

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS

THEME

**LES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES :
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'HOPITAL MILITAIRE DE DJIBOUTI**

Présenté et soutenu le 29 / 01 /2021

Par

Ismail Abdillahi Iltireh

Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) en Chirurgie Générale

Jury

Président du jury : Pr : Zimogo Zié Sanogo

Membre : Pr : Soumaila Keita

Directeur de mémoire : Pr : Adégné Togo

Dédicaces

Au nom de Dieu le clément, le miséricordieux.

*Que les prières et la paix soient sur le sceau des prophètes et messagers
Sayidina Muhammad scw.*

D'abord je commencerai par quelques versets du noble coran :

(161) Dis : « En vérité, ma Salat, mes actes de dévotion, ma vie et ma mort appartiennent à Allah, Seigneur de l'Univers. (162) A Lui nul associé ! Et voilà ce qu'il m'a été ordonné, et je suis le premier à me soumettre. » (163)

Surate LES BESTIAUX verset : 161-163

Que dieu accepte ce travail.

Amen

À ma très chère mère : Ce fut long, laborieux et parfois pénible mais grâce à tes prières nous y voilà parvenu ou plutôt tu y es parvenue.

À mon très cher père : Toujours optimiste et plein d'humour, tes prières m'ont accompagné tout au long de mon cursus universitaire.

À ma femme : Merci pour ta patience, ton soutien et tous les sacrifices dont tu as fait preuve avant et pendant toute la durée de cette formation.

À mes enfants : Vous êtes les prunelles de mes yeux, merci d'avoir supporté mes absences. En témoignage de mon amour et de mon affection toute particulière, je vous dédie ce travail.

À mes frères et sœurs : Dans l'espérance d'être à la hauteur de ce que vous avez voulu que je sois, je prie Dieu de sauvegarder notre fraternité, pérenniser et rester à jamais unis.

Au CMGA, au DCSSA, au directeur de l'hôpital militaire de Djibouti : merci pour vos soutiens et vos appuis aux différentes sollicitations

À tous mes promotionnaires de DES chirurgie générale alias les abrutis : je vous dédie ce travail en souvenir de ces longues années passées ensemble et tous l'estime que j'ai pour vous

À ma Djibouti : Ma patrie, ma fierté, tu es dans mon cœur. J'espère contribuer généreusement à ton développement et maintenir ton ascension vers la gloire.

Au mali : Le pays de la chaleur humaine. Je prie pour qu'il retrouve la paix, la sérénité et le développement.

À tous mes professeurs qui m'ont enseigné à Djibouti au Sénégal et au Mali. À tous ceux qui me sont proches. À tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin et que j'ai omis de citer.

Puisse ce travail être le témoignage de mon respect et de ma profonde reconnaissance.

Liste des abréviations

ASP : Abdomen Sans Préparation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

°C : degré Celsius

Cm : Centimètre

GB : Globules Blancs

H : Heure

Km : Kilomètre

NFS : Numération Formule Sanguine

TR : Toucher Rectal

TV : Toucher Vaginal

% : Pourcentage

TAI : Temps entre l'admission et l'intervention

CMGA : Chef d'état-major générale des armées

DSSA : Directeur du service de santé des armées

UCD : Urgences chirurgicales digestives

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCTION..... | 1 |
| II. Objectifs | 3 |
| III. METHODOLOGIE..... | 4 |
| IV. RESULTAT..... | 11 |
| Tableau 1 : La tranche d'âge | 11 |
| Figure 1 : La tranche d'âge..... | 12 |
| Tableau 2 : Répartition des patients selon le sexe | 12 |
| Figure 2 : Le sexe | 13 |
| Tableau 3: Répartition des patients selon la profession | 13 |
| Tableau 4 : Répartition des patients selon la provenance..... | 14 |
| Tableau 5 : Répartition des patients selon le mode d'admission..... | 14 |
| Tableau 6 : Répartition des patients selon le mode de transport | 15 |
| Tableau 7 : Répartition des patients selon la durée d'évolution..... | 15 |
| Tableau 8 : Délai de prise en charge intramuros | 16 |
| Tableau 9 : selon l'âge..... | 17 |
| Tableau 10 : selon le sexe..... | 17 |
| Tableau 11 : Répartition des patients selon les comorbidités..... | 18 |
| Tableau 12 : motifs de la consultation des appendicites au cours de notre étude. | 18 |
| Tableau 13 : Répartition des patients selon les signes fonctionnels..... | 19 |
| Tableau 14 : Répartition des patients selon le siège de la douleur | 19 |
| Tableau 15 : Répartition des patients selon le type de la douleur | 19 |
| Tableau 16 : répartition selon les signes physiques..... | 20 |
| Tableau 17 : Répartition des patients selon la réalisation du taux d'hémoglobine | 20 |
| Tableau 18 : Variations de la leucocytose au cours des appendicites | 21 |
| Tableau 19 : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie..... | 21 |
| Tableau 20 : Répartition des patients en fonction du type d'appendicite..... | 22 |
| Tableau 21 : Répartition des patients selon la voie d'abord..... | 22 |
| Tableau 22 : Répartition des cas selon l'acte chirurgical réalisé..... | 23 |
| Tableau 23 : Répartition des patients selon les suites opératoires des appendicites | 23 |
| Tableau 24 : répartition des patients selon l'âge | 24 |
| Tableau 25 : répartition selon le sexe | 24 |
| Tableau 26 : Répartition des patients selon les ATCD médicaux | 25 |
| Tableau 27 : Répartition des patients selon les ATCD chirurgicaux | 25 |
| Tableau 28 : répartition des patients selon les signes généraux | 26 |
| Tableau 29 : Répartition des patients en fonction de motif de consultation..... | 26 |
| Tableau 30 : répartition des patients selon les signes physiques | 27 |

| | |
|--|----|
| Tableau 31 : Répartition des patients selon la réalisation du taux d'hémoglobine | 27 |
| Tableau 32 : Répartition des patients en fonction des signes biologiques | 28 |
| Tableau 33 : Répartition des patients selon la réalisation de l'ASP | 28 |
| Tableau 34 : les résultats de l'ASP | 28 |
| Tableau 35 : Répartition des patients selon les résultats du scanner abdominal | 29 |
| Tableau 36 : Répartition des patients en fonction de la cause de l'occlusion | 29 |
| Tableau 37 : Répartition des cas selon l'acte chirurgical réalisé..... | 30 |
| Tableau 38 : les suites opératoires des occlusions..... | 30 |
| Tableau 39 : répartition des patients selon l'âge | 31 |
| Tableau 40 : selon le sexe..... | 31 |
| Tableau 41 : répartition des patients selon les antécédents médicaux..... | 32 |
| Tableau 42 : Répartition des patients selon les ATCD chirurgicaux | 32 |
| Tableau 43 : Répartition des patients selon les signes fonctionnels..... | 33 |
| Tableau 44 : répartition des patients selon les signes physiques | 33 |
| Tableau 45 : Répartition des patients selon la réalisation du taux d'hémoglobine | 34 |
| Tableau 46 : Répartition des patients selon les résultats de la radiographie de l'abdomen sans préparation..... | 34 |
| Tableau 47 : Répartition des patients selon les résultats du scanner abdominale | 35 |
| Tableau 48 : répartition des patients selon les signes étiologiques de la péritonite | 35 |
| Tableau 49 : Répartition des cas selon l'acte chirurgical réalisé..... | 36 |
| Tableau 50 : les suites opératoires des péritonites..... | 36 |
| V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION..... | 42 |
| Tableau 51 : Comparaison des urgences digestives selon la fréquence | 42 |
| Tableau 52 : Comparaison des urgences digestives selon l'âge..... | 43 |
| Tableau 53 : Comparaison des urgences digestives selon le sexe..... | 44 |
| Tableau 54 : Comparaison des appendicites aiguës selon la fréquence | 46 |
| Tableau 55 : Comparaison des appendicites aiguës selon le sexe :..... | 47 |
| Tableau 56 : comparaison des âges moyen selon les auteurs..... | 48 |
| Tableau 57 : répartition des signes fonctionnels selon les auteurs | 49 |
| Tableau 58 : fréquences des signes physiques selon les auteurs | 50 |
| Tableau 59 : Comparaison du résultat de l'échographie selon les auteurs | 52 |
| Tableau 60 : comparaison du traitement selon les auteurs | 54 |
| Tableau 61 : les suites opératoires selon les différents auteurs | 55 |
| Tableau 62 : fréquences des occlusions par rapport aux urgences abdominales chirurgicales selon les auteurs. | 56 |
| Tableau 63 : âges moyen selon les différents auteurs | 57 |
| Tableau 64 : Répartition des occlusions intestinales aiguës par sexe dans différentes études | 58 |
| Tableau 65 : comparaison des signes physiques selon les différents auteurs..... | 59 |

| | |
|--|----|
| Tableau 66 : les signes physiques selon les différents auteurs | 60 |
| Tableau 67 : Etiologies des occlusions intestinales des différentes études | 62 |
| Tableau 68 : Traitement des occlusions intestinales des différentes études | 63 |
| Tableau 69 : Fréquence des péritonites selon les études. | 64 |
| Tableau 70 : Tranche d'âge la plus touchée au cours des péritonites aiguës des différentes études | 65 |
| Tableau 71 : Répartition des péritonites aiguës par sexe dans différentes études | 66 |
| Tableau 72 : Motif de consultation le plus fréquent au cours des péritonites des différentes études | 67 |
| Tableau 73 : Signe physique le plus fréquent au cours des péritonites aiguës des différentes études .. | 68 |
| Tableau 74 : Aspect de l'ASP prédominant au cours des péritonites des différentes études | 69 |
| Tableau 75 : Etiologie des péritonites au cours des différentes études | 70 |
| Tableau 76 : Geste thérapeutique au cours des péritonites..... | 71 |
| CONCLUSION | 73 |
| RECOMMANDATIONS | 74 |
| BIBLIOGRAPHIE | 75 |
| ANNEXES | 83 |

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| I. INTRODUCTION | 1 |
| II. Objectifs | 3 |
| 2.1. Objectifs générale | 3 |
| 2.2. Objectifs spécifique | 3 |
| III. METHODOLOGIE | 4 |
| 3.1. Présentation Générale de Djibouti | 4 |
| 3.2. L'hôpital militaire de Djibouti..... | 7 |
| 3.3. Type et durée de l'étude | 9 |
| 3.4. Cadre d'étude..... | 9 |
| 3.5. Patients..... | 10 |
| IV. RESULTAT | 11 |
| 4.1. Données sociodémographiques | 11 |
| 4.2. Les appendicites | 17 |
| 4.3. Les occlusions intestinales aiguës..... | 24 |
| 4.4. Les péritonites..... | 31 |
| 4.5. Les traumatismes abdominaux | 37 |
| V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION | 42 |
| 5.1. Méthodologie..... | 42 |
| 5.2. Fréquence | 42 |
| 5.3. Age..... | 43 |
| 5.4. Sexe | 44 |
| 5.5. Temps écoulé entre l'admission et l'intervention..... | 45 |
| 5.6. L'examen clinique | 45 |
| 5.7. Fréquence des principales étiologies | 46 |
| CONCLUSION | 73 |
| RECOMMANDATIONS | 74 |
| BIBLIOGRAPHIE | 75 |
| ANNEXES | 83 |

I. INTRODUCTION

D'après l'OMS, les urgences abdominales chirurgicales sont des douleurs abdominales évoluant depuis quelques heures ou quelques jours (moins de trois) et qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicale, nécessitant un traitement en urgence [1].

Elles occupent une place importante dans l'activité des services d'urgences chirurgicales par : leur fréquence élevée, leur prise en charge difficile, leur taux de mortalité et de morbidité élevé [2].

Leur prise en charge anesthésique reste un exercice délicat pour les médecins anesthésistes, du fait notamment des nombreuses perturbations organiques auxquelles elles sont confrontées.

Une étroite coopération interdisciplinaire pendant toute la période peropératoire est d'une grande importance pour le pronostic de ce syndrome potentiellement mortel [3].

La définition la plus simple est celle d'Etienne : « l'urgence est ce cas nécessitant des soins sans délai » [4].

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.

Aux USA, 19 étiologies dont 6 chirurgicales (appendicite, cholécystites aiguës, occlusion intestinale aiguë, ulcère duodénal, kystes de l'ovaire, anévrisme) ont été retrouvées chez 1000 malades ayant un abdomen aigu [4].

En 1992, Domergue en France [5] avait trouvé que l'échographie abdomino-pelvienne est un examen obligatoire et toujours prioritaire dans la prise en charge de l'urgence chirurgicale abdominale en dépit des réserves liées à l'existence de faux positif ou négatif.

En 1979 à Dakar, Padonou [21] dans une série, avait trouvé 5 étiologies (occlusion, péritonite, appendicite, GEU, éviscération) .

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% [3].

Les morbidités post opératoires était dominées par les complications pariétales, les occlusions post opératoires, les éviscérations, et les déhiscences anastomotiques du grêle et du colon.

Des études concernant les urgences chirurgicales digestives dans les hôpitaux à Djibouti non faite, ceci nous avait motivé à mener cette étude à l'hôpital militaire de Djibouti avec les objectifs suivants :

II. Objectifs

2.1. Objectifs générale

Etudier les urgences chirurgicales digestives reçues et traités dans le service de chirurgie à l'hôpital militaire de Djibouti.

2.2. Objectifs spécifique

Déterminer la fréquence hospitalière des urgences chirurgicales dans les services de chirurgie de l'hôpital militaire de Djibouti.

Décrire les aspects diagnostiques.

Analyser le résultat du traitement.

Décrire les suites opératoires et le pronostic des malades opérés en urgence.

III. METHODOLOGIE

3.1. Présentation Générale de Djibouti

3.1.1. Généralité

Indépendante depuis le 27 juin 1977, la République de Djibouti est un pays de la Corne de l’Afrique.

D’une superficie de 23.200 km², elle est limitée au Nord par l’Érythrée, à l’Ouest et au Sud par l’Éthiopie et AU Sud- Est par la Somalie.

