

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Conséquences du vieillissement sur la posture -----	11
Figure 2 : Conséquences du vieillissement sur la face dorsale des mains---	12
Figure 3 : Vieillissement artériel -----	17
Figure 4 Répartition des cas selon l'année -----	40
Figure 5 : Répartition selon l'âge-----	41
Figure 6 : Répartition selon la moyenne d'âge dans les deux sexes -----	42
Figure 7 : Répartition selon le sexe et la tranche d'âge-----	42
Figure 8 : Répartition selon la provenance -----	43
Figure 9 : Répartition selon les antécédents-----	44
Figure 10 : Répartition selon le type d'antécédents -----	45
Figure11 : Répartition selon le diagnostic-----	46
Figure 12: Répartition des étiologies des OIA -----	47
Figure 13 : Répartition des étiologies des péritonites-----	48

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon le site de la hernie étranglée -----	47
Tableau II : Répartition selon les voies d'abord -----	49
Tableau III : Répartition selon le geste chirurgical -----	49
Tableau IV : Répartition selon les complications post-opératoires -----	51
Tableau V : Répartition des décès en fonction de la pathologie initiale -----	52
Tableau VI : Répartition des fréquences des patients selon les auteurs -----	55
Tableau VII : Répartition des étiologies OIA selon les séries de la littérature -----	59

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE	4
1. DEFINITIONS	5
2. Rappels	7
2-1- Changements structuraux liés à la vieillesse	7
2-1-1- Vieillesse cellulaire	8
2-1-2- Vieillesse tissulaire	9
2-1-3 Conséquence des changements structuraux	10
2-2- Changements et conséquences physiologiques	13
2-2-1- Effets du vieillissement sur le système nerveux	13
2-2-2- Effets du vieillissement sur les organes du sens	14
2-2-3- Effets du vieillissement sur la fonction respiratoire	15
2-2-4- Effets du vieillissement sur l'appareil digestif	16
2-2-5- Effets du vieillissement sur le système cardiovasculaire	17
2-2-6- Effets du vieillissement sur l'appareil urinaire	18
2-2-7- Effets du vieillissement sur le système endocrinien et métabolique	18
3- Théories du vieillissement	20
3-1- La théorie génétique	20
3-2- La théorie des radicaux libres	21
3-3- La théorie neuro endocrine	22
3-4- la théorie de l'usure	22
3-5 Autres théories	23
3-6- interventions possibles sur le vieillissement	25
4- Impact de l'anesthésie sur l'âge	26
5- Les urgences abdominales	26

DEUXIEME PARTIE -----	36
1. MATERIELS ET METHODES-----	37
1-1. Cadre d'étude -----	37
1-2. Type et période d'étude -----	38
1-3. Recrutement des patients.....	38
1-4. Critères d'inclusion -----	38
1-5. Critères d'exclusion-----	39
1-6. Collecte et traitement des données-----	39
1-7. Contraintes -----	40
2. RESULTATS-----	40
2-1. Epidémiologie -----	40
2-2. Délai d'évolution des symptômes avant l'hospitalisation -----	43
2-3. Délai entre admission et intervention-----	43
2-4. Antécédents -----	44
2-5. Pathologies rencontrées -----	45
2-6. Type d'abord-----	49
2-7. Le geste chirurgical -----	49
2-8. Durée d'hospitalisation -----	50
2-9. Suites opératoires-----	50
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION -----	53
CONCLUSION -----	64
REFERENCES -----	69
ANNEXES	

INTRODUCTION

L'amélioration des conditions de vie et les progrès de la médecine rendent la population des plus de 65 ans plus importante et plus hétérogène en termes de données démographiques, socio-économiques et médicales.

Ce vieillissement conduit souvent à prendre en charge des patients lors de l'aggravation de pathologies chroniques préexistantes, évolution naturelle de leurs maladies. Mais les services d'urgence et les réanimations sont également amenés à prendre en charge des sujets âgés présentant une pathologie aiguë sans rapport avec une pathologie antérieure, le vieillissement peut alors profondément modifier la réponse à cette agression, tout d'abord par des modifications physiologiques, mais également par l'existence d'une pathologie sous-jacente ou par les thérapeutiques administrées.

Le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge «mûr». Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. C'est un processus naturel et physiologique s'imposant à tous les êtres vivants et qui doit être distingué des effets des maladies [52,65].

Au fil du temps, le vieillissement de la population sera l'un des plus grands défis de ce monde au 3e millénaire. Sur les quelques 580 millions de personnes âgées que compte actuellement le monde, plus de 60 %, soit 355 millions vivent dans les pays en voie de développement [28]. En 2020, elles seront 1 milliard dont plus de 700 millions dans les pays en développement. Le Sénégal n'échappera pas à ce phénomène pour deux raisons qui sont : la baisse de l'indice de fécondité et l'augmentation de l'espérance de vie [25,26].

L'avancée en âge s'accompagnant de pathologies chroniques évolutives et potentiellement invalidantes (cardiovasculaires ; broncho-pulmonaires ; ostéoarticulaires ; métaboliques ; oncologiques ; neuropsychiatriques...) [18].

Sur ce fond fragilisé viennent se greffer des affections aiguës telles que les **<urgences abdominales du sujet âgé>**. Ces urgences représentent un challenge fréquent pour le médecin tant sur le diagnostic que sur la prise de décision thérapeutique. Ces difficultés sont encore plus prononcées dans un contexte de sous équipement et de structures mal adaptées pour les personnes âgées. Il existe une absence de données sur la prise en charge des urgences abdominales de la personne âgée au Sénégal. Cela conduit malheureusement à une sous-évaluation et une prise en charge insuffisante de cette population surtout dans les services d'accueil et d'urgences. Tout cela justifie la réalisation de cette étude qui a pour objectif de faire un état des lieux sur les urgences abdominales du sujet âgé, en étudiant le profil épidémiologique, les aspects cliniques ainsi que les modalités et résultats de la prise en charge de ces affections.

Notre méthodologie nous a permis de diviser ce travail en 3 parties :

- Une première partie sera consacrée à la revue de la littérature et les rappels ;
- La deuxième partie sera composée de la méthodologie et les résultats de notre étude ;
- Et enfin une troisième partie concernera la discussion de nos résultats avant de conclure.

PREMIERE PARTIE

1. Définitions :

- **Selon l'OMS**, la personne âgée est définie comme ayant 65 ans et plus. Le 3^o et le 4^o âge constituent une population hétérogène où se côtoient des personnes de 65 ans et des personnes de 90 ans. Parmi elles on trouve des bien-portants et des malades, des riches, des pauvres, plusieurs sous-groupes sociaux, culturels et raciaux. Il s'agit d'hommes et de femmes, ayant des personnalités diversifiées, notamment des personnes ayant une famille et des personnes seules. Il faut souligner la différence entre l'âge chronologique et l'âge physiologique. Ainsi une personne de 65 ans pourra être confinée dans un lit en fin de vie tout comme un vieillard centenaire pourra être valide et vivre à domicile [25, 26,53].

Donc on distingue :

- ✓ Les «jeunes vieux», 3ème âge, 65 - 79 ans et
- ✓ Les «vieux vieux », 4ème âge, 80 ans et plus [8, 35,63].

Ces deux groupes présentent des différences importantes dans leur état de santé, leur consommation de soins médicaux et leurs conditions de vie [17, 18,24].

- **Pour FYNCH**, ce seuil est élevé à 75 ans et plus et qui représente le début de la sénescence physiologique [40].
- **La définition sociale** se base essentiellement sur l'âge de cessation d'activité professionnelle (55-60 ans) [24,25].

- **Le sujet âgé au Sénégal**

Au Sénégal, l'âge de 55 ans est pour le moment considéré comme celui de la personne âgée [25] contrairement à 65 ans de l'OMS et ceci pour deux raisons :

- L'espérance de vie est de 53 ans
- L'âge de la retraite est de 55 ans, car, cet âge marque un tournant décisif au plan sanitaire et socio-économique [26].

Le recensement général de la population et de l'habitat de 2002 montrait que les personnes âgées représentaient 11 % de la population totale [72].

- **La Gériatrie** : c'est l'étude du vieillissement sous tous ses aspects[35].
- **La Gériatrie** : Discipline médicale qui prend en charge les personnes âgées malades, et plus particulièrement ceux de plus de 75 ans. Elle ne concerne pas la prise en charge des patients de moins de 60 ans. C'est une discipline nouvelle, en plein essor. Elle vient enfin d'acquiescer son droit de cité dans la pratique et l'enseignement médical [44,46].
- **Urgence abdominale aigüe** : définie comme une algie abdominale aigüe évoluant depuis moins de 8 jours [73].

La prise en charge d'un malade âgé ne peut pas se limiter au seul aspect purement médical, mais elle prend en compte l'ensemble des conséquences psychiques, fonctionnelles et socio-économiques des patients. Elle se préoccupe du retour à domicile et de ses conditions, et savoir qui donnera les médicaments ou qui préparera les repas. Tout ceci fait partie du rôle médical gériatrique [17,22].

2-Rappels :

2-1- Changements structuraux liés à la vieillesse:

Le vieillissement se caractérise par une diminution des réserves d'organes. Cette diminution est plus marquée lors des situations aiguës telles que le passage aux urgences. Cette vulnérabilité affecte plusieurs systèmes physiologiques et favorise dans le même temps le développement d'autres pathologies [49,52].

Les changements anatomiques et physiologiques associés à la vieillesse débutent plusieurs années avant l'apparition des signes extérieurs. Plusieurs de ces altérations commencent à se manifester progressivement à partir de 40 ans et se poursuivent jusqu'à la mort. Le processus continue jusqu'à ce que l'organisme ne puisse plus s'adapter.

Sur le plan physiologique, le processus de sénescence cause le déclin des fonctions organiques puis le vieillissement des tissus et de l'aspect général du corps [74,78].

Il existe schématiquement 3 niveaux de vieillissement : le vieillissement réussi, la fragilité et enfin la grande dépendance [35,36] :

- **Le vieillissement réussi**, correspondant aux sujets âgés en pleine forme, qui représentent 65 à 70% des personnes âgées.
- **La fragilité** (15 à 25% des sujets âgés) concerne tous les sujets qui présentent des risques de décompensations d'une tare qui peut conduire à la perte d'autonomie.
- **La grande dépendance**, quant à elle fait objet de rejet social, le coût économique est élevé et concerne 5% des sujets âgés (plus de la moitié d'entre eux souffre de démence).

Le processus de vieillissement se produit à tous les niveaux de fonctionnement : cellulaire, tissulaire, organique et systémique.

2-1-1 vieillissement cellulaire [63,73 ,81] :

Voici quelques modifications au niveau cellulaire : les cellules ont une longévité précise.

Elles ne se divisent pas indéfiniment et leur capacité à se diviser décroît avec l'âge. En vieillissant, elles perdent certains éléments comme l'ADN.

Elles augmentent en tissus graisseux et fibreux. Le noyau cellulaire change, Il semble perdre sa fonction de multiplication cellulaire et de réparation des tissus. La perte graduelle de cellules est importante, leur nombre diminue de 30% entre 20 ans et 70 ans.

Les cellules spécialisées (foie par exemple) perdent peu à peu avec les années leur aptitude à remplir leurs fonctions.

Des pigments comme la lipofuscine s'accumulent dans les cellules nerveuses, cardiaques et hépatiques. Il semble que ces pigments du vieillissement entravent l'action du cytoplasme et diminuent la capacité fonctionnelle des cellules.

Le nombre de globules rouges et leur contenu en hémoglobine diminue graduellement.

Le nombre de globules blancs varie énormément : les neutrophiles augmentent pendant la vieillesse. Les lymphocytes diminuent de façon accélérée à l'âge de 90 ans. Tous ces facteurs contribuent à une diminution de la résistance aux infections.

2-1-2-Viellessement tissulaire :

L'apparition des rides est reliée à la modification des **tissus graisseux sous-cutanés** et à la perte d'élasticité de la peau.

Les muscles de l'organisme et plus particulièrement ceux du tronc et des extrémités s'atrophient à la longue, entraînant une détérioration du tonus musculaire et une perte de puissance, de force, d'endurance et d'agilité. Le poids total des muscles diminue de moitié entre 30 et 70 ans. Le vieillissement des muscles est le résultat de l'atrophie des fibres musculaires et de l'augmentation du gras à l'intérieur du tissu musculaire. Les muscles qui perdent le plus de force sont ceux des avant-bras[73].

Les articulations subissent des changements : les ligaments se calcifient, s'ossifient et rapetissent car les surfaces cartilagineuses s'érodent. Si certaines deviennent moins souples, d'autres au contraire deviennent plus flexibles et hyper élastiques.

Les OS, même s'ils conservent leur apparence subissent aussi des modifications. Le processus de réabsorption du calcium subit un déséquilibre. Le tissu osseux devient plus poreux et plus fragile à cause d'une déminéralisation constante, l'ostéoporose [63].

L'ostéoporose est aussi un des facteurs responsables de la perte des dents. Cette perte est en effet liée à une inflammation et à une déminéralisation de l'os autour de la dent. Les dents qui restent s'aplatissent. La mâchoire s'atrophie ce qui donne l'impression que les dents sont plus longues et plus espacées. La résorption osseuse des mâchoires et du maxillaire s'accroît avec l'édentation. La distance entre le menton et le nez raccourcit et les dents migrent vers l'arrière [63,73].

2-1-3 Conséquences des changements structuraux :

Tout ceci contribue à la modification à la longue de la physionomie de la personne âgée par : la réduction de la taille, la diminution du volume de la cavité thoracique, ainsi que des conséquences sur la peau et les glandes [63 ;73]

- **La réduction de la taille** est aussi un phénomène attribuable au vieillissement. Il s'agit en réalité d'un raccourcissement de la colonne vertébrale (de 1,2 à 5 cm) causé par un amincissement des vertèbres dorso-lombaires. Cet amincissement est la cause imminente de l'ostéoporose. Ce phénomène, plus marqué chez les femmes que chez les hommes, commence dans la cinquantaine. Elle est liée à l'interaction de différents facteurs dont les plus importants sont l'âge, le sexe, la race et l'environnement. Ce raccourcissement de la colonne vertébrale crée un effet de disproportion puisque les bras et les jambes eux restent de longueur normale. Il entraîne par la suite une déviation de la partie supérieure du thorax et une accentuation de la courbe naturelle (la cyphose) de la colonne vertébrale.

Pour garder son équilibre, la personne âgée doit se pencher vers l'avant et plier les genoux de façon à maintenir son centre de gravité. A la longue, les cartilages s'usent et les flexions deviennent permanentes.

- **La cavité thoracique diminue** aussi de volume et les côtes se déplacent vers le bas et vers l'avant. La largeur des épaules est responsable de la position penchée vers l'avant avec tête inclinée vers l'arrière de plusieurs de nos aînés. Ce repliement corporel altère l'apparence, gêne la mobilité de la personne et accentue davantage le raccourcissement du corps.



Figure 1 : conséquences du vieillissement sur la posture [85]

Chez les femmes, **les seins** deviennent pendants, s'atrophient et les mamelons s'inversent parfois.

- **Le renouvellement de l'épiderme** ralentit. Ce processus qui s'échelonne sur une période de 20 jours chez le jeune adulte, dure plus de 30 jours après 50 ans. Le derme s'amincit et donne à la peau son apparence caractéristique de papier de soie. Le vieillissement de la peau se traduit par une perte importante d'élastine qui confère à la peau sa tonicité.
- **Les glandes sébacées** qui fabriquent le sébum protecteur deviennent moins actives et lubrifient moins la peau, la rendant sèche et cassante. Les glandes sudoripares s'atrophient elles aussi et modifient le processus de contrôle de la température corporelle par sudation (xérodermie).
- **La perte du tissu graisseux sous-cutané** est l'un des effets les plus évidents du vieillissement. Ce phénomène est commun à toutes les personnes qui vieillissent et se produit plus particulièrement au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

- **Le nez, les oreilles et les lobes d'oreilles** s'allongent, les paupières et les joues s'affaissent.
- En plus de l'atrophie et de la perte d'élasticité, la peau subit d'autres modifications.

En voici quelques-unes :

- apparition des taches colorées sur l'épiderme (lentigo sénile) (figure 2)
- étoiles veineuses (ou marguerites de cimetière !)
- présence de purpura, d'ecchymoses à cause de la fragilité du derme et des vaisseaux
- présence de télangiectasie sénile (dilatation permanente des petits vaisseaux sous-cutanés)



Figure 2 : conséquences du vieillissement sur la face dorsale des mains [87]

2-2- Changements et conséquences physiologiques [22, 23, 24, 35, 42,45]

2-2-1- Effets du vieillissement sur le système nerveux :

- **Modifications cérébrales :** il y a une perte de neurones mais surtout de circuits neuroniques. Son poids diminue, mais il n'y a pas de corrélation obligatoire entre la forme et la fonction. On observe une diminution du nombre de neurones corticaux, la raréfaction de la substance blanche et la diminution de certains neurotransmetteurs intracérébraux (en particulier l'acétylcholine).

Les fonctions motrices et sensitives centrales sont peu modifiées par le vieillissement. En revanche, le vieillissement du système nerveux central se traduit par une augmentation des temps de réaction, une réduction modérée des performances mnésiques concernant l'acquisition d'informations nouvelles. Cette réduction, objectivée au moyen de certains tests, n'est pas à même d'expliquer les troubles de la mémoire ayant un retentissement sur la vie quotidienne[22 ;24].

- **Réduction et déstructuration du sommeil.** La diminution de sécrétion de mélatonine par l'épiphyse rend compte au moins en partie d'une désorganisation des rythmes circadiens chez les individus âgés[23].
- **La réduction de la sensibilité des récepteurs de la soif** (osmorécepteurs) et les modifications du métabolisme de l'arginine vasopressine (AVP) rendent compte au moins en partie de la diminution de la sensation de la soif chez les personnes âgées. Le risque de déshydratation est donc majoré[22 ;23].

L'ensemble de ces modifications concourt à majorer la vulnérabilité cérébrale des personnes âgées à l'égard des agressions, et notamment le risque de syndrome confusionnel.

- **L'augmentation des temps de conduction des nerfs périphériques** est à l'origine d'une diminution de la sensibilité proprioceptive qui favorise l'instabilité posturale et les chutes[35].
- **Le vieillissement du système nerveux autonome** se caractérise par une hyperactivité sympathique (augmentation des taux plasmatiques des catécholamines), une réduction de la réponse aux stimulations (diminution de sensibilité des récepteurs aux catécholamines). La tachycardie induite par l'effort est ainsi moins marquée chez les sujets âgés que chez les adultes d'âge moyen[35].

On note une altération de la régulation du Baro-réflexe exposant à un risque accru d'hypotension orthostatique.

2-2-2-Effets du vieillissement sur les organes de sens :

- **Altération de la vue :**

Le vieillissement oculaire s'accompagne d'une réduction de l'accommodation (presbytie) gênant la lecture de près. Ce processus débute en fait dès l'enfance. Les conséquences fonctionnelles apparaissent vers l'âge de la cinquantaine. Il se produit aussi une opacification progressive du cristallin débutant à un âge plus tardif et retentissant sur la vision (cataracte)[42].

- **Altérations de l'ouïe :**

La perte de l'ouïe se manifeste avec l'âge et les causes en sont multiples. Le taux d'incidence est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, quel que

soit l'âge. La plupart des pertes sont sélectives plutôt qu'absolues et totales[42].

- **La réduction du goût et de l'odorat :**

En vieillissant, on trouve la nourriture plus fade et moins appétissante. La tolérance aux épices diminue. Il n'est pas étonnant que la perte du goût fasse perdre l'appétit, ainsi le régime alimentaire peut en souffrir[24].

- **Le toucher :**

En général les récepteurs cutanés restent intacts. C'est plutôt la transmission au niveau du système nerveux central qui pourrait faire défaut. Plusieurs études ont démontré une élévation du seuil de la douleur au niveau cutané[24].

2-2-3-Effets du vieillissement sur les fonctions respiratoires[42,45] :

On observe sur le plan respiratoire, une altération des propriétés mécaniques de la pompe ventilatoire, liée notamment à une baisse de la force musculaire. Il y a aussi une modification des propriétés élastiques du poumon. Elle est associée à une augmentation de la rigidité de la cage thoracique. Ce qui entraîne une baisse de la capacité vitale et une augmentation du volume résiduel.

Il existe en outre des anomalies du rapport ventilation/perfusion et de la capacité de diffusion alvéolaire. Elles sont responsables d'une hypoxémie plus fréquente chez le vieillard. L'hypoxémie est également favorisée par des troubles de la ventilation liés à une altération du réflexe de la toux, de la déglutition et une diminution de la clairance mucociliaire. Des risques d'apnée dans la période postopératoire existent. La sensibilité des centres respiratoires à l'hypoxie et à l'hypercapnie est réduite. D'importantes précautions doivent être prises concernant la prescription des médicaments dépresseurs du système nerveux central. La surveillance de ces patients s'avère indispensable.

2-2-4-Effets du vieillissement sur l'appareil digestif[23 ;24] :

Il regroupe 3 phases : buccale, gastrique et intestinale

- **La phase buccale** : les modifications observées commencent par la perte progressive des dents. « *L'animal qui perd ses dents n'y survit pas, l'Homme les remplace et s'adapte* ». Ensuite vient le tissu muqueux qui devient moins tolérants aux irritations : frictions des prothèses, aliments trop assaisonnés, tabac, alcool etc. La cicatrisation quant à elle devient plus lente. Les muscles et tissus musculaires sont le siège d'une involution irréversible, qui se traduit par une fatigabilité marquée et une gêne à effectuer les activités de mastication. Les glandes salivaires s'atrophient entraînant une sécheresse buccale associée à un goût métallique.
- **Laphase gastrique** se caractérise par une atrophie de la gastrique, une baisse de la sécrétion de l'acide chlorhydrique, une diminution du tonus et de la motilité gastrique. La diminution de la masse et du débit sanguin hépatique (réduction de l'effet de premier passage muqueuse hépatique) peut modifier le métabolisme des médicaments.
- **La phase intestinale** vient en dernier et elle est la moins touchée. Elle est associée un manque d'hydratation des aliments car le régime du sujet âgé est souvent pauvre en fibres .Il restera des surplus de glucides ou de graisses au niveau intestinal. Ils vont demeurer plus longtemps dans l'intestin à cause du ralentissement du péristaltisme chez les personnes âgées d'où ballonnement-gaz-pseudo-constipation.

2-2-5-Effets du vieillissement sur le système cardio vasculaire (figure 3)[35] :

Le débit cardiaque au repos est stable et peu diminué à l'effort avec l'âge. Toutefois, le vieillissement cardiaque s'accompagne de modifications anatomiques qui sont : l'augmentation de la masse cardiaque et le vieillissement de la paroi artérielle.

- **L'augmentation de la masse cardiaque** et de l'épaisseur pariétale du ventricule gauche aurait par conséquent un remplissage ventriculaire insuffisant par défaut de la relaxation ventriculaire.
- **Le vieillissement de la paroi artérielle** se caractérise par des modifications structurelles de l'élastine, la rigidification du collagène et l'altération de la vasomotricité artérielle (artériosclérose) .La résistance périphérique passe de 13mm Hg à 24 mm Hg donc hausse de la tension artérielle.

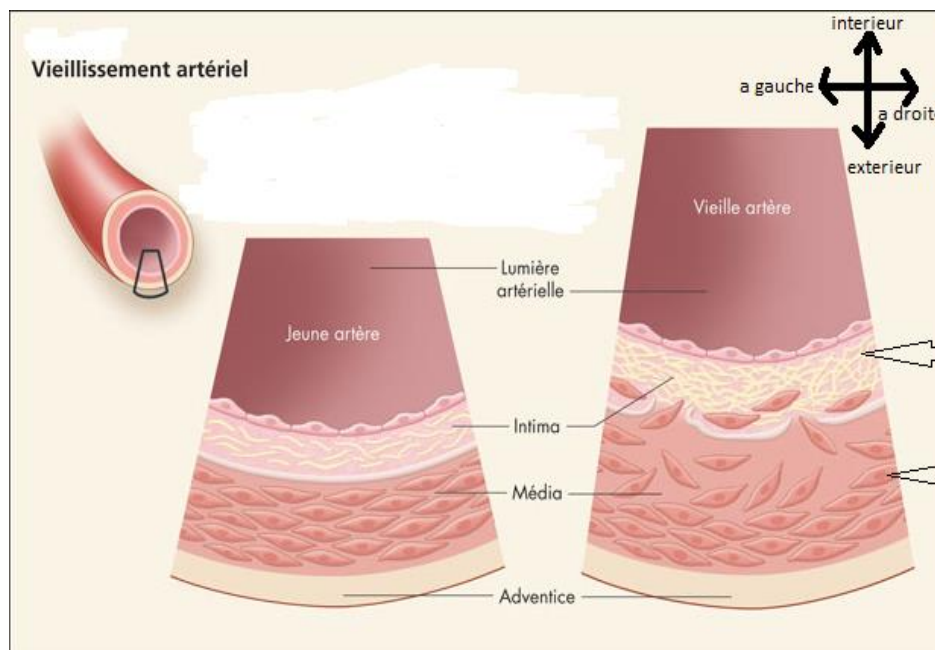


Figure 4 : vieillissement artériel [86]

Le sang reflète les modifications de la nutrition, la digestion, de l'absorption ainsi que les organes hématopoïétiques ainsi on peut observer :une anémie réversibles si alimentaires ou gastrique ou irréversibles si rénales.

2-2-6-Effets du vieillissement sur l'appareil urinaire :

Au cours du vieillissement, il se produit une perte de néphrons fonctionnels, induisant une réduction de la filtration glomérulaire et des capacités d'élimination du rein. La clairance de la créatinine des personnes âgées de 80 ans est d'environ la moitié de celle de sujets de 20 ans ayant le même poids[35].

La fonction tubulaire subit également des modifications au cours du vieillissement. Les capacités de concentration et de dilution des urines diminuent progressivement avec l'avance de l'âge.

Les conséquences sont importantes avec notamment une réduction de l'élimination de certains médicaments ou de leurs métabolites. Des perturbations vésicales et prostatiques se surajoutent, avec un risque de rétention urinaire.

Chez l'homme, le jet n'aura plus la même vigueur et n'en finira plus de se terminer.

La femme passe plus rapidement à l'incontinence à cause des grossesses qui entraînent un cystocèle[35 ;42].

2-2-7-Effets du vieillissement sur le système endocrinien et métabolique[23 ;35] :

- **La composition corporelle** de l'organisme se modifie au cours du vieillissement. Ce dernier s'accompagne à poids constant, d'une réduction de la masse maigre (en particulier chez le sujet sédentaire) et d'une majoration proportionnelle de la masse grasse (en particulier

viscérale). Les besoins alimentaires (qualitatifs et quantitatifs) des personnes âgées sont sensiblement identiques à ceux d'adultes plus jeunes ayant le même niveau d'activité physique.

- **Le métabolisme des glucides** est modifié au cours de l'avance en âge. La tolérance à une charge en glucose est réduite chez les personnes âgées indemnes de diabète sucré ou d'obésité. Ceci témoigne d'un certain degré de résistance à l'insuline.

D'une façon générale, les tests biologiques d'exploration dynamique s'avèrent fréquemment perturbés en raison de la réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations de stress. Cette réponse n'est pas obligatoirement le témoin d'une pathologie.

Système reproducteur [22 ;24]:

Chez la femme, la ménopause s'accompagne de l'arrêt de la sécrétion ovarienne d'œstrogènes. Les cycles menstruels disparaissent. Il y a une involution de l'utérus et des glandes mammaires. Les sécrétions vulvaires diminuent. L'atrophie vulvo-vaginales apparaît. Tout ceci favorise le développement d'infections urinaires.

Chez l'homme, il se produit une diminution progressive de la sécrétion de testostérone qui est variable d'un individu à l'autre. Une proportion importante d'hommes âgés conserve une spermatogenèse suffisante pour procréer.

Cependant, l'expression sexuelle est en partie influencée par l'intégrité du système nerveux et des fonctions sensorielles de l'organisme. Il est difficile d'évaluer avec exactitude l'influence de ce processus sur la sexualité. Certains hommes sont déjà vieux à 25 ans (sur le plan sexuel) alors que d'autres sont encore jeunes à 90 ans. Certaines femmes conservent jusqu'à 80 ans des possibilités d'orgasmes.

3-Théories de vieillissement :

Le vieillissement constitue la résultante de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux (vieillissement extrinsèque), auxquels s'ajoutent les différents effets des maladies subies. Le vieillissement a pour caractéristiques d'être progressif, universel et classiquement inéluctable et irréversible, même si aujourd'hui il apparaît comme modulable pour certains aspects [49]

Dès l'antiquité, l'homme a essayé d'expliquer ce phénomène ; ainsi le nombre de théories qui s'affrontent dans le domaine de vieillissement est impressionnant. Le gérontologue russe Zhors Medvedev a dénombré plus de 300 théories pouvant expliquer le mécanisme du vieillissement. Cependant, un grand nombre d'entre elles ne s'intéressent pas réellement aux causes mais plutôt à la mécanique de la senescence [63].

En fait l'espérance de vie est en constante augmentation dans les pays développés et tend à se rapprocher de la longévité maximale de l'espèce humaine qui est de 122 ans [49].

Il existe 4 théories principales du vieillissement et quelques théories secondaires qui expliquent certains aspects de ce processus.

3-1-La théorie génétique [49,63] : les liens entre génétique et vieillissement sont étroits. Il existe des facteurs génétiques responsables de la durée de vie. Cette théorie affirme que notre héritage génétique (ADN) détermine en grande partie le rythme auquel nous vieillissons et l'âge maximum que nous atteindrons. C'est dans la structure même de l'ADN que serait inscrite la durée de notre parcours terrestre.

Chez l'homme, diverses études menées chez les jumeaux ont montré que la durée de la vie est statiquement plus fortement liée entre jumeaux homozygotes qu'entre jumeaux hétérozygotes ou entre frères et sœurs.

Quelques syndromes rares caractérisés en particulier par un vieillissement accéléré ont été décrits. Le plus fréquent est le syndrome de Down, associé à la trisomie du chromosome 21. Dans cette maladie, en plus des anomalies souvent diagnostiquées à la naissance, les patients présentent un vieillissement précoce de beaucoup de structures en particulier cérébrales et cardiovasculaires. La durée moyenne de leur vie est très raccourcie.

Un autre syndrome est celui de Werner, maladie autosomique récessive où le vieillissement précoce se traduit en particulier par l'apparition prématurée d'athérosclérose, de cataracte, d'ostéoporose, de cancers, du vieillissement des phanères et de la peau. Le gène responsable a été identifié par Yu et al. Ce gène contrôle la réplication, la duplication et la réparation du matériel génétique.

Toutefois, il n'a pas pour l'instant été possible de trouver de gène directement lié ou impliqué dans le vieillissement chez l'homme.

3-2-La théorie des radicaux libres [49, 61,62] : Cette théorie révolutionnaire a été élaborée par un chercheur de l'Université de Médecine du Nebraska, **le Dr Denham Harman**, il a proposé l'hypothèse que la présence de radicaux libres (des molécules dotées d'un nombre impair d'électrons) correspond à l'activité des processus oxydatifs dans l'organisme, du stress oxydatif. L'oxydation se produit dès que l'on ajoute de l'oxygène à une substance. On peut donc affirmer que, paradoxalement, c'est le carburant même qui nous fait vivre qui nous détruit, en nous «oxydant». Les radicaux libres ainsi créés attaquent également les membranes de nos cellules qui sont très vulnérables à l'oxydation puisqu'elles sont constituées de lipides insaturés. L'oxydation des membranes produit un déchet métabolique, la lipofuscine. L'accumulation de ce dernier sur

la peau forme ce que l'on nomme les «tâches de vieillesse» (figure 2). La lipofuscine ralentit la capacité de reproduction des cellules et la synthèse de l'ADN et de l'ARN. On a aussi observé que cette activité radicalaire peut parfois entraîner la prolifération de cellules mutantes, conduisant ensuite au cancer et à la mort. Les radicaux libres attaquent aussi le collagène et l'élastine. L'intensité du stress oxydatif que nous avons subi durant notre vie est visible dans les rides observées sur notre peau.

3-3-La théorie neuroendocrine (ou théorie hormonale)[49] : fut développée par **Vladimir DilmanPh.D.**. Celui-ci a étudié en détail le réseau biochimique qui gère notre système endocrinien et la production de nos hormones sous la direction de l'hypothalamus. Durant notre jeunesse, cette production hormonale est élevée et elle diminue parfois de manière importante lorsque nous vieillissons. Ainsi, la production d'hormone de croissance se réduit dès l'âge de 30 ans, ce qui produit la diminution de la masse musculaire et l'augmentation de la masse grasseuse. Après 40 ou 50 ans les niveaux de certaines hormones (œstrogènes, progestérone et testostérone) vont diminuer, ce qui produit ménopause et andropause. Il en va de même de l'hormone thyroïdienne et de la mélatonine produite par la glande pinéale. C'est pourquoi la supplémentation hormonale est un composant essentiel des thérapies antiviellissement. Elle permet de remettre l'horloge hormonale à zéro et ainsi de retarder ou, possiblement, d'inverser de nombreux effets du vieillissement.

3-4-La théorie de «l'usure» [49]

Elle a été formulée en 1882 par **le Dr Auguste Weismann** qui pensait que le corps et ses cellules étaient endommagés par leur sur-utilisation et les abus qu'ils subissent au cours des ans. De nombreux organes comme le foie, l'estomac, les reins, la peau, etc., subissent une attaque et une usure infligées par les toxines alimentaires, l'environnement, la surconsommation de sucre, de

graisses, d'alcool et de nicotine, les rayons ultra-violet et les autres facteurs de stress. Cette usure déborde également au niveau cellulaire.

Cependant, cette théorie n'explique pas tout, puisque même si vous vivez une vie de moine, vous vieillissez quand même. Il faut noter cependant que les suppléments nutritionnels sont efficaces pour aider le corps à se réparer et à maintenir organes et cellules en bonne santé.

3-5 Autres théories

- **Horloge biologique et gènes : la théorie de la limite de Hayflick [48]:**

Le **Dr Leonard Hayflick** a postulé, en 1961, que les cellules humaines avaient un nombre fini de divisions cellulaires. Cela allait à la rencontre des données admises à l'époque. Si ce postulat est vrai et inaltérable, la seule possibilité pour retarder le vieillissement serait de ralentir le rythme de ces divisions cellulaires. Il a démontré que les fibroblastes humains (cellules de la peau, des poumons, des muscles) ont une durée de vie limitée. Ils se divisent environ 50 fois et meurent. Cependant, la nutrition semble avoir un effet sur le rythme auquel les cellules se divisent (des cellules bien « entretenues » se divisent trois fois plus lentement).

- **La théorie de l'accumulation des déchets [49] :**

Lorsque l'équilibre entre la production de déchets par nos cellules et leur capacité à les éliminer est brisé, et que la présence de déchets est trop importante, la cellule meurt. La lipofuscine (déjà citée) constitue le principal de ces déchets.

- **La théorie mitochondriale [49] :**

Les mitochondries sont les sources énergétiques des cellules et produisent l'ATP, notre principale source d'énergie. Malheureusement, ce processus génère des radicaux libres pour lesquels l'ADN des mitochondries est l'un des cibles faciles. En effet elles sont démunies de la plupart des systèmes défensifs présents dans les autres parties de la cellule. L'ADN des mitochondries accumule donc les dommages oxydatifs. Heureusement, certains antioxydants ont la capacité de pénétrer les mitochondries et de les protéger.

- **La théorie des télomères [27,84] :**

C'est la plus récente. Les télomères ont été découverts par les chercheurs de Geron Corporation à Menlo Park (Californie). Les télomères sont des séquences d'acides nucléiques qui se trouvent au bout des chromosomes, dont ils maintiennent l'intégrité.

Cependant, à chaque division cellulaire, les télomères raccourcissent, ce qui conduit évidemment, après de nombreuses divisions, à la mort des cellules. On a observé, dans les cellules germinales et les cellules cancéreuses, la présence de l'enzyme télomérase, qui est l'élément clef de la conservation et même, de la réparation des télomères, conférant ainsi potentiellement aux cellules une capacité de division infinie. Les travaux de Geron Corporation visent à la fois à réparer les télomères des cellules usées, pour les remettre à neuf, et à inhiber l'action de la télomérase dans des cellules cancéreuses, pour les empêcher ainsi de se diviser. Cette théorie est pleine de promesses non seulement pour les praticiens de la médecine anti-vieillesse, mais aussi pour les chercheurs qui luttent contre les cancers.

- **Vieillessement et facteurs immunologiques [35,49] :**

La théorie immunologique repose sur le rôle du thymus, glande qui régresse dès l'adolescence et jouerait un rôle essentiel dans l'immunité. La progression de l'atrophie thymique expliquerait la diminution des réactions immunitaires avec l'âge, l'apparition d'auto anticorps et la fréquence des affections auto immunes.

Certains travaux expérimentaux suggèrent que des altérations du système immunitaire contribuent aux changements associés au vieillissement .Avec l'avancée en l'âge, le système immunitaire devient moins efficace, avec une capacité réduite de combattre des infections et avec possibilité que des cellules immunocompétentes réagissent contre les propres constituants de l'organisme.

3-6-Interventions possibles sur le vieillissement chez l'homme

Chez l'homme pour le moment, il n y a pas d'interventions globale prouvée qui puisse augmenter la longévité. En revanche les pistes sont nombreuses et certains centres obtiennent des résultats objectifs plus qu'intéressants sur la maîtrise de nombreux paramètres influençant le vieillissement [12, 19,49]

La restriction calorique semble difficile voire dangereuse chez le sujet âgé. Cependant certaines interventions peuvent réduire des effets nocifs du vieillissement. Parmi celles-ci on peut citer ; l'exercice physique, une alimentation saine et équilibrée, les antioxydants à doses personnalisées, l'aspirine, les acides gras de type omega-3, la supplémentation hormonale si déficit. Des expériences, tentées sur des souris, ont montré qu'une diminution de l'apport calorique (diminution de la quantité d'aliments ingérée) multipliait par 1/2 la longévité de ces animaux [49]

Dans une étude récente, Cherkas LF et al ont montré que l'activité physique contribue à la conservation intacte des télomères [27,35].

En 2007 Richards et al avaient montré que les femmes ayant les niveaux sanguins de vitamine D les plus élevés avaient aussi les télomères les plus longs, indiquant qu'elles pouvaient vieillir moins vite. L'étude ne montrait cependant pas de causalité à ce lien [51].

Le traitement substitutif de la ménopause (Traitement hormonal substitutif) par son action sur l'os, la peau, le cerveau et les organes urogénitaux, s'oppose à certains effets du vieillissement chez la femme [49].

Les concentrations plasmatiques d'hormone de croissance (Growth hormone) diminuent chez certains sujets âgés. L'administration de GH à des hommes âgés ayant des concentrations basses a permis d'augmenter leur masse maigre et de réduire certains effets du vieillissement sur la peau [49].

Des travaux expérimentaux ont montré que l'administration de déhydroépiandrostérone qui est un stéroïde surrénalien dont la concentration plasmatique diminue progressivement avec l'âge, pouvait améliorer certaines fonctions mnésiques chez le rat âgé. L'évaluation de ses effets chez l'homme est en cours [84].

Enfin le stress chronique, vécu par des personnes prenant soin de proches atteints de la maladie d'Alzheimer était lié à un raccourcissement des telomeres. la réduction de la durée de vie correspond à 8ans [27].

4-Impact de l'anesthésie sur l'âge:

L'évaluation préopératoire du sujet âgé est l'étape primordiale de la prise en charge anesthésique. Cette consultation est le plus souvent prolongée et a pour buts notamment de qualifier l'état physiologique du patient, de préciser ses comorbidités, de réaliser des examens complémentaires ciblés afin d'établir une prise en charge péri-opératoire adéquate[3 ;46].

Le système nerveux central est l'organe cible des agents anesthésiques et de leurs adjuvants. Chez le sujet âgé les besoins anesthésiques sont souvent moindres du fait des modifications anatomiques du système nerveux et la déplétion en neurotransmetteurs.

Ces modifications anatomiques et physiologiques sont susceptibles de modifier la pharmacocinétique et la pharmacodynamie de certains médicaments anesthésiques et analgésiques. D'autres facteurs sont également à prendre en considération : les pathologies associées, l'alimentation, et l'état nutritionnel, l'interaction éventuelle avec certains médicaments. Ceux-ci peuvent notamment interférer avec la fixation protéique, entraîner une activation ou une inhibition enzymatique[23 ;34].

Pendant l'hospitalisation, la consommation alimentaire atteint que rarement les besoins protéiques et énergétiques de l'organisme et la dénutrition s'installe ou s'accroît.

La concentration en sérum albumine est plus faible de 19 % chez le sujet âgé que chez l'adulte. Cette hypoalbuminémie est due à une diminution de la fonction rénale et de la capacité de synthèse protidique du foie. Les taux de sérum albumine peuvent être aussi plus faibles du fait d'une malnutrition. Par voie de conséquence, le pourcentage de fixation des médicaments à cette protéine est plus faible. Cette hypoalbuminémie touche plus particulièrement la liaison des médicaments acides, qui ont une liaison diminuée de 12,5 % en moyenne[57 ;79].

La réduction du volume sanguin total observée chez la personne âgée entraîne une diminution du volume de distribution central. Cette dernière est à l'origine d'une augmentation des concentrations plasmatiques maximales qui expliquent la sensibilité accrue des patients âgés à certains agents anesthésiques comme le thiopental ou l'étomidate sans que leurs caractéristiques

pharmacodynamiques ne soient significativement modifiées. L'augmentation relative de la masse grasse du sujet âgé augmente le volume de distribution global des médicaments les plus liposolubles comme les benzodiazépines. Cette augmentation du volume de distribution à l'équilibre tend à diminuer la concentration plasmatique de ces agents et allonge leur demi-vie d'élimination. Pour les substances volontiers moins liposolubles, cette modification de la composition de l'organisme réduit leur volume de distribution[60,61].

Il existe fréquemment une altération des fonctions hépatiques et rénales chez le sujet d'un âge avancé. Le débit sanguin hépatique diminue par la baisse du débit cardiaque, ce qui aboutit à un allongement de la vie d'élimination des médicaments à fort coefficient d'extraction hépatique. Les réactions de métabolisme hépatique de type 1 (oxydation, réduction, hydrolyse) sont perturbées chez le sujet âgé[67 ;82].

La diminution du débit de filtration glomérulaire est responsable d'une altération de l'excrétion rénale des agents anesthésiques et de leurs métabolites actifs. Ceci aboutissant à un allongement significatif de leur durée d'action.

Enfin, les patients âgés sont plus sensibles à l'effet de nombreux médicaments tels que les benzodiazépines, les morphiniques. Les sujets âgés répondent mieux et plus longtemps à l'action de ces médicaments.

Ces perturbations doivent inciter le prescripteur à se tourner vers la titration dans les situations aiguës telles que la période postopératoire immédiate.

Pour les agents par inhalation, la concentration alvéolaire minimale MAC diminue de 4% tous les 10 ans après 40 ans[57].

Les troubles cognitifs post-opératoires sont représentées par le syndrome confusionnel et le dysfonctionnement cognitif post-opératoire, appelé parfois syndrome amnésie/démence[60 ;61] :

Le syndrome confusionnel :perturbation cognitive aigue survenant dans les 24 à 48 heures post-opératoires,il correspond à une décompensation cérébrale aigue favorisée essentiellement par la fragilité cérébrale antérieure du sujet à laquelle se rajoutent les effets délétères du stress opératoire.

Le dysfonctionnement cognitif post-opératoire :il regroupe des pertes de mémoire transitoires avec difficultés d'apprentissage,la démence avérée avec altérations sévères de la personnalité.

Il existe au moins 5 règles d'or dans la gestion de l'anesthésie du grand vieillard [82]:

1-Tenir compte en permanence de la grande fragilité et vulnérabilité au stress, en particulier cardio-vasculaire.

2-Evaluer en préopératoire la fonction rénale par la clairance de la créatinine plasmatique afin d'anticiper la réduction de l'élimination de certains médicaments et/ou de leurs métabolites.

3- En cas d'anesthésie générale, privilégier le monitoring invasif cardio-vasculaire, neurologique et de la curarisation afin de réduire les risques d'instabilité péri opératoire et de retard de réveil.

4-Privilégier la titration, la réduction des doses, voire l'augmentation de l'intervalle entre les injections.

5- Enfin, une hospitalisation est une rupture dans l'existence du grand vieillard. La réhabilitation précoce et structurée, avec un retour rapide au milieu habituel. Cela doit être une obsession de tous les acteurs de soins sans restriction, afin de réduire les dysfonctions cognitives, les pertes fonctionnelles et les risques d'altération définitives de la vie de relation.

Donc à la lumière de ce qui a précédé, l'âge en soi n'est pas un facteur de risque indépendant de complications postopératoires. En revanche, le score ASA permet de prédire avec fiabilité le risque de décès chez les sujets de plus de 80 ans. L'existence d'une cardiopathie ischémique, d'un diabète, d'une hypertension, d'une insuffisance respiratoire chronique ou d'une insuffisance rénale sont les véritables facteurs de risque de complications postopératoires. Le type de chirurgie (notamment la chirurgie thoraco-abdominale majeure) reste bien entendu un élément capital du pronostic.

5-Urgences abdominales chirurgicales :

5-1-Classification des urgences abdominales selon la priorité de prise en charge :

En fonction du temps, on peut distinguer 3 types d'urgence [13,22] :

L'extrême urgence : Les minutes comptent :

La vie du malade est très en danger. Il s'agit essentiellement des hémorragies massives. L'intervention demeure l'élément le plus important de la ressuscitation.

La première urgence : Les heures comptent : Une mise en condition opératoire est indispensable et doit être brève. Un retard abusif risquerait d'entraîner une mort certaine du malade. Il s'agit essentiellement des péritonites et des occlusions.

L'urgence potentielle : on peut attendre 24 heures à quelques jours :

On peut faire quelques investigations pour le diagnostic étiologique ou pour évaluer la gravité de la maladie. Sans traitement radical, ces urgences risqueraient d'évoluer vers un état critique engageant ultérieurement le pronostic vital du malade.

5-2-Type d'urgences abdominales aigües :

5-2-1 Occlusions intestinales aigües : [7, 10,22, 29, 36, 39,77]

L'occlusion intestinale est un arrêt brutal, complet du transit (matières et gaz) dans un segment intestinal. C'est une urgence chirurgicale. Il existe des occlusions organiques, fonctionnelles et mixtes. Les occlusions fonctionnelles sont les iléus paralytiques, syndrome d'Ogilvie. Dans les occlusions mécaniques, on différencie les occlusions par strangulation, par obstruction et l'invagination intestinale aigüe.

Le diagnostic positif : repose sur la triade fonctionnelle associant douleurs brutales ou progressives de la région ombilicale ou du flanc diffusant rapidement, à types de crampe avec paroxysmes rythmiques, vomissement qui soulagent la douleur, arrêt des matières et des gaz qui est tardif ou moins net.

Les signes généraux sont recherchés: fièvre et signe de choc tachycardie, pli cutané, oligurie traduisant une déshydratation.

L'examen retrouve un météorisme variable selon l'étiologie et le type de l'occlusion.

Le cliché d'abdomen sans préparation debout de face montre des images hydro-aériques caractéristiques qui diffèrent selon le siège de l'occlusion. Ils sont petits centraux plus larges que hauts à paroi mince, marquées d'anneaux concentriques si occlusion du grêle. Dans les occlusions coliques les images sont plus grosses, périphériques, plus hautes que larges avec haustrations du colon.

La sensibilité et la spécificité du scanner dépassent 30% ; il est très performant.

Chez le vieillard : les principales causes sont : le cancer du côlon qui est le plus fréquent; le volvulus du sigmoïde; l'appendicite du vieillard : (occlusion fébrile

avec douleurs dans la fosse iliaque droite) ; l'iléus biliaire (rare en Afrique, plus fréquent en Europe), les hernies internes (exceptionnelles).

Le traitement médical consiste en une réanimation hydro électrolytique : avec une perfusion de sérum salé et glucosé, perfusion de macromolécules, de sérum bicarbonaté voir transfusion au besoin.

On mettra en place une sonde nasogastrique aspirative et une sonde urinaire.

Le traitement chirurgical est en 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 détorsion du sigmoïde puis une sigmoïdectomie.

Dans certains cas une détorsion première en urgence du sigmoïde est possible par voie endoscopique. La sigmoïdectomie sera faite à froid par laparoscopie ou laparotomie.

Pour le volvulus sur bride, il faut pratiquer en urgence la section de la bride.

Pour l'occlusion par cancer du sigmoïde il faut faire- 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.

Toutefois, la stomie peut exposer le patient âgé à des risques et complications.

Chez le patient âgé iléostomisé, les complications métaboliques par la déplétion sodée et hydrique sont favorisées par les changements physiologiques [22]. Malgré une réponse rénale normale, un apport alimentaire insuffisant en eau et en sodium peut entraîner une déshydratation et une hypovolémie. La carence en vitamine B₁₂ peut être retrouvée chez ces patients.

5-2-2-Hernie étranglée : [6, 10, 13,14]

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

Elles sont acquises et secondaires à une faiblesse musculaire et aponévrotique, parfois liée à l'âge, la sédentarité, l'obésité, ou l'amaigrissement brutal. Il faut surtout chercher une cause d'hyperpression abdominale très fréquente chez le sujet âgé : insuffisance respiratoire (BPCO, toux), constipation, adénome de la prostate (dysurie).

Dans la forme aigüe, la douleur est brutale faisant suite à un effort de toux. Elle peut apparaître sans notion de hernie connue antérieurement ou progressivement au niveau d'une hernie ancienne devenue irréductible.

La douleur est maximale au collet. La hernie devient tendue, dure dans son ensemble, non impulsive à la toux et totalement irréductible. Le retentissement abdominal est minime en cas d'étranglement de l'épiploon alors que l'étranglement du grêle ou du colon entraîne une altération de l'état général avec déshydratation.

Un retard de diagnostic peut aboutir à la nécrose complète d'une anse réalisant un phlegmon pyostercoral ou un tableau de péritonite aigüe généralisée.

L'exploration des zones herniaires doit être effectuée systématiquement en cas d'occlusion intestinale aigüe pour établir un bilan étiologique.

Chez une personne âgée venant pour un abdomen aigü ; il faut rechercher systématiquement une hernie pouvant être multiples ou associées.

En cas de doute l'échographie : montre un épaississement de la paroi abdominale et une stase liquidienne dans le segment intestinal étranglé.

Le traitement chirurgical se fera en urgence. Il permettra de lever la striction ; de faire le bilan puis la réparation des lésions viscérales.

La réalisation d'une Herniorraphie ou hernioplastie permet la prévention de la récurrence.

5-2-3-Peritonites aiguës [9,68, 70, 74,80] :

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

Les signes peuvent manquer chez le patient âgé : ventilé en réanimation, fatigué ou immunodéprimé.

Le toucher rectal apporte une aide précieuse lorsqu'il retrouve un cul-de- sac de douglas bombant et douloureux.

L'interrogatoire et l'examen clinique permettent le plus souvent d'approcher l'étiologie. L'essentiel est de savoir poser l'indication opératoire et débiter la réanimation après contrôle de l'état hémodynamique.

L'imagerie s'avère très précieuse. L'existence pneumopéritoine signe la perforation d'un organe creux mais son absence ne l'élimine pas (perforation bouchée).

Il est évident devant un volumineux croissant gazeux inter hépato diaphragmatique droit sur un cliché de coupes debout. Le scanner découvre les pneumopéritoines discrets.

Les étiologies sont : péritonites primitives, péritonites appendiculaires, péritonites par perforation gastroduodénale, péritonites typhiques, péritonites

d'origine génitale, péritonites biliaires, péritonites par perforation colique, péritonites post-opératoires.

Le traitement des péritonites aiguës généralisées comporte chronologiquement 3 temps : le temps préopératoire, le temps opératoire proprement dit, le temps post-opératoire.

Le traitement médical est double, il comporte une antibiothérapie dont l'objectif principal est d'éviter ou de contrôler une diffusion de l'infection. La Réanimation hydro-électrolytique, hémodynamique et calorique, permet quant à elle de compenser les conséquences de l'inflammation péritonéale. Elles apparaissent plus vite chez le sujet âgé. L'hypovolémie, les perturbations électrolytiques et le catabolisme sont majorés.

Le traitement chirurgical est au 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, qui seul interrompt l'évolution et autorise le retour à un fonctionnement normal du péritoine et des anses intestinales. La chirurgie utilise 2 grands moyens qui sont: le traitement de l'organe responsable et celui de la cavité péritonéale (évacuation de l'épanchement péritonéal, nettoyage péritonéal et drainage de la cavité).



DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL

1- MATERIELS ET METHODES

1-1-CADRE D'ETUDE :

L'étude a été réalisée dans le service de Chirurgie Générale du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec qui est un service de référence à triple vocation de soins, formation et recherche.

L'Hôpital Aristide Le Dantec (HALD) est un Centre Hospitalo-Universitaire situé dans Dakar plateau. Il est limité à l'Ouest par la corniche Ouest, à l'Est par la Société des Eaux (SDE), au Nord par le camp Dial Diop et au Sud par l'Institut Pasteur et l'avenue Pasteur.

Le Service de Chirurgie Générale où ce travail a été mené est composé de 2 divisions d'hospitalisation : Assali et Fontan ayant une capacité d'accueil de 57 lits, d'une unité d'accueil des urgences d'une capacité de 12 lits et d'un bloc opératoire (opérations à froid et en urgence).

- Le personnel soignant est constitué par :
 - 3 Professeurs Titulaires ;
 - 3 Maitres de Conférences Agrégés ;
 - 2 Assistant Chef de Clinique ;
 - 5 Internes ;
 - 5 médecins inscrits au diplôme d'Etudes Spécialisées de Chirurgie Générale ;
 - Le personnel infirmier : 2 infirmiers diplômés de l'état +15 aides-soignants.
 - Le personnel de soutien est composé de 3 secrétaires médicales, 2 brancardiers, 2 techniciens de surface.

- Les activités du service : Elles sont réparties comme suite :

Un staff général tous les mercredi , les visites se déroulent chaque matin à partir de 7h en présence de tout le personnel de la chirurgie concernent les malades reçus aux urgences suivie d'une visite des malades hospitalisés ; la consultation externe chirurgicale ; la prise en charge des urgences chirurgicales et traumatologiques ; le programme opératoire le lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi.

1-2-TYPE ET PERIODE D'ETUDE :

Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive réalisée entre le 1^{er} Janvier 2009 et le 31 Décembre 2012(3 ans).

1-3-RECRUTEMENT DES PATIENTS :

Le recrutement des patients était effectué dans la clinique chirurgicale à partir des registres d'hospitalisation, et du bloc. Dans ces registres sont notés le numéro du dossier, le nom, le prénom, l'âge, le sexe, le diagnostic et le traitement (médical ou chirurgical) reçu ainsi que les dates d'entrée et de sortie.

Et en plus des registres d'hospitalisation, nous avons eu recours aux registres des urgences et celui des comptes rendus opératoires.

1-4-CRITERES D'INCLUSION:

- Tous les patients âgés de 65 ans et plus.
- Reçus en urgence une affection chirurgicale abdominale aiguë (occlusion, péritonite, appendicites aiguës, hernie étranglée, cholécystite aiguë...) et suivis éventuellement dans le service.

1-5-CRITERES DE NON INCLUSION :

- Tous les patients reçus non opérés ou opérés pour d'autres urgences non digestives, n'ont pas été retenus dans l'étude.
- Tout patient opéré hors du service de chirurgie générale.

1-6-COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNEES :

Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'une fiche d'enquête (cf. annexe).

Les paramètres suivants ont été étudiés :

- Epidémiologie des urgences abdominales (la fréquence, l'âge, le sexe, la provenance).
- La durée entre l'évolution des symptômes et la consultation au service des urgences.
- La durée écoulée entre l'admission des patients et l'intervention chirurgicales.
- La présence ou non des antécédents médicaux et/ou chirurgicaux.
- Les pathologies rencontrées.
- La voie d'abord chirurgicale.
- Le geste chirurgical
- La durée d'hospitalisation.
- Morbidités, mortalité et le suivi à distance (Patients revus après 15 jours, un mois ou plus après leur exeat).

La saisie et le traitement des données ont été réalisés avec le logiciel SPSS.13.0.

1-7-CONTRAINTES :

Sont liées essentiellement à :

- L'archivage inadéquat des dossiers des malades à l'origine d'une quantité importante de dossiers non trouvés ;
- Dossiers abimés par l'humidité (mouillés) ;
- Dossiers incomplets donc non exploitables (état civil, renseignements cliniques, mise à jour absentes...)

2-LES RESULTATS :

2-1--Epidémiologie

Nous avons recueilli 200 cas d'abdomens aigus chez les sujets âgés, parmi 4407 patients soit une fréquence de 4,5% mais seuls 113 étaient exploitables durant les 4 années d'étude, de 2009 à 2012.

- 40 cas en 2009
- 24 cas en 2010
- 16 cas en 2011
- 33 cas en 2012

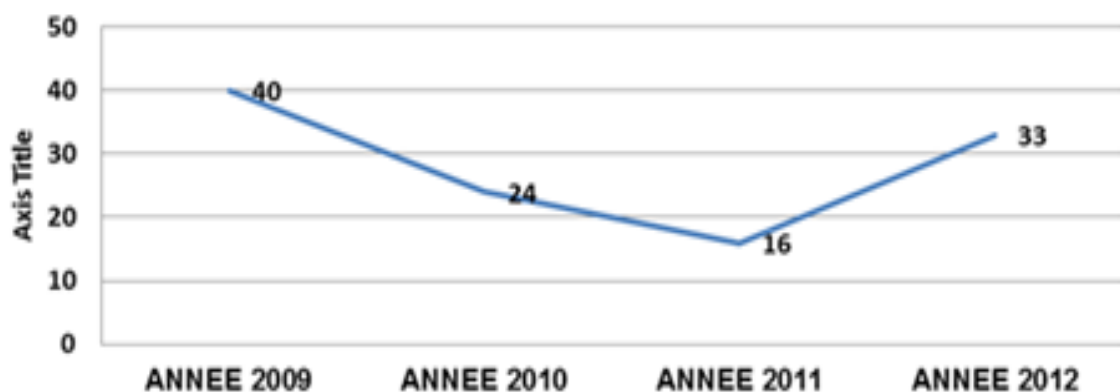


Figure5 : Répartition des cas selon l'année d'étude

Le plus grand nombre de cas était noté en 2009. Après 2009, la pente de la courbe des patients diminue progressivement pour remonter en 2012.

L'AGE ET LE SEXE DES PATIENTS :

L'âge moyen des patients colligés était de 73,1 ans avec des extrêmes de 65 à 96 ans. La grande majorité 68,1 % des patients soit 77 patients avaient un âge compris entre 65 à 75 ans. Les patients de plus de 75 ans représentaient 31,9 % (n=36) (FIGURE 6) .

Le sex ratio (M/F) était de 2,5. L'âge moyen des sujets de sexe féminin était de 77,8 ans et celui des patients de sexe masculin de 74,1 ans (FIGURE 7).

La figure 8 montre la répartition des patients selon le sexe et la tranche d'âge.

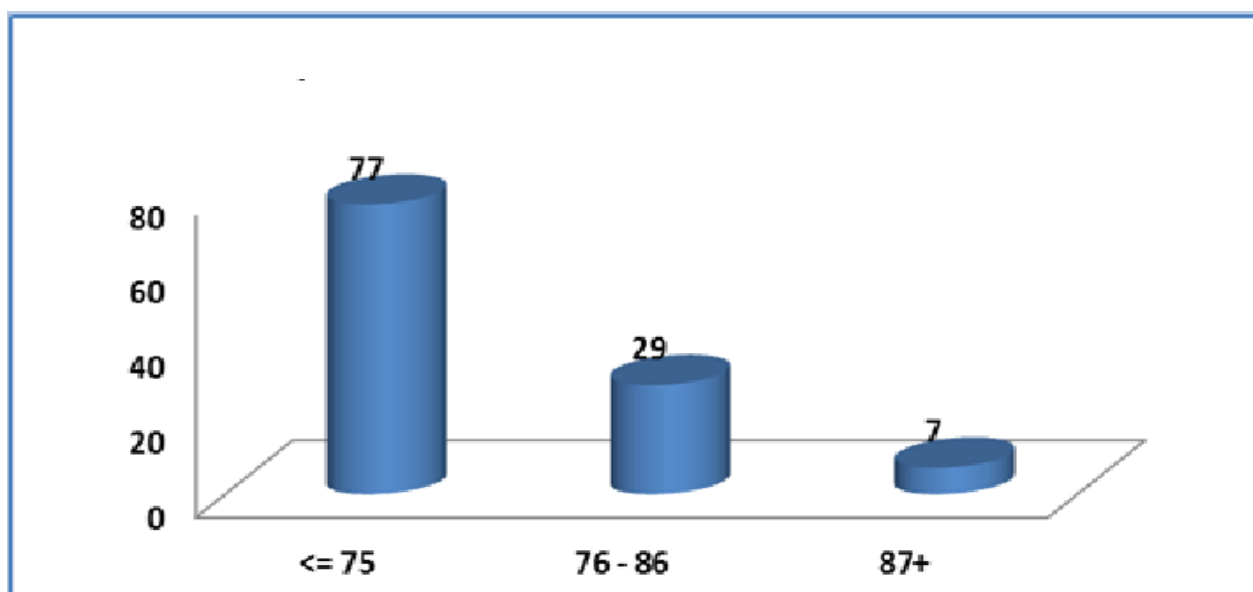


Figure n°6 : Répartition des patients par selon l'âge

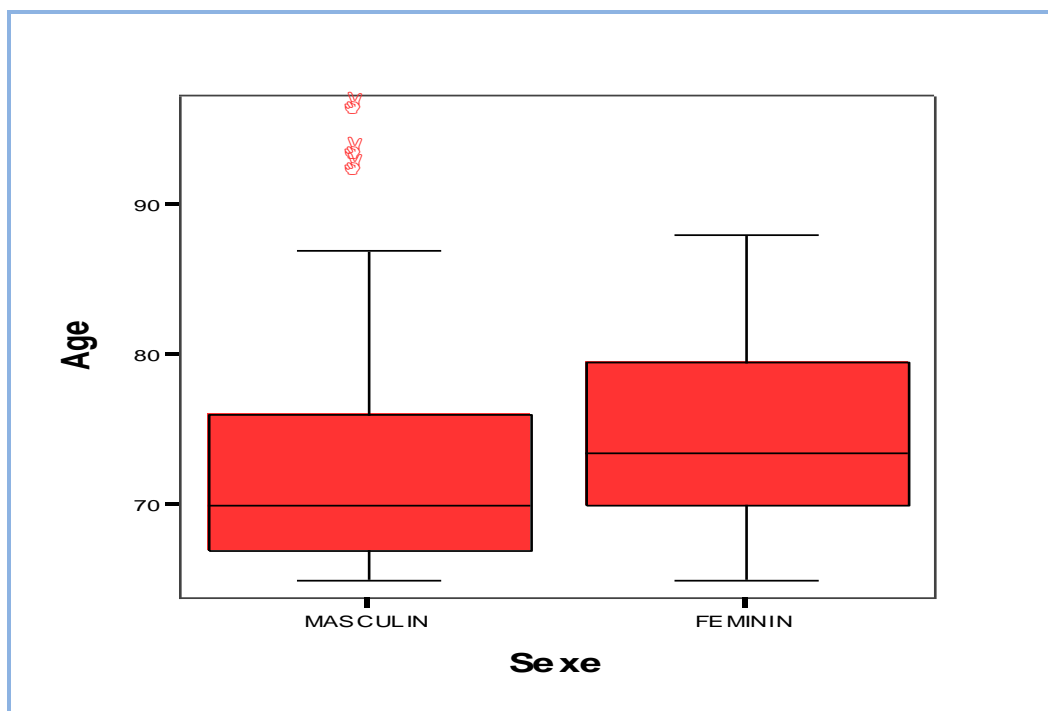


Figure n° 7 : Moyenne d'âge dans les deux sexes

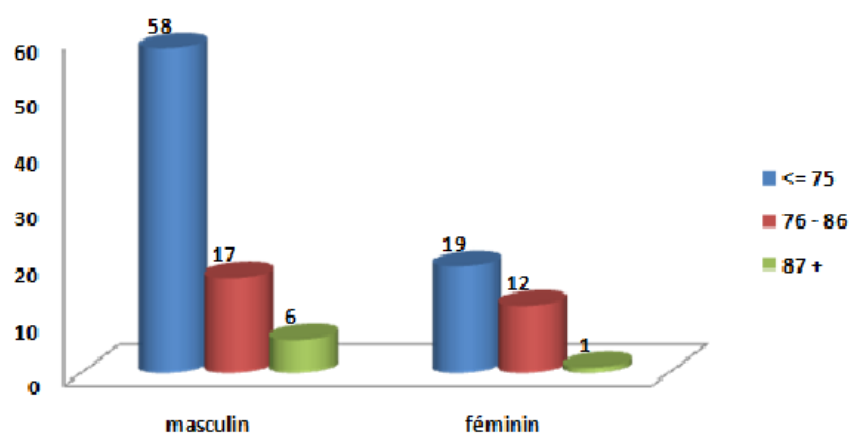


Figure n° 8 : Répartition selon le sexe et la tranche d'âge

LA REGION DE PROVENANCE :

Selon la répartition géographique, les 91,2 % résidaient dans la région de Dakar (103 patients), dont 46 % du centre-ville soit 52 patients et 45,1 % de la banlieue soit 51 patients. Seuls 8,8 % des patients résidaient hors de Dakar (10 cas).

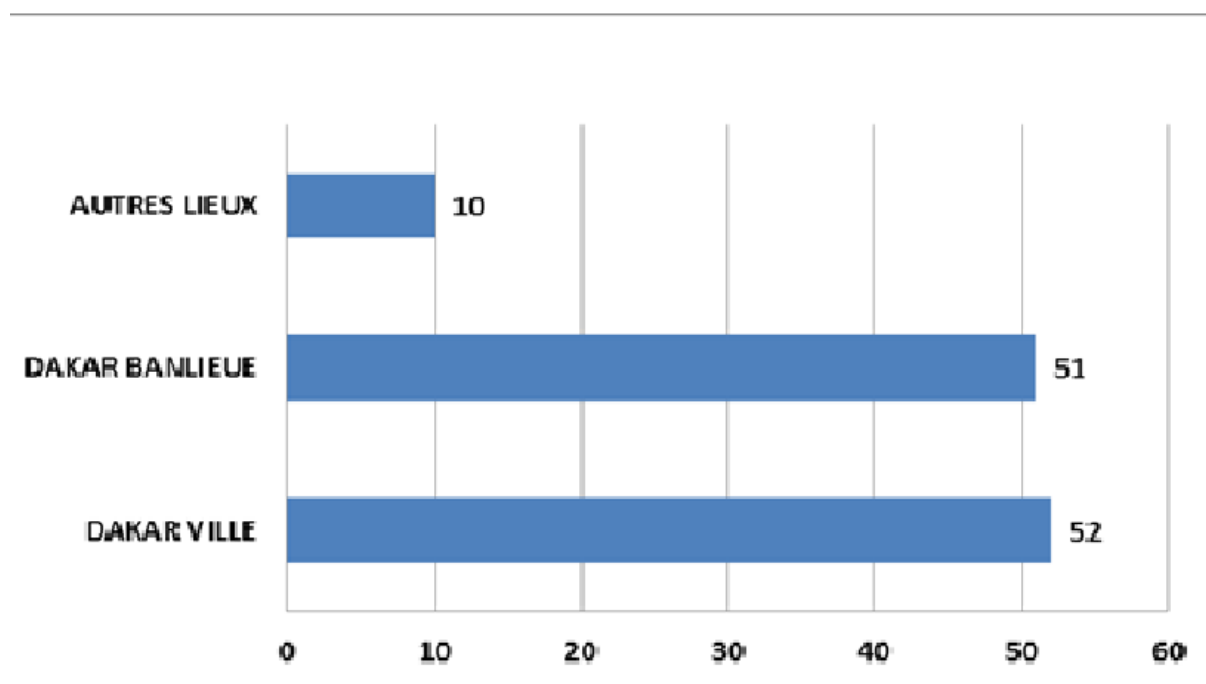


Figure 9 : Répartition des patients selon la provenance

2-2-LE DELAI D'EVOLUTION DES SYMPTOMES AVANT HOSPITALISATION

La durée moyenne d'évolution des symptômes avant la consultation au service des urgences a été précisée dans 73 cas soit 64,6%. Elle était de 44,3 heures avec des extrêmes de 2 à 360 heures.

2-3-DELAÏ ENTRE ADMISSION ET INTERVENTION

Le temps écoulé entre l'admission des patients et l'intervention chirurgicale a été relevé chez 55 patients soit 48,7%. Le délai moyen est de 1,1 heure avec des extrêmes de 1 à 3 heures.

2-4-ANTECEDENTS :

Les patients sans antécédents médicaux représentaient 32,8 % soit 21 cas, 55 patients soit 46,4 % avait des antécédents médicaux et 21 patients présentaient des antécédents chirurgicaux. La figure 9 montre la répartition de ces patients.

Les antécédents de maladie cardiovasculaires étaient les plus rencontrés avec un pourcentage de 57,5% (n=64). Il avaient tous une HTA.

Les patients qui avaient subi une intervention chirurgicale antérieure représentaient 11,8 % soit 11 cas.

La figure 10 montre en détails la répartition selon le type des antécédents médicaux et chirurgicaux.

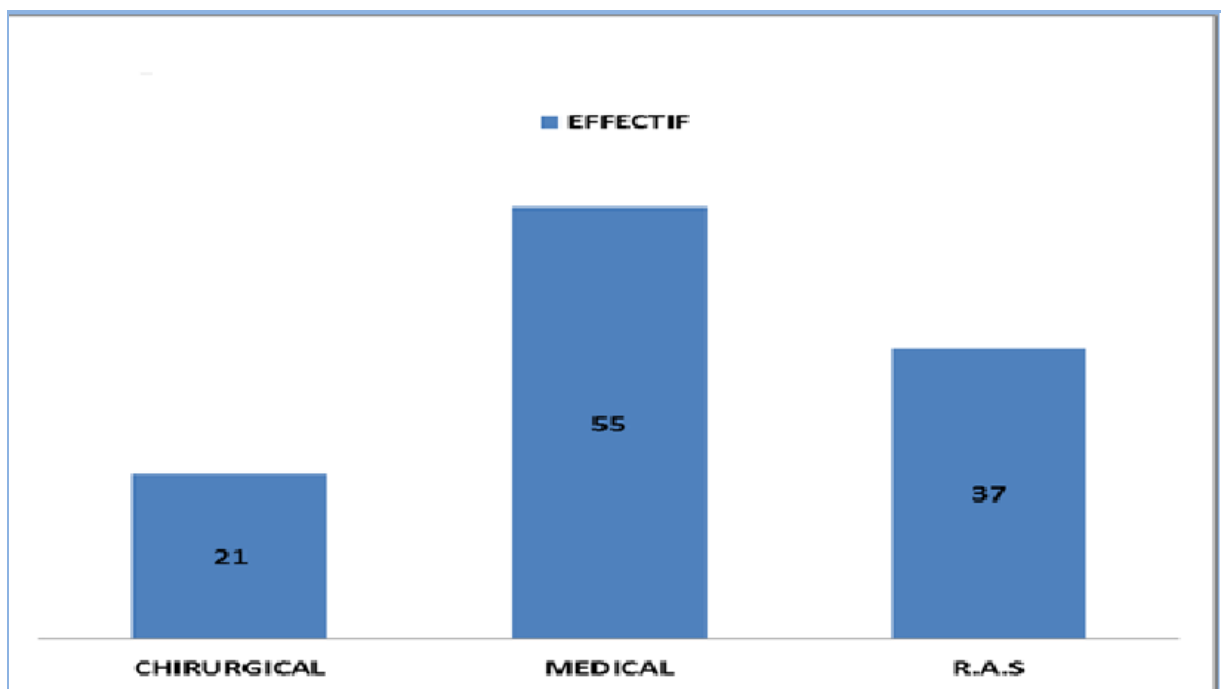


Figure 9 : Répartition selon les antécédents

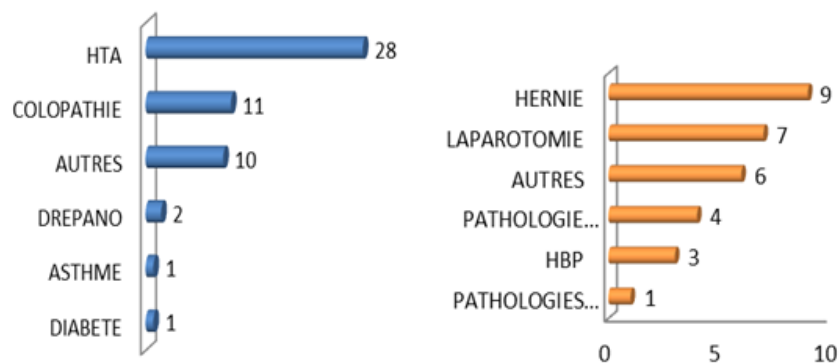


Figure 10 : Répartition selon le type des antécédents

2-5-LES PATHOLOGIES RENCONTREES

Les tableaux cliniques des urgences abdominales du sujet âgé sont représentés par la figure 11. Les occlusions intestinales aiguës 38,9 % (n= 44) et les hernies étranglées 35,4 % (n=40) prédominaient.

La péritonite aiguë généralisée occupe la 3^{ème} place avec 13 cas soit 12% des UAA. Les autres sont représentés par le syndrome douloureux abdominal ou DANS (Douleurs abdominales non spécifiques) associé ou non à une altération de l'état général des patients et chez qui l'étiologie n'a pas été retrouvée .

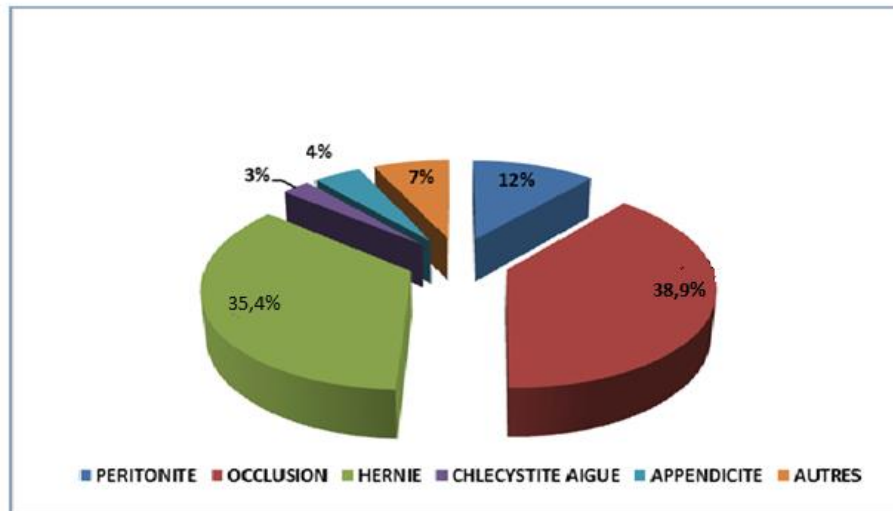


Figure 11 : Répartition des patients selon le diagnostic

Etiologies des occlusions intestinales aigües :

La figure 12 montre la répartition des OIA selon l'étiologie ; Elle est dominée par le volvulus du colon pelvien 18% (n=7)

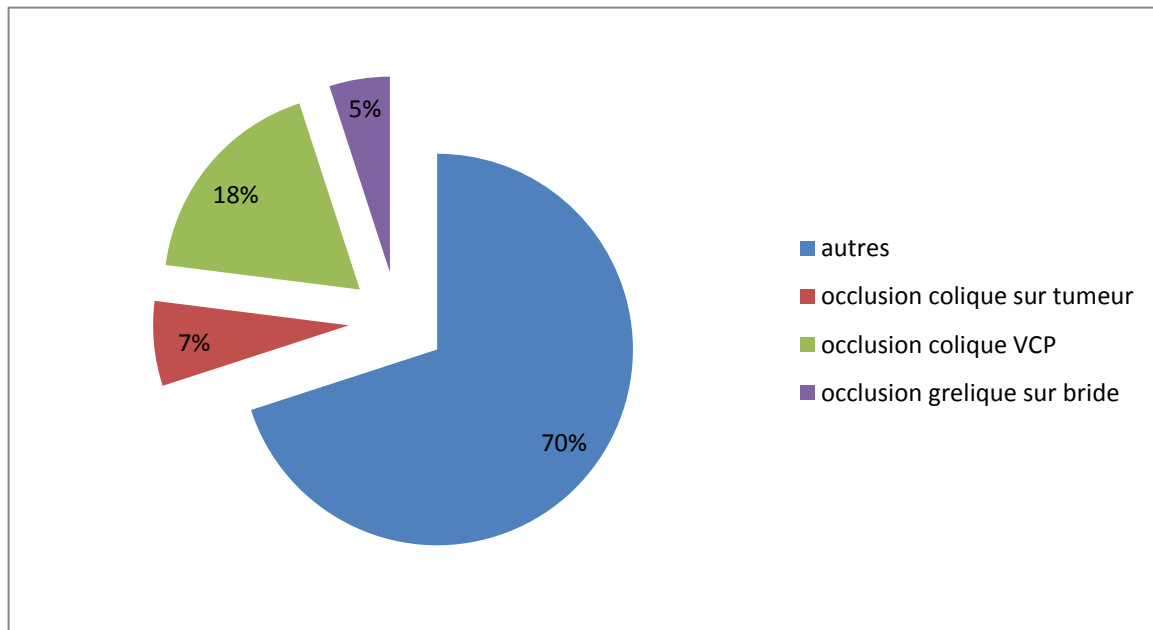


Figure 12 : Répartition selon les étiologies de l'occlusion intestinale aiguë

La hernie étranglée :

Le tableau I montre la répartition des hernies étranglées qui sont dominées par les hernies inguinales et inguino scrotales.

Tableau I : Répartition selon le site des hernies étranglées

Type de hernie	Nombre de cas	Pourcentage%
Inguinale droite	10	25
Inguino-scrotale droite	10	25
Inguinale gauche	7	17,5
Inguino-scrotale gauche	8	20
Ombilicale	3	7,5
Hernie de Spiegel	1	2,5
Hernie de la ligne blanche	1	2,5
Total	40	100

Etiologies des péritonites aigües :

Nous avons enregistré 13 cas de péritonites aigües soit 12% des UAA.

Parmi les étiologies, nous avons constaté que la perforation gastrique était la prédominante avec 66,7% soit 8 cas, suivie de la perforation du grêle, colique et la péritonite d'origine appendiculaire. Ces étiologies sont réparties comme suit :

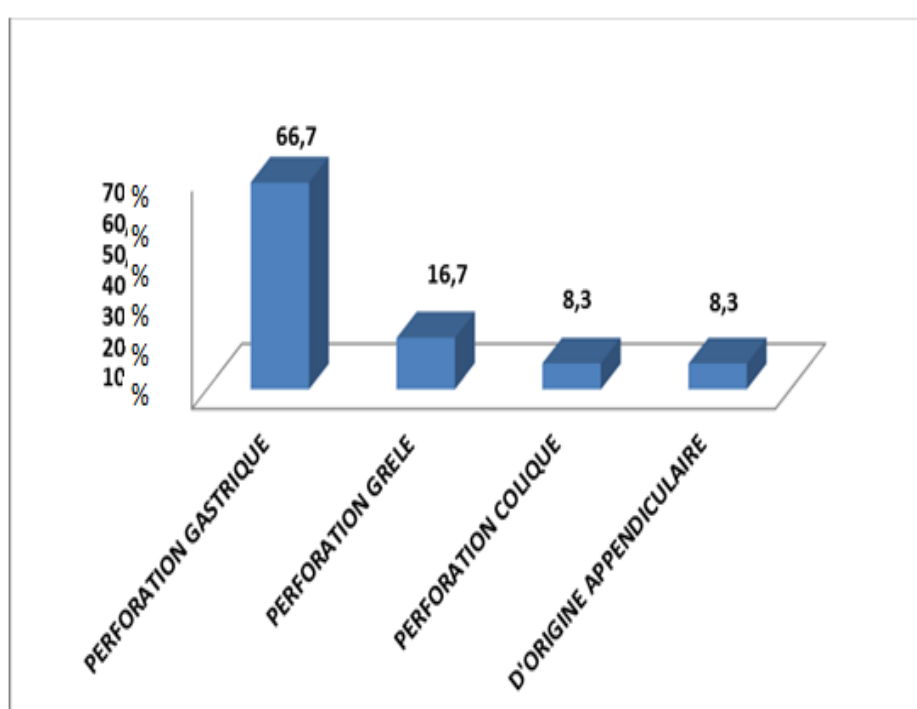


Figure n° 13 : Répartition selon les étiologies des péritonites

2-6- La voie d'abord chirurgicale:

Parmi les 85 patients qui ont bénéficié d'une intervention chirurgicale, la laparotomie a été réalisée chez 44 patients, la kéléotomie chez 38 patients et la laparoscopie ne représentait que 3,6% des cas.

Le reste des patients (28) n'ont pas bénéficié d'une intervention chirurgicale (24,7%).

Tableau II : Répartition selon l'abord chirurgical

ABORD	Fréquence	Pourcentage
LAPAROTOMIE	44	51,7
KELOTOMIE	38	44,7
LAPAROSCOPIE	3	3,6
Total	85	100

2-7-Le geste Chirurgical :

Tableau III : Répartition des patients selon le geste chirurgicale

Geste chirurgical	Effectif	Pourcentage%
Résection intestinale+stomie	30	35
Résection intestinale sans stomie	6	7
Sans résection intestinale	49	58
Total	85	100

Hernies étranglées :

Pour les cas des hernies étranglées, on avait enregistré 40 cas : 38 patients avaient bénéficié d'une kélotomie et un seul patient n'était pas opéré et chez qui la réduction était spontanée: 27 patients avaient bénéficié d'une cure sans résection ,11 patients avaient bénéficié d'une cure avec résection.

2-8- La durée d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation était de 14,7 jours avec des extrêmes d'1 à 360 jours. La moitié de ces patients hospitalisés avaient une durée inférieure ou égale à 4 jours.

2-9--Les suites opératoires :

- **MORBIDITE :**

Fréquence :

Parmi les 85 patients opérés en urgence durant notre période d'étude, 21 ont eu des suites opératoires immédiates compliquées durant la période d'hospitalisation, soit une morbidité globale de 24,7%.

Type de morbidité :

Le tableau IV montre la répartition des patients selon le type de complications opératoire et selon la pathologie retrouvée.

Tableau IV : répartition des patients selon les complications post opératoires

SUITES OPÉRATOIRES	OIA	PAG	HE	AA	CA
Simple	25	5	26	5	3
hématome	0	0	1	0	0
Suppurations pariétales	2	3	0	0	0
Fistules digestives	0	2	0	0	0
éventration	1	0	2	0	0
éviscération	0	0	1	0	0
Péritonite post-op	0	3	0	0	0
Vomissement AEG	5	0	1	0	0

• **MORTALITE :**

Selon l'évolution, le taux de décès global était de 16,8% pour l'ensemble des patients reçus. 14 patients soit 12,4% n'ont pas bénéficié d'une intervention chirurgicale, ils sont décédés dès l'admission et 5,9% soit 5 patients sont décédés après ou au cours de l'intervention chirurgicale.

Selon les suites post opératoires, le taux de décès était plus fréquent chez les malades présentant un syndrome occlusif avec un pourcentage 52,6 % des décès (10 cas), puis viennent les péritonites 21 % (4cas) et les autres 26,3 % (5cas).

Tableau V : Répartition des décès en fonction de la pathologie initiale

	VIVANT	DECEDE	Total
PERITONITE	9	4	13
OCCLUSION	34	10	44
HERNIE	39	1	40
CHOLECYSTITE AIGÜE	3	0	3
APPENDICITE	5	0	5
SYNDROME DOULEUREUX ABDOMINAL	4	4	8
Total	94	19	113

Suivi des Patients

Nous avons revu 50 patients après la sortie, soit 44,3 % suivi dans les 30 jours après leur exeat. Trois patients opérés pour péritonite et revus présentaient une éventration.

Le reste a été perdu de vue (36,3%).

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

METHODOLOGIE :

L'avantage de notre méthodologie était la précision des informations à travers les dossiers des malades, les registres d'hospitalisation, les registres consignant les comptes rendus opératoires et les fiches d'enquêtes individuelles.

Cependant le caractère rétrospectif de cette étude prédisposait d'emblée à un certain nombre de difficultés, liées entre autres à l'insuffisance de certaines informations qui n'ont pas été consignées dans les dossiers. Cependant cet état de fait n'a pas entamé l'intérêt de ce travail car nous avons pu évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, évolutifs de 113 patients. Le suivi post opératoire était particulièrement difficile à évaluer car les mises à jour lors des rendez-vous n'étaient pas toujours consignées dans les dossiers.

Et à notre connaissance, il n'y a pas eu une étude similaire menée dans l'un des hôpitaux nationaux de référence au Sénégal.

Dans cette partie de notre travail, nous allons voir d'abord les données globales sur les urgences en chirurgie digestive. Ensuite on va commenter une par une les différentes pathologies rencontrées .

1- SUR LE PLAN EPIDEMIOLOGIQUE :

Fréquence

La chirurgie digestive d'urgence chez la personne âgée constitue 4,5 % de l'ensemble des activités du service de chirurgie générale à DANTEC avec taux nettement plus élevé en 2009 (40 cas). En effet de Janvier 2009 à Décembre 2012, 4407 patients ont été admis au sein du service des urgences chirurgicales. Il y avait 113 patients âgés de 65 ans et plus qui ont nécessité une prise en charge chirurgicale digestive en urgence.

Nos chiffres sont comparables à ceux des autres centres africains qui varient 3,2 à 8,4% [10, 75,81] . Les études européennes montrent que la chirurgie abdominale du sujet âgé occupe une place plus importante environ 26% en

France [5]. Ceci reflète la courbe démographique : En France, les personnes de 65ans et plus représentent 23,3% de la population générale [35 ,58] en 2011 alors qu’au Sénégal la population générale est sensiblement plus jeune avec un pourcentage de 11% qui représente ces personnes âgées [72].

Tableau VI : Répartition des fréquences annuelles des patients opérés en fonction des séries de la littérature

Auteurs	Tombo Madagascar [80]	Samasseko Mali [75]	Berthé Mali [10]	Bao France [6]	Notre étude
Année d'étude	2003	2007	2008	2011	2012
Pourcentage	7,3%	3,2%	8,4%	21,8%	4,5%

Age :

Notre âge moyen est de 73,1 ans avec des extrêmes de 65 à 95 ans. La tranche d’âge entre 65 ans et 75ans semble être la plus touchée avec un pourcentage de 68,1%(77 patients).

Il s’agit du sous-groupe le plus important de la population des sujets de 65 ans et plus au Sénégal selon le rapport national de présentation des résultats en 2006 [72].

Sexe :

La prédominance masculine est classique. Nous avons recensé plus d’hommes(71%) soit 81 que de femmes (29%) soit 32 soit un sex ratio de 2,5 en faveur des hommes. Cela est certainement imputable au fait que les patients de sexe féminin seraient, à priori, orientés vers le service de Gynéco obstétrique. Nos résultats sont superposables à ceux des autres séries africaines[54,71,78].

Cependant, une étude prospective réalisée en France montre une prédominance féminine avec 60,9% [30]. De même que CARRILLO –COLLEONY doris durant sa période d'étude a retrouvé 68% de femmes contre 32% hommes [16]. Le sexe représente parfois un facteur de risque qui doit être pris en compte, comme dans les péritonites aiguës cité dans le « Mannheim péritonitis index » [11]. Une explication peut être avancée : la résistance physique de l'homme comparée à l'individu de sexe féminin.

L'âge moyen des sujets étudiés était plus élevé chez le sexe féminin (77,8 ans) que celui du masculin (74,1 ans). Quelques facteurs peuvent expliquer cette longévité relative des femmes:

- leur système endocrinien les protégerait contre certaines maladies cardiovasculaires.
- les femmes sont moins exposées à certains facteurs de risque tels que le tabac, l'abus d'alcool et de ce fait moins touchées par certaines affections (cancers bronchiques, cirrhoses hépatiques).
- Elles sont dispensées des guerres ou de nombreux travaux pénibles voire dangereux.

Géographiquement, 91,2 % de nos patients résident dans la région de Dakar dont 46 % du centre-ville et 45,1 % de la banlieue. Seuls 8,8% des patients viennent des campagnes et des zones périphériques. Ces résultats ne permettent pas de faire une généralisation géographique car le lieu de recrutement se trouve en ville. Ceci explique ainsi le faible taux de la population rurale dans cette série.

2- DELAI DE LA CONSULTATION :

Nos patients en majorité 64,6% ont été vus entre 24 heures et 48 heures après l'apparition des douleurs abdominales. Ce délai pour la consultation des sujets âgés est identique pour les urgences chirurgicales en général dans les

pays africains [10,59]. Cependant RAKATOVAO au Madagascar a noté une moyenne de 2 jours [70].

Ce retard à la consultation, habituelle en Afrique, est imputable principalement à plusieurs facteurs citons : [4, 5, 10, 43]

Les cultures et les croyances sont encore forcément présentes dans la vie quotidienne de la communauté Sénégalaise et africaine en général. Il faut en tenir compte car elles influencent d'une façon ou d'une autre le comportement du patient vis-à-vis de sa maladie.

Les superstitions sont courantes et tout cela va expliquer les conséquences psychologiques et physiques vécues par le malade. Dès fois cela aboutit à l'indispensable consultation chez le guérisseur traditionnel avec l'influence de la famille.

Les patients ressentent leur problème médical comme nécessitant une prise en charge en urgence et ont choisi volontairement de consulter au service des urgences plutôt qu'en consultation classique. Mais l'organisation financière au niveau familial génère souvent des retards pour l'admission (collecte d'argent pour assumer les dépenses occasionnées par les frais hospitaliers) .

Le patient en question n'a pas de médecin traitant particulier et après avoir utilisé de l'automédication, l'attraction de l'hôpital public de référence s'avère être le dernier recours.

Les patients âgés peuvent retarder leur recours aux soins du fait de leur isolement, des difficultés de déplacement, ou par peur de l'hôpital ou de la mort. Les problèmes de communication, parfois liés aux maladies préexistantes (démences...), sont aussi un obstacle à une prise en charge optimale.

Tout cela fait perdre un temps précieux aux malades pour la prise en charge de leurs pathologies.

3- TEMPS ECOULE ENTRE L'ADMISSION ET 'INTERVENTION :

Une intervention chirurgicale a été réalisée dans une durée moyenne de 63minutes chez 48, 7 % de nos patients. Toutefois ces données ne semblent pas être spécifiques au sujet âgé et sont comparables à ceux des urgences en générale [10,37].

Plusieurs facteurs influent sur le délai d'intervention. L'urgence de la prise en charge chirurgicale est justifiée devant une péritonite aigüe généralisée, une occlusion intestinale ou étranglement herniaire [41,81] tant la réanimation et la morbidité post-opératoire en dépendent.

4- ANTECEDENTS :

Durant notre étude, nous avons constaté que 68,2% soit 73 de nos patients étudiés ont des antécédents médicaux ou chirurgicaux. Les affections cardiovasculaires sont prédominantes en particulier l'hypertension artérielle. La notion d'une pathologie antérieure sur le tube digestif telle que la colopathie fonctionnelle existe pour 11 de nos patients. On trouve les mêmes résultats statistiques d'antécédents de douleurs abdominales non spécifiées et de colopathies fonctionnelles qu'en France ou au Canada pour les sujets âgés [38,66]. Une étude française montre que derrière ces manifestations fonctionnelles se cachent des pathologies chirurgicales de diagnostic méconnu durant l'hospitalisation ou consultation antérieure [42,77].

Les pathologies chirurgicales quant à elles sont dominées par les antécédents de laparotomie ou de cure de hernie.

Ces différentes constatations nous permettent d'attirer la vigilance de tous les chirurgiens sur la nécessité d'un suivi régulier des patients surtout des personnes âgées ayant eu des antécédents de pathologie digestive principalement les douleurs abdominales non spécifiées et les colopathies fonctionnelles.

5- PATHOLOGIES RENCONTREES :

Tableau VII : comparaison des différentes étiologies des urgences abdominales aigües selon les auteurs :

Auteurs	Genève.C 2011 sujet plus 50ans [44]	Konaté Mali 2005 [54]	Brower USA [12]	Notre étude
Pathologies par ordre décroissant	<ul style="list-style-type: none"> • Cholécystite • Occlusion intestinale • Hernie inguinale 	<ul style="list-style-type: none"> • Occlusion • Appendicite aigüe • Péritonite aigüe 	<ul style="list-style-type: none"> • Appendicite aigüe • Cholécystite aigüe • occlusion 	<ul style="list-style-type: none"> • occlusion • hernie • péritonite

Les étiologies des abdomens aigus en général sont dominées par les occlusions intestinales aigües en Afrique [54]. Notre étude chez le sujet âgé confirme cette tendance. Alors qu'en pays occidentaux c'est l'appendicite aigüe et la cholécystite aigüe qui occupent le 1^{er} rang [12, 20].

L'occlusion est la deuxième cause d'urgence abdominale en Europe [2]. La cause prédominante est le Volvulus du Colon Pelvien dans notre série comme beaucoup d'autres pays africains. [54, 56, 59]. Ceci semble être le cas dans des zones endémiques comme la Turquie [2]. Alors qu'en Europe prédominent les occlusions par bride ou par tumeur [36,37].

Aux Etats Unis, les patients présentant un volvulus du sigmoïde sont typiquement âgés de plus de 50 ans et ils souffrent souvent de maladies neurologiques ou psychiatriques [78].

Sur le plan épidémiologique, la hernie étranglée occupe la deuxième place de nos urgences chirurgicales digestives chez le sujet âgé (35%). La hernie simple ou étranglée n'est pas une pathologie spécifique du sujet âgé. En Afrique, elle

touche environ 4,6% de la population [14]. L'étranglement concerne 48% des patients porteurs de hernie inguinale [53].

Les consultations tardives, l'âge du patient, les difficultés socio-économiques, la peur de l'intervention chirurgicale et les efforts de poussée sont tous des facteurs contribuant à la prévalence élevée des hernies étranglées [28, 53, 56,64].

Les péritonites aiguës occupent la 3ème place dans notre étude soit 12% après les occlusions intestinales aiguës et la hernie étranglée.

En Europe, Lorand[58] a trouvé un pourcentage de 3%. Contrairement en Afrique où on trouve des taux élevés allant de 20,8% à 21,6% [50].

Cette différence pourrait être liée au retard de consultation, aux conditions d'hygiène de nos populations, utilisation des médicaments traditionnels [4,31].

La 1 ère cause de péritonite retrouvée dans notre étude est la perforation gastro-duodénale post-ulcéreuse qui représente 66,7 %. Il n'y a donc aucune particularité pour le sujet âgé. Plusieurs études africaines incluant tous les âges prouvent la même chose[31,33, 69,73, 74,75]. Le stress de la vie, la prise de médicaments gastro toxiques, Helicobacterpylori, l'alcool-tabagisme, le régime particulièrement épicé expliquent la fréquence élevée des ulcères gastroduodénaux [32]. L'âge, les pathologies associées, l'immunodépression, la dénutrition, et les défaillances d'organe sont des facteurs de gravité pouvant aggraver le pronostic du patient [41,47].

Pour l'épiploon on sait qu'il existe une involution de volume liée à l'âge avec une diminution de ses capacités de défenses et de protection de la cavité abdominale contre l'infection, notamment sa capacité de cloisonner un foyer infectieux [83], Cliniquement, cela va se traduire par une péritonite généralisée plus fréquente chez le sujet âgé. Toute péritonite généralisée provoque un iléus réflexe, une séquestration de liquide, une translocation des germes intraluminaux puis une

défaillance circulatoire qui va très rapidement évoluer vers une défaillance multi systémique. Cette cascade physiopathologique souvent irréversible plaide pour un diagnostic rapide [83].

6- LE TYPED'ABORD :

Dans notre étude nous avons réalisé 51,7% soit 44 cas de laparotomie ,38 de kélotomie soit 44,7%. La laparoscopie très peu utilisé pour nos patients (3,6%), constitue un moyen de précision diagnostique et thérapeutique [21].

Cette voie d'abord a l'avantage de diminution des complications pariétales, la diminution de la douleur postopératoire, la diminution de la durée d'hospitalisation ainsi qu'une cicatrisation rapide [1, 15,55]. Il donc intéressant de le développer dans la prise en charge des sujet âgés.

7- LE GESTE CHIRURGICAL :

Le geste chirurgical dépend du diagnostic : occlusion intestinale aigüe, hernie étranglée et péritonite. Ainsinous avons pratiqué des résections intestinales qui pouvaient être associé ou non à une stomie 42% dans les occlusions et les péritonites.

Pour les hernies étranglées 27,5% de résection intestinale, une étude concernant l'adulte avait enregistré 16 cas de résection intestinale (7%) [33].

8- REPARTITION SELON LA DUREE D'HOSPITALISATION :

Nous avons observé que la durée moyenne d'hospitalisation est de 14,7jours. Pour 50% des patients il y a eu une durée d'hospitalisation de moins de 4 jours. Cela est très acceptable et contribue à l'amélioration de la prise en charge et diminue le coût du traitement. En effet la majorité de la population ne dispose pas de sécurité sociale ou de mutuelle. L'augmentation de la durée de séjour hospitalisation est en rapport avec le report de l'intervention chirurgicale dû à une contre-indication opératoire, la sévérité de l'affection et l'association des

tares ou d'autre pathologie récurrente [4,5]. Ceci s'observe en particulier chez la personne âgée ; sujet de notre étude [45,46, 47].

9- MORBIDITE ; MORTALITE :

Les complications post opératoires de 21 patients soit 24,7% concerne particulièrement : les péritonites aiguës généralisées, l'occlusion intestinale aiguë, les hernies étranglées. Il s'agit dans la majorité des cas des suppurations pariétales 6%. La sévérité de l'affection, l'état général du malade, l'âge avancé du patient, le retard de consultation et de diagnostic et la qualité de la prise en charge influencent cette morbidité [33,83].

Le Mannheim index permet d'évaluer la septicité abdominale en cas de péritonite aiguë généralisée et de décider d'une prise en charge thérapeutique plus prépondérante [11].

Le taux de mortalité dans notre série est de 16,8%. Ce taux peut être plus élevé car tous les malades n'ont pas été évalué, 53% sont perdu de vue. L'occlusion était la principale cause de décès 16,4%, puis viennent respectivement les péritonites et les hernies étranglées.

Ce taux de décès élevé s'explique par le profil des patients admis aux urgences pour un syndrome douloureux abdominal. Presque les $\frac{3}{4}$ de ces patients présentaient en plus du motif de consultation des antécédents médicaux et /ou chirurgicaux 68,2%. Noter que le délai de prise en charge de ces patients aurait aussi influencé sur ce taux surtout s'il y a extrême urgence (une moyenne de 63 minutes). La date d'apparition des premiers signes et l'admission au service des urgences est aussi un des déterminants de ce fort taux de décès.

Seuls 44,3 % de nos patients ont été revus après les 30 premiers jours de leur sortie de l'hôpital ; Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patients (91,2 %) résidait à Dakar .53% des patients sont perdus de vue ; cela

pourrait être expliqué par le fait que les comptes rendus des consultations n'ont pas été consignés sur les dossiers des patients ou tout simplement la plupart des patients ne jugent pas nécessaire le fait de retourner à l'hôpital pour le contrôle .

CONCLUSION

Les urgences abdominales chez le sujet âgé constituent la principale cause des douleurs abdominales dans le service d'urgence, tout médecin doit décider rapidement s'il s'agit d'une urgence abdominale vitale, aigüe ou subaigüe et décider d'une stratégie de prise en charge. Pour prendre cette décision, il doit connaître la prévalence et l'expression cliniques des pathologies digestives en fonction de l'âge, du sexe et du contexte médical particulier du patient. Trois sous-groupes posent des problèmes spécifiques du processus diagnostique : les femmes en âge de procréer, les patients avec une immunodéficience et les personnes âgées. C'est à ce dernier groupe que notre étude s'est intéressée.

Cette prise en charge d'une urgence abdominale chez un sujet âgé peut s'avérer complexe et ceci est dû au fait que :

Les tableaux douloureux aigus abdominaux sont grevés de taux plus élevés de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées que chez les sujets jeunes.

Le cumul de comorbidités ne demande qu'à décompenser avant, pendant ou même après l'acte chirurgical.

Il faut également être conscient du fait que **les modifications physiologiques** liées à l'âge influent sur la présentation des abdomens aigus du sujet âgé.

Une atteinte des capacités de réserve fonctionnelle empêchant d'affronter une agression telle qu'une pathologie ou une chirurgie aigüe.

Une présentation atypique qui retarde tant le diagnostic que le traitement comme par exemple dans le cadre des urgences chirurgicales abdominales

Un risque important de pathologie iatrogène : directement liée à la poly pathologie et à la poly médication- environ 90% des sujets âgés de 65 et plus consomment quotidiennement au moins un médicament- la période péri-opératoire est très propice au risque iatrogène.

Cette tranche d'âge est considérée depuis longtemps comme inactive. Le nombre limité d'études décrivant le sujet âgé surtout au Sénégal nous a amené à réaliser ce travail intitulé : «Urgences abdominales chez le sujet âgé»

Nous avons réalisé une étude rétrospective allant du 01 janvier 2009 au 31 décembre 2012 portant sur les malades âgés de 65 et plus admis aux urgences, hospitalisés pour une pathologie abdominale aiguë. Nos objectifs étaient d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au sein du service de chirurgie générale de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar. Au terme de cette étude plusieurs observations se dégagent :

Durant la période d'étude, 200 cas chirurgicaux ont été recensés, soit une moyenne de 4,5% d'urgences abdominales aiguës intéressant le sujet âgé.

La fréquence de ces urgences a connu une augmentation durant les dernières années soit une augmentation de 17cas/année entre 2011 et 2012.

L'âge moyen de nos patients était 73,1 ans (extrêmes : 65 et 96ans).Il s'agissait de 81 hommes ,32 femmes avec un sexe ratio de 2,5.

La plupart de nos patients avaient consulté après les 24 premières heures après le début des symptômes, soit une durée moyenne de 44,3 heures avec des extrêmes de 2 et 360 heures.

La durée moyenne entre l'admission et le coup du bistouri était de 63 minutes avec des extrêmes de 1 à 3 heures. Ce qui signifie que malgré le contexte de développement dans lequel on se trouve, la prise en charge aux urgences est marquée par une rapidité remarquable. A noter que le délai de prise en charge est un facteur pronostique parmi autres.

Parmi les patients étudiés, 68,2% avaient des antécédents. En effet 55 patients avaient des antécédents médicaux et l'HTA est la prédominante (28 cas) suivie de colopathie (11 cas) ,21 patients présentaient des antécédents chirurgicaux de hernie (9cas) et de laparotomie (7 cas).

La cause la plus fréquente des urgences aiguës étudiées étaient les occlusions intestinales aiguës (38,9 %) avec comme principale étiologie, le VCP (18%), puis viennent respectivement les hernies étranglées (35,4 %), les péritonites (10,6 %) avec 66,7% des cas sont dues à une perforation d'ulcère gastrique. A signaler que les occlusions et les hernies représentaient les $\frac{3}{4}$ des patients colligés.

Le traitement s'est fait souvent par laparotomie (51,7%) ou kélotomie (44,7%). La laparoscopie a été réalisée dans 3,6%.

Les résultats du traitement étaient satisfaisants avec des suites opératoires simples pour 64 patients soit 56,6%. Les complications post opératoires ont été dominées par les suppurations pariétales (5cas) et les fistules digestives (2cas).

La mortalité est importante (16,8%), elle est le plus liée au retard de consultation aux services des urgences.

Pour alerter les autorités et les populations, nous préconisons les recommandations suivantes :

A LA POPULATION :

- La consultation sans délais, des malades âgés dans un centre de santé devant toute douleur abdominale aigüe.
- Prise en charge sociale des personnes âgées par la famille et l'entourage.
- L'éviction de l'automédication et du traitement traditionnel.

AU PERSONNEL SANITAIRE :

- Une constipation récente chez une personne âgée ne doit pas être banalisée ;
- L'appel précoce du chirurgien est souhaitable car dans 40 % des cas une discussion sur la stratégie thérapeutique, chirurgicale ou non aura lieu,
- Une formation dans la prise en charge des personnes âgées,
- La référence des malades dans le meilleur délai,
- Le renforcement de la collaboration interdisciplinaire.

AUX AUTORITÉS SANITAIRES

Tenant compte de la fragilité des personnes âgées, il est à souhaiter que les décideurs politiques africains envisagent :

- la mise en œuvre de politiques sociales et sanitaires pour une meilleure prise en charge de cette population comme groupe à risque à côté d'autres tels que les enfants ou les femmes enceintes ;
- de reculer l'âge de la retraite jusqu'à plus de 60 ans ;
- d'organiser une campagne nationale d'IEC (Information - Education- Communication) sur le vieillissement en vue d'une bonne préparation à la retraite et une bonne connaissance des problèmes de santé liés au vieillissement dans le cadre de la prévention des pertes ;
- de mettre en place une unité de consultation de gériatrie dans les centres de santé, districts et hôpitaux régionaux.

REFERENCES

1-Adejuyigbé O, Fashain EO.

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

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

Mechanical intestinal obstruction caused by abdominal wall hernias. UlusTravinaDerg 2000;6(4):260-265.

3-Arden JR, Holley FO, Stanski DR.

Increased sensitivity to etomidate in the elderly: initial distribution versus altered brain response. Anesthesiology 1986;65:19-27.

4-Asima zue, Josseaume A, Ngakansafu D, carpentier JP.

Délais et causes de retard de prise en charge des urgences chirurgicales au centre hospitalier de LIBREVILLE (CHL). Med Trop 2002 ; 280:62-63.

5-Bao-khan T, Yves G, Yolanda ED, Vincent DS.

Abdomen aigu chez la personne âgée aux urgences. Rev Med Suisse 2012;15(8):1548-1552.

6-Bargy F ,Baudoin S.

Hernies de l'enfant et de l'adulte. Rev Prat 1997;47:289-294.

7-Beggui N.

Le volvulus du sigmoïde. Université Hassan II, Fès. Thèse Méd, 2010,080/10.

8-Beroud F.

Douleur et personnes âgées. Masson, France 2010;11(5):258-265.

9-Berrod J L, Marcos X, Lebourgeois P.

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. EMC gastro-entérologie, Elsevier, Paris 2013; 9-001-B-1:1-26.

10-Berthe D I.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie A CHU du point G .Bamako .Thèse med , 2008, 102.

11-Billing A ,Fröhlich D, Schildberg FW.

Prediction of outcome using the Mannheim peritonitis index in 2003 patients. Br J surg 1994; 8:209-213.

12-Brower A.

Encycl Med Chirg (Paris) 2004; 24038b10:2.

13-Bruel J M, Taourel P, Pradel J, Fabre J M, Martine M, François-M L.

Urgences abdominales non traumatiques de l'adulte. EMC-radiologie et imagerie médicale: Abdominale-Digestive, Paris 1995 ; 33-705-A-10:1-10.

14-Boudet M J, Perniteni.

Traitement des hernies inguinales. J Chir 1998; 2(2):57-64.

15-Boyd WP, Nord HJ.

Diagnostic laparoscopy. Endoscopy 2000; 30 (2):153-158.

16-Carrillo-Colleony D.

Prise en charge des personnes âgées de 75ans et plus admises aux urgences. Université Nancy. Thèse Méd, France 2004, 16.

17-Chambrier C, Jaques C, Jean-pascal B.

Prise en charge nutritionnelle post-opératoire de la personne âgée .Nut clin mét. 2003; 7(1):56-61.

18-Chapuis-Lucciani N, Hane F, signaté A, Enguerran M, Coumé M, Bérengère S S et al.

Une approche synchronique du vieillissement : exemple d'étude de la population sénégalaise âgée: objet et méthodes. L'anthrop du vivant 2010 ;24(4):74-78.

19-Cherkas LF, Hunkin JL, Kato BS, Richards JB Gardner JP.

The association between physical activity in leisure time and leukocyte telomere length.[ArchIntern Med](#)2008;168(2):154-158.

20-Chiche L, Roupie E, Delassus P.

Prise en charge des douleurs abdominales de l'adulte aux urgences .J chir 2006;143(1):6-14.

21-Cissé M , Konaté I, Ka O, Dieng M, Tendeng J, Diop B et al

La laparoscopie en urgence à la clinique chirurgicale de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar : les 100 premiers cas .E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie 2009;8(3):78-81.

22- Cohen B J,Lazareth H, Zerah L ,Anne F , Jacques B.

Urgences chirurgicales chez le sujet âgé. Soins Gériatrie 2011;16(87):26-28.

23-Connolly MJ.

Age-related changes in the respiratory system: Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology, Elsevier, London, Science 2003:489-493.

24-Corpus de Gériatrie.

Janvier 2000, disponible sur [http://www.copusgeriatrie.org/\(page](http://www.copusgeriatrie.org/(page) consulté le 10/12/2013).

25-Coumé M, Touré K, Faye A, Moreira TD.

Gériatrie et gériatre au Sénégal. Masson, Paris, Rev Soins Gérontol 2013;100:34-37.

26-Coumé M.

Besoins socio-sanitaires des personnes âgées au Sénégal (enquête nationale) (2001).Mémoire de capacité nationale française de gérontologie ; Université Joseph Fourier, France:44.

27-Damjanovic AK, Yang Y, Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Nguyen H, Laskowski B et al.

Accelerated telomere erosion is associated with a declining immune function of caregivers of Alzheimer's disease patients. J Immunol 2007; 179(6):4249-4254.

28-Danse E.

Imagerie des affections intestinales aiguës non traumatiques de l'adulte
EMC –Gastro-entérologie, Elsevier, Paris 2007;9-011-B-90:1-14.

29-Delabrousse E.

Syndrome occlusif. J radiol 2008;89(10):1306.

30-Delage C.

Evaluation de la prescription de l'imagerie dans la prise en charge de la douleur abdominale aiguë non traumatique. Nancy Thèse Méd, , France 2007, 111.

31-Dembelé M.

Les abdomens aigus chirurgicaux à l'H.P.G à propos de 273 cas. Université Bamako ,Thèse Méd,1998,58.

32-Dieng M, Ndiaye Aï, Ka O, Konaté I, Dia A, Touré CT.

Aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive à propos de 207 cas opérés en cinq ans. Mali med 2006; (4):47-51.

33-Dieng M, El kouzi B, Ka O, Konaté I, Cissé M, Sanou A, et AL

Les hernies étranglées de l'aine de l'adulte : une série de 228 observations. Mali Med 2003;23(1):12-16.

34-Djokovic J L, Hedley-White J.

Prediction of outcome of surgery and anesthesia in patients over 80.Jama 1979; 242:2301-2306.

35-Dondelinger R.

Module gériatrie. [Vernazobres-Grego](#), Paris 2012;1:384.

36-Ducassé J L, Bounes V.

La douleur aiguë chez le sujet âgé aux urgences. Elsevier,Toulouse 2008 ; 9(1):13-16.

37-Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco, Roy PM.

Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75ans et plus par le service des admissions et urgences d'un grand Hôpital CHU Angers, Revépidémiol santé publique 1999 ;11(4):465-482.

38-Fenyo G.

Acute abdomen calls for considerable care resources. Analysis of 3727 in-patients in the county of Stockholm during the first quarter of 1995. *Lakartidningen* 2000; 97:4008-4012

39-Ferec M, Lipovac A, Richecoeur M, Bronstein J A.

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. *EMC-Gastro-entérologie*, Elsevier, Paris 2007;9-001-B-10:1-10.

40-Finch CE.

Variations in senescence and longevity include the possibility of negligible senescence. *J Gerontol* 1998;53:235-239.

41-Forest A, Ray CB ,Boddaert J.

Emergencies and geriatrics. Elsevier ,Paris 2011 ; 11(65):205-213.

42- Fournet J.

Le trouble fonctionnel intestinal. Faculté de Médecine de Grenoble, mise jour 2003 disponible sur l'URL : <http://www.sant.ujf-grenoble.fr/SANTE/> (page consultée le 30 novembre 2013).

43-Géhin M, Nicolas R, Jean DK.

Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte. *Rev Prat* 2009;59:1013-1023.

44-Geneve C, Pirracchio R.

Place de l'imagerie dans la douleur abdominale aiguë du sujet âgé. *Urgences* 2011 ;46 :517-530.

45-Gogibu J.

Particularités des examens complémentaires chez la personne de plus de 75ans
J Eur urgences 2004;17(3-c2):320-325.

46- Guiot Ph.

Critères d'admission des personnes âgées en réanimation. Journal Européen des urgences 2004;17(3-c2):278-284.

47- Harouna Y.

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) ;
MédAfr Noire 2001;48(2):50-54

48- Hayflick L.

The Limited in Vitro Lifetime of Human Diploid Cell Strains.Exp Cell Res;37:614-636.

49-Jaeger C, Cherin P.

Les théories du vieillissement. Médecine et longévité.Elsevier,paris 2011;3:155-174.

50-Jaelle A.

Conduite à tenir devant un abdomen aigu.EMC,Elsevier,Paris2001;24089B:120-123.

51-J B Richards, valdes A M, Gardner JP, Paximadas D, kimura M ,Nessa A et al.

Higher serum vitamin D concentrations are associated with longer leukocyte telomere length in women, American Journal of Clinical Nutrition,2007;86:1420-1425.

52-Khelifa A.

La gériatrie pratique 2012, consultable sur :<http://gériatries.web.com/gnralits.htm> (page consulté le 01 février 2014).

53-Konaté I, Cissé M, Wade T, Ba P, Tengeng J, Sine B, A et Al

Prise en charge des hernies inguinales à la clinique chirurgicale de l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar : étude rétrospective à propos de 432 cas. J afchir digest 2010;10(2):1086-1089.

54-Konaté M.

Prise en charge des urgences chirurgicales au CHU Gabriel Touré. Bamako (). Thèse Méd, 2005,238.

55-Larson P.G, Henriksson G, Olsson M, Boris J, Stroberg P, Tronstad SE ; Skullam S.

Laparoscopy reduces unnecessary appendectomies and improves diagnosis in fertile women. Surgicalendoscopy 2001;15(2):200-202.

56-Lebeau R, Diané B, Kassi ABF, Yénon KS, Kouassi JC.

Urgences abdominales digestives non traumatiques chez les sujets âgés au CHU de Cocody à Abidjan, Côte d'ivoire. Med Trop 2011;71:241-244.

57-Leung JM, Dzankic S.

Relative importance of preoperative health status versus intraoperative factors in predicting postoperative adverse outcomes in geriatric surgical patients. Am Ger Soc 2001;49:1080-1085.

58- Lorand I, Malinier N.

Epidémiologies des péritonites en France. Chir Paris 1999 ; 124 :149-53.

59-Mabiala-Babelo J R, Pandzou N, Koutaba E, Ganga-Zandzou S, Senga P.

Etude rétrospective des urgences chirurgicales viscérales de l'enfant. Med Trop 2006;66:172-176.

60-Mapleson WW.

Effect of age on MAC in humans: a meta –analysis. Br J Anesth 1996;76:179-185.

61-Marik EP.

Management of the critically ill geriatric patient.Crit Care Med 2006;34(9):176-82.

62-Medvedev ZA.

An attempt at a rational classification of theories of aging.Boilrevcambpholos soc 1990;65:375-398.

63-MIAS L.

Le vieillissement physiologique ou sénescence, 1997. (Page consultée le 12/01/2014) <http://papidoc.chic-cm.fr/580vieilliphysio.html>.

64-Mohamed A Y.

Causes and management of intestinal obstruction in a Saudi Arabian Hospital.J R CollSurgEdinb 1997; 42(1):21-23.

65-Moncheaux G.

Douleur des personnes âgées aux urgences. Nancy. Thèse Méd, 2007, 128.

66-Montravers P, Morazin F, Cargeac A.

Péritonites. EMC -Anesthésie-Réanimation 2005;36-726-A-30:1-13.

67-Nakajima R, Nakajima Y, Ikeda K.

Minimum alveolar concentration of sevofluranes in elderly patients.Br J Anesth 1993;(70):273-275.

68-Ouologuem M O.

Les urgences chirurgicales digestives non traumatiques à l'hôpital de Sikasso à propos de 380 cas.Bamako. Thèse Méd, Université de Bamako, 2009,97.

69-Pandonou N, Diagne B, Ndaye M, Cherbonnel GM, Noussaume O.

Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques des quatre années (1973-1976). Dakar med1979;24:190-197.

70-Rakotovao M.

Prise en charge des urgences en chirurgie digestive à l'hôpital Joseph Ravoahangyandrianavalona. Madagascar .Thèse Méd, 2004, 7007.

71-Ratahinarisoa H.

Place de la tomodensitométrie devant un abdomen aigu.Madagascar. Mémoire de Diplôme d'études de formations Spécialisées, 2004,89.

72-Recensement général de la population et de l'habitat.

Rapport national de présentation des résultats. Agence national de la statistique et de la démographie. ANSD décembre 2006. République du Sénégal.

73-Régent D.

Le sujet âgé. J Radiol 2008;89:1270-1333.

74-Salles N.

Pathologies digestives du sujet âgé. EMC - Gastro-entérologie, Elsevier, Paris 2012;9-090-A-16:1-11.

75-Samassekou P.

Urgences chirurgicales digestives. Koulikoro (Mali). Thèse Méd, 2007, 59.

76-Shittu OB, Gana J Y, Alawale E O, Ogundiran T O.

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

77-Société savante de l'Unaformerc.

Les patients et les troubles fonctionnels intestinaux <http://www.unaformerc.org>, 2001 (consulté le 10 février 2014).

78- Sost G, Jouanny P.

Geriatric emergencies. Service de médecine gériatrique CHU de Rennes 2005, EMC, Elsevier, Paris: 2(2) :137-143.

79-Tiret L, Desmonts J M, Hatton F.

Complications associated with anaesthesia a prospective survey in France. J anaesth 1986; 33:336-344.

80-Tombo A.

Etude épidémio-clinique des douleurs abdominales aiguës non traumatique. Madagascar.Université Mahajanga ,ThèseMéd, 2005,76.

81- Tubiana M.

Le vieillissement: aspects médicaux et sociaux. Comptes Rendus Biologies 2002;325(6):699-717.

82-Veering B.

Impact de l'âge sur l'anesthésie. Le praticien en anesthésie réanimation ; Paris 2002 Avril ; 6(2) :85-91.

83- Vermeulen B.

Est-ce que l'âge influence le processus diagnostique de l'abdomen aigu? Médecine d'urgence 2003;10:57-66.

84-Yu CE ,Oshima J, Fu YH, Wijsman EM, HisamaF,Alish R et al

Positional cloning of the wermer's syndrome gene.Science 1996; 272:258-262

85-Reference sur le Web.

<http://www.maitrise-orthop.com/photos/184/> (CONSULTEE le 04/12 /2013).

86- Reference sur le Web.

<http://www.bausch.fr/OTC/UserFiles/Image/> (CONSULTEE le 04/12/2013).

87- Reference sur le Web.

<http://www.healthplexus.net/files/images/2009> (CONSULTEE le 04/12/2013).

ANNEXES

Fiche d'enquête

I) Variables d'identification :

1. Numéro du dossier :.....
2. Nom et prénom :.....
3. Age :.....
4. Sexe :.....
5. Adresse :.....
6. Téléphone :.....
7. Atcs :.....

II) Variables des caractéristiques

1. Diagnostic :.....
2. Geste fait :.....
3. Abord :
 - ✓ Laparotomie
(mediane,susombilicale,sousombilicale,LMXP)
 - ✓ laparoscopie
 - ✓ Incision (arciforme, sus ou sous ombilicale, inguinale)
 - ✓ Kelotomie

4. suites opératoires :

- ✓ **simples**
- ✓ **compliquées (fistules, éviscération, éventration....)**

5. reprise :

- ✓ **oui**
- ✓ **non**

**6. nombres de jour
d'hospitalisation :.....**

**7. durée d'évolution avant
l'hospitalisation :.....**

**8 .durée entre hospitalisation et
l'intervention :.....**

**9. durée entre la sortie et la consultation de
contrôle :.....**



SERMENT D'HIPPOCRATE

" En présence des Maîtres de cette école et de mes chers Condisciples,

Je promets et je jure 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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque".

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président du Jury

VU :

Le Doyen de

Vu et permis d'imprimer

Pour le Recteur, Président de l'Assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de
Dakar et par délégation
Le Doyen

LAKHAL ASMAE

« **URGENCES ABDOMINALES CHEZ LE SUJET AGEÉ À PROPOS DE 113 CAS COLLIGES À L'HÔPITAL ARISTIDE LE DANTEC** »

Thèse Médecine Dakar, n° 36[SI] ; [Sn], 2014 [133 pages], ill, 21x29, 5 cm

Rubrique de classement

URGENCES CHIRURGICALES

GERONTOLOGIE

Mots-clés

Urgences abdominales

Sujet âgé

Keys words

Abdominal emergencies

Elderly

RESUME

Notre travail est une étude rétrospective à propos de 113 patients âgés de 65 ans et plus reçus pour une urgence abdominale à l'hôpital Aristide le Dantec durant la période allant du 01 janvier 2009 au 31 décembre 2012 .

Le sex-ratio était de 2,5% en faveur des hommes; la moyenne d'âge était 73,1% ans.

La plupart de nos patients avaient consulté après 24 premières heures après le début des symptômes avec une moyenne de 44,3 heures.

Parmi les patients étudiés, 68,1% présentaient des antécédents ; 55 patients avaient des antécédents médicaux et l'HTA est la prédominante suivie de colopathie (11 cas).

La cause la plus fréquente des urgences étudiées étaient les occlusions intestinales aiguës (38,9%) avec comme principale étiologie le VCP (18%) puis viennent respectivement les hernies étranglées (35,4%), les péritonites (10,6%) avec 66,7% des cas sont dues à une perforation d'ulcère gastrique.

Le traitement s'est fait souvent par laparotomie (51,7%) ou kélotomie (44,7%). La laparoscopie a été réalisée dans 3,6%.

Les suites opératoires étaient simples chez 56,6% des cas.

La mortalité était de 16,8%, elle est le plus liée au retard de consultation aux services des urgences.

PRESIDENT :

M. Babacar

FALL

Professeur titulaire

MEMBRES :

M. Mamadou D. BEYE

Maître de Conférences Agrégé

M. Souhaibou NGONGO

Maître de Conférences Agrégé

M. Ibrahima KONATE

Maître de Conférences Agrégé

Directeur de Thèse

M. Ibrahima KONATE

Maître de Conférences Agrégé

Adresse du doctorant : 52 X 73 Fann hock (Dakar)

E-mail : Asmaelakhal3@gmail.com