

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE

RÉPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DU MALI

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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2000-2001

N° 28 /

URGENCES ABDOMINALES AIGUËS

CHIRURGICALES

A L'HOPITAL « NIANANKORO FOMBA » SEGOU :

200 CAS

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../ 2000
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Mr : Tiemoko TRAORE

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY

PRESIDENT :

Professeur Mamadou DEMBELE

MEMBRES :

Professeur Sambou SOUMARE
Monsieur Abdoulaye SISSOKO

CODIRECTEUR DE THESE
DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Mamadou SOUMANO
Professeur Djibril SANGARE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1999 - 2000

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR
1^{ER} ASSESSEUR : AROUNA KEITA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2^{EME} ASSESSEUR : ALHOUSSEYNI AG MOHAMED - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE PRINCIPAL YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
AGENT COMPTABLE : YEHIHA, HIMINE MAIGA - CONTROLEUR DE TRESOR

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Mamadou-L. DIOMBANA
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Adama SANGARE
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme Konipo Fanta TOGOLA
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Issa DIARRA
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ophtalmologie
Stomatologie
Orthopédie. Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Chirurgie Générale
Orthopédie Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Orthopédie - Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
ORL
ORL
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Gynéco-Obstétrique
Orthopédie - Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique
Parasitologie - Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yéniomégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO

Chimie Organique
Immunologie
Bactériologie - Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdrahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigüe Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Benoît KOUMARE
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Amagana DOLO
Mr Kaourou DOUCOURE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Histoembryologie
Bactériologie - Virologie
Chimie Analytique
Biophysique
Parasitologie
Biologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Diankiné KAYENTAO	Pneumo-Phtisiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Mamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
------------------------	------------

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA Législation
Mr Elimane MARIKO Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO Matières Médicales
Mr Alou KEITA Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA Toxicologie
Mr Yaya KANE Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. A F YAPO	BIOCHIMIE
Pr. M.L. SOW	MED. LEGALE
Pr. Doudou BA	BROMATOLOGIE
Pr. M. BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr. Babacar FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr. Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Pr. Mounirou CISSE	HYDROLOGIE
Dr. G. FARNARIER	PHYSIOLOGIE

SOMMAIRE

DEDICACES

REMERCIEMENTS

I-	INTRODUCTION	1
	• OBJECTIFS	
II-	METHODOLOGIE	4
III-	RESULTATS	12
	1- Epidémiologie	12
	2- Clinique	17
	3- Diagnostic	28
	4- Traitement	28
	5- Suites	39
	6- Coût	42
IV-	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	43
V-	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	67
VI-	BIBLIOGRAPHIE	72

ANNEXE

RESUME

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail :

=> A toutes les victimes des abdomens aiguës, votre souffrance jusqu'au dernier soupir nous resterons en mémoire. Nous prions Dieu le tout puissant afin que ce travail contribue à la recherche de solution immédiate à vos problèmes « Amen ».

=> A mon père Elhadj Bréhima TRAORE

Vous avez été pour moi un exemple de courage, de persévérance et de justice dans l'accomplissement du travail bien fait.

Vous avez guidé nos pas vers l'avenir en acceptant mon inscription à l'école. vous m'aviez enseigné le sens de l'honneur, de la probité morale et le respect de soi.

Cher père ce travail est le fruit de votre éducation.

=> A ma mère Djeneba DIARRA

C'est le moment tant attendu pour moi de vous remercier de votre éducation. Votre générosité et votre affection naturelle envers toute personne, votre courage et votre sens de l'humilité font de vous une femme exceptionnelle dans le foyer.

Chère mère, puisse ce travail vous apporter satisfaction et répondre à l'espoir que vous portez à ma réussite.

=> A toutes les familles Fessiki de Ségou et de Djitoumou – Massala :

Votre grande affection à mon égard, vos sages conseils et votre bénédiction ont été d'un soutien inestimable pour la réussite de mes études.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Je profite de cet instant pour adresser mes remerciements :

=> **A Dieu** : le Miséricordieux, le Tout Puissant par excellence et par essence à qui nous implorons aide et assistance, puisse nous guider sur le bon chemin, grâce au sceau de prophète « MOHAMED » Paix et salut sur lui.

=> **A nos mères toutes :**

Fatoumata HAIDARA, Fatoumata COULIBALY, Maïmouna SANOGO, vous avez été pour moi des exemples de mère. Trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon plus grand respect.

=> **A Souleymane TRAORE et tout le personnel de l'entreprise BOZO Constructeur**, vous avez fait preuve de générosité par vos soutiens sans cesse croissants depuis que je vous ai connus. Cher frère retrouvez ici, l'expression de ma profonde reconnaissance.

=> **Boureima DRAME et famille**, sans vous ce travail n'aurait pas pu être achevé à temps opportun, vous avez levé toutes les difficultés de parcours liées à la saisie de ce travail qui en fait le vôtre.

=> **A mes oncles, mes tantes ainsi qu'à leurs familles :**

DIARRA à Kolondièba, Abidjan et Bamako pour tout ce que vous avez pu entreprendre pour moi.

=> **A nos aînés :**

Du service Docteurs : CAMARA B, BANOU A.A, COULIBALY M, KONE F, DOUMBIA A, TRAORE Z, KEITA M, FAYE O, DJIBO M D, SIDIBE B T, BOIRE N, pour votre aide non négligeable à notre formation.

=> A notre regretté : Etudiant Bakary Ladji GOITA que la mort nous a tragiquement arraché, que ton âme repose en paix.

=> A mes ami(e)s : de Ségou, Pelengana, Bamako.

=> A mes amis(e) et camarades de la FMPOS :

vous m'avez toujours soutenu tout au long de mes études à la FMPOS, puisse ce modeste travail soit un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

=> A la LIEEMA de la FMPOS

Vous avez contribué à l'ancrage de la pratique de l'Islam dans notre Faculté et dans toutes les Facultés de l'Université du Mali.

Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

=> A tout le personnel de l'HNF de Ségou pour leur soutien et leur franche collaboration.

=> A Monsieur Amadou Badda MAIGA pour votre courage et votre disponibilité sans cesse durant notre séjour.

=> A tous les étudiants de la FMPOS pour leur courage.

AUX MEMBRES DU JURY

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

A Notre Maître et Juge

Monsieur Abdoulaye SISSOKO

Administrateur civil

Directeur général de l'Hôpital Régional « Nianankoro FOMBA » de Ségou

Cher Directeur, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury.

Votre efficacité dans le travail, votre esprit rénovateur dans la gestion hospitalière ont donné aux patients plus d'assurance et de sécurité dans la qualité des prestations fournies.

Convaincu que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre pays, recevez ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profond respect.

A Notre Maître et Codirecteur de Thèse

Docteur Mamadou SOUMANO

Spécialiste en chirurgie générale, chef de service de chirurgie de l'Hôpital Régional « Nianankoro FOMBA » de Ségou.

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi nos juges. Nous avons bénéficié de votre encadrement. Votre simplicité et votre esprit collaborateur nous ont beaucoup marqué.

Veillez recevoir nos sincères remerciements pour les connaissances que vous nous avez procurées.

A notre Maître et Directeur de Thèse :

Professeur Djibril SANGARE

Maître de conférence agrégé en chirurgie générale, chirurgien des Forces Armées du Mali, professeur à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Ce travail n'aurait pas pu être mené à bien sans votre concours volontaire et désintéressé.

Vous avez initié ce travail. Votre simplicité, votre gentillesse, votre pragmatisme et surtout votre volonté de transmettre le savoir aux étudiants en classe, au bureau ou en salle d'opération, font de vous un formateur remarquable et dévoué.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Notre Maître et Juge

Professeur Sambou SOUMARE

Professeur en chirurgie générale,

Chef de service de la chirurgie « A » de l'Hôpital du Point « G »,

Professeur à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Cher maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury. La simplicité, la gentillesse, la vivacité d'esprit et l'esprit de sociabilité, toutes choses que vous incarnez et que vous conciliez parfaitement avec une capacité de décision lucide et opportune, font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés.

N'ayant ménagé aucun effort pour l'élaboration de ce travail.

Veillez trouver ici, cher maître l'expression de notre respectueuse reconnaissance et de notre profonde admiration.

A notre maître et président du jury

Professeur Mamadou DEMBELE

Professeur en chirurgie générale,

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de présider ce jury.

L'étendue de vos connaissances en médecine, votre pragmatisme et votre disponibilité suscitent une grande admiration. Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et précis. Nous vous avons connu toujours brillant, intelligent et modeste.

Permettez nous ici, cher maître de réitérer notre confiance et notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE I
INTRODUCTION
OBJECTIFS

I- INTRODUCTION

L'abdomen aigu chirurgical est une affection abdominale aiguë, ayant débutée et évoluant depuis moins d'une semaine et qui impose une sanction chirurgicale : Mondor [42] et Etienne [22].

La douleur constitue l'un des symptômes les plus fréquents et le principal motif de consultation.

Selon Schillio [49] les étiologies possibles recouvrent une grande partie de la médecine.

- Aux USA, une étude faite par Arnaud [5] en 1989 sur 1000 malades consultants pour douleurs abdominales aiguës a permis de déceler 19 étiologies, parmi lesquelles 6 étiologies chirurgicales (appendicite, cholécystite aiguë, occlusion intestinale aiguë, ulcère duodéal, kyste de l'ovaire, anévrisme abdominal).
- En France, Etienne [22] dans une étude trouve que 5 des premières étiologies de douleurs abdominales (abdomens aigus) étaient chirurgicales (appendicite aiguë, cholécystite aiguë, occlusions intestinales aiguës du grêle, ulcère perforé, pathologies néoplasiques).
- A Dakar, en 1979, Padonou [45] a recensé sur 1167 urgences non traumatiques de l'abdomen 5 étiologies (occlusions, péritonites, appendicite, grossesse extra-utérine, éviscération).
- A Lomé, en 1994, Adelain [2] dans une étude faite par les urgences chirurgicales digestives trouve 5 étiologies (péritonites, occlusions intestinales aiguës, malformations congénitales de la sphère digestive chez les enfants, traumatismes du foie et pancréatites). Selon le même auteur, les urgences chirurgicales digestives redoutables par la gravité de leur pronostic occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale. Les causes de gravité de ces urgences seraient dues :

- au retard de diagnostic, conséquence d'une consultation tardive,
 - au mauvais conditionnement des malades en préopératoire par faute de matériel.
- Au Mali, plusieurs travaux antérieurs ont porté sur les urgences abdominales chirurgicales :
 - En 1974, Dembélé M, Papadato A [18] « A propos de 15 perforations typhiques de l'intestin grêle » trouvent que l'arrivée tardive du malade est un facteur aggravant incontestable ce qui rend davantage périlleux un acte chirurgical grevé d'une lourde mortalité.
 - En 1976, Sissoko [53] étudie « Les problèmes de santé à travers les urgences chirurgicales du milieu rural dans la région de Bamako » et conclue que ces problèmes se résument à une insuffisance des infrastructures sanitaires et routières, à un besoin de médecin et surtout de chirurgiens.
 - En 1982, Doumbia D [21] étudie « Les urgences chirurgicales reçues à l'HNPG de novembre 1981 à novembre 1982 » et conclue que les difficultés de la prise en charge d'un malade venu en urgence tiennent aux problèmes d'examen complémentaires et aux problèmes de la réanimation pré et postopératoire.
 - En 1996, Keita S [30] dans une étude sur les abdomens aigus chirurgicaux (occlusion, péritonites, appendicite, grossesse extra-utérine, traumatismes abdominaux), conclut que : plus le diagnostic est tardif, plus le pronostic est sombre et que les laparotomies blanches étaient dues à l'insuffisance des moyens d'explorations et à la pauvreté des patients.

Toutes ces études ont été menées dans le cadre des hôpitaux nationaux de références faisant office de CHU au Mali.

Notre travail se propose de cerner les abdomens aigus chirurgicaux dans le contexte d'un hôpital régional à savoir l'hôpital régional Nianankoro Fomba de Ségou.

OBJECTIFS

1- Objectif général :

Etudier les abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital régional « Nianankoro Fomba » de Ségou.

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital régional « Nianankoro Fomba » de Ségou ;
- Décrire les différents tableaux cliniques et les problèmes diagnostiques ;
- Analyser les suites opératoires ;
- Identifier les problèmes liés à la prise en charge des abdomens ;
- Proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge des malades reçus dans le cadre des urgences abdominales chirurgicales.

CHAPITRE II

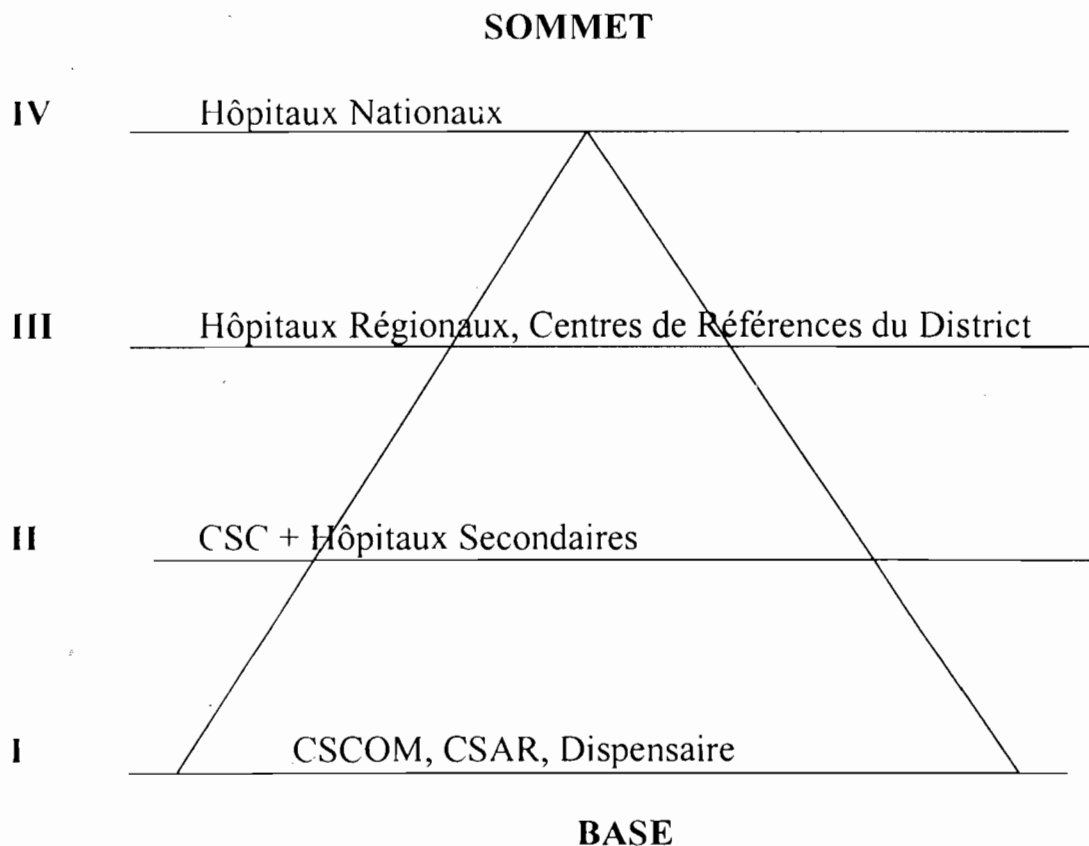
METHODOLOGIE

II- METHODOLOGIE

Notre travail est une étude prospective. Elle a porté sur les douleurs abdominales en urgence chirurgicale reçues par le service de chirurgie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. L'étude a couvert la période allant du 01 janvier 1998 au 31 décembre 1999.

1- Rappel du système de santé au Mali

Selon la direction nationale de la santé publique du Mali, le système sanitaire est constitué par une pyramide avec 4 niveaux : I, II, III, IV.



Cette pyramide comprend une base et un sommet.

- **La base : ou niveau primaire comprend :**

- *Les CESCO : Centre de Santé Communautaire :*

C'est une aire de santé négociée par l'approche communautaire. Le CESCO est constitué par : 1 dispensaire, une maternité et un dépôt de vente.

Le personnel est recruté par la population, ce personnel peut être soit un médecin, soit un infirmier selon le budget de la communauté.

- *Les CSAR : Centre de Santé de l'Arrondissement*

C'est une aire de santé installée dans les arrondissements par l'Etat. Le CSAR est constitué par un dispensaire, une maternité et un point de vente.

Le personnel est recruté par l'Etat, ce personnel est toujours un infirmier d'Etat et une matrone.

- **Le niveau secondaire : comprend**

Le Centre de Santé du Cercle (CSC), ce centre est constitué par : une administration, un service de médecine générale, une maternité avec bloc opératoire, un laboratoire d'analyse, une dentisterie, une salle de radiographie et une pharmacie.

Le personnel est constitué par 2 à 4 médecins généralistes dont 1 à profil chirurgical et des infirmiers ou des techniciens de santé.

- **Le niveau tertiaire : comprend**

Les hôpitaux régionaux et les centres de références du District.

Il existe au niveau de ces centres différentes spécialités médico-chirurgicales.

Par exemple l'hôpital régional « Nianankoro Fomba » de Ségou est constitué par :

- un service de chirurgie générale, un service de traumatologie, un service d'urologie, un service de gynéco-obstétrique, une pédiatrie, un service de médecine générale, une dentisterie, un service d'ORL, un service de dermatologie, une radiologie, un service

d'ophtalmologie, deux blocs opératoires, un laboratoire d'analyse, une pharmacie, une administration.

Ces différents services sont dirigés par des médecins spécialistes assistés par des techniciens et les infirmiers.

- **Le sommet ou niveau quaternaire comprend :**

Les hôpitaux nationaux, ces hôpitaux sont constitués par les différentes disciplines de la médecine et de la chirurgie.

NB : le système de référence se fait de la base vers le sommet de la pyramide (niveau I au niveau IV).

2- Cadre d'étude

2-1- Environnement socio-économique :

Notre étude s'est effectuée au niveau de la 4^{ème} région administrative du Mali, dont la capitale est Ségou.

Ségou est située à 240 km à l'Est de Bamako (capitale de la République du Mali), elle s'étend sur une superficie de 60.947 km² pour une population de 1.679.201 habitants (recensement général provisoire avril 1996).

La région de Ségou regroupe 7 cercles : Baraouéli, Bla, Ké-Macina, Niono, San, Ségou et Tominian.

Les principales ethnies sont : les bambara, minianka, bozo, somono, bobo, peuhl, sarakolé, mossi, senoufo, sonrhäï, maures...

La 4^{ème} région est une région agropastorale par excellence.

La couverture sanitaire de la 4^{ème} région comporte :

- Le cercle de Ségou dispose de 11 CESCO ; 5 CSAR ; un hôpital régional « Nianankoro Fomba », un hôpital secondaire de Markala et un centre de santé du cercle « Centre Famory Doumbia »
- Le cercle de Baraouéli dispose de 5 CESCO ; 2 CSAR et un centre de santé du cercle.
- Le cercle de Bla dispose de 7 CESCO ; 5 CSAR et un centre de santé du cercle.
- Le cercle de Ké-Macina dispose de 7 CESCO ; 4 CSAR et un centre de santé du cercle.
- Le cercle de Niono dispose de 14 CESCO ; 3 CSAR et un centre de santé du cercle.
- Le cercle de San dispose de 8 CESCO ; 5 CSAR et un centre de santé du cercle.
- Le cercle de Tominian dispose de 4 CESCO ; 2 CSAR et un centre de santé du cercle.

Donc nous avons un total de :

- 61 CESCO ;
- 21 CSAR ;
- 7 CSC ;
- l'hôpital secondaire de Markala ;
- l'hôpital régional « Nianankoro Fomba ».

Les CESCO ont contribué à rapprocher la population d'un centre de prise de décision médicale.

L'hôpital régional « Nianankoro Fomba » de Ségou est composé des services suivants :

2-2- Le plateau technique :

2-2-1- Le service d'imagerie :

Il comprend deux salles de radiographie conventionnelle.

2-2-2- Un laboratoire d'analyse biologique :

Avec un plateau technique limité, mais on pratique en urgence de 7H30mn à 15H30mn, les examens suivants :

- numération formule sanguine (NFS),
- vitesse de sédimentation (VS),
- hémocrite (Ht),
- les dosages sanguins et urinaires : urée, glucose, créatinine ,
- le groupage sanguin et rhésus.

2-2-3- Une pharmacie :

fournissant des médicaments essentiels et cela pendant les jours ouvrables de 7H30mn à 14H00mn. La garde est assurée à la pharmacie qui prend la relève de 14H00mn à 6H00mn par les jours ouvrables et de 8H00mn à 13H00mn pour les jours ouvrables.

2-3- Un service social :

Il a pour objectif d'apporter un appui aux malades indigents.

2-4- Autres services :

Il existe plusieurs services médico-chirurgicaux comprenant diverses spécialités. Chaque service est dirigé par un médecin spécialiste :

- un service de dentisterie,
- un service de dermatologie,
- un service de médecine générale,

- un service d'ophtalmologie,
- un service d'ORL,
- un service de pédiatrie.

2-5- Le service de chirurgie au moment de l'étude :

2-5-1- Service de chirurgie générale et viscérale :

Le service comprend deux pavillons avec un effectif de 30 lits. Il est dirigé par Dr SOUMANO Mamadou, chef de service.

2-5-2- Trois services de spécialités chirurgicales :

- un service de traumatologie dirigé par Dr CAMARA Boubacar, chef de service ;
- un service de gynécologie-obstétrique dirigé par Dr SIDIBE Bintou Tiné TRAORE, chef de service ;
- un service d'urologie dirigé par Dr SOUMANO Mamadou (intérim).

2-6- Une salle de garde :

La salle de garde est le 1^{er} bâtiment qui se trouve à l'entrée de l'hôpital à gauche. Elle comprend une salle de consultation et une salle de soin.

2-7- Une salle d'opération :

C'est le seul bloc opératoire qui sert de chirurgie réglée et de la chirurgie d'urgence.

Le bureau du médecin réanimateur anesthésiste est contigu au bloc opératoire.

NB : fait important, pas de service de réanimation médico-chirurgicale.

3- Les malades :

Les malades nous sont adressés par toutes les formations sanitaires de la région. Le recrutement a concerné les malades des deux sexes et de tout âge.

3-1- Les critères d'inclusions : ont été les suivants :

- Tout patient opéré en urgences pour diverses affections chirurgicales abdominales (occlusions, péritonites, appendicites aiguës ; hernies étranglées, grossesses extra-utérines, traumatismes abdominaux).
- Les malades qui, bien que présentant une urgence chirurgicale abdominale ont pu être refroidit et opérés secondairement.

3-2- Les critères de non inclusions : ont été les suivants :

- Les urgences obstétricales ;
- Les urgences urologiques ;
- Les urgences abdominales non opérés même si elles paraissaient chirurgicales à première vue.

4- Difficultés rencontrées au cours de l'étude :

- Les difficultés de suivi postopératoire lointain des malades opérés ;
- Le manque de système d'information entre le centre et la périphérie ;
- La non-existence du service de réanimation spécifique ;
- Le manque de personnel sanitaire qualifié médical et paramédical.

5- Méthode :

5-1- Recueil des données :

Il a duré du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 1999. il s'est déroulé dans le service de garde et dans le service de chirurgie générale de l'hôpital régional « Nianankoro Fomba » de Ségou. Ainsi ont été établis des questionnaires pour les malades venus en urgence pour douleurs abdominales chirurgicales, soit par l'étudiant lui-même, soit par les camarades internes ou le chirurgien lui-même. Le reste de l'information a été complété au bloc opératoire à l'issue de l'intervention.

5-2- La phase de suivi :

Elle s'est limitée au séjour hospitalier pendant lequel les malades ont été suivis pour la prise en charge d'éventuelles complications pouvant survenir à court terme et pour leur traitement.

CHAPITRE III

RESULTATS

III- RESULTATS

Les malades ont été repartis selon les aspects épidémiologiques, cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et les suites opératoires.

1- Aspects épidémiologiques :

1-1- La fréquence des abdomens aigus par rapport aux autres interventions chirurgicales :

Durant notre période d'étude (24 mois) ont été effectuées à l'hôpital régional « Nianankoro Fomba » de Ségou :

- 734 interventions chirurgicales (service de chirurgie générale) ;
- 200 urgences abdominales chirurgicales soit 27,24% de l'ensemble des interventions chirurgicales (service de chirurgie générale).

1-2- La répartition des malades selon l'âge et le sexe :

Tableau I : Répartition des malades en fonction de l'âge :

Tranche d'âge (ans)	Nombre de cas	Pourcentage
0-9	17	8,5
10-19	31	15,5
20-29	51	25,5
30-39	35	17,5
40-49	30	15,5
50-59	26	13
60-69	7	3,5
70-79	2	1
80-89	1	0,5
Total	200	100

L'âge moyen a été de 32,4 ans avec des extrêmes allant de 48 jours à 85 ans.

Tableau II : Répartition des malades en fonction du sexe

Sexe	Nombre de cas	Pourcentage
Masculin	142	71
Féminin	58	29
Total	200	100

Il existe une prédominance masculine avec un sex ratio de 2,4.

1-3- La répartition des malades selon l'activité et la provenance :

Tableau III : Répartition des malades en fonction de la principale activité

Activité	Nombre de cas	Pourcentage
Paysan	89	44,5
Ménagère	37	18,5
Elève	28	14
Fonctionnaire	8	4
Manœuvre / ouvrier	18	9
Commerçant	12	6
Sans activité	8	4
Total	200	100

NB : sans activité (nourrissons et enfants)

Les paysans et les ménagères ont constitué 63% des malades.

Tableau IV : Répartition des malades en fonction de la provenance

Provenance	Nombre de cas	Pourcentage
Barouéli	6	3
Bla	27	13,5
Ké-Macina	5	2,5
Niono	38	19
San	3	1,5
Ségou	110	55
Tominian	2	1
Autres	9	4,5
Total	200	100

Autres=

- Ténenkou (région de Mopti) : 7 cas, saison hivernale
- Fana (région de Koulikoro) 1 cas, famille de soutien à ségou + proximité géographique
- Bougouni (région de Sikasso) 1 cas : voyageur de passage.

45% des malades proviennent de la périphérie du cercle de Ségou.

1-4- La répartition des malades selon les étiologies

Tableau V : Fréquence des malades selon l'étiologie

Etiologie	Effectif	Pourcentage
Appendicites	55	27,5
Hernies étranglées	49	24,5
Occlusions	40	20
Péritonites	34	17
Traumatismes abdominaux	17	8,5
GEU rompues	5	2,5
Total	200	100

Les étiologies les plus fréquentes sont les appendicites (27,5%) ; suivies des hernies étranglées (24,5%).

1-5- La répartition des malades selon le mode de référence :

Tableau VI : Répartition des malades en fonction du mode de référence :

Mode de référence	Malade référés	Malades venus d'eux-mêmes	Total	Pourcentage
Résident dans le cercle de Ségou	40 (20%)	49 (24,5%)	89	44,5
Non résident dans le cercle de Ségou	96 (48%)	15 (7,5%)	111	55,5
Total	136 (68%)	64 (32%)	200	100

Les malades ayant consulté d'eux-mêmes représentent 32% de l'effectif.

$$\chi^2=39,18$$

$$p=10^{-7}$$

2- Aspects cliniques :

2-1- La répartition des malades selon les motifs de consultation :

Tableau VII : Répartition des malades en fonction des associations de motifs de consultation et l'étiologie :

Motifs de consultation	Douleurs abdominales isolées	Douleurs abdominales associées	Total
Etiologie			
Appendicites	7	48	55
Occlusions	0	40	40
Péritonites	0	34	34
Hernies étrangées	0	49	49
Traumatismes abdominales	13	4	17
GEU rompues	0	5	5
Total	20	180	200
Pourcentage	10	90	100

Les malades qui se sont présentés avec une douleur abdominale isolée ont constitué 10% de l'ensemble des malades.

2-2- La répartition des malades selon les caractéristiques de la douleur :

Tableau VIII : Répartition des malades en fonction du mode de début de la douleur et l'étiologie :

Etiologies Début douleur	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Brutal	40	6	17	26	17	4	110	55
Progressif	15	43	23	8	0	1	90	45
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

Le mode de début brutal a été le plus fréquent soit 55% de l'effectif.

Test de Fisher $p=10^{-8}$

Tableau IX: Répartition des malades en fonction du siège de la douleur

Etiologies Siège douleur	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
FID	50	0	0	5	0	1	56	28
Diffus	1	2	25	27	6	1	62	31
Hypogastre	2	0	3	2	0	3	10	5
Inguinale droite	0	30	2	0	0	0	32	16
Inguinale gauche	0	7	1	0	0	0	8	4
Péri-ombilicale	1	10	7	0	10	0	28	14
Flanc droit	0	0	2	0	0	0	2	1
FIG	1	0	0	0	1	0	2	1
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

Le siège de la douleur est en rapport avec les différentes étiologies:

Tableau X : Répartition des malades en fonction du type de la douleur

Etiologies Type douleur	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Piqûre	39	0	4	21	4	1	69	34,5
Torsion	3	34	19	4	0	0	60	30
Colique	2	9	12	1	4	1	29	14,6
Brûlure	9	0	0	8	0	0	17	8,5
Pesanteur	2	2	2	0	0	3	9	4,5
Déchirure	0	4	0	0	0	0	4	2
Ecrasement	0	0	3	0	0	0	3	1,5
Coup de poignard	0	0	0	0	9	0	9	4,5
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

Les douleurs à type de piqûre, de torsion, de colique et de pesanteur ont été les plus représentés soit 92%.

Tableau XI : Répartition des malades en fonction des irradiations de la douleur et l'étiologie :

Etiologies Irradiation	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Sans irradiation	30	0	33	28	17	3	111	55,5
Organe génital	17	10	3	1	0	2	33	16,5
Au dos	5	28	0	2	0	0	35	17,5
Lombaire droite	3	5	2	1	0	0	11	5,5
Lombaire gauche	0	6	2	2	0	0	10	5
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

Les douleurs sans irradiation ont dominé notre étude soit 55,5%.

Tableau XII : Répartition des malades en fonction de l'évolution de la douleur et l'étiologie :

Etiologies Evolution	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Intermittente	25	0	27	23	3	4	82	41
Permanente	30	49	13	11	14	1	118	59
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

La douleur permanente a été retrouvée chez 59% de l'ensemble de l'effectif.

Test de Fisher $p=0,001$

Tableau XIII: Répartition des malades en fonction du délai de consultation et l'étiologie:

Etiologies Durée douleur	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
0-6H	13	7	4	0	2	1	27	13,5
7-12H	21	3	2	0	11	0	37	18,5
13-18H	10	32	17	0	3	0	62	31
19-24H	9	5	15	2	1	4	36	18
2-3 jours	2	1	1	12	0	0	16	8
4-7 jours	0	1	1	20	0	0	22	11
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

13,5% de nos malades ont été vus avant la 6^{ème} heure.

2-3- Répartition des malades selon les signes fonctionnels :

Tableau XIV : Répartition des malades en fonction des signes fonctionnels et l'étiologies :

Etiologies Signes fonctionnels	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Douleurs abdominales	55	49	40	34	17	5	200	100
Vomissements	21	12	23	20	2	3	81	40,5
Fièvre subjective	32	7	19	17	1	2	78	39
Arrêt des matières et gaz	0	2	37	10	3	0	52	26
Brûlures mictionnelles	6	14	5	11	1	4	41	20,5
Aménorrhée	0	0	5	0	0	5	10	5
Constipation	16	6	0	2	0	1	25	12,5
Nausées	28	12	0	2	0	4	46	23
Frissons	1	0	2	1	0	1	5	2,5
Pollakiurie	0	0	0	2	0	1	3	1,5
Sueurs	0	7	3	0	2	2	14	7
Métrorragie	0	0	0	1	0	4	5	2,5
Hoquet	0	0	4	1	0	0	5	2,5
Gargouillement	3	32	0	0	0	0	35	17,5

La douleur abdominale, les vomissements, la fièvre subjective et l'arrêt des matières des gaz ont été les signes cliniques fonctionnels les plus fréquents soit respectivement : 100% ; 40,5% ; 39% et 26% des cas.

2-4- Répartition des malades selon leurs antécédents :

Tableau XV : Répartition des malades en fonction des antécédents médicaux et l'étiologie :

Etiologies Antécédents	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Aucun	27	33	17	19	15	1	112	56
Bilharziose	13	7	9	3	2	0	34	17
Ictère	2	0	2	5	0	0	9	4,5
Épigastralgie	3	0	5	3	0	0	11	5,5
Infection génitale	0	8	0	2	0	3	13	6,5
Douleurs abdominales	9	1	6	2	0	1	19	9,5
HTA	1	0	1	0	0	0	2	1
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

La bilharziose urinaire a été retrouvée chez 17% de l'ensemble des malades

Tableau XVI : Répartition des malades en fonction des antécédents chirurgicaux et l'étiologie

Etiologies Antécédents	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Aucun	50	40	26	31	14	3	164	82
Pyosalpinx+kyste de l'ovaire	0	0	0	0	0	1	1	0,5
Adénome de la prostate	0	2	2	0	0	0	4	2
Hydrocèle	0	4	1	0	1	0	6	3
Occlusion	0	0	10	0	0	0	10	5
Hernie inguinale	0	2	0	0	0	0	2	1
Fracture de l'humérus	3	1	0	0	0	0	4	2
Indéterminé	2	0	1	3	2	1	9	4,5
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

On constate sur ce tableau que 36 malades avaient des antécédents chirurgicaux soit 18% de l'ensemble des malades reçus pendant la période.

2-5- Répartition des malades selon les résultats des signes généraux et physiques :

Tableau XVII : Répartition des malades en fonction de l'état des conjonctives et l'étiologie

Etiologies Conjonctives	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Pâles	2	1	9	8	3	2	25	12,5
Colorées	53	48	31	26	14	3	175	87,5
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

40% des GEU et 17,6% des traumatismes abdominaux avaient une pâleur conjonctivale.

Tableau XVIII : Répartition des malades en fonction de la température et l'étiologie

Etiologies Température	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
<37,5°	15	7	24	2	7	4	59	29,5
37,5°-38,5°	38	39	16	24	7	1	125	62,5
>38,5°	2	3	0	8	3	0	16	8
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

La moyenne = 37,7° et l'écart type = 0,25°C.

La température a oscillé entre 37,5° et 38,5° dans 96,36% des appendicites et l'hyperthermie >38,5° dans 23,52% des péritonites.

Tableau XIX : Répartition des malades en fonction du pouls et l'étiologie

Etiologies Pouls	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
<80	18	3	11	1	3	1	37	18,5
80-100	35	29	23	10	10	1	108	54
>100	2	17	6	23	4	3	55	27,5
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

Le pouls moyen = 90 battements / minute, l'écart type = 5,12 battements/minute.

La tachycardie a été observée dans 67,64% des péritonites et 60% des GEU.

Tableau XX : Répartition des malades en fonction de la tension artérielle systolique.

Etiologies Tension systolique	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
<6	0	0	0	0	0	1	1	0,5
6-10	9	3	8	6	7	2	35	17,5
>10	46	46	32	28	10	2	164	82
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

La tension artérielle moyenne = 11,26mmHg et l'écart-type = 2,3 mmHg.

Une (1) cas de GEU rompues s'est présenté avec une tension artérielle <6 soit 0,5% de l'ensemble des malades et 20% des GEU.

Tableau XXI : Répartition des malades en fonction des résultats de l'examen physique et l'étiologie :

Etiologies /	Appendicites N=55	Hernies étranglées N=49	Occlusions N=40	Péritonites N=34	Traumatismes abdominaux N=17	GEU rompues N=5	Total 200	%
Signe physiques								
Douleur provoquée	55	49	40	34	17	5	200	100
Douleur aux touchers pelviens	55	7	6	34	6	5	113	56,5
Défense abdominale	47	14	0	27	5	0	93	46,5
Diminution des mouvements ou immobilité de l'abdomen	0	23	25	37	4	2	91	45,5
Silence abdominal	0	34	14	34	1	1	84	42
Tuméfaction irréductible	0	49	0	0	0	0	49	24,5
Caractère non impulsif et expansif de la hernie	0	49	0	0	0	0	49	24,5
Bruits hydroaérique	28	2	17	0	1	0	48	24
Météorisme abdominal	0	7	28	0	2	0	37	18,5
Masse abdominale	3	0	0	22	0	4	29	14,5
Contracture abdominale	0	3	0	20	3	0	26	13
Asymétrie de l'abdomen	0	0	14	0	0	0	14	7
Présence de sang aux touchées pelviens	0	5	0	0	0	0	5	2,5

La douleur provoquée, la douleur aux touchers pelviens et la défense abdominale ont été les signes les plus fréquemment rencontrés.

3- Aspects diagnostiques :

3-1- La répartition des malades selon les examens paracliniques effectués

Tableau XXII : Répartition des malades en fonction des examens paracliniques demandés et l'étiologie.

Etiologies Examen paraclinique	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Aucun examen	43	49	2	7	14	0	115	57,5
ASP	3	0	30	10	0	0	43	21,5
Groupage sanguin rhésus ou NFS	9	0	8	14	3	5	39	19,5
Echographie	0	0	0	3	0	0	3	1,5
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

Dans 57,5% des cas aucun examen paraclinique n'a été demandé.

4- Aspects thérapeutiques :

4-1- La répartition des malades selon le traitement médical :

tableau XXIII : Fréquence du traitement médical avant l'admission

Etiologies Traitement	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Aucun	18	20	19	2	13	0	72	36
Traitement reçu	37	29	21	32	4	5	128	64
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

Tableau XXIV : Répartition des malades en fonction du type de traitement médical avant l'admission :

Etiologies Type Traitement	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Aucun	18	20	19	2	13	0	72	36
Antibiotique	6	2	1	2	0	0	11	5,5
Antipaludéen	3	1	2	9	0	0	15	7,5
Perfusion	4	0	0	0	1	0	5	2,5
Antalgique + antibiotique	2	1	0	3	0	0	6	3
Antalgique	10	6	3	1	0	3	23	11,5
Antispasmodique	2	0	0	10	0	0	12	6
Pansement gastrique	1	0	1	2	0	0	4	2
Traditionnel	9	19	14	5	3	2	52	26
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

48,5% des traitements reçus (antalgiques, traditionnels, antispasmodiques, pansements gastriques et l'association antalgique + antibiotique) étaient de nature à fausser le tableau clinique.

4-1-1- La répartition des malades selon la fréquence du traitement médical à l'admission.

Cent cinquante sept (157) patients soit 78,5% de l'ensemble des malades ont été admis au bloc opératoire dans les minutes qui ont suivi leur admission et n'ont bénéficié d'aucun traitement médical.

Vingt deux (22) patients soit 11% de l'ensemble des malades avaient des problèmes diagnostiques à leur admission. Ils ont été mis en observation après un examen clinique systématique. Il s'agit de :

- 10 suspicions d'appendicites soit 18,18% des appendicites ;
- 7 suspicions d'occlusion soit 17,5% des occlusions ;
- 5 suspicions de péritonites soit 14,7% des péritonites.

Dix huit (18) patients soit 9% de l'ensemble des malades avaient des problèmes financiers à leur admission, et ont bénéficié de la prise d'une voie veineuse en attendant que l'ordonnance opératoire soit payée. Il s'agit de :

- 14 hernies inguinales étranglées ;
- 3 occlusions ;
- 1 traumatisme abdominal.

Trois (3) patients soit 1,5% de l'ensemble des malades présentaient des tableaux de plastron appendiculaire.

Ils ont bénéficié d'un traitement médical (une vessie de glace sur la partie tuméfiée ; la diète absolue ; une perfusion et une double antibiothérapie à base d'Ampicilline 2 grammes en perfusion ; Gentamicine injectable 80mg en intramusculaire (matin et soir), un anti-inflammatoire à base de Porfenid injectable 100mg en perfusion sans solvant le matin, Profenid injectable 100mg intramusculaire le soir avec solvant et un antalgique à base de viscéralgine forte injectable, 1 ampoule en perfusion matin et 1 ampoule intramusculaire le soir. La perfusion était : 1 flacon 500cc de sérum glucosé 5% isotonique ; 1 flacon 500cc de sérum salé 0,9% isotonique.

Ce traitement durait 3 jours, puis le relais était pris avec l'Ampicilline per os à la posologie de 4g/jour jusqu'à la disparition de la masse.

Tableau XXV : Répartition des malades en fonction du mode d'anesthésie et l'étiologie.

Etiologies Anesthésie	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Anesthésie générale	47	31	40	34	17	3	172	86
Rachianesthésie	8	18	0	0	0	2	28	14
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

Test de Fisher $p=2.10^{-7}$

Tableau XXVI: Répartition des malades en fonction du traitement médical postopératoire et l'étiologie

Etiologies Traitement	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Perfusion, mono antibiothérapie antalgique antipaludéen	55	0	0	0	14	0	69	34,5
Perfusion triple antibiothérapie antalgique antipaludéen	0	0	40	34	0	0	74	37
Perfusion, mono antibiothérapie antipaludéen transfusion	0	0	0	0	3	5	8	4
Perfusion , mono antibiothérapie antipaludéen	0	49	0	0	0	0	49	24,5
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

Monoantibiothérapie=

- soit Ampicilline inj 1g (1g matin, 1g le soir)
- soit Gentamicine in 80mg (80mg matin, 80mg le soir) } 5 jours

Antalgique = Viscéralgine forte inj

- 1 ampoule matin
- 1 ampoule soir } 5 jours

ou une ampoule en cas de douleur abdominale

Antipaludéen = Quinimax inj 400 mg

400mg matin

400mg soir

Triple antibiothérapie

- Ampicilline inj 1g (2g/j)
- Gentamicine inj 80mg (160mg/j) } 3 jours

Metronidazole en perfusion 500mg/100ml

- 2 flacons par jour pendant 3 jours } 5 jours

NB : la monoantibiothérapie a concerné 63% de l'ensemble des malades.

17,64% des traumatismes abdominaux ont reçu une transfusion, 100% des GEU ont reçu une transfusion sanguine

4-2- La répartition des malades selon le traitement chirurgical

Tableau XXVII : Répartition des malades en fonction des voies d'abord :

Etiologies Voie d'abord	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Médiane à cheval sur l'ombilic	0	8	37	25	6	0	76	38
I.M. sus ombilical	0	0	0	0	5	0	5	2,5
Médiane sous ombilicale	0	0	0	9	6	5	20	10
I.M.H.L.B.	0	2	0	0	0	0	2	1
Mac Burney	55	0	0	0	0	0	55	27,5
Inguinotomie	0	39	3	0	0	0	42	21
IT sus ombilical	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

NB : IM= incision médiane

IMHLB= incision médiane sur la hernie de la ligne blanche

IT= incision transversale

La laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic a été pratiquée dans 38% des cas.

Tableau XXVIII : Fréquence des sondages et des drainages en fonction de l'étiologie

Etiologies Sondages et drainages	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Drainage	0	7	0	34	7	5	53	26,5
Sondage urinaire	2	12	4	6	0	5	29	14,5
Sondage nasogastrique	0	33	0	2	0	0	35	17,5

26,5% des cas ont eu un drainage abdominal ; cela représente 100% des péritonites ; 17,5% des occlusions et 41,17% des traumatismes abdominaux.

4-2-1- La répartition des malades selon les pathologies causales et leur traitement :

4-2-1-1- La répartition des appendicites selon les formes, le siège et le traitement :

Les formes catharrales ont représenté presque la totalité des appendicites 52/55 soit 94,5% ; suivies des formes phlegmoneuses 3/55 soit 5,45%.

Le siège iliaque droit a été le plus fréquent 41 cas soit 74,54% ; suivi du siège rétrocoecal 10 cas soit 18,18% et du siège mésocoeliaque 4 cas soit 7,27%.

L'appendicectomie par voie antérograde a été la plus utilisée 87,27% (48 cas) suivie de l'appendicectomie par voie rétrograde 12,72% (7 cas).

L'enfouissement a concerné 85,45% (47 cas) de nos patients et le non enfouissement 14,5% (8 cas).

4-2-1-2- La répartition des occlusions selon les étiologies et les gestes thérapeutiques

Tableau XXIX : Pathologies responsables des occlusions et méthodes chirurgicales :

Pathologies causales	Nombre de cas	Méthodes thérapeutiques	Nombre de cas
Volvulus intestinaux	24	- Résection anastomose d'emblée	6
		- Détorsion + colopexie	4
		- Détorsion simple	14
Adhérences et brides postopératoires	9	- Adhésiolyse + débridement	6
		- Adhésiolyse simple	3
Tumeurs	4	Résection + anastomose immédiate	4
Hernies étranglées	3	- Raphie simple	2
		Résection + anastomose iléo-iléale, termino-terminale + raphie	1
Total	40		40

Les volvulus intestinaux et les adhérences et brides postopératoires ont été les étiologies les plus fréquentes soient respectivement 60% et 22,5% des occlusions.

4-2-1-3- Répartition des péritonites selon les étiologies et les gestes thérapeutiques

Tableau XXX : Organes lésés et attitudes thérapeutiques au cours des péritonites opérés :

Organes lésés	Nombre de cas	Méthodes thérapeutiques	Nombre de cas
Perforation de l'appendice	26	Appendicetomie + toilette + drainage	26
Perforation du grêle	5	Excision de la perforation suivie de suture + toilette + drainage	5
Perforation de l'estomac	2	Excision, suture + toilette + drainage	2
Pyo ovaire	1	Annexectomie + toilette + drainage	1
Total	34		34

Les péritonites d'origines appendiculaires ont été les plus fréquentes soit 76,47% des cas.

4-2-1-4- La répartition des traumatismes abdominaux selon l'étiologie, le mécanisme et les organes atteints :

Neuf (9) traumatismes abdominaux soit 53% se sont présentés avec une plaie abdominale et 8 malades soit 47% se sont présentés dans un tableau de contusion abdominale.

35,30% des malades (6 cas) étaient victimes d'accidents domestiques (coup de corne de bœuf : 4 cas ; 1 cas chute dans les escaliers chez une femme et 1 cas chute du toit de la cuisine) ; 17,64% (3 cas) étaient victimes d'agressions par armes blanches ; 17,64 % (2 cas) étaient victimes d'accidents de cueillettes ; 17,76% (2 cas) avaient concerné les rixes et 1 cas (5,88%) était victime d'accident de sport.

Tableau XXXI : Répartition des traumatismes abdominaux selon les organes lésés et les gestes thérapeutiques :

Organes lésés	Nombre de cas	Méthodes thérapeutiques	Nombre de cas
Rate	5	Splénectomie totale	5
Grêle	2	Suture simple	2
Diaphragme	1	Suture simple	1
Grand epiploon	2	Suture simple	2
Paroi abdominale	7	Laparotomie exploratrice	7
Total	17		10

La paroi abdominale et la rate ont été les organes les plus touchés au cours des traumatismes abdominaux soit 70,58% de l'ensemble des cas.

4-2-1-5- La répartition des GEU selon leur siège, leur état à l'ouverture et les traitements chirurgicaux

L'ampoule a été le siège de prédilection des GEU 4 cas soit 80% et l'isthme 1 cas soit 20% siégeait à gauche.

La rupture de la GEU a été observée dans les 5 cas soit 100% des cas.

Le traitement a consisté en une salpingectomie totale dans les 5 cas soit 100% des cas.

Tableau XXXII : Répartition des complications en fonction de l'étiologie

Etiologies / Complications	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Sans complication	55	46	39	33	14	5	192	96
Hémorragie peropératoire importante	0	0	1	0	3	0	4	2
Détresse respiratoire aiguë	0	3	0	0	0	0	3	1,5
Arrêt cardiaque	0	0	0	1	0	0	1	0,5
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

L'hémorragie et la détresse respiratoire aiguë ont été les complications les plus fréquentes soit 3,5% des cas.

5- Suites opératoires :

Tableau XXXIII : Répartition des malades en fonction des complications postopératoires et l'étiologie

Etiologies Complications postopératoires	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Suites simples	52	45	16	4	11	5	133	66,5
Décès	2	3	15	7	3	0	30	15
Hémorragies postopératoires	1	0	1	0	2	0	4	2
Abcès de la paroi	0	0	0	23	0	0	23	11,5
Fistule digestive	0	0	0	0	1	0	1	0,5
Péritonites postopératoires	0	1	8	0	0	0	9	4,5
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

Les abcès de parois ont été les états morbides les plus fréquents après les interventions soit 11,5% des cas.

Tableau XXXIV : Fréquence globale des décès :

Etiologies Décès	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
Sans décès	53	46	25	27	14	5	170	85
Décès	2	3	15	7	3	0	30	15
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

Les occlusions et les péritonites ont été les affections les plus meurtrières soit 73,33% de l'ensemble des décès.

Tableau XXXV : Analyse détaillée des décès selon les étiologies :

Organes lésés	Nombre	Décès	Pourcentage
Occlusions / brides	12	6	50
Occlusions/cancers	4	4	100
Occlusions/volvulus	24	5	20,83
Péritonites			
• Génitale	1	1	100
• Perforations gastriques	2	1	50
• Perforations appendiculaire	26	5	19,23
Hernies étranglées			
• Droite	33	2	6,06
• Gauche	6	1	16,66
Traumatismes abdominaux			
• Armes à feu	3	2	66,66
• Contusion abdominale	3	1	33,33
Appendicites	55	2	3,63

Tableau XXXVI : Répartition des malades en fonction de la durée d'hospitalisation et l'étiologie :

Etiologies Durée d'hospitalisation (jours)	Appendicites	Hernies étranglées	Occlusions	Péritonites	Traumatismes abdominaux	GEU rompues	Total	%
0-9	46	35	30	23	13	3	150	75
10-19	8	14	7	5	3	2	39	19,5
20-29	1	0	3	5	1	0	10	5
≥30	0	0	0	1	0	0	1	0,5
Total	55	49	40	34	17	5	200	100

La durée moyenne de l'hospitalisation =10,5 jours

L'écart type=4 jours.

6- L'évaluation du coût des prestations des urgences abdominales chirurgicales à l'hôpital régional « Nianankoro Fomba » de Ségou

Le coût recouvre l'ensemble des frais de prestations fournies au patient de son admission à sa sortie de l'hôpital

Tableau XXXVII : Les dépenses moyennes réelles en Francs (FCFA)

Etiologie	Méthodes thérapeutiques : Médicaments – Hospitalisation-Examens (FCFA)
Appendicites	48.960
Hernies étranglées	49.850
Occlusions en dehors des hernies étranglées	65.380
Péritonites	63.080
Traumatismes abdominaux	65.805
Grossesses extra-utérines rompues	60.620

Le coût moyen est estimé à 62.425,80FCFA avec des extrêmes allant de 30.125,60FCFA à 87.287,43FCFA.

CHAPITRE IV

**COMMENTAIRES &
DISCUSSIONS**

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- Place des urgences abdominales chirurgicales à l'hôpital régional « Nianankoro Fomba » de Ségou

L'abdomen aigu chirurgical exige non seulement un diagnostic de présomption exact, mais aussi une intervention chirurgicale sans faille. Nous avons noté l'abdomen aigu chirurgical chez un malade sur 3 (27,24%). Des études antérieures effectuées dans l'hôpital du point « G » ont trouvé des taux inférieurs ($p=0,0034$) de 13,5% [30] et 6,4% [21]. Ces différences peuvent s'expliquer par les faits suivants : la rénovation de l'hôpital de Markala a exigé l'arrêt de toute intervention chirurgicale sur une période de 20 mois (février 1998 à septembre 1999) et le bloc opératoire de Bla était non opérationnel pendant toute la durée de notre étude.

La prise en charge de l'ensemble des urgences de Markala et de Bla a augmenté la proportion des urgences. Au Bénin Adelain [2] dans une étude réalisée au service polyvalent d'anesthésie et de réanimation constate que 17,51% des motifs d'admission étaient des urgences chirurgicales digestives.

Le jeune âge de nos malades (32,4 ans en moyenne) est comparable à celui d'autres séries, qui varie entre 30,69 et 32,06 ans [17, 30].

Les hommes sont plus nombreux dans notre série que les femmes (sex ratio =2,4), de même que chez certains auteurs (sex ratio=1,5 [30] et 1,39 [17]. Par contre Hay [24], France, en 1989, a trouvé plus de femmes que d'hommes (sex ratio=1,16).

Les 4 principales étiologies retrouvées sont : les appendicites aiguës, les hernies étranglées ; les occlusions ; les péritonites. Elles ont été également les plus fréquemment notées dans les séries africaines (Adelain [2]; Dembélé [17]; Padonou [45]). Par contre dans les pays développés (Arnaud [5]; Cassina [13]; Etienne [22]), les étiologies retrouvées sont : les appendicites aiguës, les cholécystites aiguës, les occlusions et les péritonites .

Tableau XXXVIII : Comparaison des différentes étiologies des abdomens aigus selon les auteurs :

Auteurs	Arnaud USA (1982)	Etienne France (1994)	Cassina RFA (1996)	Padonou Sénégal (1979)	Adelain Bénin (1994)	Notre étude Mali (2000)
Etiologies par ordre	Appendicite	Appendicite	Appendicite	Occlusion	Péritonite	Appendicite
	Cholécystite aiguë	Cholécystite aiguë	Cholécystite aiguë	Péritonite	Occlusion	Hernie étranglée
Décroissant	Occlusion	Occlusion	Péritonite	Appendicite	Malformation de la sphère digestive chez l'enfant	Occlusion
	Péritonite	Pancréatite aiguë	Occlusion	GEU	Traumatismes abdominaux	Péritonite

L'examen clinique seul suffit à poser le diagnostic d'un abdomen aigu [12, 22, 52], même si parfois certains examens paracliniques ont été nécessaires pour préciser le diagnostic. L'ASP a été réalisé dans 75% des occlusions et 29,41% des péritonites.

L'introduction récente de l'échographie en urgence a contribué à diminuer les erreurs de diagnostic dans certaines affections comme l'appendicite aiguë et la cholécystite aiguë [60]. Bien que non réalisable dans l'hôpital « Nianankoro

Fomba », 8,82% des péritonites en ont bénéficié dans une clinique privée de Ségou.

A l'hôpital du point « G » d'autres examens complémentaires sont réalisables en urgence comme les examens de laboratoire, le scanner, l'endoscopie, la cœlioscopie, etc. Ces examens permettent d'améliorer le diagnostic d'urgence. Nous n'avons pas pu poser le diagnostic dans les minutes qui ont suivies leur admission chez 22 patients, soit 11%, ils ont été mis en observation. Ce taux est supérieur à celui de la littérature qui varie entre 0,2 et 2,7% [16, 47].

Notre taux est supérieur à celui de Dembelé [17] qui a trouvé dans sa série 4,5% (13 malades). La différence peut être liée aux nombres importants d'examen complémentaires dans l'hôpital du point « G ».

La morbidité :

Tableau XXXIX : Comparaison du taux de morbidité des abdomens aigus selon les auteurs

Auteurs	N'Dayisaba Burundi (1992)	Keita S Mali (1996)	Notre etude Mali (2000)
Morbidité			
Effectif	2218	182	200
Pourcentage	6	14,8	18,5

$$\chi^2=67,02 \quad p=19.10^{-3}$$

Le taux de morbidité dans notre série est inférieur à ceux de N'Dayisaba [43] et de Keita [30].

Le taux d'infection dans notre étude est de 12% est supérieur à celui de Dembelé [17] qui a trouvé 2,09% dans sa série. Cette différence peut s'expliquer par :

- la non administration de l'antibioprophylaxie

- la non observation des règles d'asepsie lors des pansements. Il existe une seule boîte de pansement pour tout le pavillon.

Les facteurs ayant influencé nos suites opératoires sont :

- malade à faible pouvoir d'achat 86% (paysan, ménagère, scolaire, ouvrier/manœuvre) : du fait de leur faible pouvoir d'achat 9% ont mis de 4 à 24H pour acquérir les moyens financiers et 81% se sont limités à l'ordonnance opératoire qui ne contenait que le strict minimum pour l'intervention,
- malades résidents loin de la ville de Ségou : 36% (80-250km), précarité des routes et des moyens de transports surtout en période d'hivernage, d'où un retard à la prise en charge,
- durée d'évolution moyenne avant l'admission à l'hôpital de 53 heures avec des extrêmes (4H à 7 jours) : 86,5% avaient une durée d'évolution de plus de 6H,
- 11,5% de traitement antalgique, 26% de traitement traditionnel et 5,5% de traitement antibiotique en préopératoire peuvent avoir retardé l'acte opératoire ou même favorisé l'instauration de complications dans les suites.

La mortalité

Tableau XXXX : Comparaison du taux de mortalité selon les auteurs :

Auteurs	Adelain Bénin (1994)	Keita S Mali (1996)	Notre etude Mali (2000)
Mortalité			
Effectif	687	182	200
Pourcentage	16	7,5	15

$$\chi^2=33,64 \quad p=0,00008$$

Le taux de mortalité dans notre série est comparable à celui d'Adelain [2]. Cela s'explique par le fait que nos malades et ceux d'Adelain [2] ont consulté tardivement.

3- Fréquence des pathologies d'urgence en fonction des auteurs

3-1- Les appendicites : N=55

Tableau XXXXI : Comparaison de la fréquence des appendicites selon les auteurs :

Auteurs	Padonou Sénégal (1979)	Cassina RFA (1996)	Notre etude Mali (2000)
Effectif	1107	116	200
Pourcentage	20,88	47,4	27,5

$$\chi^2=9,55 \quad p=0,00076$$

Les taux d'appendicites dans notre série de 27,5% et dans celle de Padonou [45] 20,88% sont inférieurs aux taux européens de Cassina [13] 47,4% ($p=0,00076$). Cette différence est liée non seulement à l'incidence moins élevée de l'appendicite à Bamako estimé à 16 /100.000 habitants [33] mais aussi au fait que les malades sont vus par d'autres médecins avant d'être vus par le chirurgien. Par contre aux USA Addis [3] a trouvé une incidence de 110/100000 habitants et Käufer [28] en Allemagne trouve 255/100000 habitants.

L'âge :

L'âge moyen de 32,4ans se rapproche beaucoup de ceux d'auteurs africains 27.8 ans [17] et européens 24,1 à 30 ans [1, 57].

La clinique :

Tableau XXXXII : Répartition des signes cliniques des appendicites selon les auteurs :

Auteurs	Yusuf USA (1979)	Keita S Mali (1996)	Notre étude Mali (2000)
Signes cliniques			
Douleur F.I.D.	91%	100%	90,90%
Vomissement	30%	67,64%	38,18%
Nausée	60%	79,41%	50,90%
Constipation	7%	-	29,09%
Défense F.I.D.	-	61,54%	85,45%

Les principaux signes cliniques classiques ayant conduit au diagnostic d'une appendicite aiguë (la douleur de la FID, la défense musculaire, les nausées et les vomissements) ont été observés chez presque tous les auteurs [17, 59].

Tableau XXXXIII : Comparaison de la répartition du siège des appendicites selon les auteurs :

Auteurs Siège	Padonou Sénégal (1979)	Keita Mali (1992)	Dembélé Mali (1998)	Notre étude 2000
F.I.D.	78,99%	46,43%	68,8%	74,54%
Retrocoecal	20,5%	17,62%	18,61%	18,18%
Mésocoeliaque	-	17,02%	4,65%	7,27%
Sous hépatique	-	3,33%	1,16%	-
Autres	0,45	8,09%	-	-

La position retrocoecale est notée avec des pourcentages semblables selon les auteurs.

26 des 34 péritonites étaient d'origine appendiculaire, le taux de perforation serait donc de 26/81 soit 32,1%. Ce taux est semblable à d'autres taux africains : 28,5% et 33,2% [33, 58]. Le taux de perforation appendiculaire dans notre série de 15,06% et de Seto [50] : 15,19% ($p=10^{-7}$) mais de loin supérieur aux taux de perforation de 2% [25] et 5% [1] des séries européennes ($p=0,00009$). Cette différence s'expliquerait par la consultation tardive de nos malades (4-7 jours).

Le traitement :

L'appendicectomie antérograde a concerné 87,27% des cas et la voie rétrograde 12,72% des cas.

Notre traitement est comparable à ceux d'autres auteurs africains, Dembélé [18] avec 72,09% de voie antérograde et 27,91% de voie rétrograde ; Keita [30] a effectué 85,3% de voie antérograde et 14,7% de voie rétrograde.

La morbidité :

Les suites opératoires ont été simples dans 94,54% des cas. Les complications postopératoires 5,45%. Ce faible taux par rapport aux 10% [27] et 13,9% [1] de la littérature ($p=0,047$) pourrait s'expliquer par le fait que les cas d'appendices perforés étaient inclus dans ces séries.

La mortalité :

Le fait que les appendicites perforés aient été classés parmi les péritonites à réduit le taux de mortalité postopératoire 1%. Sinon les taux de mortalité des appendicites (toutes formes confondues) sont estimés à 3,3% [60] et 3,7% [33].

3-2- Hernies étranglées en dehors des occlusions : N=49**La fréquence :**

Tableau XXXIV : Comparaison de la fréquence des hernies étranglées selon les auteurs :

Auteurs	Doumbia Mali (1983)	Keita Mali (1996)	Notre étude Mali (2000)
Effectif	15	20	49
Pourcentage	60	32,78	93,87

$$\chi^2=32,67 \quad p=0,0026$$

Le taux des hernies étranglées dans notre série de 93,87% est supérieur à ceux de Keita [30] ; 32,78% et de Doumbia [21]. En Europe les taux des hernies étranglées ont été de 12,8% Khouadja [31] et 9,6% Lubeth [38]. La différence entre notre série et les séries de Keita [30] et Doumbia [21] s'explique par la cure à froid dès que le diagnostic de hernie est posé dans ces centres [32].

L'âge : l'âge moyen de 37 ans se rapproche beaucoup de ceux d'auteurs africains 35,7 ans [10] et européens, 30,1-38,6 ans [31, 38].

Le sexe : les hommes sont plus nombreux dans notre série (sex ratio=11,2). La prédominance masculine a été observée chez les autres auteurs [10, 31, 38].

Les types d'hernies étranglées :

Tableau XXXXV : Comparaison des différents types anatomiques des hernies étranglées :

Auteurs – Pays	Hernies inguinales	Hernies ombilicales	Hernies épigastriques
Konipo Mali (1979)	153/159 (96,2%)	3/159 (1,9%)	3/159 (1,9%)
Keita Mali (1996)	13/20 (65%)	4/20 (20%)	3/20 (15%)
Notre étude Mali (2000)	36/46 (78,26%)	8/46 (17,39%)	2/46 (3,47%)

La nette prédominance des hernies inguinales étranglées par rapport à tous les autres types rencontrés est manifeste.

La clinique :

Tableau XXXXVI : Comparaison des signes cliniques des hernies étranglées selon les auteurs

Auteurs Signes cliniques	Diabaté Mali (1994)	Diallo Mali (1996)	Notre étude Mali (2000)
Signes cliniques par ordre décroissant	Tuméfaction irréductible	Tuméfaction irréductible	Tuméfaction irréductible
	Douleur	Douleur	Douleur
	Perte du caractère impulsif et expansif de la hernie	Perte du caractère impulsif et expansif de la hernie	Perte du caractère impulsif et expansif de la hernie

Les principaux signes cliniques classiques ayant conduit au diagnostic d'une hernie étranglée (tuméfaction irréductible, douleur, perte du caractère impulsif et expansif de la hernie) ont été observés chez les différents auteurs selon un ordre semblable.

Le traitement :

Deux techniques ont été pratiquées essentiellement dans les hernies inguinales étranglées. La technique de Forgue a été pratiquée dans 77,8% et celle de Bassini dans 22,2%. Par contre Bouaré [10] dans sa série a pratiqué la technique de Bassini dans 87,88% et celle de Forgue dans 12,12%.

Pour les hernies ombilicales et les hernies épigastriques, la technique a été une réparation pariétale après avoir réintégrer les viscères herniés sains dans la cavité péritonéale.

La morbidité :

Les suites opératoires ont été simples dans 91,83% des cas. Les complications postopératoires ont été de 8,16%. Par contre Bouaré [10] n'a pas enregistré de

complications postopératoires. La différence entre notre série et celle de Bouaré [10] s'explique que dans notre série les pansements s'effectueraient avec une seule boîte de pansements pour tous les malades du pavillon et l'antibiothérapie n'a pas été appliquée correctement par faute de moyen financier.

La mortalité

Le taux de mortalité de 6,12% dans notre série est supérieur à ceux d'autres auteurs : Khouadja [31] n'a signalé aucun décès sur 12 cas ; Bouaré [10] sur 15 malades n'a enregistré aucun décès. Dans notre série cette mortalité s'explique par la complication de l'anesthésie. En effet ces 3 malades étaient tous âgés de 60 ans et plus. Ces 3 malades ont bénéficié d'une anesthésie générale. Ils sont décédés dans un tableau de détresse respiratoire aiguë.

3-3- Les occlusions : N=40

Tableau XXXXVII : Comparaison de la fréquence des occlusions selon les auteurs :

Auteurs	Padonou Sénégal (1979)	Dembélé Mali (1998)	Notre étude Mali (2000)
Effectif	1107	273	200
Pourcentage	42,67%	27,5	20

$$p=0,000002 \quad \chi^2=14,33$$

Les taux d'occlusions dans notre série et celle de Dembélé [17] sont inférieurs à celui de Padonou [45]. Cette différence serait liée au fait que les hernies étranglées occupaient 58,68% des occlusions en 1979 à Dakar. Nous constatons la baisse de cette fréquence des hernies étranglées au Mali par rapport aux autres causes d'occlusions au fil des années (volvulus, adhérences et brides etc.). Cela

est dû à la cure des hernies à froid pratiquée par les jeunes médecins généralistes [32].

L'âge :

Les âges moyens de 41 ans dans notre série et 40 ans dans celle de Massengo [40] sont plus jeunes que ceux des auteurs. Européennes 70,7 ans [23] et 72 ans [11]. Cette différence d'âge s'explique par le fait que les néoplasies étant causes fréquentes d'occlusions en Europe, survenant chez les sujets âgés. Par contre en Afrique, ce sont surtout les volvulus, les adhérences, brides et les hernies qui sont les causes d'occlusions survenant surtout chez les sujets adultes et jeunes.

Le sexe :

Les hommes sont plus nombreux dans notre série (sex ratio=2,07). La prédominance masculine a été observée chez tous les auteurs : sex ratio : 4,6 [41] ; 4 [56] ; 1,9 [39] ; 1,53 [26] ; 1,2 [37] ; 1,04 [23].

Les étiologies :

Tableau XXXXVIII : Comparaison des étiologies des occlusions selon les auteurs

Auteurs	Hireche Algérie (1994)	Keita Mali (1996)	Masso-Missé Congo Brazza (1993)	Notre étude Mali (2000)
Etiologies par ordre décroissant	Hernie étranglée	Hernie étranglée	Volvulus	Volvulus
	Volvulus	Volvulus	Hernie étranglée	Hernie étranglée
	Brides et adhérences	Brides et adhérences	Brides et Adhérences	Brides et adhérences
	Néoplasie	Néoplasie	Néoplasie	Néoplasie
		Invagination	Invagination	

Les 4 premières étiologies (hernie étranglée, volvulus, brides et adhérences, néoplasie) sont retrouvées chez tous les auteurs :

La clinique

Tableau XXXXIX : Comparaison des signes cliniques des occlusions selon les auteurs :

Auteurs	Massengo Congo (1974)	Brazza Mali (1998)	Dembélé Mali (1998)	Notre étude Mali (2000)
Les signes cliniques par ordres décroissant	Douleur		Douleur	Douleur
	Arrêt des matières et des gaz	Arrête des matières et des gaz	Arrête des matières et des gaz	Arrêt des matières et des gaz
	Vomissement		Météorisme	Météorisme
	Défense		Vomissement	Vomissement
	Météorisme		Défense	Défense
	Asymétrie		Asymétrie	Asymétrie

Les principaux signes cliniques classiques ayant conduit au diagnostic d'une occlusion (la douleur, l'arrêt des matières et des gaz, le météorisme, les vomissements, la défense abdominale et l'asymétrie) ont été observés chez les différents auteurs selon un ordre semblable.

Le traitement

Les volvulus intestinaux : le taux de volvulus intestinaux dans notre série est de 60%. Ce taux est supérieur à ceux d'autres auteurs africains 30,66% [17] : 30% [30] et européens 10% [12, 35]. Sur le plan de traitement, nous avons pratiqué dans 16,66% des cas une résection anastomose d'emblée. Notre taux est inférieur à ceux de Dembélé [17] : 69,56% et de Diallo [19] : 53,57%. Nous avons enregistré un taux de morbidité de 16,66%. Cette morbidité est liée au

manque de surveillance. Notre taux de morbidité est semblable à celui de Dembélé [17], mais supérieur à celui de Diallo et col qui ont constaté un taux de morbidité de 3,57% (2 abcès de la paroi).

La mortalité dans notre série est de 20,83%. Ce taux est inférieur à celui de Gramegna [23] qui est de 40%, mais inférieur à celles de Dembélé [17] et Diallo [19] qui n'ont pas enregistré de mortalité dans leur série respective.

Les adhérences et brides : représentent 30%. Ce taux rejoint celui de Dembélé [17] 26,66%. Ces deux taux sont inférieurs aux 61,02% de Codjo [14] les adhérences et brides constituent la première cause d'occlusion mécanique. Parmi les 30%, 16,66% étaient des brides spontanées. Notre taux de brides spontanées est semblable à ceux d'autres auteurs africains 15% [17] et européens 13% [33]. Ces brides résulteraient des épisodes inflammatoires ou hémorragique intra-péritonéaux [33].

Le taux de morbidité dans notre série est de 15%. Ce taux se rapproche à ceux d'autres auteurs africains 17,75% [34] et européens 16,5% [27].

Le taux de mortalité dans notre série est de 20%. Ce taux est inférieur à celui de Keita [30], qui est de 15,4%.

Les hernies étranglées : le taux des hernies étranglées dans notre série est de 7,5%. Ce taux est inférieur à ceux d'autres auteurs africains : Touré [56] 16,66% et Keita [30] 23%. Ceci s'explique par le fait des traitements à froid des hernies par des jeunes médecins généralistes [32]. Notre taux de résection anastomose de 33,33% est supérieur à ceux de Diallo [20] 20% et de Dembélé [30] 9,1%. Cela est dû au fait que la durée d'étranglement était plus longue dans notre étude 24H à 48H.

Le taux de mortalité dans la série de Dembélé [17] est de 4,5% est comparable à ceux d'auteurs africains 3,33% [20] et européen 7% [27]. La mortalité est nulle dans notre série, ceci est dû à la taille de notre échantillon.

Les tumeurs : ont représenté 10%, notre taux est semblable à ceux d'auteurs africains 10% [48] et 13,63% [24].

Le taux de morbidité globale dans notre série de 100% est nettement supérieur à ceux de Hireche [26] 7,18% et de Codjo [14] 44,07%. Cette différence s'explique par la petite taille de notre échantillon 4 cas.

Le taux de mortalité globale de 100% est supérieur à ceux de Codjo [14] 20,34% et de Bresler [11] 26%. Cela est lié au faible échantillon de notre série et la prise en charge urgente et difficile des néoplasies occlusives du colon [11].

3-4- Les péritonites : N=34

La fréquence : le taux de péritonite dans notre série de 17% et celle de Dembélé [17] 19,1% sont inférieurs à celui de Padonou [45] 28,72% ($p=0,0027$). Cette différence s'explique par une insuffisance de la couverture sanitaire et la fréquence des maladies infectieuses à Dakar en 1979.

Tableau L : Comparaison de la fréquence des péritonites selon les auteurs

Auteurs	Dembélé Mali (1998)	Padonou Sénégal (1979)	Notre étude Mali (2000)
Total urgence	273	1107	200
Pourcentage	20,1	28,72	17

$$\chi^2=7,02$$

$$p=0,0027$$

L'âge : l'âge moyen de nos patients de 37 ans se rapproche de ceux d'auteurs africains 32 ans [58] et européens 35 ans [15]

Le sexe : les hommes sont plus nombreux dans notre série que les femmes (sex ratio=3,8). Cette prédominance masculine a été observée dans d'autres séries africaines [58] (ratio 3,14) ; [41] (ratio=4,60) et européennes [15] (ratio=4,25).

La clinique :

Tableau LI : Comparaison des signes cliniques des péritonites selon les auteurs :

Auteurs	Yabi Bénin (1994)	Dembélé Mali (1998)	Notre étude Mali (2000)
Signes cliniques par ordre décroissant	Douleur	Douleur	Douleur
	Contracture abdominale	Contracture abdominale	Contracture abdominale
	Défense abdominale	Arrêt matières et gaz	Défense abdominale
		Défense abdominale	Vomissement
	Vomissement	Vomissement	Arrêt matières et gaz

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

Les étiologies

Tableau LII : Comparaison des étiologies des péritonites selon les auteurs :

Auteurs	Keita Mali (1996)	Padonou Sénégal (1979)	Notre étude Mali (2000)
Etiologies	Appendiculaire (45%)	Typhique (39,31%)	Appendiculaire (76,47%)
	Typhique (25%)	Appendiculaire (33,33%)	Typhique (14,7%)
	Génitale (15%)	Génitales (16,35%)	Gastrique (5,88%)
	Autres (15%)	Autres (11,01%)	Autres (2,09%)

Le taux de péritonite appendiculaire dans notre série est de 76,47% est supérieur aux 33,33% et 36,36% observés par Padonou [45] et Dembélé [17]. Cela s'explique par le retard de consultation de nos patients.

Les péritonites typhiques sont en nette régression chez les mêmes auteurs et cela au fil des années : 39,31% Padonou [45] au Sénégal en 1979 ; 25% Keita [30] au Mali en 1996 et 14,7% dans notre étude.

Le traitement

Le taux de mortalité globale de 11,5% dans notre série est supérieur à celui de Dembélé [17] 3,63%, mais inférieur à celui de Yabi [58] 48,3% et Bikandu [9] 76,92%. Du fait que l'étude de Yabi [58] a porté uniquement sur les péritonites postopératoires et celui de Bikandu [9] a porté uniquement sur les péritonites typhiques.

La différence entre notre série et celle de Dembélé [17] peut s'expliquer par le retard ou le manque de l'antibiothérapie et les conditions de pansements des plaies.

Le taux de mortalité de 17,64% dans notre série se rapproche à ceux d'autres auteurs : Sewah [51] 12,50%, Sosso [56] 13,33% et Bikandu [9] 19,23%.

3-5- Les traumatismes abdominaux : N=17

La fréquence :

Une urgence abdominale sur 10 (10%) était un traumatisme abdominal dans notre série alors qu'une urgence abdominale sur 25 (4%) l'était dans celle de Dembélé [17]. Au Bénin Ahouansou [4] trouve que le traumatisme splénique représente 1,3% des motifs d'admission au CNHU de Cotonou.

L'âge :

L'âge moyen de 25 ans dans notre série jeune est semblable à ceux des auteurs africains [37] 27 ans ; [17] 29,5 ans et européen [7] 37 ans.

Le sexe :

Les hommes sont plus nombreux dans notre série que les femmes (7,5/1). La prédominance masculine a été observée dans d'autres séries africaines : Dembélé [17] (4,1/1) ; Kendja [29] (6,66/1) et européenne Lorgeron [36] (3,32/1).

La clinique

Tableau LIII : Comparaison des signes cliniques des contusions de l'abdomen selon les auteurs :

Auteurs	Kendja RCI (1993)	Keita Mali (1996)	Notre étude Mali (2000)
Signes cliniques par ordre décroissant	Douleur	Douleur	Douleur
	Défense ou contracture abdominale	Défense ou contracture abdominale	Défense ou contracture abdominale
		Arrêt des matières et gaz	Arrêt des matières et gaz
		Vomissement	Vomissement

Les principaux signes cliniques ayant conduit à l'indication d'une intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen (la douleur, la défense ou la contracture abdominale) ont été observés de façon identique par les différents auteurs :

Tableau LIV : Comparaison des mécanismes des traumatismes abdominaux selon les auteurs :

Auteurs	Kendja RCI (1993)	Ahouansou Bénin (1994)	Notre étude Mali (2000)
Mécanismes par ordre décroissant	Plaie	Plaie	Plaie
	Contusion	Contusion	Contusion

Les mécanismes sont identiques (les plaies et contusions) selon les différents auteurs.

Tableau LV : Comparaison des lésions observées lors des traumatismes abdominaux selon les auteurs :

Auteurs	Kendja RCI (1993)	Ahouansou Bénin (1994)	Notre étude Mali (2000)
Lésions observées par ordre décroissant	Lésion multiviscérale	Lésion splénique	Lésion splénique
	Lésion du grêle	Lésion multiviscérale	Lésion du grêle
	Lésion splénique		Lésion multiviscérale

La rate a été l'organe le plus fréquemment lésé chez les différents auteurs.

Le traitement :

Le taux de morbidité de 5,88% dans notre série (1 cas) est inférieur à ceux d'Ahouansou [4] 12,50% et de Kendja [29] 22,86%.

Le taux de mortalité de 17,64% dans notre série est semblable à celui d'Ahouansou [4] 16,7%.

3-6- Les grossesses extra-utérine rompues : N=5

La fréquence

Le taux de GEU rompues dans notre série de 2,5% est inférieur à ceux d'autres auteurs africains : Padonou [45] 14,27% et Dembélé [17] 14,6%.

Notre étude s'est limitée uniquement au cas de GEU rompue adressée au service de chirurgie générale de l'hôpital « Nianankoro Fomba » de Ségou à l'exclusion des cas traités au service de gynécologie

Tableau LVI : Comparaison des fréquences des GEU rompues selon les auteurs :

Auteurs	Padonou Sénégal (1979)	Dembélé Mali (1998)	Notre étude Mali (2000)
Effectif	1107	273	200
Pourcentage	14,27	15,4	2,5

$$\chi^2=1,95 \quad p=2.10^{-7}$$

l'âge :

l'âge moyen jeune de 29,5 ans dans notre série est semblable à ceux d'auteurs africains [6] 25,3 ans [17] 27,5 ans et européen [46] 31 ans.

Les antécédents :

Tableau LVII : Comparaison des antécédents des GEU selon les auteurs

Auteurs	Bamouni Burkina-Faso (1997)	Pambou Congo Brazza (1996)	Dembélé Mali (1998)	Notre étude Mali (2000)
Antécédents	Avortement	Contraception	Avortement	Infection
	GEU	-	Infection	-

Dans les séries africaines les avortements, les antécédents de GEU et les infections sont retrouvés chez les différents auteurs alors que dans les séries européennes c'est surtout la contraception et la plastie qui sont retrouvées [46].

La clinique :

Tableau LVIII : Comparaison des signes cliniques des GEU rompues selon les auteurs :

Auteurs	Bamouni Burkina-Faso (1997)	Dembélé Mali (1998)	Notre étude Mali (2000)
Signes cliniques par ordre décroissant	Algie pelvienne	Algie pelvienne	Algie pelvienne
	Aménorrhée	Aménorrhée	Aménorrhée
	Métrorragie	Défense abdominale	Métrorragie
	Masse abdominale	Métrorragie	Masse abdominale
	-	Masse abdominale	-

Les principaux signes cliniques ayant conduit au diagnostic d'une GEU rompue (la douleur abdomino-pelvienne, l'aménorrhée, métrorragie et la masse abdominale) ont été observés par les différents auteurs.

Tableau LIX : Comparaison du siège des GEU selon les auteurs :

Auteurs	Bamouni Burkina-Faso (1997)	Dembélé Mali (1998)	Notre étude Mali (2000)
Siège par ordre décroissant	Isthme	Ampoule	Ampoule
	Ampoule	Isthme	Isthme
	Abdomen	Abdomen	-
	Interstice	-	-

Les deux premiers sièges sont identiques chez les différents auteurs.

Le traitement

La salpingectomie totale a été réalisée dans 100% des cas.

Le taux de morbidité dans notre série est nulle alors qu'il est de 4,76% (abcès de paroi) dans la série de Dembélé [17] et 30% dans la série de Pambou [46].

Le taux de mortalité est nulle dans notre série, est semblable à celle de Dembélé [17] et de Pambou [46] 1,2%.

CHAPITRE V

**CONCLUSION &
RECOMMANDATIONS**

V- CONCLUSION -- RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 1999, nous avons mené une étude sur 200 patients admis en urgence dans le service de chirurgie générale de l'hôpital « Nianankoro Fomba » de Ségou.

Il s'agissait de 58 femmes et de 142 hommes.

L'âge moyen des patients était de 32,4 ans.

Cette étude prospective nous a permis de faire un certain nombre de constatations.

- La majorité des patients venait du cercle de Ségou 89 cas (44,5%), les cercles de Niono 38 cas (19%), et de Bla 27 cas (13,5%).

- 91 sur 111 patients non résidents dans la ville de Ségou ont été évacués par des médecins et des paramédicaux. 49 sur 89 patients résidents dans la ville de Ségou ont directement consulté d'eux-mêmes à l'hôpital.

- Le principal motif de consultation a été la douleur.

- Le délai de consultation a été supérieur à 24 heures chez 36 patients (18%) et supérieur à 72 heures chez 38 patients (19%).

- L'examen clinique seul a suffi à poser le diagnostic opératoire. Certains examens paracliniques ont été nécessaires pour préciser le diagnostic. Des difficultés ont apparues pour réaliser ces examens en urgence :

- * la limitation du plateau technique en imagerie (radiologie standard) et en laboratoire d'analyse,

- * le statut économique des malades (72% de paysans) ne permettait pas de payer les examens paracliniques nécessaires au bilan complet ;

- Les différents tableaux cliniques retrouvés ont été :

- * Appendicites aiguës (n=55),

- * Hernies étranglées (n=49),

- * Occlusions (n=40),

- * Péritonites (n=34)
- * Traumatismes abdominaux (n=17),
- * Grossesses extra-utérines (n=5)
- La mise en condition préopératoire a été rarement mise en œuvre, seul 31 (15,5%) sur 200 patients en ont bénéficié. Elle a consisté en :
 - * la mise en place d'une aspiration digestive,
 - * la mise en place d'une sonde vésicale,
 - * l'installation d'une ou plusieurs voies veineuses,
 - * la mise en route d'une antibiothérapie.
- Deux types d'anesthésies ont été utilisées :
 - * l'anesthésie générale : 172 cas (86%)
 - * la rachianesthésie : 28 cas (14%)

En outre 47 sur 172 patients opérés sous anesthésie général ont bénéficié d'une intubation.

- La voie d'abord a été médiane, d'autant plus longue que le diagnostic étiologique préopératoire est incertain. Les occlusions (exceptées les hernies étranglées), les péritonites et les traumatismes abdominaux ont occupé le 1^{er} rang des incisions médianes avec 51,5%.
- Le type de l'intervention chirurgicale était fonction du tableau clinique, ainsi que de l'importance des lésions viscérales.
- Les sondes (naso-gastriques, urinaires) ont été placées chez 35 malades pour la sonde naso-gastrique et 29 malades pour la sonde urinaire. L'ablation de ces différentes sondes s'effectuait entre le premier et le troisième jour de l'intervention.
- Les drainages ont concerné 53 malades et leur ablation s'effectuait entre le premier et le troisième jour de l'intervention si le drain ne donnait plus.

- La morbidité globale s'est résumée à 23 abcès de la paroi après le premier pansement (quatrième jour de l'intervention) et 1 cas de fistule digestive (15^{ème} jour de l'intervention).
- La mortalité globale a été de 15% (30 cas).
- La durée moyenne de l'hospitalisation a été de 10,5 jours.

Au terme de cette étude on peut donc remarquer :

* la plupart de nos patients ont été reçu en retard. Les conséquences de ce retard sont :

- une consultation tardive,
- une complication ou une aggravation du tableau clinique,
- le retard compromet le pronostic vital,
- le retard est un facteur déterminant la morbidité voir la mortalité.

Enfin le retard peut exposer les patients à d'autres maladies infectieuses :

- * l'absence du service de réanimation,
- * la fréquence des urgences semble peu élevée ^{pour} ~~par~~ un seul chirurgien.,
- * les diagnostics opératoires ont été exacts malgré nos moyens d'investigations très limités,
- * le coût moyen de l'intervention chirurgicale d'urgence était estimé à 62.425,30FCFA avec des extrêmes de 30.125,60FCFA à 87.287,43FCFA.

2- RECOMMANDATIONS

- **Aux populations :**

- Eviter l'automédication et le traitement traditionnel en matière d'urgence abdominale aiguë ;
- Consulter immédiatement dès les 1^{ère} manifestations de la maladie,
- Accepter d'en parler avec les autres malades et les médecins une fois opéré.

- **Aux centres de santé de la périphérie :**

- Eviter au maximum l'administration prolongée des antalgiques, qui ne feraient qu'égarer le diagnostic et aggraver le pronostic,
- Référer à temps opportun les patients dont la prise en charge dépasse les moyens locaux,
- Référer les patients avec la prise d'une ou plusieurs voies veineuses sûre et efficace.
- Référer toujours le malades avec une fiche de référence et de contre référence,

- **Au niveau de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo :**

- Assurer un approvisionnement correcte en médicaments essentiels permettant de prendre en charge l'urgence chirurgicale quelque soit les moyens financiers du malade,
- Doter le bloc opératoire de matériels et de linges,
- Doter les salles de pansement des différents pavillon de chirurgie, de matériels de pansement suffisants,
- Ouvrir un service de réanimation capable de prendre en charge les cas graves,

- Réinstaurer les staffs hebdomadaires de médecine et chirurgie pour une meilleure formation du personnel paramédical et des internes et stagiaires,
 - Réorganiser le service de garde de manière à le rendre plus efficace,
 - Créer une véritable pharmacie pour les malades indigents reçus en urgence au sein du service de chirurgie.
- **Aux décideurs :**
- Mettre des moyens logistiques pour un meilleur acheminement des malades au niveau de la périphérie vers le centre,
 - Mettre en place un système d'information entre la périphérie et le centre pour avertir l'hôpital sur l'état du malade .
 - Doter les hôpitaux de références régionales des moyens d'investigations plus performants, des médecins spécialistes en imagerie et de laboratoire d'analyse performants ,
 - Elaborer un programme IEC à l'intention de nos populations sur la gravité des maladies trop longtemps négligés sur les dangers de l'automédication et des traitements traditionnels en matière d'urgences chirurgicales abdominales,

CHAPITRE VI
BIBLIOGRAPHIE

VI- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- ABLASSMAIER B, KIESSLING SUND PIER A.

Offène versus laparoskopische appendektomie
Der Chirurg 1996; 67: 522-5.

2- ADELAIN T B.

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

3- ADDIS A G, SHAFFER N, FOWLER B S, FAUXE V.

The epidemiology of appendicitis and appendicectomy in the united states.
Am J Epidemiol 1980; 132: 910.

4- AHOUANSOU V A.

Les traumatismes de la rate chez l'adulte à propos de 48 cas au CNHU de Cotonou.
Thèse, Méd, Cotonou, 1994. 587.

5- ARNAUD J P, TURBELIN J M.

Conduite à tenir devant un abdomen aigu.
EMC, 24039 B10, 3-1982.

6- BA B.

La grossesse extra-utérine en milieu noir africain à propos de 104 cas observés à Bamako.
Thèse, Méd, Bamako, 1980. 182.

7- BALMAT P, COMBE J, VICHARD P, MILLERET P.

Les lésions du tractus gastro-intestinal chez le polytraumatisé.

Méd Chir Dig 1985 ; 14 : 215-9.

8- BAMOUNI Y A, DAO B, BAZIE A Z, YABA J P, TAOKO A.

Place de l'échographie dans le diagnostic des grossesses extra-utérines (GEU) au CHN de Bobo-dioulasso de 1993 à 1995.

Méd Afr Noire 1997 ; 44 : 233-7.

9- BIKANDOU G, DYKOKA-NGOLO R, FILA A, BENAMAR B, OBENGUI A, MASSENGO R.

Les perforations intestinales d'origine typhique à Brazzaville.

Pub Méd Afr 1992 ; 120 : 37-41.

10- BOUARE M

Etude de 610 cas de hernie de l'aîne dans les cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba.

Thèse, Méd, Bamako, 1988. 24.

11- BRESLER L, BRAUN E, DEBS A, BOISSEL P, GROSDIDIER J.

Chirurgie d'urgence face aux occlusions coliques. Etude rétrospective de 70 cas.

J Chir 1983 ; 120 : 713-8.

12- BUFFIN R P, DABROWSKI A, KASKAS M, HELFRICH Ph, SABBAH M.

Volvulus du côlon sigmoïde. Résection anastomose en urgence.

J Chir 1992 ; 129 : 254-6.

13- CASSINA P, RÖTHLN M, LARGIADER.

Die effizienz der chirurgischen grund diagnostik beim akuten abdominal schmerz.

Der Chir 1996; 67: 254-60.

14- CODJO H M.

Occlusions intestinales mécaniques de l'adulte. Aspects épidémiologique, clinique, étiopathogénique et thérapeutique. A propos de 59 cas colligés à la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CNHU de Cotonou.

Thèse, Méd, Cotonou 1995. 626.

15- CUNHA A S, SAINT-MARC O, PARC R.

La péritonite généralisée: une complication rare mais grave de la maladie de Crohn.

Ann Chir 1995 ; 49 : S7-S8.

16- DE DOMBAL F T, DALLOS V, Mc ADAM W.

Can computer aided teaching packages improve clinical care in patients with acute abdominal pain ?

Br J Med 1991; 302: 1495.

17- DEMBELE M.

Abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital national du point « G ».

Thèse, Méd, Bamako, 1998. 58.

18- DEMBELE M, PAPADATO A.

A propos de 15 perforations typhiques de l'intestin grêle.

Méd Afr Noire 1974 ; 21 : 285-6.

- 19- **DIALLO G, ONGOIBA N, YENA S, DIALLO A, DOUCOURE G, TRAORE A K dit DIOP, DEMBELE M, TRAORE M L, SOUMARE S, KOUMARE A K.**

Traitement du volvulus du côlon pelvien à l'hôpital national du point « G » : à propos de 25 cas.

Mali Méd 1995 ; 3-4 : 30-2.

- 20- **DIALLO G, ONGOIBA N, YENA S, DIABATE L, TRAORE A K dit DIOP, DIALLO A, KOUMARE A K.**

Hernies inguinales étranglées à l'hôpital national du point « G ».

Mali Méd 1996 ; 3-4 : 39-41.

- 21- **DOUMBIA D.**

Etude des urgences chirurgicales reçues à l'hôpital national du point « G ».

Thèse, Méd, Bamako, 1982. 13.

- 22- **ETIENNE J C, FINGERHUT A, EUGENE C, WESENFELDER L.**

Diagnostic des douleurs aiguës.

EMC ; 2^d édition technique, Urgences (Paris) ; 1994 ; 24-039-B10. 27p.

- 23- **GRAMEGNA A, FOSCOLO P P, SACCOMANI, SECONDO P, AMATO A, SPIRITO G.**

Le lavage colique peropératoire et la résection anastomose en un temps dans la chirurgie d'urgence du côlon gauche.

98^{ème} congrès français de chirurgie, Paris 30 septembre, 3 octobre 1996.

Ann Chir 1996 ; 50, 7 : S5-S6

24- HAY J M.

Epidémiologie des douleurs abdominales aiguës. Etude prospective de l'ARC et l'AURC.

Méd Chir Dig 1989 ; 18 : 403-6.

25- HENLE K P, RECHNER J, ZERZ A, SZINICZ GUND KLINGLER A.

Laparoskopische versus konventionelle appendektomie eine prospective, randomisierte studie.

Der Chir 1996; 67: 526-30.

26- HIRECHE L, AZOUAOU A, BAUCHE A, BELHADJ CHIRK B, SAARI A, SI-AHMED E M.

Occlusions intestinales aiguës.

95^{ème} congrès française de chirurgie, Paris 4-7 octobre 1993.

Méd Chir Dig 1994 ; 23 : 223-8.

27- HJALTASON E.

Incarcerated hernia.

Acta Chir Scan 1981; 147: 263-7.

28- KÄUFER R, FRANZ I, LÖBLICH H J.

Appendicitis-wandel des kraukleitsbildes.

Chir 1989; 60: 51.

- 29- **KENDJA K F, KOUAME K M, COULIBALY A, KARADIO A, KOFFI KONAN B, SISSOKO M, ECHIMANE K, TURQUIN, TRAORE H, EHUA S F, KANGA M.**

Traumatismes de l'abdomen au cours des agressions à propos de 192 cas.
Med Afr Noire 1993 ; 40 : 10.

- 30- **KEITA S.**

Problèmes diagnostiques et thérapeutiques des abdomens aigus en chirurgie.
Thèse, Méd, Bamako, 1997. 13.

- 31- **KOUANDJA F.**

Etude anatomique et statistique des hernies de l'aine.
Thèse, Méd, Paris, 1975.

- 32- **KOUMARE A K, TRAORE A K dit DIOP, ONGOIBA N, BOUARE M, SIMPARA D.**

L'évaluation des cures de hernies de l'aine effectués par des médecins généralistes dans les centres de district.
Méd Afr Noire 1991 ; 38 : 137-41.

- 33- **KOUMARE A K, TRAORE I, ONGOIBA N, TRAORE A K dit DIOP, SIMPARA D, DIALLO A.**

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

- 34- **KOMAWOO K, SONGNE B, BISSANG K, TOGBETSE E, MENNING G.**

Occlusions intestinales sur brides et adhérences au CHU de Lomé.
Pub Méd Afr 1990 ; 107 : 50-5.

35- KUNIN N, LETOQUART J P, LAGAMMA A, MAMBRINI A.

Volvulus du côlon : à propos de 37 cas.

J Chir 1992 ; 129 : 531-6.

36- LORGERON P, PARMEN ?TIER G, KATZ A, FERMANIAN J, CHALAUX G, FAURE D, REMOND P, ANDREASSIAN B.

L'abdomen du polytraumatisé.

J Chir 1983 ; 120 : 85-93.

37- LORIMIER G, COPPO B, DELABY J, GUNTZ M.

L'occlusion du grêle par brides spontanées.

Méd Chir Dig 1990 ; 19 : 163-5.

38- LUBETH M.

A propos de 1000 cas de hernies de l'aîne dont 800 traités par abaissement du cooper.

Thèse, Méd, Poitiers ; 1979.

39- MARQUAND J, GUIVARC'H H, GARAT P, NATHAN G, ROLET-AUDY J C, LEMAÎTRE F, MARCHET A.

La place de l'opération de hartman dans le traitement des lésions compliquées du côlon gauche. 58 résections selon Hartman, dont 43 en urgence.

J Chir 1979 ; 116 : 161-6.

40- MASSENGO R, BIKANDOU G M.

Aspects cliniques et thérapeutiques des occlusions aiguës du grêle chez l'adulte.

Méd Chir Dig 1994 ; 23 : 224.

41- MISSE M P, ABESSONGUIE I, BOB'OYONO J M, ABOLO MBENTI L, MALANGA E.

Les perforations coliques aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques (à propos de 28 cas).

Méd Chir Dig 1993 ; 22 : 169-71.

42- MONDOR H.

Diagnostics urgents de l'abdomen.

Herri MONDOR, 2^{ème} Edit, 1979. 1119p.

43- N'DAYISABA G, BAZIRA L, GAHOUGANO G, HITIMANA A, KARAYUBA R.

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

Méd Afr Noire 1992 ; 39 : 571-3.

44- OHIMS H, KOUMANS RKJ, HOKANG YOU P J, PUYLAERT J B C M.

Ultrasonography in the diagnosis of acute appendicitis.

Br J Surg 1991 ; 78 : 315.

45- PADONOU N, DIAGNE B, N'DOYE M, CHERBONNEL G M, NUSSAUME O.

Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques de quatre années (1973-1976).

Dakar Méd 1979 ; 24 : 90-7.

**46- PAMBOU O, GUYOT B, NTSIKA, NZIMBOU J,
MOUAMBIKO C H, DUCKAT S, BWAMBO S, SAPOULOU V M.**

Prise en charge de la grossesse extra-utérine au CHU de Brazzaville (Congo) et à l'hôpital Tenon (Paris-France).

Rev Fr Gynéco-Obstet 1996 ; 5 : 223-7.

47- PATERSON BROWN S, KIPOND M N.

Modern aids to clinical decision making in the acute abdomen.

Br J Surg 77: 13.

48- SANDANI F A.

Contribution à l'étude des invaginations intestinales aiguës de l'enfant. A propos de 18 observations colligées à la clinique chirurgicale du CHU de Dakar.

Thèse, Méd, Dakar, 1989. 55.

49- SCHILLIO Y, AMOUYA G.

Les douleurs abdominales.

Rev Med Tours 1991 ; 25: 8-9.

50- SETO S.

Contribution à l'étude des complications des appendicites aiguës chez l'adulte à propos de 1251 cas dans le service de chirurgie viscérale au CNHU de Cotonou.

Thèse, Méd, Cotonou, 1994. 615.

51- SEWAH SIMEN J Y.

Contribution à l'étude des péritonites généralisées chez les enfants au CNHU de Cotonou. A propos de 82 cas en trois ans.

Thèse, Méd, Cotonou, 1993. 376.

52- SIDIBE Y.

Les péritonites généralisées au Mali : à propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et de Kati.

Thèse, Méd, Bamako, 1995. 51.

53- SISSOKO F.

Problèmes de santé à travers les urgences chirurgicales du milieu rural dans la région de Bamako.

Thèse, Méd, Bamako, 1976. 17.

54- SOSSO M, SABRY ST, EDZOA T, MALONGA E, ESSOMBA R, RISOH T, NDJITO YAPNDAM E C.

Les perforations des ulcères gastro-intestinaux à Yaoundé.

Méd Chir Dig 1992 ; 21 : 145-8.

55- SWERK W B, WICHTRUP B, ROTHMUND M, RÜSCHOFF J.

Ultrasonography in the diagnosis of acute appendicitis: a prospective study.

World J Surg 1990; 14: 271.

56- TOURE F.

Problèmes posés par l'anesthésie réanimation des occlusions intestinales aiguës à l'hôpital national du point « G ».

Thèse, Méd, Bamako, 1985. 24.

57- WITZIG J A, DEPIERRE Ph, BROQUET P E, MOREL Ph.

Approche laparoscopique dans le syndrome douloureux de la FID.

98^{ème} congrès français de chirurgie. Paris 30 septembre 3 octobre 1996.

Ann Chir 1996 ; 50 : 52.

58- YABI D.

Les péritonites généralisées postopératoires à propos de 29 cas colligés à la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CNHU de Cotonou.

Thèse, Méd, Cotonou, 1994. 621.

59- YAO K.

Les appendicites compliquées. Etude rétrospective de 158 cas traités au CHU de Coccody.

Thèse, Méd, Abidjan, 1990. 1037.

60- YUSUF M F, DUNE

Appendicitis in the early : learn to discern the un typical picture.

Griatrics 1979 ; 34 : 73-9.

ANNEXES

ABREVIATIONS

AG= Anesthésie générale

AMG= Arrêt des matières et des gaz

ARC : Association de recherche en chirurgie

ASP= Abdomen sans préparation

ATCD= Antécédent

AURC= Association universitaire de recherche en chirurgie

BHA= Bruit hydro-aérique

C= Cercle

CESCOM= Centre de santé communautaire

CHNU= Centre hospitalier national et universitaire

CHU= Centre hospitalier universitaire

CMDT= Compagnie malienne de développement des textiles

CSAR= Centre de santé arrondissement

CSFD= Centre de santé Famory DOUMBIA

DCI= Dénomination commune internationale

DRS= Direction régionale de la santé

FID= Fosse iliaque droite

FIG= Fosse iliaque gauche

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

GEU= Grossesse extra-utérine

H= Heure

HE= Hernie étranglée

HID= Hernie inguinale droite

HIDE= Hernie inguinale droite étranglée

HIG= Hernie inguinale gauche

HIGE= Hernie inguinale gauche étranglée

HISDE= Hernies inguino-scrotale étranglée

HNF= Hôpital Nianankoro FOMBA

HNPG = Hôpital National du Point « G »

HOE= Hernie ombilicale étranglée

HTA= Hypertension artérielle

IEC= Information éducation communication

IM= Intramusculaire

Inj= Injection

J= Jour

NFS= Numération formule sanguine

NHA= Niveau hydro-aérique

PA= Pression artérielle

PPA= Plaies pénétrantes de l'abdomen

Rachi= Rachianesthésie

Rx= Radiographie

SGI= Sérum glucosé isotonique

TP= Toucher pelvien

TR= Toucher rectal

UGD= Ulcère gastrique duodénale

USA= United States of America

VS= Vitesse de sédimentation

FICHE D'ENQUETE

Nom =-----

Prénom =-----

Profession =----- Age =----- Sexe =-----

Adresse =-----

Ethnie =----- Nationalité =-----

Date de consultation =-----

Provenance =-----

Référé par =-----

I EXAMEN CLINIQUE

(1) Motif de consultation =-----

Mode de début =-----

Heure d'apparition de différents symptômes =-----

Evolution =

Intermittente

Permanente

(2) Antécédents

Médicaux =-----

Chirurgicaux =-----

Gynéco-obstétrique =-----

Familiaux =-----

Habitudes du malade =-----

(3) Signes fonctionnels

Douleur +Type =-----

+Siège =-----

+Irradiation =-----

+Mode de sédation =-----

Signes accompagnateurs de la douleur : Oui Non

.diarrhée

.ballonnement

.AMG

.Gargouillement

.Vertige

(4) Vomissements

caractère :

.biliaire

.fécaloïde

*Signes généraux

Etat général

.Déshydratation

.Anémie =-----

.Fièvre =-----

.Pression artérielle =-----

.Diurèse =-----

.Conjonctives =-----

***Signes physiques**

1-Inspection : rechercher

météorisme oui non

ballonnement oui non

.localisé

.généralisé et diffus

péristaltisme intestinal oui non

.localise

.généralise

. Provoqué

Apprécier la respiration abdominale oui non

2 Palpation : rechercher

contracture abdominale oui non

.généralisée

.localisée

.absente

La voussure observée oui non

.mobile

.immobile

.absente

La défense abdominale oui non

.localisée

.généralisée

.absente

3 Percussion : rechercher

La sonorité abdominale : oui non

4 Palpations des orifices herniaires

Existence de hernie oui non

.localisation =-----

.caractère étranglé =-----

5 Auscultation de l'abdomen :

bruits hydro-aériques : oui non

6 Touchers pelviens :TV ,TR

Douleur dans le cul de sac de douglas : oui non

TP+Palpation abdominale :

.cancer : oui non

.masse pelvienne : oui non

(II) **EXAMENS COMPLEMENTAIRES** : Préciser

NFS =-----

Groupage sanguin et rhésus =-----

ASP =-----

Echographie =-----

(III) **DIAGNOSTIC**

1 Diagnostic préopératoire =-----

2 Diagnostic peropératoire =-----

(IV) **TRAITEMENT**

A) **Médical** oui non

1) **traitement préopératoire**

*préciser la nature de ce traitement préopératoire =-----

*préciser la durée de ce traitement préopératoire =-----

2) **traitement peropératoire** :

*préciser la nature de ce traitement =-----

*préciser la durée de ce traitement =-----

3) **traitement postopératoire** :

*préciser la nature et la durée de ce traitement postopératoire =-----

(B) **Chirurgical**

1 par qui =-----

2 technique =-----

3 la durée du traitement chirurgical =-----

C) **COMPLICATIONS** oui non

1- complication per-opératoire

hémorragie

décès

autres

2 complication postopératoire : oui non

hémorragie

décès

abcès de paroi

fistule digestive

autres

LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE

Nom : TRAORE

Prénom : Tiémoko

Titre : Les urgences abdominales aiguës chirurgicales à l'Hôpital Régional « Nianankoro Fomba » Ségou : 200 cas.

Année universitaire : 2000

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu d dépôt : BIBLIOTHEQUE de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Chirurgie abdominale d'urgence

RESUME :

Du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 1999, 200 patients ont été reçus en urgence dans le service de chirurgie de l'Hôpital Régional « Nianankoro Fomba » de Ségou. Ils s'agissaient de 58 femmes et de 142 hommes.

L'âge moyen était de 32,4 ans.

Ce travail a été réalisé de manière prospective. Les objectifs étaient les suivants :

- 1- Objectif principal : étudier les abdomens aigus chirurgicaux à l'Hôpital Régional « Nianankoro Fomba » de Ségou.
- 2- Objectifs spécifiques :
 - déterminer la fréquence des abdomens aigus chirurgicaux à l'Hôpital Régional « Nianankoro Fomba » de Ségou,
 - décrire les différents tableaux cliniques et les problèmes diagnostiques,
 - analyser les suites opératoires,
 - identifier les problèmes liés à leur prise en charge,
 - proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge des malades reçus dans le cadre des urgences abdominales chirurgicales.

Le principal motif de consultation a été la douleur abdominale. L'examen clinique seul nous a permis de poser le diagnostic dans 57,5% des cas, compléter par des examens paracliniques dans 38,5% des cas. Des difficultés ont apparues pour réaliser ces examens en urgence. Les différents tableaux cliniques retrouvés ont été : les appendicites N=55 soit 27,5% des cas, les hernies étranglées N=49 soit 24,5% des cas, les occlusions N=40 soit 20% des cas, les péritonites N=34 soit 17% des cas, les traumatismes abdominaux N=17 soit 8,5% des cas et les grossesses extra-utérines rompues N=5 soit 2,5% des cas. La fréquence des urgences est de 27,24% de l'ensemble des interventions. Les malades ont été référés par le personnel médical et paramédical dans 68% des cas. 62% de nos malades avaient été traités médicalement ou traditionnellement avant leur admission. Le type de l'intervention était fonction du tableau clinique et de l'importance des lésions viscérales.

L'anesthésie a été générale dans 86% et rachidienne dans 14%. La morbidité globale a été de 18,5% et la mortalité globale de 15%.

Les affections les plus meurtrières restent les occlusions avec 7,5% des cas suivi de péritonites avec 3,5% des cas.

Le séjour moyen de l'hospitalisation a été de 10,5 jours.

Le coût moyen d'un abdomen aigu chirurgical a été de 62425,80FCFA.

Mots-clés : Urgence, Abdomen, Chirurgie

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, 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 leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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