Elle possède une façade maritime longue de 370 km qui donne sur la Mer Rouge et le Golfe d’Aden.

La monnaie du pays est le Franc Djiboutien.

3.1.2. Populations

La population Djiboutienne est estimée 939 298 habitants en 2015, dont plus de deux tiers vit à Djibouti-ville, la capitale du pays. Les langues officielles du pays sont le français et l’arabe. Le somali et l’afar sont les langues nationales. La majorité de la population (98%) est de religion musulmane, de rite sunnite.

3.1.3. Climats

La RDD se caractérise par des conditions climatiques de type aride notamment un climat sec et humide. Elle se caractérise par une faible pluviométrie. Les températures moyennes maximales varient entre 27 °C pendant les mois les plus frais notamment de novembre à Janvier, à 43 °C pendant les mois les plus chauds localement de juin à septembre.

Cependant, les zones à altitudes élevées bénéficient d’un climat favorable et doux.

3.1.4. Economie

L'économie Djiboutienne est une économie libérale, compétitive, efficace et productive. Elle enregistre depuis 2011 une croissance soutenue, de 4.5 %, puis en 2016 de 6,5 et taux de croissance est passé à 7% en 2017.

Cette économie repose essentiellement sur le secteur tertiaire. Il s'agit principalement des infrastructures portuaires, les télécommunications, le chemin de fer et le commerce.

Le secteur secondaire repose principalement sur les industries non-manufacturières. Il s'agit essentiellement du secteur du bâtiment, marbre ect... Le secteur primaire reste très marginal cependant l'agriculture est en voie de développement ainsi que la pêche et l'extraction minière (Sel). En 2014, le gouvernement a initié une vision à long terme intitulé « Vision 2035 ».

Cette vision sert aujourd'hui de feuille de route pour rendre compatible le développement social et économique du pays. Cette stratégie s'articule autour de cinq piliers : la Paix, Bonne Gouvernance, Economie diversifiée avec comme moteur le secteur privé, la Consolidation du capital humain et l'intégration régionale.

Pour la mise en œuvre de cette stratégie, il est en place un plan quinquennal appelé SCAPE. Elle repose sur une orientation stratégique, les objectifs spécifiques, les programmes et actions à engager pour relever le défi de l'emploi, à moyen terme du gouvernement.

3.1.5. Organisation Politique

3.1.5.1. Le Pouvoir Exécutif

Djibouti est une république de type présidentiel et pluraliste. Le Président de la République est le Chef de l'exécutif. Il est élu pour cinq (5) ans au suffrage universel direct et au scrutin majoritaire à deux tours. Il nomme le Premier

Ministre et sur la proposition de celui-ci nomme les autres membres du gouvernement. Il fixe leurs attributions et met fin à leurs fonctions. Le Premier ministre met en œuvre la politique du président de la République, coordonne et anime l'action du Gouvernement.

3.1.5.2. Le Pouvoir Législatif

Le parlement est constitué par une assemblée unique, dite Assemblée nationale, dont les membres portent le titre de députés. Ils sont élus pour cinq ans au suffrage universel direct. La présente législature 2013-2018 compte 65 députés. L'Assemblée Nationale comprend un bureau, des Commissions permanentes et des Groupes Parlementaires.

En 2010, une modification de la Constitution a prévu la création d'un Sénat.

3.1.5.3. Le Pouvoir Judiciaire

Le pouvoir judiciaire s'exerce par le biais de la Cour suprême et des autres cours et tribunaux. Le pouvoir judiciaire est indépendant du pouvoir législatif et du pouvoir exécutif. Le Conseil Supérieur de la Magistrature veille sur la gestion de la carrière des magistrats. Il statue comme conseil de discipline pour les magistrats.

3.2. L'hôpital militaire de Djibouti



3.2.1. Historique

L'hôpital militaire de Djibouti fut créé entre 2012 à 2014 achevé et inauguré en 2015 par le Médecin Colonel Madian Mohamed Saïd. Cet hôpital militaire, monobloc dans sa conception, d'une capacité totale initiale de 98 lits de différentes spécialités, s'est avéré rapidement insuffisant sur le plan des moyens de diagnostic et de traitement, pour un hôpital général.

Pour remédier à cela, le chef d'état-major général des Armées a ordonné de mettre en place et d'exécuter un projet d'établissement quinquennal 2017-2021.

Il s'agit de l'envoi de plus de 25 médecins militaires en formations de spécialisations dans les différents domaines médicaux auprès de nos pays amis, et dont les sept premiers sont attendus courant 2019, l'extension du bâtiment principal de l'hôpital par la construction d'une aile de cardiologie faisant passer la capacité litière de 98 à 130 lits, la mise en place d'un

dispositif médical avancé (DMA), en cas d'afflux massif des blessés (plan blanc hospitalier).

La création des structures de soutien comme une banque de sang, une unité de production d'oxygène, un atelier de maintenance biomédicale, et une pharmacie centrale d'approvisionnement.

Sans oublier la mise en place d'un programme de gestion informatique pour la gestion du circuit du patient, du dossier médical, et des produits pharmaceutiques qui est allée de pair avec la validation et la certification de la qualité des soins par un organisme international, (ISO 9001-2015) faisant de notre hôpital un établissement hospitalier de niveau III.

La création d'une cellule de formation continue du personnel avec aménagement d'un amphithéâtre de 90 places, d'une salle de simulation et de vidéoconférence.

En outre, l'unité d'exploration et de traitement en cardiologie, une première du genre en République de Djibouti, est en service depuis le 25 Avril 2018 (salle de cathétérisme cardiaque).

A cela s'ajoute l'acquisition récente d'un appareil d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), doté d'une option de cardiologie qui permet de compléter les activités du plateau de coronarographie.

De ce fait, un département d'imagerie médicale a été créé, regroupant le service de radiologie standard, du scanner, de l'échographie et de l'IRM.

3.2.2. Description des unités

Chirurgie

Le service est composé de trois chirurgiens, un médecin généraliste, un infirmier major, 5 infirmier, 3 aide-soignant ; et dispose de 7 salles d'hospitalisation avec trente-deux 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)

3.3. Type et durée de l'étude

Notre travail était une étude prospective, descriptive portant sur les patients reçus en urgence, traités et suivis au service de Chirurgie générale de l'hôpital militaire.

Elle s'est étendue sur une période de 6 mois allant de janvier 2020 au juin 2020.

3.4. Cadre d'étude

L'hôpital militaire de Djibouti est un centre de Troisième niveau de référence. Il est situé à ambouli à côté du stade Hassan Gouled.

Présentement l'hôpital militaire compte 8 Services dont la chirurgie, la médecine, la gynécologie, l'anesthésie et réanimation, la cardiologie, pneumologie , les urgences , la pédiatrie.

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie de l'hôpital militaire de Djibouti.

Les activités du service sont dominées respectivement par la chirurgie digestive, l'urologie.

Le service comprend respectivement 32 Lits d'hospitalisation dont 4 de Troisième catégorie, 2 de deuxième catégorie et 25 de premier catégorie.

3.5. Patients

Tous les patients ont été recrutés dans le service de chirurgie générale de l'hôpital militaire de Djibouti.

Le recrutement avait concerné les malades des deux sexes et tout âge. Un questionnaire établi avait permis de recueillir tous les renseignements nécessaires pour chaque patient.

✓ Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude, les patients reçus et opérés pour pathologie chirurgicale digestive aiguë (appendicite, occlusion, péritonite, traumatisme abdominal).

✓ Critères de non inclusion

Tous les patients reçus non opérés ou opérés pour d'autres urgences non digestives, n'ont pas été retenus dans l'étude.

✓ Collecte et traitement des données

Les données ont été collectées grâce :

- Aux dossiers médicaux des malades.
- Aux registres d'hospitalisation.
- Aux registres consignant les comptes rendus opératoires.
- Aux fiches d'enquêtes individuelles.
- Le test de Khi2 de student, de Yate avec $P < 0,05$ a été utilisée pour faire les comparaisons.
- La saisie et le traitement des données ont été faits avec les logiciels d'application Word, office 2003 et d'analyse EPI Info 6 et 7.

IV. RESULTAT

4.1. Données sociodémographiques

4.1.1. Fréquence

Au cours de notre étude nous avons colligé 50 cas d'urgences chirurgicales digestives en 6 mois, qui ont représenté :

- 12,1 % consultations (50 /412).
- 25,1 % de l'ensemble des interventions (50/200).
- 15,03 % des hospitalisations (50/ 317).

Ces UCD étaient réparties comme suite :

- Les appendicites aiguë 28 cas (56 %).
- Les péritonites généralise ont représentés 8 cas (16 %).
- Les occlusions intestinales ont représenté 11 cas (22 %).
- Les traumatismes abdominaux ont représenté 3 cas (6 %).

4.1.2. Age

Tableau 1 : La tranche d'âge

| Age | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|------------------|--------------------|
| < 15 ans | 4 | 8% |
| 15 - 29 ans | 17 | 34% |
| 30 – 44 ans | 19 | 38% |
| 45 - 59 ans | 7 | 14% |
| > 60 ans | 3 | 6% |
| total | 50 | 100% |

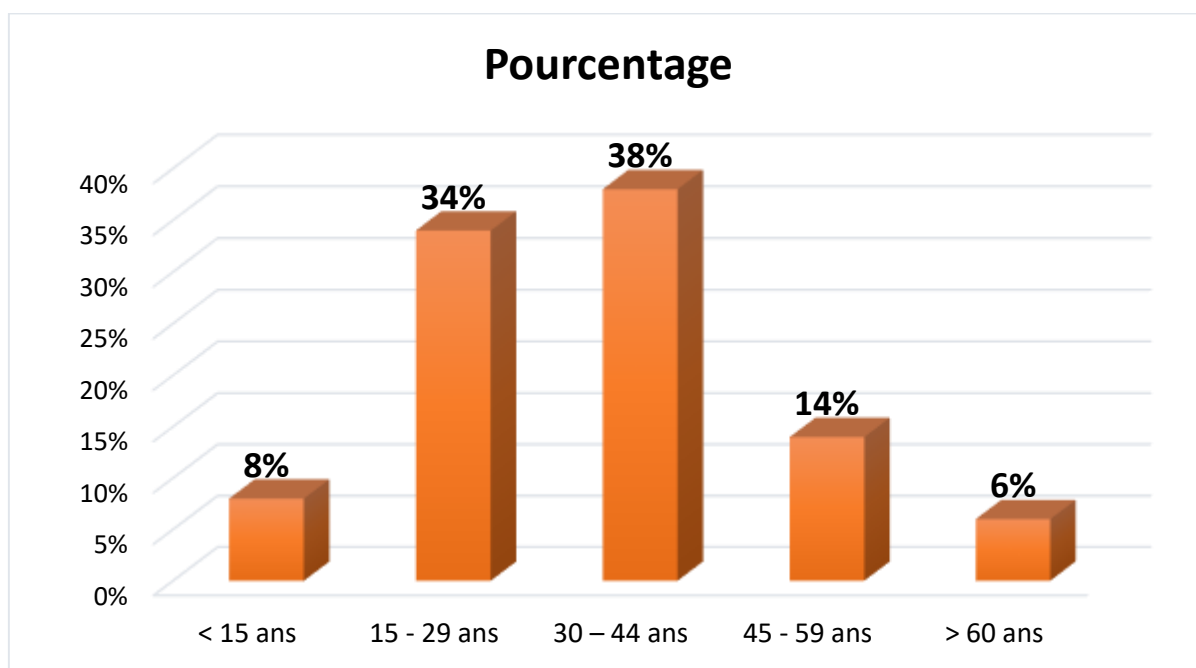


Figure 1 : La tranche d'âge

La tranche d'âge, 30 à 44 ans a été la plus représentée avec un taux de 38 % et l'âge moyen était 33 ,7 ans avec un écart type 24,91 ans dont les extrêmes sont 15 ans et 75 ans.

4.1.3. Sexe

Tableau 2 : Répartition des patients selon le sexe

| Sexe | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|------------------|--------------------|
| Masculin | 28 | 56% |
| Féminin | 22 | 44% |
| Total | 50 | 100% |

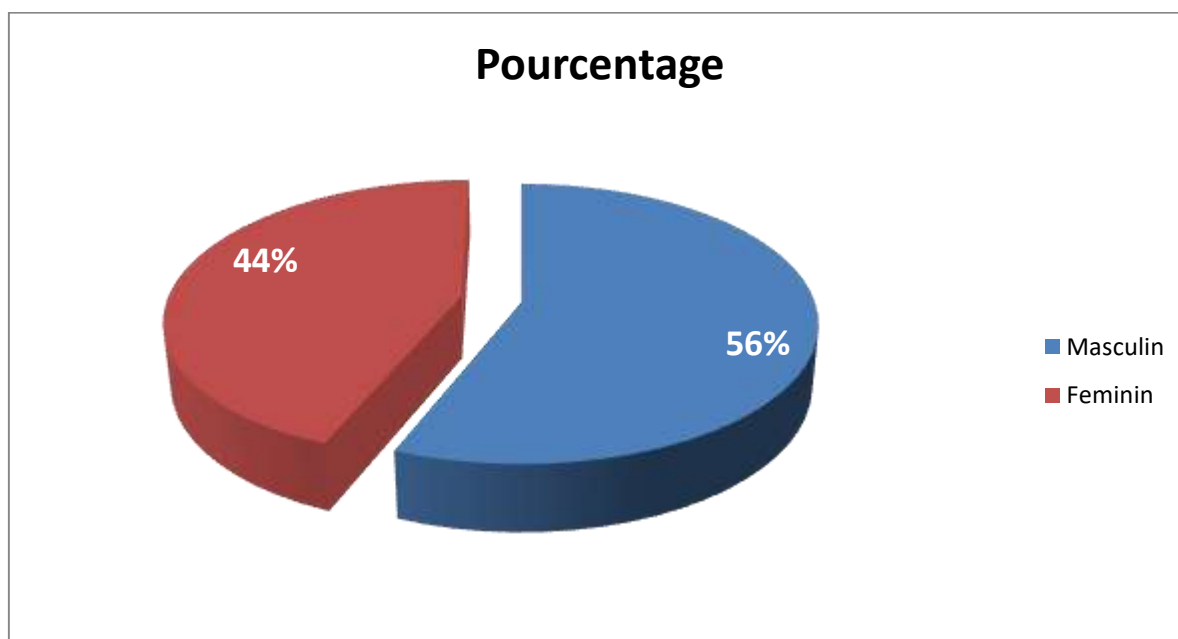


Figure 2 : Le sexe

Le sexe masculin était le plus représenté (56%) avec un sex-ratio de 1.27.

