cliniques au diagnostic :

❖ Biologie :

Nous avons réalisé le taux d'hémoglobine chez 91 patients, soit 88,4%. Cela s'expliquerait par la présence d'une équipe de garde et un plateau technique disponible pour cet examen.

❖ Echographie :

L'échographie a eu une place importante dans le diagnostic des urgences chirurgicales digestives. Au cours de notre étude, elle a été réalisée chez 56 patients, soit 54,5%. Cela pourrait s'expliquer par la réalisation de cet examen dans les cabinets médicaux et au CSRéf.

L'échographie a permis de confirmer les suspicions diagnostiques dans notre étude bien qu'elle ne soit pas indispensable comme l'ont justifié certaines études :

- BERTHE [11] : dans 21 cas de réalisation, l'échographie a contribué au diagnostic dans 11 cas soit 52,39%.
- ABI F. ET COLL [1] : dans 48 cas, l'échographie a contribué au diagnostic dans 17 cas, soit 35,42%.

On peut conclure que le diagnostic d'un abdomen aigu est surtout clinique, et la réalisation de l'échographie ne doit pas retarder la prise en charge.

❖ La radiographie de l'abdomen sans préparation :

Nous avons réalisé la radiographie de l'abdomen sans préparation chez 2,9% des patients au cours de l'étude. Ce faible taux s'explique par une insuffisance de plateau technique : l'appareil fut inutilisable pendant 11 mois au cours de l'étude.

Contrairement à d'autres études, la radiographie de l'abdomen sans préparation a permis de confirmer le diagnostic:

- OUOLOGUEM [37] : dans 380 cas, la radiographie de l'abdomen sans préparation a aidé au diagnostic dans 250 cas.
- BERTHE [11] : dans 82 cas de réalisation, la radiographie de l'abdomen sans préparation a contribué au diagnostic dans 76 cas.

On peut en conclure que la radiographie de l'abdomen sans préparation ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique des urgences chirurgicales digestives.

11. Les urgences chirurgicales selon les auteurs

Tableau XXXV :Proportion des urgences digestives sur l'ensemble des urgences chirurgicales selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	%	Test statistique
ARNAUD [7] France 2003	272 /638	42,63	0,0000
SOUMMA[47] Mali 2006	90/140	64,28	0,0000
OUOLOGUEM[37] Mali	380/805	67,9	0,0000
Notre étude 2009	103/1061	9,70	

Dans notre étude les urgences chirurgicales digestives représentaient 9,7%. Ce taux est statistiquement inférieur à ceux de Arnaud[7], SOUMMA [47] et OUOLOGUEM [37] qui ont rapporté respectivement 42,6% ; 64,28% et 67,9%. Cette différence pourrait être liée au lieu et à la durée de l'étude.

Tableau XXXVI: Répartition des quatre premières étiologies selon les auteurs.

Auteurs	BROWER [10] USA	ETIENNE [22] France 1994	PADONOU [38] Dakar 1973	Notre Etude
Pathologies	Appendicite Aiguë	Appendicite Aiguë	Occlusion Intestinale	Péritonite Aiguë
	Cholécystite Aiguë	Cholécystite Aiguë	Péritonite Aiguë	Occlusion Intestinale
	Occlusion Intestinale	Occlusion intestinale	Appendicite Aiguë	Appendicites Aiguë
	Ulcère Perforé	Ulcère Perforé	Traumatisme abdominal	Hernie Etranglée

Dans l'étude, la péritonite aiguë occupe la première place contrairement à d'autres séries aux USA [18] et en Europe [41] où l'appendicite aiguë a été la première cause des urgences chirurgicales. Dans l'étude de PADONOU[38] à Dakar, la péritonite aiguë constituait la deuxième cause après les occlusions intestinales aiguës. Cette différence est liée au lieu de réalisation de l'étude et à la fréquence de ces pathologies (péritonites aiguës, appendicites aiguës, occlusions intestinales aiguës et traumatismes abdominaux).

