

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°.....

TITRE

**LES URGENCES CHIRURGICALES
DIGESTIVES AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE SAN**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le .../...2022 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. Modibo FONGORO

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

Jury

Président : Pr Bakary Tientigui DEMBELE

Membres : Dr Bréhima BENGALY

Dr Moussa SAMAKE

Co-directeur: Dr DEMBELE Bakary Mamby

Directeur : Pr Drissa TRAORE

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACES :

Je rends grâce à DIEU notre seigneur.

Le tout puissant qui par sa miséricorde, m'accorda le savoir et le courage nécessaire pour réaliser ce document.

Fasse que je me souvienne toujours de toi en tout lieu et en toutes circonstances et à chaque instant de ma vie.

Je dédie ce modeste travail :

A mon père : Anléba FONGORO

Merci PAPA pour tous tes efforts consentis pour notre réussite. Tu as mis tous ce que tu possédais pour nous apprendre le sens de l'honneur, de la dignité, de la morale, et du travail bien fait. Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance pour tous ce que tu as fait pour moi. Papa voici le fruit de tous tes efforts consentis à mon égard. Que Dieu le tout puissant puisse te garder longtemps auprès de nous, Amen.

A ma mère : Mariam TOURE

Ma mère chérie : Tu as toujours été là pour nous donner ton amour, nous éduquer. Ta douceur, ta gentillesse, ta patience font de toi une mère adorable. Ce travail est l'aboutissement de toutes les souffrances que tu as enduré pour nous. Merci maman.

A ma Tante : Mme TRAORE Mariam DIARRA

Chère Tante, Ce travail est le fruit de ton effort constant. Toi qui n'as jamais su faire la différence entre tes enfants et les autres. Voilà, tante que le bon Dieu est entrain de te récompenser. Nous espérons être à la hauteur et ne jamais te décevoir. Que le tout puissant te prête longue vie afin que tu puisses savourer avec nous les fruits de tes sacrifices.

A mon frère et mes sœurs :

Rokiatou FONGORO, Assetou FONGORO, Mahamadou FONGORO, Oumou FONGORO.

Ce travail est le vôtre également ; si je suis là aujourd'hui c'est quelque part grâce à vos encouragements et vos soutiens. Merci pour l'accompagnement tout au long de ce cycle.

Mes cousins et cousines : Mamadou B TRAORE, Hawa TRAORE, Fatimata Bintou TRAORE, Alou TRAORE, Issa TRAORE, Mamadou KONE

Merci pour l'hospitalité, la générosité et le soutien,

Amis :

Sékou COULIBALY, Aminou SANOGO, Bakary SENOU, Issa DAOU, Fatoumata DIALLO dite KAMISSA, Abdoul wahid MAIGA, Vous avez été plus que des amis, vous étiez une famille. J'ai beaucoup appris de vous, tout au long du cycle tant sur le plan social qu'éducatif. Si j'y suis arrivé, c'est quelque part grâce à vous. Soyez-en remercié pour ces années de franche collaboration dans l'entente et la courtoisie. Qu'Allah fortifie et bénit ce lien d'amitié tissé jusqu'à la fin des temps.

Au Docteur DIALLO Flakélé David : Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire. J'avoue avoir reçu de vous un encadrement de taille. Plus qu'un chef, vous avez été pour moi un père. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude. Aux Docteurs Soumana SANOGO, Harouna TOURE, Soumaila Baberou TRAORE, MOUNKORO Sina, HAIDARA Issiaka, TOURE, Maiga Abdoulbaste. Merci de votre encadrement et soutien. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A toute l'équipe du bloc opératoire du CSREF : Dr Mamane A KALOKA, Dr Cheick Oumar TRAORE, Mr Dotin SAMAKE, Mr Yattara Mamane, Mme KAMATE Odette : Vos qualités humaines et vos franches collaborations m'ont beaucoup impressionné. Merci de votre collaboration.

A mes camarades internes du service de gyneco : Interne HAIDARA, Moumouni, DEMBELE. J'ai passé des moments fabuleux avec vous. Vous

m'avez apporté votre sympathie et votre amitié. Merci infiniment pour la disponibilité, la complicité, le soutien et la franche collaboration.

A toutes les infirmières du service : Major, Kadi, Tenin merci de votre collaboration.

A tout le personnel du CSREF de San : médecins, sages-femmes, infirmiers, anesthésistes, et techniciens de surface.

Merci pour la confiance et la collaboration face à tout ce que nous avons partagé ensemble, j'espère toujours compter sur vos conseils et votre accompagnement.

A ma fiancée : FONGORO Fatoumata DAOU. Merci pour ton soutien indéfectible

A tout le personnel et stagiaires de la Clinique Colombe : tante Ami, Michel, Hawa, Javet, Hamidou. J'ai beaucoup appris de vous, merci infiniment

A tous mes amis, mes camarades de promotion, je vous dis merci du plus Profond de mon cœur.

A tous mes professeurs de la Faculté et à tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à ma formation ; je vous dis merci. Je tâcherai de toujours vous faire honneur.

A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin, à la réalisation de ce document.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre cher maître et président du jury

Professeur Bakary T DEMBELE

- Professeur titulaire en chirurgie générale à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS);
- Diplômé de pédagogie en science de la sante à l'université de bordeaux;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE;
- Chargé de cours à l'institut National de Formation en Science de Santé;
- Membre de la Société Africaine de Chirurgie Digestive
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA);
- Membre du Collège Ouest Africain de Chirurgie (WACS);
- Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique;
- Membre de l'Association Française de Chirurgie (AFC);
- Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone

Cher Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'Allah vous donne longue vie. Amen !!!

A notre maître et juge

Docteur Bréhima BENGALY

- ✓ Spécialiste en Chirurgie Générale
- ✓ Maître Assistant à la F.M.O.S
- ✓ Praticien Hospitalier au CHU du Point-G

Cher maître,

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Votre abord facile et votre dimension sociale inestimable nous ont beaucoup impressionnés. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre grande sympathie et de notre profond respect.

A notre maître et juge

Dr SAMAKE Moussa

- ✓ Spécialiste en chirurgie générale
- ✓ Praticien hospitalier au CSRef de la commune IV
- ✓ Détenteur d'un Master en santé publique

Cher maître,

Nous avons été marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce modeste travail malgré vos nombreuses occupations.

Votre simplicité votre humeur profitable vous valent toute la confiance que vous collaborateur vous assignent ; votre présence dans ce jury en est une preuve nous avons apprécié vos qualités scientifiques et pédagogiques, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait ainsi que votre sens critique.

Cher maître, recevez expression de notre profonde considération et de nos sincères remerciements.

A notre Maitre et codirecteur de thèse

Docteur Bakary Mamby DEMBELE

- Spécialiste en chirurgie générale
- Praticien hospitalier au CSRéf de SAN
- Chef de service de chirurgie générale au CSRéf de SAN

Cher Maitre,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un écart critique sur ce travail nous a profondément touché, votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités de pédagogie explique toute admiration que nous éprouvons à votre égard. Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité.

Vous m'avez dit un jour « concentre toi seulement sur ton travail , c'est ton objectif seulement qui t'intéresse pour le moment tout le reste vient après » je vais toujours garder ce conseil en tête qui fut la clé de ma réussite .

Trouvez ici l'expression de notre grande estime. Que Dieu vous accompagne dans votre carrière.

A notre cher maître et directeur de thèse

Professeur Drissa TRAORE :

- ✓ Professeur Titulaire en chirurgie générale à la FMOS
- ✓ Maître de conférences agrégé de chirurgie générale à la FMOS
- ✓ Chirurgien praticien au CHU du Point G
- ✓ Secrétaire général de la société de chirurgiens du Mali (SO.CHI.MA).
- ✓ Prix de meilleure communication Charles Marie Gros en France en 2019 lors du Congrès de la Société Française de Senologie et de pathologie Mammaire

Cher Maître,

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, vos compétences et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Cher Maître, Soyez rassuré de notre reconnaissance éternelle.

LISTE DES ABREVIATIONS

- % : Pourcentage
- A S A : American Society Anesthésia (société américaine d’anesthésie).
- °C : Degrés Celsius
- C C: Centimètre cube
- C H U : Centre Hospitalier Universitaire
- C M : Centimètre
- CSRéf CI : Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako
- DL : Décilitre
- E S B : Ecole de Santé de Bamako.
- F M O S : Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie
- G : Gramme
- Hb : Hémoglobine
- HNPG : Hôpital National du Point G
- HT : Hématocrite
- H T A : Hypertension Artérielle.
- I N F S S : Institut National de Formation en Science de Santé.
- ISO : Infection du Site Opératoire
- I.O.T : Intubation Oro-Trachéale
- Kg : Kilogramme

- L: Litre
- M : Mètre
- MG : Milligramme
- ML : Millilitre
- MM : Millimètre
- MM Hg : Millimètre de mercure
- MMOL : Milli mole
- MN : Minute
- N° : Numéro
- ORL : Oto-rhino-laryngologie
- P G : Point G
- PEV : Programme Elargi de Vaccination
- POST OP : Post opératoire
- PRE OP: Pré opératoire
- Q : Question
- R D V : Rendez-vous.
- TEL: Téléphone
- U S A: United State of America (Etats Unis d'Amérique)

Table des matières

I. INTRODUCTION	18
II. OBJECTIFS.....	21
1. Objectif général :	21
2. Objectifs spécifiques :.....	21
III. GENERALITES	23
1.Rappels anatomique de l'appareil digestif (figure 1) [10].....	23
2.Les urgences chirurgicales digestives.....	28
3.Les occlusions intestinales aiguës [13].....	46
IV. METHODOLOGIE	55
1. Type et période d'étude :	55
2. Cadre d'étude :	55
3. Echantillonnage :.....	65
4. Supports :	66
5. Saisie et analyse des données.....	66
V. RESULTATS	68
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	84
1.Méthodologie :.....	84
2.Fréquence :	84
3.Age :.....	85
4.Sexe :.....	85
5.Activité professionnelle :	85
6.Mode d'admission :	85
7.L'examen clinique :	86
8.Fréquence des principales étiologies	86
9.Suites opératoires.....	88
VII. CONCLUSION	91
VIII. RECOMMANDATIONS	92
IX. REFERENCE	94
X. ANNEXES	102

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.	68
Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.	68
Tableau III : Répartition des patients selon la profession.	69
Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie.	69
Tableau V : Répartition des patients selon la résidence.	70
Tableau VI : Répartition des patients selon le mode d'admission.	70
Tableau VII : Répartition des patients selon le motif de consultation.	70
Tableau VIII : Répartition des patients selon le mode de début des signes.	71
Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.	71
Tableau X : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.	71
Tableau XI : Répartition des patients selon le type de douleur.	72
Tableau XII : Répartition des patients selon le siège de la douleur.	72
Tableau XIII : Répartition des patients selon les signes accompagnateurs de la douleur.	73
Tableau XIV : Répartition des patients selon l'indice de performance de l'OMS.	73
Tableau XV : Répartition des patients selon la coloration des Conjonctives et téguments.	73
Tableau XVI : Répartition des patients selon la présence d'une contracture abdominale.	74
Tableau XVII : Répartition des patients selon la présence d'une défense abdominale.	74
Tableau XVIII : Répartition des patients selon la nature de la sonorité abdominale.	74
Tableau XIX : Répartition des patients selon la réalisation d'une échographie abdominale.	75
Tableau XX : Répartition des patients selon la réalisation d'une radiographie de l'abdomen sans préparation.	75
Tableau XXI : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire.	75
Tableau XXII : Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire.	76

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le délai de la prise en charge. ..	76
Tableau XXIV : Répartition des patients selon la nature du traitement pré opératoire.....	77
Tableau XXVI : Répartition des patients selon la technique chirurgicale utilisée.	78
Tableau XXVII : Répartition des patients selon la durée du traitement chirurgical.....	78
Tableau XXVIII : Répartition des patients selon la classification de Clavien Dindon (suites opératoires).	79
Tableau XXIX : Répartition des patients selon la survenue de complication postopératoire.	79
Tableau XXX : Répartition des patients selon le diagnostic pré et peropératoire.	80
Tableau XXXI : Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire et les complications.....	81
Tableau XXXII : Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire et les complications postopératoires	81
Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire et les complications postopératoires.....	82

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales concernent tous les patients admis en urgence et pour lesquels une décision d'intervention chirurgicale peut s'imposer dans les 24 heures. En pratique, elles intéressent les équipes de garde chargées de recevoir nuit et jour des patients dont la guérison dépend d'une intervention chirurgicale [1].

Selon l'OMS, ce sont des douleurs abdominales évoluant depuis quelques heures ou quelques jours (moins de trois jours) et qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicale, nécessitant un traitement en urgence. Bref, c'est tout désordre non traumatique dans la sphère abdominale requérant une intervention chirurgicale urgente [2].

Les urgences chirurgicales digestives sont des pathologies qui occupent une place importante en chirurgie par : leur fréquence élevée, leur prise en charge difficile, leur taux de mortalité et de morbidité élevé [3].

Aux USA, 19 étiologies dont 6 chirurgicales (l'appendicite, la cholécystite aigue, l'occlusion intestinale aigüe, la torsion du kyste de l'ovaire, l'anévrisme) ont été retrouvées chez 1000 malades ayant un abdomen aigu [4].

En France, Domergue a étudié l'apport de la cœlioscopie dans les urgences chirurgicales abdominales et considère que devant un abdomen aigu sa réalisation est un raccourci diagnostique et parfois un acte thérapeutique partiel (réalisé à minima) ou complet [5].

L'urgence chirurgicale exige non seulement un diagnostic de présomption exact, mais aussi une intervention chirurgicale sans faille. Elle constitue une préoccupation pour le chirurgien par sa fréquence et sa prise en charge qui est souvent multidisciplinaire.

Le pronostic des urgences chirurgicales est grave [6].

Une étude malienne réalisée par Kéita S sur les abdomens aigus, a rapporté un taux de mortalité de 17% [7]. Cette gravité serait liée :

- Au retard de diagnostic conséquence d'une consultation tardive,
- Au mauvais conditionnement des malades en préopératoire, faute de matériels.

Au Mali selon OUOLOGUEMM.O, les urgences chirurgicales ont constitué 32,1% de l'activité globale du service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso [8] ; KONATE M. a eu 28,77% au CHU Gabriel Touré [3], Y FANE [8] a eu 35,1% au CSRéf CI et BERTE I. D a eu 19,32% au service de chirurgie « A » du CHU du Point G [9]. Ces données montrent l'importance et la fréquence des urgences chirurgicales digestives.