4.1.4. Profession

Tableau 3 : Répartition des patients selon la profession

| Profession | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| militaire | 13 | 26% |
| Etudiant/élève | 10 | 20% |
| Enseignant | 4 | 8% |
| Commerçant | 2 | 4% |
| Ouvrier | 2 | 4% |
| Ménagère | 7 | 14% |
| Autre Fonction | 7 | 14% |
| Sans Fonction | 5 | 10% |
| Total | 50 | 100% |

La majorité des patients était des militaires (26%).

4.1.5. Provenance

Tableau 4 : Répartition des patients selon la provenance

| Provenance | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Djibouti ville | 36 | 72% |
| Dikhil | 2 | 4% |
| Tadjaura | 2 | 4% |
| Obock | 3 | 6% |
| Arta | 3 | 6% |
| Ali sabieh | 4 | 8% |
| Total | 50 | 100% |

Dans notre série, 72% de nos patients provenaient de Djibouti ville.

4.1.6. Mode d'admission

Tableau 5 : Répartition des patients selon le mode d'admission

| Profession | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Référé | 31 | 62% |
| venu de lui-même | 19 | 38% |
| Total | 50 | 100% |

Un taux de 62% de patients Référé a été relevé.

4.1.7. Mode de transport

Tableau 6 : Répartition des patients selon le mode de transport

| Transport | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------|------------------|--------------------|
| Ambulance | 16 | 32% |
| Voiture personnel | 23 | 46% |
| Hélicoptère | 1 | 2% |
| Taxi | 10 | 20% |
| Total | 50 | 100% |

La voiture personnelle était le moyen de transport le plus utilisé soit 46% des cas.

4.1.8. Durée d'évolution

Tableau 7 : Répartition des patients selon la durée d'évolution

| Durée d'évolution | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------|------------------|--------------------|
| 24H à 48H | 23 | 46% |
| 48 à 72H | 13 | 26% |
| 72H et plus | 14 | 28% |
| Total | 50 | 100% |

La majorité des patients ont été vus entre 24H à 48H après le début de la douleur.

La durée d'évolution moyenne était 64H = 2,6 jours avec un écart type d'environ 30,19h avec des extrêmes entre 24h (1 Jour) et 120 h (3 Jours).

4.1.9. Délai de prise en charge intramuros

Tableau 8 : Délai de prise en charge intramuros

| TAI | effectif | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| 1H à 1H30 | 40 | 80% |
| 2heure à 3H | 10 | 20% |
| Total | 50 | 100% |

80 % de nos patients ont été opérés entre 1H à 1H30 après leur admission.

Temps moyen entre l'admission et intervention= 1 ,8 H.

Ecart type = 53,03 Mn.

Tps min = 1h15 mn

Tps max = 2h 30 mn.

4.2. Les appendicites

4.2.1. Fréquence

Les appendicites aiguës ont représentés 28 cas sur le 50 cas soit (56 %) des UCD réparties en :

- Les appendicites aiguës non compliquées 19 cas.
- Les abcès appendiculaires 9 cas.

4.2.2. Age

Tableau 9 : selon l'âge

| Age | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| < 15 ans | 2 | 7% |
| 15 - 29 ans | 16 | 57% |
| 30 – 44 ans | 10 | 36% |
| total | 28 | 100% |

La tranche d'âge, 15 à 29 ans a été la plus représentée avec un taux de 57 % et l'âge moyen était 22,17 ans avec un écart type = 14,75 ans.

4.2.3. Sexe

Tableau 10 : selon le sexe

| Profession | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| Masculin | 17 | 61% |
| Féminin | 11 | 39% |
| Total | 28 | 100% |

Le sexe masculin était le plus représenté (56%) avec un sex-ratio de 1.55.

4.2.4. Comorbidités

Tableau 11 : Répartition des patients selon les comorbidités

| Antécédents médicaux | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| HTA | 1 | 4% |
| Diabète | 2 | 7% |
| Autre | 5 | 18% |
| Aucun | 15 | 53% |
| Ulcère gastrique | 5 | 18% |
| total | 28 | 100% |

Plus de la moitié de nos patients (53%) étaient sans comorbidité.

4.2.5. Signes cliniques

✓ Les motifs de consultations

Tableau 12 : motifs de la consultation des appendicites au cours de notre étude.

| Motif de consultation | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Douleur abdominale | 28 | 100% |
| Nausée et vomissement | 23 | 82 % |
| Constipation | 15 | 53,5 % |
| Fièvre | 26 | 92% |

La douleur abdominale était le principal motif de consultation avec 100%, la fièvre a été retrouvée chez 26 patients soit 92 %, 23 patients ont présenté des nausées et vomissements.

✓ Les signes fonctionnels

Tableau 13 : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

| Signes fonctionnels | effectif | Pourcentage |
|-----------------------|----------|-------------|
| Douleur de la FID | 28 | 100% |
| Nausée et vomissement | 23 | 82% |
| Constipation | 15 | 53% |
| Anorexie | 12 | 42% |

La douleur de la FID, la nausée et le vomissement étaient les principaux signes fonctionnels.

Tableau 14 : Répartition des patients selon le siège de la douleur

| Siège de la douleur au début | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------|-----------|-------------|
| Periombilical | 1 | 3.5% |
| Epigastre | 1 | 3.5% |
| Fosse iliaque droite | 26 | 93% |
| total | 28 | 100% |

La douleur était localisée dans la FID avec un taux de 93%.

Tableau 15 : Répartition des patients selon le type de la douleur

| Type de douleur | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------|-----------|-------------|
| Brûlure | 2 | 7% |
| Crampe | 9 | 32% |
| Piqûre | 17 | 61% |
| Total | 28 | 100% |

La majorité des patients, soit 61% avait une douleur à type de piqure.

✓ Les signes physiques

Tableau 16 : répartition selon les signes physiques

| signes physiques de l'appendicite | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------------|----------|-------------|
| Défense FID | 28 | 100% |
| Signe de rovsing + | 19 | 68% |
| Présence de cicatrice de laparotomie | 5 | 18% |
| Douleur à droite dans le douglas | 18 | 64% |
| Signe de blumberg + | 22 | 78% |

La défense de la FID était le signe le + constant (100%).

4.2.6. Signes para cliniques

✓ Biologiques

Tableau 17 : Répartition des patients selon la réalisation du taux d'hémoglobine

| Taux d'hémoglobine | Effectif | Pourcentage |
|--------------------|----------|-------------|
| 11 à 16 g/dl | 23 | 82% |
| inf. 11g/dl | 5 | 18% |
| Total | 28 | 100% |

Le taux d'hémoglobine était normal (11-16g/dl) chez 23 patients sur les 28 patients chez qui il a été demandé.

Tableau 18 : Variations de la leucocytose au cours des appendicites

| Leucocytose | Nombre des cas | Pourcentage |
|----------------------|-----------------------|--------------------|
| GB < 10000 | 3 | 10,7% |
| 10000 < GB<15000 | 11 | 39,3% |
| 15000 < GB<20000 | 8 | 28,6% |
| GB > 20000 | 6 | 21,4 % |
| Total | 28 | 100% |

Une hyperleucocytose a été retrouvée chez 25 patients soit 89,3%.

4.2.7. Les imageries

Tableau 19 : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie

| Résultat de l'échographie | Effectif | Pourcentage |
|---|-----------------|--------------------|
| Épaississement de la paroi appendiculaire > a 6mm | 14 | 61% |
| Collection au pourtour de l'appendice + agglutination des anses | 9 | 39% |
| Total | 23 | 100% |

L'existence d'un épaississement de la paroi appendiculaire a été le plus représenté soit 61% à l'échographie.

4.2.8. Les diagnostics

Tableau 20 : Répartition des patients en fonction du type d'appendicite

| Diagnostic étiologique de l'appendicite | Effectif | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| Appendicite catarrhale | 13 | 46% |
| Abcès appendiculaire | 9 | 32% |
| Appendicite phlegmoneuse | 6 | 22% |
| Total | 28 | 100% |

L'appendicite catarrhale a été la plus fréquente avec 13 cas sur 28.

4.2.9. Le traitement chirurgical :

Tableau 21 : Répartition des patients selon la voie d'abord

| Voie d'abord | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------------|-----------|-------------|
| Coelioscopie | 9 | 32% |
| Incision au point de mac Burney | 19 | 68% |
| Total | 28 | 100% |

Incision au point de mac Burney était la voie d'abord la plus utilisée, soit 66%.

Tableau 22 : Répartition des cas selon l'acte chirurgical réalisé

| Technique opératoires | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------------------|-----------------|--------------------|
| Appendicectomie sans enfouissement | 19 | 68% |
| Appendicectomie + lavage + drainage | 9 | 32% |
| Total | 28 | 100% |

L'appendicectomie a été l'acte chirurgical le plus pratiqué (100%).

4.2.10. Données selon les suites opératoires immédiates à court terme

Tableau 23 : Répartition des patients selon les suites opératoires des appendicites

| Suites opératoires des appendicites | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------------|--------------------|
| Simple | 25 | 96,4% |
| Infections pariétales | 1 | 3,6% |
| Décès | 0 | 0 |
| Total | 28 | 100% |

Le cas d'infections pariétales était survenu pour les abcès appendiculaire.

4.3. Les occlusions intestinales aiguës

4.3.1. Fréquence

Les occlusions intestinales ont représenté 22 % soit 11 cas sur le 50 cas d'urgences chirurgicales que nous avons colligés durant notre étude.

4.3.2. Age

Tableau 24 : répartition des patients selon l'âge

| Age occlusion | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|-----------|-------------|
| 15 - 29 ans | 1 | 9% |
| 30 – 44 ans | 6 | 55% |
| 45 - 59 ans | 3 | 27% |
| > 60 ans | 1 | 9% |
| total | 11 | 100% |

La tranche d'âge la plus prédominante pour l'OIA était comprise entre 30 – 44 ans et l'âge moyen était 44,62 ans avec un écart type 19,56 ans.

4.3.3. Sexe

Tableau 25 : répartition selon le sexe

| Sexe occlusion | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| Masculin | 6 | 55% |
| Féminin | 5 | 45% |
| Total | 11 | 100% |

Le sexe masculin était le plus représenté avec 55% .

4.3.4. Antécédents

Tableau 26 : Répartition des patients selon les ATCD médicaux

| Antécédents médicaux | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| HTA | 2 | 18.2% |
| Diabète | 1 | 9.1% |
| Aucun | 5 | 45.5% |
| Ulcère gastrique | 3 | 27.3% |

La plupart de nos patients étaient sans ATCD médicaux (45,5%)

NB : La notion d'épigastralgie représentait 27,3%.

Tableau 27 : Répartition des patients selon les ATCD chirurgicaux

| Antécédents chirurgicaux | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| Opéré pour péritonite | 1 | 9.1% |
| Opéré pour HID | 1 | 9.1% |
| Appendicectomie | 2 | 18.2% |
| Césarisé | 3 | 27.3% |
| Sans ATCD | 4 | 36.4% |

Plus de la moitié de nos patients étaient avec un ATCD chirurgicaux

4.3.5. Signes cliniques

✓ Signes généraux

Tableau 28 : répartition des patients selon les signes généraux

| signes généraux | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------|----------|-------------|
| OMS 1 | 8/11 | 72% |
| Dénutrition & déshydratation | 3/11 | 27% |
| TA normal | 10/11 | 91% |
| Pouls accéléré | 5/11 | 45.5% |
| Conjonctive | 5/11 | 45.5% |
| IMC 25 | 7 /11 | 64% |

La plupart de nos patients avaient un bon état général.

✓ Les signes fonctionnels

Tableau 29 : Répartition des patients en fonction de motif de consultation

| Suites opératoires des péritonites | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------------|----------|-------------|
| Douleur abdominale | 11 | 100% |
| Nausées et vomissement | 9 | 81.8% |
| Arrêt de matière et de gaz | 2 | 18.2% |

La douleur abdominale était le signe le plus prédominant.

✓ **Les signes physiques**

Tableau 30 : répartition des patients selon les signes physiques

| Signe physique | Fréquence | Pourcentage |
|--|------------------|--------------------|
| Météorisme | 11 /11 | 100% |
| Rénitence | 9 /11 | 82% |
| Tympanisme | 6 /11 | 55% |
| Rectum vide +bombement cul de sac | 8/11 | 73% |
| Silence abdominale | 4 /11 | 36% |
| Cicatrice de laparotomie | 1/11 | 9,1% |
| Tuméfaction inguinale douloureuse irréductible | 2/11 | 18% |

La quasi-totalité de nos patients soit 100 %, avait une distension abdominale, nous avons retrouvé dans 82% de nos patient avec une rénitence.

4.3.6. Données para cliniques :

✓ **Biologiques :**

Tableau 31 : Répartition des patients selon la réalisation du taux d'hémoglobine

| Taux d'hémoglobine | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------|-----------------|--------------------|
| 11 à 16 g/dl | 9 | 81.8% |
| inf. 11g/dl | 2 | 18.2% |
| Total | 11 | 100% |

Le taux d'hémoglobine était normal (11-16g/dl) chez 9 patients sur les 11 patients chez qui il a été demandé.

Tableau 32 : Répartition des patients en fonction des signes biologiques

| Signes biologiques | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------|-----------------|--------------------|
| Taux d'hémoglobine | 11 | 100% |
| CRP | 5 | 45.5% |
| Groupe sanguin rhésus | 11 | 100% |
| Glycémie | 5 | 45.5% |

✓ **Radiologiques**

Tableau 33 : Répartition des patients selon la réalisation de l'ASP

| ASP | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|------------------|--------------------|
| Réalisé | 7 | 64% |
| Non réalisé | 4 | 36% |
| total | 11 | 100% |

L'ASP demandé a été réalisé chez la majorité de nos patients soit 64 %.

Tableau 34 : les résultats de l'ASP

| ASP | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------------|------------------|--------------------|
| Niveaux hydro-aérique | 5 | 71% |
| absence de niveaux hydro-aérique | 2 | 29% |
| total | 7 | 100% |

Le niveau hydro-aérique a été retrouvé chez 5 patients, soit 71 % sur les 7 cas de réalisation de l'ASP.

Tableau 35 : Répartition des patients selon les résultats du scanner abdominal

| Scanner abdominopelvien | Fréquence | Pourcentage |
|--|------------------|--------------------|
| Dilatation des anses coliques | 2 | 22% |
| Images en châtelet | 2 | 22% |
| Arrêt de transition brutale du calibre des anses sans obstacle visible | 5 | 56% |
| total | 9 | 100% |

L'arrêt de transition brutale du calibre des anses sans obstacle visible ont été retrouvées chez 5 cas, soit 56 % sur les 9 cas de réalisation du scanner abdominal

✓ **Les signes étiologiques**

Tableau 36 : Répartition des patients en fonction de la cause de l'occlusion

| Diagnostic étiologique de l'occlusion | Fréquence | Pourcentage |
|---|------------------|--------------------|
| Volvulus du sigmoïde sans nécrose | 2 | 18% |
| Nœud iléo sigmoïde avec nécrose de 2 segments | 1 | 9.5% |
| Hernie inguinale droite sans nécrose | 2 | 18% |
| Occlusion grélique sur bride sans nécrose | 6 | 54.5% |
| Total | 11 | 100% |

L'occlusion grélique sur bride sans nécrose a été la plus fréquente, soit 54.5 % des cas.

4.3.7. Le traitement chirurgical

Tableau 37 : Répartition des cas selon l'acte chirurgical réalisé

| Technique opératoires | Fréquence | Pourcentage |
|---|------------------|--------------------|
| Dévolvution + résection + anastomose termino terminale | 1 | 9,1% |
| Devolvulation + résection + colostomie | 2 | 18,2% |
| Résection anastomose ileoileale terminoterminal +hernioraphie | 1 | 9,1% |
| Section de bride +adhesiolyse | 6 | 54,5% |
| Herniorraphie + refoulement du grêle dans la cavité péritonéale | 1 | 9,1% |
| total | 11 | 100% |

La section de la bride a été l'acte chirurgical le plus pratiqué (54,5%).

4.3.8. Données selon les suites opératoires immédiates à court terme

Tableau 38 : les suites opératoires des occlusions

| Suites opératoires des occlusions | Fréquence | Pourcentage |
|--|------------------|--------------------|
| Simple | 10 | 91% |
| Suppurations pariétales | 1 | 9% |
| Décès | 0 | 0% |
| Total | 11 | 100% |

Les suites opératoires ont été simple dans 82 % des occlusions.

4.4. Les péritonites

4.4.1. Fréquence

La péritonite généralisée avait représenté 16 % soit 8 cas sur le 50 cas d'urgences chirurgicales que nous avons colligés durant notre étude.

4.4.2. Age

Tableau 39 : répartition des patients selon l'âge

| Age péritonite | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| < 15 ans | 2 | 25% |
| 30 – 44 ans | 3 | 38% |
| 45 - 59 ans | 2 | 25% |
| > 60 ans | 1 | 13% |
| total | 8 | 100% |

La tranche d'âge 30-40 ans a été la plus représentée avec 38 % et l'âge moyen était 41 ans avec un écart type 25,57 ans.

4.4.3. Sexe

Tableau 40 : selon le sexe

| Sexe péritonite | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------|-----------|-------------|
| Masculin | 5 | 56% |
| Féminin | 3 | 44% |
| total | 8 | 100% |

Le sexe masculin a été le plus prédominant avec un sex-ratio 1,6.

4.4.4. Antécédents

✓ Antécédent médicaux

Tableau 41 : répartition des patients selon les antécédents médicaux

| Antécédents médicaux | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| HTA | 2 | 25% |
| Diabète | 1 | 12.5% |
| Aucun | 1 | 12.5% |
| Ulcère gastrique | 4 | 50% |

La moitié de nos patients avait un ulcère gastrique.

✓ Antécédent chirurgicaux

Tableau 42 : Répartition des patients selon les ATCD chirurgicaux

| Antécédents chirurgicaux | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| Opéré de la cheville | 1 | 12.5% |
| Opéré pour HID | 1 | 12.5% |
| Césarisé | 1 | 12.5% |
| Sans ATCD | 5 | 62.5% |

Plus de la moitié de nos patients étaient sans ATCD chirurgicaux.

4.4.5. Signes cliniques

✓ Les signes fonctionnels

Tableau 43 : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

| Signes fonctionnels | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Douleur abdominale | 8 | 100% |
| Nausée + vomissement | 6 | 75% |
| Arrêt de matière et de gaz | 2 | 25% |

La douleur abdominale + nausée et vomissement était les principaux signes fonctionnels avec respectivement 100% et 93%.

✓ Les signes physiques

Tableau 44 : répartition des patients selon les signes physiques

| Signe physique | Fréquence | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Défense abdominale | 8 /8 | 100% |
| Contracture | 7 /8 | 82% |
| Tympanisme | 4/8 | 55% |
| Hyperesthésie cutané | 5/8 | 73% |
| Silence abdominale | 3/8 | 36% |
| Cicatrice de laparotomie | 3/8 | 36% |
| Tuméfaction inguinale douloureuse irréductible | 1/8 | 18% |

La quasi-totalité de nos patients soit 100 %, avait une défense abdominale, nous avons retrouvé dans 82% de nos patient une contracture.

4.4.6. Données para cliniques

✓ Biologiques

Tableau 45 : Répartition des patients selon la réalisation du taux d'hémoglobine

| Taux d'hémoglobine | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------|-----------------|--------------------|
| 11 à 16 g/dl | 6 | 75% |
| inf. 11g/dl | 2 | 25% |
| Total | 8 | 100% |

Le taux d'hémoglobine était normal (11-16g/dl) chez 6 patients sur les 8 patients chez qui il a été demandé.

✓ Radiologiques :

Tableau 46 : Répartition des patients selon les résultats de la radiographie de l'abdomen sans préparation

| Abdomen sans préparation | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------------|-----------------|--------------------|
| Croissant gazeux + Grisaille diffuse | 5 | 62.5% |
| Niveaux hydro-aérique | 1 | 12.5% |
| Absence de pneumopéritoine | 2 | 25% |
| Total | 8 | 100% |

Un Croissant gazeux inter hépato-diaphragmatique + grisaille diffuse a été retrouvé chez 5 patients, soit 62.5% sur les 8 cas de réalisation de l'ASP.

Tableau 47 : Répartition des patients selon les résultats du scanner abdominale

| Résultat du scanner | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------------|--------------------|
| Epaississement de la paroi appendiculaire+ épanchement | 5 | 62.5% |
| Epanchement liquidien intra abdominal | 2 | 25 % |
| Epanchement intrabdominale + niveaux HA | 1 | 12.5% |
| Total | 8 | 100% |

L'existence d'un épaissement de la paroi appendiculaire + un épanchement ont été les plus représentés soit 62.5% au scanner abdominal.

4.4.7. Signe étiologique

Tableau 48 : répartition des patients selon les signes étiologiques de la péritonite

| Diagnostic étiologique de la péritonite | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------------|--------------------|
| Perforation iléale | 1 | 12.5% |
| Perforation gastrique | 2 | 25% |
| Perforation appendiculaire | 5 | 62.5% |
| Total | 8 | 100% |

La péritonite par perforation appendiculaire a été la plus représenté avec un taux de 62.5%.

4.4.8. Le traitement chirurgical

Tableau 49 : Répartition des cas selon l'acte chirurgical réalisé

| Technique opératoires | Effectif | Pourcentage |
|---|-----------------|--------------------|
| Appendicectomie ; aspiration, lavage, drainage | 5 | 62.5% |
| Suture de la perforation gastrique ,epiploplastie ; lavage , drainage | 2 | 25% |
| Suture iléale , lavage , drainage | 1 | 12.5% |
| total | 8 | 100% |

L'appendicectomie, aspiration, lavage et drainage ont été l'acte chirurgical le plus pratiqué (62.5%).

Tableau 50 : les suites opératoires des péritonites

| Suites opératoires des péritonites | Effectif | Pourcentage |
|---|-----------------|--------------------|
| Simple | 7 | 87.5% |
| Infections pariétales | 1 | 12,5% |
| Décès | 0 | 0% |
| Total | 8 | 100% |

Les suites opératoires ont été simples dans 87 .5%.

4.5. Les traumatismes abdominaux

1. Nous avons reçu au service d'urgence de l'hôpital militaire de Djibouti une patiente âgée de 70 ANS aux antécédents hypertendu depuis 10 ans sous avlocardyl, et diabétique depuis 15 ans sous metformine 1000 mg 1cp X 2 /J

Admise pour une volumineuse distension abdominale brutale survenue suite à la réalisation d'une fibroscopie fait 2 heure plutôt et une douleur abdominale diffuse, intense à type de crampe, irradiant dans tout l'abdomen.

La patiente avait un assez bon état générale, muqueuse normo coloré pas de plie des déshydratations ni de dénutrition.

Le poids était coté 115 Kg, la taille 1M75 avec un IMC = 37 ,6 kg/m2 elle était obèse morbide.

Devant ces signes nous avons réalisé chez la patente un scanner thoracoabdominale dont le résultat est revenu en faveur d'une importante image extraluminaire de densité aérique comprimant les organes abdominaux en arrières.



Image 1 :



Haut
↑
Gauche
→

Image 2

Image 1 et Image 2 : coupe axiale avec mise en évidence d'une importante image extraluminaire de densité aérique comprimant les organes abdominaux en arrières.

Nous avons retenu le diagnostic d'un pneumopéritoine massif compressif d'origine iatrogène.

Admise au bloc opératoire, nous avons réalisés une laparotomie, dès l'incision y'as eu une fuite de gaz et la distension s'est estompé.

En per opératoire c'était une perforation iatrogène dont l'étiologie probable était une perforation survenue lors de la réalisation de la fibroscopie.

Le geste réalise a été suture de la perforation gastrique et epiploplastie, nous avons hospitalisé la patiente au service de réanimation ou au 4^{eme} jour la suite se compliqué d'une mortalité dont le cause probable était une embolie pulmonaire.

2. Nous avons reçu aux urgences de l'hôpital militaire de Djibouti un patient âgé de 49 ans sans antécédent pathologique particulier reçu pour hémopéritoine post-traumatique par arme blanche qui présentait cliniquement une pâleur de muqueuse, un tremblement des extrémités, une tension artérielle effondrée.

Une douleur abdominale à type pique, une défense localisée, une contracture abdominale, une plaie dorsale d'orifice environ 2cm.

Devant ces signes nous avons réalisé un certain nombre de bilans notamment :

- ✓ Une numération formule sanguine revenue en faveur d'une anémie avec une Hb = 7 g/ dl.
- ✓ Un scanner thoraco-abdominal injecté qui mettait en évidence une irrégularité de la paroi de l'aorte thoracique avec extravasation de produit de contraste et formation d'un faux anévrisme : rupture de l'aorte thoracique



Haut
↑
└─ Gauche

Image 3 scannographie injectée : montrant une irrégularité de la paroi de l'aorte thoracique avec extravasation de produit de contraste et formation d'un faux anévrisme.

Nous avons opéré le patient en peropératoire nous avons découvert un gros hématome qui tapissait le long de l'aorte thoracique et abdominale , après extraction de l'hématome le sang jaillissait de 2 orifice une situe au niveau de l'aorte thoracique et l'autre au niveau de l'aorte abdominale.

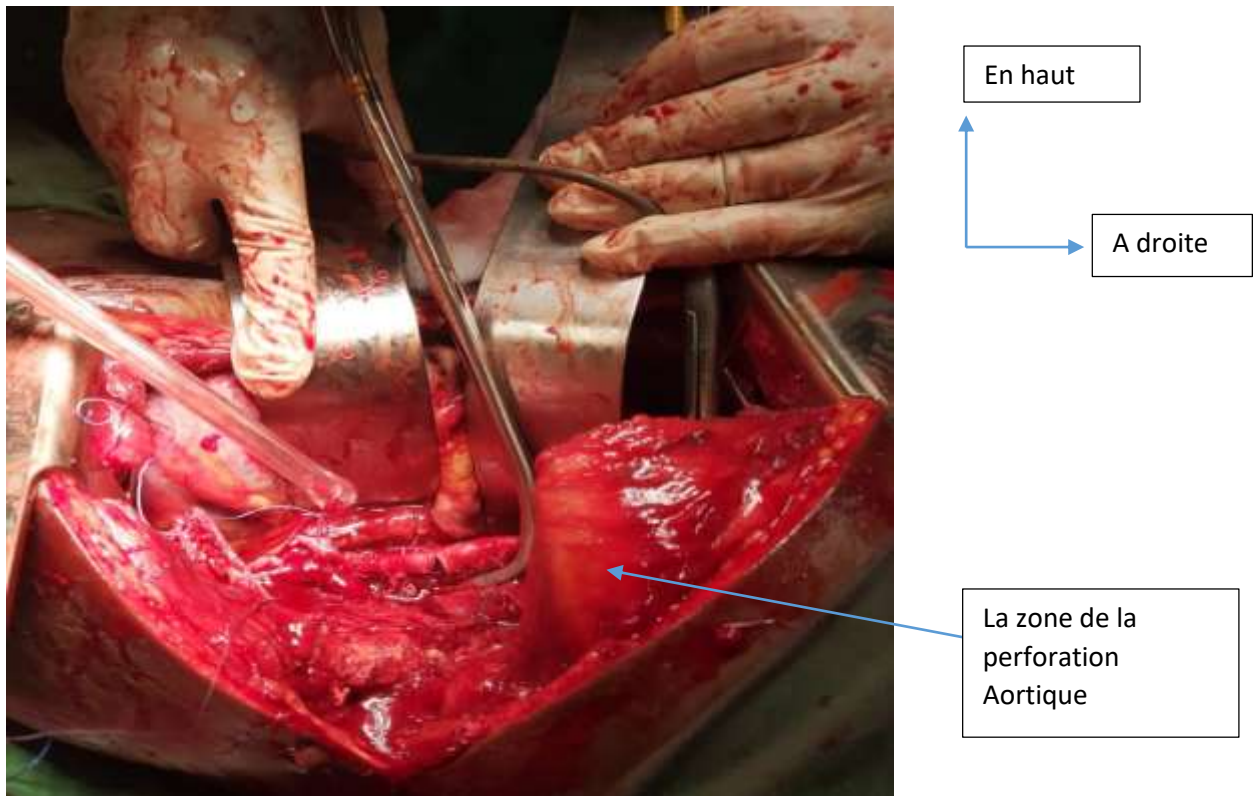


Image 4 : la perforation aortique au niveau thoracique

Le geste réalisé a été l'aspiration d'environ 2 litre de sang, clampage partielle de l'aorte, nous avons suturé les 2 perforations avec des prolènes 4/0.

Au cours de l'intervention le patient avait fait un arrêt cardiaque.

Par la suite il a été récupéré après massage cardiaque directe sur le cœur.

Après l'intervention nous avons hospitalisé le patient au service de réanimation ou il était décédé aux 6^{eme} jours dans un tableau de CIVD.

3. Nous avons reçu au urgence de l'hôpital militaire de Djibouti un patient âgé de 51 ans sans antécédent pathologie particulier reçu pour hemopéritoine post traumatique par arme blanche qui présentait cliniquement une douleur abdominale au point d'impact, une défense periombilicale droite localise, une contracture et une plaie periombilicale droite d'environ 0,5 cm.

Devant ces signes cliniques nous avons demandé un certain nombre des bilans notamment un bilan biologique revenue normal et une échographie en faveur d'un épanchement modéré dans le douglas.

Nous avons retenu le diagnostic d'un hemoperitoine post traumatique par arme blanche.

Nous avons opéré le patient, en peropératoire c'était une perforation de l'iléon à 100 M de l'angle iléo caecale d'orifice environ 1CM .

Le geste réalisé a été l'aspiration d'environ 100 cc de liquide stercorale ravivement de la berge de l'orifice de la perforation, suture de la berge, lavage de 3L de sérum salée isotonique, drainage.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Méthodologie

L'avantage de notre méthodologie était la précision des informations à travers les dossiers des malades, les registres du bloc opératoire, les registres d'hospitalisation, les registres consignant les comptes rendus opératoires et les fiches d'enquêtes individuelles.

Cependant nous avons rencontré certaines difficultés à savoir :

- L'insuffisance de suivi post-opératoire due au non-respect des rendez-vous postopératoires par les patients.
- Les restrictions des mouvements des patient due à la pandémie de COVID19

5.2. Fréquence $\chi^2_{ddl=3, \alpha=0,05} p < 0,05$. P= $3,261 \cdot 10^{-59}$

Tableau 51 : Comparaison des urgences digestives selon la fréquence

| Etude | Nombre des urgences digestives | Nombre total des urgences chirurgicales | Pourcentage de de UCD |
|---|--------------------------------|---|-----------------------|
| Arnaud J et al. France 2003 (44) | 272 | 638 | 42,63 % |
| M. Lassina SAMOURA | 103 | 1061 | 9,70% |
| Bougouni , mali , 2011 [40] | 1131 | 3908 | 28,94 % |
| SAJRADI BRAHIM. Maroc ,2004-2005 (43) | 660 | 2956 | 22,32 % |
| BOUMEDIENE MOHAMMED. Maroc ,1995-1997 (45) | 50 | 200 | 25,1 % |
| Notre étude | 50 | 200 | 25,1 % |

Au cours de notre étude, les urgences chirurgicales digestives ont constitué 25.1% de l'ensemble des activités du service de chirurgie générale de l'hôpital militaire de Djibouti. Des taux statistiquement similaires ont été trouvés :

- ✓ **Au Maroc SAJRADI BRAHIM** [43] avait rapporté 28 ,94 % d'UCD dans le service de l'hôpital provincial de TIZNIT.
- ✓ **Au Maroc Boumedienne Mohammed** [45] avait rapporté 22,32 % d'UCD dans le service de l'hôpital provincial béni Mellal.

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

5.3. Age

Tableau 52 : Comparaison des urgences digestives selon l'âge

| Nature de l'urgence | Etude | Tranche d'âge la plus touchée | Age moyen |
|---------------------------------|--|-------------------------------|-----------|
| Pathologie abdominale D'urgence | Cassina, RFA, 1996[14] | 21-30 | 40 ans |
| | M. Yacouba FANE CSREF commune I Mali 2017 [53] | 30-40 | 32,67 ans |
| | M. Lassina SAMOURA Bougouni , mali , 2011 [40] | 21 à 40 ans, | 34 ans |
| | Mr Issa Diafara BERTHE , point g Mali 2008[54] | 20 à 39 ans | 32,67 ans |
| | Notre etude | 30 à 44 | 33,7 ans |

Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentée a été de 30 à 44 ans, avec un âge moyen de 33,7 ans.

Ce résultat était stastiquement comparable avec celui de :

Mr Issa Diafara BERTHE [54] **du point G** et de **Yacouba FANE** [53] **au CSREF commune I** qui ont trouvé dans leur série la même tranche d'âge.

Dans la littérature les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie entre 30 à 45 ans [14, 15, 16, 29] .

5.4. Sexe

Tableau 53 : Comparaison des urgences digestives selon le sexe

| Nature de l'urgence | Etude | Sexe le plus touchée | Sex-ratio |
|---------------------------------|---|----------------------|-----------|
| Pathologie abdominale D'urgence | M. Yacouba FANE CSREF commune I Mali 2017 [53] | Masculin | 1 ,5 |
| | M. Lassina SAMOURA Bougouni , mali , 2011 | Masculin | 1,78 |
| | Mr Issa Diafara BERTHE , Point G Mali 2008 [54] | Masculin | 2,34 |
| | Notre étude | Masculin | 1,2 |

Dans notre étude, le sexe masculin a été majoritaire, soit 56 % avec un ratio de 1.2 en faveur des hommes.

Ce résultat était statistiquement comparable à celui de **M. Yacouba FANE** [54] CSREF commune I , **M. Lassina SAMOURA** [40] **Bougouni** mais légèrement inférieur à celui de **Mr Issa Diafara BERTHE** [53] **du point G** qui a trouvé dans sa série le sexe masculin avec un ratio de 2,34.

Cette différence pourrait être due à la taille de notre échantillon.

Dans la littérature Africaine, Asiatique, Européenne [15, 16, 17, 18], les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin.

5.5. Temps écoulé entre l'admission et l'intervention

La majorité de nos patients soient 80 %, ont reçu une intervention chirurgicale dans les deux premières heures après leurs admissions.

Vingt (20) % de nos patients ont été opérés dans les 2 à 3 heures suivant leur admission. Ceci s'expliquerait par les faits suivants :

- La non disponibilité immédiate du chirurgien de garde.
- Le temps de trajet nécessaire pour se rendre à l'hôpital.

5.6. L'examen clinique

D'une manière générale la douleur abdominale a été le premier motif de consultation chez la plupart de nos patients. Ces caractéristiques sémiologiques et les autres signes associés ont permis dans tous nos cas, l'orientation diagnostique. Cette douleur a été rapportée dans la littérature comme motif de consultation le plus fréquent.

Mabiala – Babela J.R. et coll. [28] ont trouvé 100 % des cas de douleur dans leur série.

Padonou N. et coll. [29] ont eu 100 % des cas de douleur dans leur série.

M. KONATE [3] avait rapporté 100 % des cas de douleur dans son étude.

Ceci conforte nos résultats.

5.7. Fréquence des principales étiologies

5.7.1. Appendicite aiguë

Au cours de notre étude, le diagnostic d'appendicite aiguë a été posé dans 28 cas en préopératoire.

5.7.1.1. Fréquence 2 ddl= 3, $\alpha=0,05$ $p<0,05$. P= 6,40 10-37

Tableau 54 : Comparaison des appendicites aiguës selon la fréquence

| Série | Nombre total d'occlusions intestinales | Effectif des urgences chirurgicales abdominales | Nombre de cas d'appendicite aiguë | Pourcentage Des appendicites aiguës |
|-------------|--|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Appendicite | Arnaud J et al. France 2003 (44) | 272 | 158 | 58,08% P= 0,714 |
| | LASSINA SAMOURA. Mali 2009 (40) | 103 | 23 | 22,33 % P=0000314 |
| | BRAHIMA GAYE et All Dakar 2016 (39) | 161 | 27 | 16,8% P=0,000 |
| | ETIENNE ET AL. France 1994 (33) | 400 | 282 | 70,5% P= 0,002 |
| | Notre étude | 50 | 28 | 56,5% |

L'affection la plus fréquente dans notre série était l'appendicite aiguë, elle a été également fréquemment notée dans les pays développés.

Par contre dans les autres séries africaines, l'appendicite aiguë avait occupé le 3eme rang avec 23 cas soit 22,33% de l'ensemble des urgences viscérales au CSREF de Bougouni et 27 cas soit 16,8% de l'ensemble des urgences viscérales au CHP de Dakar.

Ceci s'expliquerait par le faite que l'appendicite aiguë était prise en charge dans plusieurs structures de 2eme et 3eme rang notamment dans le CSREF, les cliniques privés

5.7.1.2. Sexe

Tableau 55 : Comparaison des appendicites aiguës selon le sexe :

| Série | Nombre total des appendicites | Sexe Ratio | Nombre de cas | Pourcentage |
|--------------------------------------|-------------------------------|------------|---------------|-------------|
| Arnaud J et al. France 2003 [44] | 158 | 1 ;11 | 83 | 52,53% |
| LASSINA SAMOURA. Mali 2009 [40] | 23 | 1.3 | 13 | 56,52% |
| BRAHIMA GAYE et All, Dakar 2016 [39] | 27 | 2,37 | 19 | 70,37% |
| BROWER USA 2004 [4] | 169 | 2,07 | 114 | 67,45% |
| NOTRE étude | 28 | 1 ,54 | 17 | 61% |

Dans notre étude, dès 28 cas d'appendicite aiguë relatés, 17 cas étaient de sexe masculin et ce conformément à la plupart des observations rapportés qui notaient une prédominance du sexe masculin.

Cela confirme les données de la littérature, selon lesquelles le sexe masculin serait le plus affecté par les appendicites aiguës [4-39-40-44].

5.7.1.3. Age χ^2 ddl= 3, $\alpha=0,05$ $p<0,05$. P= 0,841

L'appendicite aiguë était une pathologie de l'adulte jeune.

Tableau 56 : comparaison des âges moyen selon les auteurs

| Série | Nombre total des appendicites | Age le plus touché | Age moyen | Pourcentage |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------|--------------------|
| Konate, mali 2005 | 158 | 20-30 | 26,7 ans | 43,03% P=0,048 |
| Testart [49], USA, 2003 | 23 | 20-40 | 24,1 ans | 47,82% P=0,641 |
| Zoguereh [39], RCA, 2005 | 27 | 20-40 | 26,9 | 51,85% P=0,0781 |
| Notre étude | 28 | 15-30 | 22,17 | 57% |

La population jeune était la plus touchée dans l'ensemble des études avec une nette prédominance pour la tranche d'âge située entre 20 et 30 ans.

L'âge moyen de notre série était 22,17 ans et ne présentait pas de différence statistiquement significative aux autres séries.

5.7.1.4. Clinique

✓ **Signes fonctionnels** $\chi^2_{ddl=3}$, $\alpha=0,05$, $p<0,05$. $P=0,0069$

Le diagnostic de l'appendicite aiguë restait clinique.

Tableau 57 : répartition des signes fonctionnels selon les auteurs

| Auteurs | Dembélé [27], Mali, 1998 N=86 | David [13] RCA, 2001 N=285 | Pearl [45], USA, 2003 N= 153 | Notre étude N=28 |
|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| Douleur FID | 100% N=86 | 82% N=234 | 96% N=147 | 93% N=26 |
| Vomissement et/ ou nausées | 36,03% N=31 | 56% N=160 | 66% N=101 | 82% N=23 |
| Constipation | 20,56% N=17,69 | 21% N=60 | 17% N=26 | 53,5% N=15 |

Le siège de la douleur dans l'appendicite aiguë était classiquement dans la FID cette localisation de la douleur a été retrouvé dans la grande majorité des cas par les différents auteurs [45 -46] .

Cependant les variations anatomiques de la position de l'appendicite peuvent être à l'origine d'une autre localisation de la douleur.

Les troubles digestifs qui apparaissent le plus souvent après la douleur sont représentés par les nausées, les vomissements la constipation et la diarrhée.

Ces symptômes sont notés dans les différentes séries consultées [16, 41,46] .

✓ **Signes physiques**

Tableau 58 : fréquences des signes physiques selon les auteurs

$\chi^2_{ddl=3}$, $\alpha=0,05$ $p<0,05$. $P= 0,000148$

| Auteurs | Dembelé [27], Mali, 1998 N=86 | Zoguereh [47], RCA, 2005, N=110 | David [13] RCA, 2001 N=285 | Notre étude N=28 |
|-------------------------------|--|--|----------------------------------|---------------------|
| Fièvre | 79% | 81% | 78% | 92% |
| Défense FID | 94,18% | 87,7% | 80% | 100% |
| Douleur au toucher pelvien | 93% | 96,7% | 41,1% | 64% |

La défense pariétale de la FID due à l'irritation de la séreuse péritonéale par l'inflammation constitue un signe capital en faveur du diagnostic de l'appendicite aiguë. Elle a été retrouvée dans les différentes séries [16, 39,41] à des taux supérieurs à 80%.

L'absence de la fièvre n'exclue pas le diagnostic mais si elle est présente, elle renforce le diagnostic. Les différents auteurs l'ont noté chez les 4/5 des malades.

La douleur au toucher pelvien est un signe qui doit être systématiquement recherché même si son absence ne signifie pas toujours que l'appendice est saine [49] . Il s'agit d'une douleur située à droite dans le douglas au TR et/ou TV.

Il existait une similarité statistique entre les résultats des études malienne, centre africaine et djiboutienne concernant les signes retrouvés à l'examen physique.

La défense de la FID et la douleur au toucher pelvien sont les signes physiques essentiels dans le diagnostic de l'appendice. Ces deux signes ont été notés avec des fréquences différentes par les auteurs [16 ; 46 ; 50] .

Ces différences pourraient être liées à un biais de recrutement d'une part et le fait que les malades consultent tardivement chez nous d'autre part.

5.7.1.5. Examens paracliniques

$$\chi^2_{ddl=3, \alpha=0,05} \quad p < 0,05. \quad P = 5,019 \times 10^{-26}$$

Le diagnostic de l'appendicite aiguë était essentiellement clinique.

Devant tout tableau clinique douteux et avec le concours du radiologue, nous avons réalisé une échographie afin de palier au doute. Ceci a objectivé des signes en faveur d'une appendicite aiguë.

Tableau 59 : Comparaison du résultat de l'échographie selon les auteurs

| Nature de l'urgence | Etude | Aspect échographique prédominant | Nombre de cas | % |
|---------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------|--------|
| Appendicite Aigue | CHRU de Montpellier France 2003 (12) | Paroi appendiculaire épaissie | 134 | 84,81% |
| | CHP de Rhône France 1994 (15) | Echographie normale | 112 | 39,71% |
| | Hôpital de Williamsburg USA 2004 [16] | Paroi appendiculaire épaissie | 118 | 69,82% |
| | CHU Dakar 2016 [14] | Appendicite + agglutination des anses | 15 | 55,55% |
| | CSREF Bougouni Mali 2009 [10] | Epanchement + agglutination des anses | 11 | 47,82% |
| | CHP Béni-Mellal 1995-1997 [11] | Paroi appendiculaire épaissie | 148 | 37,85% |
| | CHP de Tiznit 2004-2005 [4] | Paroi appendiculaire épaissie | 288 | 43,70% |
| | Notre étude | Paroi appendiculaire épaissie | 14 | 61% |

Dans notre étude et dans celles de Tiznit et de Béni Mellal au Maroc, l'aspect échographique le plus fréquemment retrouvé était une paroi appendiculaire épaissie.

Dans l'étude de Bougouni l'épanchement péritonéal était fréquent avec 11 cas soit 47,82%.

Dans l'étude de Dakar une paroi appendiculaire épaissie associée à une agglutination des anses étaient fréquemment présentes chez plus de la moitié des cas.

Cette différence des études ouest africaine résidait par la consultation tardive des patients.

5.7.1.6. Traitement

$\chi^2_{ddl=3, \alpha=0,05} p < 0,05$. $P = 3,77 \cdot 10^{-8}$

Voie d'abord

Le traitement de l'appendicite aiguë était chirurgical. La voie d'abord dans les appendicites non compliquées reste l'incision de Mac Burney, dix-neuf patients de nos malades ont bénéficié d'une appendicectomie à ciel ouvert soit 68 %.

Neufs patient ont bénéficié la cœlioscopie soit 32% d'appendicectomie par voie coelioscopique.

Selon certains auteurs l'abord coelioscopique aurait comme avantage.

- diminution des complications pariétales.
- diminution de la douleur postopératoire.
- diminution des occlusions post-appendiculaires.
- diminution de la durée d'hospitalisation [24 ;54] .

Tableau 60 : comparaison du traitement selon les auteurs

| Nature de l'urgence | Etude | Geste thérapeutique | Nombre de cas | % |
|---------------------|---------------------------------------|--|---------------|--------|
| Appendicite Aigue | CHRU de Montpellier France 2003 [12] | Appendicectomie | 134 | 84,81% |
| | Ethienne All France 1994 [33] | Appendicectomie | 124 | 79,71% |
| | Hôpital de Williamsburg USA 2004 [16] | Appendicectomie | 118 | 69,82% |
| | CSREF Bougouni Mali 2009 [40] | Appendicectomie+ toilette péritonéale + Drainage | 11 | 47,82% |
| | CHP Béni-Mellal 1995-1997 [11] | Appendicectomie | 148 | 37,85% |
| | Notre étude | Appendicectomie sans enfouissement du moignon | 28 | 100 % |

L'appendicectomie en urgence était le geste thérapeutique le plus fréquemment réalisé dans notre série, dans les séries américaine, française et marocaines, cependant une toilette péritonéale avec drainage se sont avérés nécessaires au cours de la série de Bougouni et une antibiothérapie suivie d'une appendicectomie en différé dans l'étude de Dakar.

Ceci s'expliquerait par le retard des prises en charges des patients en Afrique de l'ouest.

5.7.1.7. Les suites opératoires

$\chi^2_{ddl} = 3, \alpha = 0,05$ $p < 0,05$. $P = 0,000148$

Tableau 61 : les suites opératoires selon les différents auteurs

| Auteurs | Garcia [55], Espagne 2005 | Mungadi, Nigeria [38], 2005 N=76 | M . KONATE Mali 2005 [3] N=80 | Notre étude N= 28 |
|----------------------|------------------------------|--|--|----------------------|
| Abcès de la paroi | 2,2% p=0,8936 | 13,7% p=0,0079 | 2,1% | 3,6% |
| Taux de morbidité | 2,2% p=0,893 | 14,7% p=0,0079 | 2,1% | 3,6% |
| Taux de mortalité | 0 | 1,6% p=0,9823 | 0 | 0 |

L'abcès de paroi représentait dans notre série l'unique cause de morbidité.

Notre taux d'abcès de paroi 3,6 % est comparable à ceux de Daly 1,2% $p=0,9$ et de Garcia avec $p=0,8$, mais nettement inférieur à celui de Mungadi 13,7% $P=0,007$.

Cette différence peut être due à l'amélioration de nos conditions d'asepsie et d'antisepsie dans nos unités opératoires.

Le pronostic de l'appendicite était bon. Les auteurs ont rapporté un taux de mortalité de 0 à 1,6 [25,55,56] .

5.7.2. OCCLUSION : N=11

5.7.2.1. Epidémiologie

Fréquences χ^2 ddl= 3, $\alpha=0,05$ $p<0,05$. P= 0,0430

Tableau 62 : fréquences des occlusions par rapport aux urgences abdominales chirurgicales selon les auteurs.

| Auteurs | Effectif des urgences abdominales chirurgicales | Pourcentages des occlusions |
|---------------------------------------|---|-------------------------------|
| M.Konate Mali , 2005 [3] | 278 | 34,53 % N= 96 P=0,132 |
| Lassina SAMOURA Mali 2009 [40] | 103 | 29 % N= 30 P= 0,41 |
| Dembelé [27], Mali, 1998 | 273 | 27,5 % N= 75 P=0 ,00933 |
| Notre étude, Djibouti , 2020 | 50 | 22 % N= 11 |

Dans notre série notre taux de 22% était comparable statistiquement à celui de Dembelé [16] 27,5%, $p=0,00933$. Par contre elle n'était pas comparable avec celle de Mr Konate et Mr Lassina Samoura. Cette différence entre notre étude avec ces derniers était probablement due à la période d'étude et à la taille de notre échantillon.

5.7.2.2. Age

Tableau 63 : âges moyen selon les différents auteurs

| Série | Nombre total d'occlusions intestinales | L'âge moyen |
|------------------------------|--|-------------|
| Abi F [42], Algérie, 2001 | 100 | 35 ans |
| Bresler L et all , 2003 [52] | 70 | 72 ans |
| Muyembe Kenya, 2001[51] | 139 | 43 ans |
| Notre étude | 11 | 44,62 ans |

En 2001 en Algérie, Abi **F** [42] et **all** avaient rapportés 100 cas dont l'âge moyen était de 35 ans.

En 2001 au Kenya **Muyembe** [51] et **all** avaient rapportés 139 cas dont l'âge moyen était de 43 ans.

Dans notre étude la population âgée entre 30 et 44 ans était la plus touchée avec un âge moyen 44,62 ans.

L'âge moyen jeune de nos patients est surtout lié à la jeunesse de la population africaine en générale.

La moyenne d'âge était statistiquement similaire dans les séries africaines néanmoins inférieurs à celui retrouvé en Europe.

Cette différence statistiquement significative peut être expliquée par le Vieillessement de la population européen.

5.7.2.3. Sexe

$\chi^2_{ddl=3, \alpha=0,05} p < 0,05$. **P= 0,000148**

Tableau 64 : Répartition des occlusions intestinales aiguës par sexe dans différentes études

| Série | Nombre total des occlusions intestinales | Sexe le plus touché | Nombre de cas | Pourcentage |
|------------------------------------|--|---------------------|---------------|-------------|
| Arnaud . J all France 2003 [44] | 30 | Masculin | 16 | 53,33% |
| Lassina Samoura Mali 2009 [40] | 29 | Masculin | 18 | 62,06% |
| Ibrahima Gaye Dakar 2016 [39] | 93 | Masculin | 58 | 62,36% |
| Brower USA 2004 [4] | 26 | Masculin | 17 | 65,38% |
| Notre étude | 11 | Masculin | 6 | 55 % |

Dans notre étude, sur le 11 cas recensé, 6 cas étaient de sexe masculin ce qui représente 55 %.

En 2009 au mali, **Lassina soumare** [44] et **Ibrahima gaye** au Sénégal en 2016 avaient publié respectivement 62,06 % des cas et 62,36 % de cas de sexe masculin.

Nos résultats sont conformes aux données de la littérature selon lesquelles le sexe masculin serait le plus touché.

5.7.2.4. Signes cliniques

✓ Signes fonctionnels

χ^2 YATES $ddl=3, \alpha=0,05 p < 0,05$ $1,67 \times 10^{-9}$

Tableau 65 : comparaison des signes physiques selon les différents auteurs

| Série | Etude | Signe fonctionnel le plus fréquent | Nombre de cas | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------------|----------------|
| Occlusion intestinale aiguë | Ibrahima Gaye Dakar 2016 [39] | Douleur abdominale | 25 | 92% N=23 |
| | Ethienne All France 1994 [33] | Douleur abdominale | 30 | 63,33% N=19 |
| | Brower USA 2004 [4] | Douleur abdominale | 29 | 79,31% N=23 |
| | Notre étude | Douleur abdominale | 11 | 100% N=11 |

La triade de Mondor : la douleur, les vomissements, l'arrêt des gaz et des matières caractérisent l'occlusion.

La douleur, principale symptôme a été notée chez presque tous les malades et dans toutes les séries africaines.

L'arrêt des matières et des gaz étaient le signe fonctionnel le plus fréquent dans les études françaises et américaines.

✓ Signes physiques

Tableau 66 : les signes physiques selon les différents auteurs

| Auteurs | Nombre | Météorisme | Tympanisme |
|---------------------------------------|--------|---|--------------------------|
| Adesunkanmi, Nigeria [50], 1995 | 142 | 60 % N= 85,2 P=8,9X10 ⁻⁶ | 28,2 % N= 40 P=0,5 |
| Keita, Mali, 1996 [7], | 61 | 77% N=47 P=0,47 | 27,8% N= 17 P=0,06 |
| Konate, mali 2005[3] | 96 | 64 ,1% N= 61 P=4,4X10 ⁻⁶ | 32% N= 31 P=0,01 |
| Notre étude | 11 | 100% N=11 | 55% N= 6 |

La fréquence des différentes signes physiques (météorismes, déformation de l'abdomen, bruits intestinaux tympaniques) sont liés au siège, au stade évolutif de l'occlusion.

D'après la littérature, le signe physique les plus fréquemment retrouvés sont le météorisme abdominal. Au cour des séries ci-contre on rencontre quelque différence ceci pourrait s'expliquer par le faite que notre étude était prospective.

5.7.2.5. Examens paraclinique

Un bilan biologique standard préopératoire a été réalisé chez tous les patients afin d'évaluer le retentissement de l'occlusion intestinale sur l'état général du patient. (17)

L'abdomen sans préparation était l'examen fondamental, qui avait bien évidemment été réalisé chez 97,14% de nos patients et dans 100% des cas dans

les autres séries (14), où il avait objectivé des niveaux hydro-aériques chez plus de la moitié des patients.

Le scanner avait également posé le diagnostic des occlusions notamment en mettant en évidence d'une manière générale un aspect de transition brutale du calibre des anses sans obstacle visible chez 5 cas, soit 56 % sur les 9 cas de réalisation du scanner abdominal.

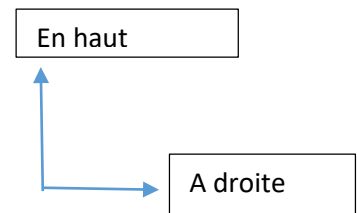


Image 1 : aspect de transition brutale du calibre des anses sans obstacle visible

5.7.2.6. Etiologie

Tableau 67 : Etiologies des occlusions intestinales des différentes études

| Nature de l'urgence | Etude | Etiologie | Nombre de cas | Urgence |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------------|---------------|---------|
| Occlusion intestinale aiguë | Arnaud J .all France 2003 [44] | Occlusion sur brides | 12 | 40% |
| | Brower USA 2004 [4] | Occlusion sur brides | 9 | 36% |
| | Lassaina Samoura Mali 2009 [40] | Hernie étranglée | 21 | 51,21% |
| | Boumedienne Mohamed 1995-1997 [45] | Hernie étranglée | 39 | 48,75% |
| | Notre étude | Occlusion sur bride | 6 | 54 .5% |

La cause principale des occlusions rencontrées dans notre série, était l'occlusion sur brides comme a été également rapportes dans les séries de Montpellier et de Williamsburg.

Par contre dans les séries du CSREF de Bougouni au mali et du CHP Beni MELLAL au Maroc c'était la hernie étranglée qui a été la cause principale.

Cela pourrait s'expliquer par la prise en charge précoce des hernies en Europe qu'en Afrique.

5.7.2.7. Traitement

Tableau 68 : Traitement des occlusions intestinales des différentes études

| Nature de l'urgence | Etude | Geste thérapeutique | Nombre de cas | % |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------|--------|
| Occlusion intestinale aiguë | Arnaud J .all France 2003 [44] | Section de la bride + adhesiolyse | 12 | 40% |
| | Brower USA 2004 (16) | Section de la bride + adhesiolyse | 9 | 36% |
| | Ibrahima Gaye Dakar 2016[39]) | Cure de la hernie étranglée | 40 | 43,01% |
| | Lassaina Samoura Mali 2009 [40] | Cure de la hernie étranglée | 21 | 51,21% |
| | Notre étude | section de la bride + adhesiolyse | 6 | 54,5% |

Dans la majorité des cas, le traitement chirurgical avait nécessité à la fois une adhésiolyse avec entéro-vidange rétrograde et section de bride, notamment dans notre série, celles marocaines et occidentales.

Par contre, le traitement chirurgical avait consisté en Afrique de l'ouest la cure de la hernie pour lever l'occlusion.

5.7.3. Péritonite

5.7.3.1. Fréquence des péritonites

χ^2 YATES ddl= 3, $\alpha=0,05$ $p<0,05$ $1,302 \times 10^{-26}$

Tableau 69 : Fréquence des péritonites selon les études.

| Nature de l'urgence | Nombre total des urgences viscérales | Nombre de cas péritonite | Pourcentage % |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|---------------|
| Arnaud J .all France 2003 [44] | 272 | 11 | 4,04% |
| Ibrahima Gaye Dakar 2016[39] | 161 | 29 | 18% |
| Lassaina Samoura Mali 2009 [40] | 103 | 43 | 41,74% |
| Ethienne All France 1994 [33] | 400 | 23 | 5,75% |
| Notre étude | 50 | 8 | 16 % |

La péritonite occupe la troisième place dans notre série et les séries françaises, néanmoins elle vient au premier plan dans la série de Bougouni au Mali et au deuxième plan dans la série de Dakar.

Notre taux à 16 % était supérieur à celle de CHP du Rhône en France 5,75 % et celle de CHU de Montpellier en France 4,04%.

Cette différence pourrait être liée à la fréquence des maladies infectieuses (fièvre typhoïde) et au retard de consultation en Afrique.

5.7.3.2. Comparaison des péritonites aiguës selon l'âge

χ^2 YATES $ddl=3, \alpha=0,05, p<0,05$ 0,007

Tableau 70 : Tranche d'âge la plus touchée au cours des péritonites aiguës des différentes études

| Série | Nombre total des péritonites | Age le plus touché | Nombre de cas | Pourcentage |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------|---------------|-------------|
| Arnaud J .all France 2003 [44] | 11 | 30-40 | 5 | 45,45% |
| Lassaina Samoura Mali 2009 [40] | 43 | 30-40 | 20 | 46,51% |
| Ibrahima Gaye Dakar 2016[39] | 29 | 20-40 | 15 | 51,72% |
| Brower USA 2004 (16) | 19 | 21-30 | 7 | 36,84% |
| Ethienne All France 1994 [33] | 33 | 21-30 | 19 | 57,57% |
| NOTRE série | 8 | 30-44 | 3 | 38 % |

L'âge moyen de survenue de la péritonite dans notre étude était situé entre 30-44 ans.

Ibrahima gaye et all au Sénégal en 2016 avaient rapporté 29 cas de péritonite dont 15 cas soit 51,72% avait un âge moyen située entre 20 à 40.

Lassina Samoura et all au mali en 2009 avaient rapporté 43 cas de péritonite dont 20 cas soit 46,51% avait un âge moyen situe entre 30 à 40 ans.

Nos résultats sont conformes aux données de la littérature.

5.7.3.3. Selon le sexe

χ^2 YATES ddl= 3, $\alpha=0,05$ p<0,05 0,009

Tableau 71 : Répartition des péritonites aiguës par sexe dans différentes études

| Série | Nombre total des péritonites | Sex-ratio | Nombre de cas | Pourcentage |
|---------------------------------------|------------------------------|------------|---------------|-------------|
| Arnaud J .all France 2003 [44] | 11 | 1,75 | 7 | 63,63% |
| Lassina Samoura Mali 2009 [40] | 43 | 1,8 | 28 | 65,11% |
| Ibrahima Gaye Dakar 2016[39] | 29 | 2,2 | 20 | 69% |
| Ethienne All France 1994 [33] | 33 | 2,3 | 23 | 69,70% |
| Notre étude hôpital militaire 2020 | 8 | 2,6 | 5 | 56 % |

Dans notre étude, dès 8 cas des péritonites relatés 5 cas soient 56 % étaient de sexe masculin avec un ratio de 2,6.

En France Etienne et All [33] en 1994 avaient publié une cohorte de 400 cas de péritonite dont 282 cas était de sexe masculin avec un ratio de 2,2.

Au Sénégal Ibrahima gaye et all [39] en 2016 avaient publié une cohorte de 29 cas de péritonite dont 20 cas étaient de sexe masculin avec un ratio de 2,2

Nos résultats sont conformes aux données de la littérature selon lesquelles le sexe masculin serait le plus touché par la péritonite.

5.7.3.4. Motif de consultation

Tableau 72 : Motif de consultation le plus fréquent au cours des péritonites des différentes études

| Nature de l'urgence | Etude | Signe fonctionnel le plus fréquent | Nombre de cas | % |
|---------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------------|--------|
| | Arnaud J .all France 2003 [44] | Douleur abdominale | 10 | 90,90% |
| | Ethienne All France 1994 [33] | Douleur abdominale | 43 | 100% |
| | Brower USA 2004 | Douleur abdominale | 16 | 84,21% |
| | Ibrahima Gaye Dakar 2016[39] | Douleur abdominale | 28 | 96,55% |
| | Lassina Samoura Mali 2009 [40] | Douleur abdominale | 40 | 93,02% |
| | Notre étude | Douleur abdominale | 9 | 100% |

La douleur abdominale a été le signe le plus prédominant pour la péritonite, c'était le cas dans notre étude et dans la littérature à laquelle nous avons pu accéder.

5.7.3.5. Signe physique

Tableau 73 : Signe physique le plus fréquent au cours des péritonites aiguës des différentes études

| Nature de l'urgence | Etude | Signe Physique le plus fréquent | Nombre de cas | % |
|---------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------|--------------|
| Péritonite aiguë | Arnaud J .all France 2003 [44] | Contracture abdominale | 7 | 63,63% |
| | Brower USA 2004 [4] | Contracture abdominale | 14 | 73,68% |
| | Ibrahima Gaye Dakar 2016[39] | Contracture abdominale | 27 | 93,10% |
| | Lassina Samoura Mali 2009 [40] | Contracture abdominale | 38 | 88,37% |
| | Notre étude | Contracture abdominale | 8 | 100 % |

La contracture abdominale a été retrouvée chez la plupart de patients soit 100 % dans notre série et 89,47% dans la série de Bougouni.

Dans la littérature ; plusieurs auteurs rapportent le même constat.

5.7.3.6. Signe paraclinique

1.ASP

Tableau 74 : Aspect de l'ASP prédominant au cours des péritonites des différentes études

| Nature de l'urgence | Etude | Aspect échographique prédominant | Nombre de cas | % |
|---------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------|--------|
| Péritonite aigue | Ethienne All France 1994 [33] | Pneumopéritoine | 19 | 57,57% |
| | Brower USA 2004 [4] | Pneumopéritoine | 13 | 68,42% |
| | Ibrahima Gaye Dakar 2016[39] | Pneumopéritoine + NHA | 15 | 51,72% |
| | Lassina Samoura Mali 2009 [40] | Pneumopéritoine + NHA | 22 | 51,16% |
| | Notre étude | Peumoperitoine+ Grissaille diffuse | 5 | 62,5% |

En France en 1994 Ethienne et All [33] avaient rapportés 19 cas soit 57,57% de pneumoperitoine à l'ASP.

Au Sénégal en 2016 Ibrahima Gaye Dakar [39] avait rapporté 15 cas soit 51,72% de pneumoperitoine à l'ASP.

Dans toutes les études, l'ASP avait objectivé chez plus de la moitié des patients la présence de croissants gazeux inter hépato-diaphragmatiques. [20-21]

5.7.3.7. Etiologies

Tableau 75 : Etiologie des péritonites au cours des différentes études

| Nature de l'urgence | Etude | Etiologie | Nombre de cas | % |
|--|--|--|---------------|--------|
| Etiologie de péritonite appendiculaire | Brower USA 2004 [4] | Péritonite appendiculaire | 13 | 68,42% |
| | Brahim Gaye Dakar 2016 [39] | Péritonite par perforation intestinale | 15 | 51,72% |
| | Boumediene Mohammed 1995-1997 Maroc [45] | Péritonite appendiculaire | 15 | 31,91% |
| | Sajradi Brahim Maroc 2004-2005 [43] | Péritonite appendiculaire | 44 | 43,13% |
| | Notre étude | Péritonite appendiculaire | 5 | 62,5 % |

La perforation appendiculaire prédominait dans notre série avec 5 cas sur le 8 cas soit **62,5 %**.

C'est ainsi qu'aux **USA Bower et all en 2004** [33] avaient rapporté sur l'étiologie du 19 cas de péritonite, 13 cas étaient de péritonite par perforation appendiculaire.

Au Maroc **Sajradi Brahim en 2005** [43] avait retrouvé sur l'étiologie de 102 cas de péritonite 44 cas soit 43,13% étaient de péritonite par perforation appendiculaire.

La perforation appendiculaire était la cause la plus fréquente de péritonite retenue dans la littérature. [22]

Néanmoins la perforation intestinale était la cause principale des cas de péritonites colligés dans les séries de l’Afrique de l’ouest.

5.7.3.8. Traitement

Tableau 76 : Geste thérapeutique au cours des péritonites

| Nature de l’urgence | Etude | Geste thérapeutique | Nombre de cas | % |
|---------------------|--|---|---------------|--------------|
| Péritonite aigue | Brower USA 2004 [16] | Appendicectomie + toilette péritonéale | 13 | 68,42% |
| | Boumediene Mohammed 1995-1997 Maroc [45] | Appendicectomie + toilette péritonéale | 15 | 31,91% |
| | Sajradi Brahim Maroc 2004-2005 [43] | Appendicectomie + toilette péritonéale | 44 | 43,13% |
| | Lassina Samoura Mali 2009 [40] | Résection de l’anse perforée ou stomie + toilette péritonéale + drainage. | 22 | 51,16% |
| | Notre étude | Appendicetomie + toilette péritoneale | 5 | 62,5% |

Concernant notre étude sur le 11 cas 5 cas soit 62,5 % ont bénéficié d’appendicectomie et toilette péritonéale.

Ailleurs au Maroc notamment celle de (Tiznit et de Béni Mellal) ainsi que celle de Williamsburg le traitement chirurgical avait nécessité chez la majorité des patients une appendicectomie avec toilette péritonéale et drainage.

Les études menées en Afrique de l'ouest ont rapporté chez la plupart des patients avec un traitement chirurgical reposant sur la résection de l'anse perforée avec lavage et drainage péritonéal [13-14] .

5.7.4. Le traumatisme abdominal

Nous avons colligé 6% de traumatismes abdominaux. Ce taux se rapproche de celui obtenu au Mali par **DEMBELE B** [14] en 2005 et **KOUMARE S** [51] en 2001 qui ont trouvé respectivement 3,7 % et 5,5 % (**P = 0,0102**).

Au cours de notre étude, le traumatisme abdominal a été le principal cause de décès, nous avons enregistré 2 décès soit 4%.

Ce taux était comparable à celle rapporté au Mali par **Boubacar** [48] et par **Dembélé** [14] soit 6,96%.

La mortalité globale était de 4%, les causes de la mortalité étaient déterminés pour nos 2 malade et c'était un choc cardiogénique.

CONCLUSION

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale par leur fréquence élevée.

Les étiologies sont multiples et variées d'où la nécessité d'une étroite collaboration multidisciplinaire entre chirurgiens et anesthésiste-réanimateurs pour la prise en charge.

Le diagnostic précoce et la durée de prise en charge (délais entre le début des symptômes - l'admission - l'intervention) constituent les principaux facteurs pronostiques.

L'examen clinique bien conduit est la clef du diagnostic mais les examens complémentaires morphologiques sont également très utiles et oriente mieux le praticien.

Ils ne doivent pas retarder la sanction thérapeutique.

RECOMMANDATIONS

✓ A la population

- La consultation sans délai, des malades dans un hôpital devant toute douleur abdominale aiguë.
- L'observance d'une bonne hygiène alimentaire et corporelle

✓ AUX CMGA et AUX DSSA

- La formation en nombre suffisant de spécialistes en chirurgie viscérale, en réanimation et en radiologie.
- La mise en place d'un système de SAMU (Service d'Assistance Médicale Urgente) avec des ambulances et des hélicoptères médicalisés
- Le renforcement de service des urgences en personnel adéquat et suffisant (Personnel médical et paramédical).

✓ Au personnel sanitaire

- L'examen minutieux de tous les patients afin de poser un diagnostic précis.
- La proscription de la prescription hâtive et répétée des antibiotiques et antalgiques.
- La référence des malades dans le meilleur délai.
- Le renforcement de la collaboration interdisciplinaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. CHICHE B. MOULLE P.

Urgence chirurgicale. *Masson*, Paris 1980 ; 2.

2. MAIGA A A.

Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des pathologies abdominales chirurgicales d'urgence à l'hôpital de GAO,70 cas. Thèse Med-Bamako, 2008 :12 ; 77.

3. KONATE. M :

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

4. BROWER

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

5. DOMERGUE et al.

Apport coelioscopique dans les abdomens aigus. *Ann chir.* 1992 ; 46 (4) : 287-289.

6. DOUMBIA S

Abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital national de Point G.

Thèse Med Bamako 1982; N° 12

7. KEITA S.

Problème diagnostique et thérapeutique des abdomens aigus en chirurgie. Thèse Med Bamako, 1996, 13.

8. OUOLOGUEM M.O

Urgences chirurgicales digestives non traumatiques à l'hôpital de Sikasso. Thèse de Méd- Bamako, 2009 : 44 ; 97.

9. BERTHE I.D

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G. Thèse de Méd- Bamako, 2008 : 80 ; 102.

10. CHEVREL. JP. GUERAUD, JB. LEVY.

Appareil digestif, Masson 1986 ; 225 : 119 - 123.

11. ENCYCLOPEDIE MEDICO CHIRURGICALE.

Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. Urgences médico- chirurgicales (EMC) 240 59 A10. 1984. 10p.

12. BARBIER J. CARRETIER M. ROUFFINEAU J. et al.

Péritonites aiguës Encycl. Chirurgie urgence, 24048 B10. 2-1988. 18 P.

13. DAVID D et al.

Les appendicites aiguës au CHU de Bangui, aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques. Cahier santé 2001; 11 (2): 117 – 125.

14. HAROURA Y.

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) ;
Medecine d'Afrique Noire 2001, 42 (2) p.

15. CAMARA S.

Problème d'anesthésie et réanimation posé par la chirurgie abdominale d'urgence à l'hôpital Gabriel Touré ; thèse médecine Bamako (Mali) 1989, 68.

16. ISSIMAILA K.

Les urgences abdominales chirurgicales : Etude rétrospective sur deux années de Cocody. Thèse Med Abidjan N 1156.

17. MUSHTAQ A MEHBOOD Ali S, STPHEN L, PHILOMENA D J, SIFATW.

Survey of chirurgial emergencies in the rural population in the Northen areas of Pakistan. Trop Med and Int Health 1999; 12: 846p.

18. CASSINA P. et al.

Die effizienz der chirurgischen grunddiagnostik beim akuten abdominalschmerz. Der Chirurg 1996; 67: 254- 60.

19. MABIALA-BABELA J.R., PANDZOU N., KOUTABA E., GANGAZANDZOU S., SENGA P.

Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Brazzaville (Congo). Med Trop 2006 ; 66 : 172- 176.

20. CHICHE B.

Appendicite aiguë. Encycl Med chir (Paris France) urgence, face 24050 A10 (4304) 1984.

21. PADONOU et al.

Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar, statistiques de quatre ans (1973- 1976). Dakar Med 1979 ; 24 (1) : 90- 137.

22. BARBIER J. CARRETIER M. ROUFFINEAU J. et al.

Péritonites aiguës Encycl. Chirurgie urgence, 24048 B10. 2-1988. 18 P.

23. ADIADIA G :

Contribution à l'étude de péritonites aiguës généralisées chez l'enfant à propos de 100 observations au CHU de Dakar (Sénégal), thèse médecine, Dakar ; 1985 N0 45.

24. PAPAGRIGORIDAS S. BROWSE DJ, HOWARD ER.

Incarceration of umbilical hernias in adult: a rare but important complication. Urgences int 1988 ; 4 : 231- 236.

25. BARGY F BAUDOIN S.

Hernies de l'enfant et de l'adulte. Rev Prat 1997; 47: 289 - 294.

26. BOUBACAR BREHIMA DEMBELE.

Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes, A propos de 112 cas, Oct 2002- Sept 2003. Thèse Med Bamako, 2005 ; 250.

27. DEMBELE M.

Les abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital de Point G, 273 cas. Thèse Med 98

28. Mabiala-Babela J.R., Pandzou N., Koutaba E., Ganga-Zandzou S., Senga P.

Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Brazzaville (Congo). Med Trop 2006 ; 66 : 172- 176.

29. Pandonou N. Diagne B. N'Diaye M. Cherbonnel G M. Noussaume O.

Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques des quatre années (1973-1976) Dakar médical, 1979, 24,190-197.

31. Mondor H.

Diagnostics urgents : (Paris) Masson 1965 ; 1119p

32. Etienne J.C.

Diagnostic des urgences chirurgicales. Enc Med Chir (Paris), Urgences 1998 ; 240-039 B-10 : 27p

33. Etienne et al.

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. Enc Med Chir Urgences 1994; 240-390310: 27p

34. Adelain TB.

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

35. Boubacar Bréhima Dembélé.

Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes, A propos de 112 cas, Oct 2002- Sept 2003. Thèse Med Bamako, 2005; 250.

36. VAN RANDEN A., LAMERIS W., VAN ES H.W., VAN HEESEWIJK H.P., VAN RAMSHORST B., TEN HOVE W., et al.

A comparison of the Accuracy of Ultrasound and Computed Tomography in common diagnoses causing acute abdominal pain Eur Radiol 2011; 21 : 1535-1545

37. Abdou Raouf O, Guikoumbi JR, NDinga JP et Coll

Les urgences chirurgicales au centre hospitalier de Libreville. Med Trop 2002; 62: 281p.

38. Kassal B, Kane O, Diouf E, Beye MD

Les urgences dans un centre hospitalier et universitaire en milieu tropical : le point de vue de l'anesthésiste réanimateur. Med. Trop 2002 ; 62 : 247- 250.

**39. IBRAHIMA GAYE, PAPE ALASSANE LEYE, MAMADOU MOUR
TRAORE, PAPE IBRAHIMA NDIAYE, EL HADJI BOUBACAR BA,
MAMADOU DIAWO BAH**

Prise en charge péri-opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez
l'adulte du CHU Aristide Le Dantec. PAN AFR MED J. 2016 ; 24 : 190.

40. LASSINA SAMOURA.

Prise en charge des urgences chirurgicales viscérales au CSREF de
BOUGOUNI. JUIN 2011

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

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

42. Madiassa Konaté.

Prise en charge des urgences chirurgicales au CHU Gabriel Touré 2003-
2004. Thèse Med Bamako, 2005, 238.

43. SAJRADI BRAHIM.

Bilan des urgences chirurgicales viscérales à l'hôpital provincial de TIZNIT au
cours de 2 années (2004-2005).

44- Arnaud J et al.

Conduite à tenir devant un abdomen aigu.

Encycl Med Chir (Paris,), Urgences, 24089B –3-2003.

45. BOUMEDIENE MOHAMMED.

Bilan d'activités des urgences chirurgicales à l'hôpital provincial de Béni
Mellal.

2012

46- Pearl RH, Hale DA, Maloy M.

Pediatric appendicectomy.

Pediatr Surg 2003 ; 173-8.

47- Zoguereh DD, Lemaitre X, Ikoli JF, Delmont J, Chamlian A, Mandaba JL, Nali NM.

Acute appendicitis at the National University Hospital in Bangui. Central African

Republic: epidemiologic, clinical, paraclinical and therapeutic aspects

Santé 2001; 11 (2): 117-25.

48- Testart J et al.

Laparotomies blanches en urgences de 1950 à 1980.

Ann Chir 1993 ; 47 (4) : 320-325.

49- Guerriri M, Baldarelli M, Crosta F, Marconi M, Rimini M, Organetti M, Nisi M.

Appendicectomy: laparoscopic or « open approach »?

Minerva Chir 2005 ; 60 (1) : 47-54.

50- Adesunkanmi et al.

Changing pattern of acute intestinal obstruction, a tropical african population.

East Afr Med J 1996 ; 73 : 727-731.

51- Muyembe VN, Suleman N

Intestinal obstruction at a provincial hospital in kenya

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

52 – bresler L et all

Chirurgie d'urgences face au occlusions coliques :etude retrospective de 70 ans

J chir 2003 , 120 (12)

53-Yacouba FANE

Urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie générale du CSREF de la commune I, Thèse Med Bamako, 2017

54- Issa Diafara BERTHE ,

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie «A» du chu du point g, Thèse Med Bamako, 2008

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

I. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Numéro de la fiche d'enquête :.....1..... / ___ /
2. Numéro du dossier :.....1..... / ___ /
3. Nom et prénom :...robleh said dawaleh.....
4. Date de la consultation :.....25 JANVIER.....
5. Age :.....30 ANS / ___ /
a= 0 à 20ans b=20 à 40ans c=≥40ans
6. Sexe :.....M..... / ___ /
a= Masculin b= Féminin
7. L'ethnie :.....somalie..... / ___ /
a= Somalie b= afar c= arabe
8. Profession :fonctionnaire..... / ___ /
a=militaire b= Fonctionnaire c=Scolaires d=Eleveur
e=Ménagère f=Ouvrier g= Cultivateur
g= enfant h=Commerçant i= Autres
9. Provenance :.....AMBOULI..... / ___ /
a=Djibouti ville b= Ali sabieh c= Dikhil d= Obock e= Artta f= tadjaura
g= hors de Djibouti
10. Le mode de référence :.....VOITURE PERSONEL..... / ___ /
a= Ambulance b=Taxi c=Moto
11. La qualification du référent :.....C..... / ___ /
a=Médecin b=Infirmier c=Venue de lui-même

II. ANTECEDENTS :

12. Médicaux :.....RAS..... / ___ /

a= Notion d'Epigastralgie b=Notion de prise médicamenteuse c=HTA d=
diabète e= asthme f= drépanocytose

Si autres à préciser :.....

13. Chirurgicaux : opéré pour fracture du fémur...en 2013...../___/

a= Oui b= Non

II. TRAITEMENT REÇU AVANT L'ADMISSION :

14. Médical Spasfon anti inf.....flagyl..... /___/

a= Antalgique b= Antibiotique

c= AINS d= Néant

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

a= Oui b= Non

III. DONNEES CLINIQUES

A-Signes Fonctionnels

16. Motifs de consultation :...1 + 2...../___/

1= Douleur abdominal :..... 2= Nausées + Vomissements 3= Arrêt des matières
et des gaz

Si autre à préciser :

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

a=24H b=48 à c= ≥72H

18. Siège de la douleur :.....fid...../___/

a=FID b=FIG c=Hypogastre d=Epigastre e=Péri-ombilical
f=Généralisé

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

a=Brûlure b = Piqûre c= Torsion d= Indéterminé

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

a= Diffuse b= Localisée c=Indéterminée

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

a=Vomissement b=AMG c=Fièvre d=Céphalées e=Autres

B-Les signes généraux

22. La TA 12 /8 mmhg...../ ___/

a=Normale b=Augmentée c=Diminué

23. La T° :38...../ ___/

a=Normale b=Augmentée c=Diminué

24. La FR :17 cycle / mn/ ___/

a=Normale b=Augmentée c=Diminué

25. Le Pouls :80 puls / mn...../ ___/

a=Normale b=Augmentée c=Diminué

26. Conjonctives :normocolore/ ___/

a= Bonne coloration b= Pâleur c= Ictère

27. Karnosfki.....80%...../ ___/

a= 80% b= 70% c= 60% d= 50% e= 40%

C-Signes physiques :

– Inspection :

28. Présence de cicatrice de laparotomie :b...../ ___/ a= Oui b= Non

Si Oui préciser :

29. Aspect de l'abdomen :.....2...../___/

1= Distendu 2= Plat

– **Palpation :**

30. Défense abdominale :.....B...../___/

a= Diffuse b= Localisée

31. Cris de l'ombilic :.....B...../___/

a= Positif b=Négatif

32. Contracture abdominale :.....B...../___/

a= Diffuse b= Localisée c= Absent

– Percussion :

33. Percussion abdominale :...../___/

a= Tympanisme a= Matité

34. Matité pré hépatique :.....A...../___/

a=Conservée b= Abolie

– **Auscultation :**

35. Bruits hydro aérique :.....B...../___/

a= Absent b= Augmenté

– **touchers pelviens**

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

a= douleur à droite b= Douleur diffuse

III. EXAMENTS COMPLEMENTAIRES :

A-BIOLOGIE :

37. HB :.....12 g /dl GB : 17000 PLQ : 373/___/

a= <11g/dl b= 11 – 16g/dl

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

39. Groupage sanguin/Rhésus.....O rhesus positif/___/

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 :.....oui/___/

a= Oui b= Non

46. Résultats de l'échographie :...en faveur d'une appendicite retrocoecale
...../___/

a= Collection intra-péritonéale b= Normale

47. Scanner abdominopelvien

a= Oui b= Non

47. Résultats du Scanner abdominopelvien.....

Si autres à préciser :...../___/

IV. DIAGNOSTIC :

48. Diagnostic préopératoire :

.....C...../___/

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

49. Diagnostique peropératoire :.....ABCES APPENDICULAIRE...../___/

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

VIII. TRAITEMENT :

A. TRAITEMENT MEDICAL :

50. Préparation du Malade :.....a ; antalgique e ; perfusion/___/

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

51. Peropératoire :.....A D : flagyl et ceftriazone/___/

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

52. Post-opératoire :.....A...D...../___/

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

B. TRAITEMENT CHIRURGICAL :

53. Voie d'abord :.....B...../___/

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

Si autres à préciser :.....

54. L'acte chirurgical réalisé:.....APPENDICECTOMIE...../___/

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

h=Résection+ anastomosetermino-terminale + Herniorraphie

C. Traitement post opératoire :

55. Le traitement post opératoire :.....A...../___/

a=Métronidazole+ augmentin +Novalgin

b=Amoxicilline+-Métronidazole

c=Métronidazole+Amoxicilline+Novalgin

d=Amoxicilline

e=Gentamycine+Amoxicilline+Métronidazole

f= Ibuprofène+Amoxicilline+Novalgin

IX. EVOLUTION :

56. Suites Opératoires :.....A...../___/

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

57. La durée d'hospitalisation: ...A...../___/

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

58. Mode de suivi :.....E...../___/

a= Venu de lui-même b= Sur convocation c= Vue à domicile d=
Consultation ordinaire e= Sur rendez-vous