

Ministère des enseignements secondaire  
Supérieur et de la recherche scientifique

République du Mali  
Un Peuple - Un But - Une Foi



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

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



Année universitaire 2016- 2017

N° :.....

# THESE

## **URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CSREF DE LA COMMUNE I**

Présentée et soutenue publiquement le 14 / 10 / 2017 par :

**M. Yacouba FANE**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLÔME D'ETAT)

Président du Jury : Pr TRAORE Alhassane

Membre du Jury : Dr KEITA Bakary

Co-Directeur de Thèse : Docteur TOUNKARA Cheickna

Directeur de Thèse : Professeur DEMBELE Bakary Tientigui

## DEDICACES

Toutes les louanges reviennent à Allah, nous Le louons et demandons Son aide et nous cherchons refuge en Lui contre nos propres maux et contre nos mauvaises actions ; celui qu'Allah guide personne ne peut l'égarer et celui qu'Allah égare personne ne peut le guider.

J'atteste qu'il n'y a de divinité adorée avec vérité qu'Allah, Lui Seul : Il n'a aucun associé, et j'atteste que Mohammad (صلى الله عليه وسلم) est Son serviteur et Son Messenger.

La (traduction du sens de la) parole d'Allah dit :

"Ô les croyants ! Craignez Allah comme Il doit être craint. Et ne mourez qu'en pleine soumission."

[Âli 'Imrân : 3 : 102]

La (traduction du sens de la) parole d'Allah dit :

"Ô Hommes ! Craignez votre Seigneur qui vous a créés d'un seul être, et a créé de celui-ci son épouse, et qui de ces deux-là a fait répandre (sur la terre) beaucoup d'hommes et de femmes. Craignez Allah au Nom duquel vous vous implorez les uns les autres, et craignez Allah de rompre les liens du sang. Certes Allah vous observe parfaitement."

[An-Nisâ : 4 : 1]

La (traduction du sens de la) parole d'Allah dit :

"Ô vous qui croyez ! Craignez Allah et parlez avec droiture, afin qu'Il améliore vos actions et vous pardonne vos péchés. Quiconque obéit à Allah et à Son messager obtient certes une grande réussite."

[Al-Ahzâb : 33 : 71-72]

Ensuite :

La meilleure parole est la parole d'Allah et la meilleure guidance est la guidance de Mohammad (صلى الله عليه وسلم). Les pires choses sont celles qui sont inventées (dans la Religion), et toutes les choses inventées (dans la Religion), sont des innovations (religieuses), et toutes les innovations (religieuses) sont des égarements, et tous les égarements sont en Enfer.

Ceci étant dit :

### **Je dédie ce travail à :**

#### **➤ Mon père Feu Balla FANE**

Cher Père, ce travail est le tien. Tu as cru en moi et tu n'as ménagé aucun effort pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

Tu m'as guidé dans mes premiers pas, tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de l'humilité, de la morale, de la justice et du pardon.

Tu as été toujours un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et pour toute la famille.

Trouve dans cette œuvre l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Tes prières ne m'ont jamais fait défaut ainsi que tes encouragements, ton soutien moral, affectif et matériel.

Merci du fond du cœur car tu as été la clé de ma réussite. Que le Seigneur tout puissant Allah t'accueille dans son paradis, que t'on âme repose en paix.

➤ **Ma mère Djénèba COULIBALY**

Très chère Maman, tu incarnes pour moi l'affection d'une mère dévouée, courageuse et tolérante. Ton amour pour nous, ta grande générosité et ton sens du pardon m'ont toujours impressionné.

Je ne saurais oublier cette chaleur maternelle et les mots me manquent pour te qualifier et t'exprimer tout l'amour et l'admiration que je te porte.

Tout le mérite de ce travail est aussi le tien. Merci pour tes bénédictions, tes prières quotidiennes et tous les sacrifices consentis pour tes enfants ainsi que pour toute la famille.

Que le seigneur tout puissant te bénisse t'accorde une longue vie dans la paix et dans la plus grande santé.

➤ **Mes Frères et Sœurs** : Boureïma, Dramane, Djakaridia, Abdoul Aziz, Djélika et Aïcha.

Chers frères et sœurs merci pour vos soutiens, vos affections et respect à mon égard. Que le bon Dieu me donne le courage d'être reconnaissant envers vous, qu'il soit le garant de notre fraternité.

➤ **Tous les membres de la grande famille FANE**

L'union, la complicité et la joie de vivre qui ont toujours existé dans notre famille m'ont permis de faire naître ce modeste travail. En nous voyant, le mot fraternité

prend tout son sens, puisse ALLAH nous garder encore pendant longtemps dans l'union et la compassion. Ces quelques lignes sont insuffisants pour vous exprimer mon attachement et mon amour soyez en remercier pour tout ce que vous avez fait et continu à faire pour moi.

- **Ma femme et tous les membres de ma belle famille**
- **Mon ami Youssouf Mariko**

Cher ami, tu es pour moi plus qu'un ami. Je te remercie pour tout ce que tu fais pour l'élaboration de ce document. Mon Père ce travail est le vôtre, prends-le.

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus sincères vont :

➤ **Aux Spécialistes en Chirurgie générale :**

Nos Maîtres Dr Cheickna TOUNKARA, Dr Modibo SANOGO, Dr Issaka DIARRA.

Merci chers Maîtres de m'avoir fait confiance, vos patiences et vos indulgences à mon égard m'ont beaucoup marqué. Prions Dieu pour qu'il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

➤ **Au service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré :**

Pr G. DIALLO, Pr Bakary T. DEMBELE, Pr Adégné TOGO, Pr Alassane TRAORE, Pr Lassana KANTE, Dr DIAKITE, Dr Moussa SAMAKE, Dr BAH.

Merci chers Maîtres de m'avoir fait confiance. Prions Dieu pour qu'il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

➤ **Aux personnels d'anesthésie réanimation :**

Dr Modibo TOGOLA, Dr KEITA, Major SOW, Mon père SAMAKE, Tanti Oumou, Younoussa DIALLO

Je vous remercie très sincèrement pour l'accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

➤ **Aux étudiants thésards du service de chirurgie générale :**

Mama SIMPARA, Yaya DIARRA, Mohamed Hassim DIARRA merci pour la fraternité.

**Aux médecins et DES du service :** Dr Lamine DEMBELE, Dr Bambaké DEMBELE, Dr Bessy SAMAKE, Dr Oumar MALLE

Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement, l'accompagnement et le respect.

➤ **Aux cadets du service :** Dramane CISSE, Bakary DRAME, Koniba

FOFANA, Aliou CISSE, KONATE, MAIGA, KONATE, TRAORE, COULIBALY, DIRRA et KASSOGUE.

Le chemin est encore long mais seul le courage et l'abnégation permettent d'atteindre le bout ; merci pour le respect.

➤ **Aux personnels infirmiers :** Youssouf COULIBALY, Boubacar TRAORE,

Mariam Aba CISSE, Aicha THIAMA, Assan SANGARE, Fatoumata COULIBALY, Fatoumata TOURE, Niagalé DIAOUNE, Niélé TRAORE, Ana DICKO, Ramata KORERA, Mariam COULIBALY

Merci d'avoir assuré les soins des patients.

➤ **Aux personnels du bloc opératoire :**

Major Moussa COULIBALY, Yacouba COULIBALY, Papa DIALLO, Mamoutou POUDIOUGOU, NIANG, Thiékoro. Merci pour votre compassion.

➤ **Tous les membres de la famille DIARRA au point G.**

Mes sincères remerciements.

➤ **Tous les étudiants de la FMOS/FAPH,** bon courage et bonne chance.

➤ **Tout le personnel de la clinique NOUR**

➤ **Tout le personnel de la clinique WASSA**

➤ **Tous ceux qui, de près ou de loin, ont œuvré pour notre formation et l'élaboration de ce travail.**

## HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

### A notre maître et président du jury

#### **Pr Alhassane TRAORE**

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

#### **Cher Maître,**

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré de tous. Vous êtes un modèle pour nous étudiant de cette faculté.*

*Veillez agréer cher maître l'expression de notre attachement indéfectible.*

### A notre maître et juge

#### **Dr KEITA Bakary**

- Spécialiste en anesthésie réanimation,
- Praticien au service d'anesthésie réanimation au CSRéf CI,

Cher maître,

*La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail ne nous a guère surpris.*

*Votre rigueur dans le travail, votre professionnalisme, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un praticien exemplaire.*

*Veillez recevoir, cher maître, l'expression de nos sincères remerciements.*

### **A notre maître et co-directeur de Thèse**

#### **Dr Cheickna TOUNKARA**

- Spécialiste en chirurgie générale,
- Praticien au CSRéf CI,
- Chef de service de chirurgie générale au CSRéf CI,
- Secrétaire général du syndicat de la santé de la commune I,
- Membre actif du bureau national du syndicat de la santé.
- Attachée de recherche au ministère de l'enseignement et de la recherche scientifique

Cher Maître,

*Votre rigueur scientifique, votre abord facile, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Cher Maître, soyez rassuré de toute notre profonde reconnaissance.*

### **A notre Maître et Directeur de Thèse**

#### **Pr Bakary Tientigui DEMBELE**

- Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS,
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,
- Chargé de cours à l'institut National de Formation en Science de Santé,
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHIMA),
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone.

Cher maître,

*Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous pour effectuer ce travail. Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique force le respect et l'admiration de tous.*

*Vous nous avez impressionné tout au long de ces années d'apprentissage, par la pédagogie et l'humilité dont vous faites preuves.*

*C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous d'être compté parmi vos élèves. Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude. Que Dieu vous donne longue et heureuse vie.*

## TABLE DES MATIERES :

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>XI</b>
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>II. OBJECTIFS .....</b>	<b>3</b>
1. Objectif général : .....	3
2. Objectifs spécifiques : .....	3
<b>III. GENERALITES.....</b>	<b>4</b>
1. Rappels anatomique de l'appareil digestif (figure 1) [10].....	4
2. Les urgences chirurgicales digestives.....	10
3. Les occlusions intestinales aiguës [13].....	27
<b>IV. METHODOLOGIE.....</b>	<b>35</b>
1. Type et période d'étude : .....	35
2. Cadre d'étude : .....	35
<b>V. RESULTATS.....</b>	<b>38</b>
<b>VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>47</b>
1. Méthodologie : .....	47
2. Fréquence : .....	47
3. Age : .....	48
4. Sexe : .....	48
5. Activité professionnelle : .....	48
6. Mode d'admission : .....	48
7. L'examen clinique : .....	48
8. Fréquence des principales étiologies .....	49
9. Suites opératoires .....	51
<b>VII. CONCLUSION .....</b>	<b>53</b>
<b>VIII. RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>54</b>
<b>IX. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>55</b>
<b>X. ANNEXES.....</b>	<b>59</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

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

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

## I. INTRODUCTION

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

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

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

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

L'abdomen aigu est constitué par un ensemble des signes évoquant une urgence chirurgicale.

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

L'urgence chirurgicale exige non seulement un diagnostic de présomption exact, mais aussi une intervention chirurgicale sans faille. Elle constitue une

préoccupation pour le chirurgien par sa fréquence et sa prise en charge qui est souvent multidisciplinaire.

Le pronostic des urgences chirurgicales est grave [6].

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

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

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

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

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

Etudier les urgences chirurgicales digestives au CS Réf C I de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques
- Analyser les résultats du traitement

### **III. GENERALITES**

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

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

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

Il comprend les éléments parmi lesquels :

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

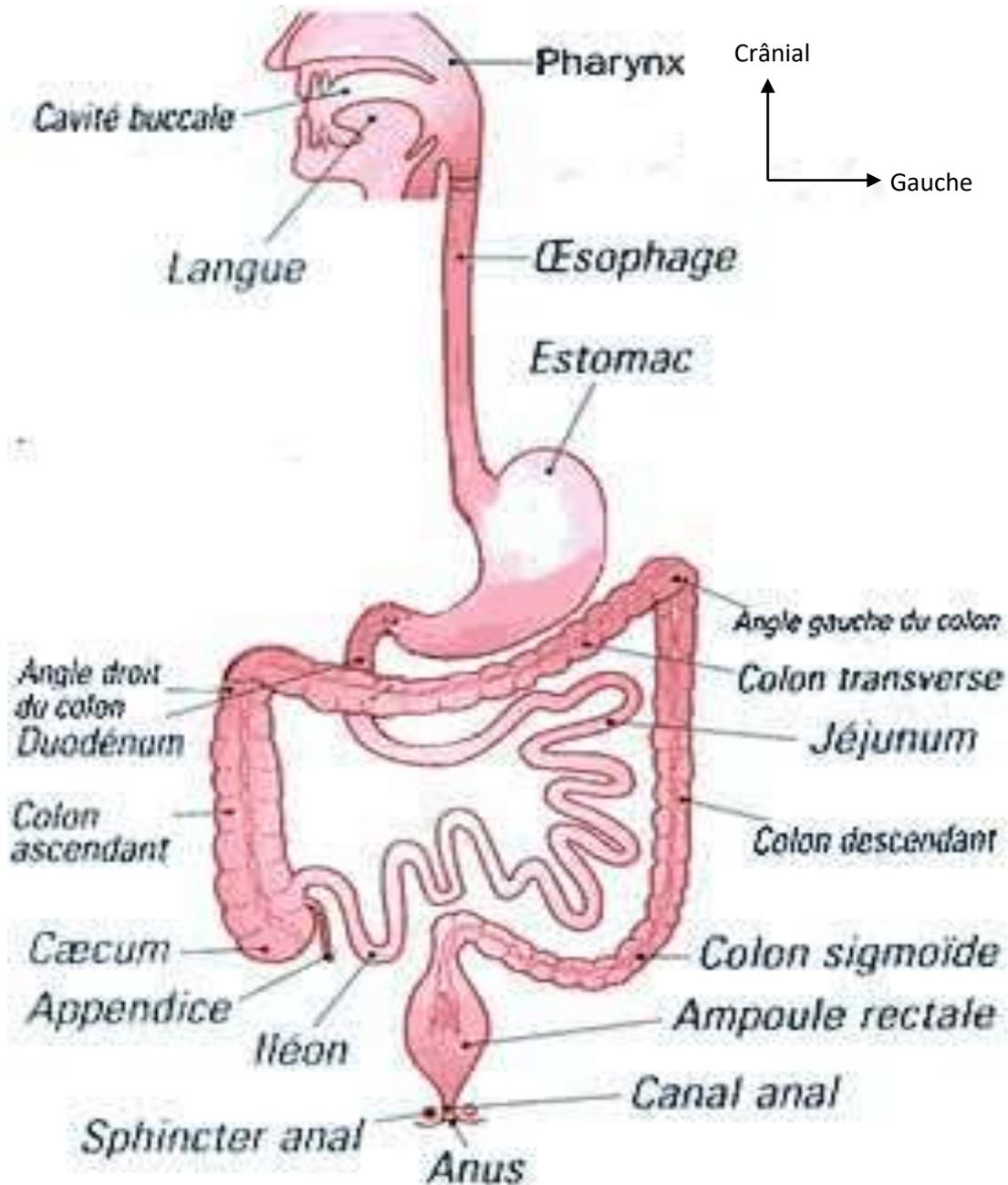


Figure 1 : appareil digestif

### 1.1. L'œsophage

Il constitue la première partie du tube digestif. C'est un conduit musculomembraneux de 25cm environ qui s'étend du pharynx à l'estomac dans lequel il véhicule les aliments. Il traverse successivement la partie inférieure du cou, le thorax et la partie supérieure de la cavité abdominale. Au cours de son trajet, il est situé juste devant la colonne vertébrale dans sa portion

thoracique. Il passe derrière l'oreillette gauche, expliquant le retentissement cardiaque de certaines lésions œsophagiennes et la dysphagie dans certaines cardiopathies.

## 1.2. L'estomac

C'est un réservoir musculéux interposé entre l'œsophage et le duodénum.

Il est situé au-dessous du diaphragme dans la cavité abdominale où il occupe l'hypochondre gauche et une partie de l'épigastre. L'orifice d'entrée est le cardia ou orifice cardinal au niveau duquel se trouve un système anti reflux formant l'angle de HISS.

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

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

Dans la cavité gastrique se passe un temps important de la digestion sous l'action d'un double phénomène : mécanique dû aux contractions des muscles de l'estomac (péristaltisme) et chimique dû au suc gastrique sécrété par les glandes.

Ces deux phénomènes aboutissent à la formation du chyme.

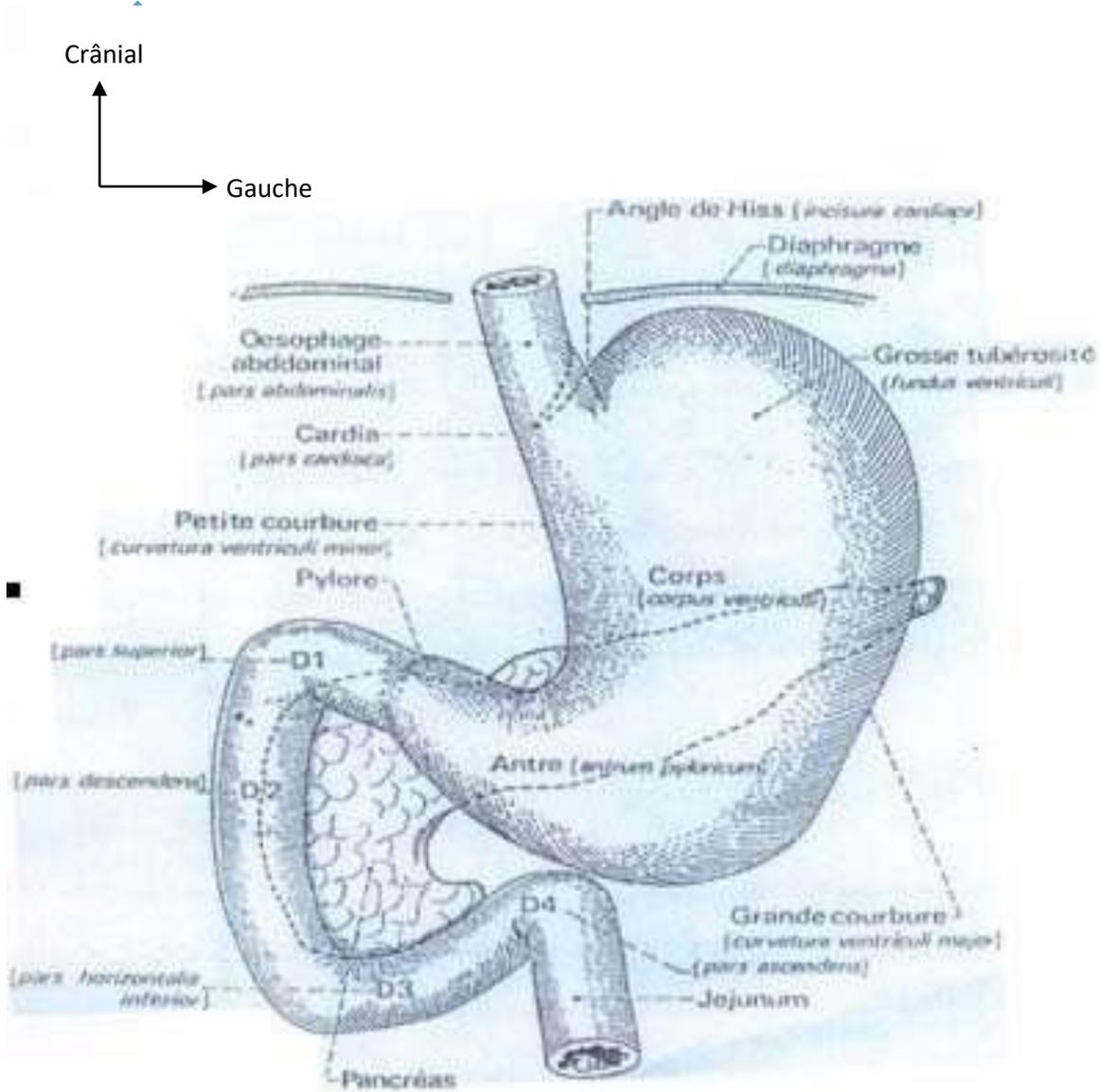


Figure 2 : estomac, duodénum [10]

### 1.3. L'intestin grêle

C'est un tube cylindrique, musculo-membraneux, qui unit l'estomac et le colon. Il est séparé de l'estomac par le sphincter pylorique. Sa limite inférieure est marquée par un sillon (sillon iléo – caecal) et une valvule iléo – caecale (valvule de Bauhin).

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

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

### **1.3.2. Le jéjuno – iléon**

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

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

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

### **1.4. Colon – rectum – canal anal**

C'est la partie terminale du tube digestif. Le colon fait suite dans la fosse iliaque droite à l'iléon. Il présente à ce niveau un cul de sac ou caecum auquel est appendu l'appendice puis traverse tout l'abdomen décrivant une grande boucle à concavité inférieure. Il comprend successivement le colon ascendant, le colon transverse, le colon descendant dans la fosse iliaque gauche (colon sigmoïde) puis descend dans le petit bassin où il présente une portion dilatée (rectum) puis il traverse le plancher du périnée et s'ouvre à l'extérieur par le canal anal. Sa longueur moyenne est de 1,5m.

## **1.5. Glandes Annexes**

### **1.5.1. Foie**

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

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

### **1.5.2. Pancréas**

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



### 2.1.2. Physiopathologie

Une hernie non compliquée est indolore (elle entraîne tout au plus un simple gêne) et son contenu est facilement repoussé dans l'abdomen par simple pression.

Parfois, au décours d'un effort par exemple, la hernie n'est plus réductible par les manœuvres habituelles. Le collet de la hernie est devenu trop étroit et constitue un anneau d'étranglement rigide qui empêche la réduction, comprime le viscère incarcéré et compromet sa vascularisation (d'abord le retour veineux puis la vascularisation artérielle).

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

Cet étranglement a plusieurs conséquences :

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

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

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

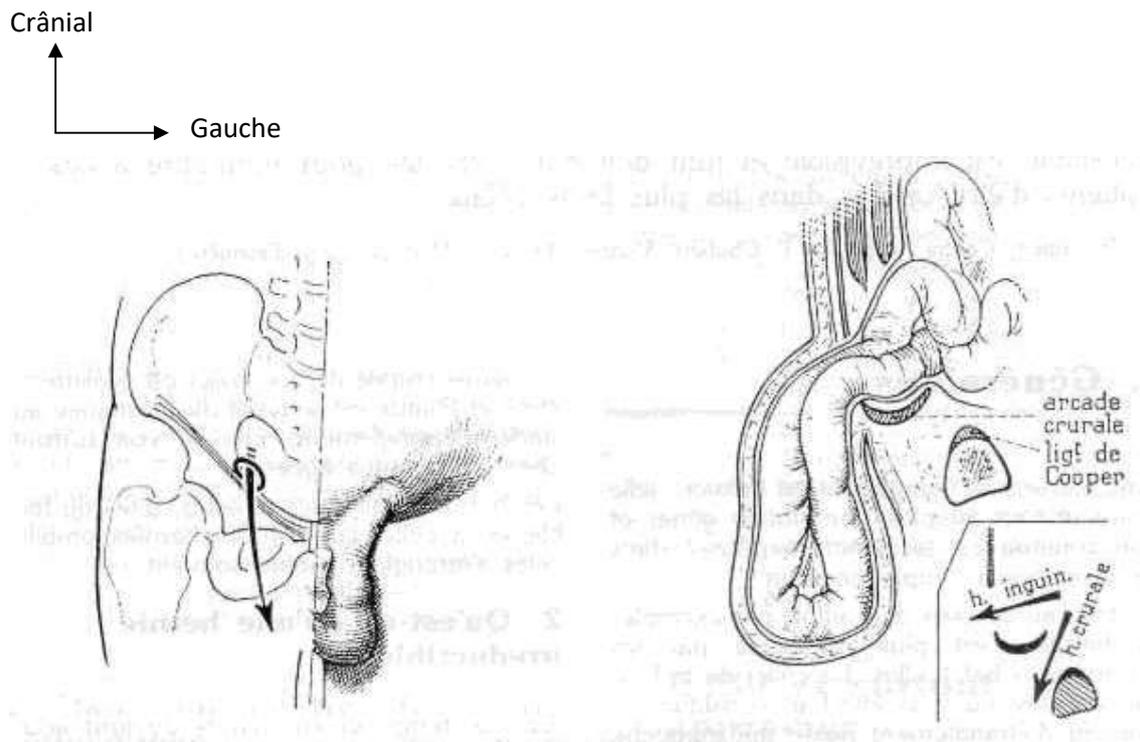


Figure 4 : Hernie étranglée

Ce sont surtout les hernies inguinales congénitales, dites encore obliques externes. Elles sont de loin les plus fréquentes, notamment en Afrique surtout chez l'enfant et l'adulte jeune. Elles traversent la paroi abdominale en suivant le canal inguinal et leur collet est étroit, d'où le risque d'étranglement.

La hernie crurale dont le collet est également étroit et fibreux est souvent diagnostiquée au stade d'étranglement. Elle se voit surtout chez les femmes âgées.

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

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

Avec le temps et en dehors de tout accident aigu et douloureux, la hernie devient progressivement irréductible, du fait de son volume et des adhérences qui se créent au sein d'un sac épaissi et remanié. La hernie reste cependant peu

douloureuse et n'est pas étranglée. Le risque d'étranglement et d'occlusion à bas bruit est cependant élevé et l'intervention s'impose dans un délai bref.

### **2.1.3. Signes cliniques**

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

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

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

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

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

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

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

L'évolution en l'absence de traitement chirurgical peut se faire vers la mort.

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

### **2.1.4. Formes cliniques**

Trois variétés évolutives sont à retenir :

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

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

Syndrome hyper algique, vomissement fécaloïdes précoces, signes toxiinfectieux.

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

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

Ces aspects sont rares dans les hernies inguinales étranglées.

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

Elles se voient au cours des étranglements peu serrés.

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

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

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

### **2.1.5. Les examens complémentaires :**

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

- L'échographie : Elle montre un épaissement de la paroi intestinale et une stase liquidienne dans le segment intestinal étranglé.

- Les examens biologiques : l'hématocrite, la numération globulaire donnent la mesure de l'hémoconcentration
- L'ionogramme précise le degré de perturbation électrolytique, l'hypo chlorémie est la plus importante modification et la plus facile à compenser.

### **2.1.6. Diagnostic positif**

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

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

### **2.1.7. Diagnostic différentiel**

#### **a. La péritonite herniaire**

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

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

#### **b. L'engouement herniaire**

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

#### **c. Les adénites inguinales**

Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile

#### **d. Les anévrysmes de l'artère iliaque externe**

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

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

- lever la striction ;
- faire le bilan et la réparation des lésions viscérales ;
- prévenir les récidiive.

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

- Complications per opératoires :
  - compression ou lésion des vaisseaux fémoraux (surtout de la veine fémorale) ;
  - lésion d'une corne vésicale, de l'artère épigastrique inférieure lors des manœuvres d'agrandissement de l'incision d'inguinotomie.

- complications postopératoires :

Elles sont les plus fréquentes :

- hématome au niveau de la plaie opératoire ;
- œdème des bourses par lésion des veines et vaisseaux lymphatiques
- infection de paroi ou abcès profond ;
- lâchage de fil de suture des plans profonds ;
- occlusions intestinales fonctionnelles ou par prise d'une anse intestinale dans un nœud de suture ;
- les péritonites postopératoires ;
- fistule digestive ;
- névralgie inguinale.

## **2.2. Les péritonites aiguës [12]**

### **2.2.1. Définition**

Une péritonite est une inflammation aiguë de la séreuse péritonéale qui peut être soit généralisée à la grande cavité péritonéale (cas le plus fréquent et

aspect clinique le plus éloquent), soit localisée (loges sous phréniques, gouttières pariéto-coliques, Cul de Sac de Douglas)

### **2.2.2. Physiopathologie générale**

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

Il s'agit :

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

### **2.2.3. Formes cliniques**

#### **a) Les formes cliniques communes dites sthéniques de l'adulte jeune**

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

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

#### **b) Les formes asthéniques**

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

Schématiquement, on peut décrire deux tableaux : celui d'une occlusion fébrile, d'installation plus ou moins rapide et nette dans l'arrêt du transit et

dans l'évolution de la fièvre, et celui d'un choc toxi-infectieux inaugural. C'est le tableau de choc toxi-infectieux qui pose le plus souvent des problèmes diagnostiques. Les signes généraux dominent la symptomatologie, alors que l'examen physique est pauvre : douleur abdominale peu intense ou absente, contracture et défense rares, météorisme indolore, touchers pelviens peu démonstratifs.

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

#### **2.2.4. Etiologie**

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

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

#### **2.2.5. Traitement**

Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement trois temps :

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

Le traitement médical est double

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

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

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

Principes du traitement chirurgical

La chirurgie utilise deux grands moyens :

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

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

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

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

### **2.3. Les appendicites aiguës [13]**

#### **2.3.1. Définition**

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

#### **2.3.2. Epidémiologie**

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

#### **2.3.3. Etio-physiopathologie l'appendicite est due :**

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

#### **2.3.4. Anatomie Pathologie**

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

- L'appendicite catarrhale : elle correspond à une inflammation de l'appendice (appendice rouge).
- L'appendicite phlegmoneuse : c'est un appendice turgescent couvert de fausses membranes avec du pus dans sa lumière et une nécrose suppurée de sa paroi.
- L'appendicite gangréneuse : quand l'appendice est couvert de plages nécrotiques s'étendant parfois jusqu'au cæcum.
- L'abcès appendiculaire est une appendicite purulente avec du pus autour de l'appendice.

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

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

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

### **2.3.5. Etude clinique**

#### **a) Les signes fonctionnels :**

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

#### **b) Signes généraux :**

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

#### **c) Signes physiques**

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

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

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

#### **d) Signes para cliniques**

La Numération Formule Sanguine (NFS) montre une hyperleucocytose (1.500 à 20.000 GB/mm<sup>3</sup>) surtout à polynucléaires neutrophiles.

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

#### **e) L'évolution**

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

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

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

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

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans les formes typiques  
Signes physiques : la fosse iliaque droite est le siège d'une masse fluctuante douloureuse.

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

La NFS montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. L'évolution sans traitement se fait vers la perforation réalisant alors une péritonite généralisée.

### **2.3.7. Le plastron** (est une complication de l'appendicite catarrhale).

Il est souvent favorisé par une antibiothérapie abusive, fait au début de la crise d'appendicite.

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans le cas typique

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

Signes généraux : la température est à 38°C ou plus, le pouls est accéléré.

Signes paracliniques : La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydro-aériques.

L'évolution peut se faire vers la régression ou vers la péritonite.

### **2.3.8. La péritonite** (est une complication de l'appendicite catarrhale)

Signes généraux :

Température élevée à 40°C

Pouls accéléré

Signes physiques :

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

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

Signes paracliniques :

Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS.

La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydro-aériques.

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

### **2.3.9. Diagnostic différentiel :**

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

Les pathologies médicales les plus fréquemment évoquées sont :

Le paludisme : il est parfois caractérisé par :

- une douleur de tout le flanc droit
- une fièvre à 39-40°C avec des frissons
- des vomissements, sans arrêt des matières ni des gaz

Le toucher rectal et le toucher vaginal sont sans douleur

La goutte épaisse est souvent positive.

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

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

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

L'adénolymphite mésentérique :

Une inflammation des ganglions mésentériques sans atteinte de l'appendice l'examen clinique ne permet pas de la distinguer de l'appendicite à coup sûr. Il faut hospitaliser le malade et suivre l'évolution, soit faire une intervention exploratrice.

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

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

Mais les douleurs commencent dans la fosse lombaire, elles irradient dans la fosse iliaque droite et vont dans les organes génitaux externes et la racine de la cuisse. Elles sont paroxystiques. Il y a une pollakiurie, des brûlures mictionnelles. Il n'y a pas de défense de la fosse iliaque droite La NFS est normale. L'échographie montre la stase dans les voies urinaires voire le calcul. La pneumopathie de la base droite : peut faire penser à une appendicite quand elle se relève par des douleurs de flanc droit, la fièvre ; mais il y a une toux, des signes d'atteinte du poumon droit à l'examen.

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

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

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

Les pathologies chirurgicales :

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

Il faut savoir éliminer :

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

Chez le vieillard : un cancer du caecum

Chez l'enfant : un diverticule de Meckel

Chez la vieille femme : une lithiase vésiculaire

### **2.3.10. Formes cliniques**

#### **a) Formes selon le terrain**

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

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

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

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

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

L'appendicite de la femme enceinte est caractérisée par :

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

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

La pyélonéphrite est caractérisée par :

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

## **b) Formes selon le siège**

L'appendicite pelvienne :

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

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

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

L'appendicite sous-hépatique

Elle est caractérisée par :

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

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

Appendicite mésocoeliale caractérisée par :

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

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

### **2.3.11. Principe du traitement des appendicites aiguës**

Le seul traitement est l'appendicectomie.

#### **a) L'abcès appendiculaire nécessite :**

- une appendicectomie ;
- une antibiothérapie.

#### **b) La péritonite nécessite**

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

#### **c) Le plastron appendiculaire : Son traitement comporte :**

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

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

## **3. Les occlusions intestinales aiguës [13]**

### **3.1. Définition :**

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

### **3.2. Physiopathologie :**

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

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

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

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

Elle entraîne tôt des troubles ischémiques de l'intestin.

Dans les strangulations, la circulation est d'abord perturbée sur le retour veineux alors que l'artère continue à amener le sang dans la zone strangulée. Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ; d'où une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre hydro-électrolytique. La strangulation favorise la fermentation des matières dans l'intestin d'où production de gaz qui va s'accumuler à la partie supérieure de l'anse strangulée alors que le liquide reste à la partie inférieure. L'air et le liquide seront séparés par un niveau qui est toujours horizontal. A la radiographie, l'air sera perçu comme une image noire avec un niveau blanc (clair) horizontal inférieur.

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

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

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

### **3.3. Signes cliniques**

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

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

b) Les signes généraux sont caractérisés par :

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

c) Les signes physiques sont caractérisés par :

A l'inspection :

- un météorisme abdominal.
- Parfois, une cicatrice abdominale (qui fait suspecter l'étiologie)
- un péristaltisme qui traduit la lutte intestinale contre l'obstacle

A la palpation :

- une douleur provoquée dont le siège traduit la zone de souffrance de l'intestin
- une absence de contracture
- une tuméfaction qui n'est retrouvée que dans certains cas

A la percussion :

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

La présence et l'accentuation de bruits hydro-aériques

Aux touchers pelviens (Toucher Vaginal –Toucher Rectal) :

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

La palpation des orifices herniaires recherche une hernie étranglée.

### **3.4. Les signes paracliniques**

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

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

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

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

### **3.5. Formes cliniques**

a) En fonction du siège

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

### b) En fonction du mécanisme

L'occlusion par volvulus du sigmoïde est caractérisée par :

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

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

- des douleurs progressives continues
- une altération de l'état général avant l'occlusion
- une fièvre avec parfois une anémie

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

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

- **Chez le nouveau-né**, les occlusions les plus fréquentes sont pour le colon :  
L'imperforation anale : diagnostiquée à l'inspection du périnée à la naissance ;  
La maladie de Hirschprung;

L'immaturité du colon pour le grêle ;

Les brides par mal rotation de l'intestin qui entraînent souvent un volvulus.

- **Chez le nourrisson**, les causes les plus fréquentes sont :

-l'invagination intestinale aiguë ;

-maladie Hirschprung.

- **Chez l'enfant** les causes les plus fréquentes sont :

-le diverticule de Meckel ;

-l'appendicite ;

-l'invagination intestinale aiguë.

- **Chez l'adulte**, les causes les plus fréquentes sont :

-le volvulus du sigmoïde (surtout au Mali) ;

-le volvulus du grêle sur bride est provoqué par les séquelles de la laparotomie.

La présence de bride est presque toujours secondaire à une intervention chirurgicale antérieure.

- **Chez le vieillard** : les principales causes sont :

- le cancer du côlon qui est le plus fréquent ;
- le volvulus du sigmoïde ;
- l'appendicite du vieillard : c'est une occlusion fébrile avec douleurs dans la fosse iliaque droite ;
- l'iléus biliaire rare au Mali, plus fréquent en Europe ;
- les hernies internes (exceptionnelles).

Diagnostic différentiel avec les occlusions fonctionnelles.

Les occlusions fonctionnelles sont caractérisées par :

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

Signes Généraux : qui sont fonctions de la cause

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

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

### **3.6. Traitement des occlusions**

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

Le traitement médical :

Il consiste en

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

Le traitement chirurgical :

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

Pour le volvulus du sigmoïde il faut pratiquer en urgence :

- une laparotomie
- une détorsion du sigmoïde
- une sigmoïdectomie

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

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

- une laparotomie ;
- la section de la bride.

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

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

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

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

## **IV. METHODOLOGIE**

### **1. Type et période d'étude :**

Ce travail est une étude prospective allant de Janvier 2016 à Décembre 2016.

### **2. Cadre d'étude :**

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CS Réf CI du district de Bamako.

#### **2.1.Situation géographique :**

Le CS Réf CI est situé à Korofina Nord près de la mairie de la commune I.

Dans l'enceinte de l'établissement, le service de chirurgie est situé à deux niveaux :

- Le bureau des médecins, la salle de soins, la salle des internes et les salles d'hospitalisation situés dans le bloc d'hospitalisation à l'angle sud-est du centre.
- La petite chirurgie à l'entrée du centre au sud.

#### **2.2.Les locaux :**

Le service de chirurgie générale dispose d'une salle d'hospitalisation d'une capacité totale de 8 lits, de 3 bureaux pour les médecins, d'une salle de garde (pour internes et pour infirmiers), d'une salle de permanence (petite chirurgie), et d'un bloc opératoire. Le bloc opératoire situé au côté nord du centre en face du service de gynécologie et comprend deux salles d'opération (nommées salle septique et salle aseptique), une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil ou d'attente et deux bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CS Réf hormis la chirurgie ORL et d'Odontostomatologie

#### **2.3.Le personnel :**

- Le personnel permanent est composé de : 3 chirurgiens, 1 technicien supérieur en santé, 4 techniciens de santé, 2 aides-soignantes, 6 techniciens de surface ou manœuvres.
- Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards, des étudiants et infirmiers stagiaires.

#### **2.4. Les activités :**

Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions et les hospitalisations. Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes. Les staffs se tiennent les mardis et les vendredis. Les thésards sont répartis de telle sorte qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et l'hospitalisation.

#### **2.5. Echantillonnage :**

Nous avons recensé 200 patients pendant notre période d'étude, qui répondaient aux critères d'inclusion.

##### **➤ Critères d'inclusion :**

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

##### **➤ Critères de non inclusion :**

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

##### **➤ Supports :**

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

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « IBM SPSS Statistic » version 23, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « WORD » version 2016, et enfin le logiciel « ZOTERO » a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques. La comparaison des textes a été faite en utilisant le test statistique Chi<sup>2</sup>avec P significatif < 0,05.

## V. RESULTATS

Au cours de notre étude nous avons enregistré 200 cas d'urgences chirurgicales digestives sur un total de 850 consultations ; 570 interventions et 238 hospitalisations. En terme de pourcentage les urgences chirurgicales digestives ont représenté 23,53% des consultations ; 35,01% de l'ensemble des interventions et enfin 84,03% des hospitalisations dans le service.

**Tableau I : Répartition en fonction de la tranche d'âge**

Age	Fréquence	Pourcentage
15 - 29 ans	37	18,5
30 – 44 ans	111	55,5
45 - 59 ans	49	24,5
> 60 ans	3	1,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients, soit 55,5% avait un âge compris entre 30 - 44 ans. La moyenne d'âge a été 32,67 ans avec des extrêmes allant de 15 à 75 ans.

**Tableau II : Répartition en fonction de la profession**

Profession	Fréquence	Pourcentage
Commerçant	18	9
Cultivateur	15	7,5
Ouvrier	28	14
Etudiant/Elève	52	26
Ménagère	48	24
Autres	39	19,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

La profession élève/étudiant et ménagère étaient les plus représentées avec respectivement des taux de 26% et 24%.

**Tableau III : Répartition en fonction du sexe**

<b>Sexe</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Masculin	119	59,5
Féminin	81	40,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Le sexe masculin était le plus représenté avec un taux de 59,5% et un sex-ratio de 1,5.

**Tableau IV : Répartition en fonction du mode d'admission**

<b>Mode d'admission</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Référé	132	66
Venu de lui-même	68	34
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

66% de nos patients nous avaient été référés.

**Tableau V : Répartition en fonction des antécédents médicaux**

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
HTA	9	4,5
Diabète	1	0,5
Asthme	2	1
Drépanocytose	2	1
Autres	9	4,5
Aucun	169	84,5
Ulçère gastrique	8	4
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

84,5% des patients n'avaient aucun antécédent médical.

**Tableau VI : Répartition en fonction des antécédents chirurgicaux**

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Hernie inguinale	5	2,5
Occlusion intestinale	1	0,5
Césarienne	6	3
Autres	6	3
Aucun	182	91
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

91% des patients n'avaient aucun antécédent chirurgical.

Nb : autres concernaient 03 Appendicectomies, 02 kystectomies ovariennes, 01 Adénomectomie de la prostate.

**Tableau VII : Répartition en fonction des signes fonctionnels**

<b>Signes fonctionnels</b>	<b>Oui</b>		<b>Non</b>	
	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleur abdominale	184	92	16	8
Douleurs anales	16	8	184	92
Arrêt des matières et des gaz	6	3	194	97
Constipation	19	9,5	181	90,5
Diarrhée	5	2,5	195	97,5

La douleur abdominale était le signe fonctionnel le plus fréquent et était retrouvée chez 92% des patients.

**Tableau VIII : Répartition en fonction du type de la douleur**

Type de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Brûlure	31	15,5
Crampe	25	12,5
Picotement	44	22
Piqûre	100	50
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

50% des patients présentaient une douleur à type de piqûre.

**Tableau IX : Répartition en fonction du siège de la douleur**

Siège de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Hypochondre droit	1	0,5
Epigastre	8	4
Péri-ombilicale	9	4,5
Hypogastre	2	1
Fosse iliaque droite	142	71
Fosse iliaque gauche	1	0,5
Diffuse	19	9,5
Anale	16	8
Inguinale droite	1	0,5
Inguinale gauche	1	0,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

La douleur siégeait au niveau de la fosse iliaque droite dans 71% des cas.

**Tableau X : Répartition en fonction des signes physiques**

Signes physiques	Oui		Non	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Contractures abdominales	32	16	168	84
Défense abdominale	118	59	82	41
Douleur du Douglas	48	24	152	76

Les signes physiques étaient dominés par la défense abdominale, la douleur du douglas et les contractures abdominales avec respectivement des taux de 59%, 24%, et 16%.

**Tableau XI : Répartition en fonction des signes biologiques**

Signes biologiques	Oui		Non	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Hyperleucocytose	165	82,5	35	17,5
Widal positif	4	2	196	98

L'hyperleucocytose était le signe biologique le plus retrouvé avec un taux de 82,5%.

**Tableau XII : Répartition en fonction du diagnostic pré opératoire**

<b>Diagnostic pré opératoire</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Appendicite aiguë	118	59
Hernie étranglée	11	5,5
Péritonite	33	16,5
Occlusion intestinale	5	2,5
Thrombose hémorroïdaire	16	8
Plastron appendiculaire	12	6
Abcès appendiculaire	5	2,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

L'appendicite était le diagnostic le plus retenu en pré opératoire avec un taux de 59%.

**Tableau XIII : Répartition en fonction du diagnostic per opératoire**

<b>Diagnostic per opératoire</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Appendicite aiguë	118	59
Hernie étranglée	12	6
Péritonite	32	16
Occlusion intestinale	6	3
Thrombose hémorroïdaire	16	8
Plastron appendiculaire	12	6
Abcès appendiculaire	4	2
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

L'appendicite était le diagnostic le plus retenu en per opératoire dans 59% des cas.

**Tableau XIV : Répartition en fonction du délai de prise en charge**

<b>Délai de prise en charge</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
< 1Heure	147	73,5
1 - 1Heure 30mn	13	6,5
> 1Heure 30mn	40	20
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

73,5% des patients étaient pris en charge en moins d'une heure. Le délai moyen de prise en charge était de 58,95 min avec des extrêmes allant de 45 à 105 min et un écart type de 24,22.

**Tableau XV : Répartition en fonction du traitement chirurgical**

<b>Traitement chirurgical</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	188	94
Non	12	6
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Environ 94% des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

**Tableau XVI : Répartition en fonction de la technique chirurgicale utilisée**

<b>Technique chirurgicale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Adhésiolyse	4	2,1
Appendicectomie+enfouissement	120	63,8
Aspiration + Drainage	35	18,6
Cure herniaire	11	5,9
Hémorroïdectomie	16	8,5
Résection anastomose termino-terminale	2	1,1
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

L'appendicectomie plus enfouissement était la plus utilisée soit 63,8% des cas.

**Tableau XVII : Répartition en fonction de la durée du traitement chirurgical**

<b>Durée du traitement chirurgical</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
< 1h	150	75
1h - 1h 30mn	11	5,5
> 1h 30mn	27	13,5
Indéterminée	12	6
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

74,5% des patients ont été opérés tout au plus une heure. La durée moyenne était de 58,35 min avec des extrêmes allant de 45 à 105 min et un écart type de 24.

**Tableau XVIII : Répartition en fonction de la durée d'hospitalisation post-opératoire**

<b>Durée d'hospitalisation post-opératoire</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
0 – 3 jours	171	85,5
4 – 7jours	29	14,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

La durée d'hospitalisation n'a pas dépassé les 72heures soient 85,5% des cas.

**Tableau XIX : Répartition en fonction de la survenue de complications**

<b>Complications</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	8	4
Non	192	96
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

4% des cas ont présenté une complication post opératoire.

**Tableau XX : Répartition en fonction des différentes complications post opératoires**

<b>Type de complications post opératoire</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Décès	1	12,5
Fistules digestives	1	12,5
ISO	6	75
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

75% des complications post opératoires étaient des ISO.

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1. Méthodologie :

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

Cependant nous avons rencontré certaines difficultés à savoir :

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

### 2. Fréquence :

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

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test statistique
BERTHE I. D [9]	107	19,32	0,0049
HAROUNA [15]	475	25,60	0,0142
Notre étude	200	35,1	

Au cours de notre étude la chirurgie digestive d'urgence a représenté 35,1 % de l'ensemble des activités du service de chirurgie générale du C.S.Ref de la commune I de Bamako.

Des taux inférieurs ont été trouvés dans l'étude de BERTHE I. D [9] au Mali : 19,32 %.

Ce taux inférieur par rapport à celui de notre étude s'expliquerait par la difficulté de l'accès du CHU du Point G et aussi par le fait que notre aire de santé fait frontière avec la région de Koulikoro. Donc en plus de notre aire de santé nous recevons beaucoup de malades venant de Koulikoro

Au Niger HAROUNA Y [14] avait trouvé 25,60 %.

Ces données témoignent de l'importance des urgences chirurgicales.

### **3. Age :**

Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentée a été de 30 à 44 ans avec 55,5 %. Ce résultat est inférieur à celui de M. KONATE qui a trouvé dans sa série la même tranche d'âge élevé avec 70 % ( $P = 0,0031$ ) [3]. Cette différence pourrait être due à la taille de notre échantillon.

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

### **4. Sexe :**

Dans notre étude, le sexe masculin a été majoritaire soit 59,5 % avec un sex-ratio de 1,5.

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

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

### **5. Activité professionnelle :**

Dans notre étude, les élèves/étudiants, et les ménagères ont été majoritaires soit respectivement 26 % et 24 %. Cette situation n'a aucune valeur scientifique car les urgences chirurgicales digestives ne sont pas liées à une activité professionnelle définie [9].

### **6. Mode d'admission :**

Nos patients ont été reçus dans la majorité des cas une fiche d'évacuation soit 66 %. Cela se justifie par l'importance du nombre de centres de santé communautaire à l'intérieur de la commune et l'existence d'un service de chirurgie générale au C.S.Ref.

### **7. L'examen clinique :**

La douleur a été le premier motif de consultation chez tous les patients.

Ses caractéristiques sémiologiques et les autres signes associés ont permis dans tous nos cas, l'orientation diagnostique.

Cette douleur a été rapportée dans la littérature comme motif de consultation le plus fréquent. MABIALA – BABELA J.R. et coll. [20] ont trouvé 100 % des cas de douleur dans leur série. PADONOU N. et coll. [17] ont eu 100 % des cas de douleur dans leur série. M. KONATE [3] a rapporté 100 % des cas de douleur dans son étude. BERTHE I. D [9] a rapporté 100 % des cas de douleur dans son étude.

#### **- Toucher pelvien (le toucher rectal et vaginal)**

Il a été systématique pour l'orientation diagnostique.

Dans notre série au toucher pelvien, la douleur a été retrouvée chez la plupart de nos patients soit 72 %.

### **8. Fréquence des principales étiologies**

#### **8.1. Appendicite aiguë**

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

Auteurs	Effectifs	Pourcentages	Tests statistiques
BERTHE I. D [9]	22	21,27	0,0015
KONATE M. [3]	278	28,77	0,0000
Notre étude	118	59	

Au cours de notre étude, le diagnostic d'appendicite a été évoqué dans 118 cas en préopératoire. Ce diagnostic a été retrouvé dans les 118 cas en peropératoire.

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

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

On pourrait en conclure que le diagnostic d'appendicite est clinique et ne doit pas attendre une échographie, un scanner ou un ASP pour poser l'indication opératoire. A noter que le diagnostic de certitude reste anatomo-pathologique.

Le taux d'appendicite dans notre série (59 %) est élevé par rapport à celui obtenu par BERTHE I. D [9] au service de chirurgie « A » du CHU du Point G et par M. KONATE au Mali CHU Gabriel TOURE [3].

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

## 8.2. Péritonite aiguë :

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

Auteurs	Effectifs	Pourcentages	Test statistique
HAROUNAY[14]	209	20,8	0,4678
KONATE [3]	60	32,9	0,0580
Notre étude	33	16,5	

Dans notre étude, le diagnostic de péritonite a été posé dans 32 cas en préopératoire, et en per opératoire 33 cas. Dans tous les cas, l'échographie a contribué à porter l'indication opératoire.

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

La péritonite a occupé la deuxième place (16,5 %) des urgences chirurgicales digestives après l'appendicite aiguë dans notre pratique. Ce résultat est comparable à ceux de HAROUNA Y [14] et de M. KONATE [3] qui avaient trouvé respectivement 20,8% avec **P=0,4678** et 32,9% avec **P= 0,0580**.

25 des 33 péritonites de notre série étaient dues à une perforation appendiculaire, soit 75,76%. Ce taux est comparable à celui de BERTHE I. D [9] a trouvé 65,72% (**P= 0,363657**).

Les deux premières étiologies (typhique, appendiculaire) de la péritonite sont univoques chez certains auteurs africains : HAROUNA (Niger) [14], PADONOU [17].

### **8.3. Thrombose hémorroïdaire :**

Au cours de l'étude, nous avons retenu en préopératoire le diagnostic de thrombose hémorroïdaire dans 16 cas. Dont 100 % de ces cas, ont eu le même diagnostic en per opératoire.

Avec un taux de 8 %, la thrombose hémorroïdaire occupe la troisième place des étiologies des urgences chirurgicales digestives dans notre étude. Ce constat est contraire à celui de BERTHE I. D [9] qui a trouvé la hernie étranglée avec un taux de 25,53 %.

### **8.4. Hernie étranglée**

La hernie étranglée a un taux de 6% dans notre série. Ce taux est comparable à celui de HAROUNA au Niger [14] qui a eu 7,5 % des cas (**P = 0,5464**).

Il est moins élevé en Europe 1/1500 cas pour PAPAGRIGORIADAS S et Coll. [25], 1 % pour BARGY F et Coll. [26]. Cela pourrait s'expliquer par la prise en charge précoce des hernies en Europe qu'en Afrique.

## **9. Suites opératoires**

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

Dans notre étude, les suites opératoires se sont compliquées dans 4 % des cas.

Les suites opératoires ont été simples dans 96 % des cas.

Au cours de l'étude, nous avons enregistré 1décès soit 0,5 %.

Par contre 4,46 % de décès ont été constatés par Boubacar [27] (112 cas) avec  $P=0,043782$  et 6,96 % par DEMBELE M [28] (273 cas) avec  $P=0,000563$  au Mali. Ceci s'expliquerait par la différence de taille de nos échantillons.

La péritonite a été la cause de décès soit (100 %) des cas. Ce taux élevé a été rapporté par KONATE M. [3] au Mali CHU Gabriel TOURE (65 %).

La majorité de nos patients (86 %) a été revue après les trente premiers jours de leur sortie de l'hôpital. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patients (75%) résidait à Bamako ville.

## VII. CONCLUSION

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale par leur fréquence élevée. Les étiologies sont multiples et variées d'où la nécessité d'une étroite collaboration multidisciplinaire pour la prise en charge. Le diagnostic précoce et la durée de prise en charge (délais entre le début des symptômes - l'admission - l'intervention) constituent les principaux facteurs pronostiques.

L'examen clinique bien conduit est la clef du diagnostic dans notre contexte.

Les examens complémentaires morphologiques sont parfois difficiles à obtenir ou peu contributifs. Ils ne doivent pas retarder la sanction thérapeutique.

## **VIII. RECOMMANDATIONS**

### **A LA POPULATION :**

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

### **AUX AUTORITÉS SANITAIRES**

- La formation en nombre suffisant de spécialistes en chirurgie viscérale, en réanimation et en radiologie.
- L'équipement des C.S.Ref en moyens matériels diagnostics (radiographie, échographie, scanner) et thérapeutiques (produits médicamenteux de première nécessité et de première urgence).
- La création d'un système de sécurité sociale.
- La mise en place d'un système de SAMU (Service d'Assistance Médicale Urgente).
- Le renforcement de service des urgences en personnel adéquat et suffisant (Personnel médical et paramédical).

### **AU PERSONNEL SANITAIRE**

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

## **IX. BIBLIOGRAPHIE**

### **1. CHICHE B. MOULLE P.**

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

### **2. MAIGA A A.**

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

### **3. KONATE. M:**

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

### **4. BROWER**

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

### **5. DOMERGUE et al.**

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

### **6. DOUMBIA S**

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

Thèse Med Bamako 1982; N° 12

### **7. KEITA S.**

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

### **8. OUOLOGUEM M.O**

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

### **9. BERTHE I.D**

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

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

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

**11. ENCYCLOPEDIE MEDICO CHIRURGICALE.**

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

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

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

**13. DAVID D et al.**

Les appendicites aiguës au CHU de Bangui, aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

Cahier s santé 2001; 11 (2): 117 – 125.

**14. HAROURA Y.**

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) ;

Medecine d'Afrique Noire 2001, 42 (2) p.

**15. CAMARA S.**

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

**16. ISSIMAILA K.**

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

**17. PANDONOU N. DIAGNE B. N'DIAYE M. CHERBONNEL G M. NOUSSAUME O.**

Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar.

Statistiques des quatre années (1973-1976) Dakar médical, 1979, 24,190-197.

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

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

**19. CASSINA P. et al.**

Die effizienz der chirurgischen grunddiagnostik beim akuten abdominalschmerz.

Der Chirurg 1996; 67: 254- 60.

**20. MABIALA-BABELA J.R., PANDZOU N., KOUTABA E., GANGA-ZANDZOU S., SENGA P.**

Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Brazzaville (Congo).

Med Trop 2006 ; 66 : 172- 176.

**21. CHICHE B.**

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

**22. PADONOU et al.**

Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar, statistiques de quatre ans (1973- 1976).

Dakar Med 1979; 24 (1): 90- 137.

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

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

**24. ADIADIA G :**

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

**25. PAPAGRIGORIDAS S. BROWSE DJ, HOWARD ER.**

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

Urgences int 1988; 4: 231- 236.

**26. BARGY F BAUDOIN S.**

Hernies de l'enfant et de l'adulte.

Rev Prat 1997 ; 47 : 289 - 294.

**27. BOUBACAR BREHIMA DEMBELE.**

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

**28. DEMBELE M.**

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

## X. ANNEXES

### Fiche signalétique

**NOM :** FANE

**PRENOM :** Yacouba

**TITRE :** les urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie générale au CSRef CI de Bamako

**ANNEE UNIVERSITAIRE :** 2016 – 2017

**PAYS D'ORIGINE :** MALI

**VILLE DE SOUTENANCE :** BAMAKO

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

**SECTEUR D'INTERET :** CHIRURGIE.

### RESUME :

#### Objectif général

Etudier les urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie générale au CSRef CI de Bamako, de janvier 2016 à décembre 2016.

#### Objectifs spécifiques

Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales digestives ;

Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques ;

Analyser les résultats du traitement.

De janvier 2016 à décembre 2016 le service de chirurgie générale du CSRef CI de Bamako a réalisé 200 urgences chirurgicales digestives dont les dossiers étaient exploitables 119 hommes et 81 femmes soit un sexe ratio de 1,5.

L'âge moyen a été 32,67 ans ; 66% d'évacuations sanitaires

La douleur abdominale a été le principal motif de consultation.

L'examen physique a permis dans la majorité de cas de poser le diagnostic.

Devant certains cas douteux, nous avons demandé des examens para cliniques (échographie, ASP et groupage/rhésus).

La principale étiologie a été l'appendicite aiguë avec 59%

La fréquence des urgences chirurgicales digestives a été 35,1% de l'ensemble des activités du service de chirurgie générale du CSRef CI de Bamako.

Les suites pos opératoires ont été compliquées dans 4%.

75% des complications post opératoires étaient des ISO et un décès a été constaté soit 0,5% de notre échantillon.

La péritonite a été la cause de décès soit (100 %) des cas

**Mots clés :** urgence- chirurgie – digestive-complication-post opératoire.

## FICHE D'ENQUETE

### LES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I DE BAMAKO

1. N°FICHE :.....N°DOSSIER :.....
2. Nom et Prénom :...../.....
3. Profession : /\_\_\_/ 1.Fonctionnaire 2.Artisan 3.Cultivateur 4.Ouvrier  
5.Etudiant/Elève 6.Autres
4. Age (ans) : /\_\_\_/ Sexe : /\_\_\_/ 1.Masculin 2.Féminin
5. Ethnie : /\_\_\_/ 1. Bambara 2.Peulh 3.Sonrhäi 4.Dogon 5.Soniké  
6.Malinké 7.Autres
6. Nationalité : /\_\_\_/ 1. Malienne 2. Autres
7. Résidence : /\_\_\_/ 1. Commune I 2. Commune II 3. Commune III  
4.Commune IV 5.Commune V 6.Commune VI 7.Hors Bamako
8. Mode d'admission : /\_\_\_/ 1.Référé 2.Venu de lui-même
9. Moyen de référence : /\_\_\_/ 1.Ambulance 2.Taxi 3.Voiture personnelle  
4.Autres
- 10.Référé par : /\_\_\_/ 1.Médecin 2.Infirmier 3.Sage-femme 4.Interne
- 11.Durée d'hospitalisation préopératoire : /\_\_\_/ 1.0 – 3 jours 2.4 – 7jours  
3. > 7jours
12. Durée d'hospitalisation post-opératoire: /\_\_\_/ 1.0 – 3 jours 2.4 – 7jours  
3. > 7jours
- 13.Durée totale d'hospitalisation : /\_\_\_/ 1.0 – 3 jours 2.4 – 7jours 3. >  
7jours
- 14.Date \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Sortie  
:...../..../..../..../.....

### I-EXAMEN CLINIQUE :

#### 1-MOTIF de consultation :

.....

- a. Mode de début des signes : 1. Brutal 2. Progressif 3. Ne sait pas  
b. Heures d'apparition des différents symptômes : /\_\_\_/ 1. Matin 2. Journée  
3. Soir 4. Nuit  
c. Evolution : /\_\_\_/ 1. Permanente 2. Intermittente  
d. Etiologie : /\_\_\_/ 1. CBV 2. AVP 3. Accident domestique 4. Inconnues

## 2-Antécédents :

- Médicaux : /\_\_\_/ 1.HTA 2.Diabète 3.Asthme 4.Drépanocytose 5.Autres  
Chirurgicaux : /\_\_\_/ 1.Hernie 2.Occlusion intestinale 3.Appendicite  
4.Peritonite 5.Hémorroïdes 6.Autres  
-Familiaux : /\_\_\_/ 1.HTA 2.Diabète 3.Asthme 4.Drépanocytose 5.Autres  
-Habitudes du malade : /\_\_\_/ 1.Thé 2.Tabac 3.Alcool 4.Cannabis 5.Autres  
-Notion de prise de médicaments : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

## 3-DELAI

D'ADMISSION : .....

## 4-SIGNES FONCTIONNELS :

### -Douleur :

- Type de la douleur : /\_\_\_/ 1. Brulure 2. Crampe 3. Picotement 4. Autres  
Siège de la douleur : /\_\_\_/ 1. Hypochondre droit 2. Hypochondre gauche  
3. Epigastre 4. Flanc droit 5. gauche 6. Péri-ombilical 7. Hypogastre 8. Fosse  
lombaire droite 9. Fosse lombaire gauche 10. Diffuse  
Irradiation : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non .Mode de sédation : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

-Douleur accompagnée de signes: /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

-Signes accompagnant la douleur : /\_\_\_/ 1. Diarrhée 2. Ballonnement 3.  
AMG 4. Gargouillement 5. Constipation 6. Autres

-Vomissement : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

Caractéristique du vomissement : /\_\_\_/ 1. bilieux 2. Fécaloïde 3. Alimentaire  
4. Autres

-Saignement : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

## 5-SIGNES GENERAUX :

**Etat général :** /\_\_\_/ 1.Bon 2.Altéré 3.Mauvais

-Déshydratation : /\_\_\_/ 1.Oui 2.Non

-Pouls :.....-Température :.....-Pression artérielle :.....

-Diurèse : /\_\_\_/ 1.< 60cc/heure 2. 60 – 100cc/heure 3.> 100cc/heure 4. Non évaluée

-Conjonctives/ téguments : /\_\_\_/ 1.Colorées 2.Non colorées

## 6-SIGNES PHYSIQUES :

**6-a-Inspection :** recherche :

-Météorisme : /\_\_\_/ 1. Oui 2.Non

-Type de météorisme : /\_\_\_/ 1. Localisé 2. Généralisé et Diffus

-Péristaltisme intestinal : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

-Type de péristaltisme : /\_\_\_/ 1.Localisé 2.Généralisé 3.Provoqué

- Respiration abdominale : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

**6-b- Palpation :** recherche :

-Contracture abdominale : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

-Type de contracture : /\_\_\_/ 1. Localisée 2. Généralisée

-Voussure observée : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

-Type de voussure : /\_\_\_/ 1. Mobile 2. Immobile

-Défense abdominale : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

-Type de défense : /\_\_\_/ 1. Localisée 2. Généralisée

**6-c-Percussion :** recherche :

-Sonorité : /\_\_\_/ 1. Tympanisme 2. Matité 3. Normale

**6-d-Auscultation abdominale :**

-Bruits hydro-aériques : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

**7-Palpation abdominale :**

Cancer : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

Masse pelvienne : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

### **8-Palpation des orifices herniaires :**

-Existence de hernie : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

Localisation : /\_\_\_/ 1.Inguinale 2.Inguino-scrotale 3.Ombilicale 4.Autres

### **II- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

-Taux d'hémoglobine : /\_\_\_/ 1. < 6g 2. 6 – 8g 3. 9- 11g 4. >11g

-Groupage sanguin / rhésus : /\_\_\_/ 1. A<sup>+</sup>2.A<sup>-</sup> 3.B<sup>+</sup> 4.B<sup>-</sup> 5.O<sup>+</sup> 6.O<sup>-</sup> 7.AB<sup>+</sup>  
8.AB<sup>-</sup>

-Echographie : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non -A S P : /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

WidalFélix : /\_\_\_/ 1.Positif 2. Negatif 3. Non fat

-Temps écoulé entre l'arrivée et l'intervention : /\_\_\_/ 1. < 30mn 2. 30 – 1 Heure  
3.1 – 1Heure 30mn 4. > 1Heure 30mn

### **III- DIAGNOSTIC :**

1-Diagnostic pré opératoire : /\_\_\_/ 1. Appendicite 2. Hernie étranglée  
3.Péritonite 4. Occlusion intestinale 5. Thrombose hémorroïdaire 6. Autres

2-Diagnostic per opératoire : /\_\_\_/ 1. Appendicite 2. Hernie étranglée  
3.Péritonite 4. Occlusion intestinale 5. Thrombose hémorroïdaire 6. Autres

3-Delai de prise en charge : /\_\_\_/ 1. < 30mn 2. 30 – 1 Heure 3.1 – 1Heure  
30mn 4. > 1Heure 30mn

### **IV- TRAITEMENT :**

**A-Médical :** /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

#### **1-Traitement préopératoire :**

-Nature : ..... -Durée : ...../././.....

#### **2-Traitement per opératoire :**

-Nature : /\_\_\_/ 1.Antalgiques 2.Antibiotiques 3.Réhydratation

-Durée : /\_\_\_/ 1. <30mn 2. 30mn–1 Heure 3.1 –1 Heure30mn 4. >1  
Heure30mn

#### **3-Traitement post-opératoire :**

-Nature : /\_\_\_/ 1.Antalgiques 2.Antibiotiques 3.Réhydratation

-Durée : /\_\_\_/ 1.<24 Heures 2. 24 – 48 Heures 3.48 – 72 Heures 4. >72 Heures

**B- Chirurgical :** /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

-Technique : .....

-Type d'anesthésie : /\_\_\_/ 1.AG 2.Loco-Regionale 3.Locale

-Durée du traitement chirurgical : /\_\_\_/ 1. < 30mn 2. 30 – 1h 3.1 – 1h 30mn  
4. > 1h 30mn

**C- Complications :** /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

**1-Complications per opératoire :** /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

-Type de complications per opératoire : /\_\_\_/ 1. Hémorragie 2. Décès 3.  
Autres :.....

**2-Complications post-opératoires :** /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

--Type de complications post-opératoire : /\_\_\_/ 1. Hémorragie 2. Décès 3.  
Abcès de paroi

4. Fistules digestives 5. ISO 6. Autres

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes 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 jamais à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma bouche 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 de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

**JE LE JURE !!!!!**