En raison de l'absence d'étude réalisée au C.S.Réf de SAN et de la fréquence des pathologies chirurgicales digestives d'urgence nous avons initié ce travail.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les urgences chirurgicales digestives au CS Réf de San.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière des urgences chirurgicales digestives
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques
- Analyser les résultats de la prise en charge

GENERALITES

III. GENERALITES

L'abdomen représente avec le petit bassin, la partie sous diaphragmatique du tronc. L'existence de la séreuse péritonéale qui entoure les viscères divise la cavité abdominale en deux parties qui sont :

Une partie intra péritonéale qui contient les viscères digestifs péritonisés ; Une partie rétro péritonéale qui contient le pancréas, les organes urinaires, les surrénales, les axes vasculo-nerveux.

1.Rappels anatomique de l'appareil digestif (figure 1) [10]

Il comprend les éléments parmi lesquels : - La bouche ;

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

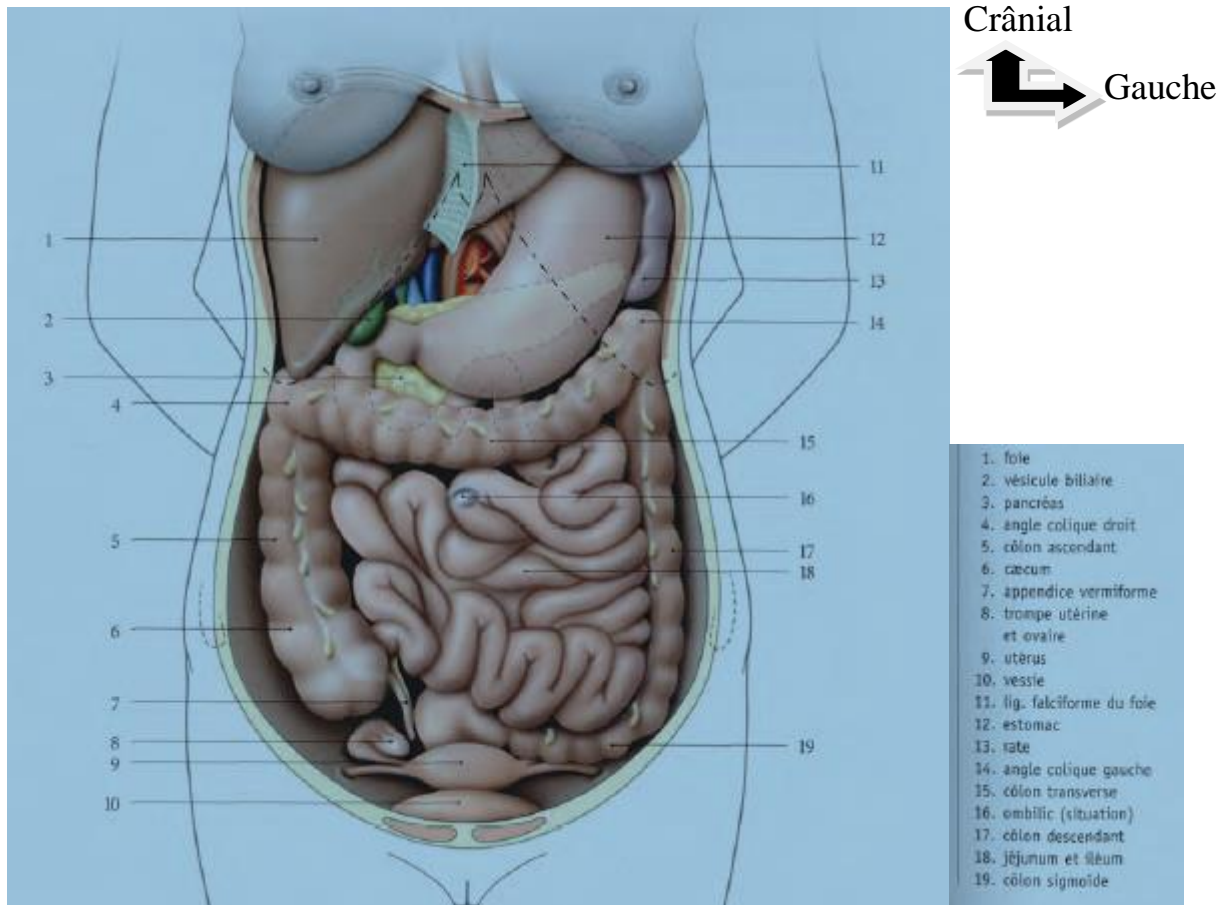


Figure 1 : appareil digestif

1.1.L'œsophage

Il constitue la première partie du tube digestif. C'est un conduit musculo-membraneux de 25cm environ qui s'étend du pharynx à l'estomac dans lequel il véhicule les aliments. Il traverse successivement la partie inférieure du cou, le thorax et la partie supérieure de la cavité abdominale. Au cours de son trajet, il est situé juste devant la colonne vertébrale dans sa portion thoracique. Il passe derrière l'oreillette gauche, expliquant le retentissement cardiaque de certaines lésions œsophagiennes et la dysphagie dans certaines cardiopathies.

1.2. L'estomac

C'est un réservoir musculéux interposé entre l'œsophage et le duodénum. Il est situé au-dessous du diaphragme dans la cavité abdominale où il occupe

l'hypochondre gauche et une partie de l'épigastre. L'orifice d'entrée est le cardia ou orifice cardiaal au niveau duquel se trouve un système anti reflux formant l'angle de HISS.

L'orifice de sortie est le pylore où il existe un sphincter pratiquement fermé en permanence qui ne s'ouvre que par intermittence lors de la digestion.

L'estomac comporte une portion verticale surmontée d'une grosse tubérosité (fundus où siège la poche à air) et une portion horizontale : l'antra qui aboutit au pylore. Son bord droit s'appelle petite courbure et son bord gauche, grande courbure.

Dans la cavité gastrique se passe un temps important de la digestion sous l'action d'un double phénomène : mécanique dû aux contractions des muscles de l'estomac (péristaltisme) et chimique dû au suc gastrique secrété par les glandes. Ces deux phénomènes aboutissent à la formation du chyme.

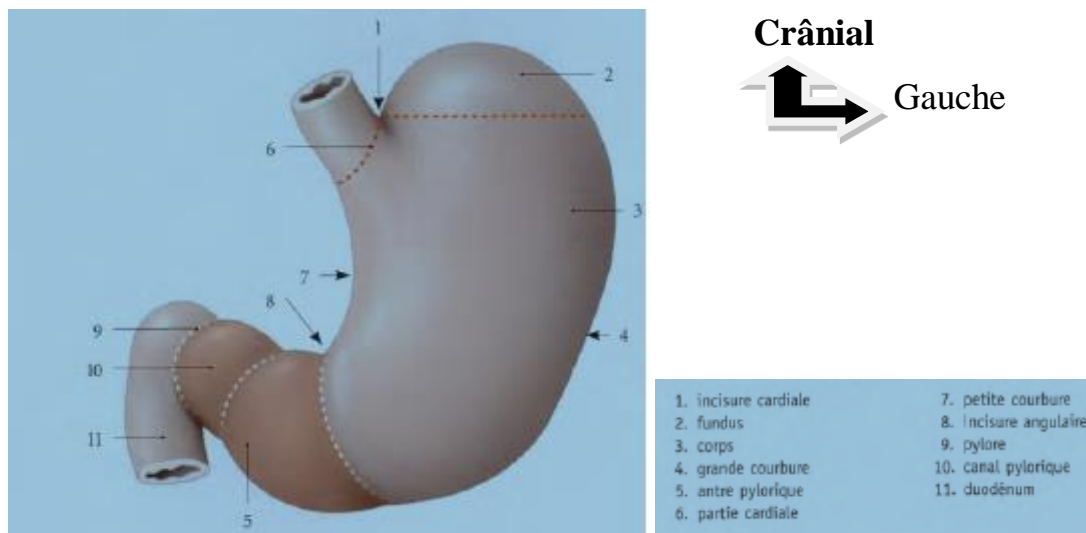


Figure 2 : estomac, duodénum [10]

1.3. L'intestin grêle

C'est un tube cylindrique, musculo-membraneux, qui unit l'estomac et le colon. Il est séparé de l'estomac par le sphincter pylorique. Sa limite inférieure est

marquée par un sillon (sillon iléo – caecal) et une valvule iléo – caecale (valvule de Bauhin).

1.3.1. Le duodénum : qui veut dire en latin « par douze » car il mesure 12 travers de doigts, forme un anneau incomplet autour de la tête du pancréas. Sa longueur est de 25cm avec un diamètre de 3-4cm. Il comprend 4 parties :

- 1ère portion partant de l'estomac, elle se porte d'abord en haut, en arrière et à droite ;
- 2ème portion, elle se réfléchit et se dirige directement en bas au niveau du col de la vésicule biliaire ;
- 3ème portion, elle suit un trajet horizontal à gauche à la partie inférieure de la tête du pancréas ;
- 4ème portion, elle monte obliquement en haut et à gauche jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal à partir des vaisseaux mésentériques.

1.3.2. Le jéjuno – iléon

Il s'étend de l'angle duodéno – jéjunal au caecum. Il mesure 6,5m. Son calibre varie entre 2 et 3 cm.

Il comprend 15 à 16 flexuosités ou anses intestinales. Les anses jéjunales sont disposées horizontalement dans la cavité abdominale supérieure gauche tandis que les anses iléales sont placées verticalement dans la cavité abdominale inférieure droite.

Il n'y a pas de démarcation entre le jéjunum et l'iléon. Sous l'action de la bile, du suc pancréatique et du suc intestinal, le chyme gastrique est transformé en chyle. Le chyle est absorbé par un énorme réseau vasculaire drainé vers le foie par le système porte.

1.4. Colon – rectum – canal anal

C'est la partie terminale du tube digestif. Le colon fait suite dans la fosse iliaque droite à l'iléon. Il présente à ce niveau un cul de sac ou caecum auquel

est appendu l'appendice puis traverse tout l'abdomen décrivant une grande boucle à concavité inférieure. Il comprend successivement le colon ascendant, le colon transverse, le colon descendant dans la fosse iliaque gauche (colon sigmoïde) puis descend dans le petit bassin où il présente une portion dilatée (Rectum) puis il traverse le plancher du périnée et s'ouvre à l'extérieur par le canal anal. Sa longueur moyenne est de 1,5m.

1.5. Glandes Annexes

1.5.1. Foie

Le foie est défini comme un organe glandulaire indispensable à la vie. Il est placé sur le trajet de la veine porte, et destiné à de multiples fonctions physiologiques (stockage du glucose sous forme de glycogène, fonction de détoxification, élaboration de la bile, etc....)

Il joue un rôle important dans la digestion, puisque tout ce qui est élaboré au niveau de la grêle lui parvient par le système porte. La bile rejoint l'intestin grêle par les voies biliaires : Sécrétée en permanence par le foie, elle est stockée dans la vésicule biliaire et excrétée au moment de la digestion.

1.5.2. Pancréas

Organe profond, retro péritonéal, on lui décrit trois portions : la tête, le corps et la queue (Caput, corpus et cauda pancreati). La tête est inscrite dans le cadre duodénal, dont elle est indissociable. C'est à ce niveau que sa sécrétion externe se déverse dans l'intestin grêle par l'intermédiaire du canal de Wirsung et du canal de santoroni (ductuspancreaticus).

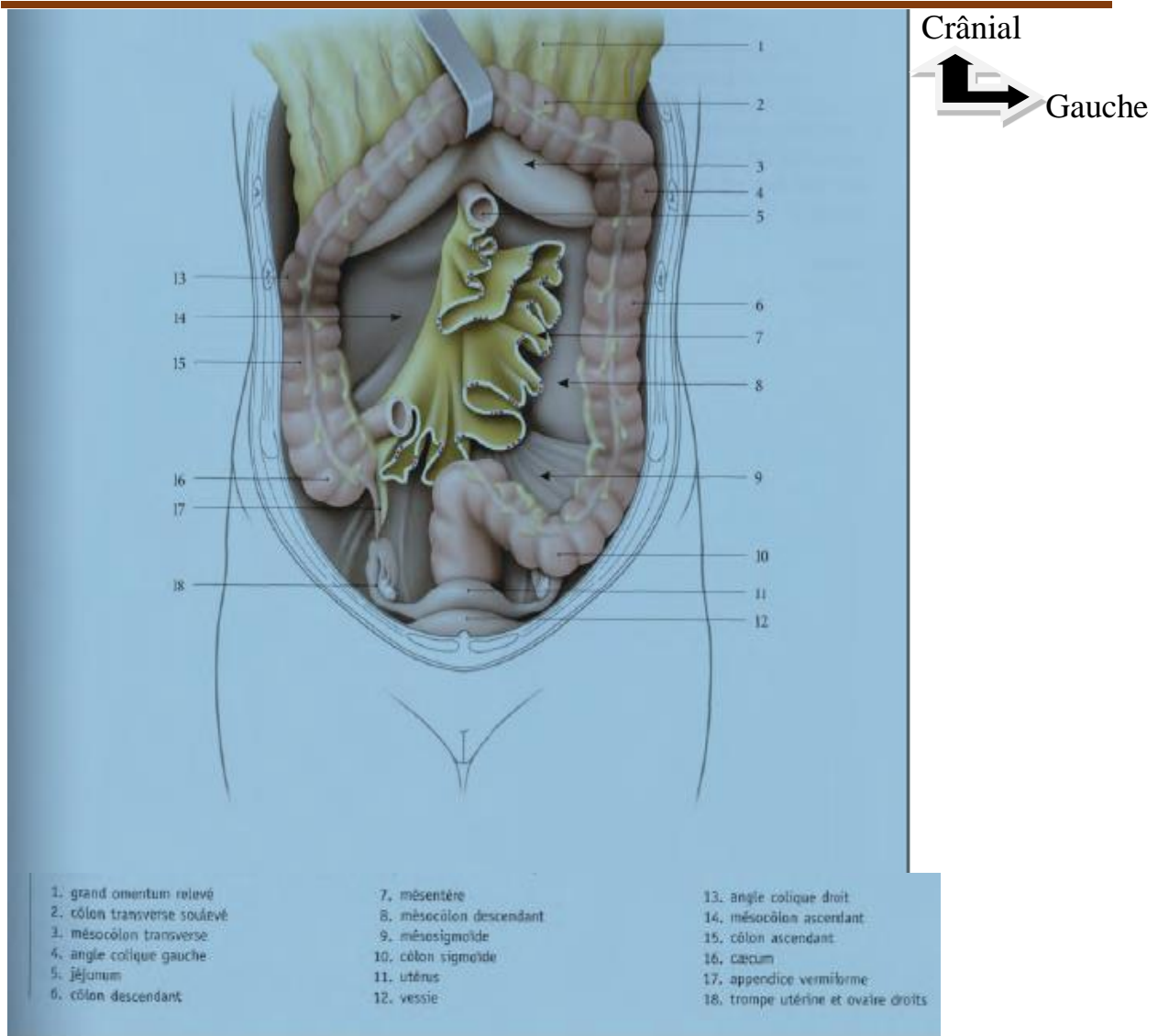


Figure 3 : colon [10]

2. Les urgences chirurgicales digestives

2.1. Hernie étranglée [11]

2.1.1. Définition

L'étranglement herniaire se définit comme la striction serrée et permanente d'un viscère à l'intérieur du sac herniaire.

Il constitue le risque évolutif majeur de toute hernie, justifiant systématiquement la cure chirurgicale préventive.

2.1.2. Physiopathologie

Une hernie non compliquée est indolore (elle entraîne tout au plus un simple gêne) et son contenu est facilement repoussé dans l'abdomen par simple pression. Parfois, au décours d'un effort par exemple, la hernie n'est plus réductible par les manœuvres habituelles. Le collet de la hernie est devenu trop étroit et constitue un anneau d'étranglement rigide qui empêche la réduction, comprime le viscère incarcéré et compromet sa vascularisation (d'abord le retour veineux puis la vascularisation artérielle).

Par définition, une hernie étranglée est donc une hernie devenue douloureuse et irréductible.

Cet étranglement a plusieurs conséquences :

- la douleur liée à l'ischémie du viscère étranglé, qui est le plus souvent l'intestin grêle, parfois le côlon, l'appendice, l'épiploon ou l'ovaire.
- la nécrose ischémique du viscère ainsi étranglé peut-être rapide (quelques heures à un ou deux jours selon les cas).
- l'obstacle causé par l'étranglement d'une anse intestinale provoque une occlusion intestinale mécanique d'évolution rapide et grave. On comprend donc pourquoi il s'agit d'une urgence absolue.

a. Quelles sont les hernies qui risquent de s'étrangler ?

Quels que soient leur taille et leur type anatomique, toutes les hernies peuvent s'étrangler un jour ou l'autre ; certaines plus que d'autres, cependant (fig. 4).

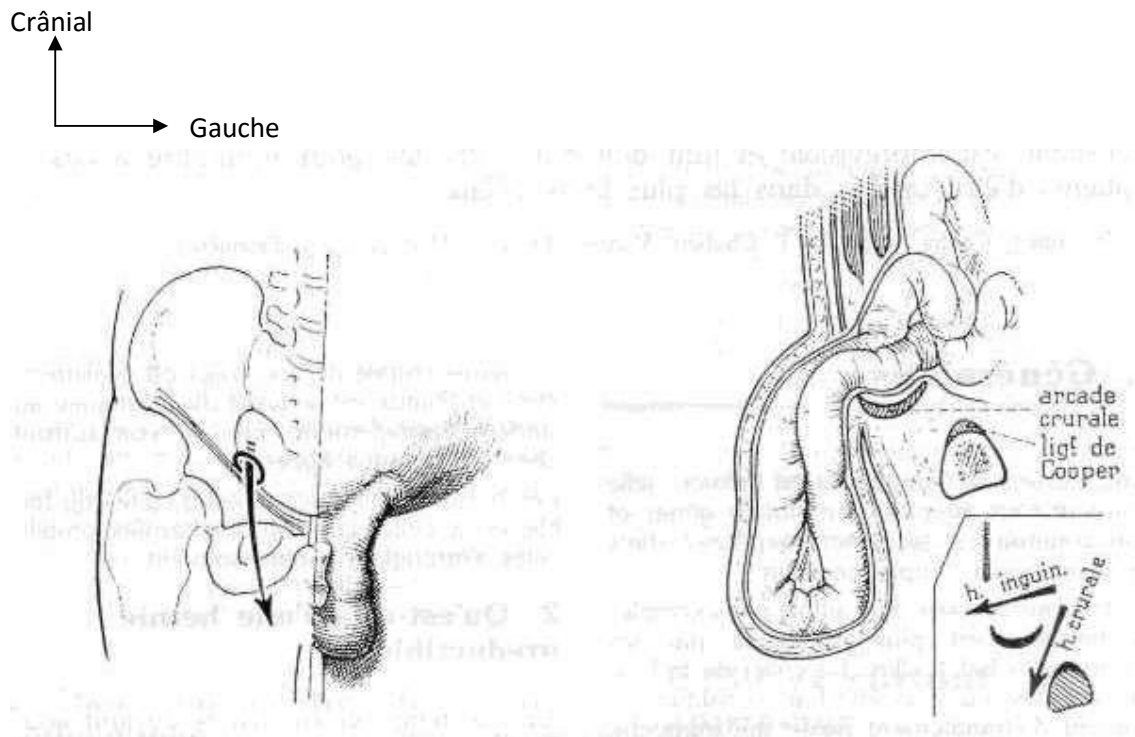


Figure 4 : Hernie étranglée

Ce sont surtout les hernies inguinales congénitales, dites encore obliques externes. Elles sont de loin les plus fréquentes, notamment en Afrique surtout chez l'enfant et l'adulte jeune. Elles traversent la paroi abdominale en suivant le canal inguinal et leur collet est étroit, d'où le risque d'étranglement. La hernie crurale dont le collet est également étroit et fibreux est souvent diagnostiquée au stade d'étranglement. Elle se voit surtout chez les femmes âgées.

Les hernies inguinales directes, dites de faiblesse, à collet large et les hernies ombilicales s'étranglent moins souvent.

b. Qu'est-ce qu'une hernie irréductible ?

Avec le temps et en dehors de tout accident aigu et douloureux, la hernie devient progressivement irréductible, du fait de son volume et des adhérences qui se créent au sein d'un sac épaissi et remanié. La hernie reste cependant peu douloureuse et n'est pas étranglée. Le risque d'étranglement et d'occlusion à bas bruit est cependant élevé et l'intervention s'impose dans un délai bref.

2.1.3. Signes cliniques

Dans les formes typiques, le diagnostic de la hernie étranglée est facile. Les signes cliniques sont dominés par la douleur.

Elle apparaît brutalement ou de façon progressive au niveau d'une hernie en général connue et indolore jusqu'à ce jour.

A cette douleur isolée au début s'associent plus ou moins précocement des signes d'occlusion :

Une douleur abdominale diffuse d'évolution paroxystique, des nausées et vomissements, l'arrêt des matières et des gaz.

L'examen physique retrouve la douleur provoquée à la palpation de la voussure herniaire. Cette douleur est maximale au niveau du collet de la hernie. La hernie est irréductible et n'est plus expansive à la toux. Sa matité à la percussion dénonce la présence du liquide d'épanchement dans le sac herniaire.

Le toucher rectal provoque une douleur du côté de la hernie.

Les signes généraux sont modestes : température normale, pouls régulier un peu accéléré, souvent une agitation, mais l'état général est conservé.

L'évolution en l'absence de traitement chirurgical peut se faire vers la mort. Le phlegmon Pyo stercoral est une éventualité évolutive : localement la hernie devient chaude, rouge, douloureuse, la peau œdématisée. La rupture de l'anse étranglée à la peau réalise une fistule. Cette fistule peut entraîner une dénutrition rapide lorsqu'il s'agit d'une anse grêle.

2.1.4. Formes cliniques

Trois variétés évolutives sont à retenir :

- Formes suraiguës elles sont l'apanage des petites hernies au collet très serré.

Ici l'évolution est très rapide et la symptomatologie est assez bruyante :

Syndrome hyper algique, vomissement fécaloïdes précoces, signes toxiinfectieux.

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

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

Ces aspects sont rares dans les hernies inguinales étranglées.

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

Elles se voient au cours des étranglements peu serrés.

Ici l'arrêt des matières et gaz est peu marqué, les signes physiques sont moins nets : légère impulsion à la toux, pas de douleur au collet du sac. L'évolution peut se faire vers la guérison ou l'étranglement serré.

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

- Formes latentes (étranglement latent) : elles se voient volontiers chez les personnes affaiblies, les vieillards et les obèses. Les signes fonctionnels sont vagues : constipation opiniâtre, vomissement, arrêt des gaz peu net.

2.1.5. Les examens complémentaires :

- L'ASP (abdomen sans préparation) debout de face : montre des niveaux hydro-aériques.

- L'échographie : Elle montre un épaississement de la paroi intestinale et une stase liquidienne dans le segment intestinal étranglé.
- Les examens biologiques : l'hématocrite, la numération globulaire donnent la mesure de l'hémoconcentration
- L'ionogramme précise le degré de perturbation électrolytique, l'hypo chlorémie est la plus importante modification et la plus facile à compenser.

2.1.6. Diagnostic positif

Le diagnostic de la hernie étranglée est essentiellement clinique, trois signes caractérisent l'étranglement herniaire :

- La douleur : elle est maximale au niveau du collet de la hernie ;
- L'irréductibilité de la hernie
- La hernie n'est plus impulsive ou expansive à la toux.

2.1.7. Diagnostic différentiel

a. La péritonite herniaire

En l'absence de tout étranglement, une complication septique peut survenir au niveau d'un viscère herniaire (appendice, sigmoïde ou diverticule de Meckel). Quelle que soit l'étiologie, le tableau réalisé est celui d'une suppuration locale au niveau d'une hernie faisant porter l'indication opératoire avec le plus souvent le diagnostic de hernie étranglée ou de phlegmon Pyo stercoral.

C'est alors l'intervention qui permettra un diagnostic lésionnel précis. **b.**

L'engouement herniaire

C'est lorsqu'une hernie simple devient douloureuse et irréductible puis se réduit spontanément. Ici la douleur exquise au niveau de collet n'est pas nette. En théorie il n'est pas un étranglement mais son potentiel évolutif est l'étranglement.

c. Les adénites inguinales

Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile

d. Les anévrismes de l'artère iliaque externe

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

2.1.8. Traitement chirurgical d'urgence : principes généraux et indications

But : • lever la striction ;

- faire le bilan et la réparation des lésions viscérales ;
- prévenir les récurrences.

2.1.9. Les complications liées au traitement Elles sont nombreuses et souvent graves :

- Complications per opératoires :
 - compression ou lésion des vaisseaux fémoraux (surtout de la veine fémorale) ;
 - lésion d'une corne vésicale, de l'artère épigastrique inférieure lors des manœuvres d'agrandissement de l'incision d'inguinotomie.
 - complications postopératoires : Elles sont les plus fréquentes :
 - hématome au niveau de la plaie opératoire ;
 - œdème des bourses par lésion des veines et vaisseaux lymphatiques
 - infection de paroi ou abcès profond ;
 - lâchage de fil de suture des plans profonds ;
 - occlusions intestinales fonctionnelles ou par prise d'une anse intestinale dans un nœud de suture ;
 - les péritonites postopératoires ;
 - fistule digestive ;
 - névralgie inguinale.

2.2. Les péritonites aiguës [12]

2.2.1. Définition

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

2.2.2. Physiopathologie générale

La physiopathologie des péritonites résulte essentiellement de deux phénomènes qui, cumulés peuvent induire un état de choc à composante septique plus ou moins important ;

Il s'agit :

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

2.2.3. Formes cliniques

a) Les formes cliniques communes dites sthéniques de l'adulte jeune Les signes cliniques sont ici typiques et permettent, pratiquement seuls, de faire le diagnostic de péritonite. L'installation du syndrome peut dépendre de l'étiologie, mais la phase d'état (quelques heures après le début) est en générale commune à l'ensemble des étiologies.

La symptomatologie clinique typique est caractérisée par la douleur, les troubles du transit (vomissements, arrêt des matières et des gaz) et les signes physiques abdominaux (météorisme, hyperesthésie cutanée, contracture ou défense). L'ensemble survient dans un contexte de syndrome infectieux plus ou moins intense. Tous ces signes sont précoces. Les modifications typiques de faciès

(faciès péritonéal classique) sont plus tardives. La contracture abdominale, quand elle est présente, est pathognomonique.

b) Les formes asthéniques

Ce sont des formes particulières que l'on trouve chez les sujets âgés, mais aussi chez les malades de réanimation ou les immunodéprimés.

Schématiquement, on peut décrire deux tableaux : celui d'une occlusion fébrile, d'installation plus ou moins rapide et nette dans l'arrêt du transit et dans l'évolution de la fièvre, et celui d'un choc toxi-infectieux inaugural. C'est le tableau de choc toxi-infectieux qui pose le plus souvent des problèmes diagnostiques. Les signes généraux dominent la symptomatologie, alors que l'examen physique est pauvre : douleur abdominale peu intense ou absente, contracture et défense rares, météorisme indolore, touchers pelviens peu démonstratifs.

Ici, l'imagerie peut faire appel à l'échographie (épanchement liquidien péritonéal) si le météorisme n'est pas trop important à la TDM ou encore aux opacifications digestives utilisant des produits hydrosolubles. L'échographie et la TDM peuvent encore guider la ponction de l'épanchement (intérêt diagnostique et bactériologique).

2.2.4. Etiologie

L'étiologie peut modifier sensiblement la présentation clinique et l'évolution de la péritonite. Ce sont ces aspects étiologiques qui sont sous cités.

- péritonites primitives ;
- péritonites appendiculaires ;
- péritonites par perforation gastroduodénale ;
- péritonites typhiques ;
- Péritonites d'origine génitale ;

- Péritonites par perforation colique ;
- Péritonites postopératoires ;

2.2.5. Traitement

Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps :

- le temps préopératoire
- le temps per opératoire ;
- le temps post-opératoire.

Le traitement médical est double

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

-un traitement anti – infectieux par l'antibiothérapie dont l'objectif principal est d'éviter ou de contrôler une diffusion de l'infection.

Le traitement chirurgical est le centre de la démarche. Il consiste à traiter la cause et à évacuer et drainer la collection purulente. C'est le point important du traitement anti-infectieux lui-même.

Principes du traitement chirurgical

La chirurgie utilise deux grands moyens :

- le traitement de l'organe responsable
- le traitement de la cavité péritonéale (évacuation de l'épanchement péritonéal, nettoyage péritonéal et drainage de la cavité).

De plus une évacuation de l'intestin fonctionnellement occlus peut s'avérer indispensable.

En pratique, on évacue d'abord la cavité abdominale, puis on traite l'organe, avant de parfaire la toilette péritonéale.

Le traitement de l'organe dépend de l'étiologie de la péritonite.

2.3. Les appendicites aiguës [13]

2.3.1. Définition

C'est l'inflammation aiguë de l'appendice. C'est une urgence chirurgicale.

2.3.2. Epidémiologie

Il semble que l'appendicite est plus fréquente dans les pays développés qu'en Afrique. L'appendicite est plus fréquente chez l'enfant (7 à 15 ans) et rare chez l'adulte.

2.3.3. Etio-physiopathologie l'appendicite est due :

- soit à une obstruction de la lumière appendiculaire (les germes circulent dans un appendice normal). Si l'appendice est bouché par un corps étranger les germes vont stagner au fond et vont se multiplier d'où infection ;
- soit à une infection hématogène, plus fréquente. Tous les germes peuvent entraîner l'appendicite. Les plus fréquents sont les colibacilles, le streptocoque, le staphylocoque. On peut même y trouver des parasites (Comme le schistosma mansoni)

2.3.4. Anatomie Pathologie

Il existe une grande variété anatomo-pathologique d'appendicite :

- L'appendicite catarrhale : elle correspond à une inflammation de l'appendice (appendice rouge).
- L'appendicite phlegmoneuse : c'est un appendice turgescent couvert de fausses membranes avec du pus dans sa lumière et une nécrose suppurée de sa paroi.

- L'appendicite gangréneuse : quand l'appendice est couvert de plages nécrotiques s'étendant parfois jusqu'au cæcum.
- L'abcès appendiculaire est une appendicite purulente avec du pus autour de l'appendice.

L'abcès peut prendre une forme particulière appelée plastron quand les viscères de voisinage (anses grêles, épiploon, vessie) viennent s'accoler au contact du foyer inflammatoire.

La péritonite appendiculaire : c'est l'abcès appendiculaire avec du pus qui a diffusé dans la grande cavité péritonéale.

L'appendicite peut évoluer plus ou moins rapidement de la forme catarrhale à la péritonite en 24-72 heures. Donc l'appendicite est une urgence chirurgicale. L'abcès appendiculaire, le plastron, la péritonite appendiculaire sont des complications de l'appendicite catarrhale.

2.3.5. Etude clinique

a) Les signes fonctionnels :

-La douleur de la fosse iliaque droite sourde progressive, et permanente, sans irradiation ; -Les vomissements

b) Signes généraux :

La température 37- 37,5°C. Si au début on a une température supérieure à 40°C, c'est qu'il ne s'agit pas d'une appendicite récente. La tension artérielle est normale, la langue est saburrale. Au stade de début l'état général est bon.

c) Signes physiques

A l'inspection le ventre respire. La palpation révèle une douleur accompagnée d'une défense de la fosse iliaque droite.

Le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent une douleur à droite dans le Douglas.

A l'auscultation : les bruits abdominaux sont normaux au début.

d) Signes para cliniques

La Numération Formule Sanguine (NFS) montre une hyperleucocytose (1.500 à 20.000 GB/mm³) surtout à polynucléaires neutrophiles.

L'échographie peut parfois montrer un gros appendice à parois épaisses ou un épanchement péri appendiculaire.

e) L'évolution

Elle est imprévisible. Une régression spontanée peut survenir après la crise d'appendicite, mais cette régression spontanée est rare.

La plupart du temps l'évolution se fait vers l'aggravation en quelques jours ; parfois cette aggravation est entrecoupée d'une accalmie traîtresse.

L'aggravation peut se faire vers l'abcès ou vers la péritonite.

2.3.6. L'abcès (est une complication de l'appendicite catarrhale).

Signes fonctionnels : sont les même que dans les formes typiques

Signes physiques : la fosse iliaque droite est le siège d'une masse fluctuante douloureuse.

Signes généraux : souvent une altération de l'état général, une température à 38 – 38,5°C (fièvre oscillante).

La NFS montre une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

L'évolution sans traitement se fait vers la perforation réalisant alors une péritonite généralisée.

2.3.7. Le plastron (est une complication de l'appendicite catarrhale). Il est souvent favorisé par une antibiothérapie abusive, fait au début de la crise d'appendicite.

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans le cas typique

Signes physiques : la fosse iliaque droite est le siège d'un blindage dur, douloureux, mal limité, le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent une douleur du douglas à droite.

Signes généraux : la température est à 38°c ou plus, le pouls est accéléré. Signes paracliniques : La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydro-aériques. L'évolution peut se faire vers la régression ou vers la péritonite.

2.3.8. La péritonite (est une complication de l'appendicite catarrhale) Signes généraux :

Température élevée à 40° c

Pouls accéléré

Signes physiques :

Contracture abdominale généralisée dite contracture en ventre de bois et maximum dans la fosse iliaque droite.

Le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent une douleur partout dans le Douglas.

Signes paracliniques :

Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS.

La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydroaériques.

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

2.3.9. Diagnostic différentiel :

L'appendicite peut faire évoquer beaucoup de pathologies chirurgicales et médicales.

Les pathologies médicales les plus fréquemment évoquées sont :

Le paludisme : il est parfois caractérisé par :

- une douleur de tout le flanc droit

- une fièvre à 39-40°C avec des frissons
- des vomissements, sans arrêt des matières ni des gaz Le toucher rectal et le toucher vaginal sont sans douleur La goutte épaisse est souvent positive.

L'hépatite virale : elle peut faire croire à une appendicite si elle se révèle par :

- une douleur de tout le flanc droit
- des vomissements
- une fièvre

Le siège de la douleur est haut. Il y a un sub-ictère et les transaminases sont élevées, notion de contagé.

L'adénolymphite mésentérique :

Une inflammation des ganglions mésentériques sans atteinte de l'appendice l'examen clinique ne permet pas de la distinguer de l'appendicite à coup sûr.

Il faut hospitaliser le malade et suivre l'évolution, soit faire une intervention exploratrice.

La colique néphrétique droite peut faire penser à une appendicite devant :

- une douleur du flanc droit
- des vomissements
- une constipation

Mais les douleurs commencent dans la fosse lombaire, elles irradient dans la fosse iliaque droite et vont dans les organes génitaux externes et la racine de la cuisse.

Elles sont paroxystiques. Il y a une pollakiurie, des brûlures mictionnelles. Il n'y a pas de défense de la fosse iliaque droite La NFS est normale. L'échographie montre la stase dans les voies urinaires voire le calcul. La pneumopathie de la base droite : peut faire penser à une appendicite quand elle se relève par des

douleurs de flanc droit, la fièvre ; mais il y a une toux, des signes d'atteinte du poumon droit à l'examen.

Les douleurs d'ovulation : peuvent faire penser à une appendicite quand ces douleurs sont dans la fosse iliaque droite. Mais ces douleurs surviennent au 14^{ème} jour du cycle.

Les douleurs d'endométriose peuvent faire penser à une appendicite lorsqu'elles siègent dans la fosse iliaque droite. Mais ces douleurs sont rythmées par les menstruations.

La colite peut se révéler par une douleur de la fosse iliaque droite, une nausée, une fièvre. Mais il n'y a pas de défense de la fosse iliaque droite. Souvent il y a une diarrhée.

Les pathologies chirurgicales :

Presque toutes les pathologies chirurgicales digestives peuvent se révéler par un syndrome pseudo appendiculaire. En principe la mise en observation du malade doit pouvoir orienter le diagnostic ainsi que les examens complémentaires. Mais dans certains cas c'est l'intervention chirurgicale qui redresse le diagnostic à condition d'explorer le ventre minutieusement.

Il faut savoir éliminer :

Chez la femme : une salpingite droite, une GEU droite, une complication d'une tumeur ovarienne droite (dans ce cas, le toucher vaginal et l'échographie peuvent mettre en évidence la tumeur) Chez le vieillard : un cancer du caecum

Chez l'enfant : un diverticule de Meckel

Chez la vieille femme : une lithiase vésiculaire

2.3.10. Formes cliniques

a) Formes selon le terrain

L'appendicite du nourrisson : caractérisée par sa rareté et son évolution rapide (la péritonite peut apparaître en moins de 24h).

Elle est grave parce que le diagnostic peut être posé tard et la contracture n'est pas toujours retrouvée en cas de péritonite.

L'appendicite du vieillard : se caractérise par une évolution lente en général.

Un syndrome pseudo-occlusif fébrile (d'où le diagnostic différentiel avec les occlusions, et cancer du caecum).

Dans le cancer du caecum il y a une douleur de la fosse iliaque droite, un amaigrissement une anémie, une image typique au lavement baryté.

L'appendicite de la femme enceinte est caractérisée par :

Au 1er trimestre peu de différence avec l'appendicite typique

Au 3ème trimestre : La douleur appendiculaire est plus haute. La défense est moins nette. Un problème de diagnostic différentiel se pose avec la pyélonéphrite de la femme enceinte. La pyélonéphrite est caractérisée par :

- des douleurs flanc droit (surtout lombaires) ;
- des nausées ;
- une constipation ;
- une Température 38°-39°c avec des frissons parfois ;
- des troubles urinaires (pollakiurie brûlures mictionnelles).

b) Formes selon le siège

L'appendicite pelvienne :

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

- des douleurs basses dans la fosse iliaque droite ;

- des nausées ;
- une constipation ;
- une température $37^{\circ}\text{c} - 37,5^{\circ}\text{c}$;
- un pouls accéléré ;
- une douleur provoquée à la palpation de la partie basse de la fosse iliaque droite ;

Le Toucher rectal et le toucher vaginal provoquent des douleurs aiguës à droite.
Dans ce cas il faut éliminer une salpingite, une grossesse extra utérine.

L'appendicite sous-hépatique Elle
est caractérisée par :

- des douleurs dans l'hypochondre droit ;
- des nausées voir des vomissements ;
- une constipation ;
- une douleur, voir une défense provoquée dans l'hypochondre ; - une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

L'appendicite rétro-coecale est caractérisée par des douleurs lombaires droites à différencier de la colique néphrétique. Appendicite mésocolique caractérisée par :

- des douleurs périombilicales ;
- un syndrome pseudo occlusif (où le diagnostic différentiel avec une gastroentérite).

Appendicite de la fosse iliaque gauche : est exceptionnelle, elle survient chez un sujet dont le colon n'a pas subi de rotation.

2.3.11. Principe du traitement des appendicites aiguës

Le seul traitement est l'appendicectomie.

a) L'abcès appendiculaire nécessite :

- une appendicectomie ; - une antibiothérapie.

b) La péritonite nécessite

- une réanimation médicale pré, per, post-opératoire, jusqu'à la reprise de transit intestinal ;
- la mise en place d'une sonde nasogastrique aspirative et d'une sonde urinaire ;
- une appendicectomie ;
- une toilette péritonéale ;
- un drainage de la fosse iliaque droite ; - une antibiothérapie.

c) Le plastron appendiculaire : Son traitement comporte :

- une réanimation médicale (perfusion, diète total) ;
- la glace sur la fosse iliaque droite ;
- une antibiothérapie ;
- une surveillance médicale rigoureuse ;

Si les troubles disparaissent totalement il faut faire l'appendicectomie après 4 - 8 semaines.

3. Les occlusions intestinales aiguës [13]

3.1. Définition :

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

3.2. Physiopathologie :

a) L'occlusion organique est une occlusion mécanique. Elle peut être occasionnée par :

- strangulation (exemple : volvulus, invagination) ;
- obstruction ;
- compression ;

Une strangulation est un étranglement de l'intestin elle peut être due à :

- une hernie étranglée ;
- un volvulus ;
- une invagination intestinale.

Elle entraîne tôt des troubles ischémiques de l'intestin.

Dans les strangulations, la circulation est d'abord perturbée sur le retour veineux alors que l'artère continue à amener le sang dans la zone strangulée.

Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ; d'où une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre hydro-électrolytique.

La strangulation favorise la fermentation des matières dans l'intestin d'où production de gaz qui va s'accumuler à la partie supérieure de l'anse strangulée alors que le liquide reste à la partie inférieure. L'air et le liquide seront séparés par un niveau qui est toujours horizontal. A la radiographie, l'air sera perçu comme une image noire avec un niveau blanc (clair) horizontal inférieur.

Une élévation de pression des gaz dans l'intestin en amont de l'obstacle peut entraîner une Perforation de l'intestin, c'est la perforation diastatique. La compression et l'obstruction sont moins urgentes que la strangulation, car les deux premières n'entraînent que tardivement des troubles ischémiques.

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

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

3.3. Signes cliniques

a) **Les signes fonctionnels sont caractérisés par :**

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

b) **Les signes généraux sont caractérisés par :**

- une chute de la tension artérielle (tardive) à cause des vomissements et des déperditions plasmatiques dans la lumière intestinale.
- une accélération du pouls
- des signes de déshydratation
- une température qui est fonction de l'étiologie

c) **Les signes physiques sont caractérisés par :**

A l'inspection :

- un météorisme abdominal.
- Parfois, une cicatrice abdominale (qui fait suspecter l'étiologie)
- un péristaltisme qui traduit la lutte intestinale contre l'obstacle
- une douleur provoquée dont le siège traduit la zone de souffrance de l'intestin
- une absence de contracture
- une tuméfaction qui n'est retrouvée que dans certains cas

A la palpation :

A la percussion :

La présence d'un tympanisme, souvent tardif A l'auscultation :

La présence et l'accentuation de bruits hydro-aériques

Aux touchers pelviens (Toucher Vaginal –Toucher Rectal) :

La présence de signes qui sont fonction du siège et de l'étiologie de l'occlusion.

La palpation des orifices herniaires recherche une hernie étranglée.

3.4. Les signes paracliniques

a) La radiographie de l'abdomen sans préparation, debout de face ou assis de face ou même couché de profil montre des niveaux hydro-aériques. Un seul niveau hydro-aérique suffit pour poser le diagnostic d'occlusion. Il est important préciser le nombre, le siège et l'aspect des niveaux hydro-aériques.

b) Le lavement baryté est important pour rechercher le siège et la cause de l'occlusion du colon.

c) Le transit de la grêle effectué en dehors des périodes de vomissements peut monter un obstacle sur l'intestin grêle. Les signes biologiques des troubles hydro-électrolytiques. Car l'occlusion entraîne une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acide-basse. Ces troubles hydro-électrolytiques souvent fonctionnelles sont constatés sur l'ionogramme (souvent une "hypernatrémie"), l'azotémie ou la créatinémie (souvent une "hyperazotémie" ou un hyper créatinémie").

Il faut effectuer un bilan général du malade (clinique).

3.5. Formes cliniques

a) En fonction du siège

Signes d'occlusion	Sièges d'occlusion	
	Grêle	Colon
Douleurs	Idem	Idem
Vomissements	Précoces	Tardifs
Arrêt des matières et des Gaz	Tardif	Précoce
Altération de l'état général	Rapide	Tardif
Déshydratation	Rapide	Tardive
Météorisme	Absent	Important
Niveaux hydro-aériques	Plus larges que hauts, à bords fins centraux	Plus hauts que larges, à bords épais Périphériques
Lavement	Normal	Montre siège, le mécanisme de l'occlusion et la cause l'occlusion

b) **En fonction du mécanisme**

L'occlusion par volvulus du sigmoïde est caractérisée par :

Des douleurs brutales à type de colique chez un sujet jeune antérieurement en bon état général avant l'occlusion.

L'occlusion par cancer du sigmoïde qui atteint surtout le vieillard est caractérisée par :

- des douleurs progressives continues

- une altération de l'état général avant l'occlusion
- une fièvre avec parfois une anémie

Antécédent d'alternance de diarrhée et de constipation. Une tumeur à la palpation parfois.

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

- **Chez le nouveau-né**, les occlusions les plus fréquentes sont pour le colon :
L'imperforation anale : diagnostiquée à l'inspection du périnée à la naissance ;
La maladie de Hirschprung;
L'immaturité du colon pour le grêle ;
Les brides par mal rotation de l'intestin qui entraînent souvent un volvulus.
- **Chez le nourrisson**, les causes les plus fréquentes sont :
 - l'invagination intestinale aiguë ; -maladie Hirschprung.
- **Chez l'enfant** les causes les plus fréquentes sont :
 - le diverticule de Meckel ;
 - l'appendicite ;
 - l'invagination intestinale aiguë.
- **Chez l'adulte**, les causes les plus fréquentes sont :
 - le volvulus du sigmoïde (surtout au Mali) ;
 - le volvulus du grêle sur bride est provoqué par les séquelles de la laparotomie. La présence de bride est presque toujours secondaire à une intervention chirurgicale antérieure.
- **Chez le vieillard** : les principales causes sont :
 - le cancer du côlon qui est le plus fréquent ;
 - le volvulus du sigmoïde ;
 - l'appendicite du vieillard : c'est une occlusion fébrile avec douleurs dans la fosse iliaque droite ;

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

Diagnostic différentiel avec les occlusions fonctionnelles.

Les occlusions fonctionnelles sont caractérisées par :

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

Signes Généraux : qui sont fonctions de la cause

Signes Physiques : résumés par un météorisme important diffus Radiographie de L'Abdomen Sans Préparation Débout de face prenant les coupes diaphragmatiques : montre une dilatation gazeuse diffuse (sur le grêle, le colon) avec peu de niveau hydro-aérique.

Les principales causes de ces occlusions fonctionnelles sont les neuroleptiques, les antimitotiques, etc....

3.6. Traitement des occlusions

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

Le traitement médical :

Il consiste en

- une réanimation hydro électrolytique :
- une perfusion de sérum salé et glucosé perfusion de macromolécules, de sérum bicarbonaté voir transfusion
- la mise en place d'une sonde nasogastrique aspirative et d'une sonde urinaire.

Le traitement chirurgical :

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

Pour le volvulus du sigmoïde il faut pratiquer en urgence :

- une laparotomie
- une détorsion du sigmoïde
- une sigmoïdectomie

Dans certains cas une détorsion du sigmoïde est possible par voie endoscopique, sans faire de laparotomie.

Pour le volvulus sur bride, il faut pratiquer en urgence :

- une laparotomie ;

- la section de la bride.

Pour l'occlusion par cancer du sigmoïde il faut faire :

- la laparotomie ;
- si possible une résection du cancer.

Sinon faire une colostomie qui sera suivi d'une résection du cancer. Dans le cas particulier des occlusions avec nécrose intestinal, il est toujours nécessaire de réséquer la zone nécrosée.

Après 40 à 60 jours d'évolution on effectuera le rétablissement de la continuité digestive si l'état général du malade le permet.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude :

Ce travail est une étude prospective transversale allant du 1er Janvier 2021 au 31 Décembre 2021.

2. Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CS Réf de SAN.

2.1. Présentation du cercle de San

A- Repères Historiques de la ville de San

La ville de San aurait été fondée au XIVème siècle. En absence de documents écrits, l'histoire de la ville remonte avant la période coloniale et est fondée sur des mythes et des légendes.

La ville aurait été fondée par un chasseur appelé Marka du clan des Traoré venant de Tion (localité située à 39 km à l'Est de San), qui au cours d'une randonnée de chasse, serait égaré avec son chien dans la brousse à l'emplacement actuel de la ville ; assoiffés, affamés, épuisés, ils ne purent continuer leur chemin. Mais le chien s'éloigna de son maître endormi à l'ombre d'un bosquet de figuiers (Torosoum) et découvrit une nappe d'eau, il mit sa queue dans l'eau et revint réveiller son maître et le conduisit à cet endroit. Le chasseur but pêcha les poissons et mangea à sa faim. Très épanoui il dit : je vais faire une année ici (année en bambara « SAN » faire « ké ») d'où le nom « sanké » la fameuse mare. De retour il retrouva sur le chemin un puits rempli d'eau étonné de ces retrouvailles il dit : je suis hors de danger en bambara « KARA : danger et TELA ; hors de » qui devient le puits sacré de KARANTELA. Il repart s'asseoir sous l'ombre de son figuier content de ces retrouvailles il dit : mon figuier de l'année « figue : TORO, année : San » d'où le nom SANTORO. Ensuite il alla chercher sa famille pour faire une année (San) comme il avait dit ou par extension une année de culture ; il ne quitta plus les lieux et furent rejoint par les autres.

Depuis, l'histoire de San resta liée à ces trois symboles (**figuier, mare, et puits**).

Chaque année, le 2^{ème} Jeudi du mois de juin est retenu pour la fête du Sanké qui commémore l'histoire du chasseur.

B- organisation administrative, et sociale du cercle de San

B-1 Organisation administrative

San est devenu un cercle en Septembre 1912. Après l'indépendance en 1961, Tominian lui sera détaché pour former un cercle, en 1977, Yangasso à son tour sera rattaché au cercle de Bla. Le cercle de San totalise aujourd'hui quatre cent vingt un (421) localités ou villages/quartiers repartis entre vingt-cinq (25) communes, dont vingt-quatre 24 communes rurales, (Baramandougou, Dah, Diakourouna, Diéli,Djéguena, Fion, Kaniegué,Karaba,Kassorola,Kava,

Moribala,N'Goa,Niamana,Niasso,N'Torosso,Ouolon,Siadougou,Somo,Sourountouna,Sy,Téné,Teneni,Tourakolombaet Waki).et une commune urbaine le chef-lieu: la commune de San qui compte douze (12) quartiers et sept (7) villages. Elles sont toutes sous tutelle d'une (01) préfecture et de sept (07) sous-préfectures.

B-2 Organisation sociale

Avec une population estimée en 2013 à 385923 Habitants, une densité de 53,14 habitants par km², un taux d'accroissement annuel par an à 2% en moyenne, la population du cercle de San est essentiellement composée de Bambaras, de Markas, de Bobos, de Peulhs, de Miniankas, de Bozos, de Dogons, de Sarakolés et avec des étrangers (Ghanéens, Burkinabés, etc....) qui y vivent. Elle reste encore attachée à sa culture et sa tradition, parmi lesquelles : le bois sacré, la mare sacrée, le puits sacré, la case sacrée, les masques et les rituelles (N' Golokoun, le Nia, le Koté, le N'Tomo, la fête du Sanké môn) retrouvés en milieu bambara, Minianka et Bwa ...

Les principales religions sont l'islam, le christianisme et l'animisme. L'Islam et le Christianisme sont beaucoup répandus, et quand à l'Animisme il est très pratiqué dans les zones comme Samakélé, Bounoumba et Diakourouna.

C- Géographique

C-1) Limites : Situé au sud-est de la région de la 4^{ème} région (Ségou), avec une superficie de 7262 km², une population estimée à 385923 habitants en 2013 le cercle de San est limité :

- ❖ Au Nord par les cercles de Macina et Djenné,
- ❖ Au sud par les cercles de Koutiala et Yorosso
- ❖ À l'Est par le cercle de Tominian,
- ❖ ET à l'Ouest par les cercles de Bla et de Ségou

Le chef-lieu, la commune de San quant à lui est situé au 4°3 longitudinale Ouest et 13°18 latitude Nord au plein cœur de <<Bendougou>>. Elle est limitée à :

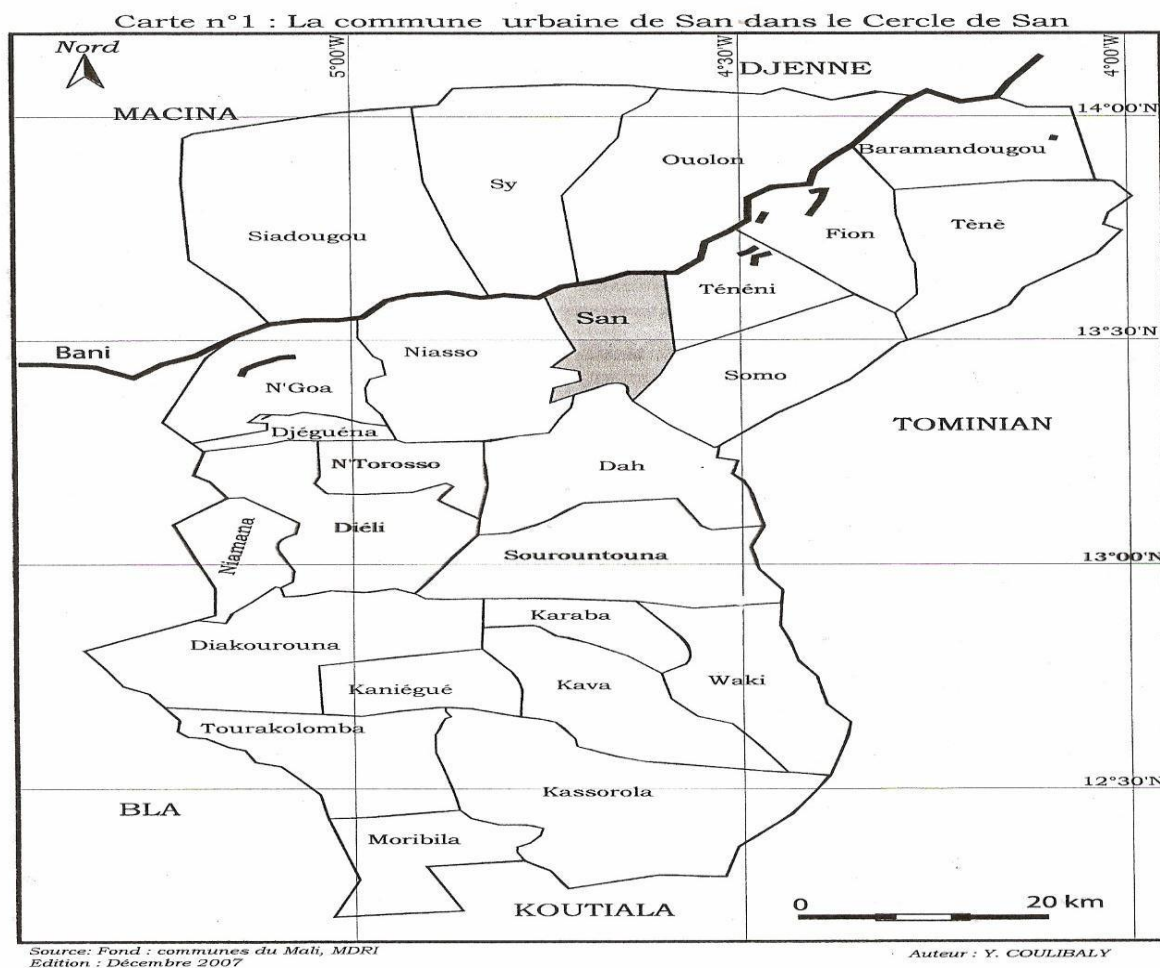
L'Est par les communes rurales de Ténéni et Somo, à

L'Ouest par la commune rurale de Niasso,

Au Sud par la commune rurale de Dah, au Sud-ouest par celle de Dieli, Au Nord par le fleuve Bani qui sépare les communes rurales de Sy et Ouolon.

Figure 1 : Carte du cercle de San

LES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE SAN



C-2) Relief

Avec un relief plat à une pente faible dirigée vers le Nord à Bélénitiégné (270m) et un point culminant à Bougoudara (293m), le sol est de type latéritique, à plaines sablonneuses et surtout argileux favorable à la culture du riz.

C-3) Climat

De type tropical humide soudanien, il est chaud et sec. Les températures sont élevées ; la moyenne annuelle est autour de 28°. L'harmattan qui y souffle de Novembre à Mai et la mousson de Juin à Octobre sont les vents dominants dans le cercle. Une saison sèche (chaude et froide) et une saison de pluie se partagent l'année.

C-4) Hydrographie

Le cercle est arrosé par le fleuve Baní (un affluent du fleuve Niger), et ses affluents comme le Koni et le Banifing. La pluviométrie moyenne est de 815,2mm en 60 jours.

C-5) Végétation, faune et sol

L'espace agro Sylvio pastoral est surtout dominé par une steppe herbacée. On rencontre des Karités, des Nérés, des Baobabs, des Balanzans, des Résiniers, des Tamariniers. Les herbes souffrent à cause du surpâturage et les feux de brousse.

Beaucoup d'herbes tendent à disparaître, le bourgou, recherché pour les troupeaux ne se reconstitue plus.

La faune : essentiellement aviaire renferme des passereaux, des canards, des petits rongeurs, des mammifères aquatiques.

Le sol : Il est alluvionnaire, sableux, argileux et latéritique. **D- Voies et moyens de communication**

Le cercle est désenclavé de l'extérieur mais enclavé à l'intérieur, le réseau routier est composé de : -La route nationale n° 6 (RN6) bitumée reliant d'une part San à Mopti sur une distance de 214 km et d'autre part San à Bla sur 107 km.

- La RN13 relie San à Koutiala sur 125 km
- La RN14 relie Kimparana, Zamblaso, Kouri : 80 km.

A côté de ces routes goudronnées, il existe un réseau intérieur composé de routes bitumées et de pistes qui relient d'une part le chef-lieu de cercle aux communes et d'autre part les communes entre elles. En plus des routes, le cercle dispose deux réseaux téléphoniques (la SOTELMA- Malitel et Orange Mali), 8 stations de radio de proximité dont 4 dans la ville de San, un réseau RAC (7 administratifs et 11 médicaux). La télévision nationale, la Radio Mali sont accessibles.

E- secteur d'activité

* **Agriculture** : Elle constitue la principale activité du cercle.

Le cercle de San est arrosé par le Bani, un affluent du fleuve Niger.

Le relief est de type latéritique, de plaines sablonneuses et surtout argileuses propres à la culture du riz. Sur la côte ouest de San s'étale la plaine pour la culture du riz qui est la principale culture vivrière coordonnée par une association du nom de : ARPASO (Association des Riziculteurs de la Plaine Aménagée de San Ouest)
A côté on peut citer :

Le mil, le sorgho, le maïs et le fonio.

- **Industrielles** : le coton, l'arachide et le dah constituent les principales sources de revenu pour les paysans. L'encadrement des paysans est assuré par la CMDT. Les villages sont organisés en associations qui assurent la commercialisation et l'approvisionnement en intrants agricoles.

* **Elevage** : Il concerne les bovins, les caprins, les ovins, les porcins et la volaille. L'embauche bovine demeure la principale source de revenu pour les éleveurs.

* **Pêche** : Elle est pratiquée le long du fleuve Baní mais est tributaire ces dernières années des accrues moins importantes. Les pêches collectives des mares sont également organisées pendant la saison sèche.

* **Commerce** : il est très développé dans le cercle et repose essentiellement sur les produits agricoles, les produits de cueillettes et les denrées de premières nécessités. Le commerce de bétails et de volailles occupe une grande place. Les échanges se font au niveau du marché hebdomadaire.

* **Réseau des caisses d'épargne et de crédit** : Il existe plus de cent caisses d'épargne et de crédit dans le cercle dont 54 mises en place et suivies par la CMDT et 16 par le PASACOOOP, elles concernent l'ensemble des villages et sont localisées dans les arrondissements de Diéli, Sourountouna l'arrondissement central.

F- SITUATION ECONOMIQUE :

L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage. Le coton est la principale culture industrielle. La culture du coton est encouragée, encadrée, et commercialisée par la C.M.D.T surtout dans les zones de Kava, Kassarola, Sourountouna, Waky, Tourakolomba, Kagnegue, Moribila,

Karaba et Diakourouna. La seule unité de transformation qui existe dans le cercle est « DANAYA NONO » pour la transformation de lait.

L'intervention de Lux Développement dans l'aménagement de la plaine San ouest vient de donner un coup de pouce à l'économie du cercle.

Le cercle bénéficie de l'accompagnement des partenaires au développement qui sont, la C.M.D.T, World Vision, SFD, APROFEM et Lux développement FODESA.

Il existe quatre banques dans le cercle qui sont, la BNDA, la BDM la BIM et le BAOBAO.

En plus de ces banques on note la présence de certaines caisses comme « KONDOJIGIMA », « JIGIFA », « CAECE JIGISEME », « SORO YIRIWASSO », « KAFO DJIGINEW » qui participent également au développement économique de la ville.

2-2 Présentation du centre Santé de référence de San

A) Repères Historiques du centre

Battue sur une superficie de 25 hectares, au nord - est de la ville dans le quartier de bagadadj (l'un des douze quartiers de San), le centre de santé de référence de San (CS Réf de San), est né de plusieurs transformations et a reçu plusieurs appellations.

Créé en 1905 par un médecin, Docteur Dupant lors d'une mission de vaccination, devient Sous le régime colonial, Dispensaire de la ville de San ;

Ces locaux du dispensaire colonial Hoca Sera (nom du fondateur) créé en 1945 ont évolué sous le nom de l'Assistance Médicale (AM) et de l'hôpital secondaire par décret N°189PG-RM du conseil des ministres du 20 octobre 1977. Les raisons de justification de cette transformation sont liées d'une part à l'importance de la population et d'autre part au niveau de développement économique et social.

L'avènement de la politique sectorielle de santé ainsi que l'application des recommandations des cadres conceptuels ont vu la transformation de l'hôpital en centre de santé de référence du Cercle de San en 2005. Il constitue l'institution d'application de la politique sanitaire définie au niveau central. Il coordonne et supervise toutes les activités sanitaires du cercle.

B) Organisation Du District Sanitaire de San

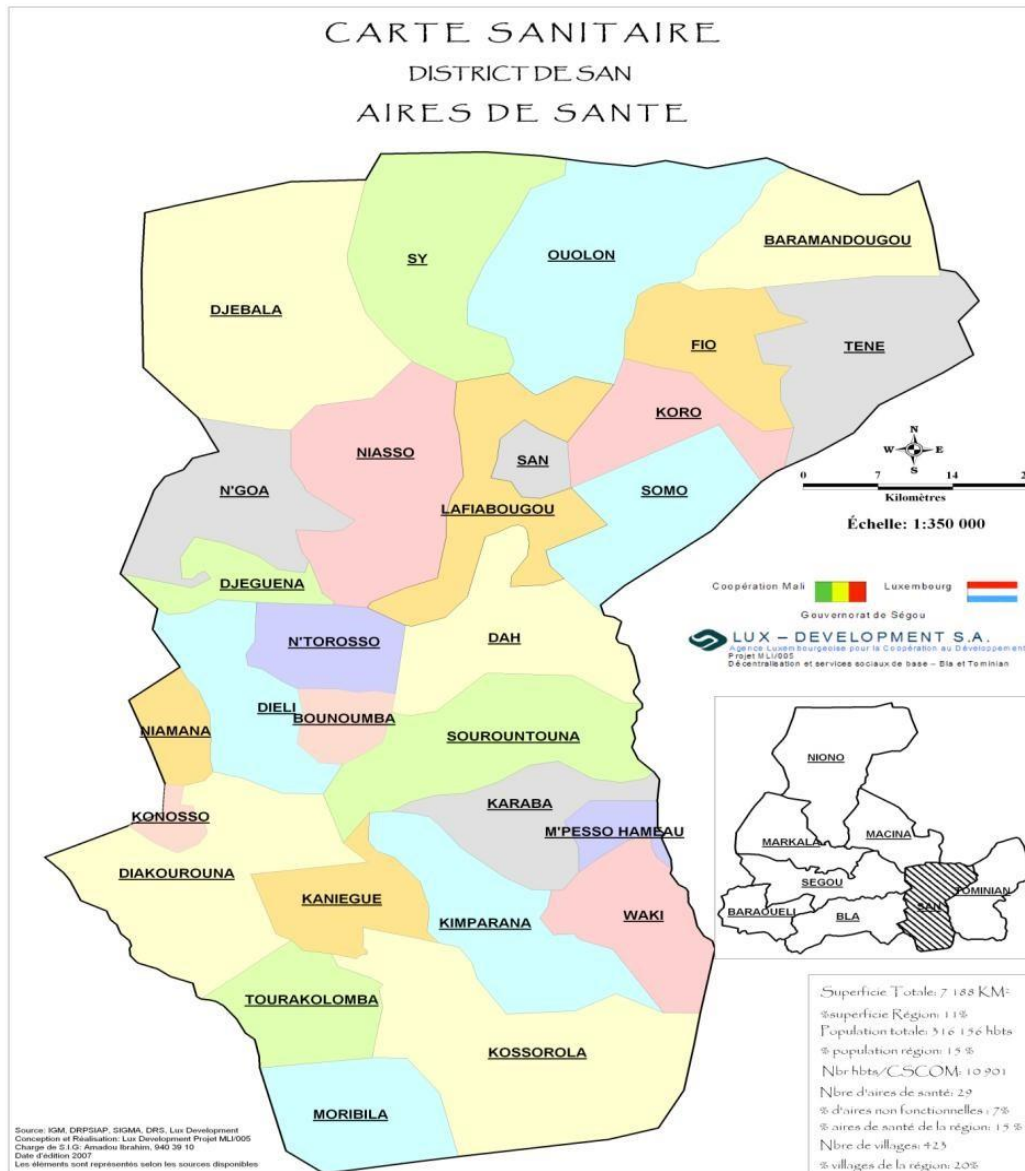
B.1) présentation Du District Sanitaire de San [34]

Le district Sanitaire de San comprend: 25 Communes dont 1 urbaine et 24 rurales, 30 CSCom prévus dans le PDSC 2005- 2009 et sont tous fonctionnels aujourd'hui, Parmi ces 30 CSCom, il existe 2 confessionnels (Lafiabougou, N'Torosso), Deux (2) écoles de santé: ESPOIR et ECOBESS, cinq (5) structures privées et confessionnelles: la clinique Santoro, lafia et le cabinet médical colombe le centre de récupération nutritionnelle des sœurs missionnaires de la charité et le dispensaire catholique à Kimparana, Un orphelinat à Parana, neuf (9) officines privées : Lafia, Keneya, Espoir, Kapolon, Sanke, Mougou, indame, une à Téné et une à Kimparana. Quelques partenaires locaux au développement : World Vision, USAID/ATNPLUS, USAID/PK, ADES.

Toutes les communes disposent au moins d'une aire de santé.

Figure 2 : Carte sanitaire de San.

LES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE SAN



B2) Présentation du CS Réf de SAN

Le Centre de Santé de Référence de San est régi par l'Arrêté interministériel N° 94-5092/MSSPA-MATS fixant la gestion des Services Socio-Sanitaires des cercles et des Communes du 21 avril 1994.

Il est composé de :

- Une administration ;

- Un service d'hygiène et assainissement ;
- Un service d'ophtalmologie ;
- Un service de stomatologie ;
- Un service de médecine générale ;
- Un service de chirurgie générale ;
- Un service de kinésithérapie ;
- Un service de pédiatrie ;
- Un service de laboratoire ;
- Un service d'imagerie (échographie et radiologie)
- Un service de dépôt Répartiteur du Cercle ;
- Un service de maternité ;
- Un service des Urgences.

B3) Présentation du service de la chirurgie de SAN

La chirurgie comporte :

- Une salle de consultation pour le chirurgien ;
- Une salle de pansement ;
- Quatre salles d'hospitalisation ;
- Une salle de garde ;
- Une salle d'ano-rectoscopie ;
- Un bureau pour le major ;
- Deux toilettes ;

Le personnel est composé de

- 1 chirurgien ;
- 1 Médecin généraliste ;
- 2 Infirmières ;
- 1 Interne ;
- 2 Manœuvres.

Le fonctionnement

- Les consultations sont journalières de même que les interventions chirurgicales.

- La visite est bi journaliers.

Au niveau organisationnel du service de garde : Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- 1 Médecin (garde d'astreinte) ;
- Un interne ;
- Un infirmier faisant fonction d'anesthésiste ;
- Un laborantin ;
- Un garçon de salle ;
- Un chauffeur d'ambulance.

3. Echantillonnage :

Nous avons recensé 129 patients pendant notre période d'étude, qui répondaient aux critères d'inclusion.

➤ Critères d'inclusion :

Tout patient ayant été admis dans le service de chirurgie générale du C.S.Réfd de SAN pour un abdomen aigu chirurgical dont la prise en charge a été effectuée dans les 24 heures.

➤ **Critères de non inclusion :**

- Tout patient ne présentant pas une urgence chirurgicale digestive.
- Toute urgence chirurgicale digestive non opérée dans le service.

4. Supports :

Les supports utilisés étaient : les dossiers médicaux des malades, les registres d'hospitalisation, les registres consignant les comptes rendus opératoires, les fiches d'enquêtes individuelles, les registres de consultations externes et le protocole d'anesthésie.

5. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « IBM SPSS Statistic » version 26, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « WORD » version 2016, et enfin le logiciel « ZOTERO » a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques.

La comparaison des textes a été faite en utilisant le test statistique Chi²avec P significatif < 0,05.

RESULTATS

V. RESULTATS

Au cours de notre étude nous avons enregistré 129 cas d'urgences chirurgicales digestives sur un total de 1558 consultations ; 598 interventions et 623 hospitalisations. En termes de pourcentage les urgences chirurgicales digestives ont représenté 8,27% des consultations, 21,57% de l'ensemble des interventions, et enfin 20,70% des hospitalisations dans le service.

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

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
<10ans	19	14,7
10-20ans	28	21,7
20-30 ans	28	21,7
30-40 ans	15	11,6
40-50 ans	17	13,2
50-60 ans	10	7,8
60 ans et plus	12	9,3
Total	129	100

Les tranches d'âge 10-20 ans et 20-30 ans étaient les représentées dans notre étude soit 21,7% chacune.

L'âge moyen était de 31,26±19,048 ans avec des extrêmes de 1 et 80 ans.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	101	78,3
Féminin	28	21,7
Total	129	100

Le sexe masculin était le plus représenté avec un taux de 78,3% des cas avec un sexe ratio de 3,6.

Tableau III : Répartition des patients selon la profession.

Profession	Effectifs	Pourcentage
Fonctionnaire	2	1,6
Cultivateur	45	34,9
Ouvrier	4	3,1
Étudiant/élève	26	20,2
Autres	32	24,8
Ménagère	20	15,5
Total	129	100

Les cultivateurs ont représenté 34,9% des cas.

Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	58	45
Peulh	14	10,9
Sonrhaï	5	3,9
Dogon	6	4,7
Soninké	9	7
Bobo	22	17,1
Autres	15	11,6
Total	129	100

L'ethnie Bambara a été la plus représentée soit 45% des cas.

Tableau V : Répartition des patients selon la résidence.

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Commune urbaine de San	54	41,9
Les autres communes	54	41,9
Hors aire	21	16,3
Total	129	100

Les patients résidaient dans la commune urbaine de San dans 41,9% des cas.

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

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Référé	94	72,9
Evacué	7	5,4
Venu de lui même	28	21,7
Total	129	100

La référence a été le mode d'admission le plus fréquent soit 72,9% des cas.

Tableau VII : Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Douleur dans la FID	61	47,3
Arrêt de matière et de gaz	2	1,6
Douleur abdominale diffuse	46	35,7
Traumatisme abdominal	2	1,6
Rectorragie	6	4,7
Douleur inguinale	9	7
Eviscération	3	2,3
Total	129	100

La douleur dans la fosse iliaque droite a été le motif de consultation le plus fréquent soit 47,3% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le mode de début des signes.

Mode de début des signes	Effectifs	Pourcentage
Brutal	64	49,6
Progressif	65	50,4
Total	129	100

La symptomatologie a été progressive chez 50,4 % des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentage
HTA	6	4,7
NON	123	95,3
Total	129	100

L'HTA était l'ATCD médicaux chez 4,7% de nos patients.

Tableau X : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
OUI	7	5,4
NON	122	94,6
Total	129	100

Un antécédent de laparotomie a été retrouvé chez 5,4% des patients.

Tableau XI : Répartition des patients selon le type de douleur.

Type de douleur	Effectifs	Pourcentage
Brulure	8	6,2
Crampe	25	19,4
Picotement	20	15,5
Piqure	76	58,9
Total	129	100

La douleur a été de type de piqure dans 58,9% des cas.

Tableau XII : Répartition des patients selon le siège de la douleur.

Siège de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Epigastre	2	1,6
Fosse iliaque droite	68	52,7
Péri ombilicale	18	14
Hypogastre	2	1,6
Diffuse	34	26,4
Anale	5	3,9
Total	129	100

La fosse iliaque droite a été le siège le plus fréquent dans notre étude soit 52,7% des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients selon les signes accompagnateurs de la douleur.

Signe accompagnants la douleur	Effectifs	Pourcentage
Ballonnement	1	,8
Gargouillement	1	,8
Constipation	27	20,9
Autres	15	11,6
Vomissement	85	65,9
Total	129	100

Le vomissement a été le signe accompagnateur le plus fréquent soit 65,9% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'indice de performance de l'OMS.

Grade	Effectifs	Pourcentage
0	76	58,9
1	2	1,55
2	1	0,77
3	44	34,1
4	6	4,7
Total	129	100

L'état général était bon chez 58,9 % des cas.

Tableau XV : Répartition des patients selon la coloration des Conjonctives et téguments.

Coloration des Conjonctives et téguments	Effectifs	Pourcentage
Colorée	106	82,2
Pale	23	17,8
Total	129	100

Les conjonctives étaient pales chez 17,8% des patients.

Tableau XVI : Répartition des patients selon la présence d'une contracture abdominale.

Contracture abdominale	Effectifs	Pourcentage
Généralisé	39	30,2
NON	90	69,8
Total	129	100

La contracture abdominale était généralisée chez 30,2% des patients ;

Tableau XVII : Répartition des patients selon la présence d'une défense abdominale.

Défense abdominale	Effectifs	Pourcentage
Localisée	72	55,8
Généralisé	42	32,6
NON	15	11,6
Total	129	100

La majorité des patients avaient une défense abdominale localisée soit 55,8% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la nature de la sonorité abdominale.

Sonorité	Effectifs	Pourcentage
Normale	81	62,8
Matité	40	31
Tympanisme	8	6,2
Total	129	100

La sonorité abdominale était normale dans 62,8% des cas.

Tableau XIX : Répartition des patients selon la réalisation d'une échographie abdominale.

Echographie	Effectifs	Pourcentage
OUI	107	82,9
NON	22	17,1
Total	129	100

L'échographie abdominale a été réalisé chez 82,9% des patients.

Tableau XX : Répartition des patients selon la réalisation d'une radiographie de l'abdomen sans préparation.

ASP	Effectifs	Pourcentage
OUI	15	11,6
NON	114	88,4
Total	129	100

L'ASP a été réalisé chez 11,6% des patients.

Tableau XXI : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire.

Diagnostic préopératoire	Effectifs	Pourcentage
Appendicite	62	48,1
Hernie étranglée	7	5,4
Péritonite	36	27,9
Occlusion intestinale	9	7
Thrombose hémorroïdaire	4	3,1
Invagination intestinale	7	5,4
Traumatisme abdominal	4	3,1
Total	129	100

L'appendicite a été le diagnostic pré opératoire le plus fréquent soit 46,5% des cas.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire.

Diagnostic peropératoire	Effectifs	Pourcentage
Appendicite	63	48,9
Hernie étranglée	7	5,4
Péritonite	38	29,5
Occlusion intestinale	8	6,2
Thrombose hémorroïdaire	4	3,1
Invagination intestinale	5	3,9
Traumatisme abdominal	4	3,1
Total	129	100

L'appendicite a été le diagnostic per opératoire le plus fréquent soit 48,9% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le délai de la prise en charge.

Délai de la prise en charge	Effectifs	Pourcentage
Inférieur à 30 min	1	0,8
30-1 heure	62	48,1
1-1 heure 30 min	55	42,6
Supérieur à 1 heure 30	11	8,5
Total	129	100

La majorité des patients ont eu un délai de prise en charge compris entre 30 minutes et 1 heure soit 48,1% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la nature du traitement pré opératoire.

Traitement préopératoire	Effectifs	Pourcentage
Antalgique	41	31,8
Antibiotique	67	51,9
Réhydratation	21	16,3
Total	129	100

Les antibiotiques ont été le traitement pré opératoire les plus utilisés soit 51,9% des cas.

Tableau XXV : Répartition des patients selon la durée du traitement post opératoire.

Durée du traitement postopératoire	Effectifs	Pourcentage
Inférieure à 24H	5	3,9
24-48H	35	27,1
48-72H	54	41,9
Supérieure à 72H	35	27,1
Total	129	100

La durée d'hospitalisation n'a pas dépassé les 3 jours soit 41,9 % des cas.

➤ Type d'anesthésie :

Tous les patients ont opérés sous anesthésie générale

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la technique chirurgicale utilisée.

Technique utilisée	Effectifs	Pourcentage
Appendicectomie	77	59,7
Lavage et drainage	19	14,7
Désinvaginassions	3	2,3
Résection de bride	9	7,0
Hémorroïdectomie	4	3,1
Sigmoïdectomie	1	0,8
Suture de la perforation	9	7
Cure de la hernie	7	5,4
Total	129	100,0

L'appendicectomie a été la technique chirurgicale la plus utilisée soit 59,7% des cas.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la durée du traitement chirurgical.

Durée du traitement chirurgical	Effectifs	Pourcentage
30-1 heure	34	26,4
1-1 heure 30	56	43,4
Supérieure à 1 heure 30	39	30,2
Total	129	100,0

La majorité des patients ont eu une durée de traitement chirurgical comprise entre 1H et 1H 30 minutes soit 43,4% des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon la classification de Clavien Dindon (suites opératoires).

Grade	Effectifs	Pourcentage
I	4	3,10
II	3	2,32
III	0	0
IIIa	0	0
IIIb	3	2,32
IV	0	0
IVa	0	0
IVb	0	0
V	4	3,10
Suffixe d	0	0

Le grade I et V de la classification de Clavien Dindon a représenté 3,10% des cas.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la survenue de complication postopératoire.

Complications postopératoire	Effectifs	Pourcentage
Décès	4	3,1
Infection du site opératoire	3	2,3
Fistules digestives	3	2,3
Vomissements	4	3,1
NON	115	89,16
Total	129	100,0

Dans 89,16% il n'y a pas eu de complications.

Tableau XXX : Répartition des patients selon le diagnostic pré et peropératoire.

Diagnostic peropératoire	Diagnostic préopératoire								Total
	Appendi cite	Hernie étranglée	Périton ite	Occlusion intestinale	Thrombos e hémorroï daire	Invagina tion intestinal e	Autre s	Traumati sme abdomin al	
Appendicite	61	0	0	0	0	2	0	0	63
Hernie étranglée	0	7	0	0	0	0	0	0	7
Péritonite	1	0	36	0	0	0	1	0	38
Occlusion intestinale	0	0	0	8	0	0	0	0	8
Thrombose hémorroïdaire	0	0	0	0	4	0	0	0	4
Invagination intestinale	0	0	0	0	0	5	0	0	5
Traumatisme abdominal	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Total	62	7	36	8	4	7	1	4	129

KHI-2= 752,090 ddl= 42 P=0,000

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le diagnostic pré et peropératoire(P=0,000).

Tableau XXXI : Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire et les complications.

Diagnostic peropératoire	Complications		Total
	OUI	NON	
Appendicite	0	63	63
Hernie étranglée	0	7	7
Péritonite	5	33	38
Occlusion intestinale	0	8	8
Thrombose hémorroïdaire	0	4	4
Invagination intestinale	1	4	5
Traumatisme abdominal	1	3	4
Total	7	122	129

Test Exact de Fischer=0,021 ddl=7 P=0,048

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le diagnostic peropératoire et les complications (P=0,048).

Tableau XXXII : Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire et les complications postopératoires

Diagnostic peropératoire	Complications postopératoires			Total
	Fistules digestives		NON	
	Décès			
Appendicite	0	0	63	63
Hernie étranglée	0	0	7	7
Péritonite	2	3	33	38
Occlusion intestinale	0	0	8	8
Thrombose hémorroïdaire	0	0	4	4
Invagination intestinale	1	0	4	5
Traumatisme abdominal	1	0	3	4
Total	4	3	122	129

Test Exact de Fischer=0,060 ddl=12 P=0,170

Nous n'avons pas trouvé une relation statistiquement significative entre le diagnostic peropératoire et les complications postopératoires (P=0,170).

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire et les complications postopératoires

Diagnostic peropératoire	Complications peropératoire			Total
	Décès	Autres	NON	
Appendicite	0	0	63	63
Hernie étranglée	0	0	7	7
Péritonite	1	1	36	38
Occlusion intestinale	0	0	8	8
Thrombose hémorroïdaire	0	0	4	4
Invagination intestinale	0	0	5	5
Traumatisme abdominal	0	0	4	4
Total	1	1	127	129

Test Exact de Fischer=0,498 ddl=12 P=0,40

Nous n'avons pas trouvé une relation statistiquement significative entre le diagnostic peropératoire et les complications peropératoires (P=0,40).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie :

L'avantage de notre méthodologie est qu'elle était prospective permettant le recueil des informations à travers l'interrogatoire des malades, les registres du bloc opératoire, les registres d'hospitalisation, les registres consignants les comptes rendus opératoires et les fiches d'enquêtes individuelles.

Cependant nous avons rencontré certaines difficultés à savoir :

-le retard de consultation des malades

- l'insuffisance de suivi à moyen et long terme postopératoire due au non-respect des rendez-vous postopératoires par les patients.

2. Fréquence :

Tableau XXI : La fréquence des urgences chirurgicales digestives selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage	p
BERTHE I. D [9]	107	19,32	0,0049
HAROUNA [15]	475	25,60	0,0142
Y. FANE [5]	200	35,1	0,023
Notre étude	129	21,57	

Au cours de notre étude la chirurgie digestive d'urgence a représenté 21,57% de l'ensemble des activités du service de chirurgie générale du C.S.Ref de San.

Des taux proches ont été trouvés dans l'étude de Y. FANE [5] et BERTHE I. D [9] au Mali avec respectivement 35,1% et 19,32 %.

Ces données témoignent de l'importance des urgences chirurgicales.

3.Age :

Dans notre série, l'âge moyen est de 31,26+- 19,048 ans avec des extrêmes de 1 et 80 ans. La tranche d'âge la plus représentée a été de 10 à 20 ans et 20 à 30 ans avec 21,7 % chacun. Ce résultat est inférieur à celui de Y. FANE [5] qui a trouvé dans sa série la même tranche d'âge élevé avec 51,2%. Cette différence pourrait être due à la taille de notre échantillon.

Dans la littérature les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie de 30 à 45 ans [15, 14, 16, 17]. Donc notre donnée corrobore avec celles de la littérature.

4.Sexe :

Dans notre étude, le sexe masculin a été majoritaire soit 78,3% avec un sex-ratio de 3,6.

Ce résultat est comparable à celui de BERTHE I. D [9] qui a trouvé un sex-ratio à 2,34 et Y. FANE [5] avec sex-ratio de 1,5.

Dans la littérature Africaine, Asiatique, Européenne [14, 17, 18, 19], les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin.

5.Activité professionnelle :

Dans notre étude, les cultivateurs et les élèves/étudiants, ont été majoritaires soit respectivement 34,9 % et 20,2 %. Cette situation n'a aucune valeur scientifique car les urgences chirurgicales digestives ne sont pas liées à une activité professionnelle définie [9].

6.Mode d'admission :

Nos patients ont été reçus dans la majorité des cas une fiche de référence soit 72,9%. Ce résultat est comparable à celui de Y. FANE [5] qui a trouvé 66% des patients référés. Cela se justifie par l'importance du nombre de centres de santé communautaire à l'intérieur de la commune et l'existence d'un service de chirurgie générale au C.S.Ref de San.

7.L'examen clinique :

La douleur a été le premier motif de consultation chez tous les patients. Cette douleur était localisée dans FID dans 52,7% des cas.

Ses 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. [20] ont trouvé 100 % des cas de douleur dans leur série. PADONOU N. et coll. [17] ont eu 100 % des cas de douleur dans leur série. M. KONATE [3], et Y. FANE [5] ont rapporté 100 % des cas de douleur dans son étude. BERTHE I. D [9] a rapporté 100 % des cas de douleur dans son étude.

8.Fréquence des principales étiologies

8.1. Appendicite aiguë

Tableau XXII : Fréquence des appendicites par rapport aux urgences chirurgicales abdominales selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Pourcentages	P
BERTHE I. D [9]	22	21,27	0,0015
KONATE M. [3]	278	28,77	0,0000
Notre étude	63	48,9	

Au cours de notre étude, le diagnostic d'appendicite a été évoqué dans 62 cas en préopératoire. Ce diagnostic a été retrouvé dans les 63 cas en peropératoire.

Nos malades étaient reçus en urgence par une équipe médicale constituée par l'infirmier, l'interne et le chirurgien. Dans tous les cas le diagnostic d'appendicite a été évoqué et en absence d'examens complémentaires.

Ces données ont été rapportées dans les littératures Européennes [3, 4, 21] et Africaines [5, 22].

On pourrait en conclure que le diagnostic d'appendicite est clinique et ne doit pas attendre une échographie, un scanner ou un ASP pour poser l'indication opératoire. Le taux d'appendicite dans notre série (48,9 %) est élevé par rapport à celui obtenu par BERTHE I. D [9] au service de chirurgie « A » du CHU du Point G et par M. KONATE au Mali CHU Gabriel TOURE [3].

Ceci pourrait être lié au fait que : les appendicites sont beaucoup plus prises en charge dans les C.S.Ref que dans les CHU. A noter que l'appendicite aiguë est considérée en Europe comme la première cause des urgences chirurgicales abdominales [15].

8.2. Péritonite aiguë :

Tableau XXIII : Fréquence des péritonites par rapport aux urgences chirurgicales abdominales selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Pourcentages	P
HAROUNAY[14]	209	20,8	0,4678
KONATE [3]	60	32,9	0,0580
Y. FANE [5]	33	16,5	
Notre étude	38	29,5	

Dans notre étude, le diagnostic de péritonite a été posé dans 36 cas en préopératoire, et en per opératoire 38 cas. Dans tous les cas, l'échographie a contribué à porter l'indication opératoire.

Dans la littérature, les auteurs [22, 5, 23, 24] ont apporté que l'échographie est l'examen morphologique de choix dans le diagnostic de péritonite.

La péritonite a occupé la deuxième place (29,5 %) des urgences chirurgicales digestives après l'appendicite aiguë dans notre pratique. Ce résultat est comparable à ceux de HAROUNA Y [14] et de M. KONATE [3] qui avaient trouvé respectivement 20,8% avec **P=0,4678** et 32,9% avec **P= 0,0580**.

Notre résultat est supérieur à celui de Y. FANE [5] qui a trouvé 16,5%.

8.3. Occlusion intestinale :

Au cours de l'étude, nous avons retenu en préopératoire le diagnostic d'occlusion intestinale dans 9 cas en préopératoire et 8 cas en per opératoire.

Avec un taux de 6,2 %, l'occlusion intestinale occupe la troisième place des étiologies des urgences chirurgicales digestives dans notre étude. Ce constat est contraire à celui de BERTHE I. D [9] qui a trouvé la hernie étranglée avec un taux de 25,53 %.

8.4. Hernie étranglée

La hernie étranglée a un taux de 5,4% dans notre série. Ce taux est comparable à celui de HAROUNA au Niger [14] et Y. FANE [5] au Mali qui ont eu 7,5 % et 6% des cas. Il est moins élevé en Europe 1/1500 cas pour PAPAGRIGORIADAS S et Coll. [25], 1 % pour BARGY F et Coll. [26]. Cela pourrait s'expliquer par la prise en charge précoce des hernies en Europe qu'en Afrique.

9. Suites opératoires

La morbidité post opératoire a été dominée par les infections pariétales ; celle-ci se rencontre surtout au cours des péritonites et contribue à allonger la durée du séjour des patients à l'hôpital. Elles sont amputables à une aseptie et à des mesures d'hygiène déficientes.

Dans notre étude, les suites opératoires se sont compliquées dans 10,84% des cas.

Les suites opératoires ont été simples dans 89,16% des cas.

Au cours de l'étude, nous avons enregistré 4 décès soit 3,10%.

Par contre 4,46 % de décès ont été constatés par Boubacar [27] (112 cas) avec $P=0,043782$; 0,5% (200 cas) par Y. FANE [5] et 6,96 % par DEMBELE M [28] (273 cas) avec $P=0,000563$ au Mali.

Ceci s'expliquerait par la différence de taille de nos échantillons.

La majorité de nos patients (83 %) a été revue après les trente premiers jours de leur sortie de l'hôpital. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patients (41,9%) résidait à San.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. 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 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 dans notre contexte. Les examens complémentaires morphologiques sont parfois difficiles à obtenir ou peu contributifs. Ils ne doivent pas retarder la prise en charge.

VIII. RECOMMANDATIONS A LA POPULATION :

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

AUX AUTORITÉS SANITAIRES

- 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).
- Le renforcement de service de chirurgie 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.

REFERENCES

IX. REFERENCE

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. Y. FANE

Urgences chirurgicales digestives : diagnostic et prise en charge. 2017 ; 83 (17M208).

6. DOUMBIA S

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

Thèse Med Bamako 1982; N° 12

7. KEITA S.

Problème diagnostic 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 s 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. 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.

**18. MUSHTAQ A MEHBOOD Ali S, STPHEN L, PHILOMENA D J,
SIFAT W.**

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

19. CASSINA P. et al.

Die effizienz der chirurgishengrunddiagnostukbeinaktenabdominalschmerz.

Der Chirurg 1996; 67: 254- 60.

**20. 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.

21. CHICHE B.

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

22. 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.

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

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

24. 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.

25. PAPAGRIGORIADAS S. BROWSE DJ, HOWARD ER.

Incarceration of umbilical hernias in adult: a rare but important complication.

Urgences int 1988 ; 4: 231- 236.

26. BARGY F BAUDOIN S.

Hernies de l'enfant et de l'adulte. Rev

Prat 1997 ; 47 : 289 - 294.

27. 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.

28. DEMBELE M.

Les abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital de Point G, 273 cas. Thèse Med 98 -M - 58.

ICONOGRAPHIE :



APPENDICITE AIGUE



THROMBOSE HEMORROIDAIRE



OCCLUSION INTESTINALE AIGUE



PERITONITE AIGUE



EVISCERATION NON COUVERTE PAR ENCORNEMENT

ANNEXES

X. ANNEXES

Fiche signalétique

NOM : FONGORO

PRENOM : Modibo

TITRE : les urgences chirurgicales digestives au Centre de santé de référence de SAN

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2021 – 2022

PAYS D'ORIGINE : MALI

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE de la faculté de Médecine, d'Odontostomatologie et la faculté de Pharmacie de l'Université de Bamako.

SECTEUR D'INTERET : CHIRURGIE.

RESUME : Objectif général Etudier les urgences chirurgicales digestives au Centre de Santé de référence de SAN, du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021. Objectifs spécifiques Déterminer la fréquence hospitalière des urgences chirurgicales digestives ; Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques ; Analyser les résultats de la prise en charge. Du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021 le service de chirurgie générale du CSRef de SAN a réalisé 129 urgences chirurgicales digestives dont les dossiers étaient exploitables 101 hommes et 28 femmes soit un sexe ratio de 3,6. L'âge moyen a été $31,26 \pm 19,048$ ans ; La douleur dans la fosse iliaque droite a été le principal motif de consultation. L'examen physique a permis dans la majorité de cas de poser le diagnostic. Devant certains cas douteux, nous avons demandé des examens para cliniques (échographie, ASP). La principale étiologie a été l'appendicite aiguë avec 48,9% La fréquence des urgences chirurgicales digestives a été 21,57% de l'ensemble des activités du service de chirurgie générale du CSRef de SAN. Les suites pos opératoires ont été compliquées dans 10,84%. 4 décès ont été constaté soit 3,10% de notre échantillon. des cas

Conclusion : les urgences chirurgicales occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale par leur fréquence élevée. Les étiologies sont multiples et variées. L'examen clinique bien conduit est la clé du diagnostic

Mots clés : urgence- chirurgie – digestive-Csréf SAN

FICHE D'ENQUETE

LES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE SAN

- 1) N° FICHEN° Dossier
- 2) Nom et Prénom
- 3) Profession: / _____ / 1. Fonctionnaire 2. Artisan 3. Cultivateur 4. Ouvrier 5. Etudiant/Elève 6. Autres
- 4) Âge (ans) _____ Sexe : _____ / _____ 1 Masculin 2 Féminin
- 5) Ethnie : _____ / _____ / 1. Bambara 2. Peulh 3. Sonhaï 4. Dogon 5. Soninké 6. Bobo 7 Autres
- 6) Nationalité : _____ / 1. Malienne 2. Autres
- 7) Résidence : _____ / 1. Commune Urbaine de SAN 2. Les autres Communes 3. Hors Aire :
- 8) Mode d'Admission : _____ / 1. Référé 2. Evacué 3. Venu de lui-même
- 9) Moyen de référence : _____ / 1. Ambulance 2. Taxis moto 3. Voiture personnelle 4. Autres
- 10) Référé par : _____ / 1. Médecin 2. Infirmier 3. Sage-femme 4. Interne
- 11) Durée d'Hospitalisation préopératoire : _____ / 1. 0-3 jours 2. 4-7 jours 3. ≤ 7 jours
- 12) Durée d'Hospitalisation postopératoire : _____ / 1. 0-3 jours 2. 4-7 jours 3. ≤ 7 jours
- 13) Durée Totale d'Hospitalisation : _____ / 1. 0-3 jours 2. 4-6 jours 3. 4-7 jours
- 14) Date _____ de _____ sortie _____ / _____

I EXAMEN CLINIQUE :

- 15) Motif de consultation
.....
.
- a. Mode de début des signes : / 1. Brutal 2. Progressif 3. Ne sait pas
- b. Heure d'apparition des différents symptômes : _____ / _____ / 1. Matin 2. Journée 3. Soir 4. Nuit
- c. Evolution ; _____ / 1. Permanente 2. Intermittente
- 16) Antécédents :
 - a. Médicaux : _____ / 1. HTA 2. Diabète 3. Asthme 4. Drépanocytose 5. Autres
 - b. Chirurgicaux : / _____ / 1. Oui 2. Non
 - c. Familiaux : _____ / 1. HTA 2. Diabète 3. Drépanocytose 4. Asthme 5. Autres
 - d. Habitudes du Malade: / _____ / 1. Thé 2. Tabac 3. Alcool 4. Drogue 5. Autres
 - e. Notion de prise de médicaments: / _____ / 1. Oui 2. Non
- 17) Délai d'Admission
- 18) Signes fonctionnels :
 - Douleur :
- 19) Type de la douleur: / _____ / 1. Brulure 2. Crampe 3. Picotement 4. Autres

- 20) Siège de la douleur: / _____ / 1. Hypochondre droit 2. Hypocondre gauche 3. Epigastre
4. Flanc droit 5. Flanc gauche 6. Péri ombilicale 7. Hypogastre 8. Fosse lombaire droite 9.
Fosse lombaire gauche 10. Diffuse
- 21) Irradiation : _____ / 1. Oui 2. Non
- 22) Mode de sédation : _____ / 1. Oui 2. Non
- 23) Douleur accompagnée de signes: / _____ / 1. Oui 2. Non
- 24) Signes accompagnant la douleur: / _____ / 1. Diarrhée 2. Ballonnement 3.
Gargouillement 4. Constipation 5. Autres
- 25) Vomissement: / _____ / 1. Oui 2. Non
- 26) Caractéristique du vomissement: / _____ / 1. Biliaux 2. Fécaloïde 3. Alimentaire 4.
Autres
- 27) Saignement : / _____ / 1. Oui 2. Non

II. Signes généraux :

- 28) Etat général: / _____ / 1. Bon 2. Altéré 3. Mauvais
- 29) déshydratation: / _____ / 1. OUI 2. Non
- 30) pouls ;-Température :-pression artérielle.....
- 31) Diurèse: / _____ / 1. ≥ 60 cc 2. 60-100CC/heure 3. ≤ 100 CC/Heure 4. Non évalué
- 32) conjonctive/ téguments: / _____ / 1. Colorées 2. Non colorées

iii Signe physique :

a- Inspection : Recherche :

- 33) Météorisme: / _____ / 1. Oui 2. Non
- 34) Type de météorisme: / _____ / 1. Localisé 2. Généralisé et diffus
- 35) Péristaltisme: / _____ / 1. Localisé 2. Généralisé 3. Provoqué
- 36) Respiration Abdominale : / _____ / 1. OUI 2. Non

b- Palpation : Recherche :

- 37) Contracture abdominale : / _____ / 1. OUI 2. Non
- 38) Type de contracture : / _____ / 1. Localisé 2. Généralisé
- 39) Voussure observé : / _____ / 1. OUI 2. Non
- 40) Type de voussure: / _____ / 1. Mobile 2. Immobile
- 41) Masse pelvienne : / _____ / 1. OUI 2. NON
- 42) Défense Abdominale : / _____ / 1. OUI 2. Non
- 43) Type défense: / _____ / 1. Localisé 2. Généralisé

c. Percussion : Recherche :

- 44) Sonorité : / _____ / 1. Normale 2. Matité 3. Tympanisme

d. Auscultation Abdominale :

45) Bruits Hydro-aériques :/_____/ 1. Oui 2. Non

e. Palpation des orifices herniaire

46) Existence de hernie :/_____/ 1. Oui 2. Non

47) Localisation:/_____/ 1. Inguinale 2. inguino-scrotale 3. Ombilicales 4. Autres

f. Examens COMPLEMENTAIRES :

48) Taux d'Hémoglobine:/_____/ 1. ≤ 6g 2. 6—8g 3. 9—11g 4. ≥11g

49) Groupage Sanguin / rhésus:/_____/ 1. A* 2. A- 3. B* 4. B- 5. O+ 6. O- 7. AB+
8. AB-

50) Echographie :/_____/ 1. Oui 2. Non - ASP :/_____/ 1. Oui 2. Non

51) Temps écoulé entre l'arrivée et l'intervention :/_____/ 1. ≤ 30 min 2. 30- 1 Heure 3. 1—1 Heure 30 Min 4. ≥ 1Heure 30 min

III. DIAGNOSTIC :

52) Diagnostic pré opératoire:/_____/ 1. Appendicite 2. Hernie étranglée 3. Péritonite 4. Occlusion Intestinale 5. Thrombose Hémorroïdaire 6. Autres

53) Diagnostic per opératoire:/_____/ 1. Appendicite 2. Hernie étranglée 3. Péritonite 4. Occlusion Intestinale 5. Thrombose Hémorroïdaire 6. Invagination intestinale aigue 7. Hémopéritoine

54) Délai de prise en charge : 1. ≤ 30 min 2. 30- 1 Heure 3. 1—1 Heure 30 Min 4. ≥ 1Heure 30 min

IV- TRAITEMENT :

55) Médical:/_____/ 1. Oui 2. Non

a. Traitement préopératoire :

56) Nature :.....

57) Durée :...../.../.../.....

b. Traitement per opératoire :

58) Nature:/_____/ 1. Antalgique 2. Antibiotique 3. Réhydratation

59) Durée:/_____/ 1. ≤ 30min 2. 30min—1 Heure 3. 1---1 Heure 30min 4. ≥1Heure 30min

c. Traitement postopératoire :

60) Nature:/_____/ 1. Antalgique 2. Antibiotique 3. Réhydratation

61) Durée:/_____/ 1. ≤ 24 Heures 2. 24-48heures 3. 48—72 Heures 4. ≥72 Heures

62) Chirurgical:/_____/ 1. Oui 2. Non

63) Technique :

**LES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
SAN**

64) Type d'anesthésie: / _____ / 1. AG 2. Locorégionale 3. Locale

65) Durée du traitement chirurgical: / _____ / 1. ≤30 min 2. 30 à 1 heures 3. 1--1Heures 30mn 4. ≥ 1 heure 30mn.

66) Complications : / _____ / 1. Oui 2. Non

67) Complication per Opérateur : / _____ / 1. Oui 2. Non

68) Type de complication per Opérateur: / _____ / 1. Hémorragie 2. Décès 3. Autres.....
.....
.....

69) Complications Postopératoires : / _____ / 1. Oui 2. Non

70) Type de complications postopératoires : / _____ / 1. Hémorragie 2. Décès 3. Abscess pariétal
4. Fistules digestives. 5. Eviscération 6. Eventration

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE.