

Ministère de L'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)**

**Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**



**U.S.T.T-B**

Année Universitaire : 2016 - 2017

N°..... /



**TITRE:**

**OCCLUSIONS INTESTINALES  
AIGUES MECANIQUES: ASPECTS  
DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES AU  
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE  
BOUGOUNI**

**THESE**

**Présentée et soutenue publiquement / / 2017 devant le jury de la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie**

**Par**

**Mr. KONE Lassina**

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

**JURY :**

**Président : Pr Sangaré Djibril**

**Membre : Pr Koïta Adama**

**Co-Directeur : Dr Bamba Bréhima**

**Directeur : Pr Sanogo Zimogo Zié**

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**



## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

**À mon père Salihou KONE :** Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice. La rigueur dans le travail, le respect de son prochain sont des valeurs sûres que tu as sues nous inculquer dans le but de faire de nous des êtres modèles. Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que tu as consentis. Que Dieu t'accorde longue vie Papa.

### **A ma tante Mariam KONE**

Ce travail est le couronnement de tes souffrances, de ta patience. Nous avons bénéficié auprès de toi toute la tendresse qu'une mère doit à ses enfants. Ton soutien moral et matériel ne nous a jamais fait défaut même à distance. Puisse ALLAH le tout puissant te fasse bénéficier du fruit de ta patience. Amen

### **A ma mère Bintou TOURE**

Tu as toujours été là quand nous avons eu besoin de toi, ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut. Mère de tous les enfants, tu as cultivé en nous l'amour pour son prochain.

Ce travail est le couronnement de ta souffrance, de ta patience, de ton courage et de ton abnégation. Puisse Dieu, te garder longtemps à nos côtés. Amen

### **A mon grand frère Sidiki KONE**

Je n'ai jamais manqué votre soutien moral et financier. Vous méritez une mention particulière. Merci

### **A ma grande sœur Aïchata KONE**

Merci pour tout, vous avez pleinement joué votre rôle dans l'élaboration de ce travail.

### **A ma fiancée Kadidia SISSOKO**

En témoignage de mon amour, de mon respect, de mon admiration et de ma grande affection. Je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et de mon sincère attachement.

Je te remercie pour ta patience et ton endurance, merci encore une fois de plus.

### **A mes oncles et tantes**

L'amour et l'attention particulière avec lesquels vous m'aviez traité depuis mon enfance, resteront gravés dans ma mémoire. Je prie le tout puissant et miséricordieux de vous garder le plus longtemps possible en vie et en bonne santé.

### **A mes frères et sœurs**

**Ismael Koné, Salimata KONE, Assitan KONE, Bourama KONE, Moussa KONE, Chieck Oumar KONE, Assétou KONE, Mariam KONE, Mohamed KONE**

Pour les efforts que vous avez toujours consentis pour l'équilibre de la famille et la continuité de mes études jusqu'à ce jour.

### **A mes cousins et cousines**

**Daouda COULIBALY, Ousmane COULIBALY, Waraba COULIBALY, Farima COULIBALY, Rokia COULIBALY, Djoubatié COULIBALY, Colon COULIBALY**

### **A toute la famille COULIBALY de Yirimadio**

Vous m'aviez accueillie avec de la tendresse, du respect et beaucoup d'encouragement. Merci pour tout cela, je n'oublierai jamais.

### **A mes grand-mères et pères**

Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Toujours reconnaissant, je prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont plus parmi nous.

### **REMERCIEMENTS :**

#### **A l'Afrique toute entière**

Que la recherche de la paix et du développement soient la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

#### **A mon pays natal, le Mali**

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable.

Profonde gratitude à toi, mon cher Mali.

**A la FMOS :**

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis :

**A mes enseignants du premier et second cycle de l'école fondamentale de Garalo, Faraba Bougouni, de Yorosso et du Lycée Kalilou Fofana de Bougouni :**

Merci pour la qualité de votre enseignement. Je ne cesserai de vous remercier

**Au corps professoral de la FMOS**

Merci pour la qualité de vos cours et votre souci de former des jeunes africains compétitifs sur le plan médical.

**Au personnel du centre de santé de référence de Bougouni.**

Merci de votre encadrement de qualité que Dieu vous paye pour tout ce que vous faites pour la population.

**A tous nos Maîtres, aînés, collègues et cadet du Service de la Chirurgie "A" du CHU du Point-G**

Merci pour vos conseils, la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié de vous.

Qu'ALLAH le tout puissant vous donne longue vie dans la santé et le bonheur.

**A tous nos aînés du centre de santé de référence de Bougouni :**

C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Merci pour la formation de qualité que nous avons bénéficiée. Les bonnes manières de l'apprentissage de la chirurgie sont à acquérir à vos côtés ; merci encore de nous en avoir initiées.

**Aux internes et externes du centre de santé de référence de Bougouni**

Merci pour tout le bon moment passé ensemble, pour votre soutien et votre collaboration à l'élaboration de ce travail. Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

**A tous le personnel du Centre Médical De Bougouni Faraba**

Il ne serait pas juste de ma part de ne pas vous réserver une mention spéciale. A vos côtés, j'ai appris beaucoup de choses; travailler avec vous a été un réel plaisir, merci pour tout

**A mon beau père Famakan SISSOKO et sa famille à Bougouni Torakabougou :**

Merci pour votre soutien et votre disponibilité. Votre sympathie et votre courtoisie ne m'ont pas fait défaut. Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

**Aux anciens élevés :**

Ecole fondamentale de **Yorosso**, du premier cycle au second cycle,

**Aux amis :**

Enfance : Samba Diakité, Brehima Mariko, Issa Sangaré, Bourama Diakité, Salimata Diarra, Oumar Haïdara, Issac, Van, Soumi, Alpha

**Téria de Bougouni** : Neige, Fer, Izo, Vieux Fomba, Bissil, Nouhoum, Polo, Chapperos, Boubacar, Yaya, JP,

**Ségoubougouni**: Togo, Fah, Aba, Bouaré, Békène, Kalilou, Sylvain, Dagnogo, Barou, Warmé, Doumbia, Zol, Fof, Coulbi, Salim, Apèrou, Issouf, Yaya, Guindo, Alkali, Seydou, Yacou.

# **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**



**A Notre Maître et Président du Jury :**

**Pr Sangaré Djibril**

**Professeur titulaire en chirurgie générale**

**Ancien chef du service de chirurgie générale, laparoscopique et  
thoracique du CHU du Point-G**

Honorable maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos qualités humaines, vos connaissances scientifiques, intellectuelles et votre disponibilité font de vous un formateur apprécié de tous.

Veillez accepter cher maître, l'expression de toute notre reconnaissance.

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE**

**Pr Koïta Adama**

**Professeur en chirurgie générale**

**Praticien hospitalier au CHU du Point-G**

Honorable Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans ce jury. Vos qualités humaines mais surtout votre simplicité et votre disponibilité forcent l'admiration. Nous gardons de vous un maître soucieux de la formation de ces élèves. Nous vous prions d'agréer, cher maître, l'expression de nos sincères remerciements et de notre profonde gratitude.

**A notre Maître et co-directeur :**

**Docteur BAMBA Brahima**

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

**Médecin chef du centre de santé de référence de Bougouni**

Cher maître,

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

Nous avons bénéficié de votre encadrement en chirurgie générale

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

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur Zimogo Zié SANOGO**

**Professeur titulaire de chirurgie générale.**

**Praticien hospitalier au CHU du Point-G.**

**Chef de service de la chirurgie "A" du CHU du point G**

**Président de la société de chirurgie du Mali**

**Membre de l'association des chirurgiens de l'Afrique Francophone**

**Cher maître,**

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en acceptant qu'on mène cette étude loin de vous.

Nous avons profité de votre grande connaissance scientifique et de votre expérience pour l'élaboration de cette thèse.

La franchise de vos expressions et les subtilités de votre langage nous donne toujours l'envie d'être à vos côtés.

Votre modestie, votre sympathie, votre courtoisie et votre savoir font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Recevez ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

# ABREVIATIONS



## **ABREVIATIONS**

**ATCD** : Antécédent

**ASP** : Abdomen Sans Préparation

**CPN** : Consultation Périnatale

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**CSREF** : Centre de Santé de Référence

**FID** : Fosse Iliaque Droite

**FIG** : Fosse Iliaque Gauche

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**OIAM** : Occlusions Intestinales Aiguës Mécaniques

**ORL** : Oto-rhino-laryngologie

**NFS** : Numération Formule Sanguine

**PF** : Planning Familial

**PH** : Potentiel Hydrogène

**USA**: United States of America

**VIH/SIDA** : Virus du syndrome Immunodéficience Acquise

**%** : Pourcentage

<b>SOMMAIRE</b>	<b>PAGES</b>
<b>I- INTRODUCTION.....</b>	<b>15</b>
<b>II- OBJECTIFS.....</b>	<b>18</b>
<b>III- GENERALITES.....</b>	<b>20</b>
<b>IV- METHODOLOGIE.....</b>	<b>39</b>
<b>V- RESULTATS :.....</b>	<b>51</b>
<b>VI- COMMENTAIRES DISCUSSION.....</b>	<b>66</b>
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>85</b>



# INTRODUCTION



## **I- Introduction :**

L'occlusion intestinale aiguë est un syndrome défini par l'arrêt brutal et complet du transit des matières et des gaz. Elle représente 10 à 20 % des douleurs abdominales aiguës de l'adulte et près de 25% des admissions chirurgicales pour un abdomen aigu [1].

L'occlusion intestinale mécanique est caractérisée par l'interruption du transit intestinal par un obstacle sur le grêle ou le colon. Elle reste une des urgences les plus fréquentes et se présente comme « l'urgence la plus urgente » lorsque la vitalité d'une anse étranglée est en jeu.

L'occlusion est un syndrome ubiquitaire, connu depuis l'antiquité, auquel beaucoup d'auteurs se sont intéressés dans le monde. Les occlusions mécaniques du grêle comptent pour 65 à 75 % des occlusions mécaniques, tandis que les occlusions mécaniques du colon représentent entre 25 et 35 % des occlusions mécaniques. Les occlusions gastroduodénales sont beaucoup plus rares, représentant 1 à 2 % des occlusions [1].

Aux USA [2] en 2002 l'occlusion intestinale était la troisième entité la plus rencontrée après l'ischémie intestinale et la perforation d'ulcère aux unités de soins intensifs.

En Afrique ; en 2001 au Maroc [3] 10 % des douleurs abdominales de l'adulte étaient attribués à l'occlusion intestinale aiguë, Harouna Y et al [4] ont rapporté une fréquence de 41% des cas d'occlusion intestinale aiguë au Niger.

Au Mali, selon les études réalisées au CHU du Point G, 2006 Arlette Dongmo [5] ont trouvé l'étranglement herniaire (46,6 %) comme principale cause d'occlusion intestinale aiguë avec une mortalité post-opératoire à 6,17 %.

Sacko M [6] en 2010 a trouvé 117 cas d'occlusion intestinale aiguë de janvier 2004 à décembre 2008.

La pathologie occlusive représentait 11,07 % des activités de chirurgie et 28,8 % des abdomens aigus chirurgicaux avec un taux de mortalité post-

opératoire à 9 % à l'hôpital régional de Mopti selon une étude réalisée par Mariko B. M [7] en 2011.

Le diagnostic positif d'occlusion intestinale est avant tout clinique. L'arrêt des gaz étant le signe fonctionnel primordial.

Les autres signes fonctionnels participant au diagnostic positif sont l'arrêt des matières, la douleur abdominale et les nausées/vomissements, qui ne sont pas toujours présents initialement.

Le diagnostic positif est porté devant la présence de niveaux hydro-aériques (NHA) grêle ou coliques, le plus souvent associés à une distension des anses intestinales [8].

L'occlusion intestinale est une urgence abdominale classique fréquente et potentiellement grave. A Bougouni elle n'a jamais fait l'objet d'une étude d'où l'intérêt de ce travail.

# OBJECTIFS



## **II- Objectifs:**

### **Objectif général:**

Etudier les aspects diagnostiques et thérapeutiques des occlusions intestinales aiguës mécaniques au centre de santé de référence de Bougouni.

### **Objectifs spécifiques:**

- Déterminer la fréquence des occlusions intestinales aiguës mécaniques au CSRéf de Bougouni.
- Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques
- Déterminer les différentes étiologies.
- Déterminer la mortalité liée à cette pathologie.

# GENERALITES



## 1- GENERALITES

### 1.1-Définintion :

L'occlusion intestinale aiguë est caractérisée par un arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz au niveau d'un segment quelconque du tube digestif.

### 1.2-Intérêt :

Le syndrome occlusif est l'une des causes les plus fréquentes d'intervention chirurgicale en urgence. Il est important de le diagnostiquer cliniquement, et de connaître les examens paracliniques qui permettront d'évaluer sa gravité et d'orienter le traitement étiologique.

En effet, le syndrome occlusif doit être considéré comme une urgence thérapeutique jusqu'à décision chirurgicale contraire : il faut d'abord prendre en charge son retentissement général, puis déterminer son mécanisme, sa cause et la nécessité d'un traitement chirurgical urgent.

### 1.3- Rappels anatomique et physiologique de l'iléon et du côlon:

#### 1-3- L'iléon :

##### 1-3-1- Anatomie macroscopique :

L'intestin grêle est la portion du tube digestif qui s'étend de l'estomac au colon. C'est un organe de digestion et d'absorption. Il comprend 3 segments de haut en bas :

- Le duodénum: C'est la partie la plus courte de l'intestin grêle. Il prend naissance au sphincter pylorique de l'estomac et s'étend sur 25 cm; puis fusionne avec le jéjunum.
- Le jéjunum : mesure 2 m de longueur et s'étend jusqu'à l'iléon
- L'iléon : Mesure 3,6 m de longueur et rejoint le gros intestin à la valvule iléo-caecale.

L'iléon comme le reste de l'intestin grêle est un conduit musculo-membraneux plus ou moins aplati à l'état de vacuité, revêtant une forme régulièrement cylindrique quand il est distendu par les aliments et les gaz.

L'iléon a une coloration rosée, légèrement pâle ; Il décrit une série d'anses (14 à 16 anses intestinales) ; dont chacune a une longueur de 20 cm [9].

### **1-3-2- Anatomie microscopique :**

Sur le plan histologique, la paroi de l'iléon est constituée de 05 tuniques, de dehors en dedans: la séreuse, la sous séreuse, la musculuse, la sous muqueuse et la muqueuse.

**a-** Les tuniques séreuse et sous séreuse : Se continuent le long du bord adhérent des anses intestinales avec les feuillets du mésentère.

**b-** Les tuniques musculuse et sous muqueuse sont identiques à celles du duodénum

**c-** La tunique muqueuse présente :

-Des villosités,

-Des valvules conniventes dont les dimensions et le nombre diminuent graduellement de l'angle duodéno-jéjunal vers la terminaison du jéjuno-iléon; elles disparaissent complètement à 50 cm environ en amont du gros intestin.

-Des follicules clos : On trouve en plus dans le jéjuno-iléon, des plaques de Peyer qui sont des amas de follicules clos dessinant à la face de la muqueuse des plaques blanchâtres d'aspect gaufre, de forme elliptique de 4 à 6 cm de longueur. Elles siègent particulièrement sur la deuxième moitié du jéjuno-iléon et sur le bord libre de l'intestin [9].

#### **1-3-2-1- Les rapports :**

L'iléon tient de multiples rapports avec les autres organes intra abdominaux :

- en arrière : avec la paroi abdominale postérieure et organes retro péritonéaux (gros vaisseaux para vertébraux, partie sous méso colique du duodénum, les reins, les uretères, le colon ascendant et surtout le colon descendant) ;

- en avant : il est en contact avec le grand omentum qui couvre directement la masse intestinale et la paroi abdominale antérieure ;

- en haut : il répond au colon transverse ;

- en bas : il est en contact avec le colon pelvien [9].

#### **1-3-2-2- Les vaisseaux et les nerfs :**

- Les artères proviennent de l'artère mésentérique supérieure.

- Les veines sont disposées comme les artères et se jettent dans la grande veine mésentérique.

- Les lymphatiques qui sortent de la paroi de l'iléon sont les chylifères d'ASELIUS. Ils vont directement soit aux éléments du groupe juxta intestinal, soit à ceux du groupe intermédiaire. Ces deux groupes communiquent eux-mêmes avec le groupe central dont les afférentes conduisent la lymphe de l'iléon dans le tronc lombaire gauche ou dans la citerne de PECQUET.

- Les nerfs viennent du plexus solaire par le plexus mésentérique supérieur [9].

### **1-3-2-3- La physiologie :**

La fonction principale de l'iléon est la digestion et l'absorption. La présence du chyme dans le grêle entraîne la sécrétion du suc intestinal au rythme de 2 à 3 litres (L) par jour. Ce suc de pH=7,6 ; légèrement alcalin, renferme de l'eau et du mucus. Il est rapidement absorbé par des villosités et sert au transport des substances contenues dans le chyme lorsqu'elles entrent en contact avec les villosités.

Les enzymes intestinales sont élaborées dans les cellules épithéliales qui tapissent les villosités. Toute la digestion effectuée par ces enzymes a lieu à l'intérieur des cellules, à la surface de leurs micros villosités. Parmi ces enzymes il y a :

- la maltase, l'invertase et la lactase pour la digestion des glucides ;
- la ribonucléase et la désoxyribonucléase pour la digestion des acides nucléiques.

**a- La digestion :** est mécanique et chimique.

La digestion mécanique est assurée par les mouvements de l'intestin qui sont de deux sortes:

- La segmentation est le plus important mouvement de l'intestin grêle.

C'est strictement une contraction localisée dans la région contenant le chyme. Elle assure le mélange du chyme et des sucs digestifs, et met les particules de nourritures en contact avec la muqueuse ; pour qu'elles soient absorbées. Cette segmentation ne fait pas avancer les aliments dans le tube digestif.

- Le péristaltisme propulse le chyme vers l'avant le long du tube digestif.

Le chyme avance dans l'anse au rythme de 1cm par minute, il demeure donc dans l'intestin grêle de 3 à 5 heures.

Le péristaltisme, tout comme la segmentation, est déclenché par la distension et réglé par le système nerveux autonome.

- la digestion chimique constitue le parachèvement de la digestion entamée dans la bouche et dans l'estomac. Les protéines, les glucides et les lipides qui restent, sont alors digérés par l'action conjuguée du suc pancréatique, de la bile et du suc intestinal, dans l'intestin grêle.

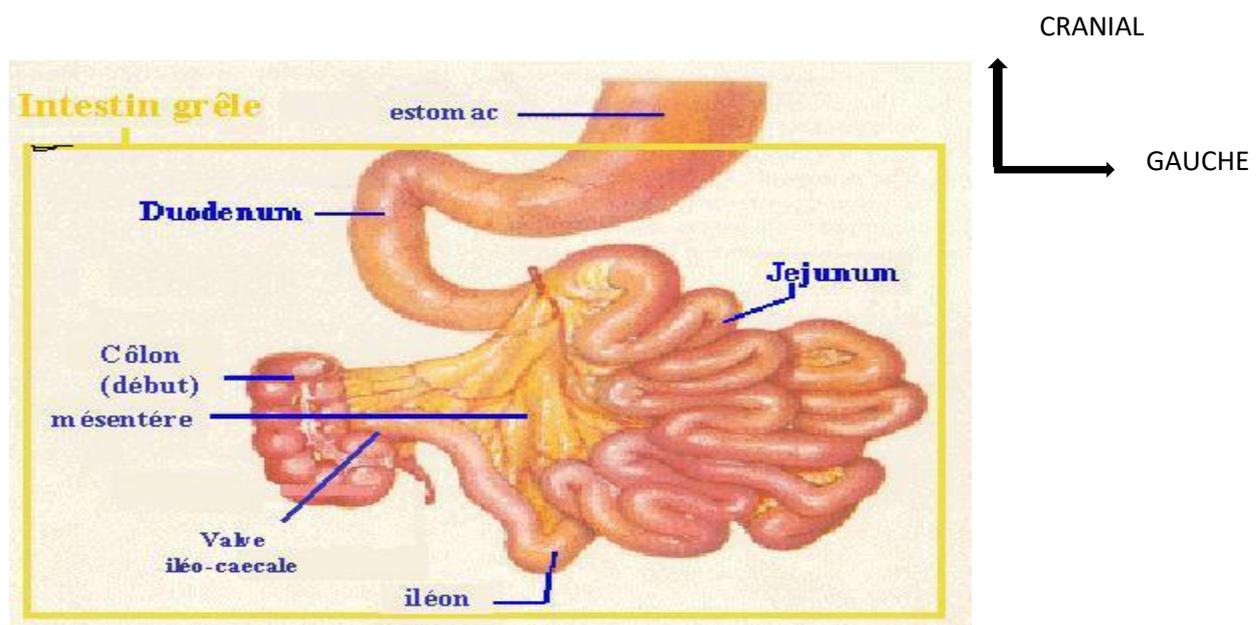
### **b- L'absorption :**

Après l'absorption des glucides, des protéines et des lipides, celle de l'eau dans l'intestin grêle reste essentiellement hémodynamique. Environ 9 litres de liquide pénètrent quotidiennement dans l'intestin grêle. Près de 8 à 8,5 litres de liquide sont absorbés dans l'intestin grêle. La quantité de liquide restant (0,1 à 1 litre) est cédée au colon.

L'absorption de l'eau dans l'intestin grêle s'effectue par osmose depuis la lumière jusqu'aux capillaires sanguins des villosités à travers les cellules épithéliales. Le taux normal d'absorption se situe entre 200 et 400 ml/h. L'eau traverse la muqueuse intestinale dans les deux directions.

L'absorption de l'eau dans l'intestin grêle est liée à celle des aliments digérés et des électrolytes afin de maintenir l'équilibre osmotique avec le sang.

L'iléon est le siège de l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E, K), des vitamines hydrosolubles et la vitamine C [9].



**FIGURE 1:** schéma du grêle [10]

### **1-3-3- Le colon :**

#### **1-3-3-1- Anatomie macroscopique :**

Le colon ou le gros intestin s'étend de la valvule iléocœcale à la jonction recto-sigmoïdienne. La dénomination communément utilisée de « cadre colique » en indique la topographie abdominale périphérique ; son trajet étend successivement ascendant dans la région ilio-lombaire droite (segment caeco-ascendant), transversal depuis l'angle hépatique jusqu'à l'angle splénique (colon transverse), descendant enfin dans la région lombo-iliaque et pelvienne gauche (segment descendant et ilio-pelvien).

La longueur (1,50 m en moyenne) est susceptible de grandes variations individuelles, son calibre de 6,5 cm diminue régulièrement du cæcum à la jonction recto sigmoïdienne.

**a- Le cæcum :** Le cæcum est le cul de sac initial du colon. Il est limité par le plan transversal passant au-dessus de la jonction iléo-cæcale, haut de 6 cm, il présente un calibre de 6 à 8 cm.

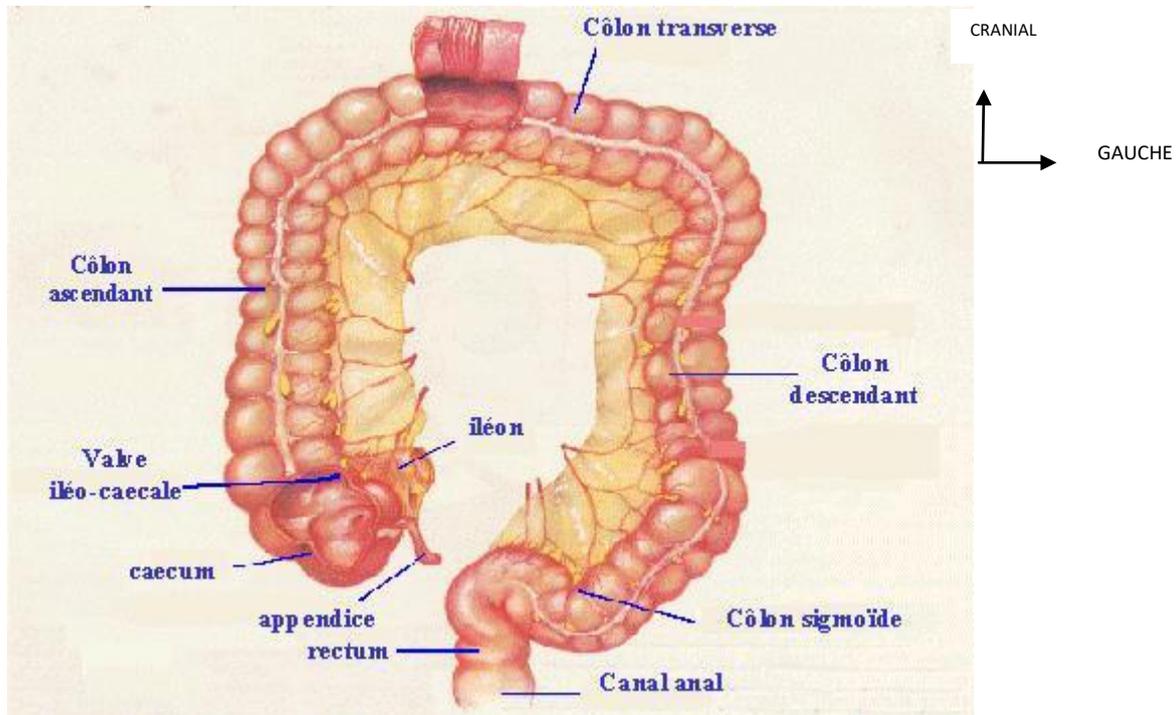
**b- Le colon ascendant :** pratiquement vertical se termine au niveau de l'angle colique droit ou angle hépatique. C'est un organe habituellement fixe car sa paroi postérieure s'appuie directement sur la paroi abdominale par l'intermédiaire de la zone colique droite.

**c- Le colon transverse:** Est étendu entre les angles coliques droit et gauche. Il est constitué par deux anses droite et gauche d'inégale importance, lui donnant l'aspect d'une guirlande à concavité postéro supérieure. Le tiers du colon transverse situé à droite du ligament gastrocolique, est fixé aux faces antérieures des reins (ligament reno-colique) et du duodénum descendant par une zone d'adhérence unissant la zone déperitonéalisée colique droite à la zone duodéno-pancréatique. Les deux tiers gauches du colon transverse peuvent être mobilisés par l'intermédiaire du méso colon transverse dont la longueur est variable.

**d- Le colon descendant :** Vertical, atteint le bord médial du muscle psoas. Il est comme le colon ascendant fixé à la paroi abdominale postérieure par l'intermédiaire de la zone colique gauche.

**e- Le colon sigmoïde :** S'étend du bord médial du psoas jusqu'à la face antérieure de la troisième vertèbre sacrée (S3), en regard de laquelle il se

prolonge avec le rectum. C'est un organe mobile dont la longueur est variable. Il est rattaché à la paroi abdomino-pelvienne par le méso colon sigmoïde dont la longueur est également variable et conditionne sa mobilité, sa position et ses rapports [9, 11].



**FIGURE 2** : schéma des différentes portions du colon [10]

### 1.3.3.2- Anatomie microscopique :

**a- La muqueuse** : Ne présente ni villosités ni valvules conniventes permanentes, mais elle est formée d'un épithélium cylindrique simple qui renferme de nombreuses cellules caliciformes. Des cellules cylindriques et des cellules à mucus sont situées dans les glandes intestinales tubulaires, longues et droites, qui s'étendent sur toute l'épaisseur de la muqueuse. Des follicules lymphatiques solitaires sont aussi présents dans la muqueuse.

**b- La sous muqueuse** : Ressemble à celle du reste du tube digestif

**c- La musculieuse** : Est formée d'une couche externe de muscle longitudinal présentant un renflement formant trois bandes visibles que l'on appelle bandelettes longitudinales.

Sous l'effet des contractions toniques des bandelettes, le colon forme des séries de poches appelées Haustrations qui lui donnent un aspect bosselé.

**d- La séreuse :** fait partie du péritoine viscéral. Des petites poches remplies de graisses du péritoine viscéral sont fixées aux bandelettes longitudinales, ce sont des appendices épiploïques [12].

### **1-3-3-3- Les rapports :**

Le colon à travers ses différentes portions présente de multiples rapports :

- en arrière avec les fosses iliaques, les fosses lombaires, les reins, le pancréas, le duodénum et les anses grêles.
- en dehors avec les parois latérales de l'abdomen et le diaphragme ;
- en dedans avec l'uretère droit, les vaisseaux spermatiques ou utéro ovariens, les anses intestinales et le duodénum ;
- en avant avec la paroi abdominale antérieure, le foie, le grand omentum, l'arrière cavité des épiploons, la vessie, l'utérus et les ligaments larges chez la femme.
- en haut avec le foie, l'estomac, la rate et les anses grêles ;
- en bas avec les anses grêles, la vessie, l'utérus et les ligaments larges [9].

### **1-3-3-4- Les vaisseaux et les nerfs :**

- Les artères du colon proviennent de la mésentérique supérieure et de la mésentérique inférieure.

Le territoire de la mésentérique supérieure s'étend jusqu'à l'angle colique gauche, et assure presque toujours entièrement l'irrigation du colon transverse. La mésentérique supérieure donne naissance aux artères coliques droites supérieures, moyennes et inférieures. La mésentérique inférieure fournit les artères coliques gauches supérieures et inférieures; cette dernière se divise en trois artères sigmoïdes.

- Les veines du colon sont disposées comme les artères qu'elles accompagnent, et se rendent à la veine porte par les veines grande et petite mésentériques.

- Les lymphatiques du colon vont successivement ; ou en sautant certains relais, aux ganglions épi-coliques, aux ganglions para coliques situés le long de l'arcade artérielle, ainsi qu'aux groupes intermédiaires et principaux, placés le long des artères coliques.

- Les nerfs du colon proviennent des plexus mésentériques supérieur et inférieur [9].



### **1-3-3-5- La physiologie du colon :**

Le colon joue un rôle physiologiquement primordial dans la transformation du chyme intestinal qu'il rend apte à son élimination. Il y parvient par :

#### **a- La sécrétion d'un mucus qui protège et lubrifie sa muqueuse :**

La fonction d'absorption, limitée au colon droit, s'exerce sur l'eau, le chlorure de sodium essentiellement, mais aussi sur certains glucides, tels que le lactose et le saccharose ;

Une flore de micro-organismes abondante est destinée à attaquer l'amidon et quelques protéines avec production d'ammoniac. C'est donc essentiellement un rôle de déshydratation du bol fécal qui est dévolu au colon droit.

Les liquides à leur franchissement de la valvule de BAUHIN, les matières sont devenues pâteuses et même solides dans le colon gauche.

**b- Les fonctions motrices :** par la succession d'ondes rythmiques Péristaltiques et antipéristaltiques, elles tiennent sous leur dépendance le brassage et le stockage surtout colique gauche du bol fécal ; de puissantes ondes propulsives provoquent l'évacuation.

#### ➤ **MECANISME**

L'agent occlusif peut être mécanique ou fonctionnel. Les occlusions fonctionnelles relèvent d'une altération de la motricité intestinale d'origine locale ou générale de cause réflexe ou inflammatoire, qui aboutit à la paralysie intestinale.

Les occlusions mécaniques, les plus fréquentes au niveau du colon peuvent relever soit d'une obstruction de la lumière colique, soit d'une strangulation engendrant une ischémie intestinale [11].

#### ➤ **PHYSIOPATHOLOGIE**

Trois éléments sont à prendre en compte dans la physiopathologie de l'occlusion intestinale : la distension intestinale, les troubles de la microcirculation et les altérations des secteurs hydriques de l'organisme.

#### **- Distension intestinale**

La distension de l'intestin grêle représente un des points importants de la physiopathologie de l'occlusion. En effet, le contenu intestinal qui stagne en amont de l'obstacle provoque une dilatation de la lumière intestinale qui progressivement s'accroît, entraînant la poursuite des sécrétions, puis la

diminution de la réabsorption liquidienne. L'augmentation de la distension est liée à la présence de gaz, due à la fois à l'ingestion de l'air dégluti et à la fermentation du contenu intestinal stagnant.

Du fait de la tension croissante sur la paroi intestinale, la capacité de réabsorption s'arrête, l'organisme séquestrant d'importantes quantités d'eau, d'électrolytes et de protéines dans le tube digestif.

#### **- Troubles de la microcirculation**

La persistance de la distension intestinale entraîne un blocage de la microcirculation et donc une hypoxie avec possible nécrose de la muqueuse. La distension intestinale croissante provoque la diminution progressive de la pression partielle d'oxygène de la paroi intestinale, d'où une carence énergétique de cette paroi avec une paralysie de la couche musculaire lisse, aggravant la distension initiale. L'insuffisance d'apport d'oxygène par distension de la paroi intestinale va produire un œdème pariétal puis des manifestations inflammatoires nécrotiques voire perforatives.

L'intestin altéré par l'hypoxie et la protéolyse intracellulaire va produire un facteur myocardio-dépressif, occasionnant la diminution de la contractilité du muscle myocardique, et provoquer une vasoconstriction dans le territoire splanchnique ce qui accroît l'hypoxie intestinale.

#### **- Altération des secteurs hydriques de l'organisme**

Dans des conditions physiologiques, le tractus gastro-intestinal produit 5 à 6 litres de sécrétions digestives par 24 heures, 90 % d'entre elles étant réabsorbées. Avec l'arrêt de la réabsorption, se développent d'importantes «pertes» de liquides et d'électrolytes qui stagnent dans la lumière intestinale. L'adulte présentant une grande surface péritonéale, la déperdition liquidienne serait de l'ordre de 4 litres pour un œdème du péritoine dont l'épaisseur augmenterait de 2 mm. Une distension ultérieure de l'intestin entraîne également l'augmentation de la pression dans la cavité abdominale avec une diminution de la perfusion de l'artère mésentérique supérieure et de la veine porte ainsi que du débit cardiaque.

Enfin, la distension intestinale occasionne la surélévation du diaphragme avec une limite de la fonction d'expansion pulmonaire. Ces différents mécanismes physiopathologiques aboutissent à une séquestration



liquidienne intra-abdominale et à la formation d'un « troisième secteur » liquidien constitué aux dépens de la masse liquidienne circulante. Une hypovolémie relative est donc la conséquence finale de l'occlusion avec l'évolution vers le choc hypovolémique et l'insuffisance rénale fonctionnelle. Concernant l'équilibre acido-basique et électrolytique, il est à souligner qu'il s'agit, surtout dans les cas d'occlusion haute avec vomissements incoercibles, d'une acidose hypokaliémique et hypochloriques [12].

**NB** : dans les strangulations (volvulus d'une anse, invagination...) à l'occlusion de l'intestin s'ajoute celle des minces parois des veines de son méso. Leur drainage se fait mal ou pas du tout, ce qui empêche le sang artériel de circuler et favorise la nécrose intestinale ischémique. Le retentissement physiopathologique de cet état ajoutera aux trois facteurs précédents deux autres éléments:

- Une aggravation de la chute de la masse sanguine par séquestration de sang dans le territoire veineux étranglé ;
- Une menace de péritoine, par exsudation microbienne hors de l'anse étranglée ou par inondation de liquide intestinal lors d'une perforation par distension ou d'un sphacèle.

Ces facteurs retentissent:

- Sur le sang circulant: hypovolémie, hémococoncentration, effondrements des électrolytes, tous facteurs de choc,
- Sur les cellules et les espaces extracellulaires [13].

### ➤ **ANATOMIE PATHOLOGIE**

Chez un sujet occlus, au ventre ballonné parfois de façons monstrueuses, à l'ouverture du péritoine, on décrit trois faits principaux :

- l'écoulement d'un épanchement ascitique, abondant, clair ou séro-sanglant,
- la protrusion des anses intestinales distendues : l'intestin est le plus souvent gonflé à l'extrême, ses parois sont fines, de couleurs rouge vineux, son calibre pouvant varier de 4 à 10 cm de diamètre ;
- l'obstacle : il s'agit soit d'un engorgement d'anse, soit d'une masse tumorale, soit d'un enroulement d'anse sur son axe mésentérique : l'anse est inerte, noirâtre, prête à se perforer. En aval de l'obstacle les anses sont



aplaties, contractées, en amont d'une obturation serrée peuvent se découvrir des perforations dites « diastasiques », jumelées à des phénomènes infectieux [14, 15].

#### **1-4- ETIOLOGIES**

L'occlusion intestinale aiguë mécanique est un syndrome d'une grande fréquence observée à tous les âges, spontanément ou après une intervention chirurgicale portant sur l'abdomen. Ses causes sont variables.

Chaque étape de l'existence est caractérisée par un type d'occlusion.

##### **1.4.1 Occlusions néo-natales :** les plus fréquentes sont :

###### **Pour le colon :**

- l'imperforation anale,
- la maladie de Hirschsprung,
- l'immaturation du colon,
- le mésentère commun,

###### **Pour le grêle :**

- les brides par mal rotation de l'intestin

##### **1.4.2- Occlusions du nourrisson :** les causes les plus fréquentes sont :

- l'invagination intestinale aiguë,
- la torsion d'un mégacolon congénital,
- les brides par mal rotation de l'intestin,
- l'iléus fonctionnel.

##### **1.4-3 Occlusions de l'enfant :** les causes les plus fréquentes sont :

- l'appendicite à forme occlusive,
- l'invagination intestinale aiguë,
- la péritonite tuberculeuse.

##### **1-4-4 Occlusions de l'adulte,** les causes les plus fréquentes sont :

- le volvulus du colon sigmoïde,
- le volvulus du grêle,
- les étranglements herniaires,
- le volvulus du cæcum.



**1-4-5 Occlusions du sujet âgé**, les principales causes sont :

- le cancer colique,
- le volvulus du colon sigmoïde,
- l'appendicite et la cholécystite occlusives,
- l'iléus biliaire,
- les hernies internes. [14, 15, 16, 17].

➤ **DIAGNOSTIC POSITIF**

**- Anamnèse**

C'est le 1<sup>er</sup> temps de l'observation, elle permet de préciser les:

- antécédents d'interventions antérieures sur l'abdomen,
- signes en faveur d'une affection maligne, perte de poids, modification du type habituel des exonérations,
- prise de médicaments : laxatifs, antidépresseurs, antiparkinsoniens,
- affections métaboliques : diabète, urémie
- « carré de tradition » de l'occlusion composé de douleurs abdominales, vomissements, arrêt des matières et des gaz et météorisme. Il est très souvent incomplet, dans ce cas un syndrome minimum à base de douleurs abdominales et d'arrêt des gaz devrait suffire à sonner l'alerte [18].

**\* La douleur**

Cette douleur à début brutal ou progressif, d'intensité variable et peut toucher tous les cadrans de l'abdomen, mais est exceptionnellement (5 %) localisée à droite. Elle est un signe caractéristique qui évolue le plus souvent par crises de colique intermittente dont les paroxysmes douloureux sont séparés par des phases d'accalmie relative marquées par un fond douloureux permanent. Ces coliques témoignent de la lutte de l'intestin contre l'obstacle.

**NB :** parfois faibles (donc trompeuses) chez le vieillard, les crises douloureuses peuvent prendre un aspect d'état de mal douloureux en cas de strangulation.



### \* **Vomissements**

Les vomissements sont répétés et fréquents, en particulier dans les occlusions de l'intestin grêle où ils sont précoces et soulagent temporairement les douleurs abdominales ; dans les occlusions coliques les vomissements sont plus tardifs, parfois remplacés par de simples nausées.

### \* **Le transit :**

Il est, par définition, toujours anormal (100 %). L'arrêt des gaz est le symptôme le plus caractéristique et le plus analysable alors que l'arrêt des matières est plus aléatoire, le transit normal allant de 3 selles par jours à 3 selles par semaine [19, 20].

\* **La distension abdominale** est fréquente : (50 %).

### - **SIGNES GENERAUX**

Selon le mécanisme et le siège de l'obstacle, l'état général est différemment atteint tantôt parfaitement conservé, il peut être doublement atteint sur les plans anatomiques (distension et menace de sphacèle intestinal) et biologique (déséquilibre hydro électrolytique du en particulier aux vomissements). Ici, l'évaluation de l'état général repose donc sur l'appréciation du faciès ; des signes de déshydratation.

\* **Déshydratation extracellulaire** : diminution de la pression artérielle pouls, oligurie, lipothymie aux changements de position (déficit du compartiment vasculaire) pli cutané cernes péri oculaires et l'hypotonie du globe oculaire (déficit du compartiment intestinal).

\* **Déshydratation intracellulaire** : la soif, sécheresse des muqueuses bucco-gingivales, et parfois la fièvre en l'absence d'infection apparente, signes de choc (toxi-infectieux) [21, 22].

#### ➤ **SIGNES PHYSIQUE :**

### - **A l'inspection, on note :**

Le ballonnement abdominal avec météorisme et précise son caractère : généralisé ou localisé. Il est médian et diffus (voussure épigastrique) dans les occlusions du grêle, en cadre dans celles par atteinte du sigmoïde et partiel et asymétrique en cas de volvulus du colon. En cas d'occlusion haute du grêle le météorisme est absent.

L'existence éventuelle de mouvements péristaltiques de l'intestin évoluant par reptation sous la paroi abdominale de manière spontanée ou provoquée par une chiquenaude. Ces mouvements traduisent la lutte contre l'obstacle en cas d'obstruction. A contrario, on peut noter une inertie de l'intestin dilaté fréquemment en cas de strangulation. L'existence d'une éventuelle cicatrice de laparotomie abdominale.

#### **-A la palpation**

Elle note une résistance élastique de la paroi, parfois un durcissement intermittent correspondant à une vague de distension de l'intestin d'amont. Elle contrôle l'absence de contracture pariétale (dans certains cas il peut exister une défense).

Elle trouve parfois un point douloureux fixe de bonne valeur localisatrice. Elle vérifie les orifices herniaires à la recherche d'une hernie étranglée.

#### **- A la percussion**

Elle met en évidence un tympanisme, généralisé ou localisé, parfois aussi une matité traduisant soit des anses pleines de liquide, soit un épanchement péritonéal associé.

#### **- A l'auscultation**

L'auscultation de l'abdomen peut percevoir des bruits hydro-aériques (borborygmes) traduisant la lutte contre un obstacle ou au contraire un silence anormal dit « sépulcral » signant un iléus paralytique voire des tintements métalliques en cas d'iléus mécanique.

#### **- Les touchers pelviens**

Le toucher rectal vérifie la liberté ou non du cul-de-sac de Douglas ; la vacuité ou non de l'ampoule rectale ainsi que l'existence ou non d'une tumeur obstruant ou comprimant l'intestin.

Chez la femme le toucher vaginal vérifie l'état de l'appareil génital.

#### **➤ Examens complémentaires**

##### **- Examens biologiques**

Les paramètres biologiques réalisés en urgence (numération globulaire avec formule sanguine, ionogramme sanguin, azotémie, créatininémie, amylasémie, crase sanguine). Sont nécessaires pour apprécier le retentissement général de l'occlusion.



Ils peuvent être utiles à l'anesthésie si une intervention chirurgicale doit être décidée en fonction des résultats du l'ionogramme et de la numération formule sanguine [12].

### **-Imagerie**

#### **a)Abdomen sans préparation**

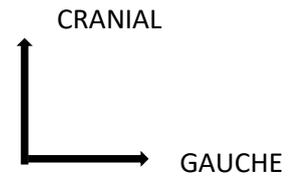
C'est la radiographie de l'abdomen sans préparation pratiquée de face et debout, centrée sur les coupes, qui est l'examen essentiel. Lorsque le patient est âgé ou ne peut se tenir debout, l'abdomen sans préparation de face et en décubitus latéral permet également de voir les niveaux hydro-aériques, image radiologique qui confirmera le diagnostic d'occlusion. Elle traduit la présence de liquide surmonté par l'air en position debout. Il s'agit d'une opacité liquidienne surmontée d'une clarté.

-Dans les occlusions du grêle :

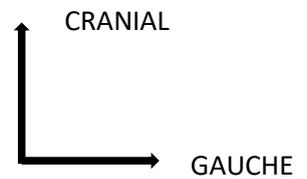
Les niveaux sont plus larges que hauts, habituellement nombreux et centraux. Il faudra rechercher attentivement des signes de perforation intestinale (présence d'un pneumopéritoine) en particulier dans les occlusions par strangulation (signe en fait rarement retrouvé) et des signes pathognomoniques de certaines affections ; l'iléus biliaire est ainsi responsable d'une aérobilie visible sur le cliché d'abdomen sans préparation et d'une image de calcul Sacko M. [6]



Quelques images d'occlusions intestinales aiguës [5]

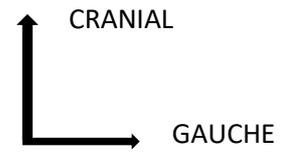


**FIGURE 3**

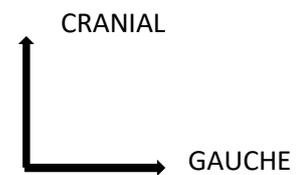


**FIGURE 4**

Radiographie de l'abdomen sans préparation debout de face. Niveaux hydro-aériques plus larges que hauts



**FIGURE 5**



**FIGURE 6**

Radiographie de l'abdomen sans préparation debout de face, niveaux hydro-aériques plus hauts que larges.



**b) Le scanner abdomino-pelvien injecté** est devenu l'examen de référence car il permet d'établir le diagnostic positif et étiologique, et d'évaluer la gravité du syndrome occlusif. L'injection d'iode est réalisée en l'absence d'allergie à l'iode et d'insuffisance rénale. Dans le cas contraire, un scanner non injecté est réalisé [8]



# METHODOLOGIE



### **III-METHODOLOGIE**

#### **1-Cadre d'étude :**

L'étude a eu lieu dans le chef-lieu de cercle de Bougouni qui est l'un des sept cercles de la région de Sikasso.

#### **1.1-Historique :**

Selon, la Direction Nationale de la Santé Publique, le système sanitaire au Mali est constitué d'une pyramide à 4 niveaux: I, II, III, IV.

Ainsi de la base au sommet, nous avons:

Niveau primaire (I): CSCom (centre de santé communautaire); Dispensaire.

Niveau secondaire (II): CSRéf (centre de santé de référence);

Niveau tertiaire (III): Hôpitaux des régions;

Niveau quaternaire (IV): Centre hospitalier universitaire (C.H.U).

#### **1-2-Présentation du cercle de Bougouni :**

##### **1.2.1- Aperçu général du cercle de Bougouni :**

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

Le site du lazaret s'étant révélé propice aux activités pastorales et de chasse, la famille DIAKITE s'installa définitivement au lazaret et prospéra tout en entretenant des rapports avec les voisins, notamment les liens de mariage.

Les différents contacts entre les DIAKITE et leurs voisins d'une part et d'autre part avec les caravaniers de la route de cola (vers le sud de la Côte-D'ivoire) et du Sénégal (vers le nord), se faisant sous le vocable « à la petite hutte, Bougouni ». A la longue, Bougouni donna naissance à un village qui conserva ce nom de Bougouni. Sous l'occupation coloniale et en raison de sa position stratégique entre les troupes de Samory TOURE, celles de Babemba TRAORE du Kéné Dougou au sud et le front de pénétration française du nord, le village bénéficia du statut de chef-lieu de cercle en 1893. Ils devint la capitale du canton « BaniMonotie », littéralement entre le Bani (Affluent du



fleuve Niger) et le Mono (Marigot), sous le mandat des peulhs DIAKITE, à travers le chef de canton Sakoro Mery DIAKITE.

### **1.2.2- Aspects géographiques :**

#### **Situation géographique :**

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

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

- Au nord par les cercles de Kati et Dioïla, (région de Koulikoro)
- Au sud par la république de Côte d'Ivoire
- Au sud-est par les cercles de Kolondiéba et Sikasso
- A l'ouest par le cercle de Yanfolila

La ville est située dans un bas-fond et a une superficie de 20028 km<sup>2</sup>.

#### **Climat et végétation :**

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

La savane arboreuse constitue l'essentiel de la végétation. Les essences dominantes sont : le karité, le néré, le caïlcédrot, le baobab, le kapokier, et le fromager.

#### **Hydrographie :**

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

#### **Voies de communication :**

##### **Elles sont constituées pour l'essentiel de :**

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



Les moyens de locomotion au regard de la population sont insuffisants mais se sont améliorés ces deux dernières années.

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

La ville compte cinq (05) stations Radio FM (BaniMonotiè, Bédiana, Kafokan et Arc- en- ciel et Kaïra).

La ville de Bougouni dispose d'une piste d'atterrissage d'avion non fonctionnelle.

### **Population :**

La population générale du cercle est 562431 habitants en 2015 selon le recensement administratif de 2015 actualisé, soit une densité de 28 habitants au km<sup>2</sup>. Cette densité est légèrement supérieure à celle du niveau national qui est d'environ 10 habitants au km<sup>2</sup>.

De plus en plus, le cercle attire de nombreux immigrants venant des différentes régions du Mali et des pays voisins à cause de l'exploitation minière. L'émigration se fait aussi sentir ces dernières années avec un retour massif des originaires du cercle ou d'autres localités du pays à cause des événements de la côte d'ivoire.

### **Religion :**

Trois (3) religions dominent le cercle : l'islam, le christianisme et l'animisme.

### **Economie-finance :**

Le cercle de Bougouni a une économie rurale particulièrement agropastorale.

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

### **Industrie et commerce :**

- ✓ Un centre hydro-thermique. Installé depuis 1903, assurant l'éclairage et la distribution de l'eau de robinet dans la ville de Bougouni,
- ✓ Le géant du coton au Mali, la compagnie malienne du développement textile (CMDT) y possède deux (2) unités importantes,
- ✓ L'usine de traitement de noix de karité de Zantiébougou,
- ✓ L'usine d'huilerie des grains de coton installée par les Indiens,
- ✓ L'usine de fabrication de confiture,
- ✓ la mine d'or de Morila,

Ont contribué à la diminution du chômage dans le cercle.

L'installation de la BNDA, et des caisses d'épargne (Kafojiginew, CAECE JIGIS&Mε) et la facilité d'accès à la zone ont favorisé le commerce.

### **Education :**

La première école de Bougouni a été créée en 1903. Actuellement le cercle de Bougouni est doté:

- ✓ d'une Académie d'Enseignement Secondaire,
- ✓ deux centres d'animation pédagogique (CAP),
- ✓ Trois écoles de formation infirmière.

### **1.3 Le CSRéf de Bougouni :**

Le Dispensaire de Bougouni a été créé en 1949, achevé et inauguré la même année par le Médecin Colonel Vernier qui fut le premier Médecin. Il fut érigé en CSRéf en 1996.

### **Configuration du CSRéf :**

Situé au centre de la ville de Bougouni au bord droit de la route bitumée allant du quartier de Massablacoura à la préfecture.

L'accessibilité entre le CSRéf et certains CSCom est difficile à cause de l'état des routes.

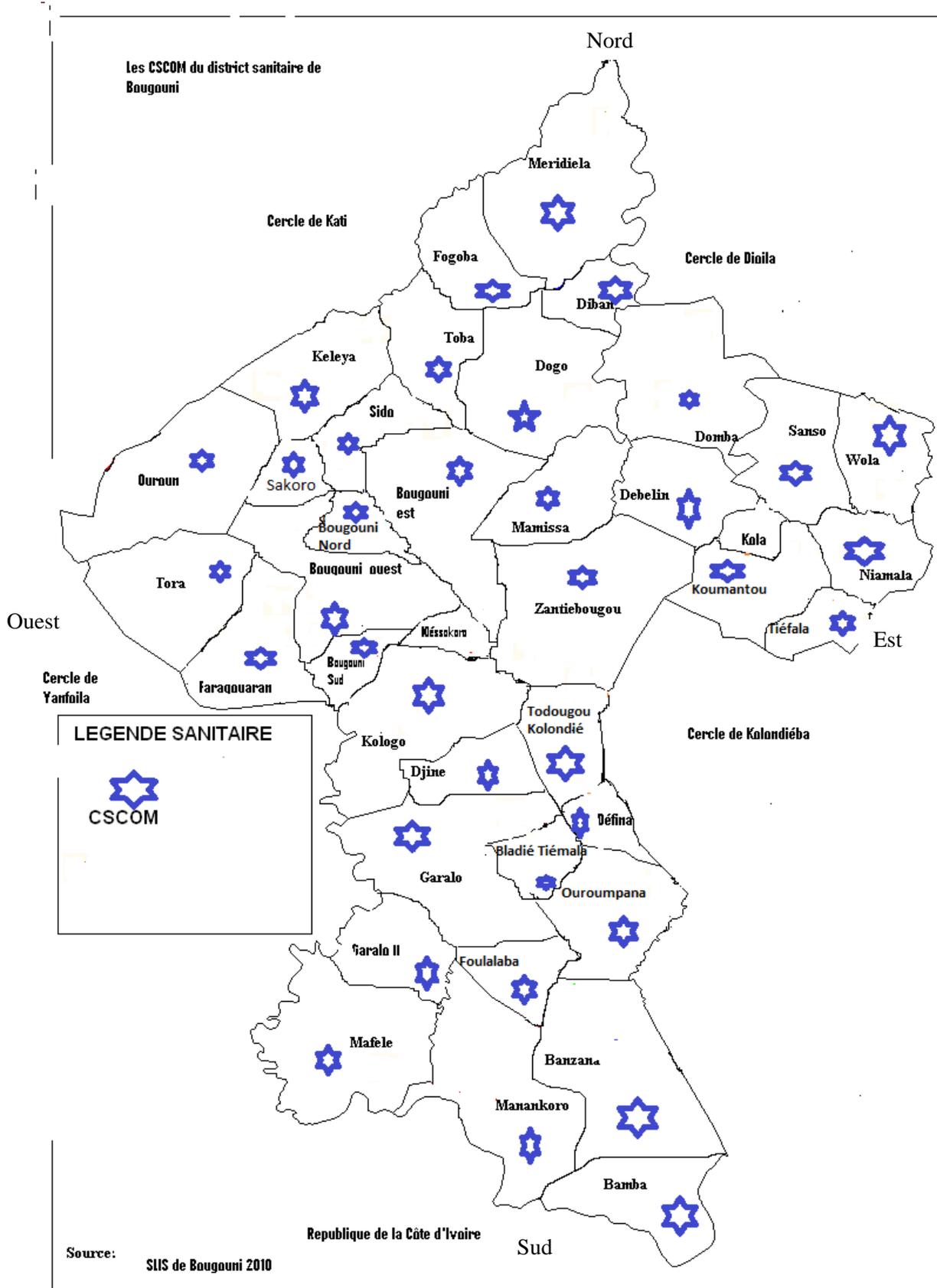


**Données sanitaires :**

Le district sanitaire de Bougouni est composé d'un centre de santé de référence et quarante-trois (43) Centres de Santé Communautaires fonctionnels.

A côté de ces structures, il existe :

- \*Un centre de Santé confessionnel à Banantoumou ;
- \*Les deux infirmeries de la CMDT (Bougouni et Koumantou) ;
- \*Les infirmeries au lycée et à l'IFM de Bougouni ;
- \*Quatre cabinets de soins (dont 3 à Bougouni et un à Babilena) ;
- \*Sept cabinets médicaux (dont 6 à Bougouni et 1 à Koumantou) ;
- \*Une clinique à MORILA ;
- \*Cinq officines privées à Bougouni et des dépôts dont 2 à Sanso, une officine privée à Koumantou, une officine privée à Garalo et une à Bougouni.



## **La description des unités :**

### **- Le bloc de consultation :**

Il est composé d'une salle de garde des Médecins, une salle de garde des faisant fonction d'internes, deux salles d'attente, deux Toilettes et une salle de soins, un dépôt de vente.

### **-L'unité de gynéco-obstétrique :**

Elle comporte 7 salles d'hospitalisation avec 22 lits.

Le personnel est composé de deux médecins dont : un médecin spécialiste en gynéco-obstétrique et un médecin généraliste, cinq sages-femmes, quatre infirmières obstétriciennes, trois matrones et un manœuvre.

Les activités principales sont: la consultation prénatale (CPN), la prise en charge de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (PTME/VIH), les accouchements assistés, le planning familial (PF) et le suivi des malades hospitalisés.

### **-L'unité de chirurgie :**

Le service de chirurgie est composé de deux médecins dont un chirurgien et un généraliste, deux techniciens supérieurs de santé, un assistant médical en aide de bloc, un infirmier assistant en anesthésie-réanimation, quatre techniciens de santé, un aide-soignant, et dispose de neuf salles d'hospitalisation avec trente-quatre lits.

### **-Le bloc Opératoire :**

Est composé de deux blocs opératoires, une salle de réanimation, une salle de stérilisation, une salle de lavage chirurgicale des mains et une salle de déshabillage.

### **-L'unité de médecine interne :**

Elle est constituée de 5 salles d'hospitalisation avec 18 lits, le personnel est composé de un médecin généraliste, une technicienne supérieure de santé, 4 techniciens de santé une aide-soignante et un manœuvre.

**-L'unité de pédiatrie :**

Est constituée de 2 salles d'hospitalisations avec 10 lits. Le personnel est composé de 1 médecin généraliste, 2 techniciennes de santé, un manoeuvre. Les activités sont la consultation pédiatrique, le suivi des enfants hospitalisés et la prise en charge des enfants malnutris.

**-L'unité d'odontostomatologie :**

Comprend 1 Médecin odonto qui a pour activités les consultations et les extractions dentaires, la mise en place de prothèse et les soins bucco-dentaires.

**-L'unité d'ophtalmologie :**

Dispose d'un Médecin spécialiste et un assistant médical en ophtalmologie avec comme activités principales les consultations, les soins oculaires, les interventions de trichiasis et de cataracte.

**-L'unité de Radiologie :**

Composé d'un technicien supérieur de santé et d'un aide-soignant.

**-L'unité Système d'Information Sanitaire(SIS) :**

Comprend un Assistant médical en santé publique et un technicien supérieur de santé avec activités la saisie et l'analyse des données, le suivi des maladies à potentielles endémiques.

**-L'unité santé mentale :**

Comprend un assistant médical en santé mentale avec activités principales la prise en charge des maladies psychiatriques.

**-L'unité laboratoire :**

Les examens parasitologiques, biologiques, biochimiques et hématologiques.

**-L'unité O.R.L :**

Assuré par un assistant médical en ORL avec activités la prise en charge des pathologies oto-rhino-laryngologiques.

**-Pharmacie :**

C'est à noter que le CSRéf de Bougouni est doté d'un dépôt répartiteur de cercle(DRC) 03 dépôts de vente dont un (01) opérationnel pendant la journée, deux(02) autres pour la nuit et un dépôt pour les ARV. Toutes ces pharmacies concours :

- A la session et la vente des médicaments essentiels, les consommables
- A la session et la vente des consommables médicaux et chirurgicaux ;
- A la dispensation des antirétroviraux.

**-Un bloc :** Abritant la morgue.

**-Un garage :** Pour les ambulances et les véhicules de supervision.

**-Un bloc :** Pour la salle des chauffeurs.

**-Un bloc de froid :** Pour la conservation des vaccins.

**-Un bloc administratif :**

Abritant le bureau du Médecin Chef, le secrétariat, le bureau du Médecin Chef Adjoint, le bureau du comptable chef, le comptable matières, la salle de réunion, le bureau du chef de personnel, une salle pour les archives, le bureau du chargé d'hygiène publique et de salubrité et deux toilettes.

**Les activités principales sont :**

- ✓ Les interventions chirurgicales, la consultation des malades, le suivi des malades opérés, les soins aux autres malades (accidentés, les cas de brûlures et les abcès et plaies chroniques).
- ✓ Le Staff général tous les jours à partir de 07h 45.
- ✓ Chaque jour après le staff général la visite des malades hospitalisés.
- ✓ Les jeudis sont consacrés pour la visite générale.
- ✓ Les sessions de partage sur les audits de décès maternels.
- ✓ Présentations des thèmes par les faisant fonction d'internes et les Externes (04) fois par semaine dont le thème est choisi en fonction des pathologies fréquemment retrouvées dans le service.



### **Référence / Evacuation:**

Les unités de médecine, de chirurgie et de Gynéco-Obstétrique effectuent aussi des références et/ou évacuations sur les hôpitaux de 3ème référence pour des investigations plus spécialisées.

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

Il est composé de :(01) chirurgien généraliste, chef de service et médecin chef, (01) gynéco-obstétricien, (01) pharmacien , (04) médecins généralistes répartis entre les unités, (02) assistants médicaux en santé publique ; (01) assistant médical en santé mentale ; (01) Médecin spécialiste en Odonto ; (01) assistant médical en aide de bloc ; (01) assistant médical en anesthésie Réanimation ; (01) assistant médical en ophtalmologie ; (01) assistant médical en biologie moléculaire ; (01) assistant médical en oto-rhino-laryngologie, deux techniciens supérieurs de santé au laboratoire ; (02) techniciens supérieurs de santé en hygiène assainissement ; (05) sages-femmes ;(04) infirmières obstétricienne ;(07) aides-soignantes ; (03) matrones ; (04) chauffeurs ; (02) comptables ; (01) secrétaire ; (07) manœuvres.

Cependant un besoin en technicien et spécialiste se pose pour faire face aux réalités du cercle : en radiologie, pédiatrie, dermatologie et en traumatologie.

Au niveau du centre de référence sont réalisées les activités de deuxième niveau **[23]**

## **2- Type et période d'étude:**

Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective allant du 1<sup>er</sup> Mai 2015 au 31 Mai 2016 soit une période de 12 Mois.

## **3- Population d'étude :**

Tous les malades opérés en urgence pour occlusion au CSRéf de Bougouni durant la période d'étude.

## **4- Critère d'inclusion :**

Tous les patients hospitalisés chez qui le diagnostic d'occlusion intestinale mécanique a été posé en peropératoire.

## **5- Critères de non inclusion :**

- Les occlusions fonctionnelles
- Les malades non opérés

## **6- Saisie et analyse des données :**

La rédaction médicale a été faite sur le logiciel Word 2013.

Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS 20.0 version Française.

Nous avons utilisé le test statistique de  $\chi^2$  de Pearson avec un seuil de significativité ( $p < 0,05$ ).

## **7- Ethique :**

Le consentement libre et éclairé des patients a été obtenu.

# RESULTATS



### III- Résultats

#### 1-Fréquence :

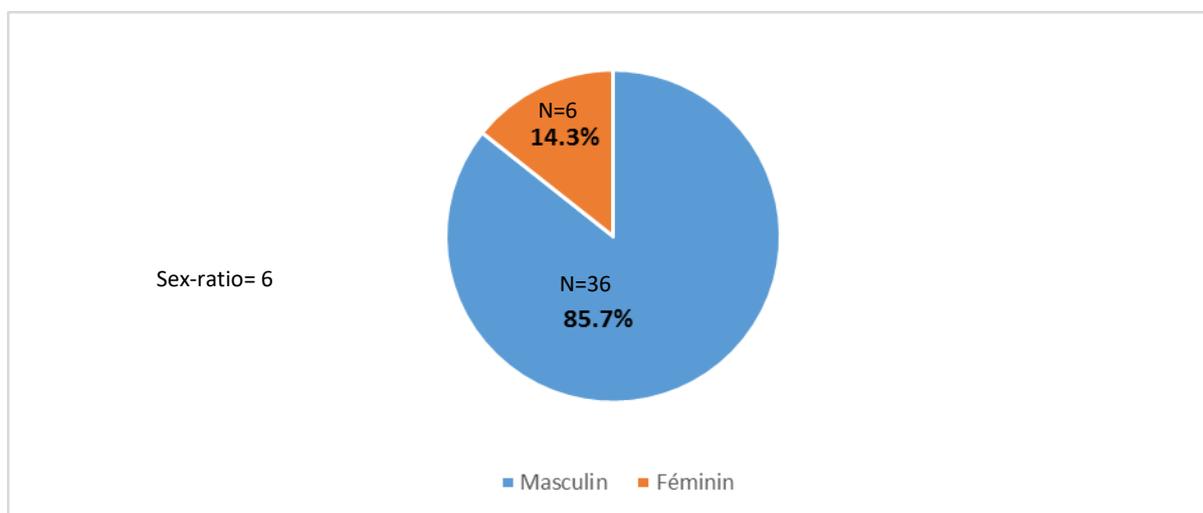
Place de l'occlusion intestinale aiguë au CSRéf de Bougouni :

Du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 mai 2016 nous avons enregistré

- 327 cas d'intervention chirurgicale
- 148 cas abdomen aigu chirurgical
- 42 cas d'occlusion intestinale aiguë mécanique soit une fréquence de 28,37 % des abdomens aigus chirurgicaux ;

#### 2-Caractéristiques sociodémographiques :

##### 2.1 Répartition des patients atteints d'OIAM selon le sexe



**Figure 7** : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin était le plus représenté avec **85,7 %**

##### 2.2 Ethnie :

**Tableau I:** Répartition des patients atteints d'OIAM selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	%
<b>Bambara</b>	<b>27</b>	<b>64,2</b>
Peulh	10	23,8
Soninké	1	2,4
Minianka	2	4,8
Sénoufo	1	2,4
Bozo	1	2,4
Total	42	100,0

Le bambara était l'ethnie la plus représentée avec un taux de **64,2 %**.

### 2.3. Profession

**Tableau II** : Répartition des patients atteints d'OIAM selon la profession

<b>profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Fonctionnaire	1	2,4
<b>Ouvrier</b>	<b>25</b>	<b>59,5</b>
Cultivateur	2	4,8
Commerçant	5	11,9
Ménagère	3	7,1
Scolaire	6	14,3
Total	42	100

Les ouvriers étaient majoritaires avec **59,5 %** des cas.

### 2.4. Provenance

**Tableau III**: Répartition des patients atteints d'OIAM selon la provenance

<b>Provenance</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Bougouni	6	14,2
Cscom-Sanso	4	09,5
CSRéf-Kolondiéba	<b>7</b>	<b>16,6</b>
Cscom-Mamissa	2	04,8
Cscom-Dogo	2	04,8
Cscom-Manankoro	5	11,9
Cscom-Zantiébougou	4	09,5
Centre confessionnel		
Banantoumou	2	04,8
Cscom-Garalo	4	09,5
Cscom-Débélin	1	02,4
Cscom-Bamba	1	02,4
Cscom-Todougoukolondié	1	02,4
CSRéf-Yanfolila	2	04,8
Cscom-Ourompana	1	02,4
Total	42	100,0

Les malades provenaient du CSRéf de Kolondiéba dans **16,6 %** des cas.

## 2.5. Age

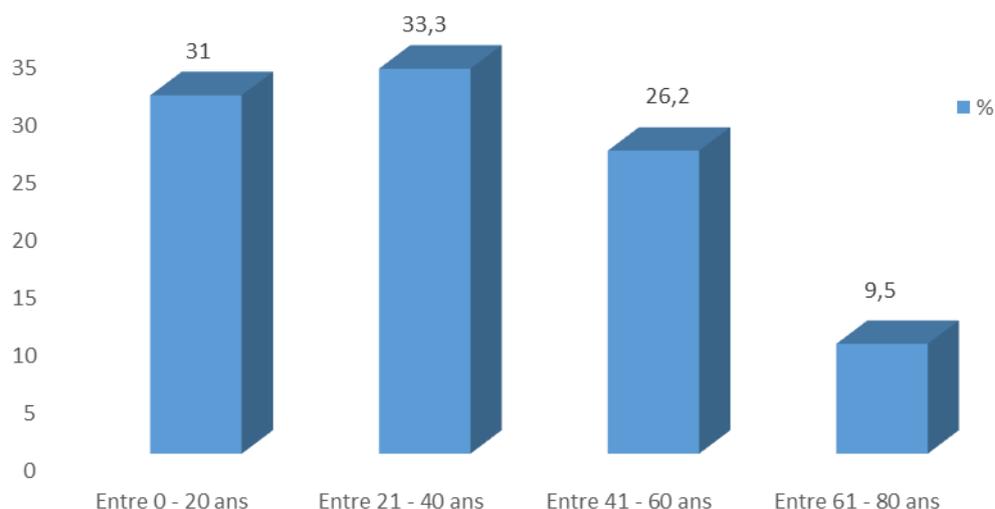


Figure:8 Répartition des patients selon la tranche d'age

La tranche d'âge la plus touchée était celle de **21** et **40** ans (**33,3** %).

Les extrêmes étaient de **1** an et **79** ans.

La moyenne d'âge a été de **32,83** ans avec un Ecart-type de **19,64** ans.

## 3-Antécédents :

### 3.1 Antécédent médicaux

**Tableau IV:** Répartition des patients des atteints d'OIAM selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	%
Constipation	3	7,1
Hypertension artérielle	7	16,7
Diabète	1	2,4
Asthme	2	4,8
Ulcère gastroduodéal	5	11,9
<b>Non connus</b>	<b>24</b>	<b>57,1</b>
Total	42	100,0

La plupart de nos patients était sans ATCD médical connu soit **57,1** %

### 3.2 Antécédent chirurgicaux

**Tableau V** : Répartition des patients atteints d'OIAM selon les antécédents chirurgicaux

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	16	38,1
<b>Non</b>	<b>26</b>	<b>61,9</b>
Total	42	100,0

Plus de la moitié de nos patients était sans antécédent chirurgical.

La cicatrice de laparotomie était présente chez 16 patients soit **38,1%**.

### 4-Itinéraire thérapeutique avant l'admission

#### 4.1 Traitement reçu avant l'admission

**Tableau VI** : Répartition des patients atteints d'OIAM selon le traitement reçu avant l'hospitalisation

<b>Traitement reçu avant hospitalisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Antalgique</b>	<b>14</b>	<b>33,3</b>
Antibiotique	2	4,8
Anti-inflammatoire	3	7,1
Antalgique +antibiotique	10	23,8
Antalgique+antibiotique+anti-inflammatoire	9	21,4
Méconnus	4	9,6
Total	24	100,0

La majorité des patients avait reçu de l'antalgique avant l'admission soit **33,3%**

## 4.2. Durée d'évolution de la maladie

**Tableau VII** : Répartition des patients atteints d'OIAM selon la durée d'évolution avant l'admission

<b>Durée d'évolution avant hospitalisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
0-1jour	7	16,7
2-3 jours	8	19
4-7 jours	13	31
>7 jours	14	33,3
Total	42	100,0

La durée moyenne d'évolution de la maladie a été de 5,4 jours  $\pm$ 3,435

Les extrêmes étaient de 1 jour et 12 jours

## 5-Signes généraux :

**Tableau VIII**: Répartition des patients atteints d'OIAM selon les signes généraux

<b>Signes généraux</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Amaigrissement	9	21,4
Asthénie	6	14,3
<b>Fièvre</b>	10	23,8

Dans notre série la fièvre a été retrouvée chez 28,8 % des patients

✓ Un patient pouvait avoir 2 ou 3 signes associés

## 6-Clinique :

### 6.1 Signes fonctionnels :

**Tableau XI**: Répartition des patients atteints d'OIAM selon les signes fonctionnels

<b>Signes fonctionnels</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Douleur	39	92,9
Vomissements	39	90,5
Arrêt des matières	41	97,6
Arrêt des gaz	35	83,3

L'arrêt des matières était retrouvé chez **97,6 %** de nos patients.

## 6.2 Siège de la douleur :

**Tableau X:** Répartition des patients atteints d'OIAM selon le siège de la douleur

<b>Siège de la douleur</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Hypochondre droit	3	7,7
Epigastre	1	2,6
Ombilic	4	10,2
Flanc Droit	3	7,8
FIG	1	2,6
FID	6	15,3
<b>Diffus</b>	<b>20</b>	<b>51,2</b>
FIG + Flanc G	1	2,6
Aucune	3	7,8
Total	39	100

La douleur était diffuse chez **51,2 %** des patients.

## 6.3 Type de douleur :

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

<b>Type de Douleur</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Piqûre	8	20,5
<b>Torsion</b>	<b>17</b>	<b>43,6</b>
Ecrasement	1	2,6
Pesanteur	5	12,8
Indéterminé	8	20,5
Total	39	100,0

La douleur à type de torsion a été retrouvée chez **43,6 %** des patients.



#### 6-4 Horaire des vomissements :

**Tableau XII:** Répartition des patients selon l'horaire des vomissements et la nature des vomissements

<b>Horaire et nature des vomissements</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Spontané	7	16,7
Postprandial précoce	24	57,1
Postprandial tardif	8	19,1
Suc gastrique	4	9,5
Alimentaire	31	73,8
Bilieux	4	9,5
Fécaloïde	0	00

Le vomissement alimentaire a été le représentatif avec **73,8 %**.

Horaire postprandiale précoce était prédominant avec **57,1 %** des cas.

#### 6-5 Arrêt de matière :

**Tableau XIII :** Répartition des patients atteints d'OIAM selon la durée de l'arrêt de matière

<b>Durée</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Moins de 24heures	4	9,8
<b>24heures-48heures</b>	<b>24</b>	<b>58,5</b>
49heures-72heures	8	19,5
Plus de 72heures	5	12,2
Total	41	100

La durée d'arrêt de matière était de **24-48 h** chez **24** patients soit **58,5 %** des cas



## 7-Signes physiques :

### 7.1. Etat de l'abdominal

**Tableau XIV:** Répartition selon l'état de l'abdomen à la palpation

Etat de l'abdomen	Effectif	%
Contracture abdominale	6/42	14,3
Défense abdominale	20/42	47,6
Masse abdominale	11/42	26,2
Abdomen souple	5/42	11,9
Météorisme	24/42	57,1
Symétrie de l'abdomen	28/42	66,7

La majorité des patients soit **66,7 %** avait un abdomen symétrique

### 7.2 .L'état des orifices herniaires

**Tableau XV:** Répartition des patients atteints d'OIAM selon l'état des orifices herniaires

Orifice herniaire	Effectif	%
<b>Libre</b>	<b>31</b>	<b>73,8</b>
Hernie non compliquée	8	19,1
Hernie étranglée	3	7,1
Total	42	100,0

L'orifice était libre chez **73,8 %** des patients.

### 7.3. Résultat de l'auscultation abdominale

**Tableau XVI:** Répartition des patients atteints d'OIAM selon le résultat de l'auscultation abdominale

Résultat de l'auscultation	Effectif	%
Borborygmes	3	7,1
<b>Silence</b>	<b>20</b>	<b>47,6</b>
Non fait	19	45,2
Total	42	100,0

Le borborygme a été retrouvé chez **7,1 %** des patients

#### 7.4. Toucher rectal

**Tableau XVII:** Répartition des patients atteints d'OIAM selon le résultat du toucher rectal

<b>Toucher rectal</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Toucher douloureux</b>	<b>23/38</b>	<b>60,5</b>
Ampoule rectale vide	22/38	57,8
Présence de selles molles	11/38	28,9
Présence de fécalome	4/38	10,5
Présence d'une masse	1/38	2,6

Le toucher rectal a été douloureux chez **23** patients soit **60,5 %**.

- ✓ Deux à trois signes pouvait être retrouvé chez un même patient.

#### 8- Examens complémentaires :

**Tableau XVIII :** Répartition des patients atteints d'OIAM selon la réalisation de la radiographie de l'abdomen sans préparation

<b>ASP</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Faite</b>	<b>24</b>	<b>57,1</b>
Non faite	18	42,9
Total	42	100

La radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée chez **24** patients.

**NB :** Pour les patients qui n'ont pas réalisé l'ASP nous nous sommes basées sur les arguments cliniques.



**Tableau XIX** : Répartition des patients atteints d'OIAM selon le résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation

Résultat de l'ASP	Effectif	%
Normale	2	8,3
Niveau plus haut que large	12	50
Niveau plus large que haut	9	37,5
Indéterminé	1	4,2
Total	24	100,0

Le niveau hydro-aérique plus haut que large a été trouvé chez **12** patients soit **50** % des cas.

## 9-Diagnostics :

### 9-1 Siège d'occlusion

**Tableau XX**: Répartition des patients atteints d'OIA selon le siège de l'occlusion

Siège de l'occlusion	Effectif	%
<b>Grêle</b>	<b>23</b>	<b>54,8</b>
Colon	16	38,1
Grêle colon	3	7,1
Total	42	100,0

L'occlusion du grêle a été la plus fréquente avec **54,8** % des cas.

Les 3 atteintes associées du grêle et du côlon sont :

- un volvulus du sigmoïde + des adhérences sur le grêle
- deux occlusions sur brides

### 9-2 Mécanisme :

**Tableau XXI**: Répartition selon le mécanisme de l'occlusion

Mécanisme	Effectif	%
<b>Strangulation</b>	<b>25</b>	<b>59,5</b>
Obstruction	17	40,5
Total	42	100,0

Le mécanisme par strangulation était le plus fréquent avec **59,5** %.

## 10-Etiologies :

**Tableau XXII:** Répartition des atteints d'OIAM selon l'étiologie de l'occlusion

<b>Etiologies</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Brides et adhérence</b>		
<b>primitive</b>	<b>18</b>	<b>42,9</b>
Occlusion postopératoire	4	9,5
Hernie étranglée	3	7,1
Volvulus du sigmoïde	10	23,8
Tumeur rectale	1	02,4
IIA	3	7,1
Volvulus du grêle	1	2,4
Fécalome	2	4,8
Total	42	100,0

Brides et adhérence primitive ont été les plus fréquentes, soit **42,9 %**

Occlusions postopératoire il s'agit d'un étranglement interne dans un orifice péritonéal.

## 11-Traitement :

**Tableau XXIII:** Répartition des patients d'OIAM selon la durée d'évolution de la maladie

<b>Durée d'évolution De la maladie</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
0-1jour	24	57,14
<b>2-3 jours</b>	<b>11</b>	<b>26,2</b>
4-7 jours	6	14,3
7-12 jours	1	2,4
Total	42	100,0

La durée moyenne d'évolution de la maladie a été de **5,4**jours.

Les extrêmes étaient **1 à 12** jours

**Tableau XXIV** : Durée de réanimation préopératoire

Réanimation préopératoire	Effectif	%
≤ 30 minutes	7	16,7
31-59 minutes	12	28,6
<b>1-2 heures</b>	<b>20</b>	<b>47,6</b>
>2heures	3	7,1
Total	42	100,0

La réanimation était basée sur le remplissage vasculaire et l'oxygénothérapie.

**Tableau XXV**: répartition selon le choix de la voie d'abord chirurgicale

Voie d'abord	Effectif	%
<b>Médiane xypho-pubienne</b>	<b>36</b>	<b>85,7</b>
Médiane sus-ombilicale	1	2,4
Médiane sous ombilicale	5	11,9
Total	42	100,0

La voie médiane xypho-pubienne a été réalisé chez **85,7 %** des patients

La voie médiane sus-ombilicale a été abordée pour un cas de hernie de la ligne blanche étranglée.

**Tableau XXVI** : Répartition selon l'état de l'anse

Etat de l'anse	Effectif	%
<b>Saine</b>	<b>20</b>	<b>47,6</b>
Nécrosées	12	28,6
Indéterminé	01	2,4
Inflammatoires	09	21,4
Total	42	100,0

L'anse nécrosée a été retrouvée chez **28,6 %** des patients

**Tableau XXVII:** Répartition selon le geste thérapeutique

<b>Geste thérapeutique</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Résection anastomose		
immédiate	10	19,6
Résection + Stomie	08	15,7
<b>Adhésiolyse</b>	<b>18</b>	<b>35,3</b>
Cure herniaire	03	5,9
Autres	12	23,5
Total	51	100,0

L'Adhésiolyse a été l'acte le plus pratiqué soit **35,3 %**

5 cas de stomie selon opération de BOULLY-WOLKMANN

3 cas de stomie selon opération de HARTMANN

Les gestes 'Autres' sont :

-3 libérations d'anses incarceratedées

-2 vidanges

-3 désinvaginations

-4 dévolvulations

**Tableau XXVIII:** Répartition selon la présence d'une complication peropératoire

<b>Complication peropératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Aucune</b>	<b>37</b>	<b>88,1</b>
Perforation digestive	4	9,5
Décès	1	2,4
Total	42	100

Un cas de décès peropératoire a été enregistré pendant notre étude.

La morbidité en peropératoire est de **9,5 %** et la mortalité était de **2,4 %**.

**Tableau XXIX** : répartition selon le délai de la reprise du transit

<b>Délai</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
0-1 jour	3	7,7
<b>2-3 jours</b>	<b>30</b>	<b>76,9</b>
4-5 jours	6	15,4
Total	39	100,0

La durée moyenne de la reprise du transit était 2,7 jours.

Les extrêmes étaient de 1 à 5 jours

\* Nous avons constatés 3 décès.

**Tableau XXX**: suites à J14 postopératoires

<b>Suites à j14 postopératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Simple</b>	<b>31</b>	<b>75,6</b>
Suppuration pariétale	05	12,2
Décès	02	4,9
Fistules digestives	02	4,9
Eviscération	1	2,4
Total	41	100,0

La majorité des patients avaient une suite opératoire simple soit **75,6 %**.

La morbidité des suites immédiates est de **19,5 %** et la mortalité est de **4,9 %**.

**Tableau XXXI**: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation postopératoire

<b>Durée d'évolution Postopératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
7-10 jours	10	25,6
<b>11-14 jours</b>	<b>21</b>	<b>53,8</b>
15-16 jours	8	20,6
Total	39	100,0

La durée moyenne d'hospitalisation postopératoire a été **12,1** jours.

Les extrêmes étaient de 7 à 16 jours

# **COMMENTAIRES**

# **DISCUSSION**



## IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 5.1- Méthodologie

Notre étude prospective a été réalisée au CSRéf de Bougouni.

Au cours de cette étude, nous avons recensé les problèmes suivants :

- l'insuffisance du plateau technique (manque de service de réanimation)
- Absence de certains bilans biologiques (ionogramme par exemple) et d'imagerie en urgence.
- Absence d'examen histologique sur place.
- le faible pouvoir d'achat de certains patients a rendu difficile leur prise en charge rapide.

### 5.2- Epidémiologie :

**Fréquence : Tableau XXXII**, fréquence des patients atteints d'OIAM selon les auteurs

Auteurs	nombre de cas	Fréquence	Test statistique
Tamijimarane, Inde, 2000 [24]	176/572	30,7%	p=0,789106
Catel, Paris, 2003 [25]	43/117	36,7%	p=0,396913
Kossi, Finlande, 2004 [26]	231/1118	43,7%	p=0,066673
Harouna, Niger 2005 [4]	87/221	39,3%	p=0,242936
Arlette, Mali, 2006[5]	28/82	36,8%	p=0,528265
Sacko, M, Mali 2010[6]	117/985	11,9%	p=0,012557
Notre étude Mali, 2015	42/148	28,4%	

Les occlusions intestinales représentent une cause fréquente d'hospitalisation en chirurgie [27]. Les études retrouvées rapportent des fréquences hospitalières allant de **11,9 % à 43,7 %**.

Notre fréquence est inférieure à ceux trouvés par les auteurs :

Tamijimarane, Inde, 2000 [24] ; Catel, Paris, 2003 [25] ; Arlette, Mali, 2006[5] ; Harouna, Niger 2005 [4].

Et supérieure à celle rapportée par Sacko, M, Mali, 2010[6]

### 3- Caractéristiques sociodémographiques :

#### 3-1-Age :

**Tableau XXXIII, fréquence de la moyenne d'âge selon les auteurs**

Auteurs	Effectif	Age moyen	Test statistique
Sidibé, B, M, Mali 2001 [28]	120	29,1 ans ± 25,2	p=0,385277
Arlette, D, Mali 2006[5]	97	38,32 ans ± 8,79	p=0,170738
Mariko, Mali, 2011, [7]	101	43,57ans ± 21,43	p=0,005885
Notre série, Mali 2015	42	32,83 ans ± 19,64	

L'occlusion intestinale apparaît dans cette étude comme une pathologie de l'adulte jeune, avec une moyenne d'âge de 32,83 ans. Notre résultat ne présente pas de différence statistiquement significative avec ceux retrouvés par Sidibé, B [28] et Arlette, D [5]. Cependant, Mariko, B [7] a rapporté une moyenne d'âge plus élevée, avec p=0,005885.

#### 3-2- Sexe, Tableau XXXIV : Comparaison du sexe selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Sexe/ratio
Sidibé M.B, Mali, 2003, [28]	120	5,4
Kuremu, Kenya, 2004, [29]	93	1,6
Kossi, Finlande, 2004, [26]	101	0,7
Hiki, Japon, 2004, [30]	233	2
Duron, France, 2006, [31]	186	0,5
Mariko, Mali 2008, [7]	101	7,4
Notre série, 2015	42	6

La prédominance masculine est classique dans les occlusions intestinales aiguës mécaniques.

Dans notre étude, les hommes ont été plus nombreux que les femmes. Ce même constat a été observé par d'autres auteurs [28, 29, 30, 7]. Par contre, certains auteurs [26, 31] ont trouvé plus de femmes dans leurs études.

#### 4- Etude clinique

##### 4-1- Tableau XXXV : Durée d'évolution de la maladie avant l'hospitalisation des patients atteints d'OIAM selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Durée moyenne	Test statistique
Dongmo, Mali, 2006, [5]	52	5,28 ± 1,56	p= 0,182235
Mariko B. Mali, 2011, [7]	101	5 ± 2	p=0,385530
Sacko, M, Mali, 2010[6]	120	4 ± 2	p=0,001711
<b>Notre série, Mali, 2015</b>	<b>42</b>	<b>5,4 ± 3,43</b>	

Le pronostic des occlusions intestinales aiguës mécaniques dépend du délai de consultation. Les 5,4 jours constituent un retard de consultation dans la prise en charge de cette pathologie. Ce même retard a été rapporté par Sacko, M [6] p=0,001711.

##### 4-2- La douleur

##### Tableau XXXVI : Fréquence de la douleur selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test statistique
Dongmo, Mali, 2006, [5]	82	94,7	p=0,969098
Bensaad, Maroc, 2006, [32]	27	96	P=0,945114
Bassaid.S et Nadia S ; Alger 2014[33]	43	98	P=0,591725
<b>Notre série, Mali, 2015</b>	<b>42</b>	<b>92,9</b>	

La douleur est le signe fonctionnel le plus fréquent et sa sensibilité élevée en fait le signe le plus constant de la triade occlusive. Comme pour d'autres séries [5, 32, 33], tous les malades avaient une douleur abdominale. Selon la littérature, la fréquence de la douleur dans les occlusions intestinales aiguës mécaniques serait liée à une compression aiguë des nerfs et des pédicules vasculaires [13].

#### 4-3- Vomissements :

**Tableau XXXVII** Fréquence des vomissements selon les auteurs

Auteurs	Taille de l'échantillon	vomissements	Test statistique
Sidibé M.B, Mali, [28], n=120	120	75,8	p=0,017000
Dongmo, Mali, 2006, [5], n=82	82	78,4	p=0,037456
Bensaad, Maroc, 2006, [32] n=27	27	70	p=0,031290
<b>Notre série, Mali, 2015, n=42</b>	42	92,9	

Les vomissements sont classiques mais non caractéristiques de l'occlusion intestinale aiguë mécanique. Ils ont été présents dans 92,9 % des cas. Ce résultat est statistiquement supérieur à ceux des auteurs : Sidibé M.B. [28], 75,8 % (p=0,017000) ; Dongmo [5], 78,4 % (p=0,037456) et Bensaad [32] 70 % (p=0,031290).

Cette différence pourrait être expliquée par un taux plus élevé d'occlusions intestinales hautes dans notre série.



#### 4-4- Arrêt des matières et des gaz

**Tableau XXXVIII** : Fréquence de l'arrêt de transit selon les auteurs

Auteurs	Sidibé M.B	Dongmo,	Bensaad	Belkhatay	Notre série
Arrêt du Transit	Mali, 2003 <b>[28]</b> n= 120	Mali, 2006, <b>[5]</b> , n=82	Maroc <b>[32]</b> n=27	2005, <b>[34]</b> n=29	et al Maroc, Mali, 2015, n=42
Matières	69(57,5 %) P=0,000002	63(76,74 %) P=0,002892	27(100 %) -	29(100 %) -	41(97,6 %)
Gaz	68(56,6 %) P=0,001995	64(77,5 %) P=0,487578	27(100 %) p=0,067344	29(100 %) P=0,056049	35(83,3 %)

L'arrêt des gaz est le symptôme le plus caractéristique et le plus analysable alors que l'arrêt des matières est plus aléatoire **[19, 20]**.

Dans notre étude, l'arrêt des matières a été observé dans 97,6 % de cas et les gaz différent celui des résultats. Si ces deux entités ont été individualisées dans notre série, elles peuvent parfois être influencées par :

- la vidange du bout distal pour l'arrêt des matières,
- le carcan socio-culturel qui fait de l'arrêt des gaz un signe honteux à évoquer pour le patient.

Notre observation diffère de façon statistique de celle de **Sidibé M.B. [28]** et **Dongmo A. Mali [5]** pour l'arrêt des matières.

Elle ne présente pas des valeurs statistiquement significative à ceux des auteurs Marocains **[32 ; 34]** et **Dongmo A. Mali [5]** pour l'arrêt des gaz. Par contre, elle diffère de celle de **Sidibé M.B Mali [28]**.

#### 5- Signes physiques

##### - Inspection:

Un météorisme a été trouvé chez 66,7 % des patients. Ces résultats ne présentent pas de différences statistique significative à ceux trouvés par **Sidibé M. B [28]** (55,8 % et P= 0,295579) et **Konaté M [23]** (64,1 % et P=0,766033).

- **Palpation :**

Dans notre population d'étude, il a été observé dans près de la moitié des cas (47,6 %) une défense abdominale. La contracture abdominale a été observée chez 14,3 % des patients. Ces résultats sont comparables à ceux de Arlette Dongmo [5] qui a trouvé 26,3 % de défense abdominale et 10,5 % de contracture abdominale et de **Sidibé M.B [28]** qui a retrouvé 55,8 % de défense et une contracture (1,70 %).

**6- Examens complémentaires**

**6-1- Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)**

**Tableau XXXIX :** Disponibilité de l'ASP selon les auteurs

Auteur	Effectif	Pourcentage	Test statistique
Dongmo, Mali 2006[5]	82	70,3	p=0,130231
Harouna, Niger, 2001, [4]	286	100	p=0,000000
Bensaad, Maroc, 2006, [32]	27	52	p=0,666310
Suris, Inde, 1999, [35] n=32	24	75	p=0,146857
Notre série, Mali 2015	42	57,1	

La radiographie d'abdomen sans préparation a pu être réalisée chez **57,1 %** des patients et a montré les signes radiologiques en faveur d'occlusion intestinale aiguë mécanique dans **87,5 %** des cas.

Notre résultat est statistiquement inférieur à celui de Harouna, en 2001 au Niger (p=0,000000).

**6-2 Echographie abdominale :**

L'échographie et les opacifications digestives ne sont pas disponibles en urgence d'où leur sous-représentation dans notre étude. Cependant, chez les malades pour lesquels elle a pu être effectuée on ne retrouve que 26,2 % de confirmation de la suspicion clinique d'occlusion intestinale. Ce n'est donc pas un examen de bonne sensibilité diagnostic.



## 7- Etiologies :

### - Mécanisme :

L'étude a permis de recenser 59,5 % de strangulation et 40,5 % d'obstruction.

**Sidibé M. B [28]** a enregistré 85,8 % de strangulation et 12,6 % d'obstruction.

**Dembélé B [36]** a enregistré 88 % de strangulation ; 12 % d'obstruction.

Dans ces trois études, le mécanisme par strangulation apparaît comme le plus fréquent.

### - Etiologie :

L'étude a permis de retrouver les étiologies suivantes : brides et adhérence primitive (42,9 %), occlusion post-opératoire (9,5 %), hernie étranglée (7,1 %), volvulus du sigmoïde (23,8 %), tumeur rectal (2,4%), invagination intestinale aiguë (7,1 %), volvulus du grêle (2,4 %) et fécalome (4,8 %).

**Sacko M. [6]** a enregistré les étiologies suivantes : Hernies étranglées 4,27 % (p=0,750265), Brides Adhérences 43,59 % (p=0,934508), Volvulus du Sigmoïde et du grêle 26,50 % (p=0,969297), tumeur grêlo-colo rectale (10,26 %), péritonite (1,71 %), Appendicite (1,71) 'autre' (11,96 %).

**Sidibé B [28]** avait trouvé les étiologies suivantes : Hernies étranglées 46,6 % (p=0,000005), Brides Adhérences 13,2 % (p=0,000053), Volvulus du Sigmoïde et du grêle 14,2 % (p=0,076111), tumeur colique (0,8 %), péritonite (0,8 %), 'autre' (24 %).

**Dongmo. A [5]** avait trouvé les étiologies suivantes : Hernies étranglées 10,5 %, (p=0,783615), Brides Adhérences (36,8 % (p=0,521228) Volvulus du Sigmoïde et du grêle 17,1 % (p=0,240428), tumeur colique 3,9 % (p=0,935415), péritonite (5,3 %), 'autre' (26,3 %).

Notre étude ne présente pas de différence statistique à ceux de **Dongmo. A** et **Sacko M** par rapport : hernies étranglée, Brides adhérence primitive et les volvulus.

Elle est supérieure à celle de **Sidibé B** en ce qui concerne les hernies étranglée et les adhérences.

## 8- Aspects thérapeutiques

### 8-1 Siège :

L'étude a permis d'individualiser 54,8 % d'occlusions par atteinte du grêle ; 38,1 % par atteinte du côlon et 7,1% par atteinte mixte (grêle côlon). La prédominance de l'atteinte du grêle pourrait s'expliquer dans ce contexte par la forte prévalence des brides et adhérences comme étiologie d'occlusion intestinale au sein de la population. **Sidibé M. B [28]** avait trouvé 74,2 % ( $p=0,019125$ ) d'atteintes du grêle et 25,8 % ( $p=0,131793$ ) d'atteintes du côlon. Ces résultats et ceux de **Sidibé M. B [28]** sont similaires en ce qui concerne la localisation de l'occlusion intestinale sur le grêle.

### 8-2 Etat des anses :

L'étude a permis de trouver 47,6 % d'anses saines ; 21,4 % d'anses inflammatoires et 28,6 % d'anses nécrosées. **Sidibé M. B [28]** avait trouvé 80,8 % d'anses saines ; 4,2 % d'anses inflammatoires et 15 % d'anses nécrosées. Y Harouna [4] avait trouvé 37 % d'anses nécrosées. Quand on compare l'état des anses intestinales dans ces trois études, il ressort que les résultats de cette étude sont similaires à ceux de **Sidibé M. B [28]** lorsque les anses sont normales ou inflammatoires) et de Y Harouna [4].

### 8-3 Geste

Nous avons trouvé 19,6 % de résection anastomose immédiate ; 15,7 % de résection + stomie ; 35,3 % d'Adhésiolyse; 7,1 % de cures de hernie ; 7,1 % de geste 'autre'.

**Sidibé M. B [28]** avait enregistré 25,83% de résection anastomose immédiate ( $P=0,383025$ ) ; 8,33 % de résection +dérivation ( $p= 0,151757$ ) ; 9,2 % d'adhésiolyse ( $p=0,000031$ ) ; 15,1 % de geste 'autre'.

**Sacko M. [6]** avait enregistré 23,39% de résection anastomose immédiate ( $p=0,617852$ ) ; 18,80 % de résection +dérivation ( $p=0,627639$ ) ; 42,74% d'adhésiolyse ( $p=0,366286$ ) ; 4,27 % de cures de hernie ( $p=0,567188$ ) et 10,26 % de geste 'autre'.

Notre résultat ne diffère pas de façon statistique à celui trouvé par **Sacko M [6]**. Par contre il est statistiquement supérieur à celui de **Sidibé M [28]** en ce qui concerne d'adhésiolyse

#### **8-4 Mortalité & Morbidité**

Nous avons trouvé un taux de 2,4 % de mortalité et 9,5 % de morbidité. Ici, la morbidité était essentiellement le fait des perforations digestives  
Lors des suites immédiates, la mortalité était de 4,9 % et la morbidité de 19,5 %. Ici la morbidité est dominée par les suppurations pariétales (12,2 %)  
Notre étude est comparable à ceux par les auteurs dans les suites opératoires immédiates :  
Dongmo. A [5] avait trouvé 6,8 % de mortalité et 25 % de morbidité

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**



## **1- Conclusion et recommandations**

### **2-1- Conclusion :**

Les occlusions intestinales aiguës mécaniques sont une urgence chirurgicale grave qui nécessite une prise en charge précoce pour améliorer le pronostic vital. En Afrique, elle touche une population souvent très jeune et la prise en charge est souvent difficile même après une intervention chirurgicale. Le retard de consultation de ces patients fait toute la gravité de cette affection. Malgré les progrès thérapeutiques, la morbidité et la mortalité restent encore élevées.

## **2-2- Recommandations :**

### **Aux autorités politiques :**

- Rendre fonctionnel certain moyen diagnostique : la radiographie de l'abdomen sans préparation ; l'échographie, équiper le laboratoire.
- Création d'un système de sécurité sociale.
- Organisation d'un système d'évacuation rapide au plan national pour éviter le retard dans la prise en charge des maladies.
- Mettre en place un service de réanimation.

### **Au personnel sanitaire :**

- Référer les patients dans le meilleur délai.
- Renforcer la collaboration interdisciplinaire.
- Création d'un système de gestion plus efficace de prise en charge des urgences.
- Examiner correctement les patients présentant une douleur abdominale.

### **A la population :**

- Eviter l'automédication.
- Consulter immédiatement devant toute douleur abdominale avec arrêt des matières et des gaz.
- Opérer la hernie simple avant complications.

# REFERENCES

## **Références bibliographiques**



**1-P.Taourel, C.Alili, E.Pages, F.Curros Doyon, I.Millet**

Occlusion mécanique : Pièges diagnostiques et éléments clés du compte rendu. Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle 2013 ; 94, 814-827

**2-Gajic O et Al**

'Acute abdomen in the medical intensive care unit'. Critical care medicine 2002; 30 (6): 1187-1190.

**3-K. Lebbar et al**

'Les occlusions intestinales chez l'adulte. Intérêt de la tomographie'. Médecine du Maghreb 2001 n°87.

**4-Y. Harouna H. et al**

'Les occlusions intestinales: principales causes et morbi- mortalité à l'hôpital national de Niamey-Niger' Etude prospective à propos de 124 cas. Médecine d'Afrique Noire : 2000 ; 47 (4)

**5-Dongmo A.M.**

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie "A" de l'hôpital du Point G. Thèse Médecine Bamako 2006 n°263,95p.

**6-Sacko M 2010**

Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie "A" de l'hôpital du Point G. Thèse médecine Bamako 2010 ; n° 517

**7-Mariko B. Mali 2008**

Occlusions intestinales aiguës mécaniques : aspects diagnostique et thérapeutique à l'hôpital sominé dolo de Mopti à propos de 101 cas, Mars 2006 -Février 2007. Thèse Médecine Bamako 2011; n°82

**8-Laura Beyer-Berjot ; Stéphane Berdah**

Chirurgie générale, viscérale et digestive

Auteur : Collège Français de Chirurgie Générale | Viscérale et digestive |

Editeur : **MED-LINE** paru le 02/2015

Collection : Le référentiel Med-Line

**9-ROUVIRE H**



Anatomie humaine descriptive et topographique.

Paris Masson 1970; P 345-375.

**10-Akcaakaya A, Alimoglu O, Hevenk T, Bas G, Sahin M :**

Mechanical intestinal obstruction caused by abdominal wall hernias. Ulus  
Travma

Derg 2000 ; 6(4):260-5

**11-JACQUES G**

Les Cancers coliques : traitement chirurgical.

Paris Edition médicale internationales 1989 ; P 55-97.

**12-Rohr S, Kopp M, Meyer C.**

Occlusion intestinale du grêle: physiopathologie, étiologie, diagnostic et  
traitement. Rev Prat 1999 ; 49 : 435-440.

**13-Leger L.**

Sémiologie chirurgicale;6eme Edition, Masson, Paris, 1999, 444p

**14-Encyclopédie médico-chirurgicale**

Occlusion intestinale aiguë de l'adulte.

Urgences-médecine-chirurgicale, Tome I, Paris, urgences, 1984, 24059A10, 10,  
20p.

**15-Patel J.C.**

Chirurgie viscérale.3eme Edition, Masson, Paris, 1978, 1520p.

**16-Soumare S, Alain GD.**

Occlusion intestinale aiguë.

Conduites chirurgicales du Point « G » à l'usage des internes Bamako, 2001  
: 80-4.

**17-Thomeret**

Physiopathologie de l'occlusion intestinale.

J Chir 1985 ; 5 : 67.

**18-Hausmom J ;**

Chirurgie

Memento. Maloine, Paris, 1997, 308p.

**19-Grecho U**



Evaluation de deux produits homéopathiques sur la reprise du transit après chirurgie digestive.

Presse Med 1989; 18: 59-62.

**20-Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS et al.**

Epidemiology of constipation (EPOC) Study in the United States: relation of clinical subtypes sociodemographic features.

Am J Gastroenterol 1999; 94: 3530- 40.

**21-Condon RE, Nyhus LM**

Manual of surgical therapeutics, 2nd ed. Boston: Little Brown company, 1972.

Chap 7, Fluid and Electrolyte therapy: p.183-213.

Chap 14: Intestinal obstruction: p. 295-310.

**22- Kleinknecht D, Assan R, babinet P et al.**

Principes de réanimation médicale.

Chap 6: les spoliations digestives au cours des affections abdominales aiguës.

2eme Ed, Flammarion, Paris, Médecine-Sciences, 1975 : 260-78.

**23-Konate Madiassa**

Les urgences chirurgicales à l'hôpital Gabriel Toure Thèse Médecine Bamako 2005 ; n° 238 ; 91P.

**24-Tamijmarane A,Chandra S,Smile SR.**

Clinical aspects of adhesive intestinal obstruction. Trop Gastroenterol 2000,21(3) :141-3.

**25-Catel L, Lefèvre F,Laurent V,Canard L,Bressier L,Guillemin F D et Régent D.**

Occlusion du grêle sur bride : quels critères scénographiques de gravité recherchée ? J radiol. 2003; 84:27-31.

**26-Kossi.J, Salminen.P, Laato.M**

The epidemiology and treatment patterns of postoperative adhesion induced intestinal obstruction in varsinais-suomi Hospital District. Scandinavian journal of surgery 93:68-00, 2004.

**27-Zerey M, Sechrist CW, Kercher KW, Song RF, Mahews BD, Heniford**

**BT.**

Laparoscopic management of adhesive small bowel obstruction.

An Surg 2007; 73 (5): 3-8.

**28-SIDIBE M.**

Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Toure.

Thèse, Med, 2003, Bamako.

**29-Kurema RT, Jumbi G.**

Adhesive intestinal obstruction.

East Afr Med J 2006; 83 (6): 333-6.

**30-Hiki N, Takishita Y, Kubota K, Tsugi E, Yamaguchi H, Shimizu N, Imamura K, Shimagama S, Mafune K, Kaminishi M.**

A seasonal variation in the onset of postoperative adhesive small bowel obstruction is related to changes in the climate.

Dig Liver Dis 2004; 36 (2): 125-9.

**31-Duron JJ, Silva NJ, Du Monteel ST, Berger A, Muscari F, Hennet H, Veijrieres M, Hay JM.**

Adhesive postoperative small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a multicenter prospective study.

Ann Surg 2006; 244 (5): 750-7.

**32-Bensaad S.**

Volvulus du sigmoïde dans le service de chirurgie A au C.H.U

HASSAN II de Fès.

Thèse Med. , Maroc, 2006, 77p

**33-Dr BASSAID S, DJELLOULI N.**

Syndrome occlusif au service de chirurgie A au C.H.U TLEMEN.

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE. Alger 2014 ; 71P

**34-Belkhat R, Rabani K, Louzi A, Finnech, El Idrissi H.**

La sigmoïdectomie à froid dans le traitement du volvulus du sigmoïde par voie élective.

Ilius 2005 ; N°25.

**35-Suri S, Gupta S, Sudhakar FJ, Venkataramu NK, Sood B, Wig JP.**

Comparative evaluation of plain films ultrasound and computer training in the diagnosis of intestinal obstruction.

Acta Rad Chand India 1999; 40 (4): 422-8.

**36- Boubacar Bréhima Dembélé**

Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes (Mali) n° 243 ; 61p.



# ANNEXES

## **Annexes**



## Occlusions intestinales aiguës

### FICHE D'ENQUETE :

#### A- Identification

1- Nom : .....

2- Prénom : .....

3- Sexe : 1=masculin 2=féminin

4- Age : .....

5- Profession : /\_\_/ 1=fonctionnaire 2=ouvrier 3=cultivateur

4=commerçant

5=ménagère 6=Scolaire 7=indéterminé 8=autre

Si autre préciser : .....

6- Adresse ou téléphone : .....

7- Durée d'évolution de la maladie (avant hospitalisation) : /\_\_/ 1=0 –

1jour, 2=2– 3jours, 3=4 – 7jours, 4=8 – 12 jours

8- Durée d'hospitalisation préopératoire : .....

9- Durée d'hospitalisation post-opératoire : .....

#### **B-Antécédents:**

➤ Médicaux : /\_\_/

1=constipation 2=sub-occlusion 3=ulcère gastroduodéal

4=ictère 5=asthme 6=diarrhée

7=hta 8=diabète 9=hernie

10=autre

Si autre préciser : .....

➤ **Chirurgicaux :**

Malade opéré de l'abdomen : /\_\_/ 1=oui 2=non

Si oui, préciser le diagnostic: .....

Traitement reçu avant la venue au service : /\_\_/

1=antalgique 2=antibiotique 3=anti-

inflammatoire 4=antiparasitaire 5=neuroleptique 6=laxatif 7=anticoagulant 8=in  
déterminé

9=autre

Si autre préciser : .....

#### **C- Clinique**



### **C.1- Signes fonctionnels :**

1- Douleur : /\_\_/ 1=oui 2= non, si oui type : /\_\_/ 1- piqûre 2-torsion  
3-écrasement 4- brûlure5-pesanteur 6-crampe 7-indéterminé

2- Vomissements : /\_\_/ 1=oui 2=non, si oui nature : /\_\_/ 1- suc  
gastrique 2- alimentaire 3-bilieux4-fécaloïde 5-hématique 6=indéterminé,

Son horaire : /\_\_/ 1- spontané 2-post-prandial précoce3- postprandial  
tardif4-indéterminé

3- Arrêt matières : /\_\_/ 1=oui 2= non, si oui durée : /\_\_/ 1/ - de  
24h2/24-48h 3 /48-72H4/ + de 72h5/ indéterminée

4- Arrêt des gaz : /\_\_/ 1 =oui2 =non

### **C.2- Signes physiques :**

➤ A l'inspection :

1- Météorisme : /\_\_/ 1=oui2=non

2-Symétrie : /\_\_/ 1=oui 2=non 3= indéterminé

3- Respiration thoraco- abdominale : /\_\_/ 1= oui2=non

4- Cicatrice de laparotomie : /\_\_/ 1= oui2 =non

5- Siège : /\_\_/ 1= xypho-suspubienne2=médiane sus ombilicale3=médiane  
sous ombilicale 4= inguinale G5=inguinale D 6=inguinale bilatérale7=oblique  
au point de McBurney 8=Curviligne suprapubienne9= péri-ombilicale 10=  
indéterminé 11= autre

Si autre, préciser :.....

6- Péristaltisme : /\_\_/ 1=oui 2=non 3=indéterminé

➤ A la palpation :

1- Etat de l'abdomen: /\_\_/ 1=contracture 2=défense 3=souple

2-Siège : /\_\_/ 1=hypochondre G2= hypochondre D 3=épigastre4=ombilic  
5=Flanc G6= flanc D 7= hypogastre 8= FIG9= FID 10= diffus 11= 5+8 12=  
11+1 13=9+614= 13+2 15= indéterminé 16=autre

Si autre, préciser :.....

3- Orifices herniaires : /\_\_/ 1=libres2= hernie libre3 =hernie étranglée 4=  
indéterminé

4- Topographie : /\_\_/ 1=ombilicale 2 = inguinale D 3=inguinale

G4=épigastrique 5= ventrale latéral (spiegel) 6= fémorale7= interne 8= autre  
9=indéterminé



Si autre, préciser :.....

5- TV : /\_/ 1=fait 2= non fait si fait ;

5.1 - Col utérin :

Position : /\_/ antéversé =1 médian=2rétroversé=34=dévié à G5=dévié à D  
6=indéterminé

Consistance : /\_/ 1=cartilagineuse 2= dure3=indéterminée

Contours : /\_/ 1=réguliers 2=irréguliers3=indéterminés

Col mobile : /\_/ 1=oui 2=non3= indéterminé

Mobilisation douloureuse : /\_/ 1=oui 2=non3=indéterminé

Orifice externe : /\_/ 1=ouvert 2=fermé3= indéterminé

5.2- Culs de sac vaginaux : /\_/ 1=vides2=comblés 3=indéterminé

5.3 - Annexes : /\_/ 1=perceptibles2=non perceptibles 3=indéterminé

6- TR : /\_/ 1=fait2= non fait si fait ;

Sphincter : /\_/ 1=hypotonique 2= normotonique3=hypertonique

4=indéterminé

Ampoule rectale : /\_/ 1=vide2=fécès3=masse palpable4=indéterminé

Prostate hypertrophiée : /\_/ oui=1 non=23=indéterminé

Cul de sac de Douglas perceptible : /\_/ 1=oui2= non3=indéterminé

Douleur : /\_/ 1=oui2=non 3=indéterminé

Au retrait du doigtier: /\_/ 1=selles2= sang 3=pus4=rien 5=indéterminé

➤ A l'auscultation : /\_/ 1=fait2= non faite si faite

Résultat : /\_/ 1=borborygmes 2= silence

➤ A la percussion : /\_/ 1= faite 2= non faite si faite

Tympanisme : /\_/ 1= oui2= non3 =indéterminé

### **C.3- Signes généraux :**

1=amaigrissement : /\_/ 1=oui 2=non

2=asthénie: /\_/ 1=oui 2=non

3=dyspnée: /\_/ 1=oui 2=non

4=fièvre: /\_/ 1=oui 2=non

5=frissons: /\_/ 1=oui 2=non

6=ictère: /\_/ 1=oui 2=non

7=sueurs froides: /\_/ 1=oui 2=non

Si autre préciser :.....



## **D- Examens para cliniques**

1-ASP : /\_\_/ 1= faite 2= non faite si faite Résultat : /\_\_/ 1=normale  
2=niveaux hydroaériques + haut que large 3=grisaille diffuse 4=niveaux  
hydroaériques + large que haut 5=pneumopéritoine 6= aérobilie 7=distension  
intestinale diffuse 8=indéterminé

Si autre préciser :.....

2- Echographie : /\_\_/ 1=faite 2= non faite si faite résultat : /\_\_/  
1=normale 2=adénopathie 3=calcul biliaire 4=masse utérine 5=masse  
annexielle 6=ascite

7=pathologie rénale 8=pathologie hépatique 9=indéterminé

Si autre ou si anomalie, préciser :.....

3- Autres examens complémentaires : /\_\_/ 1= oui 2=non si oui précisé  
avec résultats.....

## **E- Diagnostic**

1- Diagnostic préopératoire :.....

2 -Diagnostic peropératoire :.....

3- Spécifications :

3.1- Siège : /\_\_/ 1=grêle 2= colon 3=1+2

3.2 - Mécanisme: fonctionnel= /\_\_/ 1 strangulation=2obstruction=3

3.3 - Etiologie : /\_\_/

1= bride-adhérence 2=hernie étranglée 3= volvulus du sigmoïde

4=volvulus du caecum 5=tumeur colique 6= péritonite

7=appendicite 8= médicamenteuse 9= sigmoïdite

10= autre si autre préciser :.....

## **F- Traitement**

1- Médical :

➤ en préopératoire : /\_\_/ 1=rien 2=SNG 3=ReH<sub>2</sub>O 4=ATB

5=2+3 6=2+4 7=3+4 8= 5+4 9=indéterminé 10=autre

Si autre préciser :.....

➤ en peropératoire : /\_\_/ 1=rien 2=SNG 3=ReH<sub>2</sub>O 4=ATB 5=2+3

6=2+4 7=3+4 8= 2+3+4 9=indéterminé

Si autre préciser :.....

➤ en postopératoire :

\*J1-J3 : /\_\_/ 1=rien 2=SNG 3=ReH2O 4=ATB 5=2+3 6=2+4 7=3+4 8= 2+3+4  
9=indéterminé Si autre préciser :.....

2- Chirurgical :

a - opérateur : /\_\_/ 1=Professeur 2= Assistant 3=C.E.S4=médecin  
5= indéterminé 6= autre si autre préciser :.....

b -état de l'anse : /\_\_/ 1= saine 2=inflammatoire 3=  
nécrosée 4=indéterminé

c- technique opératoire :.....

-voies d'abord : /\_\_/ 1= sus-ombilicale 2=sous-ombilicale

-geste : /\_\_/

1= résection intestinale + anastomose 2=résection intestinale+dérivation

3= adhésiolyse 4=bassini 5=schouldice

6=autre 7= indéterminé

Si autre, préciser :.....

d- complications peropératoires : 1=aucune 2=hémorragie

3= perforation digestive 4= décès 5= autre

6= indéterminé

Si autre, préciser :.....

e- suites opératoires

\* suites opératoires immédiates : /\_\_/ 1= simples 2=hémorragie

3=infection 4=éviscération 5=fistule digestive 6=décès :

7=récidive

8=autre si autre préciser :.....

Reprise du transit: /\_\_/ 1=J2 2=J3 J4

Si autre préciser :.....



# FICHE

# SIGNALETIQUE

**Fiche Signalétique :**

**Nom :** KONE



**Prénom :** Lassina

**Titre de la thèse :** Occlusions intestinales aiguës mécaniques : Aspects diagnostiques et thérapeutiques au centre de santé de référence de Bougouni.

**Secteur d'intérêt :** Chirurgie viscérale.

**Pays :** Mali

**Ville de soutenance :** Bamako

**Année de soutenance :** 2017

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**RESUME :**

Vue l'ampleur et la gravité de l'occlusion intestinale, nous avons initié cette étude pour faire le point sur l'occlusion intestinale au service de chirurgie du Centre de Santé de Référence de Bougouni. Aucune étude n'avait été menée sur le sujet dans le dit centre.

Les objectifs étaient déterminés la fréquence des occlusions intestinales aiguës mécaniques au CSRéf de Bougouni. Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques. Déterminer les différentes étiologies. Déterminer la mortalité liée à cette pathologie.

Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective allant du 1<sup>er</sup> Mai 2015 au 31 Mai 2016 soit une période de 12 Mois.

Il s'agissait de 36 patients de sexe masculin et 6 de sexe féminin (sex-ratio=6)

L'âge moyen était de 32,83 ans avec des extrêmes allant de 1an et 79 ans et un Ecart-type de 19,64.

Les signes cliniques étaient dominés par : la douleur abdominale (92,9 % de cas), les vomissements (90,5% de cas), l'arrêt des matières (97,6 %), l'arrêt des gaz (83,3 %) et le météorisme (57,1 %).

Plus de la moitié des patients ont bénéficié de la radiographie d'abdomen sans préparation (Rx-ASP) qui a été l'examen para clinique le plus sollicité.

Sur le plan étiologique, les principales causes retrouvées en peropératoire ont été : brides et adhérence (42,9 %), occlusion post-opératoire (9,5%), hernie étranglée (7,1%), volvulus du sigmoïde (23,8 %), tumeur rectal (2,4%)

invagination intestinale aiguë (7,1 %), volvulus du grêle (2,4 %) et fécalome (4,8 %).

L'adhésiolysé a été le geste le plus pratiqué (42,9 %).

La morbidité des suites immédiates était de 17 % et la mortalité était de 7,3 %.

Cette mortalité élevée est attribuée à l'ignorance des signes de gravités, le recours tardif aux structures hospitalières et des moyens financiers limités des patients.

Mots clés : Occlusion intestinale aiguë mécanique, chirurgie, CSRéf Bougouni.

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples,

Devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

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

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

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