Tableau XXXVII: Répartition selon le taux de morbidité selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	%	Test statistique
KONATE Mali 2005	382	14,5	0,0298
HAROUNA [12] Niger 2001	742	15,00	0,0303
N'DAYISABA [34] Burundi 1992	2218	6,00	0,0000
Notre étude 2009	103	23,00	

Le taux de morbidité dans notre série était de (23%). Ce résultat est statistiquement supérieur à ceux de KONATE[28], HAROUNA [12] et N'DAYISABA [34] qui ont rapporté respectivement 14,5%, 15% et 6%. Cette différence significative pourrait être liée à la fréquence élevée des péritonites aiguës dans notre étude (75,8%).

Tableau XXXVIII: Mortalité liée aux urgences chirurgicales selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	%	Test statistique
ADELAIN [3] Togo 1994	687	16	0,0285
KEITA S [29] Mali 1996	182	7,5	0,9818
DEMBELE B [14] Mali 2005	112	4,5	0,3101
Notre étude 2009	103	7,7	

Le taux de mortalité dans notre série (7,7%) ne diffère pas de ceux de KEITA [29] et DEMBELE B [14] ($P > 0,05$). Par contre il est statistiquement inférieur à celui de ADELAIN [3] ($p < 0,05$). Cette différence pourrait être expliquée par

l'amélioration du plateau technique (l'asepsie au bloc, l'antibiothérapie systématique).

13. Fréquence des urgences chirurgicales digestives :

La chirurgie digestive d'urgence a constitué 9,7 % de l'activité globale du service des urgences.

En Afrique, les urgences en chirurgie digestive concernent l'adulte jeune de sexe masculin [26], ceci s'explique par la fréquence électorale de certaines affections dans cette population

a). Appendicites aiguës:

- Fréquence :

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

Auteurs	Effectifs	%	Test statistique
DEMBELE B [14] Mali 2005	112	41,1	0,1814
PADONOU [38] Dakar 1973	1107	20,8	0,1045
CASSINA [12] RFA 1996	116	47,4	0,0569
Notre étude 2009	26	25,3	

Le taux des appendicites aiguës dans notre étude (25,3%) ne diffère pas statistiquement de ceux de DEMBELE, CASSINA, et PADONOU qui ont rapporté successivement 41,1% ; 20,8% ; 47,4%. Ceci pourrait s'expliquer par la cure appendicites aiguës dans les structures de santé Privé.

b). Hernies étranglées en dehors des occlusions :

➤ Fréquence :

Tableau XXXX: La fréquence des hernies étranglées selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	%	Test statistique
TIEMOKO [49] Mali 2000	49	93,87	0,0000
KEITA [29] Mali 1996	20	32,78	0,3068
OUOLOGUEM [37]Mali 2008	47	12,36	0,7729
Notre étude 2009	10	9,8	

Le taux des hernies étranglées dans notre série ne diffère pas statistiquement de ceux de KEÏTA et OUOLOGUEM. Par contre il est nettement inférieur à celui de TIEMOKO ($p < 0,05$). Ceci pourrait s'expliquer par la prise en charge des cas de hernies dans les CSCom et les cabinets privés.

➤ Clinique :

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

Auteurs	BOUARE [9] Mali 1988	TIEMOKO [49] Mali 1996	Notre étude 2009
Signes cliniques Par ordre décroissant	Tuméfaction	Tuméfaction	Tuméfaction
	Irréductible	Irréductible	Irréductible
	Douleur	Douleur	Douleur
	Perte du caractère impulsif et expansif de la hernie	Perte du caractère impulsif et expansif de la hernie	Perte du caractère impulsif et expansif de la hernie

c). Les Occlusions intestinales aiguës :

➤ **Fréquence :**

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

Auteurs	Effectifs	%	Test statistique
FANYO [25] Suède 2000	3727	13	0,0000
PADONOU [39], Sénégal 1979	1107	42,67	0,0043
Notre étude, 2009	103	28,2	

Le taux d'occlusion dans notre série (28,2%) est statistiquement inférieur à celui de l'étude sénégalaise ($p=0,0043$) mais supérieur à celui retrouvé dans l'étude suédoise ($p=0,0000$).

Notre fréquence élevée d'occlusion pourrait s'expliquer par le taux élevé des patients qui ont été opérés de péritonites et de hernies étranglées.

➤ **Etiologies :**

Dans notre série la hernie étranglée et les brides étaient les causes d'occlusions les plus fréquentes. Ailleurs en Afrique, la hernie étranglée et le volvulus étaient les diagnostics étiologiques les plus représentés [28, 38], alors qu'en Europe prédominaient les occlusions par bride ou par obstruction tumorale [25].

➤ **Morbidité :**

La suppuration pariétale était la complication post-opératoire immédiate la plus fréquente soit 1,9% des cas. L'éventration était présente dans 1,0%. L'étiologie des occlusions, les tares, l'âge avancé des patients peuvent être des facteurs qui influencent les suites opératoires.

➤ **Mortalité :**

Dans notre étude, la mortalité était de 2,9%, ce taux est inférieur à celui de OUOLOGEUM [37] : 10% et AKCAKAYA [5] : 7,5%. La mortalité globalement élevée est imputable à l'âge relativement élevé des patients, au retard de prise en charge, à l'association des pathologies débilitantes et le traitement traditionnel.

En Turquie [5], AKCAKAYA signale que le taux de mortalité assez faible dans sa série serait dû à la précocité de la prise en charge d'une part et à l'exactitude de l'indication thérapeutique d'autre part.

d). Les Péritonites aiguës :

➤ **Fréquence :**

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

Auteurs	Effectif	%	Test statistique
LORAND [30] France 1999	84	3	0,0000
HAROUNA [26] Niger 2001	209	20,8	0,0000
OUOLOGEUM [37] Mali	208	54,7	0,2977
Notre étude	103	48,5	

Le taux de péritonite dans notre série (48,5%) ne diffère pas de celui rapporté par OUOLOGUEN (54,7%). Par contre il est statistiquement supérieur à ceux de LORAND et HAROUNA ($p < 0,05$) qui ont trouvé respectivement 3% et 20%.

Cette différence pourrait être liée au retard de consultation, aux conditions d'hygiène alimentaires de nos populations, à l'automédication et aux accidents de la voie publique.

e) Le traumatisme abdominal :

Nous avons trouvé 4,8 % de traumatismes abdominaux. Ce taux se rapproche de celui obtenu par DEMBELE B [14] en 2005 et KOUMARE S au Mali [51] en 2001 qui ont trouvé respectivement 3,7 % et 5,5 % (**P = 0,0102**).

Tableau XXXIV: Comparaison des étiologies des péritonites aiguës selon les auteurs.

Auteurs	PADONOU[38] Dakar 1979	OUOLOGEUM[37] Mali 2008	Notre étude Mali 2009
Etiologies	Typhiques 39,3%	Typhiques 71,6%	Typhiques 18,4%
	Gastriques 0%	Gastriques 7,2%	Gastriques 2,9%
	Appendiculaires 33,3%	Appendiculaires 7,2%	Appendiculaires 12,6%
	Génitales 16,3%	Génitales 2,4%	Génitales 7,8%
	Autres 11%	Autres 134,%	Autres 6,8%

Le taux de péritonites par perforation typhiques prédomine dans notre série avec un taux de 18,4%. Cela s'explique par le retard de consultation des patients par la méconnaissance de la pathologie et l'utilisation abusive des médicaments traditionnels. Ce résultat est inférieur à celui de PADONOU [38] et OUOLOGEUM [37] ; soit 39,3% et 71,6%.

➤ **Signes cliniques :****Tableau XXXXV: Comparaison des signes cliniques des péritonites selon les auteurs.**

Auteurs	DEMBELE B. [14] Mali 1998	COULIBALY [41] Mali 2006	Notre étude 2009
Signes cliniques par ordre décroissant	Douleur	Douleur	Douleur
	Contracture Abdominale	Contracture Abdominale	Contracture Abdominale
	Défense Abdominale	Arrêt de matières et des gaz	Fièvre
	Arrêt de matières et des gaz	Défense abdominale	Vomissement
	Vomissement	Vomissement	Arrêt de matières et des gaz

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

➤ **Morbidité :**

La péritonite aiguë est une pathologie septique, ce qui pourrait favoriser la survenue des infections pariétales après l'intervention. Ceci a été prouvé par certaines études [26, 2] avec respectivement 46% et 55,2%. Notre taux reste le moins élevé, soit 11,7%. Cela s'explique par l'amélioration du plateau technique (l'asepsie au bloc, l'antibiothérapie systématique).

➤ **Mortalité :**

Le progrès de la réanimation, l'amélioration des techniques chirurgicales et une antibiothérapie de plus en plus adaptée ont amélioré le pronostic de la péritonite aiguë jadis sombre [32, 26]. HAROUNA et MIEIR avaient trouvé des taux supérieurs (35%, 21%) à celui de notre étude (3,9%)..

CHAPITRE VI

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION :

Les urgences chirurgicales occupent une place importante dans les pathologies chirurgicales en général, et concernent surtout les sujets jeunes. Près de 103 patients opérés sur 1061 présentaient un tableau d'urgence chirurgical.

Les étiologies sont multiples et variées, mais la péritonite aiguë reste la première cause avec 48,3% d'où la nécessité d'une étroite collaboration interdisciplinaire.

L'examen clinique bien conduit est la clef du diagnostic dans notre contexte.

Les examens complémentaires morphologiques sont parfois difficiles à obtenir ou peu contributifs. Ils ne doivent pas retarder la sanction thérapeutique.

La morbidité et la mortalité restent encore élevées dans les pays en développement. Elles étaient essentiellement liées à un retard de consultation et au manque de plateaux techniques.

2. RECOMMADATIONS :

❖ Aux Autorités Sanitaires:

- La systématisation de la couverture vaccinale anti-typhique dans les groupes à risque.
- L'équipement du CSRéf en moyens matériels diagnostiques et thérapeutiques.

❖ Au Personnel sanitaire :

- L'examen de façon minutieuse des patients présentant une douleur abdominale aiguë.

❖ Aux centres de santé de la périphérie:

- La référence en temps opportun des patients

❖ A la Population :

- L'éviction de l'automédication
- La consultation immédiate devant tout cas de douleur abdominale
- L'amélioration de l'hygiène individuelle et collective

«

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. ABI F, EL FARES F, NECHAD M.

Unité de chirurgie viscérale des urgences, CHU. IbnouRochdCassablanca
Maroc J. chir (Paris) 1987 Aug-Sep ; 471-474

2. AKGUN Y ET AL.

Typhoïdenteric perforation. Br J Surg, 1995; 82:1512 – 1515.

3. ADELAIN T B.

Prise en charge des urgences chirurgicales dans le service polyvalent
d'anesthésie et de réanimation du centre hospitalier universitaire de Cotonou.
Thèse Cotonou Med. 1994 : 616.

4. AMADOU I.

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

5. AKCAKAYA A ET AL.

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

7. ARNAUD J P, TURBELIN J M.

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

8. BARRY A.

Pathologies chirurgicales digestives néonatales à l'hôpital Gabriel Touré
Thèse de Med -Bamako 2003 ; 88p.

9. BOUARE M.

Etude de 610 cas de hernie de l'aine dans les cercles de Kati. Thèse, Méd-Bamako, 1988; p24.

10. BROWER

La chirurgie digestive -Encycl. Med Chirurgicale:(Paris) 2004; 2:24038B10

11. BERTHE I.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie du Centre hospitalier universitaire du Point G, Thèse Med Bamako 2008, p92

12. CASSINA P, ROTHN M, LARGIADER.

Die effizienz der chirurgischen Grund Diagnose beim abdominalschmerz ;
Der Chir. 1996 ; 67 : 254 - 260.

13. CHEVREL J P, GUERAUD, J B LEVY.

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

14. DEMBELE B.

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

15. DIALLO G ET AL.

Traitement du volvulus du colon pelvien à l'hôpital hospitalier universitaire de point G à propos de 25cas Mali Med. 1995 ; 3 : 30-32.

16. DIALLO G AL.

Hernies inguinales étranglées à l'hôpital hospitalier universitaire de point G Mali médical 1996; 3-4,39-41.

17. DIEFFAFA MAMADOU DIT MACIRE

Etude des péritonites par perforation typhique dans le service de chirurgie générale et pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse : Med -Bamako 2005, 176p.

18.DOUMBIA M.

Les perforations digestives dans le service de chirurgie « A » au CHU du Point G. Thèse Med 2008, 110p.

19. DOUMBIA Z.

Problématique de la transfusion sanguine au Centre de Santé de Référence de Bougouni, Thèse de Pharmacie, Bamako 2009, 99p.

20. DUCOMBIER A.

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

21. ETIENNE JC.

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

22. ETIENNE ET AL.

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

23. FAGNIEZ PL ET YAHCHOUCY E.

Urgences chirurgicales
Masson, Paris, 1998 ; 233p.

24. FAGNIEZ P-L, D HOUSSIN

Pathologie chirurgicale : chirurgie digestive et thoracique, Ed. Masson, tome II (Paris) 1991, 43-48.

25. FANYO G ET AL.

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

26. HAROUNA Y ET AL.

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

27. KOUMRE AK ET AL.

Appendicectomie à Bamako. Ann Chir. 1995 ; 42 :188.

28. KONATE M.

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

29. KEITA S.

Problèmes de diagnostic et thérapeutiques des abdomens aigus en chirurgie. Thèse Med- Bamako ; 1997, 88p.

30. LORAND M ET AL.

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

31. MONDOR H.

Diagnostic urgent abdomen. Paris Masson, 1965 : 119p.

32. MEIER D ET AL.

Perforated typhoid enteretisoperative experience with 108 cases, Ann. Surge 1989; 157: 423-447.

33. MUNGALI IA ET AL.

A review of appendicectomie in North Western Nigeria. Niger J Med. 2004; (3) : 240 - 243.

34. N'DIAYISABA

Bilan des complications infectieuses en chirurgie générale analyse d'une série de 2218 interventions.

Med Afr. Noire 1992; 39 (9) : 571-573.

35. URL:"<http://fr.wikipedia.org/wiki/ficher>" Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health, Image de l'appareil digestif

36. NGUYEN VS.

Typhus perforation in the tropics. A propos of 83 cases Service de Chirurgie Générale, Paris 1994 Fed, 131p

37.OUOLOGUEM M.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques à l'hôpital de Sikasso. Thèse de Med Bamako, 2008

38. PADONOU ET AL.

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

39. PADONOU N ET AL.

Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au C.H.U de Dakar.
Statistique de quatre années (1973 - 1976). Dakar Med 1979; 24 : 90 - 7.

40. RICHARD J.

Urgences chirurgicales abdominales en Afrique,
Chir d'urgence en situation précaire (coordonnateur Louis-José Courbil), édition
Pradel ;175 p

41. COULIBALY S.

Perforations digestives à l'hôpital régional de Sikasso ;
Thèse de Médecine, Bamako 2006 ; 96p

42. SCHILLO Y, AMOUYA G.

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

43. SHITTU OB ET AL.

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

44. SEWAH SIMEN J Y.

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

45. SETO S.

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

46. SIDIBE Y.

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

47. SOUMMA A.

Urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Gao à propos de 90 cas. Thèse de médecine, Bamako 2006, 68p.

48. TRAORE SOULEYMANE

Complications post opératoires précoces en chirurgie générale et pédiatrique et aux urgences chirurgicales de l'HGT. Thèse : Med- Bamako, 2003 :97p.

49. TIEMOKO T.

Urgences abdominales aiguës chirurgicales à l'hôpital « NianankoroFomba » Ségou 200 cas. Thèse Med- Bamako, 2001 ; 82p

50. SANGARE D.

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

51. S.KOUMARE

Les urgences chirurgicales à l'hôpital du Point G. Thèse chir 1999

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Numéro de la fiche d'enquête :..... /___/
2. Numéro du dossier :...../___/
3. Nom et prénom :.....
4. Date de la consultation :.....
5. Age :...../___/
a= 0 à 20ans b=20 à 40ans c= \geq 40ans
6. Sexe :...../___/
a= Masculin b= Féminin
7. L'ethnie :...../___/
a=Bambara b=Peulh c= Soninké d= Miniaka
e= Senufo f= Dogon g=Bozo
8. Profession :/___/
a= Fonctionnaire b=Scolaires c=Eleveur
d=Ménagère e=Ouvrier f= Cultivateur
g= enfant h=Commerçant i= Autres
9. Provenance :...../___/
1=Bougouni ville 2= Hors de Bougouni
10. Le mode de référence :...../___/
a= Ambulance b=Taxi c=Moto
11. La qualification du référent :...../___/
a=Médecin b=Infirmier c=Venue de lui-même

II. ANTECEDENTS :

12. Médicaux :...../___/
a= Notion d'Epigastralgie b=Notion de prise médicamenteuse
c=HTA d= Autres
Si autres à préciser :.....
13. Chirurgicaux :...../___/
a= Oui b= Non

Si oui préciser :

II. TRAITEMENT REÇU AVANT L'ADMISSION :

14. Médical :..... /___/

a= Antalgique

b= Antibiotique

c= AINS

d= Néant

15. Traditionnel :...../___/

a= Oui

b= Non

III. DONNEES CLINIQUES

A-Signes Fonctionnels

16. Motifs de consultation :...../___/

1= Douleur abdominal :.....

2= Nausées + Vomissements

3= Arrêt des matières et des gaz

Si autre à préciser:

17. Durée de la symptomatologie :...../___/

a=24H

b=48 à 72H

c= ≥72H

18. Siège de la douleur :...../___/

a=FID

b=FIG

c=Hypogastre

d=Epigastre

e=Péri-ombilical

f=Généralisé

19. Type de la douleur :...../___/

a=Brûlure b = Piquêre

c= Torsion

d= Indéterminé

20. Irradiation de la douleur :..... /___/

a= Diffuse

b= Localisée

c=Indéterminée

21. Les signes d'accompagnements :...../___/

a=Vomissement

b=AMG

c=Fièvre

d=Céphalées

e=Autres

B-Les signes généraux

22. La TA :...../___/

a=Normale

b=Augmentée

c=Diminué

23. La T° :...../___/

a=Normale

b=Augmentée

c=Diminué

24. La FR :/___/

a=Normale b=Augmentée c=Diminué

25. Le Pouls :/___/

a=Normale b=Augmentée c=Diminué

26. Conjonctives :/___/

a= Bonne coloration b= Pâleur c= Ictère

27. Karnofski...../___/

a= 80% b= 70% c= 60%

d= 50% e= 40%

C-Signes physiques :

➤ Inspection :

28. Présence de cicatrice de laparotomie :/___/

a= Oui b= Non

Si Oui préciser :

29. Aspect de l'abdomen :/___/

1= Distendu 2= Plat

➤ palpation :

30. Défense abdominale :/___/

a= Diffuse b= Localisée

31. Cris de l'ombilic :/___/

a= Positif b=Négatif

32. Contracture abdominale :/___/

a= Diffuse b= Localisée c= Absent

➤ Percussion :

33. Percussion abdominale :/___/

a= Tympanisme a= Matité

34. Matité pré hépatique :/___/

a=Conservée b= Abolie

➤ Auscultation :

35. Bruits hydro aérique :/___/

a= Absent b= Augmenté

➤ touchers pelviens :

36. Toucher Rectal :...../___/

a= douleur à droite b= Douleur diffuse

III. EXAMENTS COMPLEMENTAIRES :

A-BIOLOGIE :

37.HB :...../___/

a= <11g/dl b= 11 – 16g/dl

38. Sérologie de WIDAL ET FELIX :.....

39. Groupage sanguin/Rhésus...../___/

B- IMAGERIE :

40. ASP :...../___/

a= Oui b= Non

41. Grisailles :...../___/

a= Oui a= Non

42. Niveaux hydroaérique:...../___/

a= Oui b=Non

43. Pneumopéritoine :...../___/

a= Oui b= Non

44. Pneumopéritoine+Niveaux :...../___/

a= Oui b=Non

45. Echographie abdomino-pelvienne :...../___/

a= Oui b= Non

46. Résultats de l'échographie :...../___/

a= Collection intra-péritonéale b= Normale

Si autres à préciser :...../___/

IV. DIAGNOSTIC :

47. Diagnostic préopératoire :/___/

a= Péritonite b= OIA c= Appendicite
d= Hernie étranglée e= Traumatisme abdominal

48. Diagnostique per-opératoire :...../___/

a= Appendicite aiguë b=Péritonite aiguë c=OIA
d=Hémopéritoine e=Eviscération f=Appendicite+OIA

VIII. TRAITEMENT :

A. TRAITEMENT MEDICAL :

49. Préparation du Malade :...../___/

- a= Antalgique b= Anti-ulcéreux c= Antibiotique
d= Transfusion e=Perfusion f= SNG.
g= Sonde urinaire h= Oxygénation

50. Peropératoire :...../___/

- a= Perfusion b=Mono Antibiothérapie c= Transfusion
d= Double Antibiothérapie e= Triple Antibiothérapie

51. Post-opératoire :...../___/

- a= Perfusion b= Mono Antibiothérapie c= Transfusion
d= Double antibiothérapie e= Triple Antibiothérapie
f= Anti ulcéreux g= Vitaminothérapie

B. TRAITEMENT CHIRURGICAL :

52. Voie d'abord :...../___/

- a= Médiane sus et sous Ombilicale b= Mac Burney c=Inguinotomie
e=Autres

Si autres à préciser :.....

53. L'acte chirurgical réalisé:...../___/

- a=Excisons+Suture+Epiplooplastie b=Résection+anastomosetermino-terminale
c=Appendicectomie d=Résection+Stomie e=Dévolvulation
f=Désinvagination+résection+anastomosetermino-terminale g=détorsion+Herniorraphie
h=Résection+anastomosetermino-terminale+Herniorraphie

C. Traitement post opératoire :

54. Le traitement post opératoire :...../___/

- a=Métronidazole+ciprofloxacine+Novalgin b=Amoxicilline+-Métronidazole
c=Métronidazole+Amoxicilline+Novalgin d=Amoxicilline
e=Gentamycine+Amoxicilline+Métronidazole= Ibuprofène+Amoxicilline+Novalgin

IX. EVOLUTION :

55. Suites Opératoires :...../___/

- a= Simple b=infection pariétale c=fistule
d=Eviscération e= Décès

56. La durée d'hospitalisation:...../___/

a=1 à 7J b=7 à 14J c=14 à 30J e=30 à 90J f=90 à 180J

57. Mode de suivi :...../___/

a= Venu de lui-même b= Sur convocation c= Vue à domicile

d= Consultation ordinaire e= Sur rendez-vous

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SAMOURA

Prénom : Lassina

Titre de la thèse : Prise en charge des urgences chirurgicales digestives au CSRéf de Bougouni.

Secteur d'intérêt : Chirurgie Générale, Urgences chirurgicales digestives.

Année Universitaire :2010-2011.

Pays: République du Mali **Ville de soutenance** : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) du Mali

Adresse électronique : lassina_samoura@yahoo.fr.

RESUME :

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive et transversale portant sur 103 patients reçus en urgence au CSRéf de Bougouni dans le service de chirurgie du Janvier 2009 au Décembre 2010.

L'objectif principal :

Etudier les urgences chirurgicales digestives reçues et traitées au CSRéf de Bougouni.

Il s'agissait de 66 hommes et 37 Femmes (Sexe ratio = 1,78 en faveur des hommes).

La majorité des patients provenait de GARALO et de la ville de Bougouni soit 38,83% et 31,10%.

Le principal motif de consultation était la douleur. La durée d'évolution de la maladie était supérieur à 72 heures chez la majorité de nos patients soit 64,1%.

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

La fréquence des urgences chirurgicales était de 9,20% de l'ensemble des interventions chirurgicales réalisées.

Dans l'étude, 69,9% de nos malades avaient été traités médicalement avant leur admission.

Les affections les plus meurtrières restent les péritonites (45,6%) et les occlusions (25,2%).

La durée d'hospitalisation était de 7 jours chez 49 patients soit 47,6% et de 90 à 180 jours chez 1,9%.

Nous avons noté un taux de Morbidité de 23 % dominé par les infections pariétales et taux de Mortalité de 7,7 %.

Au terme de cette étude on peut donc remarquer que: la plupart de nos patients ont été vus 3 jours après le début de la maladie. Les conséquences de ce retard sont : les complications et l'aggravation du tableau clinique ;

Mots clés : Urgences, chirurgie, abdomen aigu.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !