

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 2021-2022

N°

THESE

Abdomens aigus chirurgicaux au centre de santé de référence de Koutiala.

Présentée et soutenue publiquement le 16/06/2022 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par M. Moussa Dian **DIAKITE**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Président : Pr Bakary Tientigui DEMBELE

Membre : Dr Bréhima BENGALY

Co-Directeur: Dr Mahamadou COULIBALY

Directeur : Pr Drissa TRAORE

Dédicaces

Nous rendons grâce à ALLAH, le tout puissant, le créateur de l'univers, qu'il nous éclaire de sa lumière divine et nous implorons sa grâce. AMEN

A notre père :

Arraché très tôt à notre affection, j'ai pensé à toi à chaque instant de ce travail. Que ton âme repose en paix que Dieu vous accorde le paradis. Amen !

A notre mère :

Très chère Maman, tu incarnes pour moi l'affection d'une mère dévouée, courageuse et tolérante. Ton amour pour nous, ta grande générosité et ton sens du pardon m'ont toujours impressionné. Je ne saurai oublier cette chaleur maternelle et les mots me manquent pour te qualifier et t'exprimer tout l'amour et l'admiration que je te porte. Tout le mérite de ce travail est aussi le tien. Merci pour tes bénédictions, tes prières quotidiennes et tous les sacrifices consentis pour tes enfants ainsi que pour toute la famille. Que le seigneur tout puissant te bénisse t'accorde une longue vie dans la paix et dans la plus grande santé.

A ma grande mère : Adam Traoré

Chère grande mère, ce travail est le tien. Tu m'as guidé dans mes premiers pas, tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de l'humilité, de la morale, de la justice et du pardon. Trouve dans cette œuvre l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Tes prières ne m'ont jamais fait défaut ainsi que tes encouragements, ton soutien moral, affectif et matériel. Merci du fond du cœur car tu es la clé de ma réussite. Que le Seigneur tout puissant ALLAH t'accorde le paradis. Repose en paix.

A mon grand frère : Yaya DIAKITE arraché très tôt à notre affection, tu as été toujours à mes côtés pendant les moments difficiles, que ton âme repose en paix et que Dieu vous accorde son paradis. Amen !

A ma femme : Hamssétou CISSE

Toutes mes gratitude et reconnaissances, retrouver ici mes sentiments les plus sincères. Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté. Je prie le tout puissant de fructifier davantage nos relations. Amen !

A mes frères et sœurs ;

Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté. Je prie le tout puissant de fructifier davantage nos relations. **Amen !**

A mes cousins et cousines, A ma famille entière, Il m'est difficile de trouver les mots pour vous manifester toute ma reconnaissance. Que le seigneur vous bénisse et vous comble. Merci. A tous les malades, en particuliers ceux qui ont fait l'objet de cette étude. Qu'ALLAH le tout puissant vous accorde la santé, paix et prospérité.

A ma cousine : Oumou COULIBALY

Merci pour l'estime et le respect que vous avez manifesté à mon égard.

A mon ami : Adama CISSE

Cher ami, tu as été l'épine dorsale pour la réalisation de ce travail. Tes qualités morales, ta sincère collaboration et ton courage n'ont d'égale que la grandeur de ta personne. Tes apports sont grands et innombrables pour ces moments partagés. Que ce travail soit le fruit d'une amitié solide, sincère et éternelle. Reçoit ici ma sincère reconnaissance.

A mes amis : Askia Mohamed TOURE, Daba DIAWARA, Youssouf KONE, Seydou DIALLO, Seïbou FANE.

Recevez ici l'expression de ma sincère sympathie.

A toute ma promotion : Antoine COULIALY, Dramane GOITA, Youssouf DEMELE, Mountaga DIALLO que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens d'amitié.

Remerciements

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

A tous mes maîtres de l'école primaire à la F.M.O.S la qualité de l'enseignement, vos leçons d'humilité m'ont impressionné. Merci le cœur plein d'émotion et de reconnaissance. J'espère que ce travail vous rendra fier de moi.

Au médecin chef de Koutiala Youssouf Diam SIDIE

A Dr Mahamadou COULIBALY, Dr Bréhima BALLO, Dr Moussa DEMBELE

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

A mon frère Modibo DIAKITE : Votre soutien moral, matériel et financier ont été d'un apport inestimable pour ma réussite. Grand frère ce travail est le tien. Qu'ALLAH le tout puissant exhausse tes vœux et te bénisse. Amen

A mes chers : Dian DIAKITE, Hawa DIALLO, Abdoulaye DIAKITE, Maimouna DIAKITE, Kassim DIAKITE, Alima DIALLO, Oumou DIAKITE, Modibo DIAKITE, Ténin DIAKITE, Yaya DIAKITE Paix à votre âme, que Dieu vous accorde le paradis. Amen ! , Moussa L DIARRA Que le tout puissant vous accorde santé et longue vie. Amen !

Aux Familles DIALLO, DIARRA, COULIBALY, DIAKITE

Vos soutiens, moral et financier ne m'ont jamais fait défaut. Trouvez ici ma profonde gratitude.

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

A Baténin DIAKITE La meilleure récompense est auprès de Dieu. Ce travail est le tien. Merci de ta plus haute considération pour ma vie. Que Dieu te comble, t'accorde longue vie et te bénisse.

A MES AMIS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens d'amitié. A MES COLLÈGUES THÉSARDES que le Miséricordieux nous gratifie le succès dans toutes nos démarches. Amen ! A mes cadets de l'internat : Pour votre disponibilité et votre respect. A tout le personnel du C.S.Réf de KOUTIALA en général et ceux de la chirurgie en particulier Merci pour la qualité des relations de franche et loyale collaboration.

A mes aînés : Dr Pierre DAO, Dr Madou SIDIE, Dr DIALL, Dr Moussa Y SANOGO et à tous les CES qui ont passé dans le service chirurgie « B » du Point « G ». Merci pour votre disponibilité et pour vos précieux conseils.

Aux personnels des services de chirurgie générale et du bloc opératoire du C.S.Réf de Koutiala : Major Boubacar SACKO, Major Amadou DEMBE, Major BENGALY.

A tout le corps professoral de la FMPOS. A mes maîtres : Pr Bakary T DEMBELE, Pr Drissa TRAORE, Pr Hamar Alassane TRAORE, Pr SIDIBE Assan TRAORE, Pr MAIGA Ibrahim, Feu Pr Ibrahim ALWATA, Pr SANOGO Zimogo Zié. En témoignage des enseignements de qualité que j'ai reçu de vous, recevez ici ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

A tous les patients et leurs accompagnants : Sans qui ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

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

HOMMAGES AUX MEMBRES DE JURY

Notre maître et Président du jury,

Pr Bakary T DEMBELE

- **Professeur agrégé en chirurgie digestive à la FMOS.**
- **Chirurgien généraliste au CHU Gabriel Touré.**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.**
- **Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (L'INFSS)**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA).**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F).**

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher Maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

Anotre cher maître et juge

Dr Bréhima BENGALY

- **Praticien hospitalier au CHU du Point G.**
- **Maître-assistant à la FMOS.**
- **Membre de la Société Malienne de Malienne de Chirurgie (SOCHIMA).**
- **Spécialiste en chirurgie générale.**

Cher maître,

Nous sommes honorés que vous ayez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre rigueur, et votre amour du travail bien fait font de vous un médecin de qualité. Nous tenions à vous remercier pour vos apports qui ont contribué à l'amélioration de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre attachement et notre gratitude.

A notre cher maître et Codirecteur de thèse:

Dr Mahamadou COULIBALY

- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Chef de service de Chirurgie générale au C.S.Réf de Koutiala.**

Cher maître;

Les mots nous manquent pour exprimer toute la gratitude et le profond respect que vous nous inspirés, votre culture de l'excellence, votre rigueur scientifique, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades et votre disponibilité font de vous un maître respectable et exemplaire;

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher maître, soyez rassurer de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Pr Drissa TRAORE :

- **Maître de conférences agrégé à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien hospitalier au C.H.U. Point. G**
- **Membre de l'association française des chirurgies**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone**

Cher maître,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous, pour effectuer ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, votre amour du travail bienfait, votre courage et vivacité font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique impose le respect et l'admiration de tous. Professeur nous vous envions et souhaiterons emboiter vos pas, bien que difficile. Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage: par la pédagogie, l'humilité, l'accessibilité dont vous faites preuve.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAC : abdomen aigu chirurgical.

AINS : anti inflammatoire non stéroïdien.

AG : Anesthésie générale.

ASP : Abdomen sans préparation.

°C : Degrés celsius.

Cm : Centimètre.

CHU : Centre hospitalier universitaire.

C.S.Réf : Centre de santé de référence.

DCI : Dénomination commune internationale.

DES : Diplôme d'étude de spécialité.

FCFA : Franc communauté financier d'Afrique.

FID : Fosse iliaque droite.

FIG : Fosse iliaque gauche.

HTA : Hypertension artérielle.

Km : Kilomètre.

Mc : McBurney.

NFS : Numération formule sanguine.

TDM : Tomodensitométrie.

TR : Toucher rectal.

TV : Toucher vaginal.

% : Pourcentage.

Liste des Tableaux

Tableau II : Répartition selon la tranche d'âge.	31
Tableau III : Répartition selon leurs activités.	32
Tableau V : Répartition selon le mode de référence.	33
Tableau VI : Répartition selon la durée d'évolution en jour.	33
Tableau VII: Répartition selon les antécédents médicaux.	34
Tableau VIII: Répartition des patients opérés en fonction des signes fonctionnels.	35
Tableau X : Répartition selon la coloration des conjonctives.....	36
Tableau XI : Répartition en fonction de la température.....	36
Tableau XII: Répartition selon la pression artérielle systolique.	37
Tableau XIII : Répartition selon la pression artérielle diastolique.	37
Tableau XIV: Répartition selon l'inspection de l'abdomen.	38
Tableau XV: Répartition selon le résultat de la palpation.	38
Tableau XVI: Répartition des patients opérés selon le résultat de la percussion. ..	39
Tableau XVII: Répartition selon le résultat de l'auscultation.	39
Tableau XVIII : Répartition selon le résultat du toucher rectal.....	39
Tableau XIX: Répartition selon le résultat NFS.	40
Tableau XX: Répartition selon le résultat de l'ASP.	40
Tableau XXI: Répartition selon le résultat de l'échographie abdominale.....	40
Tableau XXII: Répartition selon le diagnostic pré opératoire	41
Tableau XXIII: Répartition selon la voie d'abord.	42
Tableau XXVII: Répartition des complications selon la classification de Clavien- Dindon	44
Tableau XXXII: Les signes fonctionnels selon les auteurs.	48

Liste des figures

Figure 1: Répartition des patients opérés selon le sexe.	31
Figure 2: Répartition des patients opérés selon le traitement reçu avant l'admission.	34
Figure 3 : Répartition des patients opérés selon les antécédents chirurgicaux.	35

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
1 Objectifs	3
1-1 Objectif général :.....	3
1-2. Objectifs spécifiques :.....	3
- Déterminer la fréquence hospitalière des abdomens chirurgicaux.	3
- Décrire les aspects diagnostiques des abdomens des abdomens aigus chirurgicaux.....	3
-Déterminer les étiologies des abdomens aigus chirurgicaux.....	3
- Analyser les suites opératoires de la prise en charge.....	3
II. GENERALITES	4
1. Rappels anatomique de la cavité abdominale	4
3-LES OCCLUSIONS INTESTIALES AIGUES	20
3- METHODOLOGIE.....	27
3-1. Cadre d'étude :.....	27
3-2. Méthodes d'études :.....	29
IV-Résultats.....	31
V- DISCUSSION :	46
Conclusion :.....	54
Références	57
Annexes	64

I. INTRODUCTION

Les abdomens aigus chirurgicaux sont définis comme étant des affections abdominales qui, pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours [1].

La fréquence varie selon les pays. En France en 2010, sur 630 urgences chirurgicales opérées 244 étaient abdominales (38,8%) [3]. Au Maroc en 2013, sur 233 urgences chirurgicales opérées, 137 étaient abdominales (58,8%) [4]. Au Nigéria en 2005, les urgences abdominales ont représenté 25% des pathologies chirurgicales [5]. Au Mali, dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré, Konaté M a rapporté 278 cas d'urgence abdominale sur 382 urgences chirurgicales (72,8%) [6].

Les abdomens aigus chirurgicaux ont des causes multiples. En France, les appendicites aigues, les occlusions intestinales, les péritonites sont les causes les plus fréquentes [2]. Au Mali dans une étude prospective réalisée en 2009 par Maïga A, les occlusions intestinales occupent la première place suivie des appendicites, puis les péritonites [6].

Le diagnostic des abdomens aigus est clinique et paraclinique. La radiographie de l'abdomen sans préparation et l'échographie abdominale sont les examens paracliniques les plus utilisés et permettent de retrouver des signes en faveur des urgences abdominales chirurgicales dans plus de 90% [2, 5, 6].

La prise en charge des abdomens aigus est médico-chirurgicale et est fonction de l'étiologie. Le pronostic dépend du diagnostic précoce, des lésions associées et le délai de prise en charge.

La morbidité varie environ de 12,6 à 22% et de mortalité de 4,7 à 9,7 [5]. En France une étude réalisée en 2010 sur 244 patients reçus pour abdomens aigus chirurgicaux la morbidité était de 13% et la mortalité de 4%. Au Maroc en 2013 sur 137 abdomens aigus chirurgicaux recensés la morbidité était de 13,3% et la mortalité de 5% [2; 3].

L'importance et l'amélioration de la prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux au centre de santé de référence de Koutiala ont motivé notre travail dont les objectifs étaient les suivants :

Le but était d'étudier les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des abdomens aigus chirurgicaux au centre de santé de référence de Koutiala entre 2017 et 2019.

1 Objectifs

1-1 Objectif général :

Etudier les abdomens aigus chirurgicaux au service de chirurgie générale au C.S. Réf de Koutiala.

1-2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière des abdomens chirurgicaux.
- Décrire les aspects diagnostics des abdomens aigus chirurgicaux.
- Déterminer les étiologies des abdomens aigus chirurgicaux.
- Analyser les suites opératoires de la prise en charge.

II. GENERALITES

1. Rappels anatomique de la cavité abdominale

L'abdomen représente la partie du tronc située au-dessous du diaphragme contenant la majorité des viscères de l'appareil digestif et de l'appareil urinaire.

Il est composé de :

-Six parois qui sont ostéo-musculaires et aponévrotiques :

*deux parois antérolatérales,

*deux parois postérieures,

*une paroi supérieure : le diaphragme,

*une paroi inférieure : le plancher pelvien,

-muscles (grand oblique, petit oblique, transverse, grand droit, pyramidal qui est inconstant).

- le contenu (viscère)

Le contenu abdominal est enveloppé par un sac conjonctif appelé péritoine qui est constitué de deux feuillets : le péritoine pariétal et péritoine viscéral.

La cavité abdominale se divise en deux niveaux :

-l'étage supérieur comprend le foie, les voies biliaires, le pédicule hépatique, le premier duodénum, le pancréas, l'estomac et la rate

-l'étage inférieur comprend le gros intestin (colon), l'intestin grêle (jéjunum et l'iléon), le caecum et l'appendice.

Une partie du colon et le rectum se trouvent dans le petit bassin, subdivision de l'étage inférieur limité par l'arc osseux de la ceinture pelvienne (sacrum et os iliaque). Celui-ci contient aussi chez l'homme la vessie, le colon sigmoïde et les anses grêles ; chez la femme la vessie, l'utérus, les trompes et les ovaires.

La paroi abdominale peut être divisée en neuf régions à partir de quatre lignes :

- deux lignes horizontales menées

*en bas entre les deux épines iliaques antéro-supérieures

*en haut, tangentiellement au point le plus déclive du rebord costal

- deux lignes verticales menées par le milieu de chaque pli inguinal.

Sont définies les neuf régions :

Sur la ligne médiane de haut en bas : l'épigastre, la région péri-ombilicale, l'hypogastre.

Latéralement de haut en bas l'hypochondre (droit et gauche), le flanc (droit et gauche), la fosse iliaque (droite et gauche).

Cette division arbitraire permet cependant de situer en clinique diverses zones pathologiques.

Il existe sur la paroi abdominale des zones de faiblesse : la ligne blanche, l'ombilic et la région inguinale.

2. Les principales urgences abdominales chirurgicales

2.1. Hernie étranglée

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 leurs types anatomiques, toutes les hernies peuvent s'étrangler un jour ou l'autre ; certaines plus que d'autres. 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 épaissement 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 anévrysmes 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

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 pariétaux-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 gynécologique ;
- 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 faire une incision sus et sous ombilicale, traiter la cause, 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 occlut 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

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 schistosoma 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 appendiculaire (est une complication de l'appendicite catarrhale).

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans les formes typiques

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

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

La NFS montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

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

2.3.7. Le plastron appendiculaire (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 généraux : La température est à 38°C ou plus, le pouls est accéléré.

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 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 appendiculaire (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 hydro-aériques.

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 14ème 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 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 hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles.

L'appendicite rétro-caecale est caractérisée par des douleurs lombaires droites à différencier de la colique néphrétique.

Appendicite méso cœliaque caractérisée par :

- des douleurs péri ombilicales ;
- un syndrome pseudo occlusif (où le diagnostic différentiel avec une gastro entérite).

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 :

- Incision au point de Mac Burney
- 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 naso gastrique 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 INTESTIALES AIGUES

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 supérieur de l'anse strangulée alors que le liquide reste à la partie inférieur.

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 dia statique.

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

A la palpation :

- 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 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 du 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 "hyper natrémie"), 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

Tableau I : Répartition de la douleur en fonction du siège d'occlusion

Signes d'occlusion	Sièges d'occlusion	
	Grêle	Colon
Douleurs	Idem	Idem
Vomissement	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 de 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 côlon 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-aériques.

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

3- METHODOLOGIE

3-1. Cadre d'étude :

Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence (C.S. Réf) de Koutiala.

3-1-1. Situation géographique :

Le cercle de Koutiala est une collectivité territoriale du Mali dans la région de Sikasso. IL compte 36 communes.

La population est estimée en 2017 à 752250 habitants et est composée essentiellement de Mianka, Bambaras, Peuls, Bobos, Dogons, Sarakolés et Sénoufos.

Le CS Réf de Koutiala est situé au centre de la ville. De par sa situation géographique, son accès est facile.

3-1-2. Description du centre de santé de référence de Koutiala :

Le C.S. Réf de Koutiala occupe le 2^{ème} niveau de référence dans la pyramide sanitaire de notre pays.

3-1-3. Les locaux :

Il est doté d'infrastructures suivantes :

- 1-deux blocs opératoires :
- 2- d'une salle de stérilisation
- 3- d'un service de gynécologie et obstétrique
- 4- d'un service de chirurgie générale (4 salles avec 22 lits d'hospitalisation et une salle de pansement avec 2 lits)
- 5-d'un service d'urologie
- 6- d'un service de pédiatrie appuyé par l'ONG médecins sans frontière France (MSF)
- 7- d'un service de médecine
- 8- d'une unité d'ophtalmologie
- 9- d'un laboratoire

10- des salles d'hospitalisation

11-deux pharmacies

12- d'une morgue

13- d'un service social

14- d'un service de soins et d'accompagnement VIH/SIDA

15- d'une unité hygiène/ assainissement.

3-1-4. Le personnel est composé de :

1- Neuf médecins spécialistes (1 chirurgien généraliste, 1 urologue, 1 gynécologue obstétricien, 1 gastroentérologue, 2 santé public, 1 pédiatre, 1 Ophtalmologiste, 1 Odontostomatologue)

2- Quatre médecins généralistes

3- Quatre assistants pharmaciens

4- 18 assistants médicaux

5- 13 Sages-femmes

6- 9 Infirmiers d'états

7- 2 Biologistes

8- 14 infirmières obstétriciennes

9- 22 infirmiers santé publique

10- 3 aides-soignants

11- 4 matrones

12- 13 comptables

13- 1 secrétaire

14- 6 chauffeurs

15- 9 Techniciens de surface

16- 1- Gardien

Le personnel non permanent :

Les étudiants thésards faisant fonction d'interne de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) qui sont au nombre de huit.

Le centre reçoit également les étudiants externes de la FMOS et de la FAPH et les élèves des écoles de santé.

3-1-5. Les activités du service de chirurgie :

Au cours de l'étude, nous avons pris part à toutes les activités du service : visite, consultation externe, les interventions chirurgicales et le suivi des malades hospitalisés ainsi que des pansements. Les visites se déroulent deux fois par jour chaque matin à partir de 08h00 et le soir à 15 h en présence de tout le personnel de la chirurgie. Les consultations externes ont lieu les lundis, mercredis et vendredis. Les jours d'opération pour les interventions à froid sont : mardi et jeudi. Les patients programmés pour le bloc opératoire sont hospitalisés la veille de l'intervention suivis d'un dossier médical.

3-2. Méthodes d'études :

3-2-1. Type et période d'étude :

Nous avons mené une étude rétrospective et prospective dans le service de chirurgie générale du C.S. Réf de Koutiala entre 1^{er} août 2017 au 31 août 2019 (25mois).

3-2-2. Critères d'inclusion :

Tout patient admis et opéré dans le service de chirurgie générale du C.S. Réf de Koutiala pour urgence abdominale chirurgicale pendant la période d'étude.

3-2-3. Critères de non inclusion :

Les patients admis et non opérés dans le service de chirurgie générale ;

Les patients opérés en dehors de la période d'étude ;

Les patients opérés hors du service ;

3-2-4. Les sources de données :

La réalisation de ce travail a nécessité une base de données détaillée, nous avons utilisé pour cela :

-Le dossier médical préétabli pour chaque malade

-Le registre de consultation

-Les cahiers du compte rendu opératoire

3-2-5. La collecte des données :

La fiche d'enquête a été remplie à partir des sources de données. L'enquête s'est déroulée sur la base d'une fiche d'enquête élaborée par nous-même corrigée et adoptée par le directeur de thèse. Elle a comporté :

- Une partie administrative qui a permis de collecter les renseignements sur l'adresse complète et l'état civil du patient ;
- Une partie qui a porté sur les renseignements généraux où ont été précisés : le motif de la consultation, le traitement médical reçu avant l'intervention et les pathologies associées ;
- Une partie clinique et traitement qui a permis de recueillir : les données du dossier médical, les données du compte rendu opératoire et les suites opératoires.

3-2-6. Les variables d'études :

Les variables d'études étaient constituées du sexe, de l'âge, des antécédents, des signes fonctionnels et physiques, du traitement, des suites opératoires et du suivi.

3-2-7. Analyse et saisie des données :

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur Microsoft Word 2010.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS (version 25)

Les comparaisons ont été faites en utilisant le test statistique de khi2 et le test exact de Fisher. Le seuil de signification était de $p < 0,05$.

IV-Résultats

1- Epidémiologie :

1-1- Fréquence

Au cours de cette étude, nous avons enregistré 152 cas d'abdomens aigus chirurgicaux, qui ont représenté 4,9% des consultations (n=3116), 21,1% des interventions (n=722) et 56,5% des hospitalisations (n=269).

1-2-Sexe :

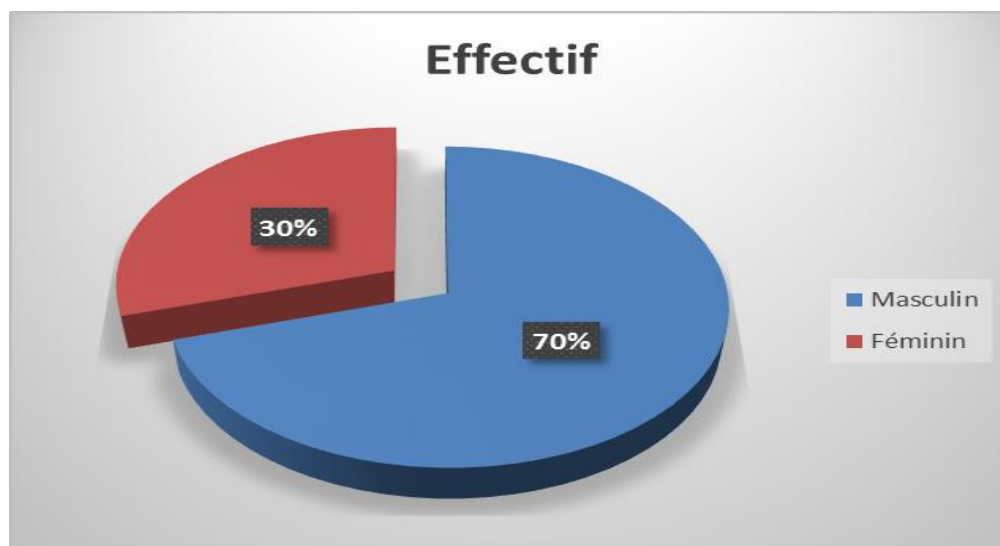


Figure 1: Répartition selon le sexe.

Les hommes étaient plus fréquents avec 107 cas (70,4%). Le sexe ratio était de 2,4%.

1-3- Age :

Tableau II : Répartition selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	%
≤15 ans	28	18,4
16-40 ans	76	50
41-65 ans	42	27,6
65>	6	3,9
Total	152	99,9

La majorité des patients soit 50%, avait un âge compris entre 16 et 40 ans. La moyenne d'âge était $33,3 \pm 19$ avec des extrêmes de 1 et 94 ans.

1-4-Nationalité :

Tous les patients opérés étaient de nationalité malienne.

1-5-Activités :

Tableau III : Répartition selon leurs activités.

Activités	Effectif	%
Cultivateur	68	44,7
Ménagère	36	23,7
Fonctionnaire	3	2
Commerçant	6	3,9
Elève	26	17,1
Eleveur	6	3,9
Retraité	1	0,7
Enfant	6	3,9
Total	152	100

Les cultivateurs étaient les plus représentées avec un taux de 44,7%.

1-6- Résidence :

La majorité de nos patients résidaient à Koutiala avec 84,2% des patients.

85 patients soit 55,92 % des cas ont consulté après 3jours d'évolution de leur maladie.

2-Aspect cliniques :

2-1- Motif de consultation :

Tableau IV: Répartition selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	%
Douleur abdominale	141	92,8
Distension abdominale	7	4,6
Tuméfaction inguinale	4	2,6
Total	152	100

La douleur abdominale était le motif de consultation le plus fréquent et était retrouvée chez 97,4% des patients.

2-2-Mode de référence

Tableau III : Répartition selon le mode de référence.

Mode de référence	Effectif	%
Adressé par une structure sanitaire	56	36,8
Venu de lui-même	96	63,2
Total	152	100

La majorité de nos patients n'avait pas fait de consultation soit 63,2% des patients.

2-3-Durée d'évolution de la maladie :

Tableau IVI : Répartition selon la durée d'évolution en jour.

Durée d'évolution	Effectif	%
< 1J	40	26,3
[1 - 5 J]	71	46,7
[5 – 10J]	24	15,9
< à 10J	17	11,1
Total	152	100%

Les patients ont consulté dans les 5 premiers jours d'évolution de la maladie au CSREF dans 73% des cas. Cette durée était supérieure à 5 jours dans 27% des cas.

2-4 Traitement antérieur :

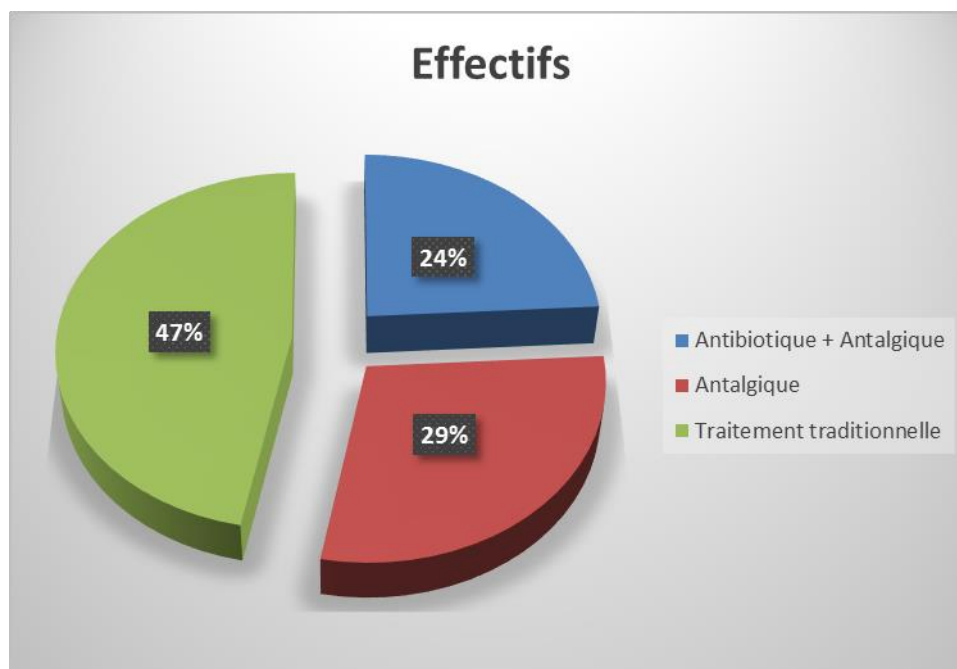


Figure 2: Répartition selon le traitement reçu avant l'admission.

Les patients avaient effectué des traitements traditionnels dans 47% des cas avant la consultation.

2-5-Antécédents :

2-5-1-Médicaux :

Tableau VI: Répartition selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	%
HTA	2	1,3
Asthme	0	0
Diabète	2	1,3
UGD	13	8,6
Aucun	135	88,8
Total	152	100

La majorité des patients n'avait pas d'antécédents médicaux notables au moment de leur admission soit 88,8% des cas.

2-5-2-Chirurgicaux :

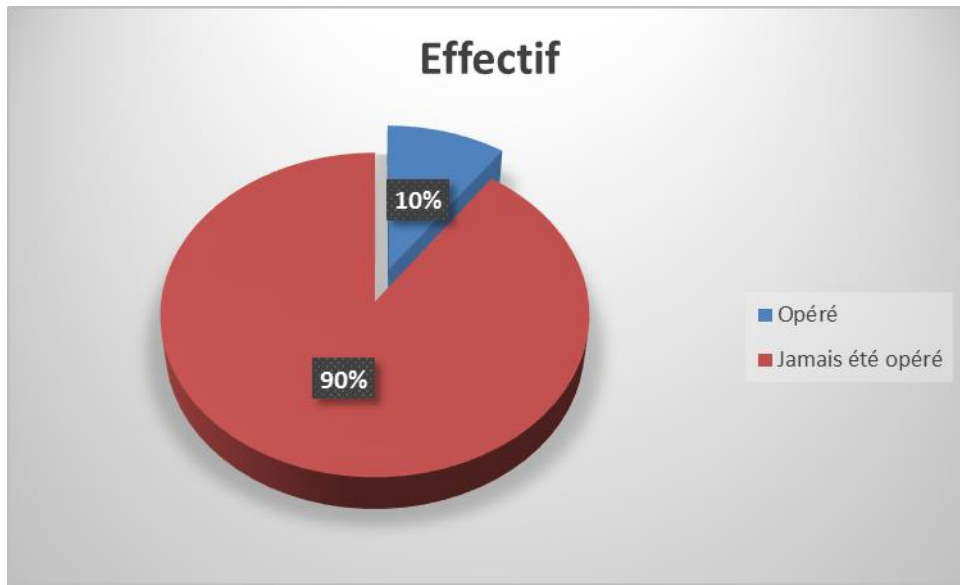


Figure 3 : Répartition des patients opérés selon les antécédents chirurgicaux.

2-6-Signes fonctionnels :

Tableau VI: Répartition des patients opérés en fonction des signes fonctionnels.

Signes fonctionnels	Effectif	%
Douleur abdominale	134	88,2
Vomissement	123	80,9
Diarrhée	53	34,9
AMG	91	59,9

La douleur abdominale était le signe fonctionnel le plus représenté soit 88,2%.

2-7-Signes généraux :

2-7-1- Index de KARNOFSKY :

Tableau IX: Répartition selon l'index de KARNOFSKY.

Etat général	Effectif	%
≥50	22	14,5
60-70	120	78,9
80-90	10	6,6
100	0	0
Total	152	100

Les patients en majorité avaient une assistance occasionnelle mais capable de subvenir à la plupart de leurs besoins 78,9% des cas.

2-7-2- Coloration des conjonctives :

Tableau VII : Répartition selon la coloration des conjonctives.

Conjonctives	Effectifs	%
Bien colorées	141	92,8
Colorées	11	7,2
Total	152	100

La majorité de nos patients était bien colorée soit 92,8% des cas.

2-7-3- Température :

Tableau VIII : Répartition en fonction de la température.

Température	Effectifs	%
Inférieure 37,5°C	59	38,8
Entre 37,5°C à 38°C	84	55,3
Supérieure à 38,5°C	9	5,9
Total	152	100

L'hyperthermie était le signe le plus fréquent soit 61,2% des cas.

2-7-4- Pression artérielle systolique :

Tableau IXI: Répartition selon la pression artérielle systolique.

Pression artérielle systolique	Effectifs	%
Inférieure à 100 mm/Hg	18	11,8
Entre 120 et 140 mm/Hg	131	86,2
Supérieure à 140 mm/Hg	3	2
Total	152	100

NB : Valeurs moyennes de la pression artérielle normale (pression humérale) systolique : 100 - 140mmHg et diastolique : 80 – 90mmHg.

La majorité des patients avait une tension artérielle systolique à la limite de la normale soit 86,2% des cas.

2-7-5- Pression artérielle diastolique :

Tableau XI : Répartition selon la pression artérielle diastolique.

Pression artérielle diastolique	Effectifs	%
Inférieure à 80 mm/Hg	14	9,2
Entre 80 et 90 mm/Hg	136	89,5
Supérieure à 90 mm/Hg	2	1,3
Total	152	100

La majorité des patients avait une pression artérielle diastolique à limite normale soit 89,5% des cas.

2-8-Signes physiques :

2-8-1- Inspection :

Tableau XIV: Répartition selon l'inspection de l'abdomen.

Inspection	Effectifs	%
Distension abdominale	72	47,4
Cicatrice de laparotomie	6	3,9
Voussure abdominale	9	5,9
Tuméfaction pariétale	42	27,7
Plaie abdominale	7	4,6
Abdomen non distendu	16	10,5
Total	152	100

La distension abdominale était présente chez la majorité des patients soit 47,4% des cas.

2-8-2- Palpation :

Tableau XII: Répartition selon le résultat de la palpation.

Palpation	Effectifs	%
Contracture abdominale	37	24,3
Douleur et défense	108	71,1
Cris de l'ombilic	4	2,6
Tuméfaction douloureuse	3	2
Total	152	100

La douleur et la défense étaient les signes fréquents à la palpation avec 71,1% des cas.

2-8-3- Percussion :

Tableau XIII: Répartition des patients opérés selon le résultat de la percussion.

Percussion	Effectifs	%
Matité pré hépatique abolie	53	34,9
Matité pré hépatique conservée	53	34,9
Tympanisme	44	28,9
Normale	2	1,3
Total	152	100

La matité pré hépatique conservée était fréquente avec 34,9% des cas.

2-8-4- Auscultation :

Tableau XVI: Répartition selon le résultat de l'auscultation.

Auscultation abdominale	Effectifs	%
BHA Diminués	55	36,2
BHA Accentués	37	24,3
BHA Normaux	60	39,5
Total	152	100

Le bruit hydro-aérique (BHA) était normal chez la moitié des patients soit 39,5% des cas.

2-8-5- Toucher rectal :

Tableau XVI : Répartition selon le résultat du toucher rectal.

Toucher rectal	Effectifs	%
CDS douloureux et bombé	125	82,2
CDS bombé	8	5,3
Toucher rectal normal	19	12,5
Total	152	100

Le Cul de Sac de Douglas était douloureux chez 82,2% des patients.

2-9-Aspects paracliniques:**2-9-1-Numération formule sanguine :**

Tableau XVIX: Répartition selon le résultat NFS.

NFS	Effectifs	%
Hyperleucocytose	90	59,2
Anémie	17	11,2
Normal	45	29,6
Total	152	100

La NFS a été demandée chez tous les patients et il y'avait une hyperleucocytose dans 59,2% des cas.

2-9-2-La radiographie de l'abdomen sans préparation :

Tableau XVII: Répartition selon le résultat de l'ASP.

ASP	Effectifs	%
Pneumopéritoine	11	24,4
NHA	22	48,9
Grisaille diffuse	12	26,7
Total	45	100

Le niveau hydro-aérique était le signe radiologique le plus fréquent soit 48,9% des cas.

2-9-3-Echographie abdominale :

Tableau XVIII: Répartition selon le résultat de l'échographie abdominale.

Echographie abdominale	Effectifs	%
Epanchement intra abdominale diffuse	27	36,5
Epanchement intra abdominale localisée	10	13,5
Normal	37	50
Total	74	100

L'épanchement intra abdominal a été trouvé chez la plupart des patients soit 50% des cas.

3-Diagnostic préopératoire :

Tableau XIXI: Répartition selon le diagnostic.

Diagnostic pré op	Effectif	%
Appendicite aigue	48	31,6
Péritonite aigue	50	32,9
Occlusion intestinale aigue	25	16,4
Hernie étranglée	12	7,9
Traumatisme abdominal fermé	11	7,2
Traumatisme abdominal ouvert	6	3,9
Total	152	100

La péritonite aigue était le diagnostic préopératoire le plus fréquent avec 32,9% des cas.

4-Aspects thérapeutiques :

4-1-But : Soulager le malade, traiter la cause et éviter les complications.

4-2-Moyens : Moyens chirurgicaux associés aux moyens médicaux.

4-3-Méthodes :

4-3-1-Médicale : Le traitement médicale a été réalisée en pré- per et post opératoire chez tous les patients, elle était constituée de la réhydratation avec les solutés isotoniques, de l'anti bio prophylaxie (le ceftriaxone (100mg/kg/j) et le métronidazole (20 à 30 mg/kg/j) et les antalgiques (métamizol sodique pour les adulte : 500mg/injection 3fois/j et le paracétamol perfusion pour les enfants : 1,5 mg/kg/6h).

4-3-2-Traitement chirurgicale :**4-3-2-1-Voie d'abord :**

Tableau XX: Répartition selon la voie d'abord.

Voie d'abord	Effectif	%
Laparotomie médiane sus et sous ombilicale	92	60,5
Laparotomie médiane sous ombilicale	28	18,4
Incision de Mac Burney	32	21,1
Total	152	100

La laparotomie sus et sous ombilicale a été la voie la plus effectuée avec 60,5% des cas.

4-3-2-2-La technique chirurgicale :

Tableau XXIV: Répartition selon les gestes réalisés.

Gestes réalisées	Appendicite aigue	Péritonite aigue	Occlusion intestinale aigue	Hernie étranglée	Hémopéritoine	Plaie pénétrante	Nombre total	%
Appendicectomie	46	19					65	42,8
Résection anastomose		10	8	2		2	22	14,5
Excision suture		15				3	18	11,8
Stomie temporaire		2	2				4	2,6
Cholécystectomie		1					1	0,7
Splénectomie					1		1	0,7
Gastrectomie des 4/5		1					1	0,7
Résection des brides			6				6	3,9
Dévolution			6				6	3,9
Dés invagination			2				2	1,3
Cure de la hernie			1	10			11	7,2
Hémostase par compression					10	1	11	7,2
Toilette et drainage simple	2	2					4	2,6
Total	48	50	25	12	11	6	152	100

L'appendicectomie était le geste chirurgical le plus réalisé avec 42,8% des cas.

4-4 Suites opératoires :

Tableau XXV: Répartition selon les suites opératoires.

Suites opératoires	Effectif	%
Simple	126	82,9
Suppuration pariétale	6	3,9
PPO	7	4,6
Eviscération	1	0,7
Fistule digestive externe	3	2
Décès	9	5,9
Total	152	100

La suite opératoire a été simple chez 82,9% et la morbidité post opératoire était de 11,2%.

Tableau XXVI: Répartition des complications selon les pathologies

Complications	Suppuration pariétale	PPO	Eviscération	Fistule digestive	Total	%
Pathologies						
Péritonites aiguës	4	3	1	2	10	58,8
Appendicite aiguë	1	2			3	17,6
Occlusion intestinale aiguë	0	2	0	1	3	17,6
Traumatisme abdominal ouvert	1	0	0	0	1	5,9
Total	6	7	1	3	17	100

La suppuration était la complication la plus fréquente dans notre étude qui était secondaires généralement au lâchage des fils de suture anastomotique. En fonction des pathologies ces complications ont été observées après l'intervention pour péritonites aiguës dans 58,8% des cas.

Tableau XXII: Répartition des complications selon la classification de Clavien-Dindon

Complications	Classification de Clavien-Dindon					Total
	Grade I	Grade II	Grade IIIa	Grade IIIb	Grade IV	
Suppuration pariétale		4	2			6
PPO				5	2	7
Eviscération			1			1
Fistule digestive externe		2		1		3
Décès						9
Total	0	6	3	6	2	9

Selon la classification de Clavien-Dindon, les complications étaient de grade II dans 6 cas, grade IIIa (3 cas), grade IIIb (6 cas), grade IVa (2 cas) et grade V (9 cas)

4-5 Traitement des complications postopératoires :

La suppuration pariétale a été traitée par des soins locaux. Pour les 7 cas de péritonites post opératoires, 5 ont été réopérés et 2 sont décédés avant l'intervention chirurgicale. Le seul cas d'éviscération a été réparé. Pour les fistules digestives externes, un cas a été réopéré pour fermer la fistule et les deux autres cas ont été observés ce qui a permis d'avoir la fermeture spontanée de la fistule après une surveillance de 15 jours environ.

5-Mortalité post opératoire :

Tableau XXVIII: Répartition de mortalité en fonction des pathologies

Pathologies	Effectif	%
Appendicite aigue	0	0
Péritonite aigue	7	77,8
Occlusion intestinale aigue	1	11,1
Hernie étranglée	0	0
Traumatisme abdominal fermé	1	11,1
Traumatisme abdominal ouvert	0	0
Total	9	100

La mortalité post opératoire était de 5,9% (9 cas). Parmi les 9 cas, il y'a 4 qui sont décédés dans un tableau de choc hypovolémie et 5 dans un tableau de choc septique post opératoire.

6-Durée d'hospitalisation :

Tableau XXIX: Durée moyenne d'hospitalisation en fonction des pathologies

Pathologies	Durée moyenne	Ecart-type	Extrêmes
Appendicite aigue	3	±1,2	1-4
Péritonite aigue	7	±1,8	5-30
Occlusion intestinale aigue	5	±2,4	4-15
Hernie étranglée	2	±1,3	1-7
Traumatisme abdominal fermé	4	±2,5	2-9
Traumatisme abdominal ouvert	5	±2,1	3-18

La durée moyenne d'hospitalisation était de $6,1 \pm 7,1$ avec des extrêmes allant de 1 à 30 jours. En fonction des pathologies les patients ont plus séjourné dans notre centre de santé après l'intervention pour péritonite aigue dont la durée moyenne était de 7 jours $\pm 1,8$ avec des extrêmes de 5 et 30 jours.

V- DISCUSSION :

1. METHODOLOGIE D'ETUDE

Nous avons réalisé une étude rétrospective et prospective à cause des avantages suivants :

- L'enquêteur examine lui-même la grande majorité des malades.
- Les données recueillies sont plus fiables et exploitables.

Comme difficultés rencontrées nous citerons :

- Retard de consultation des malades.
- Difficulté à réaliser certain examen complémentaire de référence sur place.
- Le pouvoir d'achat de la plupart des malades étant faible, ils ne peuvent pas prendre les frais en charge.

2- Fréquence :

Tableau XXX: Fréquence des abdomens aigus chirurgicaux selon les auteurs

Auteurs	Nombre total d'intervention	Effectif	Pourcentage	Test statistique (P)
Harouna [7]	2898	742	25,6	P=0,05
Sounah [8]	344	88	25,6	P=0,22
Notre série	720	152	21,1	

Au cours de cette étude l'abdomen aigue chirurgical a représenté 21,1% de l'ensemble des interventions chirurgicales du service. Ce résultat est similaire de ceux de Harouna et Sounah [7, 8]. Cela témoigne le nombre élevé des abdomens aigus chirurgicaux dans les régions africaines et de lourdes taches des chirurgiens viscéralistes.

2-Age moyen :

Tableau XXXI: L'âge moyen selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Age moyen	Test statistique(p)
Diop [9]	504	39,6	P=0,42
Sissoko [10]	64	32,7	P= 1
Notre série	152	33,3	

L'abdomen aigu chirurgical survient à tous les âges. Toutefois, notre étude a apporté une moyenne d'âge de 33,3±2 ans. Diop [9] et Sissoko [10] ont apporté respectivement 39,6 ans et 32,7 ans.

3-Sexe :

Les hommes étaient majoritaires avec un sex-ratio de 2,4. Ce taux se rapproche de celui de Berthé [11] qui a trouvé un sex-ratio de 2,3 en faveur des hommes. Ces données confirment que les abdomens aigus chirurgicaux se voient le plus souvent chez les sujets jeunes de sexe masculin.

4-Durée d'évolution de la maladie

En général dans les pays en voie de développement la plupart des patients consultent à l'hôpital sans passé par une structure sanitaire. Ce qui expliquerait très souvent le retard de diagnostic et du traitement [12]. Notre étude en témoigne ce fait car 62,2% de nos patients ont consulté à l'hôpital sans passé par d'autre structure sanitaire. Les patients ont consulté après 5 jours d'évolution de la maladie dans 27% des cas. Cela serait lié à l'usage des traitements traditionnels comme premiers recours de soins mais également à l'accessibilité financière et géographique. Ce délai reste cependant moins long que celui des hôpitaux nationaux en raison du retard mis par les structures périphériques pour la référence des patients [11].

5-SIGNE :**5-1- Signes fonctionnels :**

Tableau XXIII: Les signes fonctionnels selon les auteurs.

Auteurs	Signes fonctionnels		
	Douleur abdominale	Vomissement	AMG
Diop [9] N=504	n=504 (100%) P=0,69		
Kunin [14]. N=417		n=167 (40%) P=0,05	
Poilleux [15] N=43		n=13 (30,2%) P=0,05	n=5 (11,6%) P=0,5
Notre série N= 152 N=152	n=134 88,2%	n=123 80,9%	n=50 (59,9%)

La douleur abdominale reste le signe fonctionnel dominant selon la littérature [13]. Notre étude n'a pas fait l'exception à cette règle car la douleur abdominale était présente chez 88,2% des malades. Les vomissements alimentaires, bileux ou fécaloïdes ont été retrouvés chez 80,9% des malades selon le stade évolutif de la péritonite aigue. Ce taux est comparable au 100% de DIOP [9]. Nous avons noté 59,9% d'arrêt des matières et des gaz qui serait liée au stade évolutif plus avancé de l'irritation intestinale chez les patients de notre série. Ce résultat est similaire de celui de Poilleux [15] qui atteste que l'arrêt des matières et gaz peut être précoce (contemporain au syndrome douloureux) ou tardif, d'installation progressive ; parfois masqué par une fausse diarrhée réflexe [15].

5-2- Fièvre :

Tableau XXXIII: La fièvre selon les auteurs

Auteurs	Fièvre	Test statistique(p)
Konaté [17] N=300	70,3%	P=0,92
Sounah[8] N=88	42,04%	P=0,13
Notre série N=152	68,4%	

L'installation précoce des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [16]. La fièvre habituellement observée dès le début de la symptomatologie (sauf en cas de perforation gastrique) a été le signe fréquemment noté chez les patients (68,4% des cas). Ceci est conforme aux données de Sounah [8] et Konaté [17].

5-3 Signes physiques :

Tableau XXXIV: Les signes physiques selon les auteurs

Auteurs	Signes physiques		
	Contracture abdominale	Défense abdominale	Douleur au cul de sac de Douglas
Sissoko [13] N=43	n=13 (30%) P=0,68	n=31 (72%) P=0,58	
Kunin [14] N=417		n=167 (40%) P=0,11	
Konaté [17] N=300	n=49 (16,4%) P=0,12	n=74 (24,7%) P=0,52	n=222 (74%) P=0,21
Notre série N=152	n=37 (24,3%)	n=44 (28,9%)	n=91 (32,9%)

La contracture abdominale est le signe physique majeur [18]. Elle a été notée chez 24,3% des patients. Ce taux varie entre 30% et 50% selon les auteurs africains [13,

17]. Cette fréquence élevée dans les séries africaines pourrait être liée à la fréquence des péritonites aiguës chez les sujets jeunes et à la consultation tardive en Afrique. Mais au stade avancé, c'est la défense généralisée qui a la même signification sémiologique que la contracture généralisée [18]. Elle a été retrouvée chez 28,9% des patients de notre série. La douleur au cul de sac de Douglas (32,9%) a été un élément clinique important dans le diagnostic des syndromes péritonéaux.

6-Aspects paracliniques :

L'échographie abdominale réalisée (24,3% des cas) était un apport dans le diagnostic des traumatismes abdominaux fermés, des péritonites localisées et des appendicites aiguës de diagnostic difficile. La radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée que devant les syndromes occlusifs et péritonéaux.

7-Etiologies

Tableau XXXV: Etiologies selon les auteurs.

Auteurs	Etiologies		
	Péritonites aigues	Appendicites aigues	Occlusions intestinales aigues
Essomba [19] N=134	n=63 (47%) P=0,13	n=21 (15%) P=0,02	n=24 (18%) P=0,05
Adamou [20] N=3717	n=871 (23,4) P=0,5	n=996 (26,8%) P=0,37	n=498 (13,4%) P=0
Maiga [21] N=70	n=23 (32,9%) P=1	n=31 (44,3%) P=0,26	n=10 (14,3%) P=0,87
Wade T [22] N=110	n=11 (10%) P=0,00	n=5 (4,5%) P=0,00	n=46 (41,8%) P=0,00
Notre série N=152	n=50 (32,9%)	n=48 (31,6%)	n=25 (16,4%)

Les péritonites aigues étaient la première étiologie avec 32,9% des cas. Elles étaient secondaires généralement à une perforation iléale dans un contexte infectieux. Le même constat est rapporté par Esomba [19]. Les appendicites aigues étaient la deuxième cause avec 31,6%. Ce résultat est différent de ceux de Adamou [20] et de Maiga [21] pour lesquels, les appendicites aigues viennent en tête des étiologies des abdomens aigus chirurgicaux. Par contre Wade [22] a apporté dans une série sénégalaise un taux d'occlusion intestinale élevé avec 41,8% des cas (p=0,00). La raison est que son étude portait uniquement sur les sujets âgés, dont l'âge moyen était de 73 ans, qui sont des personnes à risque pour le volvulus du colon et de tumeur colique.

8-Traitement

8-1 Traitement médical :

L'antibiothérapie était basée sur l'association de ceftriaxone et de Métronidazole parfois triplée par la Gentamicine. Ultérieurement elle était modifiée et adaptée selon l'évolution clinique. Ces associations ont été utilisées par d'autres auteurs [13, 17, 23]. Le paracétamol injectable était la molécule la plus utilisée pour soulager la fièvre et de la douleur en pré et post opératoire immédiat.

8-2 -Traitement chirurgical :

Tableau XXXVI: Les gestes chirurgicaux selon les auteurs.

Auteurs	Gestes chirurgicaux		
	Appendicectomie	Résection-anastomose	Excision-suture
Adamou [20] N=302	n=71 (23,5%) P=0,0033	n=32(10,6%) P=0,36	n=42 (13,9%) P=0,69
Sounah [8] N=88	n=55 (62,5%) P=0,12	n=5 (5,7%) P=0,09	
Notre série N=152	n=65 (42,8%)	n=22 (14,5%)	n=18 (11,8%)

Au cours de notre étude l'appendicectomie était le geste le plus important suivi de la résection anastomose et de l'excision-suture. Cette fréquence élevée de l'appendicectomie était liée au nombre de péritonite secondaire aux complications de l'appendicite. Ce nombre d'appendicectomie est supérieur à celui d'Adamou [20] qui avait plus de cas de péritonite secondaire aux complications de la fièvre typhoïde.

8-3-Suites opératoires

Les suites opératoires ont été simples dans 82,9% des cas. Nous avons constaté une morbidité de 11,2% et une mortalité globale de 5,9% (9 cas). La péritonite aigüe était la pathologie la plus morbide (58,8% de la morbidité globale) et la plus mortelle (77,8% de la mortalité globale). Ces données sont différentes de celui de Dissa [24] où la morbidité était presque nulle ($p=0,02$). Ce qui s'explique par la fréquence élevée d'appendicite aigüe simple dans son étude et par conséquent la difficulté de la prise en charge des péritonites par rapport à celle de l'appendicite aigüe simple.

9- Durée d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation de cette étude était de 6 jours. Cette durée varie d'une pathologie à une autre et elle pouvait atteindre jusqu'à 30 jours après l'intervention pour péritonite aigüe et pour raison de complications post opératoires. Le même constat est fait par Dissa [24].

Conclusion :

Les abdomens aigus chirurgicaux sont des urgences les plus fréquentes dans notre service. Le diagnostic est clinique et para clinique le plus souvent. L'étiologie la plus fréquente est la péritonite aigue, qui est également la pathologie la plus morbide et la plus mortelle.

Recommandations

Aux populations :

D'arrêter des croyances religieuses et culturelles en fin d'amener les malades rapidement en consultation au centre de santé de référence pour la meilleure prise en charge.

Aux autorités sanitaires :

-Dotation des blocs opératoires des matériels pour prévenir et traiter les complications (la suppuration pariétale, la péritonite post opératoire, la fistule digestive, l'éviscération).

-Mobilisation des ressources pour la formation continue des chirurgiens, les infirmiers et les aides de bloc.

-Amélioration des conditions d'hospitalisation des malades opérés.

Aux aides de bloc :

-Application correcte des mesures d'hygiène et d'asepsie au bloc opératoire

-Lavage du site opératoire avec de l'eau et du savon

Aux anesthésistes :

-Relaxation des malades au moment de l'intervention pour éviter les traumatismes.

-Application correcte des mesures d'hygiène et d'asepsie.

Aux chirurgiens :

-Application correcte des techniques opératoires en fonction des indications opératoires.

-Réduction des heures de l'intervention chirurgicale.

-Surveillance rigoureuse des malades en post opératoire.

Iconographie

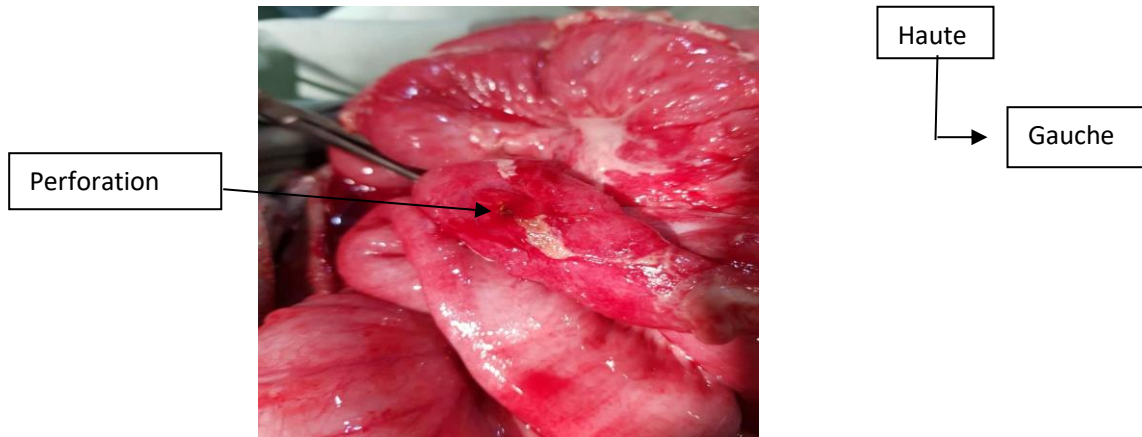


Photo 1 : Péritonite par perforation iléale de 0,5 cm

Source : archives photos de service de chirurgie de Koutiala

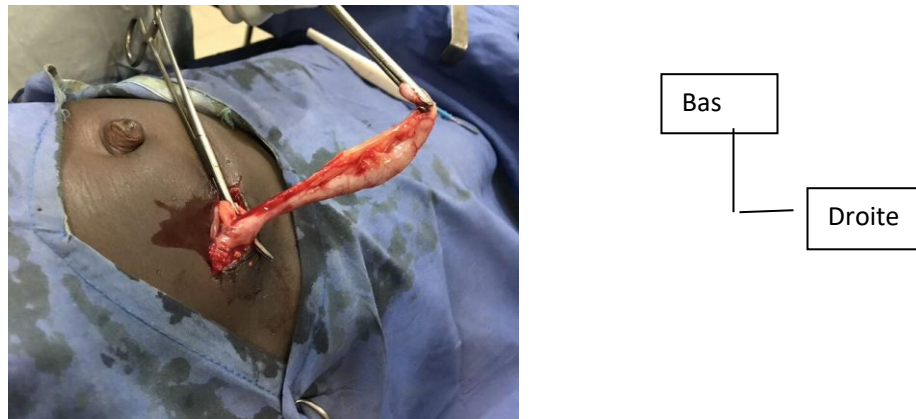


Photo 2 : Appendicite aigue catarrhale

Source : archives photos de service de chirurgie de Koutiala

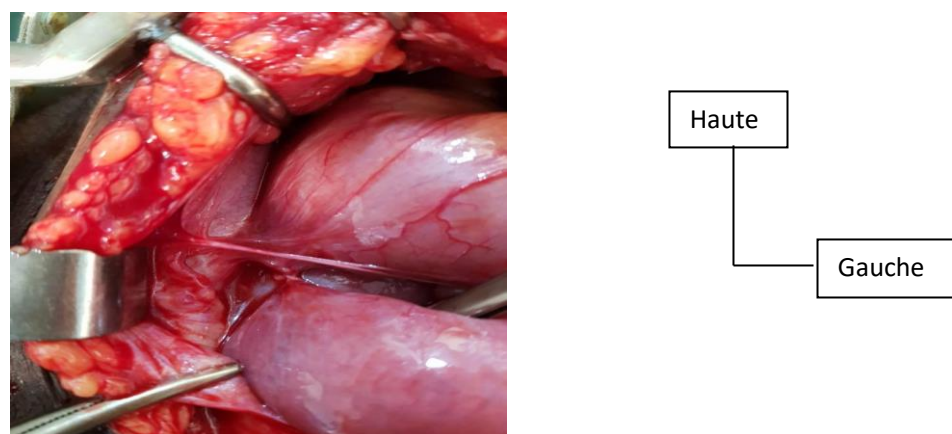


Photo 1 : Occlusion intestinale aigüe sur brides grélo-pariétales

Source : archives photos de service de chirurgie de Koutiala

Références

- 1- Mondor H Diagnostic urgences / Abdomen. Masson 9ème Edition 1979 ; 55-184.
- 3- Boccard et Coll Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. Ann Fr Médecine urgence 2011 ; (24) ; 312-9.
- 4- Moutei Hassan Guide pratique des urgences chirurgicales viscérales. Thèse Méd (Maroc), 2013 ;(6)114-9.
- 5- Ekere AU et Coll Surgical mortality in the emergency roon in orthop, 2005, 28 (3):187-90.
- 6- Konaté M Urgences chirurgicales au CHU GT. Thèse de Méd, université de BKO 2005 :91 ; 238.
- 7- Harouna YD : Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostique. Médecine Afrique Noire 2001 ; 48 (2) : 49-54.
- 8- Soumah SA, Ba PA, Diallo-Owono FK, Toure CT. Les abdomens aigus chirurgicaux en milieu africain: étude d'une série de 88 cas à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès. Sénégal Bull Med Owendo. 2011; 13(37): 13-16.
- 9- Diop P S, Ba PA, Ka I, Ndoeye JM, Fall B. Prise en charge diagnostique des abdomens aigües non traumatiques au service des urgences de l'hôpital général de Grand-Yoff : à propos de 504 cas. Bull Med Owendo 2011; 13(37): 42-46.
- 10- Sissoko F; Ongoiba N ; Sidibé S ; Béréte S et Coll Les péritonites par perforation iléale en chirurgie << B >> de l'hopital de Point ``G`` Mali Méd 2003 ; 18(1/2) ; 22-24.
- 11- Berthé I Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie du CHU du point G. Thèse de Méd BKO, 2008 : 80 ; 102.
- 12-Harouna YD, Abdou I, Saidou B, Bazira L. Les péritonites en milieu tropical : Particularités étiologiques et facteurs pronostiques actuels - A propos de 160 cas. Médecine Afrique Noire 2001 ; 48 (3) : 104-106.

- 13- Mensah E, Tchaou B, Allode A, Zoumenou E, Ogou L et al. Comment améliorer le pronostic des urgences chirurgicales abdominales admises dans l'unité de réanimation ? J Afr Chir digest 2011 ; 11 : 1197-203.
- 14- Kunin ; Letoquard JP. Facteur pronostiques des péritonites du sujet âgé : Analyse statistique multifactorielle de 216 observations. J Chir (Paris) 1991 ; 128(11) :86- 481.
- 15- Poilleux. Sémiologie chirurgicale : Sémiologie de la péritonite (rappels généraux anatomiques et physiologiques). Paris : Flammarion-Médecine et sciences, Tome II (Appareil digestif) 4ème édition 1979 ; 971-989.
- 16- Le Treut YP Péritonites aiguës : physiopathologies, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Revu Prat (Paris) 1993 ; 43 (3) :259-62.
- 17- Konaté Harouna. Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel toure. Thèse de médecine Bko 2003 ; 14-38. 03M67
- 18- Fagniez PL ; Serpeau ; Thomson C Péritonite aiguës Encycl Méd chir Estomac-Intestin 1982 ; 9045-106.
- 19- Essombaa A, Chichom A, Mefire M, Fokou P, Ouassouo P, Masso Misse A, Esiene L, Abolo M E, Malonga E. les abdomens aigus d'étiologie parasitaire : analyse d'une série rétrospective de 135 cas. annales de chirurgie March 2006 ; 131 (3) : 194-197.
- 20- Adamou Harissou, Amadou M Ibrahim, Habou Oumarou, Adamou Mansour, Magagi Amadou, Elh Adakal Ousseni, Mahaman Niandou. Retard diagnostique et implication pronostique en milieu africain. cas des urgences en chirurgie digestive à l'hôpital national de Zinder, Niger. European Scientific Journal April 2015 ;11(12) : 1857 – 7881.
- 21-Maiga A Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des pathologies abdominales chirurgicales d'urgence à l'hôpital de Gao, 70 cas. Thèse Méd BKO, 2008 ; 12 ; 77.

22- Wade T, Ba PA, Diao ML, Diop B, Cisse M, Konaté I. Urgences chirurgicales digestives non traumatiques chez le sujet âgé au CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar : à propos d'une série de 110 cas. Hépatol. Gastroentérol 2016 ; 10:190-193.

23- Le Treut YP ; Malick S ; Kouamé B Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique : à propos d'une série observée dans Guyanais. Méd trop 2001 ; 61 : 491-94.

24- Dissa Badra Les péritonites aiguës : Aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse de Méd-BKO ; 2010-2011 : 15-139.

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

Les urgences dans un centre hospitalier et universitaire en milieu tropical : le point de vue de l'anesthésiste réanimateur.

Med. Trop 2002; 62: 247- 250.

26. Abi. F, El fares F, Nechad M.

Unité de chirurgie viscérale des Urgences, CHU. Ibnou Rochd Casablanca Maroc J. chir (Paris) 1987; 471-474.

27. Berthé I. :

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

Thèse Med,Bamako,Université de Bamako,2009, N°09M53.

28. Adejuyigbé O, Fashain EO.

Acute intestinal obstruction in Nigerian children. Trop Gastro Enterol 2001; 6 : 120-123.

29. Hartmann B.

Péritonites aiguës in Mondor diagnostics urgents abdomen (Paris) Masson 9ème Edit; Paris 1979; 24.

30. Garcia Vazquez A, Cano Novillo I, Benavent Gordo MI, Delgado

Munoz MD, Anton-Pacheco Sanchez J, Berchi Garcia FJ.

Results of laparoscopic treatment of complicated appendicitis. Cir Pediatr 2005;

18 (1): 8-12.

31. Mungadi IA, Jabo BA, agwu NP.

A review of appendicectomy in North –western Nigeria. Niger J Med; 2004; (3): 240-3.

32. Daly CP, Cohan RH , rancis IR caoili EM , Ellis JH , Nan M.

Incidence of acute appendicitis in patients with equivocal CT finding. AJR Am J Roentgenol 2005;184(6):1813-20.

33. Berthé H.:

Etude épidémio-clinique et thérapeutique des grossesses extra-utérine dans le service de gynéco-obstétrique du CHU- point G.

Thèse Méd, Bamako, université de Bamako, 2009, N°09M527

34. Diem G. :

Etude de la grossesse extra-utérine dans le service de gynéco-obstétrique du CHU-Gabriel Touré

Thèse Méd, Bamako, université de Bamako, 2007, N°07M101.

35. Kéïta A. :

Aspects épidémio-clinique et thérapeutique des GEU au Centre de Santé de Référence de la commune IV.

Thèse Méd , Bamako , université de Bamako, 2006, N°06M258.

36. J. Kossi, P. Salminen, M. Laato.

The epidemiology and treatment patterns of postoperative adhesion induced intestinal obstruction in varsinais-suomi Hospital District.

Scandinavian journal of surgery 2004 ; 93: 68 – 100.

37. L Catel, F Lefèvre, V Laurent, L Canard, L Bresier, FGuillemin D et D Régent.

Occlusion du grêle sur bride : quels critères scanographiques de gravité rechercher ?

J radiol. 2003 ; 84 : 27-31.

39. Sidibé B. :

Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des occlusions

intestinales aiguës mécaniques dans le service du CHU Gabriel Touré.

Thèse de Méd, Bamako, université de Bamako, 2003, N°03M62.

40. Dembélé Boubacar Bréhima :

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

Thèse Méd, Bamako, université de Bamako, 2005, N°05M243.

41. Dongmo Alerte Michelle :

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie "A" de l'hôpital du Point G.

Thèse Méd, Bamako, université de Bamako, 2006, N°06M263.

42. Akacacaya A, Alimoglu O, Hevenk T Bas G, Sahin M.

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

43. Muyembe VM, Suleman N.

Intestinal obstruction at a provincial hospital in Kenya.

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

44. Shittu OB Gana J Y, Alawale EO, Ogundiran TO.

Pattern of mechanical intestinal obstruction in Ibadan: a ten year review. Afr J Med Sci 2001; 30 (1-2):17.

45. Hosoglu S, Mustafa Ademir et Coll :

Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid fever.

Am j epidemiology 2004; 160: 46-50.

46. Doui D et all:

les péritonites aiguës généralisées opérées dans les hôpitaux de Bangui.

Etiologies et profil bactériologique à propos de 93 cas :2008,55 :617 622.

47. ALMOWITCH H :

Traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé

Gastro enterol clin bio (Paris) 2000; 24: 1012-1017

48. KOUAME B

Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Côte d'ivoire

Bull Soc Pathol Exot 2001; 94 (5): 379-382

49. JEAN YM, JEAN LC :

Péritonite aigue

Rev prat (paris) 2001 ; 51 : 2141-2145

50. DOUMBIA M. M. :

Prise en charge des perforations digestives dans le service de chirurgie A au CHU du Point G.

Thèse méd, Bamako, université de Bamako, 2008, N°08M123

51. GOUGARD P, BARRAT C

Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé. Résultat d'une étude rétrospective multicentrique

Ann Chir 2000 ; 125 : 726-731

52. Bahadir K, Hakan I, Tahir M, Duzgun A, Moran M, Mahir M.

Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults

Am j Surg 2003; 181(2): 101-4

53. Sissoko M

Etudes des hernies inguinales étranglées à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

These de Medecine Bamako 2009,N°86.

54. Jorge Barreiro

Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults

Am J. Surg 2007; 77(1):40-5

55. Sagara A

Etude des hernies inguinales étranglées à l'Hôpital régional de Kayes.

These Med Bko 2005,N°79

56. Lebeau R, Diane B, Koffi E, Yenon K, Kouassi J.C.

La résection intestinale au cours de la prise en charge de la hernie inguinale étranglée de l'adulte : Facteurs prédictifs et influence sur le pronostic de la hernie

Rev. Int. Sc.Med 2006 ; 8(1) :50-54

57. Alvarez-P, José A, Baldonado C, Francisco GR, Isabel S, Barreiro J et al
Cir Esp 2005; 77(1): 40-45

Presentation and outcome of incarcerated exrenal hernias in adults.

Cir Esp 2005; 77(1): 40-45

58. Ferzli G, Shapiro K, Chaudry G, Patel S.

Laparoscopic extra peritoneal approach to acutely incarcerated inguinal hernia.

Surg Endosc 2004; 18(2): 228-31

59. Pélissier E.

Anatomie Chirurgicale des Hernies de l'aine. Technique chirurgicale Appareil digestif

Encycl Med chir Paris 2000; 3: 40-105.

60. Sangaré B.

Hernies inguinales étranglées au service de chirurgie générale et pédiatrique
l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med Bko 2002 ; N 71

61. D.K.MEHINTO, O.F.J.ROUX, N.PADONOU.

Prise en charge des hernies étranglées de l'aine chez l'adulte à propos de 295
cas

Annexes

QUESTIONNAIRE

Q1-numéro de la fiche

d'enquête _____ / _____ / _____ / _____ /

Q2-

service _____

Q3- numéro du dossier du malade

_____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ /

A. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Q4- nom et

prénom _____

—

Q5- âge (en année)

_____ / _____ / _____ /

Q6-

sexe _____

_____ / _____ /

Masculin 1

Féminin 2

Q7_ profession _____ /

_____ / _____ /

Cultivateur	1	Ménagère	2
Fonctionnaire	3	Éleveur	6
Commerçant	4	Ouvrier	7

Elève ou étudiant 5

1

Q8-

ethnie _____ / _____

_____ /

Minia ka

1

Sénoufo

5

Bambara

2

Bobo

6

Peulh

3

Dogon

7

Malinké

4

Kassonké

8Autres (a précisée)

9

Q9- résidence

habituelle _____ / _____

_ /

Koutiala

1

N'pèssoba

4

Konséguéla

2

Moloballa

5

Khoury

3

Autres (a précisée)

6

Q10-

nationalité _____

____ / _____ /

Malienn

1

Autres (a précisée)

B. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Q11- mode de recrutement dans le

service _____/_____/

Consultation ordinaire 1

Consultation en urgence 2

Q12 - adressé _____/

Venu de lui-même 1 Un médecin 2

Un infirmier 3 Sa famille 4

Autres (a précisée) 5

Q13- Motif de consultation

Douleur abdominale 1 Distension abdominale 3

AMG 2 Tuméfaction inguinale 4

1+2+3 5 1+4 6

Q14-Délai d'évolution avant la

consultation _____/_____/

1j 1

2-3j 2

4-10j 3

Supérieur à 10j 4

Q15-Consultation médicales

antérieure _____/_____/

Aucune consultation antérieure 1

Dans une structure sanitaire secondaire 2

Dans une structure sanitaire privée 3

Q16-Circonstance de découverte ou de

survenue _____/_____/

Accident 1

Spontanée 2

Bilan de routine/systématique 3

Autres (a précisée)		4
Q 17	Antécédent médicaux _____/_____/	
HTA	1	Diabète 2
UGD	4	
Asthme	3	Aucun 5
Q18	Antécédent chirurgicaux _____/_____/	
Appendicite	1	Occlusion 2
Hernie inguinale	3	Aucun 4
Q 19	Antécédent gynéco –obstétricaux _____/_____/	
Signes fonctionnels	1	
Douleur abdominale	2	
Vomissements	3	
Diarrhée	4	
Fièvre	5	
AMG	6	
20-Signes généraux		
20-a / Index de karnofsky _____/_____/		
Activité normale (100-80)		1
Incapable de travailler (70-50)		2
Incapable de s’occuper de lui-même		3
20-b/Fièvre _____/_____/		
T° <		
20-c/ TA		
systolique _____/		
Inférieur à 10		1
10 ≤ PA < 14		2
Supérieure à 14		3
20-d/ TA		
diastolique _____/		
Inférieur à 6		1

$6 \leq PA < 9$	2
Supérieure à 9	3

Q21-Signes physiques

Inspection _____/

Distension abdominale	1
Cicatrice de laparotomie	2
Voussure abdominale	3
Tuméfaction inguinale	4
Tuméfaction ombilicale	5
Abdomen normale	6

Palpation _____/

Contraction généralisée	1
Douleur avec défense généralisée	2
Douleur de la fosse iliaque droite	3
Douleur de la fosse iliaque gauche	4
Douleur épigastrique	5
Cri de l'ombilic	6
Masse abdominale	7
Abdomen normal	8

Percussion _____/ _____/

Matite pré hépatique abolie	1
Matité pré hépatique conservée	2
Matité déclive	3
Tympanisme	4
1+3	5
Normale	6

Auscultation _____/

Bruits hydro-aériques normaux	1
Bruits hydro-aériques diminués	2

Bruits hydro-aériques accentué	3
Toucherrectal _____/_____/	
Cul de sac de Douglas douloureux et bombé	1
Cul de sac de Douglas douloureux	2
Cul de sac bombé	3
Toucher rectal normal	4
Autres (a précisée)	5
Q22-Examens complémentaires	
NFS _____/_____/	
Hyperleucocytose	1
Anémie	2
Normal	3
_Echographie	
abdominale _____/_____/	
Épanchement intra abdominal diffus	1
Épanchement intra abdominal localisé	2
Normal	3
Autres (a précisée)	4
ASP _____/	
Pneumopéritoine	1
NHA (Niveau hydro-aériques)	2
Grisaille diffuse	3
Normal	4
Autres (a précisée)	5
Diagnostic _____/	
Appendicite aigue	1
Péritonite aigue	2
Occlusion intestinale aiguë	3
Hémopéritoine	4
Hernie ombilicale étranglée	5

Hernie inguinale étranglée

6

Autres (a précisée)

C.TRAITEMENT

Q23 Traitement médical _____ / _____

1- Réhydratation

2- Antalgique

3- Antibioprophylaxie

4- Antibiothérapie

5- Transfusion

6- 1 + 2 + 4

Q24 Traitement chirurgical _____ / _____

Appendicectomie 1

Cure chirurgicale de la hernie 2

Avec résection intestinale 2.1

Sans résection intestinale 2.2

Libération de bride 3

Résection anastomose 4

Suture d'une perforation 5

Suture d'une plaie 6

Toilette péritonéale 7

Avec drainage 7.1

Sans drainage 7.2

D. EVOLUTION

Q25 Suites opératoires _____

Suites simples 1

Infection de la paroi 2

Fistule digestive 3

Phlébite 4

Occlusion post opératoire 5

Hémorragie (a précisée) 6

Eventration	7
Décès	8
Autres complications (a précisée)	9
Associations de complications (a précisée)	10
Q26-Classification selon	
Clavier_____ / _____ /	
Grade 1	1
Grade 2	2
Grade 3	3
Grade 4	4
Grade 5	
E. Coût hospitalier	
Q27-Durée totale	
d'hospitalisation_____ / _____ /	
Q28- Coût de la prise en	
charge_____ / _____ /	
1	Inférieur à 150000
2	150000 à 200000
3	Supérieur à 200000

Fiche signalétique

Nom : DIAKITE

Prénom : Moussa Dian

Titre : Abdomens aigus chirurgicaux au centre de référence de Koutiala.

Année universitaire : 2021-2022

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Chirurgie.

Résumé :

Objectif général :

- Étudié les abdomens aigus chirurgicaux au centre de santé de référence de Koutiala.

Nous avons mené une étude rétrospective et prospective entre 1^{er} août 2017 au 31 août 2019 (25mois) au service de chirurgie générale du C.S. Réf de Koutiala. Nous avons enregistré 152 patients dont 107 hommes et 45 femmes, soit un sexe ratio de 2,4. L'âge moyen a été $33,3 \pm 19$; la douleur abdominale était le signe le plus fréquent soit 88,2%. A l'examen physique la douleur et défense étaient les signes fréquents. L'échographie et l'ASP étaient les examens complémentaires les plus utilisés. La péritonite aigue était l'étiologie la plus fréquente (32,9%). L'appendicectomie a été réalisé chez la plus part des patients (42,8%). La péritonite était la pathologie la plus morbide (58,8%) et la plus mortelle (77,8).

Conclusion

Les abdomens aigus chirurgicaux sont des urgences les plus fréquentes dans notre service. Le diagnostic est clinique et paraclinique le plus souvent. L'étiologie la plus fréquente est la péritonite aigue qui est également la pathologie la plus morbide et la plus mortelle.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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