

LISTE DES ABREVIATIONS

AAST	:Americain Association for the Surgery of Trauma(classification :Internationale de l'association américaine de la traumatologie).
ASP	: Abdomen sans préparation.
FID	: Fosse iliaque droite.
FIG	: Fosse iliaque gauche.
NHA	: niveau hydro-aérique.
OIA	: Occlusion intestinale aiguë.
PAG	: Péritonite aiguë généralisée.
SAU	: Service d'accueil et d'urgence.
TDM	: Tomodensitométrie.
VEM	: venus d'eux même.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Classification de Hambourg des péritonites	36
Tableau II: Critères autorisant une prise en charge non opératoire des plaies et contusions de l'abdomen.....	57
Tableau III: Répartition des patients en fonction du temps écoulé entre l'admission et intervention	67
Tableau IV: Répartition des patients en fonction de la classification de l'OMS de l'état général	70
Tableau V : Répartition des patients selon le mode d'installation de la douleur	70
Tableau VI : Répartition de la douleur en fonction du siège	71
Tableau VII: Répartition des patients en fonction des examens radiologiques effectués.....	76
Tableau VIII : Répartition des malades selon le diagnostic pré- opératoire.....	77
Tableau IX : Répartition des malades selon les examens complémentaires effectués par diagnostic.....	78
Tableau X: Techniques anesthésiques utilisées au cours des interventions	85
Tableau XI : Gestes opératoires réalisés par diagnostic.	86
Tableau XII: Répartition des patients selon les suites opératoires.....	87

LISTE DES TABLEAUX

Figure 1: Cavité abdomino-pelvienne, coupe médiane du corps	6
Figure 2: Les 9 régions de l'abdomen	7
Figure 3: Subdivisions de la paroi abdominale, coupe transversale	9
Figure 4: Vue latérale du muscle oblique externe de l'abdomen.....	10
Figure 5: Vue latérale du muscle oblique interne de l'abdomen	11
Figure 6: Vue latérale du muscle transverse de l'abdomen	12
Figure 7: Vue antérieure des muscles de l'abdomen	14
Figure 8: Coupe transversale de l'abdomen.....	18
Figure 9: ASP montrant des NHA.....	39
Figure 10: Hernie étranglée.....	44
Figure 11 : Plaie par arme blanche abdominale	55
Figure 12 : Façade de l'Hôpital Général de Grand Yoff « HOGGY »	59
Figure 13: Répartition des patients selon l'âge	63
Figure 14 : Répartition des patients selon le sexe	64
Figure 15 : Répartition des patients selon le mode d'admission	65
Figure 16 : Répartition des malades selon le motif de consultation	66
Figure 17 : Répartition des malades selon les antécédents médicaux	68
Figure 18: Antécédents chirurgicaux	69
Figure 19 : Répartition des malades en fonction des vomissements	72
Figure 20 : Répartition des malades en fonction du type des vomissements.....	73
Figure 21 : Répartition des malades en fonction des troubles du transit	74
Figure 22 : Répartition des patients en fonction du trouble de transit rencontré	75
Figure 23: Répartition des patients en fonction des types de contusions abdominales.....	79
Figure 24 : Répartition des patients en fonction de l'origine de l'hémopéritoine	80
Figure 25 : Répartition des malades selon le type des occlusions.	81

Figure 26 : Répartition des malades selon le type des occlusions organiques ...	82
Figure 27: Répartition des patients en fonction du siège des hernies	83
Figure 28 : Répartition des patients en fonction de l'étiologie des péritonites aiguës	84
Figure 29: Durée moyenne d'hospitalisation selon les étiologies en jour	88

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	4
1. Rappel : anatomie de la cavité abdominale.....	5
1.1. Définition	5
1.2. Division.....	7
1.3. La paroi abdominale.....	8
1.3.1. La paroi antérolatérale.....	8
1.3.1.1 Les muscles de la paroi abdominale antérolatérale	9
1.3.1.2 Vaisseaux et nerfs de la paroi antérolatérale de l'abdomen.....	15
1.3.2 La paroi abdominale dorsale.....	16
1.3.2.1 Les muscles de la paroi dorsale de l'abdomen	16
1.3.2.2 Vaisseaux et nerfs de la paroi abdominale postérieure.....	17
1.4. Contenu.....	17
1.4.1. Péritoine	17
1.4.2. Organes	18
1.4.2.1. Organes péritonéaux.....	19
1.4.2.2. Organes rétro-péritonéaux	19
2. Aspects diagnostiques et thérapeutiques.....	19
2.1. Urgences abdominales non traumatiques.....	19
2.1.1. Les appendicites aiguës	19
2.1.1.1 Définition	19
2.1.1.2. Epidémiologie	19
2.1.1.3. Etio-physiopathologie.....	20
2.1.1.4. Anatomie pathologique.....	20
2.1.1.5. Etude clinique.....	21

2.3.8. La péritonite	22
Signes généraux	22
2.1.1.6. Diagnostic différentiel	23
2.1.1.7. Formes cliniques	25
2.1.1.8. Principe du traitement des appendicites aiguës	27
2.1.2 .LES OCCLUSIONS INTESTIALES AIGUES	28
2.1.2.1. Définition :	28
2.1.2.2. Physiopathologie	28
2.1.2.3. Signes cliniques.....	29
2.1.2.4. Les signes paracliniques	30
2.1.2.5. Formes cliniques	31
2.1.2.5.1. Diagnostic différentiel avec les occlusions fonctionnelles.	33
2.1.2.6. Traitement des occlusions.....	33
2.1.2.6.1. Le traitement médical	34
2.1.2.6.2. Le traitement chirurgical :.....	34
2.1.3. Péritonite.....	35
2.1.3.1. Physiopathologie	35
2.1.3.2. Types de péritonite	36
2.1.3.2.1. Péritonites primitives.....	37
2.1.3.2.2. Péritonites secondaires	37
2.1.3.2.3. Péritonites nosocomiales	38
2.1.3.3. Diagnostic	38
2.1.3.3.1. Clinique.....	38
2.1.3.3.2. Paraclinique.....	39
2.1.3.4. Etiologies	40
2.1.3.4.1. Nouveau-né	40
2.1.3.4.2. Nourrisson.....	41

2.1.3.4.3. Grand enfant.....	41
2.1.3.5. Traitement	41
2.1.3.6. Complications	42
2.1.4. Hernie étranglée	42
2.1.4.1. Définition	42
2.1.4.2. Physiopathologie	42
2.1.4.3. Signes cliniques.....	45
2.1.4.4. Formes cliniques	46
2.1.4.5. Les examens complémentaires :	47
2.1.4.6. Diagnostic positif	47
2.1.4.7. Diagnostic différentiel	47
2.1.4.8. Traitement chirurgical d'urgence : principes généraux et indications	48
2.2. Urgences abdominales traumatiques.....	49
2.2.1. Contusions abdominales	49
2.2.1.1. Hémopéritoine.....	50
2.2.1.2. Lésions de viscères creux	50
2.2.1.3. Lésions de viscères pleins.....	51
2.2.1.3.1. Traumatisme de la rate	52
2.2.1.3.2. Traumatisme du foie.....	52
2.2.1.3.3. Traumatisme du rein.....	52
2.2.1.3.4. Traumatisme de la vésicule biliaire et du pancréas	53
2.2.1.4. Hémorragie active	53
2.2.1.5. Choc hypovolémique.....	54
2.2.2. Plaies de l'abdomen.....	54
DEUXIEME PARTIE.....	58
I. METHODOLOGIE	59
I.2.Type et période d'étude.....	59

I.3.Site d'étude	59
I.4.Critères d'inclusion :.....	60
I.5.Critères de non inclusion :.....	60
I.6.Patients	61
I.7.La fiche d'enquête :	61
I.8.Gestion et analyse des données	61
RESULTATS	62
II. Données sociodémographiques.....	63
II.1.Répartition des patients selon l'âge.....	63
II.2. Répartition des patients selon le sexe.....	64
II.3.Répartition des patients selon le mode d'admission	65
II.4.Répartition des malades selon le motif de consultation	66
II.5.Répartition des patients en fonction du temps écoulé entre l'admission et intervention	67
III. Aspect clinique.....	68
III.1.Les antécédents médicaux	68
III.1.1.Répartition des malades selon les antécédents médicaux	68
III.1.2.Les antécédents chirurgicaux.....	69
III.2.Répartition des patients en fonction de la classification de l'OMS de l'état général	70
III.3.Répartition des patients selon le mode d'installation de la douleur	70
III.4.Répartition de la douleur en fonction du siège.....	71
III.5.Répartition des malades en fonction des vomissements	72
III.6.Répartition des malades en fonction du type des vomissements	73
III.7.Répartition des malades en fonction des troubles du transit.....	74
III.8.Répartition des patients en fonction du trouble de transit rencontré.....	75

III.9.Répartition des patients en fonction des examens radiologiques effectués	76
III.10.Répartition des malades selon le diagnostic pré- opératoire	77
III.11.Répartition des malades selon les examens complémentaires effectués par diagnostic.....	78
III.12.Répartition des patients en fonction des types de contusions abdominales	79
III.12.1.Répartition des patients en fonction de l'origine du l'hémopéritoine	80
III.13.Répartition des malades selon le type d'occlusions	81
III.13.1.Répartition des malades selon le type d'occlusions organiques	82
III.14.Répartition des patients en fonction du siège des hernies.....	83
III.15.Répartition des patients en fonction de l'étiologie des péritonites aiguës	84
III.16.Répartition des patients en fonction de la profondeur de la plaie par arme blanche.....	85
IV. Traitement chirurgical.....	85
IV.1.Le type d'anesthésie	85
IV.2.Les gestes opératoires réalisés par diagnostic.....	86
IV.3.Les suites opératoires	87
V. La durée moyenne d'hospitalisation pour chaque diagnostic en jour	88
DISCUSSION	89
I. Fréquence	90
II. Age.....	90
III. Sexe	90
IV. Les motifs de consultation.....	91
V. Mode d'installation de la douleur	91
VI. Siège de la douleur.....	91
VII. Les examens radiologiques effectués	92

1. ASP	92
2. Echographie	93
3. Le scanner	93
VIII. Les urgences abdominales non traumatiques	94
1. Appendicite aiguë	94
2. Péritonite aiguë	94
3. Occlusion intestinale aiguë :.....	95
3.1. Mécanisme des occlusions.....	96
4. Les hernies étranglées en dehors des occlusions.....	96
IX. Les urgences abdominales traumatiques :.....	96
1. Les contusions abdominales	97
2. Les plaies par arme blanche	97
X. Les suites opératoires	97
CONCLUSION	98
ICONOGRAPHIE	98
BIBLIOGRAPHIE	98
ANNEXES	

INTRODUCTION

L'urgence en médecine se définit comme « toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. » [51].

Les urgences chirurgicales représentent selon MONDOR, France, 1928 [51] des affections, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en quelques jours. La définition la plus simple est celle d'ETIENNE, 1998 [25] : l'urgence est ce cas nécessitant des soins sans délai. En précisant le délai pour l'urgence abdominale, selon FLAMANT [45].

Le diagnostic des urgences abdominales aiguës présente des difficultés variables. Certaines pathologies peuvent être de diagnostic aisé. Dans la majorité des cas cependant, le diagnostic va faire recours à des examens paracliniques. Parmi ces examens paracliniques, nous rappellerons l'importance de l'échographie.

Van den Ende [71] rapporte un gain de près de 20% de valeur prédictive positive de l'association échographie-examen clinique (88%) vs l'examen clinique seul (69%).

Le traitement des urgences abdominales aiguës fait appel à des moyens médicaux et/ou à des méthodes chirurgicales. L'évolution est parfois émaillée de complications, de ce fait, ces urgences abdominales aiguës peuvent être une cause importante de décès et de séquelles fonctionnelles [9, 46,58].

Les douleurs abdominales aiguës sont parmi les motifs les plus fréquents de consultation dans un service d'urgence. Les causes sont variées et il est fondamental, au cours de cette première consultation, de distinguer les pathologies nécessitant un traitement chirurgical urgent, de celles pour lesquelles une intervention n'est pas nécessaire ou même contre-indiquée.

Pour une majorité de patients, l'examen clinique et les examens simples de laboratoires suffisent à établir ou à évoquer un diagnostic. Néanmoins, en raison du tableau clinique similaire que peuvent prendre nombre de maladies, des

examens complémentaires d'imagerie sont souvent nécessaires pour confirmer le diagnostic évoqué cliniquement. Dans tous les cas, les stratégies sont d' autant plus de chances d'être adaptées qu'il existe une bonne collaboration entre cliniciens et radiologues.

A côté des examens radiologiques conventionnels, le développement de l'échographie et surtout de la tomodensitométrie a largement amélioré l'efficacité du bilan diagnostique.

Cette évolution de l'efficacité diagnostique va de pair avec les modifications des attitudes thérapeutiques qui s'orientent vers des techniques mini-invasives (cœlioscopie, radiologie interventionnelle, endoscopie). La recherche constante d'une meilleure efficacité et la nécessité de diminuer les délais, associés au besoin d'une maîtrise des ressources hospitalières, ont entraîné une évolution des attitudes vis-à-vis des patients vus pour une pathologie abdominale aiguë [72].

Objectifs

L'objectif de notre étude était double :

Etablir les étiologies les plus fréquentes des urgences abdominales aiguës reçues dans l'unité chirurgicale du service des urgences ;

Analyser l'apport des examens para cliniques dans la confirmation du diagnostic.

Pour atteindre nos objectifs, nous procéderons d'abord dans la première partie à un rappel épidémiologique, clinique, paraclinique et thérapeutique des différentes urgences abdominales puis dans la seconde partie, qui correspond au travail personnel, nous présenterons la méthodologie utilisée et nous exposerons les résultats avant de les commenter et de les comparer aux données de la littérature. Enfin nous terminerons par une conclusion et des recommandations.

**PREMIERE PARTIE :
RAPPELS**

1. Rappel : anatomie de la cavité abdominale

1.1. Définition

La cavité abdominale forme la partie supérieure, la plus étendue de la cavité abdomino-pelvienne (figure 1). Elle est située entre le diaphragme et l'ouverture supérieure du bassin, séparée de la cavité thoracique par le diaphragme, en continuité vers le bas avec la cavité pelvienne. Elle est protégée dans sa partie supérieure par la cage thoracique, soutenue et partiellement protégée inférieurement par le grand bassin. Elle contient le péritoine, membrane séreuse qui borde la cavité abdomino-pelvienne et revêt la plupart des organes. C'est un espace délimité par la paroi abdominale comprenant de multiples couches, le site de la plupart des organes digestifs, de la rate, des reins et de la majeure partie des uretères.

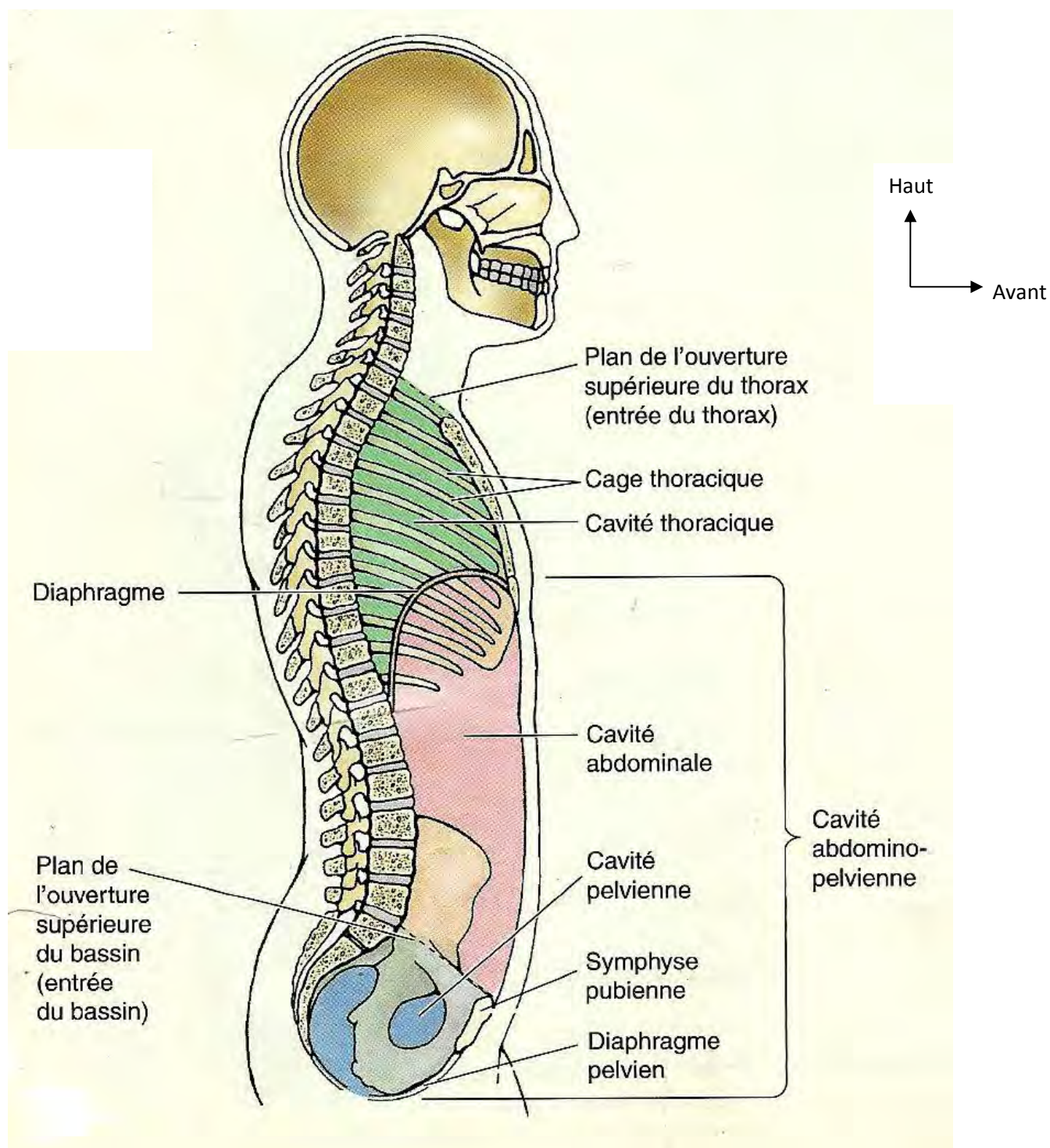


Figure 1: Cavité abdomino-pelvienne, coupe médiane du corps [38]

1.2. Division

L'abdomen est divisé en 9 quadrants (figure 2) par quatre lignes : les lignes horizontales supérieures (passant par le rebord costal au niveau de la dixième côte) et inférieures (passant par le bord supérieur des crêtes iliaques), les lignes verticales (allant des deux épines iliaques antéro-supérieures au thorax). On distingue ainsi : les hypochondres gauche et droit, l'épigastre, les flancs gauche et droit, la région ombilicale, les fosses iliaques gauche et droite et l'hypogastre.

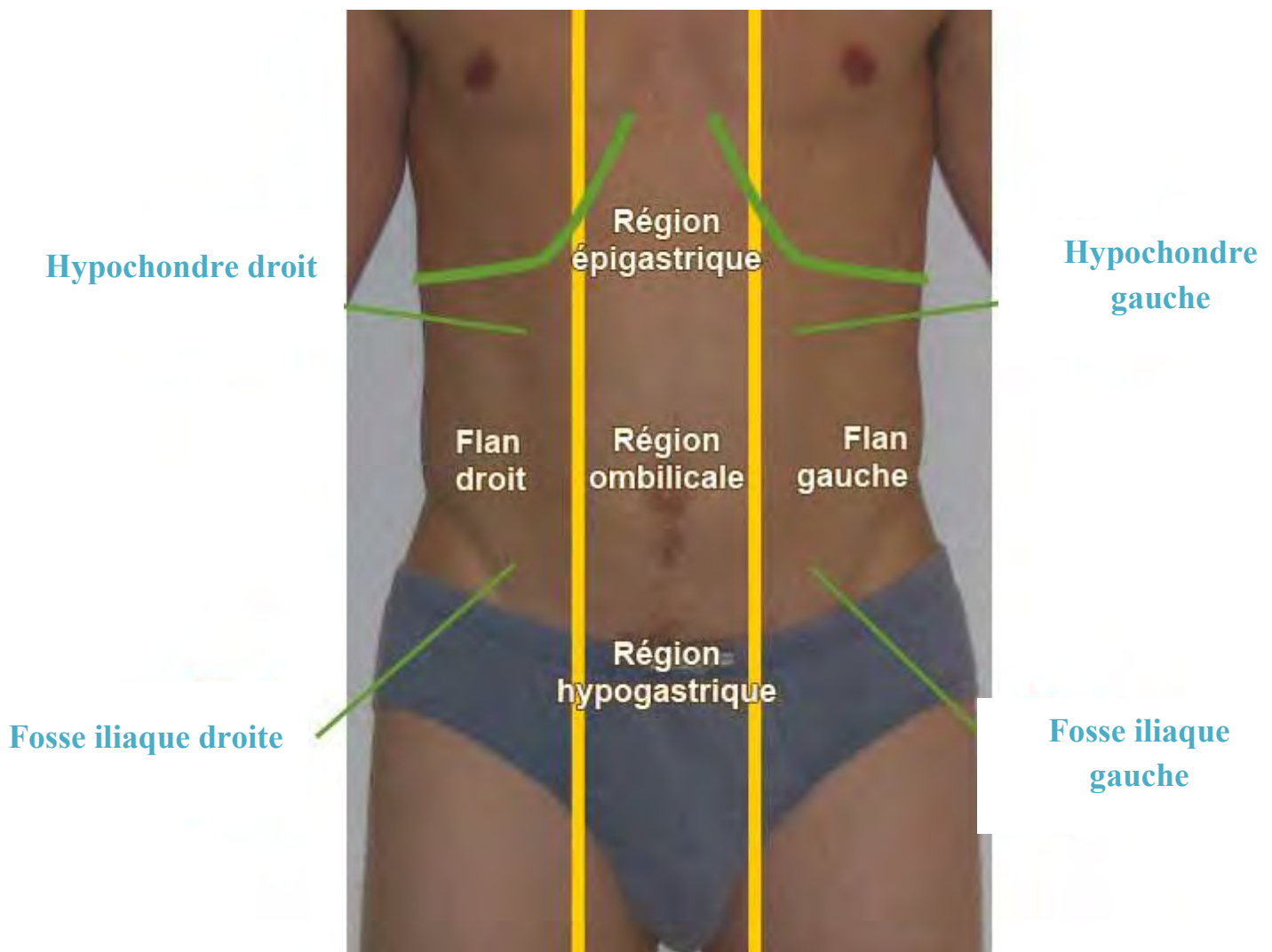


Figure 2: Les 9 régions de l'abdomen [28]

1.3. La paroi abdominale

L'abdomen est limité par une paroi antérolatérale essentiellement musculo-aponévrotique, une paroi dorsale ostéo-musculaire et le diaphragme qui sépare les cavités thoracique et abdominale [36].

1.3.1. La paroi antérolatérale [38]

La paroi antérolatérale comporte une paroi antérieure, deux parois latérales (figure 3), elle s'étend de la cage thoracique jusqu'au petit bassin. Sa plus grande partie est musculo-tendineuse, les limites entre la paroi antérieure et les parois latérales n'étant pas définies on parlera de paroi antérolatérale car certaines structures comme les muscles et les nerfs cutanés occupent à la fois la paroi antérieure et la paroi latérale.

De la superficie vers la profondeur la paroi abdominale antérolatérale comprend successivement la peau et le tissu sous cutané (fascia superficiel), principalement composé de graisse, les muscles, le fascia profond, la graisse endo-abdominale et le péritoine pariétal. La peau est lâchement unie au tissu sous cutané, excepté au niveau de l'ombilic où elle lui adhère fermement. Trois couches musculo-tendineuses forment la majeure partie de la paroi antérolatérale.

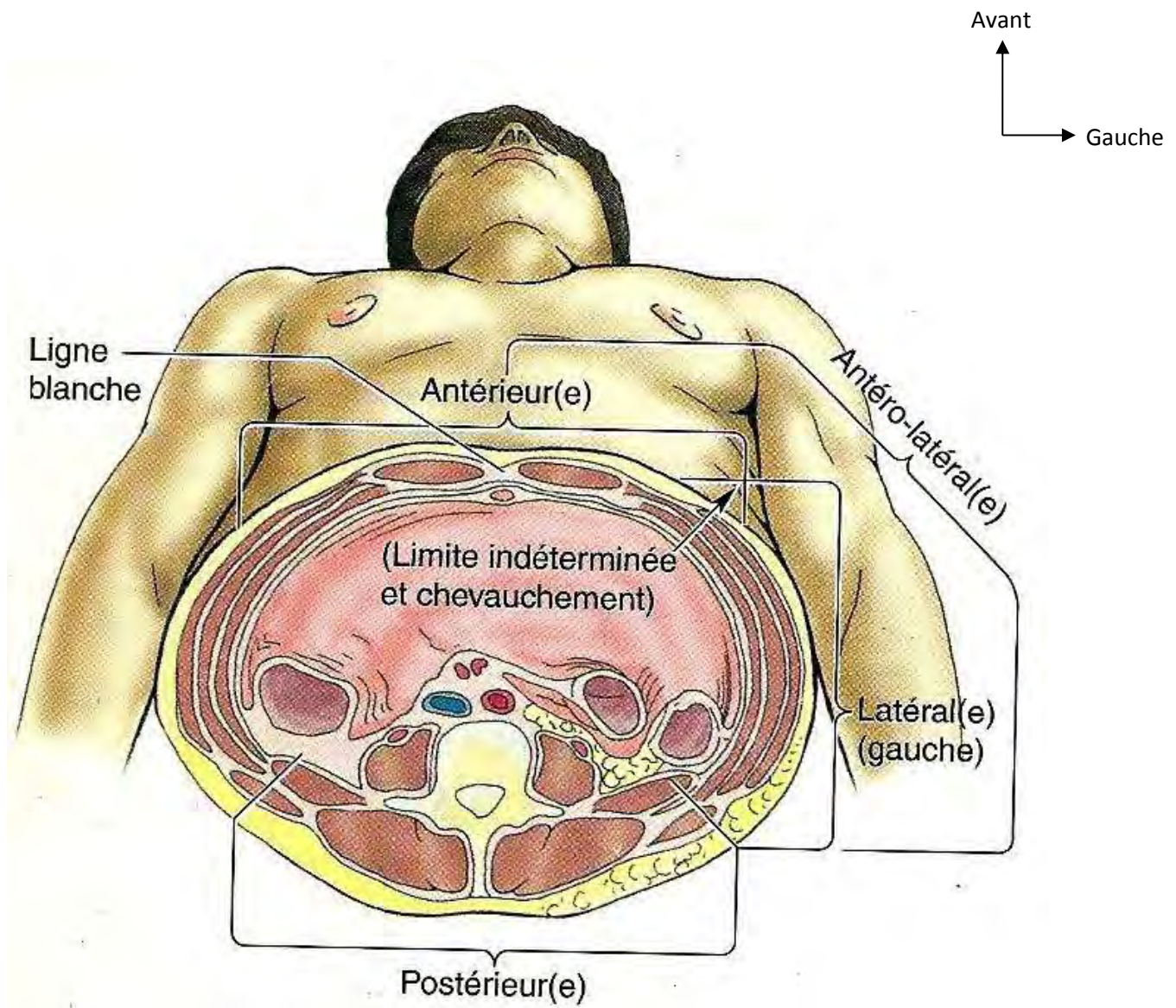


Figure 3: Subdivisions de la paroi abdominale, coupe transversale [38]

1.3.1.1 Les muscles de la paroi abdominale antérolatérale

La paroi antérolatérale de l'abdomen comprend cinq muscles, trois muscles plats (le muscle oblique externe, le muscle oblique interne, le muscle transverse) et deux muscles verticaux (le muscle droit de l'abdomen et le muscle pyramidal).

- Le muscle oblique externe de l'abdomen (figure 4)

C'est le plus grand et le plus superficiel des trois muscles plats antérolatéraux de l'abdomen, sa portion charnue fait partie de la paroi abdominale antérolatérale et son aponévrose contribue à former la paroi antérieure. La plupart des fibres de l'oblique externe sont orientées vers le bas et médialement.

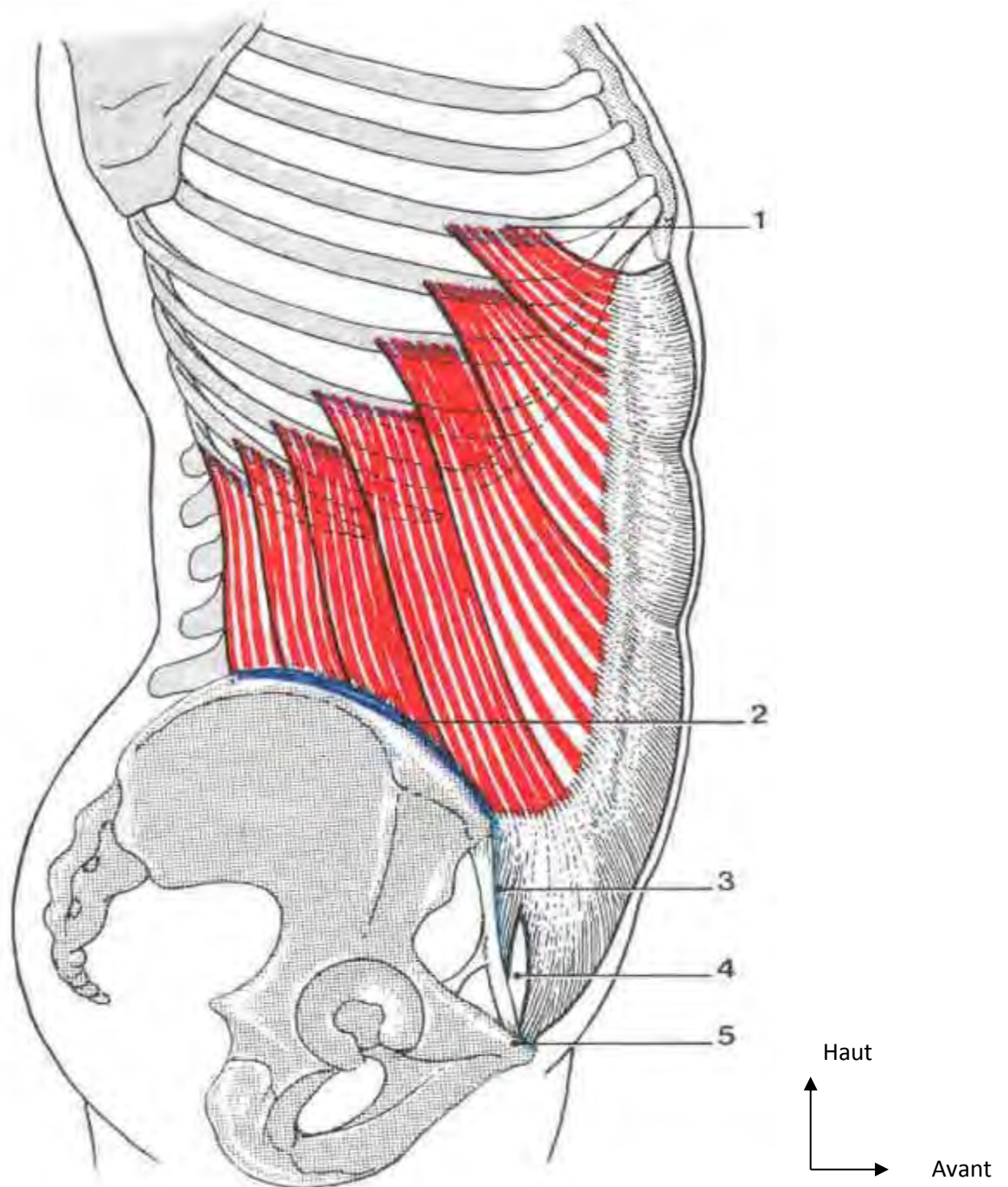


Figure 4: Vue latérale du muscle oblique externe de l'abdomen [36]

1- 6e côte

2- Crête iliaque

3- Ligament inguinal

4- Anneau inguinal externe

5- Pubis

- Le muscle oblique interne de l'abdomen (figure 5)

C'est le muscle occupant la position intermédiaire et dont les fibres sont dirigées horizontalement au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure ; au-dessus de ce niveau les fibres de l'oblique interne s'orientent obliquement vers le haut tandis qu'en dessous de cette épine, elles se dirigent obliquement vers le bas.

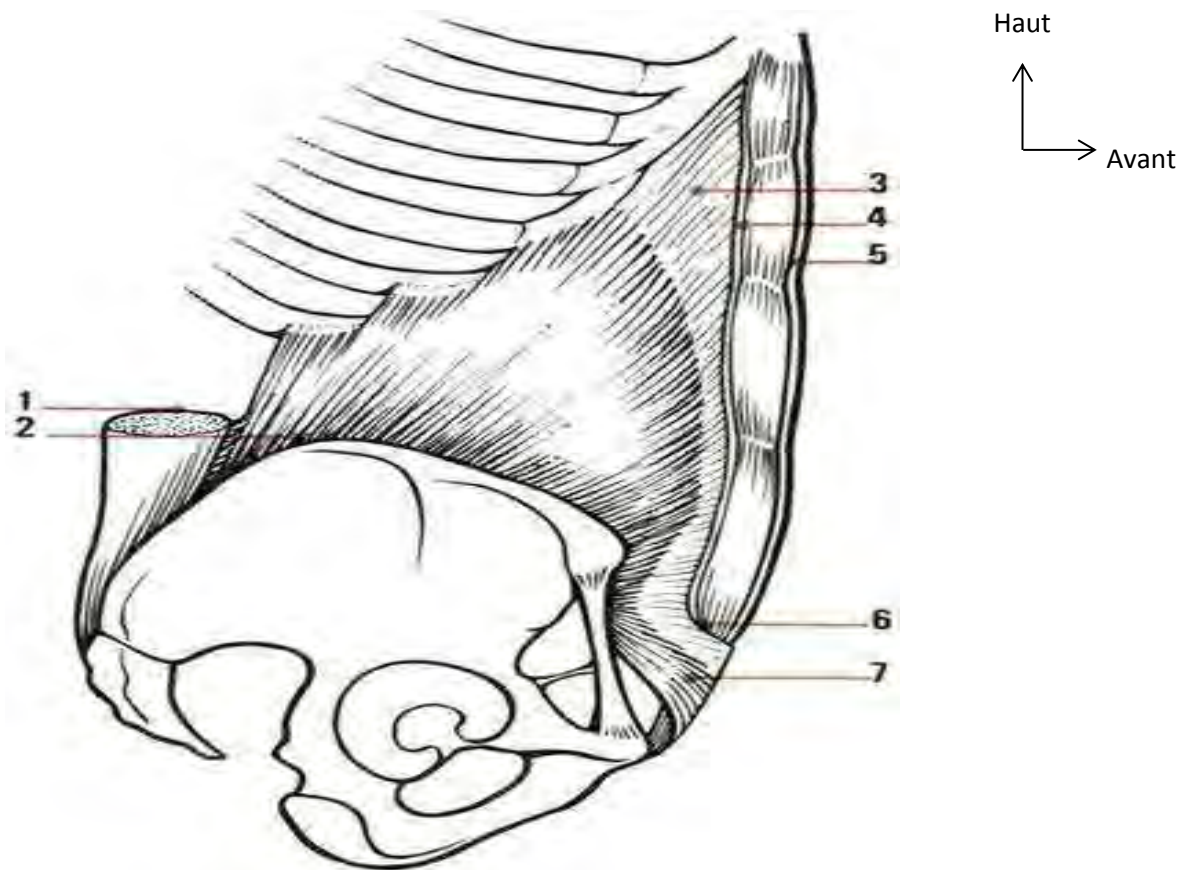


Figure 5: Vue latérale du muscle oblique interne de l'abdomen [57]

1. Masse sacro-lombaire
2. Faisceau postérieur charnu
3. Aponévrose se dédoublant au bord externe et engainant le grand droit de l'abdomen
4. Feuillet postérieur
5. Feuillet antérieur
6. Arcade de Douglas
7. Tendon conjoint

- le muscle transverse de l'abdomen (figure 6)

Le muscle le plus profond et dont les fibres à l'exception des plus inférieures se dirigent plus ou moins transversalement et médialement.

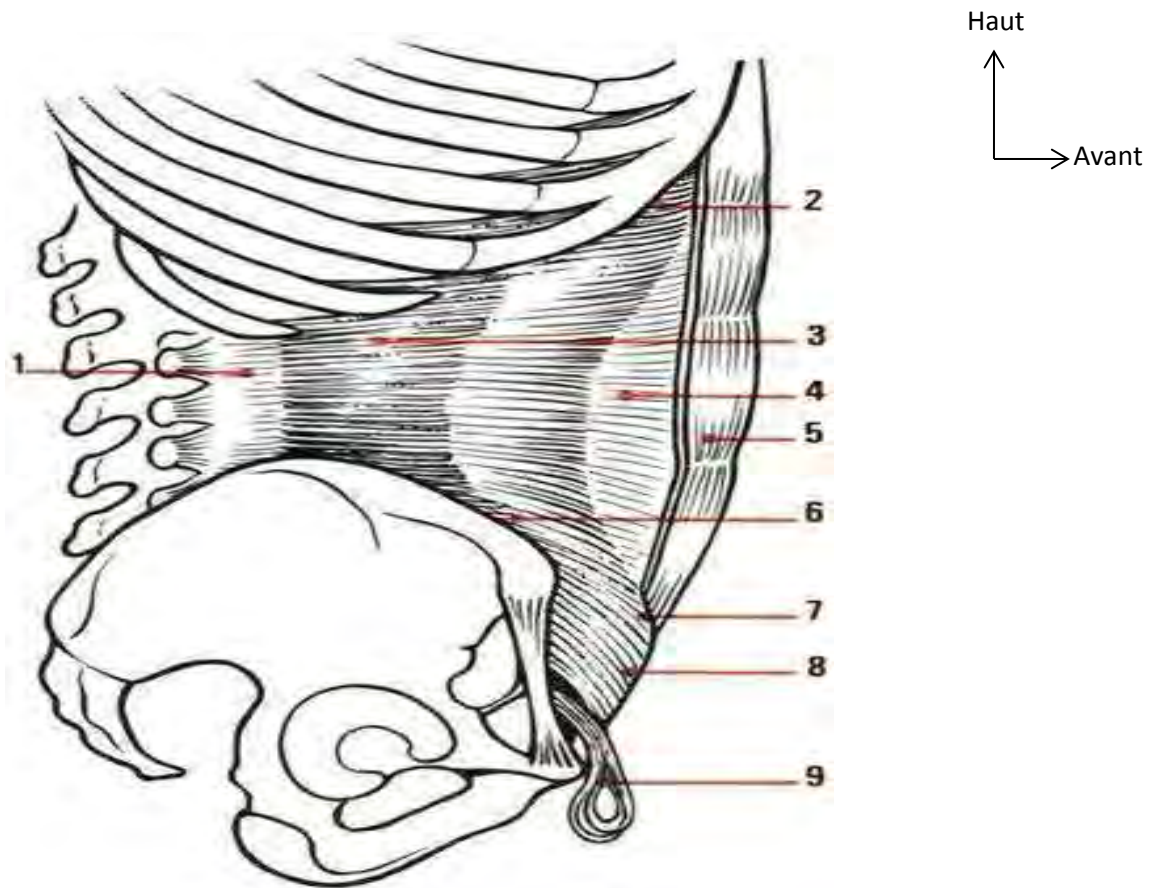


Figure 6: Vue latérale du muscle transverse de l'abdomen [57]

1. Aponévrose postérieure
2. Partie charnue insérée à l'intérieur du rebord thoracique inférieur
3. Partie charnue d'origine lombaire
4. Aponévrose antérieure passant derrière le grand droit
5. Grand droit
6. Portion d'origine iliaque
7. Arcade de Douglas
8. Tendon conjoint
9. Muscle crémaster

- Le muscle droit de l'abdomen (figure 7)

C'est un muscle long et plat en forme de sangle, c'est le principal muscle vertical de la paroi antérieure de l'abdomen. Séparés par la ligne blanche, les deux muscles droits se rapprochent l'un de l'autre inférieurement. Chacun d'eux est trois fois plus large dans sa partie supérieure que dans sa partie inférieure.

- Le muscle pyramidal (figure 7)

Petit muscle inconstant situé en avant de la partie inférieure du droit, il est tendu du pubis à la ligne blanche.

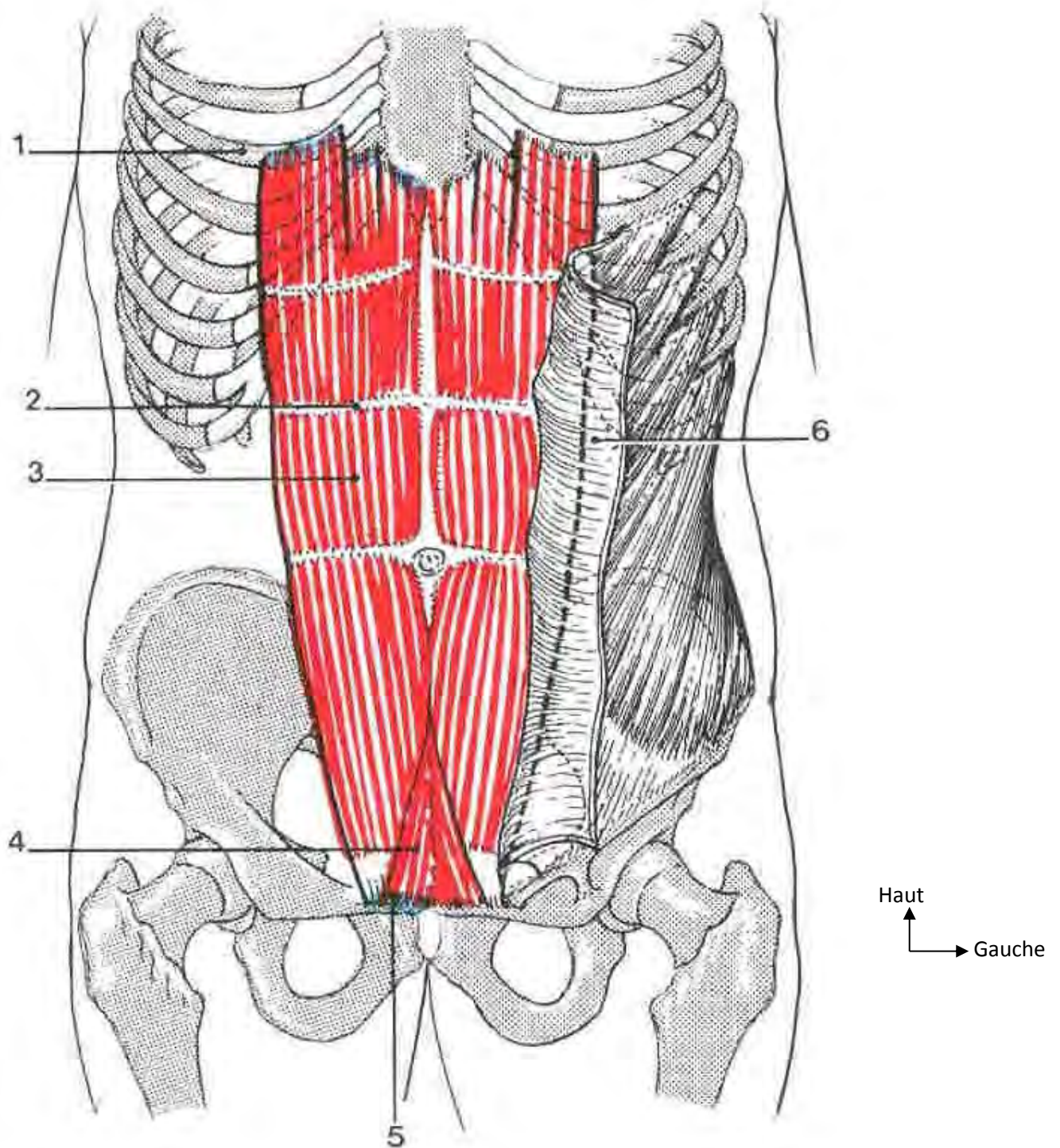


Figure 7: Vue antérieure des muscles de l'abdomen [36]

- | | |
|------------------------------|--|
| 1- 5e côte | 2- Intersection tendineuse |
| 3- Muscle droit de l'abdomen | 4- Muscle pyramidal |
| 5- Crête du pubis | 6- Lame antérieure de la gaine du muscle droit |

1.3.1.2 Vaisseaux et nerfs de la paroi antérolatérale de l'abdomen [38]

✓ Les Vaisseaux

Les vaisseaux sanguins de la paroi abdominale antérolatérale sont les suivants :

- Les vaisseaux épigastriques supérieurs tributaires des vaisseaux thoraciques internes
- Les vaisseaux épigastriques inférieurs et circonflexes iliaques profonds, tributaires des vaisseaux iliaques externes.
- Les vaisseaux circonflexes iliaques superficiels et épigastriques, branches de l'artère fémorale et de la grande veine saphène
- Les branches des vaisseaux musculo-phréniques, tributaires des vaisseaux thoraciques internes.

✓ Le drainage lymphatique de la paroi abdominale antérolatérale est assuré par :

- Des vaisseaux lymphatiques superficiels accompagnant les artères sous cutanées
- Des vaisseaux lymphatiques profonds qui accompagnent les veines profondes et drainent la lymphe vers les nœuds lymphatiques iliaques externes, iliaques communs et lombaires

✓ Les nerfs

La peau et les muscles de la paroi abdominale antérolatérale sont principalement innervés par :

- Les nerfs thoraco-abdominaux (nerfs intercostaux inférieurs)
- Les nerfs subcostaux
- Les nerfs ilio-hypogastriques et ilio-inguinaux

1.3.2 La paroi abdominale dorsale [36]

La paroi dorsale de l'abdomen osteo-musculaire, répond essentiellement à l'appareil urinaire, aux gros vaisseaux abdominaux et aux plexus nerveux abdominaux. La paroi dorsale de l'abdomen est limitée par : la vertèbre thoracique T12 et la dernière côte en haut, et les crêtes iliaques en bas.

1.3.2.1 Les muscles de la paroi dorsale de l'abdomen

Ils s'organisent selon quatre plans superposés, dépendant du fascia thoraco-lombaire.

✓ Le fascia thoraco-lombaire

Il recouvre les muscles extenseurs du rachis : il est constitué par deux lames :

- Une lame superficielle qui se fixe sur les processus épineux des vertèbres lombaires et sacrales, et sur les ligaments supra-épineux. Elle donne insertion au muscle grand dorsal.
- Une lame profonde, qui se fixe sur les processus transverses des vertèbres lombaires, les ligaments inter transverses, et le ligament lombo-costal. Elle donne insertion aux muscles obliques internes et transverses de l'abdomen.

✓ Le premier plan

Il comprend la lame superficielle du fascia thoraco-lombaire, le muscle grand dorsal et le muscle oblique externe. Le triangle lombaire est délimité par le muscle grand dorsal et oblique interne. Il est traversé par les rameaux glutéaux du nerf ilio-hypogastrique.

✓ Le deuxième plan

Il est constitué par des muscles érecteurs du rachis, oblique interne et dentelé postéro-inférieur, qui délimite avec la 12ème côte le quadrilatère lombaire, ce dernier est traversé par les vaisseaux et nerf subcostaux.

- ✓ Le troisième plan

Il est formé par le muscle transverse de l'abdomen, la lame profonde du fascia thoraco-lombaire, le ligament lombo-costal et la 12ème côte.

- ✓ Le quatrième plan

Il comprend le muscle carré des lombes recouvert du fascia transversalis, le muscle ilio-psoas recouvert de son fascia, et les piliers du diaphragme.

1.3.2.2 Vaisseaux et nerfs de la paroi abdominale postérieure

- ✓ Les artères et les veines superficielles sont des branches des rameaux dorsaux des vaisseaux lombaires
- ✓ Les lymphatiques superficiels se drainent dans les lymphocentres inguinal et axillaire
- ✓ Les nerfs superficiels proviennent du rameau dorsal des nerfs spinaux lombaires
- ✓ Les vaisseaux et nerfs profonds comprennent l'aorte abdominale, la veine cave inférieure et le lymphocentre pariétal postérieur de l'abdomen, le tronc sympathique abdominal et le plexus de l'aorte abdominale.

1.4. Contenu

1.4.1. Péritoine

C'est une membrane séreuse qui tapisse les parois de l'abdomen, du pelvis et de certains organes. Il comprend deux feuillets en continuité l'un avec l'autre : Le feuillet pariétal qui recouvre la paroi abdominale, et le feuillet viscéral qui recouvre les parois des viscères en totalité ou en partie (figure 8). Entre les deux il existe un espace qualifié de virtuel et qui permet la mobilité de l'un sur l'autre.

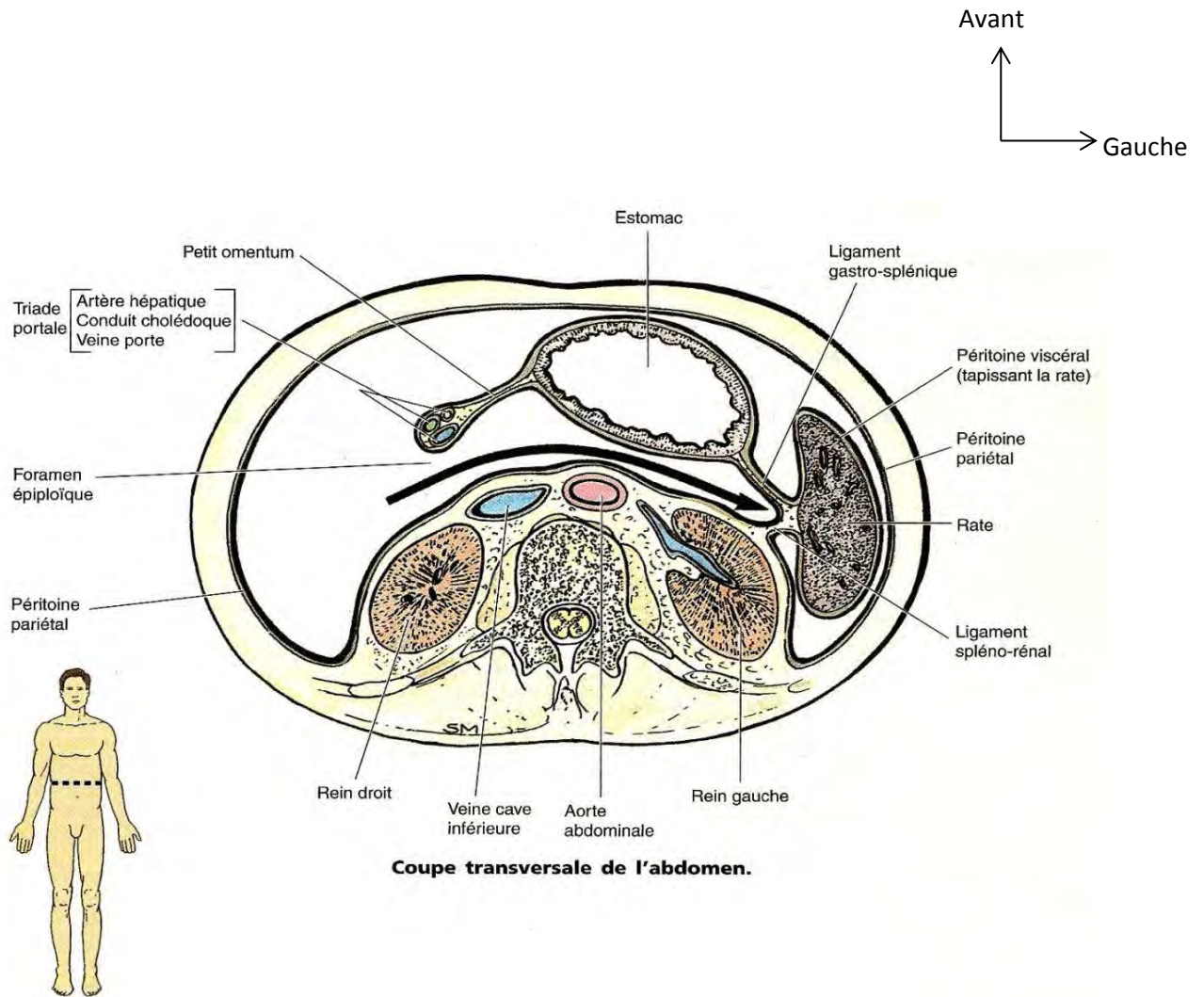


Figure 8: Coupe transversale de l'abdomen [38]

Il assure plusieurs fonctions. Il maintient les organes en place afin qu'ils ne se précipitent pas vers le bassin ou bougent avec les mouvements de l'individu. Il sert de structure porteuse aux vaisseaux et nerfs des organes.

Il assure le glissement harmonieux des viscères grâce à une mince lame lubrifiante qu'il contient : le liquide péritonéal.

C'est une membrane perméable, propriété utilisée dans la dialyse péritonéale.

1.4.2. Organes

L'abdomen contient des organes qui selon leur situation par rapport au péritoine peuvent être classés en : organes péritonéaux et organes retro-péritonéaux.

1.4.2.1. Organes péritonéaux

Ils comprennent : l'estomac, la portion mobile du duodénum (1/3 de la première portion du duodénum), le foie (sa nature péritonéale n'est pas claire, car il est seulement couvert de péritoine sur ses faces postérieure, inférieure et latérale), le tiers supérieur du rectum tapissé par le péritoine, le pylore, le jéjunum, l'iléon, l'appendice, la rate, le côlon transverse et le côlon sigmoïde.

1.4.2.2. Organes rétro-péritonéaux

Ils sont constitués de la vésicule biliaire, des canaux biliaires, du pancréas, de certaines parties du système digestif (la portion fixe du duodénum, les portions ascendante et descendante du côlon, le rectum (dans ses deux tiers inférieurs), des gros vaisseaux abdominaux (aorte et veine cave inférieure), des surrénales, des reins et des uretères.

2. Aspects diagnostiques et thérapeutiques

2.1. Urgences abdominales non traumatiques

2.1.1. Les appendicites aiguës [22]

2.1.1.1 Définition

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

2.1.1.2. Epidémiologie

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

2.1.1.3. Etio-physiopathologie

L'appendicite est due :

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

2.1.1.4. Anatomie pathologique

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

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

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

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

L'appendicite peut évoluer plus ou moins rapidement de la forme catarrhale à la péritonite en 24-72 heures. Donc l'appendicite est une urgence chirurgicale.

L'abcès appendiculaire, le plastron, la péritonite appendiculaire sont des complications de l'appendicite catarrhale.

2.1.1.5. Etude clinique

a) Les signes fonctionnels :

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

b) Signes généraux :

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

c) Signes physiques

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

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

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

d) Signes para cliniques

La Numération Formule Sanguine (NFS) montre une hyperleucocytose (1.500 à 20.000 GB/mm³) surtout à polynucléaires neutrophiles.

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

e) L'évolution

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

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

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

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

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans les formes typiques

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

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

La NFS montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

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

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

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

Signes fonctionnels : sont les mêmes que dans le cas typique

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

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

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

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

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

Signes généraux :

Température élevée à 40°C

Pouls accéléré

Signes physiques :

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

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

Signes paracliniques :

Hyperleucytose à polynucléaires neutrophiles à la NFS.

La radiographie d'abdomen sans préparation trouve parfois des niveaux hydroaériques.

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

2.1.1.6. Diagnostic différentiel :

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

Les pathologies médicales les plus fréquemment évoquées sont :

Le paludisme : il est parfois caractérisé par :

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

Le toucher rectal et le toucher vaginal sont sans douleur

La goutte épaisse est souvent positive.

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

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

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

L'adénolymphite mésentérique :

Une inflammation des ganglions mésentériques sans atteinte de l'appendice l'examen clinique ne permet pas de la distinguer de l'appendicite à coup sûr.

Il faut hospitaliser le malade et suivre l'évolution, soit faire une intervention exploratrice.

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

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

Mais les douleurs commencent dans la fosse lombaire, elles irradient dans la fosse iliaque droite et vont dans les organes génitaux externes et la racine de la cuisse.

Elles sont paroxystiques.

Il y a une pollakiurie, des brûlures mictionnelles

Il n'y a pas de défense de la fosse iliaque droite

La NFS est normale.

L'échographie montre la stase dans les voies urinaires voire le calcul.

La pneumopathie de la base droite : peut faire penser à une appendicite quand elle se relève par des douleurs de flanc droit, la fièvre ; mais il y a une toux, des signes d'atteinte du poumon droit à l'examen.

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

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

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

Les pathologies chirurgicales :

Presque toutes les pathologies chirurgicales digestives peuvent se révéler par un syndrome pseudo appendiculaire. En principe la mise en observation du malade doit pouvoir orienter le diagnostic ainsi que les examens complémentaires. Mais

dans certains cas c'est l'intervention chirurgicale qui redresse le diagnostic à condition d'explorer le ventre minutieusement.

Il faut savoir éliminer :

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

Chez le vieillard : un cancer du caecum

Chez l'enfant : un diverticule de Meckel

Chez la vieille femme : une lithiase vésiculaire

« De toute façon l'appendicite aiguë doit être évoquée en urgence devant toute douleur abdominale ».

2.1.1.7. Formes cliniques

a) Formes selon le terrain

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

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

L'appendicite du vieillard : se caractérise par une évolution lente en général. Un syndrome pseudo-occlusif fébrile (d'où le diagnostic différentiel avec les occlusions, et cancer du caecum).

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

L'appendicite de la femme enceinte est caractérisée par :

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

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

La pyélonéphrite est caractérisée par :

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

b) Formes selon le siège

L'appendicite pelvienne :

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

- des douleurs basses dans la fosse iliaque droite ;
- des nausées ;
- une constipation ;
- une température 37°c – 37, 5°c ;
- un pouls accéléré ;
- une douleur provoquée à la palpation de la partie basse de la fosse iliaque droite ;

Le Toucher rectal et le toucher vaginal provoquent des douleurs aiguës à droite.

Dans ce cas il faut éliminer une salpingite, une grossesse extra utérine.

L'appendicite sous-hépatique

Elle est caractérisée par :

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

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

Appendicite mésocoeliale caractérisée par :

- Des douleurs péri ombilicales ;
- Un syndrome pseudo occlusif (où le diagnostic différentiel avec une gastro entérite).
- Une fièvre.

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

2.1.1.8. Principe du traitement des appendicites aiguës

Le seul traitement est l'appendicectomie.

a) L'abcès appendiculaire nécessite :

- Une appendicectomie ;
- Une antibiothérapie.

b) La péritonite nécessite

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

c) Le plastron appendiculaire : son traitement comporte :

- Une réanimation médicale (perfusion, diète totale) ;
- La glace sur la fosse iliaque droite ;
- Une antibiothérapie ;
- Une surveillance médicale rigoureuse ;

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

2.1.2 .LES OCCLUSIONS INTESTIALES AIGUES [24]

2.1.2.1. Définition :

L'occlusion intestinale est un arrêt brutal complet et persistant du transit (des matières et des gaz) dans un segment intestinal. C'est une urgence chirurgicale.

Il existe des occlusions organiques, des occlusions fonctionnelles et des occlusions mixtes.

2.1.2.2. Physiopathologie :

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

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

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

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

Elle entraîne tôt des troubles ischémiques de l'intestin.

Dans les strangulations, la circulation est d'abord perturbée sur le retour veineux alors que l'artère continue à amener le sang dans la zone strangulée. Ceci favorise l'exsudation plasmatique dans la lumière intestinale ; d'où une déshydratation entraînant une perturbation de l'équilibre hydro-électrolytique. La strangulation favorise la fermentation des matières dans l'intestin d'où production de gaz qui va s'accumuler à la partie supérieur de l'anse strangulée alors que le liquide reste à la partie inférieur.

L'air et le liquide seront séparés par un niveau qui est toujours horizontal. A la radiographie, l'air sera perçu comme une image noire avec un niveau blanc (clair) horizontal inférieur.

Une élévation de pression des gaz dans l'intestin en amont de l'obstacle peut entraîner une perforation de l'intestin, c'est la perforation diastatique.

La compression et l'obstruction sont moins urgentes que la strangulation, car les deux premières n'entraînent que tardivement des troubles ischémiques.

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

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

2.1.2.3. Signes cliniques

a) Les signes fonctionnels sont caractérisés par :

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

b) Les signes généraux sont caractérisés par :

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

c) Les signes physiques sont caractérisés par :

A l'inspection :

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

A la palpation :

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

A la percussion :

La présence d'un tympanisme, souvent tardif

A l'auscultation :

La présence et l'accentuation de bruits hydroaériques

aux touchers pelviens (Toucher vaginal –Toucher rectal) :

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

La palpation des orifices herniaires recherche une hernie étranglée.

2.1.2.4. Les signes paracliniques

- La radiographie de l'abdomen sans préparation, debout de face ou assis de face ou même couché de profil montre des niveaux hydroaériques. Un seul niveau hydroaérique suffit pour poser le diagnostic d'occlusion. Il est important préciser le nombre, le siège et l'aspect des niveaux hydroaériques.
- Le lavement baryté est important pour rechercher le siège et la cause de l'occlusion du colon.
- Le transit du grêle effectué en dehors des périodes de vomissements peut montrer un obstacle sur l'intestin grêle. Les signes biologiques des troubles hydro-électrolytiques. Car l'occlusion entraîne une déshydratation avec des modifications de l'équilibre acide-base. Ces troubles hydro-électrolytiques souvent fonctionnels sont constatés sur l'ionogramme (souvent une "hyponatrémie"), l'azotémie ou la créatinémie (souvent une "hyperazotémie" ou un hypercréatininémie").

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

2.1.2.5. Formes cliniques

- En fonction du siège

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

- En fonction du mécanisme

L'occlusion par volvulus du sigmoïde est caractérisée par :

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

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

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

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

- En fonction de l'étiologie et de l'âge :

- ✓ Chez le nouveau-né, les occlusions les plus fréquentes sont pour le colon

L'imperforation anale : diagnostiquée à l'inspection du périnée à la naissance;

La maladie de Hirschprung;

L'immaturité du colon pour le grêle;

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

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

- L'invagination intestinale aiguë;
- Maladie Hirschprung.

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

- Le diverticule de Meckel;
- L'appendicite;
- L'invagination intestinale aiguë.

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

- Le volvulus du sigmoïde (surtout au Mali);
- Le volvulus du grêle sur bride est provoqué par les séquelles de la laparotomie;

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

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

2.1.2.5.1. Diagnostic différentiel avec les occlusions fonctionnelles.

Les occlusions fonctionnelles sont caractérisées par :

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

Signes Généraux : qui sont fonctions de la cause ;

Signes Physiques : résumés par un météorisme important diffus.

Radiographie de L'Abdomen Sans Préparation Débout de face prenant les coupes diaphragmatiques: montre une dilatation gazeuse diffuse (sur le grêle, le colon) avec peu de niveaux hydroaériques.

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

2.1.2.6. Traitement des occlusions

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

2.1.2.6.1. Le traitement médical

Il consiste en:

- Une réanimation hydro électrolytique ;
- Une perfusion de sérum salé et glucosé perfusion de macromolécules, de sérum bicarbonaté voir transfusion ;
- La mise en place d'une sonde naso-gastrique aspirative et d'une sonde urinaire.

2.1.2.6.2. Le traitement chirurgical :

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

Pour le volvulus du sigmoïde il faut pratiquer en urgence :

- Une laparotomie ;
- Une détorsion du sigmoïde ;
- Une sigmoïdectomie.

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

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

- Une laparotomie ;
- La section de la bride.

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

- La laparotomie ;
- Si possible une résection du cancer.

Sinon il faut 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.

2.1.3. Péritonite [52]

La péritonite aiguë se définit comme un état inflammatoire aiguë de la séreuse péritonéale. Elle est caractérisée par un œdème, une hyperhémie et une hypersécrétion, suite à l'irruption d'un agent plus ou moins agressif dans la cavité péritonéale provoquant une agression infectieuse ou chimique. Cet agent peut être bactérien (perforation du tube digestif ou plaie pénétrante de l'abdomen), parasitaire (ascaris, amibe [7]), ou chimique (acide chlorhydrique, amylase, bile).

La présence de sang dans la grande cavité péritonéale induit des signes d'irritation péritonéale.

Le tableau de péritonite n'est pas limité aux manifestations abdominales, et c'est l'ensemble des phénomènes généraux, hémodynamiques, respiratoires, infectieux, rénaux et hépatiques qui en font la gravité.

2.1.3.1. Physiopathologie

Le péritoine est une membrane translucide qui tapisse toute la cavité abdominale. Il est constitué d'une couche de cellules capables de produire de multiples médiateurs et molécules pro-inflammatoires (cytokines, médiateurs de l'inflammation..) en réponse à une agression. La membrane péritonéale se comporte comme une membrane semi-perméable bidirectionnelle.

La péritonite entraîne la formation d'un troisième secteur (l'inflammation diffuse donne suite au déplacement de grande quantité d'eau, d'électrolytes et de protéines dans la cavité péritonéale, l'espace sous péritonéal et la lumière intestinale) et un syndrome septique, avec pour conséquence une hypovolémie.

2.1.3.2. Types de péritonite

Du fait de leur grande hétérogénéité, les péritonites ont suscité plusieurs systèmes de classification. On distingue ainsi :

La classification selon les circonstances de survenue : la classification dite de Hambourg est la plus utilisée (**Tableau I**).

Tableau I: Classification de Hambourg des péritonites [52]

Péritonites primitives ou en un temps

Péritonite spontanée de l'enfant, péritonite spontanée de l'adulte (pneumocoque, infection d'ascite etc.), péritonite au cours des dialyses péritonéales, péritonite tuberculeuse

Péritonites secondaires ou en deux temps

Péritonite post-traumatique, péritonite après traumatisme fermé, péritonite après plaie pénétrante, perforation intrapéritonéale (suppuration aiguë), perforation gastro-intestinale

Nécrose de la paroi intestinale, pelvipéritonite, péritonite après translocation bactérienne péritonite postopératoire

Lâchage d'anastomose, lâchage de suture, lâchage de moignon, autres lâchages iatrogéniques abdominale

Péritonites tertiaires ou en trois temps

Péritonite sans germes, péritonite fungique, péritonite avec germes à faible pouvoir pathogène

La classification selon la localisation anatomique

Les infections de l'étage sus-mésocolique concernent les affections gastriques, duodénales et d'origine biliaire.

À l'étage sous-mésocolique, ces infections regroupent toutes les lésions du grêle, appendice et côlon. Cette distinction est basée sur la notion de résultats bactériologiques et de pronostics, différents selon ces localisations.

2.1.3.2.1. Péritonites primitives

La péritonite primitive (PP), encore appelée idiopathique ou spontanée, est définie comme un processus infectieux touchant la cavité péritonéale et ne provenant ni d'une perforation viscérale, ni d'un processus inflammatoire ni d'une plaie pénétrante.

L'intérêt particulier de ces PP provient du fait que leur traitement est uniquement médical, d'où l'importance extrême d'un interrogatoire bien conduit, à la recherche des pathologies précédemment citées. Une ponction du liquide péritonéal est effectuée pour un examen bactériologique et le traitement antibiotique est mis en route. Malheureusement, il arrive que la certitude clinique soit insuffisante, et, pour éviter le risque gravissime de méconnaître une appendicite perforée, on est parfois dans l'obligation de poser l'indication opératoire.

2.1.3.2.2. Péritonites secondaires

Les appendicites aiguës représentent la cause principale des péritonites chez l'enfant. Les autres étiologies sont nombreuses, mais rares pour chacune d'entre elles.

Il faut citer à part les péritonites secondaires du nouveau-né, dues le plus souvent à une entéocolite ulcéro-nécrosante, ou à une péritonite méconiale d'origine anténatale.

2.1.3.2.3. Péritonites nosocomiales

Les péritonites post-opératoires sont les plus fréquentes et peuvent être liées soit à un lâchage de suture d'un organe creux, soit à une fistule anastomotique, soit à un lâchage de moignon appendiculaire, ou à une contamination per-opératoire. Elles sont plus rares chez l'enfant grâce à la bonne qualité des vaisseaux sanguins et à l'absence de terrains polypathologiques.

Quant aux péritonites sur cathéter de dialyse péritonéale, le diagnostic se fait sur un liquide de dialyse trouble, comportant un nombre de cellules supérieur à 100/ μ l avec au moins 50% de polynucléaires neutrophiles. Les staphylocoques et les pseudomonas sont les germes habituellement en cause. Le risque de péritonite est d'autant plus élevé que le cathéter reste longtemps en place. Le traitement antibiotique permet la guérison, mais environ 10% des cathéters doivent être retirés.

2.1.3.3. Diagnostic

2.1.3.3.1. Clinique

Il existe des douleurs abdominales de survenue brutale, intenses, parfois « en coup de poignard » ; leur localisation initiale permet une orientation diagnostique. A elles s'associent des vomissements d'abord alimentaires puis bilieux souvent précédés de refus de l'alimentation et de nausées ; un météorisme abdominal accompagne un arrêt des gaz et des matières. Des diarrhées paradoxales peuvent survenir souvent incoercibles et pouvant laisser croire à une forme sévère de gastro-entérite.

L'état général est conservé au début puis s'altère rapidement ; il existe une fièvre habituellement élevée (39-40°) parfois retardée ; le pouls est rapide, faible.

L'examen physique met en évidence une contracture abdominale avec un abdomen douloureux dans son ensemble, un cri de l'ombilic et un cri du Douglas.

2.1.3.3.2. Paraclinique

L'hyperleucocytose classique peut être absente dans une péritonite d'installation très récente.

La CRP est positive. L'ionogramme sanguin est indispensable pour évaluer les désordres hydro-électrolytiques.

Des hémocultures doivent être réalisées en cas de fièvre avec syndrome septicémique.

La radiographie de l'abdomen sans préparation montre : une grisaille diffuse secondaire à un épanchement liquidien ; une mauvaise aération digestive ou anomalie de la répartition de l'aération digestive; des niveaux hydro-aériques(NHA) témoignant d'un syndrome occlusif installé (figure 9).

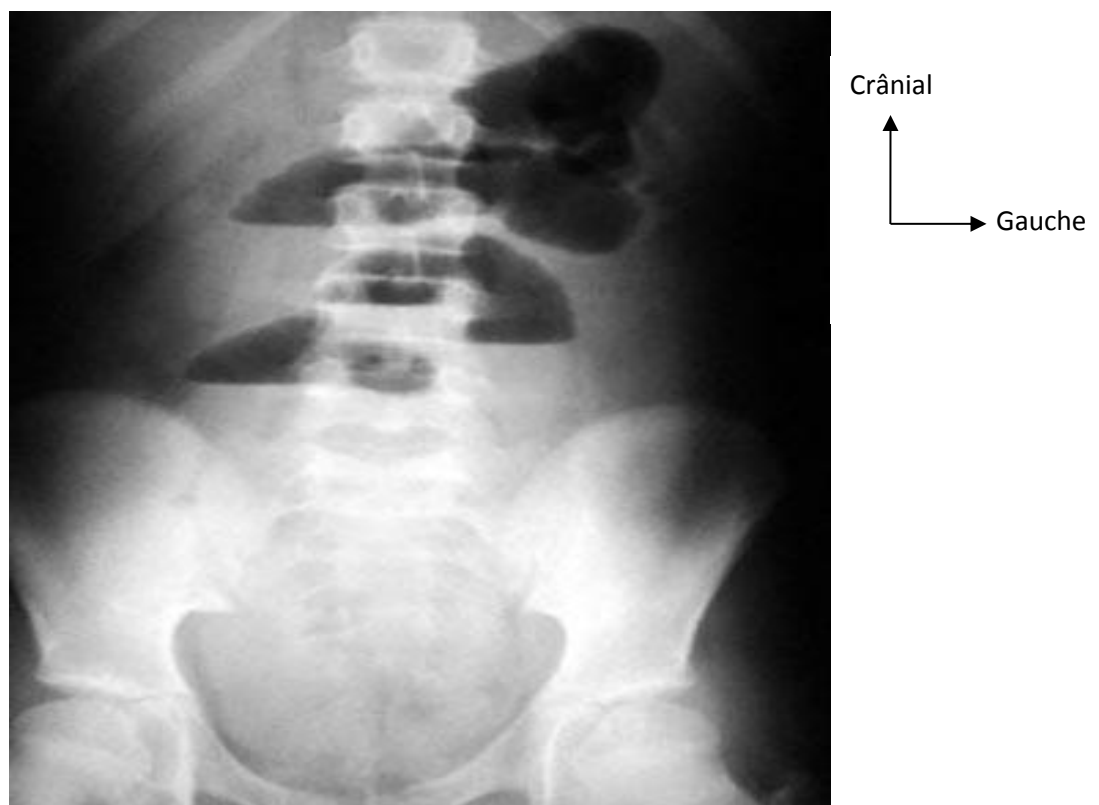


Figure 9: ASP montrant des NHA (flèche)

L'échographie abdomino-pelvienne peut confirmer l'épanchement péritonéal. Mais bien des péritonites ne s'accompagnent que d'un épanchement minime au début et tous les épanchements liquidiens intra-péritonéaux ne sont pas synonymes de péritonite.

Elle peut surtout orienter vers le diagnostic étiologique de la péritonite (gros appendice, stercolithe appendiculaire, épaissement des tissus de voisinage) et cet examen prend une place de plus en plus importante actuellement.

Le scanner abdominal avec injection est rarement indiqué.

2.1.3.4. Etiologies

L'orientation étiologique dépendra essentiellement de l'âge de l'enfant.

2.1.3.4.1. Nouveau-né

L'entérocolite ulcéro-nécrosante est à l'origine de près de la moitié des perforations intestinales chez l'enfant. Elle est la conséquence d'une nécrose de la muqueuse digestive étendue aux autres couches de la paroi intestinale.

Elle touche essentiellement le prématuré.

Les vomissements bilieux, l'altération de l'état général, le ballonnement abdominal, l'inflammation de la paroi abdominale et de l'ombilic et le pneumopéritoine représentent les maîtres-symptômes de cette complication.

Les perforations isolées gastriques, jéjuno-iléales ou coliques donnent le même type de tableau clinique.

La péritonite méconiale correspond à la présence de méconium dans la cavité péritonéale. Elle est secondaire à une perforation anténatale du tube digestif, très souvent contemporaine de phénomènes vasculaires, eux-mêmes responsables d'atrésies intestinales, d'où une association fréquente entre ces deux pathologies.

2.1.3.4.2. Nourrisson

La péritonite appendiculaire résulte d'une appendicite perforée et est d'autant plus fréquente que le diagnostic d'appendicite chez le nourrisson est difficile (confusion possible avec une gastro-entérite aiguë). La douleur sera donc d'abord localisée à une région puis généralisée à tout l'abdomen. Sa prise en charge globale est semblable à celle des péritonites par rupture d'un diverticule de Meckel (sur hétérotopie de muqueuse gastrique) ou des péritonites sur Meckelite.

La perforation spontanée des voies biliaires, la perforation d'une duplication digestive, la rupture d'un kyste infecté de l'ouraque, la perforation traumatique intestinale ou biliaire sont des causes plus rares.

2.1.3.4.3. Grand enfant

L'appendicite est aussi la cause la plus fréquente de péritonite aiguë, et de loin.

Le diverticule de Meckel peut également être à l'origine d'une péritonite, mais plus rarement que chez le nourrisson.

Les perforations traumatiques qui sont dues soit à une contusion soit à une plaie de l'abdomen ne sont pas rares.

Au fur et à mesure que l'enfant grandit, les étiologies des péritonites se rapprochent de celles rencontrées chez l'adulte, mais restent rares. Ainsi on peut exceptionnellement opérer un ulcère gastro-duodéal perforé, ou une péritonite d'origine biliaire ou encore d'origine génitale, ou autre. La péritonite tuberculeuse est devenue exceptionnelle.

2.1.3.5. Traitement [7]

La péritonite aiguë est une **urgence** médico-chirurgicale. Elle comprend deux temps qui sont la réanimation et le traitement chirurgical.

La réanimation comporte la mise en place d'une sonde nasogastrique, une réhydratation associée à une rééquilibration électrolytique et une antibiothérapie précoce, à large spectre.

Le traitement chirurgical se fait par laparotomie ou laparoscopie, avec des prélèvements bactériologiques en vue d'adapter l'antibiothérapie ultérieure. Il comprend le traitement de la cause, avec le lavage abondant de la cavité péritonéale et le drainage.

En post-opératoire, la réanimation est associée à une surveillance clinique et biologique rapprochée.

2.1.3.6. Complications

La persistance ou la reprise des phénomènes infectieux, le mauvais fonctionnement d'une stomie, sa désunion, les abcès de paroi, les éventrations ou éviscérations sont les principales complications à craindre.

2.1.4. Hernie étranglée [21,25]

2.1.4.1. Définition

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

Il constitue le risque évolutif majeur de toute hernie, justifiant systématiquement la cure chirurgicale préventive.

2.1.4.2. Physiopathologie

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

Parfois, au décours d'un effort par exemple, la hernie n'est plus réductible par les manœuvres habituelles. Le collet de la hernie est devenu trop étroit et constitue un anneau d'étranglement rigide qui empêche la réduction, comprime le viscère

incarcéré et compromet sa vascularisation (d'abord le retour veineux puis la vascularisation artérielle).

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

Cet étranglement a plusieurs conséquences :

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

On comprend donc pourquoi il s'agit d'une urgence absolue.

Quelles sont les hernies qui risquent de s'étrangler ?

Quels que soient leur taille et leur type anatomique, toutes les hernies peuvent s'étrangler un jour ou l'autre ; certaines plus que d'autres, cependant ce sont surtout les hernies inguinales congénitales, dites encore obliques externes. Elles sont de loin les plus fréquentes, notamment en Afrique surtout chez l'enfant et l'adulte jeune. Elles traversent la paroi abdominale en suivant le canal inguinal et leur collet est étroit, d'où le risque d'étranglement (**figure 10**).

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

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

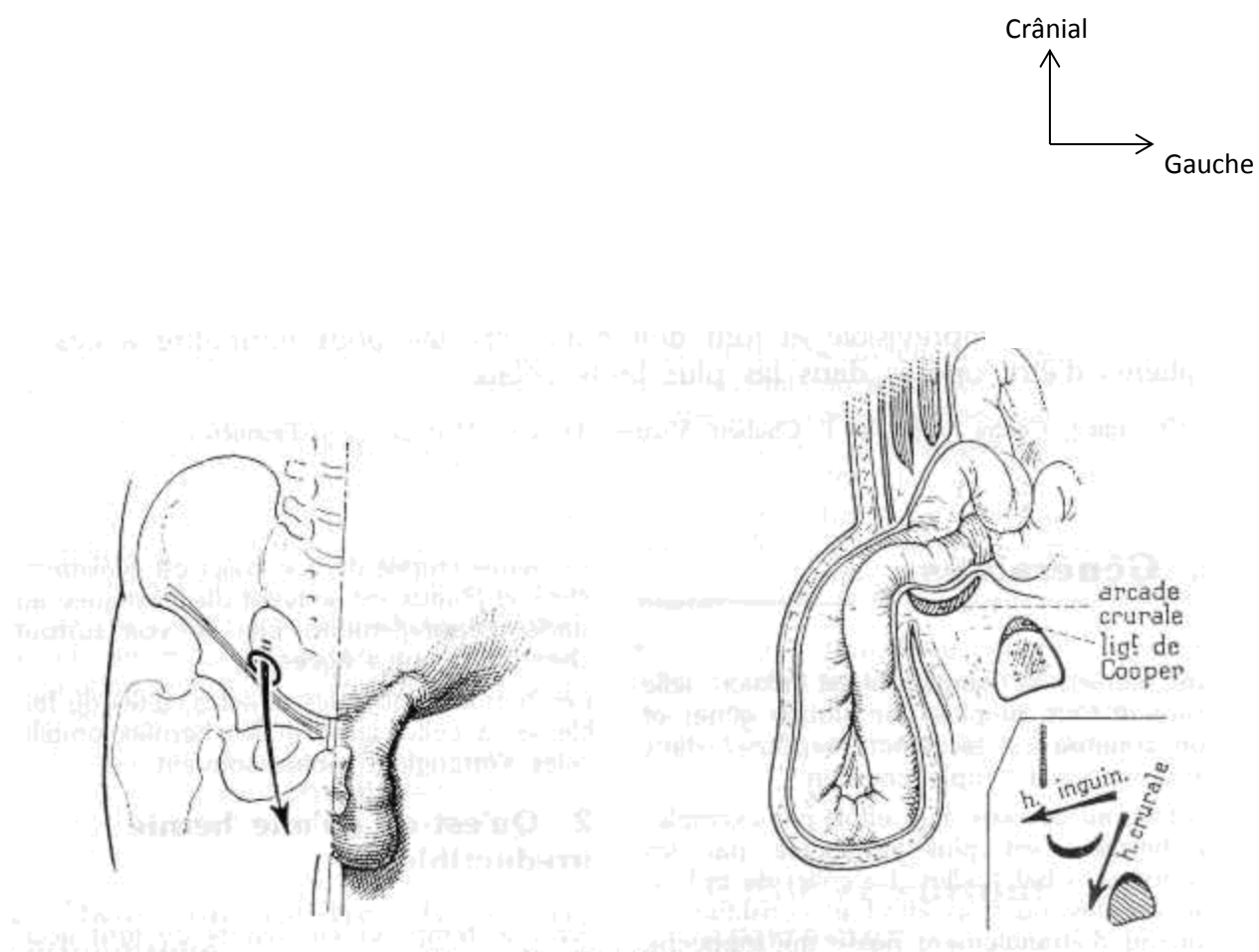


Figure 10: Hernie étranglée [25]

Qu'est-ce qu'une hernie irréductible ?

Avec le temps et en dehors de tout accident aigu et douloureux, la hernie devient progressivement irréductible, du fait de son volume et des adhérences qui se créent au sein d'un sac épaissi et remanié. La hernie reste cependant peu douloureuse et n'est pas étranglée. Le risque d'étranglement et d'occlusion à bas bruit est cependant élevé et l'intervention s'impose dans un délai bref.

2.1.4.3. Signes cliniques

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

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

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

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

L'examen physique retrouve la douleur provoquée à la palpation de la voussure herniaire. Cette douleur est maximale au niveau du collet de la hernie.

La hernie est irréductible et n'est plus expansive à la toux. Sa matité à la percussion dénonce la présence du liquide d'épanchement dans le sac herniaire.

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

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

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

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

2.1.4.4. Formes cliniques

Trois variétés évolutives sont à retenir :

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

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

Syndrome hyper algique, vomissement fécaloïdes précoces, signes toxico-infectieux.

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

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

Ces aspects sont rares dans les hernies inguinales étranglées.

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

Elles se voient au cours des étranglements peu serrés.

Ici l'arrêt des matières et gaz est peu marqué, les signes physiques sont moins nets : légère impulsion à la toux, pas de douleur au collet du sac.

L'évolution peut se faire vers la guérison ou l'étranglement serré.

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

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

2.1.4.5. Les examens complémentaires :

L'abdomen sans préparation (ASP) debout de face : montre des niveaux hydroaériques ;

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

Les examens biologiques : l'hématocrite, la numération globulaire donnent la mesure de l'hémoconcentration ;

L'ionogramme précise le degré de perturbation électrolytique, l'hypochlorémie est la plus importante modification et la plus facile à compenser.

2.1.4.6. Diagnostic positif

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

La douleur : elle est maximale au niveau du collet de la hernie ;

L'irréductibilité de la hernie ;

La hernie n'est plus impulsive ou expansive à la toux.

2.1.4.7. Diagnostic différentiel

La péritonite herniaire

En l'absence de tout étranglement, une complication septique peut survenir au niveau d'un viscère herniaire (appendice, sigmoïde ou diverticule de Meckel).

Quelle que soit l'étiologie, le tableau réalisé est celui d'une suppuration locale au niveau d'une hernie faisant porter l'indication opératoire avec le plus souvent le diagnostic de hernie étranglée ou de phlegmon pyostercoral.

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

L'engouement herniaire

C'est lorsqu'une hernie simple devient douloureuse et irréductible puis se réduit spontanément. Ici la douleur exquise au niveau de collet n'est pas nette.

En théorie il n'est pas un étranglement mais son potentiel évolutif est l'étranglement.

Les adénites inguinales

Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile

Les anévrysmes de l'artère iliaque externe

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

2.1.4.8. Traitement chirurgical d'urgence : principes généraux et indications

But :

- Lever la striction ;

- Faire le bilan et la réparation des lésions viscérales ;

- Prévenir les récidives.

Les complications liées au traitement

Elles sont nombreuses et souvent graves :

- Complications per opératoires :

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

- Complications postopératoires :

Elles sont les plus fréquentes :

- Hématome au niveau de la plaie opératoire ;

- Œdème des bourses par lésion des veines et vaisseaux lymphatiques

Infection de paroi ou abcès profond ;
Lâchage de fil de suture des plans profonds ;
Occlusions intestinales fonctionnelles ou par prise d'une anse intestinale dans un nœud de suture ;
Les péritonites postopératoires ;
Fistule digestive ;
Névralgie inguinale.

2.2. Urgences abdominales traumatiques

2.2.1. Contusions abdominales

Ce sont des traumatismes abdominaux sans solution de continuité de la paroi abdominale, entraînant parfois des ruptures des organes pleins ou creux. Leur prise en charge est très hétérogène et est fonction des lieux et des ressources disponibles [58].

Les étiologies sont constituées par : les accidents de la voie publique ou ludique, les chutes, le coup de poing ou avec un objet et les traumatismes non accidentels (sévices).

La fréquence et la gravité des lésions abdominales sont directement liées à l'énergie cinétique du traumatisme et par conséquent de la vitesse au moment de l'impact.

Le mécanisme de la contusion peut être : soit un choc direct par percussion responsable de lésions d'éclatement ou d'écrasement, soit un choc indirect par décélération brutale ou par l'effet de souffle au cours d'une explosion (Blast) alors responsable de lésions d'étirement ou d'arrachement (mésos, pédicules vasculaires, viscères).

Les lésions élémentaires [63] sont constituées par : l'hémopéritoine, les lésions des organes pleins (contusions, hématomes, lacérations et fractures), les signes de perforation digestive, d'hémorragie active et de choc hypovolémique.

2.2.1.1. Hémopéritoine

C'est le premier élément à rechercher devant un traumatisme abdominal ; il est souvent facile à identifier sous forme d'un épanchement intra péritonéal spontanément hyperdense (environ 45 UH).

Son importance est corrélée à la réanimation nécessaire au maintien d'un état hémodynamique satisfaisant, et peut être appréciée par un score similaire à celui appliqué en échographie en codant sa présence dans chaque compartiment de l'abdomen (gouttières pariéto-coliques droite et gauche, espace inter-anses, espace de Morisson, cul-de-sac de Douglas).

Sa localisation élective autour d'un organe, avec une densité spontanée élevée, attire l'attention sur cet organe, faisant rechercher une lésion parfois discrète de celui-ci : c'est le signe du caillot sentinelle.

Quelques pièges sont à connaître :

La densité d'un authentique hémopéritoine peut être moins élevée, inférieure à 20 UH ; elle peut « s'effacer » au temps injecté ;

Tout épanchement intra péritonéal n'est pas obligatoirement du sang, il peut s'agir de liquide digestif en cas de perforation digestive ou d'urine en cas de rupture vésicale intra péritonéale.

2.2.1.2. Lésions de viscères creux [48,63]

Premièrement, le tube digestif peut être écrasé entre un objet comme une ceinture de sécurité, volant de conduite, et le rachis. . L'écrasement peut entraîner une lacération locale de la paroi du tractus gastro-intestinal, un hématome du mésentère et de la paroi intestinale, une transsection du tube digestif, une dévascularisation et une contusion de toute l'épaisseur. L'aire de la contusion peut être dévitalisée et être à l'origine d'une perforation tardive.

Deuxièmement, une décélération rapide peut entraîner une force de traction entre les portions relativement fixes du tube digestif (jéjunum proximal, iléon terminal, pylore, angle de Treitz, portion terminale du sigmoïde). Elle peut être à

l'origine d'arrachement du bord mésentérique avec comme corollaire sphacèle et perforation gastro-intestinale.

Troisièmement, le mécanisme par éclatement dans lequel une anse rendue borgne à ses extrémités par les matières fécales, est rompue par l'hyperpression causée par le traumatisme.

Les lésions intestino-mésentériques sont de diagnostic difficile et elles peuvent être occultées par d'autres lésions plus fréquentes (rate, foie).

Des cas d'occlusion intestinale ont été cités et montrent donc la diversité de lésions possibles.

2.2.1.3. Lésions de viscères pleins [42]

Leur définition est commune à tous les organes. Il existe pour chacun d'eux une classification, graduant la gravité de l'atteinte établie par l'AAST (American Association for the Surgery of Trauma) (voir annexe). Ces classifications sont importantes pour une étude des dossiers ; mais en pratique quotidienne, une description simple et précise est capitale pour communiquer clairement entre les différents intervenants et pour la prise en charge adaptée. Diverses lésions sont possibles (annexe).

L'hématome : c'est une collection hématique. Spontanément hyperdense et hypodense par rapport au parenchyme sain après injection IV de produit de contraste, il peut être intra parenchymateux ou souscapsulaire ;

La contusion: Elle est produite par une « pression ou choc » du parenchyme. Ses contours sont limités ; elle est hypodense avant et après injection IV de produit de contraste ;

La lacération : C'est une lésion linéaire, visualisée sous forme d'un trait hypodense avant et après IV de produit de contraste. Au niveau du foie, elle se fait le long des axes vasculaires, réalisant une image en « griffes d'ours ». Elle est peu étendue (moins de 3 cm de longueur) ; elle peut être profonde ou superficielle ;

La fracture : C'est une lacération plus profonde. De longueur supérieure à 3 cm ou traversant complètement l'organe, elle peut être simple ou complexe.

2.2.1.3.1. Traumatisme de la rate [30,58]

La rate est l'un des organes les plus touchés. La prise en charge des lésions est autant que possible conservatrice, compte tenu des risques infectieux à long terme en cas de splénectomie.

La classification AAST grade les lésions en 5 stades, de la lésion superficielle à la fragmentation splénique (Annexe 1). Quatre atteintes doivent être clairement identifiées : l'existence d'une hémorragie active, l'atteinte du hile splénique et l'atteinte du pédicule vasculaire qui va conduire à un geste de chirurgie ou d'embolisation ; l'existence d'un hématome sous capsulaire impose une surveillance attentive car il existe un haut risque de rupture secondaire.

2.2.1.3.2. Traumatisme du foie [8,41]

Le diagnostic et la prise en charge ont été facilités par l'échographie et la tomodensitométrie. Elles montrent les lésions avec plus de précision et permettent de suivre leur évolution.

L'abstention opératoire est devenue une règle thérapeutique et ceci aux prix d'une surveillance vigilante en milieu chirurgical, avec un plateau technique adapté.

Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'instabilité hémodynamique et de déglobulisation, quel que soit le grade.

2.2.1.3.3. Traumatisme du rein [44]

Il est plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte (plus grande mobilité du rein, volume plus important, moindre protection, paroi musculaire plus faible, graisse péri-rénale moins importante). Il existe plusieurs classifications. La rupture est soupçonnée devant l'hématurie associée aux signes d'hémorragie interne post-

traumatiques. Elle impose parfois une urographie d'urgence. Sur le plan thérapeutique, le traitement conservateur est l'idéal par suture ou tamponnement. La néphrectomie totale ou partielle ne sera justifiée qu'après rupture totale du pédicule rénal ou broiement du rein.

Les séquelles fonctionnelles semblent reliées au grade du traumatisme [9].

2.2.1.3.4. Traumatisme de la vésicule biliaire et du pancréas [42]

Les traumatismes de la vésicule biliaire sont rares et le plus souvent associées à une atteinte hépatique ou duodénale. Elles sont suspectées devant la présence d'une vésicule collabée, au contenu hémorragique, d'anomalies pariétales de la vésicule (épaississement irréguliers des parois) ou un épanchement péri-vésiculaire. Le diagnostic est souvent per-opératoire lors de la recherche d'un épanchement bilieux ou sanguin abdominal. Le traitement est chirurgical. La cholécystectomie s'impose en cas de rupture de la vésicule biliaire.

Les traumatismes du pancréas sont l'apanage de l'enfant et du sujet maigre (pancréas écrasé sur le billot rachidien). Elles sont rencontrées dans des traumatismes graves. La classification AAST distingue 4 stades de la contusion à l'atteinte pancréatique. Les éléments de gravité qui vont conduire à un geste chirurgical sont l'existence d'une fracture, une atteinte du canal de Wirsung et une rupture duodénale. L'atteinte canalaire sera recherchée dans un second temps par cholangiopancréato-IRM.

2.2.1.4. Hémorragie active [64]

C'est un signe de gravité. Elle se traduit par une extravasation du produit de contraste ou « blush », réalisant une flaque de même densité que celle de l'aorte. Il est capital de préciser le siège exact de cette hémorragie afin de pouvoir guider un geste d'embolisation, réalisé en fonction de l'évolution de l'état hémodynamique du patient.

2.2.1.5. Choc hypovolémique [64]

Le diagnostic clinique est simple lorsque l'état de choc est constitué. Les signes cliniques évocateurs sont des sueurs, des marbrures cutanées, une cyanose, des extrémités froides avec un temps de recoloration cutané supérieur à trois secondes. Le pouls est petit, rapide, filant, la pression artérielle est abaissée, avec une différentielle pincée.

Les signes tomodensitométriques de choc hypovolémique doivent être connus pour ne pas être confondus avec une lésion traumatique. Il s'agit d'une petite aorte, d'un spasme des artères viscérales, d'un défaut voire d'un non rehaussement de la rate en l'absence d'une atteinte pédiculaire splénique, d'une petite veine cave inférieure (diamètre inférieur à 9 mm à hauteur de l'abouchement des veines rénales), d'un rehaussement intense des parois des anses grêles qui sont dilatées ou d'un hyper-rehaussement des deux glandes surrénales.

2.2.2. Plaies de l'abdomen [50]

Une plaie de l'abdomen correspond à une communication traumatique de la cavité péritonéale avec l'extérieur par l'intermédiaire d'un agent vulnérant (arme à feu, arme blanche). (figure 11)

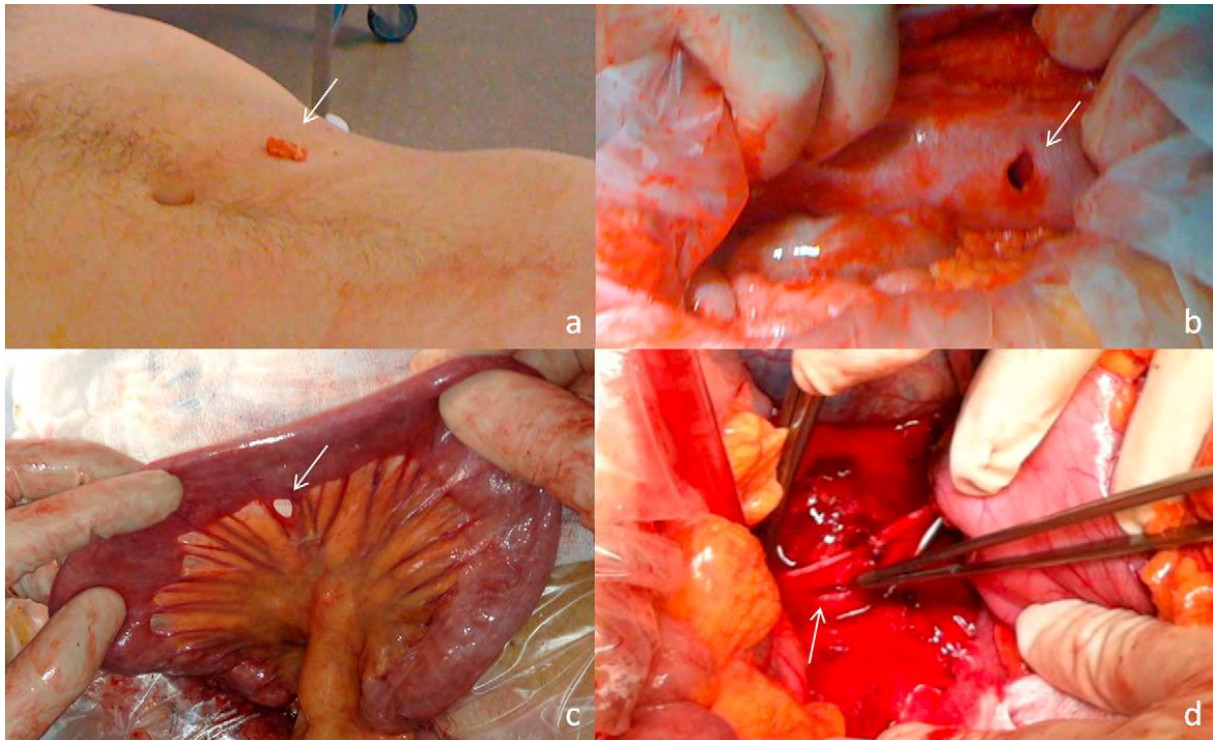


Figure 11 : Plaie par arme blanche abdominale [11]

- a : Orifice d'entrée avec éviscération épiploïque (flèche)
- b : Orifice péritonéal interne (flèche)
- c : Lésion transfixiante mésentérique (flèche)
- d : Lésion de la veine cave inférieure (flèche).

L'examen clinique est fondamental. Il doit commencer par une appréciation de l'état hémodynamique avec la prise de la pression artérielle et la mesure de la fréquence cardiaque, tout en recherchant des sueurs, une pâleur et des marbrures des extrémités. L'examen évalue également les circonstances de la blessure, l'agent vulnérant ; il précise le siège de l'orifice d'entrée, un éventuel orifice de sortie ou l'existence d'autres plaies par un examen clinique complet (se méfier tout particulièrement de plaies dorsolombaires qui, associées à une plaie abdominale antérieure concentrant l'attention, peuvent passer inaperçues).

Il est essentiel de préciser le caractère pénétrant ou non de la plaie dans la cavité péritonéale. Ce caractère peut être évident lorsque l'intestin ou l'épiploon sont

éviscérés ou en cas de choc hémorragique. Il est souvent beaucoup plus difficile à déterminer si l'orifice d'entrée est de petite taille, la plaie est basithoracique, fessière, périnéale ou lombaire, avec un état hémodynamique stable spontanément, ou lorsque n'existe aucun signe clinique ni échographique.

Un hémopéritoine doit être recherché devant une douleur abdominale à irradiations scapulaires, un hoquet, une défense, un iléus réflexe, une augmentation du volume de l'abdomen, une matité des flancs, une douleur du cul-de-sac de Douglas au toucher rectal. La sensibilité de l'examen clinique est faible pour la détection d'un hémopéritoine car le patient doit être conscient et l'épanchement intrapéritonéal volumineux.

La mise en évidence d'un hémopéritoine doit donc faire appel à des examens complémentaires, une échographie, ou un scanner. Les radiographies d'abdomen sans préparation, les radiographies thoraciques et les clichés centrés sur les coupes sont très peu contributifs, sauf en cas d'hémopéritoine ou de pneumopéritoine massifs, et ne doivent donc pas faire partie des examens morphologiques.

Le caractère pénétrant ou non de la plaie doit être évalué en urgence afin de guider la conduite à tenir. Cependant, même en cas de pénétration, le dogme selon lequel toute plaie pénétrante de l'abdomen doit être opérée est actuellement remis en cause. L'attitude vis-à-vis du blessé va varier en fonction des lésions et de l'état hémodynamique (Tableau II).

Tableau II: Critères autorisant une prise en charge non opératoire des plaies et contusions de l'abdomen [49].

Critères d'inclusion	Ne sont pas des critères d'exclusion
Stabilité hémodynamique spontanée ou après transfusion < 4 culots globulaires	Age
Absence de signes en faveur d'une plaie du tube digestif	Volume de l'hémopéritoine (échographie ou scanner)
Absence de lésions extra-abdominales pouvant nécessiter un traitement chirurgical potentiellement hémorragique (fracture du fémur ou du rachis)	Gravité des lésions parenchymateuses (foie, rate, rein)
Équipe expérimentée (chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, gastroentérologues)	
Radiologie interventionnelle disponible en urgence	
Disponibilité d'un bloc opératoire	

La laparotomie s'impose parfois dès l'arrivée du blessé aux urgences, devant une large plaie de l'abdomen avec éviscération de grêle ou de côlon, un état hémodynamique instable.

Il est alors impératif de contrôler l'hémorragie et de traiter les lésions.

DEUXIEME PARTIE

I. METHODOLOGIE

I.2.Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée de janvier 2016 au juillet 2016 (soit 7 mois).

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

L'enquêteur examine lui-même les malades ;

Les données recueillies sont fiables et exploitables

I.3.Site d'étude [29]



Figure 12 : Façade de l'Hôpital Général de Grand Yoff « HOGGY »

L'étude s'est déroulée au service de Chirurgie générale de l'Hôpital Général de Grand Yoff « HOGGY » de Dakar (**Figure 12**). Ce centre est devenu

établissement public depuis 1996, il représente l'un des hôpitaux de référence de la prise en charge de la pathologie chirurgicale au Sénégal.

Le service d'urgence comporte une unité d'urgence chirurgicale et une unité d'urgence médicale, une salle d'hospitalisation avec 24 lits et 2 blocs opératoires.

La prise en charge des urgences chirurgicales est assurée par un groupe de 4 chirurgiens, un professeur titulaire, 2 maîtres de conférence agrégés, un chef de clinique assistant et des médecins de grade différents (CES de 1er, 2ème, 3ème, 4ème année et/ou Interne soit de Chirurgie générale, Urologique ou Orthopédique) relayé toutes les 24h et une astreinte de seniors de spécialités différentes.

Le personnel paramédical est constitué de 3 infirmiers, 6 infirmiers brevetés, 2 filles de salle, 2 brancardiers et une secrétaire.

Une annexe de la radiologie est fonctionnelle 24h/24h permettant la réalisation des clichés simples dans la journée et pendant la garde ; il en est de même pour le laboratoire permettant la réalisation d'un certain nombre de bilan en urgence.

I.4.Critères d'inclusion :

Tout patient pris en charge en urgence pour affections chirurgicales abdominales (occlusion, péritonites, appendicites aiguës, hernie étranglée, contusions abdominales et les plaies abdominales).

I.5.Critères de non inclusion :

Les urgences obstétricales.

Les urgences urologiques.

Les urgences abdominales non opérées même si elles paraissent chirurgicales à première vue.

I.6. Patients

Tous les patients ont été recrutés dans l'unité des urgences chirurgicales du SAU.

Nous avons élaboré une fiche d'enquête dans le but de prendre en charge les questions relatives à nos objectifs.

Les patients étaient transférés dans le service de Chirurgie générale dès qu'une place était disponible.

I.7. La fiche d'enquête :

Elle comporte des variables réparties en :

Données administratives : âge, sexe, profession, antécédents, traitement actuel
durée d'hospitalisation, mode de recrutement à l'hôpital ;

Les données de l'examen clinique que sont : les caractères de la douleur, les signes généraux et les signes physiques ;

Le ou les hypothèses diagnostiques de l'examineur après examen clinique et examens para cliniques ;

Les données para cliniques : la biologie et la radiologie ;

L'intervention chirurgicale : délai, résultats de l'exploration et les gestes ;

Le devenir du malade : durée moyenne du séjour, complications et décès.

I.8. Gestion et analyse des données

Le logiciel Microsoft Office Excel 2011 a servi à la saisie et l'analyse des données.

RESULTATS

II. Données sociodémographiques

II.1. Répartition des patients selon l'âge (Figure 13)

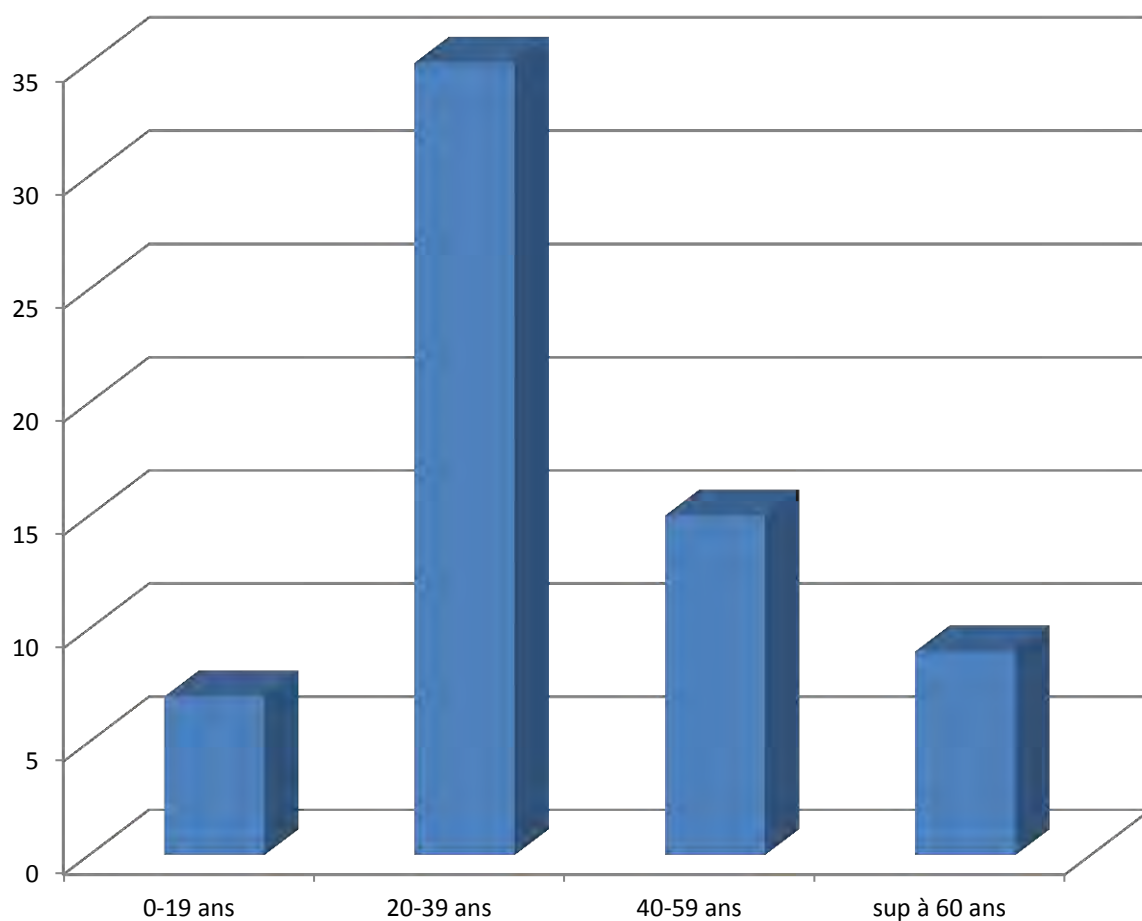


Figure 13: Répartition des patients selon l'âge

La majorité de nos patients, soit 53.03 % avait un âge compris entre 20 - 39 ans.

La moyenne d'âge était de 37.5 ans. Les extrêmes étaient de 6 ans et 82 ans.

II.2. Répartition des patients selon le sexe (Figure 14)

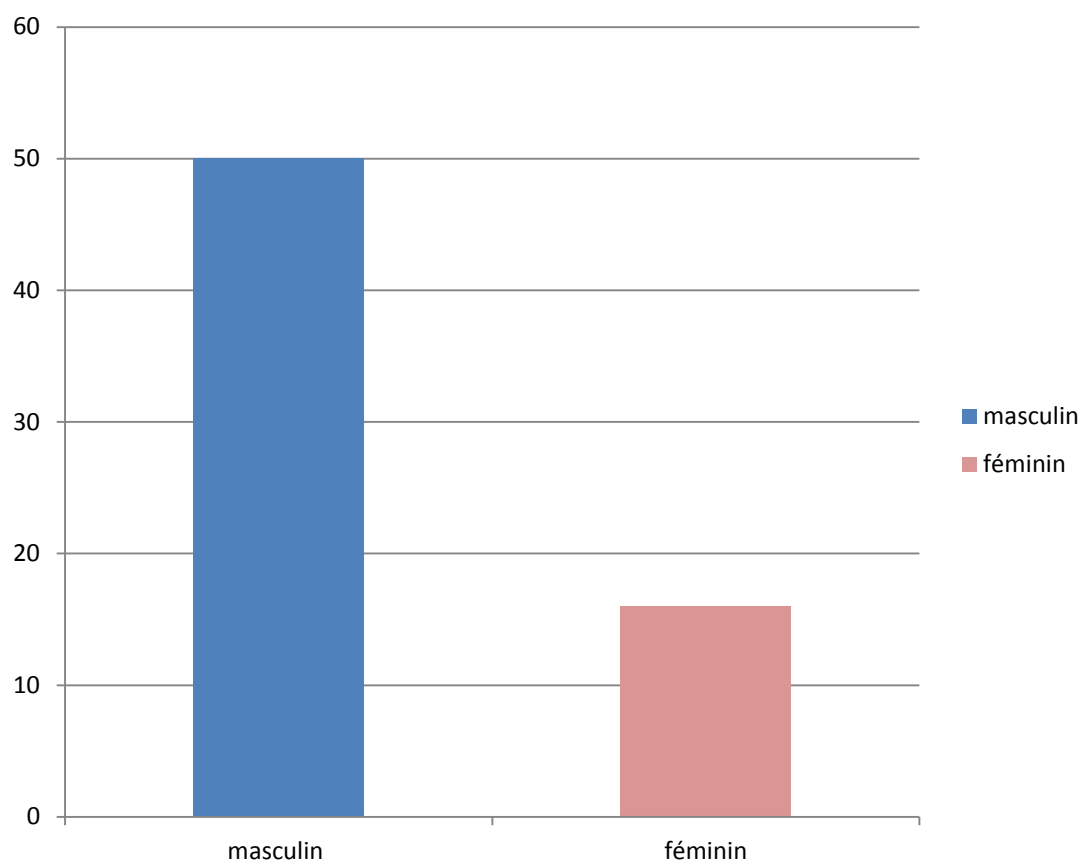


Figure 14 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe ratio a été de 3,125 en faveur des hommes.

II.3.Répartition des patients selon le mode d'admission (Figure 15)

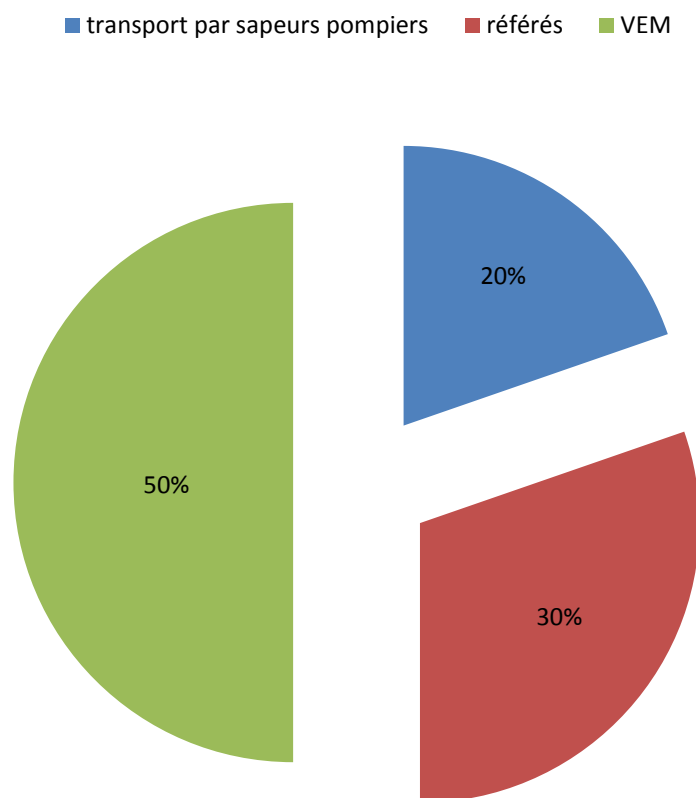


Figure 15 : Répartition des patients selon le mode d'admission

La majorité des patients était venue d'elle-même, soit un pourcentage de 50%.

II.4.Répartition des malades selon le motif de consultation (Figure 16)

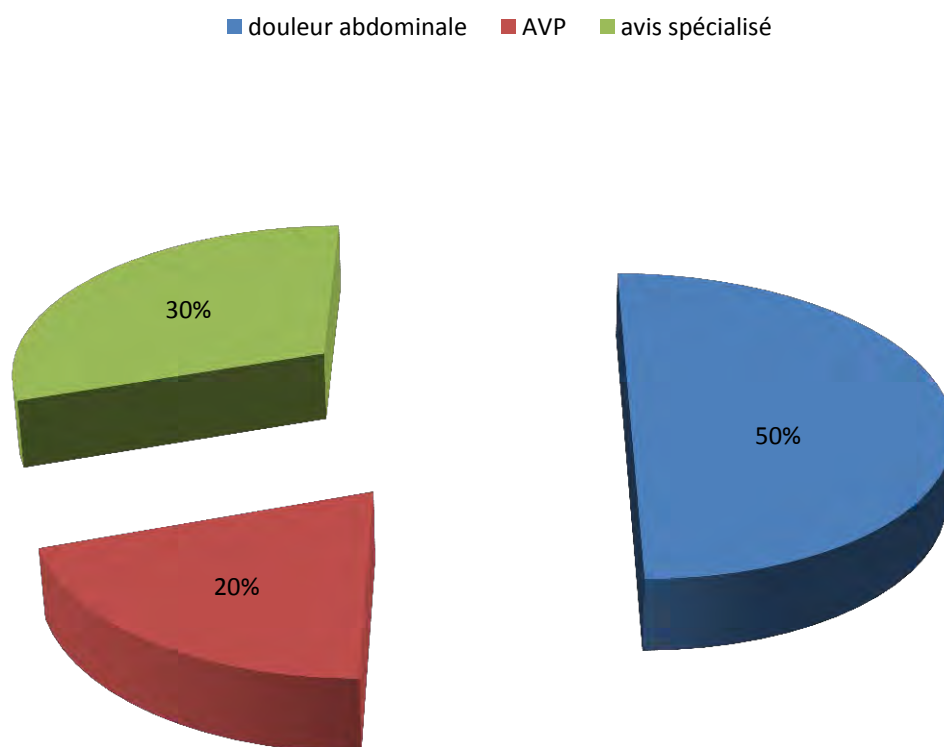


Figure 16 : Répartition des malades selon le motif de consultation

Le motif de consultation était essentiellement la douleur abdominale avec une fréquence de 50%.

II.5.Répartition des patients en fonction du temps écoulé entre l'admission et intervention (Tableau III)

Tableau III: Répartition des patients en fonction du temps écoulé entre l'admission et intervention

Temps écoulé entre admission et intervention	Effectif	Pourcentage %
0-6h	39	59
7h-12h	7	10.5
13h-24h	15	22.5
sup à 24h	5	8
Total	66	100

La majorité de nos patients était opérée dans les six premières heures après leur admission, soit 59%.

III. Aspect clinique

III.1. Les antécédents médicaux

III.1.1. Répartition des malades selon les antécédents médicaux (Figure 17)

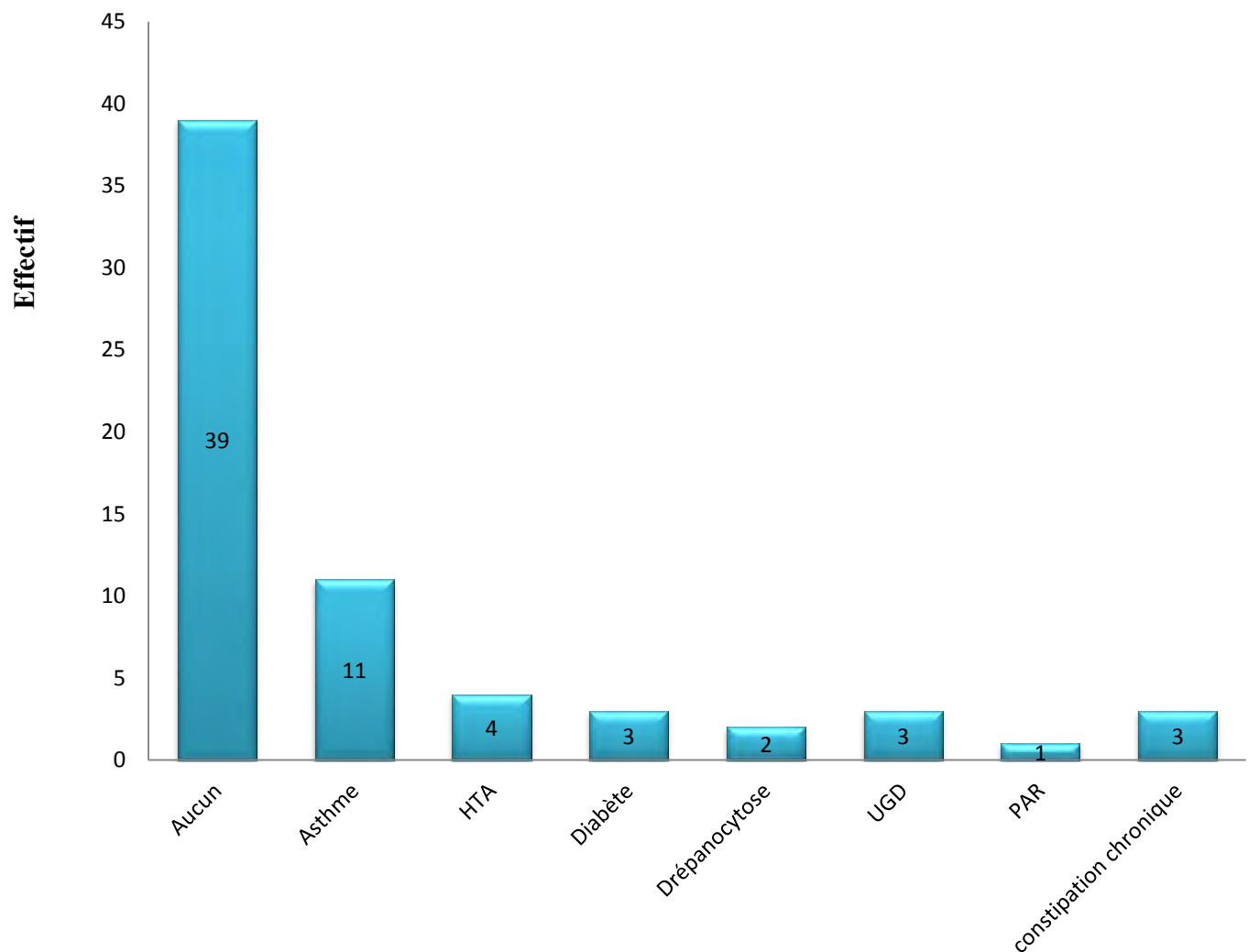


Figure 17 : Répartition des malades selon les antécédents médicaux

La majorité des patients (39, soit 59%) n'avait pas d'antécédents médicaux.

III.1.2. Les antécédents chirurgicaux (Figure 18)

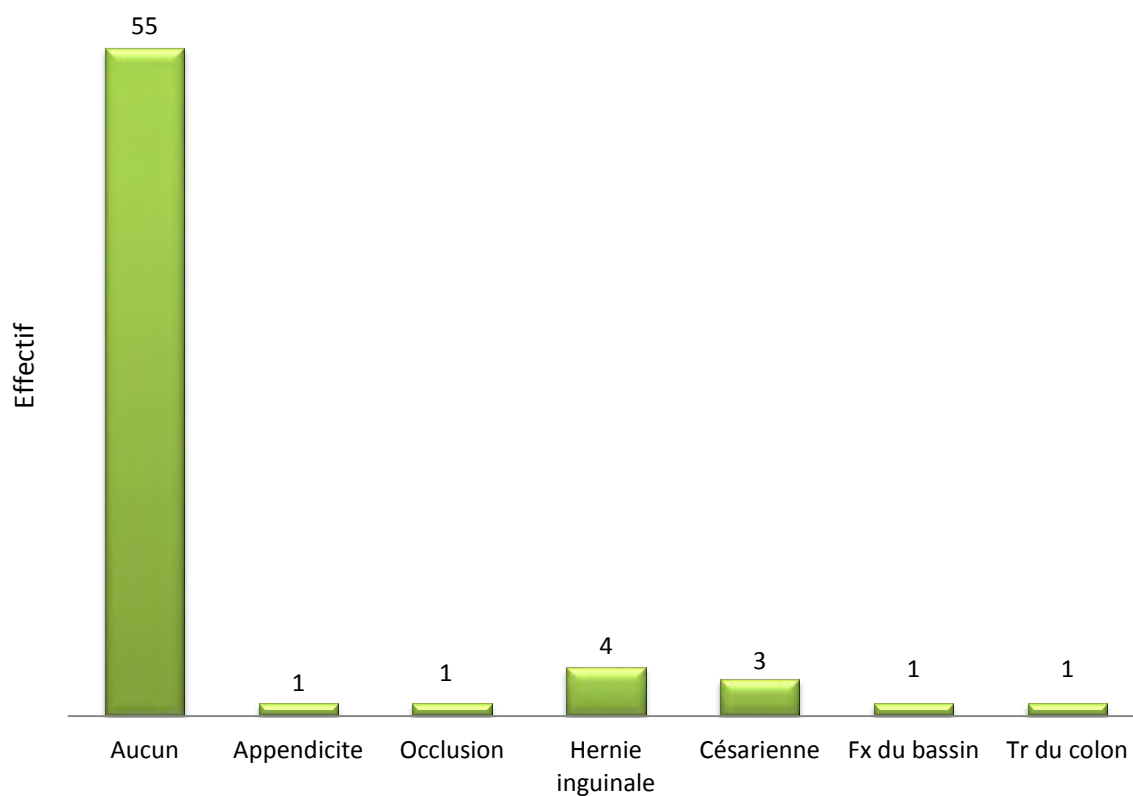


Figure 18: Antécédents chirurgicaux

La majorité des patients (55, soit 83.3%) n'avait pas d'antécédents chirurgicaux.

III.2.Répartition des patients en fonction de la classification de l’OMS de l’état général (Tableau IV)

Tableau IV: Répartition des patients en fonction de la classification de l’OMS de l’état général

Classifications de l'état général du patient (OMS)	Effectif	Pourcentage (%)
stade 0	0	0
stade 1	44	66.5
stade 2	11	16.5
stade 3	9	13.5
stade 4	2	3.5
Total	66	100

La plupart de nos patients (44, soit 66.5%) se présentaient au stade 1 de l’OMS.

III.3.Répartition des patients selon le mode d’installation de la douleur (Tableau V)

Tableau V : Répartition des patients selon le mode d’installation de la douleur

Début de douleur	Effectif	Pourcentage (%)
Brutal	54	82
Progressif	12	18
Total	66	100

82 %, soit un effectif de 54 cas des patients présentaient une douleur d’installation brutale.

III.4.Répartition de la douleur en fonction du siège (Tableau VI)

Tableau VI : Répartition de la douleur en fonction du siège

<i>Siège</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage %</i>
Fosse iliaque		
-Droite	17	17,3
-Gauche	7	7.1
flanc		
-droit	9	9.1
-gauche	10	10,2
Hypochondre		
-droit	7	7.1
-gauche	5	5.1
Epigastre	15	15.3
Péri-ombilical	19	19.3
hypogastre	9	9.5
Total	98	100

Le siège le plus fréquent était péri-ombilical suivi de la fosse iliaque droite et de l'épigastre avec respectivement un pourcentage de 19,3%, 17,3% et 15,3%.

III.5.Répartition des malades en fonction des vomissements (Figure 19)

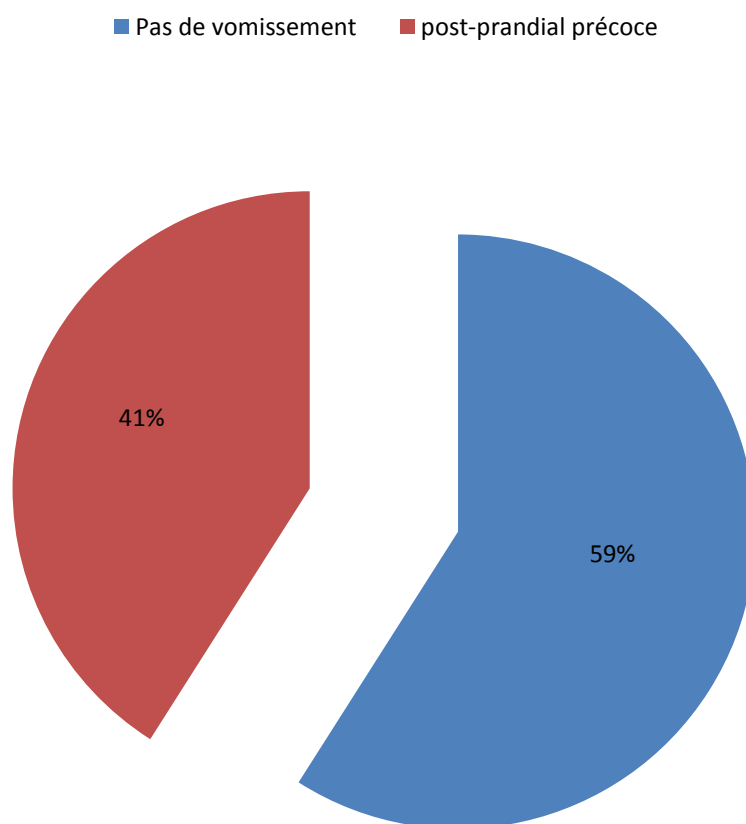


Figure 19 : Répartition des malades en fonction des vomissements

Les vomissements étaient absents chez 36 patients soit un pourcentage de 54,4%.

III.6.Répartition des malades en fonction du type des vomissements (Figure 20)

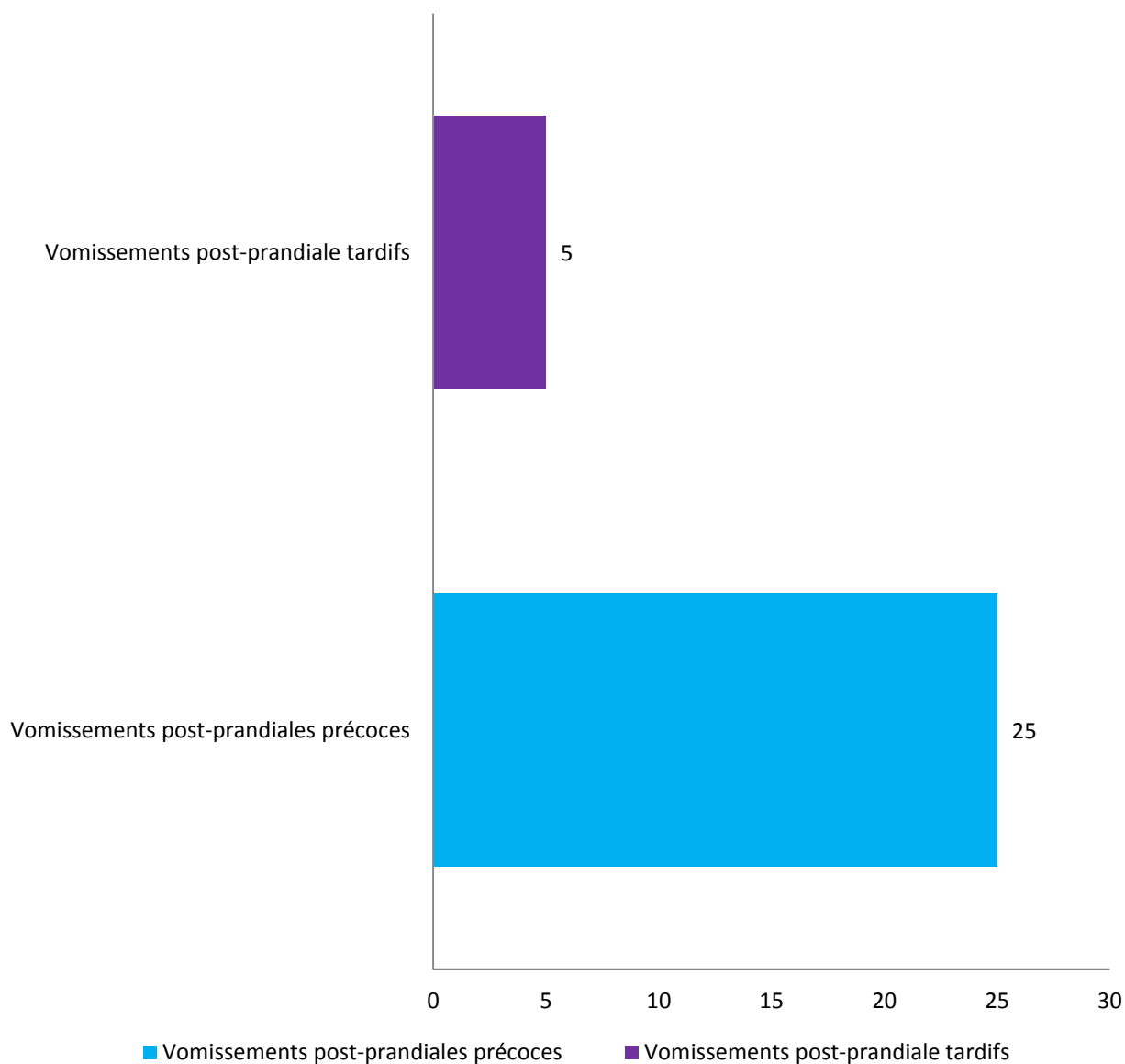


Figure 20 : Répartition des malades en fonction du type des vomissements

Les vomissements postprandiaux précoces étaient les plus rencontrés avec un effectif de 25 patients soit un pourcentage de 83,33%.

III.7.Répartition des malades en fonction des troubles du transit (Figure 21)

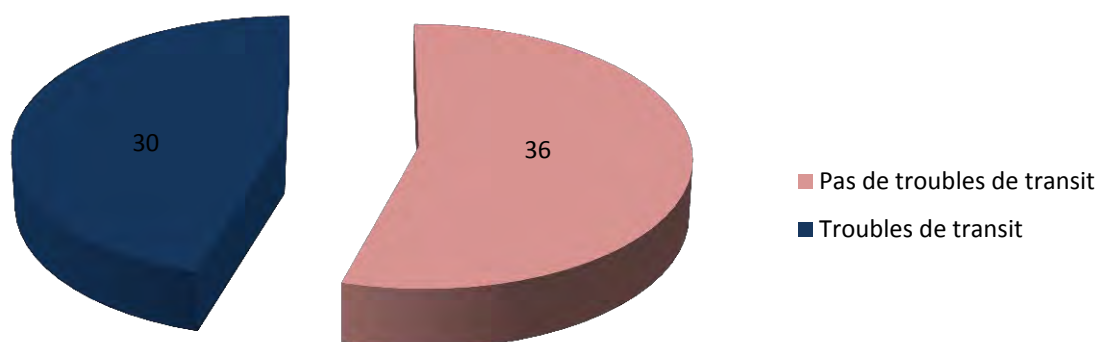


Figure 21 : Répartition des malades en fonction des troubles du transit

Les troubles du transit étaient absents chez 36 patients soit 54,5%.

III.8.Répartition des patients en fonction du trouble de transit rencontré (Figure 22)

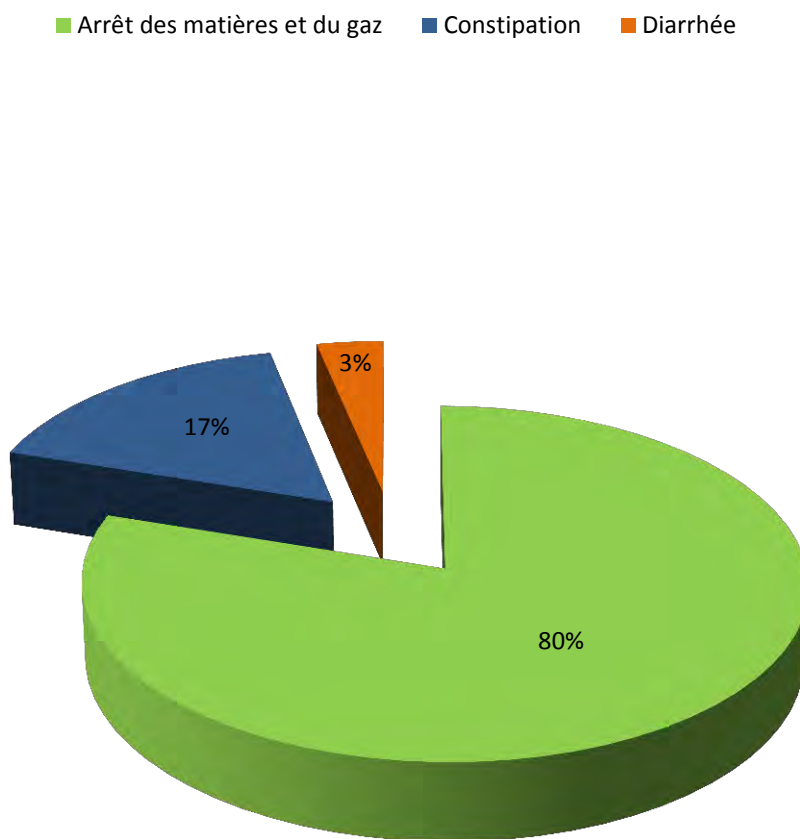


Figure 22 : Répartition des patients en fonction du trouble de transit rencontré

L'arrêt des matières et des gaz étaient le trouble du transit le plus retrouvé avec un effectif de 24 patients soit 80%.

III.9.Répartition des patients en fonction des examens radiologiques effectués (Tableau VII)

Tableau VII: Répartition des patients en fonction des examens radiologiques effectués

<i>Examen radiologique</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage %</i>
ASP	15	22,7
Echographie abdominale	21	31,8
TDM	5	7,5
ASP+échographie	7	10,6
ASP+TDM	4	6
Aucun examen réalisé	11	16,9
Total	66	100

L'échographie abdominale était l'examen radiologique le plus effectué avec un pourcentage de 31,8% suivie de l'ASP avec un pourcentage de 22,7%.

III.10.Répartition des malades selon le diagnostic pré- opératoire (Tableau VIII)

Tableau VIII : Répartition des malades selon le diagnostic pré- opératoire.

Diagnostic pré-opératoire	Effectif	Pourcentage %
Appendicite	13	19,5
Contusions abdominales	13	20
Hernies inguinales étranglées	8	12
Hernies ombilicales étranglée	3	4,5
Occlusions intestinales aiguës	19	28,7
Péritonites aiguës généralisées	8	12,1
Plaies par arme blanche	2	3.2
Total	66	100

Le diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë domine notre série d'étude avec un effectif de 19 patients soit un pourcentage de 28,7%.

III.11.Répartition des malades selon les examens complémentaires effectués par diagnostic (Tableau IX)

Tableau IX : Répartition des malades selon les examens complémentaires effectués par diagnostic.

Diagnostic	ASP	Echographie	Scanner
Appendicite	2	8	1
Contusions abdominales	1	12	5
Hernies inguinales étranglées	0	1	0
Hernies ombilicales étranglées	0	1	1
Occlusions intestinales aiguës	16	4	4
Péritonites aiguës généralisées	8	5	1
Plaie par arme blanche	0	0	0
Total	25	31	12

III.12.Répartition des patients en fonction des types de contusions abdominales (Figure 23)



Figure 23: Répartition des patients en fonction des types de contusions abdominales

La majorité des contusions abdominales étaient simples avec un effectif de 8 patients.

III.12.1. Répartition des patients en fonction de l'origine du l'hémopéritoine (Figure 24)

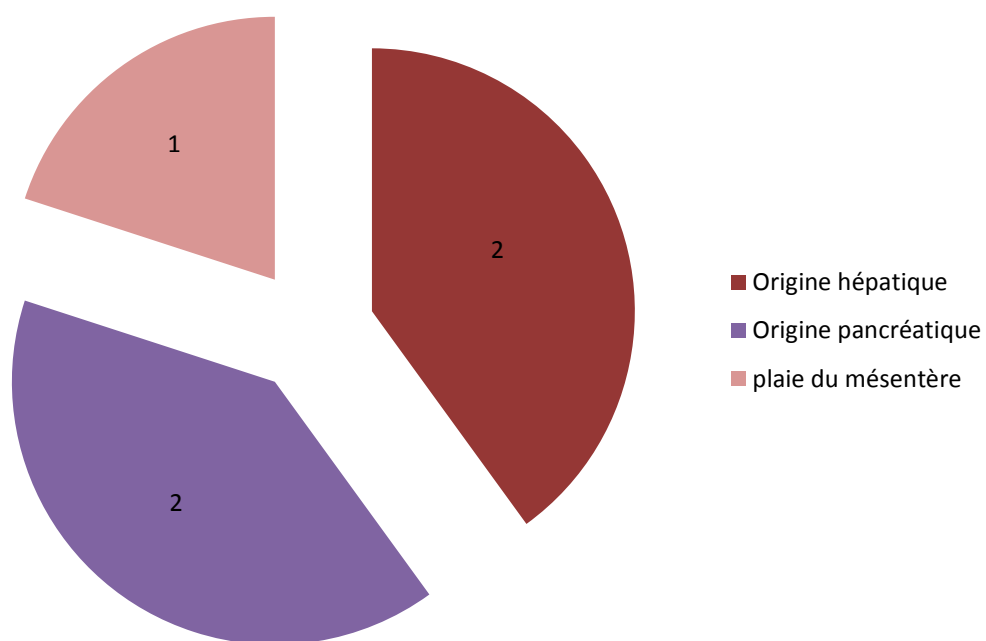


Figure 24 : Répartition des patients en fonction de l'origine de l'hémopéritoine

Le foie et le pancréas étaient les 2 organes les plus touchés.

III.13.Répartition des malades selon le type d'occlusions (Figure 25)

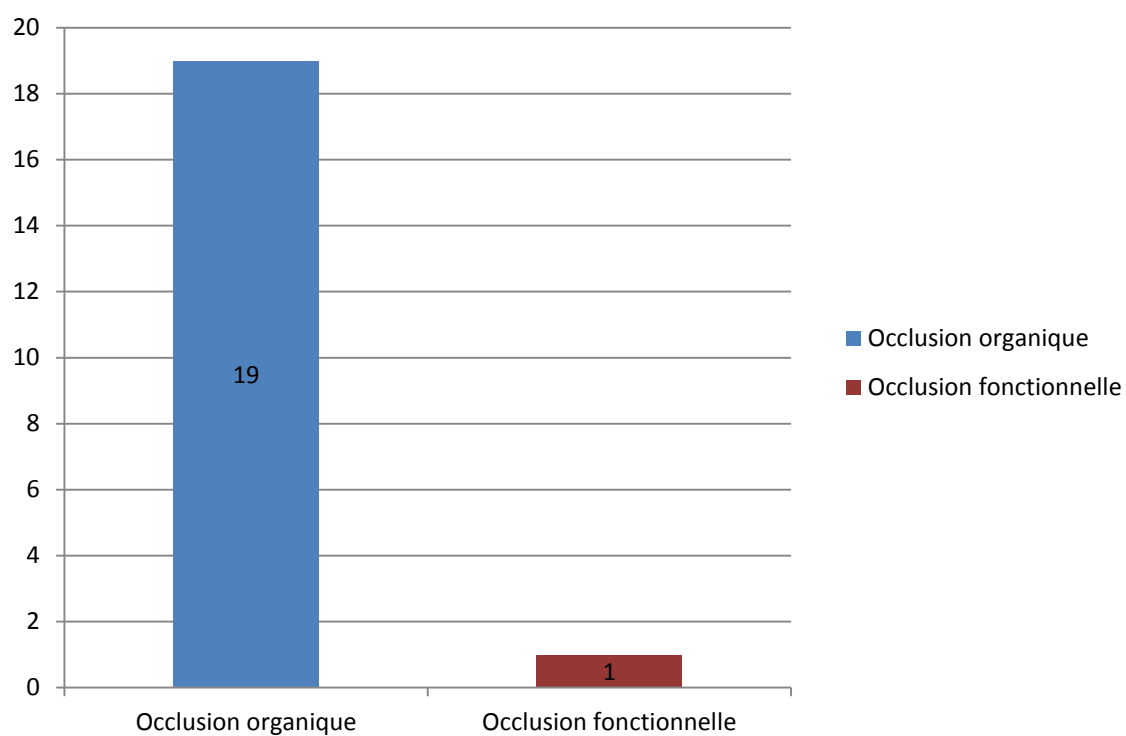


Figure 25 : Répartition des malades selon le type des occlusions.

L'occlusion mécanique était le type le plus fréquent soit un effectif de 19 cas.

III.13.1. Répartition des malades selon le type d'occlusions organiques (Figure 26)

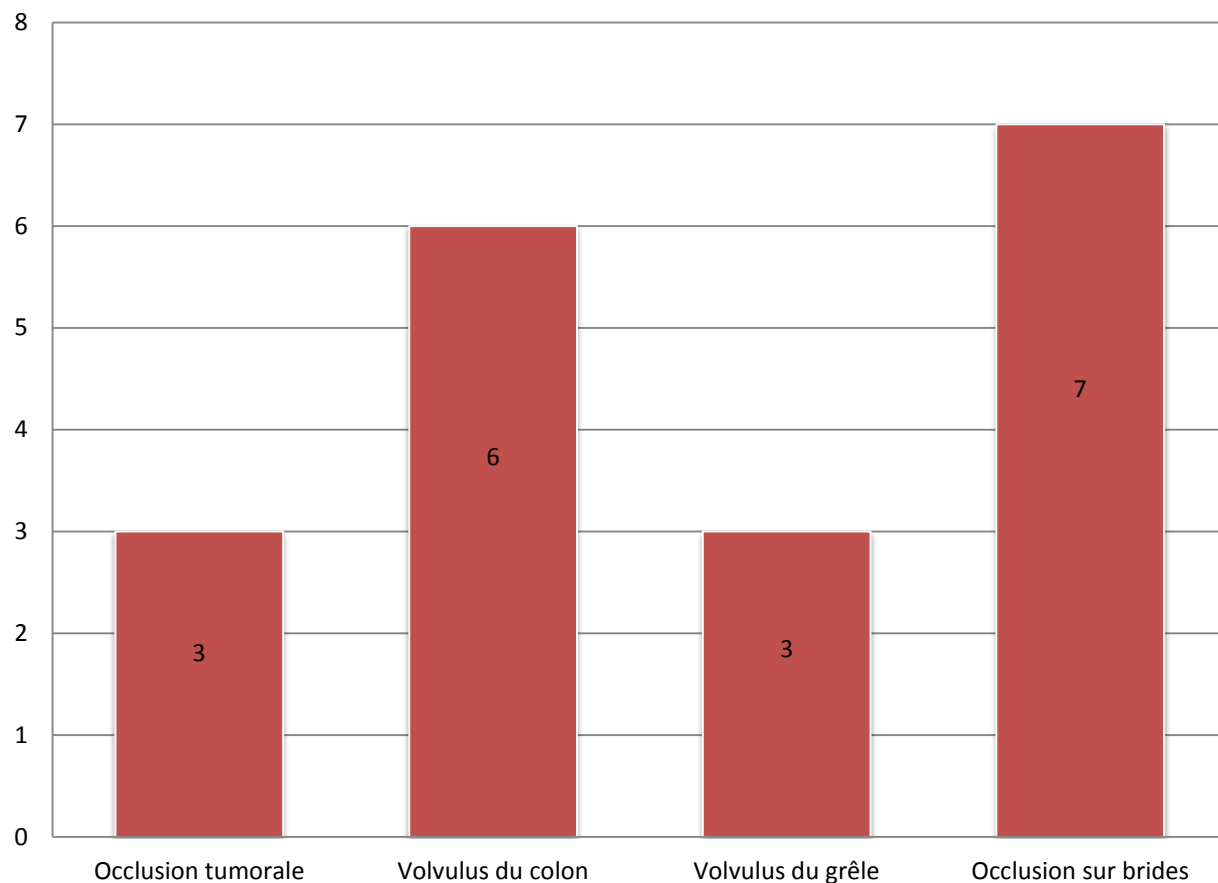


Figure 26 : Répartition des malades selon le type des occlusions organiques

Le volvulus était l'étiologie des OIA mécaniques la plus rencontrée (9 cas).

Le siège le plus fréquent des volvulus était le colon soit 6 cas.

III.14.Répartition des patients en fonction du siège des hernies (Figure 27)

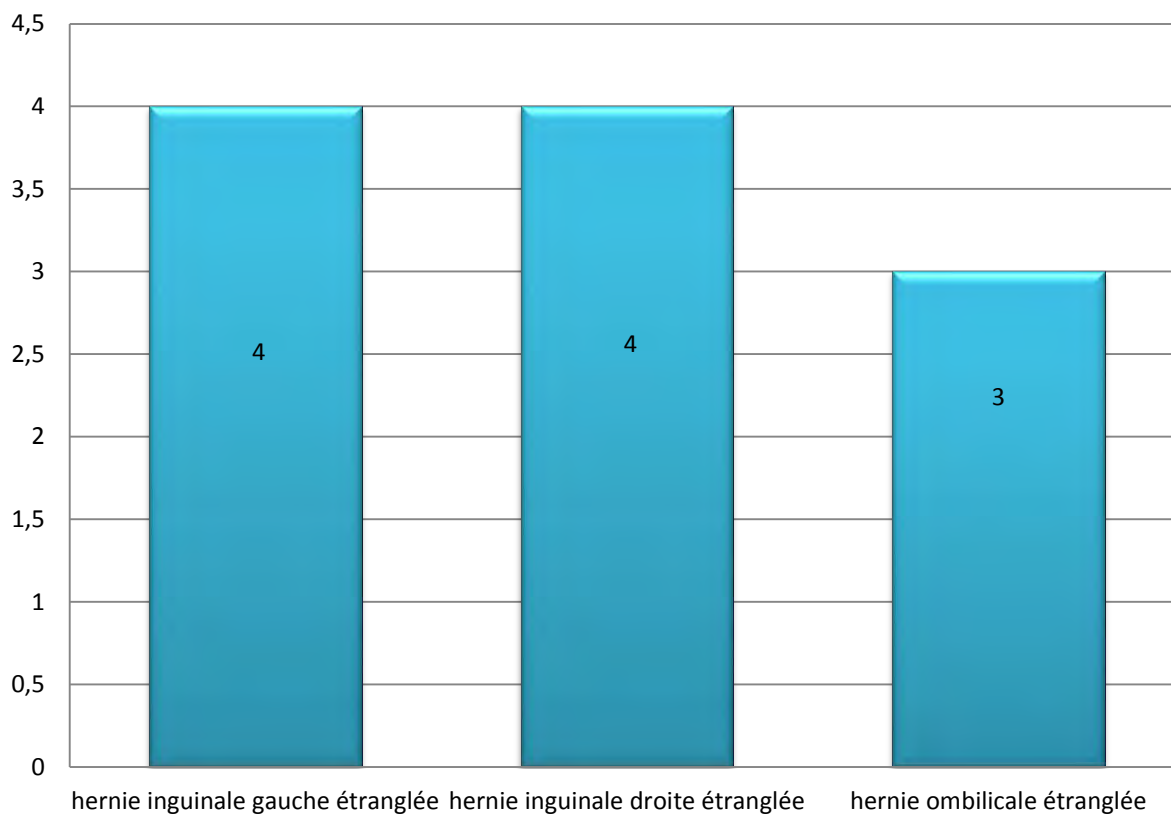


Figure 27: Répartition des patients en fonction du siège des hernies

Les hernies inguinales droites et gauches sont plus prédominantes que les hernies ombilicales.

III.15.Répartition des patients en fonction de l'étiologie des péritonites aiguës (Figure 28)

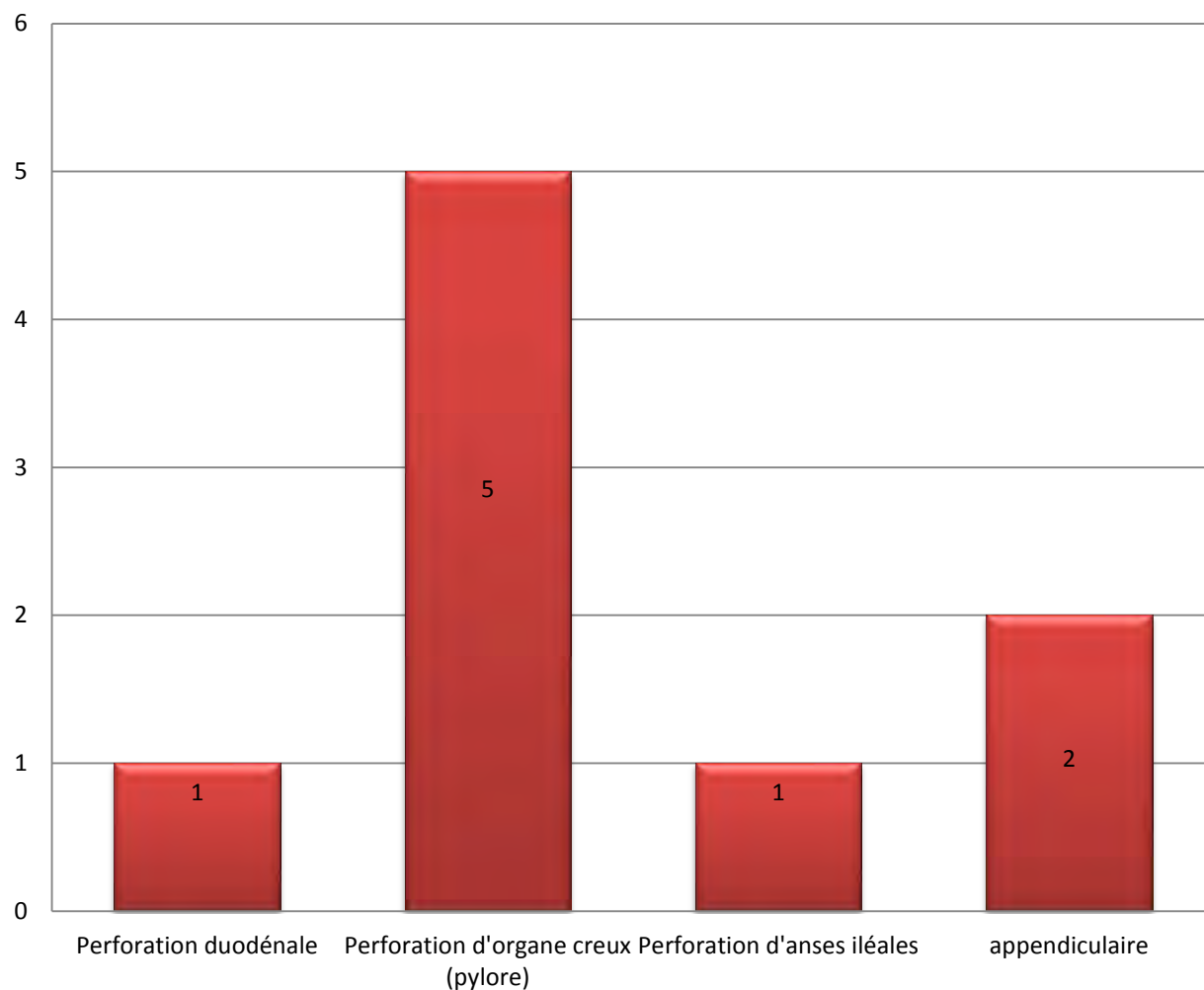


Figure 28 : Répartition des patients en fonction de l'étiologie des péritonites aiguës

La perforation pylorique était l'étiologie des péritonites aiguës généralisées la plus enregistrée avec un effectif de 5 patients.

III.16.Répartition des patients en fonction de la profondeur de la plaie par arme blanche

Les 2 cas enregistrés dans notre série d'étude présentaient une plaie cutanée superficielle nécessitant une suture et une vaccination au sérum antitétanique.

IV. Traitement chirurgical

IV.1.Le type d'anesthésie (Tableau X)

Tableau X: Techniques anesthésiques utilisées au cours des interventions

Type d'anesthésie	Appendicites	Contusions abdominales	Hernies	Occlusions	Péritonites	Plaies
Générale	13	5	11	20	9	0
Régionale	0	0	0	0	0	0
Locale	0	0	0	0	0	2
Total	13	5	11	20	9	2

L'anesthésie générale était la plus utilisée au cours de notre étude soit 58 cas avec une fréquence de 87,9%.

NB: Au cours de notre étude, il n'y a eu ni incident ni accident anesthésique peropératoire.

IV.2.Les gestes opératoires réalisés par diagnostic (Tableau XI).

Tableau XI : Gestes opératoires réalisés par diagnostic.

Diagnostic	Geste(s)	Effectif
Appendicites	Appendicectomie	13
Les contusions abdominales compliquées d'hémopéritoine	Toilette péritonéale avec hémostase	4
Les contusions abdominales compliquées de PAG par perforation iléale	suture de la plaie, toilette péritonéale avec drainage	1
Les hernies inguinales étranglées	cure chirurgicale de la hernie sans résection intestinale	8
Les hernies ombilicales étranglées	cure chirurgicale de la hernie sans résection intestinale	2
Les occlusions organiques	Résection de la tumeur+colostomie	3
Les occlusions par volvulus	(Colostomie)Bouilly Wolkman	9
Les occlusions sur brides	Libération des brides	7
Les occlusions fonctionnelles	réanimation des anses au sérum tiède, toilette de la cavité péritonéale	1
PAG appendiculaire	appendicectomie, toilette péritonéale avec drainage	2
PAG par perforation d'anses iléales	résection iléale, anastomose termino-terminale, toilette péritonéale, drainage	1
PAG par perforation gastrique	suture de la plaie, toilette péritonéale avec drainage	5
PAG par perforation duodénale	suture d'une perforation, toilette péritonéale avec drainage	1

IV.3.Les suites opératoires

59 patients parmi les 66 ont été opérés soit 89,4%.

La majorité de nos patients avait des suites opératoires simples soit 84,5%
(Tableau XII)

Tableau XII: Répartition des patients selon les suites opératoires

Suite opératoire	Effectifs	Pourcentage %
Décès	1	1,72
Fistule digestive	4	6,89
Infection de la paroi	2	3,44
Iléus reflexe	2	3,45
Suites simples	50	84,5
Total	59	100

V. La durée moyenne d'hospitalisation pour chaque diagnostic en jour (Figure 29)

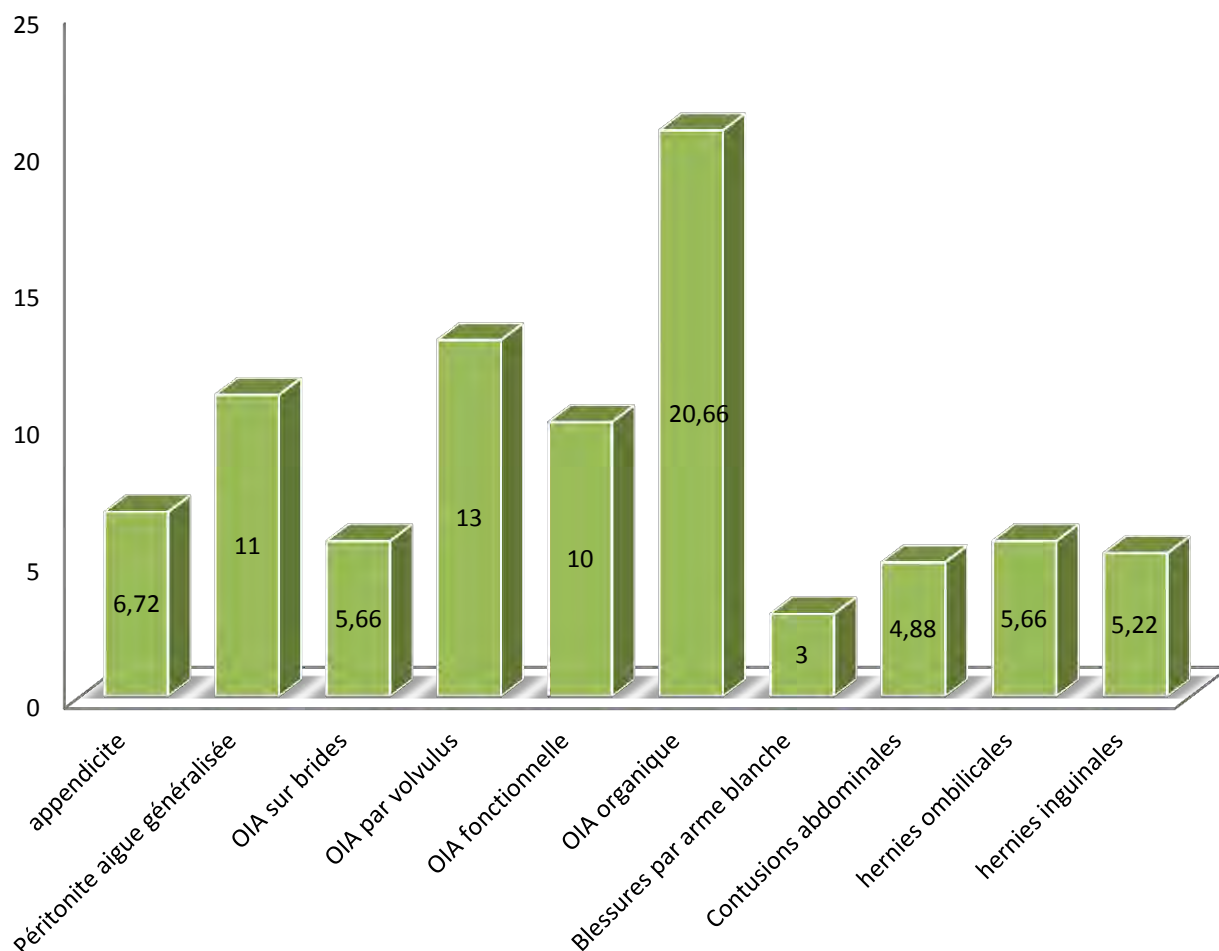


Figure 29: Durée moyenne d'hospitalisation selon les étiologies en jour

La durée moyenne globale d'hospitalisation était de 13,2 jours.

L'occlusion intestinale aigüe d'origine organique présentait la durée moyenne d'hospitalisation la plus longue avec 27,66 jours.

DISCUSSION

I. Fréquence

Au cours de notre étude, la chirurgie digestive d'urgence a constitué 30,76 % de l'ensemble des activités du service de Chirurgie générale.

Des taux similaires ont été trouvés dans l'étude de M. KONATE [47] au Mali 28,77 % et de HAROUNA Y [30] au Niger 25,60 %.

Au Pakistan, MUSTAQ avait trouvé un taux largement supérieur atteignant 71,40% [56].

II. Age

Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentée a été celle de 20 à 39 ans, avec 53,03 %. Ce résultat est comparable à celui de P.SAMASSEKOU [59] qui a trouvé dans sa série la même tranche d'âge dans 41.27 % des cas.

L'âge moyen dans notre série a été de 37,5 ans; DEMBELE [20] et KEITA [37] du Mali, SOLAGBERU [68] du Nigeria et CASSINA [3] de l'Allemagne rapportent que les urgences en chirurgie digestive concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie de 30 à 40 ans.

Dans la littérature les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune avec un âge moyen qui varie de 30 à 45 ans [15, 31, 35, 61].

III. Sexe

Les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin. Nous avons recensé plus d'hommes (83,3%) que de femmes (16,7%) soit un sexe ratio de 3.125 en faveur des hommes. Ce résultat peut être superposable à celui de KONATE, Mali, [39] 2,7 en faveur des hommes et celui de I.BASSIRIOU, Sénégal, [32] 2.13 en faveur des hommes. Cela s'expliquerait par le fait que les pathologies obstétricales sont exclues de l'étude.

Dans la littérature africaine, asiatique, européenne les urgences chirurgicales digestives concernent l'adulte jeune de sexe masculin [15, 61, 56, 16].

IV. Les motifs de consultation

La douleur a été le principal motif de consultation chez tous les patients de notre étude. Ceci montre que l'urgence chirurgicale digestive peut se résumer le plus souvent au diagnostic et à la prise en charge d'une douleur abdominale aiguë.

Les caractéristiques sémiologiques et les autres signes associés orientent le diagnostic.

Cette douleur a été rapportée dans la littérature comme motif de consultation le plus fréquent.

MABIALA – BABELA J.R. et coll. [46] ont trouvé 100 % de douleur dans leur série. Ce pourcentage a été retrouvé également chez PADONOU N. et coll. [61] et M. KONATE [47].

V. Mode d'installation de la douleur

Le mode d'installation de la douleur dépend de son mécanisme ; la douleur est dite brutale lorsqu'elle s'installe en quelques secondes, son intensité d'emblée maximale et le patient peut en préciser l'heure exacte. Une douleur brutale évoque une pathologie grave, très souvent chirurgicale [13]. Dans notre étude, 82% des patients ont présenté une douleur d'installation brutale. Ceci semble être corrélé au nombre de malades opérés dans notre étude (85%).

VI. Siège de la douleur

Lorsque le patient peut indiquer avec suffisamment de précisions la zone de projection de la douleur initiale, cela a une grande valeur d'orientation vers l'organe intéressé. Si l'on prend l'exemple de la fosse iliaque droite la douleur y siégeait dans 17,3%, ce qui est corrélé au nombre de diagnostic d'appendicites 16,5 %. Des résultats similaires ont été rapportés par Y FLAMANT [27] dans le rapport de l'AFC [13] en montrant que les douleurs de la fosse iliaque droite

constituaient 1/3 des douleurs abdominales aiguës. Elles évoquaient avant tout l'appendicite aiguë ou une pathologie annexielle, mais c'est également dans la fosse iliaque droite que se rencontrait le maximum des douleurs non organiques. Pour les douleurs abdominales diffuses, elles ont représenté dans notre travail 45.5% et avaient fait évoquer essentiellement des occlusions et des péritonites. Dans le travail d'Y FLAMANT [27] elles constituent 6,2% de toutes les douleurs abdominales aiguës et évoquaient en plus de l'occlusion et la péritonite, la sigmoïdite.

VII. Les examens radiologiques effectués

1. ASP

Cet examen, devenu systématique, ne semble pas prêt à perdre sa place. Les clichés simples de l'abdomen ont peu de valeur devant des douleurs diffuses ou non spécifiques. Cependant, lorsque l'on suspecte une perforation d'organe creux, une ischémie, un infarctus intestinal, ou une occlusion, cet examen prend une place primordiale telle rapportée dans la littérature [62,72].

Nous avons réalisé l'ASP chez 37,9 % des patients (25 sur 66 cas) au cours de notre étude.

Pour les occlusions, le diagnostic a été évident (présence de niveaux hydro-aériques) dans 20 cas soit 80%.

Pour les péritonites, le pneumopéritoine a été retrouvé dans 16 % des cas.

Ces résultats de l'ASP se rapprochent de ceux de I. BERTHE à Bamako au CHU du Point G [34] qui a retrouvé dans sa série le pneumopéritoine à l'ASP dans 17,07%.

L'ASP ne montre pas toujours le pneumopéritoine.

2. Echographie

Dans une étude rapportée par PARYS et al [61] il a été montré que les performances diagnostiques, dans les douleurs abdominales aiguës du chirurgien entraîné et formé à l'échographie et celui du radiologue étaient comparables, d'où la nécessité d'introduire un échographe dans les services d'urgence.

Plusieurs études estiment que l'échographie est essentiellement utile dans les pathologies biliaires et appendiculaires [19, 62, 71]

Au cours de notre étude, elle a été réalisée chez 31 patients soit 46,96 %.

Elle a aidé au diagnostic dans 26 cas soit 83,87%.Ce résultat est largement supérieur à une étude faite au Maroc ABI F. et coll. [2]: dans 48 cas de réalisation, l'échographie a aidé au diagnostic dans 31 cas soit 64,58 %.

Dans la littérature C'est une exploration essentielle permettant une étude morphologique rapide, efficace et moins onéreuse tout à fait adaptée au dépistage de la plupart des lésions [23].

3. Le scanner

Dans certaines études [67, 65], le scanner abdominal avait une sensibilité diagnostique de 90% contre 76% pour l'évaluation clinique, dans un groupe de patients ayant un syndrome douloureux abdominal aigu. Les données du scanner entraînaient une modification de l'attitude thérapeutique décidée initialement chez 27% des patients.

Dans notre série, le scanner a été effectué chez 11 patients soit 16,67% .Ce taux dépasse celui de I.BASSIRIOU Sénégal [32] qui a trouvé un taux de 5,6% et celui de I.BERTHE Mali [33] où aucun patient n'avait bénéficié d'un scanner.

La place du scanner dans le diagnostic des douleurs abdominales aiguës chirurgicales est actuellement reconnue comme primordiale [66, 1].

VIII. Les urgences abdominales non traumatiques

1. Appendicite aiguë

Au cours de notre étude, le diagnostic d'appendicite a été posé dans 11 cas en préopératoire et en 2 cas en peropératoire donc un total de 13 cas soit 19,69 %.

Dans la majorité des cas le diagnostic d'appendicite a été posé en l'absence d'examens morphologiques.

Ces données ont été rapportées dans les littératures européennes [51, 25,18] et Africaines [4,60].

On pourrait en conclure que le diagnostic d'appendicite est clinique et ne doit pas attendre une échographie, un scanner ou un ASP pour se déterminer à porter une indication opératoire.

Le taux d'appendicite dans notre série (19,69 %) se rapproche de celui obtenu par I.BERTHE au Mali CHU du Point G [33], par M. KONATE au Mali CHU Gabriel TOURE [39] et par PANDONOU et co. au Sénégal [60] qui sont respectivement de 21,57%, 28,77% et 31,50%.

L'appendicite aiguë est considérée en Europe comme la première cause des urgences chirurgicales abdominales [16]. Dans notre série elle occupe la deuxième place contrairement aux autres séries africaines où elle occupe la troisième place après l'occlusion et la péritonite [15, 55].

2. Péritonite aiguë

Dans notre étude, le diagnostic de péritonite a été posé dans 9 cas. Dans la majorité des cas soit 7, l'ASP a contribué à porter l'indication opératoire.

Seulement dans 2 cas, il n'a pas été contributif (présence de niveau hydro-aérique dû à l'iléus paralytique très souvent retrouvé dans la péritonite).

Dans la littérature, les auteurs [60, 4,10, 5] rapportent que la tomodensitométrie est l'examen morphologique de choix dans le diagnostic de péritonite.

La péritonite a occupé la quatrième place des urgences chirurgicales digestives après les hernies étranglées dans notre pratique tout comme en Europe où elle est placée quatrième (4,2 %) des urgences chirurgicales après l'appendicite, l'occlusion et le traumatisme abdominal [15].

Cinq des 9 péritonites de notre série étaient dues à une perforation gastrique, ces chiffres sont totalement différents de ceux de LORAND en France [43] qui rapportait la perforation iléale comme cause la plus rencontrée (3%) des péritonites aiguës généralisées. Cette différence s'expliquerait par la fréquence de la maladie ulcéreuse et par la consultation tardive de nos malades.

En Afrique, les deux premières étiologies de la péritonite sont la typhoïde et l'appendicite ; I.BERTHE (Mali) [33] HAROUNA (Niger) [30], PANDONOU (Sénégal) [60].

3. Occlusion intestinale aiguë :

Au cours de l'étude, nous avons fait le diagnostic de 20 cas d'occlusion intestinale aiguë. Dans 16 cas, l'ASP a aidé au diagnostic. Nous en concluons que l'ASP contribue à compléter la clinique dans le diagnostic des occlusions.

Avec un taux de 30,3 %, l'occlusion intestinale aiguë occupe la première place des étiologies des urgences chirurgicales digestives dans notre étude.

Notre taux de 30,3 % est comparable à celui de H.KONATE au Mali [39]

34,7 % et de DEMBELE [20] 27.5%, mais inférieur aux 42.67% rapportés par PANDONOU [60]. Cette différence pourrait être liée à la relative petite taille de notre échantillon.

Parmi les abdomens aigus l'occlusion intestinale occupe une place faible en Europe, le taux de 13% rapporté par FENYO [26] en 2000 est statistiquement inférieur à celui des séries africaines.

3.1. Mécanisme des occlusions

Dans notre étude, le mécanisme le plus fréquent de l'occlusion était la strangulation avec 85 % contre 15 % pour l'obstruction tumorale.

Nous sommes du même avis que certains auteurs africains : HAROUNA (Niger), SIDIBE (Mali) [30, 54] et européens : ROSCHER [66] qui ont également trouvé dans leurs séries une fréquence des occlusions par strangulation plus élevée que les autres mécanismes.

Ce constat est contraire à celui d'autres auteurs qui ont trouvé l'obstruction plus fréquente que la strangulation : 74 % contre 26 % pour ADLOFF [6] sur 109 cas et 77 % contre 23 % pour ABI F. [2] sur 100 cas.

Dans notre travail, le volvulus a été la cause de strangulation la plus fréquente cependant beaucoup d'auteurs africains comme HAROUNA [30], I. BERTHE [33] et PANDONOU [60] ont trouvé la hernie étranglée suivie du volvulus comme principales causes.

En Europe on note une prédominance des occlusions par bride ou par obstruction tumorale selon ADJADJA [5] et ROSCHER [66].

4. Les hernies étranglées en dehors des occlusions

Le taux des hernies étranglées dans notre série est de 16,5%. Ce taux se rapproche de I. BERTHE [33] 12,36% et est inférieur à celui d'autres auteurs africains : KEITA [37] 32,78% et TIEMOGO [69] 93,87%.

IX. Les urgences abdominales traumatiques :

Elles représentaient 23,2 % des urgences abdominales. Ce taux est élevé par rapport aux autres séries de D. MENHINTO du Bénin [68] 10% et est augmenté par rapport aux chiffres présentés par CAMARA S [15] et KOUMARE S au Mali [40] qui ont trouvé respectivement 3,7 % et 5,5 %.

1. Les contusions abdominales

Elles constituaient 86,66% des traumatismes abdominaux. Ce taux avoisine celui trouvé par D. MENHINTO de Bénin [68] 74,5%.

Toutes les contusions abdominales (13) étaient causées par les accidents de la voie publique. Ce résultat est nettement supérieur à celui retrouvé D. MENHINTO de Bénin [68] 31,63%.

Dans notre étude, 8 contusions étaient simples, 5 compliquées d'hémopéritoine et une seule compliquée d'une péritonite par perforation iléale. L'hémopéritoine était d'origine hépatique (2 cas) et pancréatique (2 cas) et une plaie du mésentère. Ces résultats sont différents de ceux de D. MENHINTO de Bénin [68] qui a trouvé la rate et l'intestin grêle comme organes les plus touchés 15% et 13% respectivement. Cette différence pourrait être liée à la relative petite taille de notre échantillon.

2. Les plaies par arme blanche

Les plaies par armes blanches représentent la cause la plus fréquente de plaies pénétrantes et surviennent principalement au décours d'une agression ou d'une tentative de suicide. La gravité dépend du caractère superficiel ou pénétrant de la plaie, de sa localisation, et des organes lésés [11].

Nous avons enregistré seulement 2 cas qui étaient des plaies superficielles au niveau de l'hypochondre droit. En France, Par ordre de fréquence décroissante lors d'une plaie par arme blanche abdominale, les lésions concernent le tube digestif (61 %), les organes pleins (foie, rate) (18 %), le diaphragme (10 %), les gros vaisseaux abdominaux ou rétro péritonéaux (7 %) [12].

X. Les suites opératoires

Les suites opératoires ont été simples dans 84,5 % des cas avec une durée moyenne d'hospitalisation de 12,91 jours. I.BERTHE [33] retrouvait 74,77% de

suites favorables et 8,37 jours de séjour hospitalier alors que P.SAMASSEKOU [59] retrouvait 93,65 % et 8,37 jours respectivement.

Notre morbidité post opératoire était faite de 4 fistules digestives. D'autres études rapportaient comme morbidité les infections pariétales : I.BERTHE [33] 20,56 %, MADIASSA [47] au Mali 18,75% ; MABIALA-BABELA J.R. [46] au Congo : 20,11%.

La mortalité est en général faible; Nous avons enregistré 1 décès soit 1,72% .Ce taux est inférieur à celui de Adelain [4] ,16% et Tiémoko.T [69], 15%.

CONCLUSION

L'urgence en médecine se définit comme « toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. »

Le diagnostic des urgences abdominales présente des difficultés variables. Certaines pathologies peuvent être de diagnostic aisé. Cependant dans la majorité des cas, le diagnostic demande de faire des examens paracliniques comme la radiographie de l'abdomen sans préparation, l'échographie et le scanner, en fonction de l'examen clinique initial.

Le traitement des urgences abdominales fait appel à des moyens médicaux et/ou à des méthodes chirurgicales. L'évolution est parfois émaillée de complications, de ce fait, ces urgences abdominales aiguës peuvent être une cause importante de décès.

Le but de notre étude était d'établir les étiologies les plus fréquentes des urgences abdominales reçues dans l'unité chirurgicale du service des urgences et d'analyser l'apport des examens para cliniques dans la confirmation du diagnostic.

Nous avons réalisé une étude prospective sur une période de 7 mois dans le service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Général du Grand Yoff « HOGGY » de Dakar, qui a permis de colliger 66 dossiers d'urgences abdominales aiguës.

Au cours de notre étude, la chirurgie digestive d'urgence a constitué 30,76 % de l'ensemble des activités du service de chirurgie générale. Il s'agissait de 50 hommes (75,75%) et de 16 femmes (24,24%) avec un sexe ratio de 3,125. L'âge moyen était de 37,5 ans avec des extrêmes de 6 ans et 82 ans.

Trente-trois patients étaient venus d'eux-mêmes, soit 50%, vingt patients étaient référés, soit 30% et treize patients transportés par les sapeurs-pompiers soit 20%.

Le mode d'installation de la douleur était :

Brutal dans 82% des cas ;

Progressif dans 18% des cas

Le siège était :

Epigastrique dans 15,3% des cas ;

Dans l'hypochondre droit dans 7,1% des cas ;

Dans l'hypochondre gauche dans 5,1% des cas ;

Dans la région ombilicale dans 19,3% des cas ;

Dans le flanc gauche dans 10,2 % des cas ;

Dans le flanc droit dans 9,1% des cas ;

Dans la région hypogastrique dans 9,5% des cas,

Dans 17,3% des cas au niveau de la FID et 7,1% au niveau de la FIG.

Les vomissements étaient absents chez 36 patients soit un pourcentage de 54,4%. Les vomissements postprandiaux précoces étaient les plus observés avec un effectif de 25 patients soit un pourcentage de 83,3%.

Les troubles du transit étaient absents chez 36 patients soit 54,5%. L'arrêt des matières et des gaz étaient le trouble du transit le plus retrouvé avec un effectif de 24 patients soit un pourcentage de 80%.

En ce qui concerne l'imagerie, des clichés d'ASP ont été pratiqués dans 15 cas (22,7%), une échographie abdominale dans 21 cas (31,8%) et un scanner abdominal dans 5 cas (7,5%).

L'examen clinique, les explorations complémentaires et les données opératoires nous ont permis de retenir comme principaux diagnostics : l'occlusion intestinale aiguë (28,7%), les appendicites (19,5%) et les péritonites (12,1%).

L'intervention chirurgicale a été nécessaire dans 89,4% des cas et 92% des patients ont été opérés dans les 24 heures.

RECOMMANDATIONS

A LA POPULATION :

La consultation sans délais, des malades dans un centre de santé devant toute douleur abdominale aiguë.

L'observance d'une bonne hygiène alimentaire et corporelle.

AUX AUTORITÉS SANITAIRES

La formation en nombre suffisant de spécialistes de chirurgie viscérale, de réanimation et de radiologie.

L'équipement des hôpitaux en moyens matériels diagnostiques (radiographie, échographie, scanner) et thérapeutiques (produits médicamenteux de première nécessité et de première urgence).

Généraliser le système de sécurité sociale pour faciliter l'accès aux soins.

Le renforcement de service des urgences en personnel adéquat et suffisant (personnel médical et paramédical).

AU PERSONNEL SANITAIRE

L'examen, de façon minutieuse des patients aux urgences afin de poser un diagnostic précis.

La proscription de la prescription hâtive et répétée des antibiotiques et antalgiques.

La référence des malades dans le meilleur délai.

Le renforcement de la collaboration interdisciplinaire.

ICONOGRAPHIE



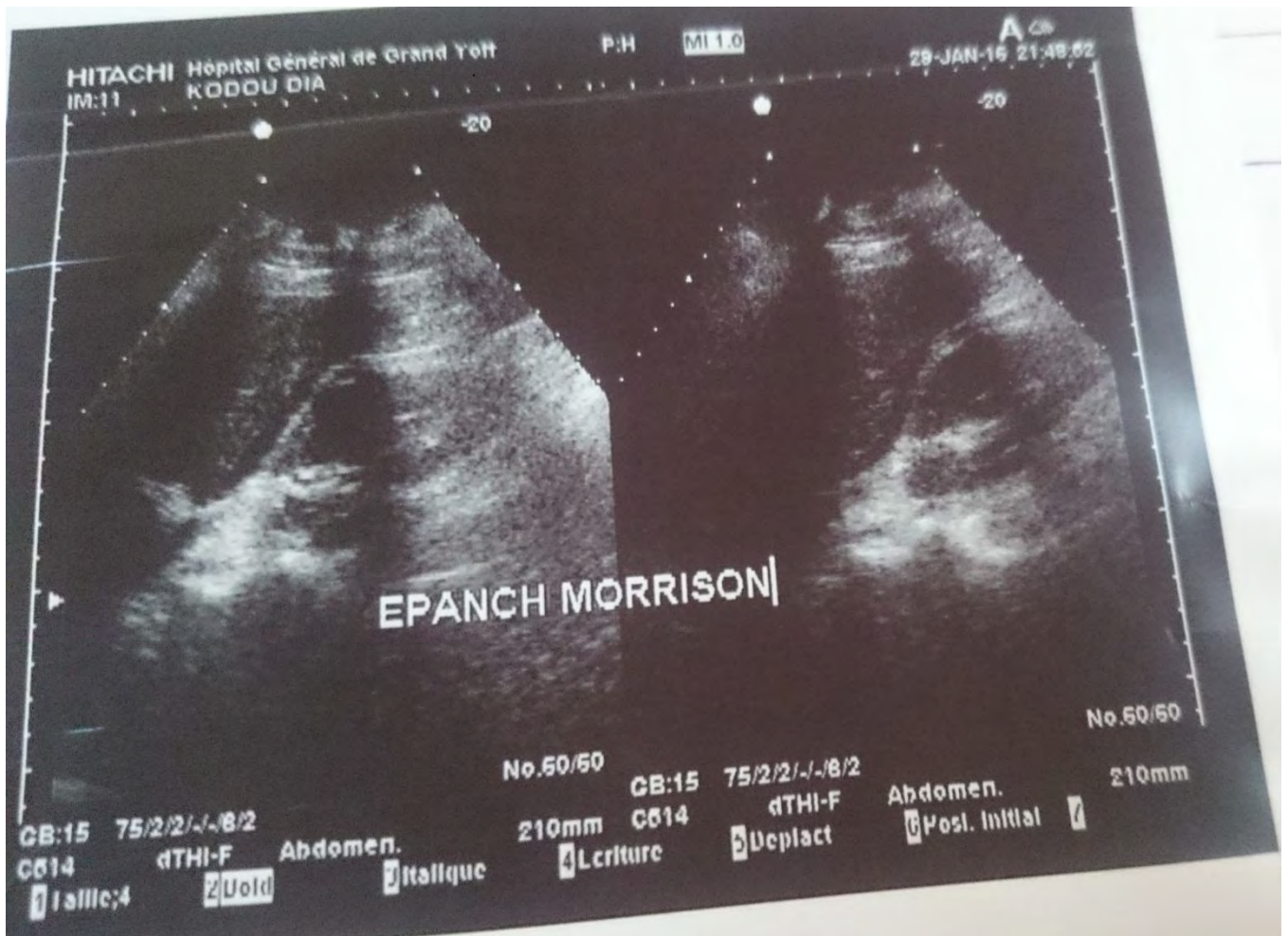
PAG NHA mixte,pneumopéritoine



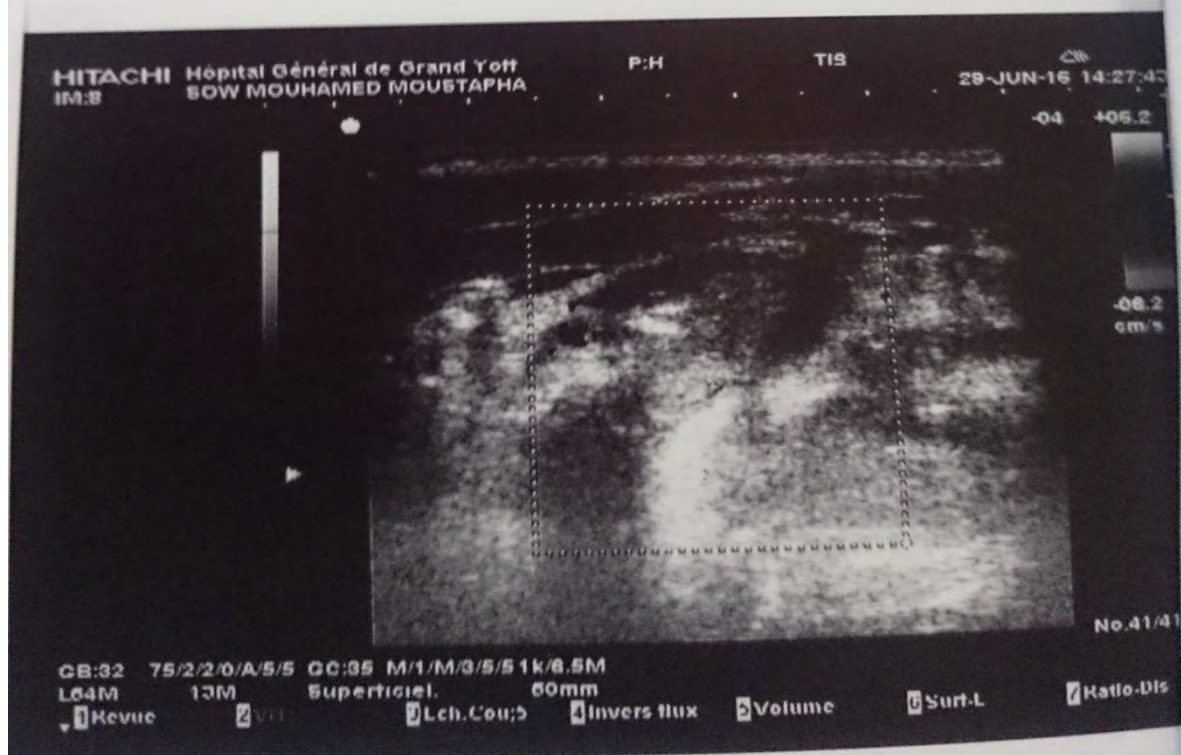
PAG NHA de type colique,pneumopéritoine



OIA aspect en grain du café



Hémopéritoine de moyenne abondance d'origine hépatique probable



Appendicite

BIBLIOGRAPHIE

1. Abdou Raouf O, Guikoumbi JR, NDinga JP et Coll

Les urgences chirurgicales au centre hospitalier de Libreville.
Med Trop 2002; 62: 281p.

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

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

3. Adejuyigbé O, Fashain EO.

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

4. Adelain TB.

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service polyvalent
d'anesthésie et de réanimation du CHU de Cotonou.
Thèse Med Cotonou 1994, N°616.

5. Adiadia G :

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

6. Adloff. M

Occlusion intestinale aiguë de l'adulte : Encycl. Med. Chir, (Paris France),
urgences 20459 A10 10-1984 : 20 P.

7. Ake Y, Kouassi S, Benie C, Midekor K, Diamoutele A, Kotaix A, et al.

Colites amibiennes nécrosantes chez l'enfant au CHU de Cocody, Abidjan, Côte
d'Ivoire.
Med Afr Noire 2012;477–81.

8. Alieva ÉI.

Abdominal pain syndrome in adult with Crohn's disease (case report).
Eksp Klin Gastroenterol 2014;107–9.

9. Ballouhey Q, Moscovici J, Galinier P.

Séquelles fonctionnelles après traumatisme rénal chez l'adulte.
Progr Urol 2011;21:569–74.

10. Barbier J. Carretier M. Rouffineau J. et al.

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

11. Bège T, Berdah SV, Brunet C.

Les plaies par arme blanche et leur prise en charge aux urgences.
J Eur Urg Rean 2012;24:221-227.

12. Biffl WL, Kaups KL, Cothren CC, Brasel KJ, Dicker RA, Bullard

MK, et al. Management of patients with anterior abdominal stab wounds: a Western Trauma Association multicenter trial.
J Trauma 2009;66:1294—301

13. Bouillot J.L., Bresler L.

Abdomens aigus : Prise en charge diagnostique. Rapport du 106e Congrès de l'AFC. Arnette. 2004, 240p.

14. Bresmber L. Braun E. Dbs A. Baissel P. Grosdidier J. :

Chirurgie d'urgence face aux occlusions coliques. Etude rétrospective de 70 cas - J. chir. 1983; 120, (12): 713-718.

15. Camara S.

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

16. Cassina P. et al.

Die effizienz der chirurgischen grunddiagnostik beim akuten abdominalscherz. Der Chirurg 1996; 67: 254- 60.

17. Cherif A, Ferrouk O, Boudiaf L, Bellamine A.

Un cas de hernie de Bochdalek à révélation tardive.
Arch Pediatr 2014;21:462.

18. Chiche B.

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

19. Davies AH, Mastorakon I, Cobb R et al

Ultrasonography in the acute abdomen, Br J. Surg. 1991, 78: 1178-1180.

20. Dembele M.

Abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital du point «G».
Thèse Med Bamako 1998 ; N22.

21. Diallo G. Ongoïba N., Yéna S., Diakité I., Traoré Diop A K., Koumaré A

Hernie inguinale étranglée à l'hôpital de point G. Mali Medical 1996; (XI), 3- 4, 39- 41.

22. Donnelly NJ, Semmens JB, Fletcher Dr, Holman CD.

Appendicectomy in west Australia: Profil and trends: 1981 – 1992.
MJA 2001 ; 175 : 15p.

23. Elabbassi-Skalli A, Ouzidane L, Maani K, Benjelloun A, KsiyerM.

Traumatisme abdominal de l'enfant. Intérêt de l'échographie abdominale en urgence.
Arch Pediatr 1998;5(3):269-273.

24. Encyclopédie Médico-Chirurgicale.

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

25. Etienne J.C.

Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. *Encyclopédie med-chir*,
urgence; Paris 1898; 24-039 B-10-27P.

26. Fenyö G, Boijesen M, Enochsson L, Goldinger M, Gröndal S, Lundquist P, et al.

Acute abdomen calls for considerable care resources. Analysis of 3727 in-patients in the country of Stockholm during the first quarter of 1995.
Lakartidningen 2000;97(37):4008-4012.

27. Flamant Y, ARC, AURC.

Douleurs abdominales aiguës de l'adulte. Encycl. Med. Chir. Gastro-entérologie
1995; 9-001-B10: 9 p.

28. Gloaguen D.

La palpation de l'abdomen, un examen simple qui reste indispensable!
[internet].

Rebelle-Santé 2014;(164).

Disponible sur : <http://www.rebelle-sante.com/rebelle-santé-n°-164/examens/la-palpation-de-labdomen-un-examen-simple-qui-reste-indispensable>. Consulté le 20/12/2017.

29. Haroura Y.

Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) ;
Medecine d'Afrique Noire 2001, 42 (2) p.

30. Harouna Y, Gamatie Y, Ali L, Mahamadou O, Abdou I, Bazira L.

Le traumatisme de la rate chez l'adulte : Peut-on envisager les traitements conservateurs en pays sous développé?
Med Afr Noire 2001;48:149–53.

31. Hernie. TIEMOKO.T :

Urgences abdominales aiguës chirurgicales à l'hôpital <<Nianankoro Fomba>>
Ségou 200 cas. Thèse Méd- Bamako, 2001 ; 82-28.

32. I. Bassirou

Abdomens aigus chirurgicaux non traumatiques: prise en charge diagnostique (a propos de 504 cas au niveau du service des urgences de l'hôpital général de grand yoff). Thèse med 2011 N° 98.

33. I. Berthe

Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie «a» du chu du point g.
Thèse med 2008 n° m-61.

34. Institut UPSA de la douleur.

Douleurs et urgences [internet].

Disponible sur : <http://www.institut-upsa-douleur.org/iudtheque/nos-applications/douleur-et-urgences>. Consulté le 11 juillet 2016.

35 Issimaila K.

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

36. Kamina P, Di Marino V

Abdomen : Paroi et appareil digestif. Tome 1, Maloine, 1993, 151p.

37. Keita. S :

Problème de diagnostic et thérapeutique des abdomens aigus en chirurgie.
Thèse Méd- Bamako ; 1997 : 13.

38. Keith L. Moore, Arthur F. Dalley

Anatomie médicale : Aspects fondamentaux et applications cliniques. 1ère éd, paris : De Boeck et larcier s.a, 2001. 1177p. 2-7447-0112-X.

39. Konate H. Abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Toure [Thèse Med]. Bamako : Université de Bamako ; 2003 ; N°M-56.

40. Koumaré S.

Les urgences chirurgicales à l 'hôpital du Point G. Thèse chir 1999.

41.Letoublon C, Castaing D.

La gravité des traumatismes du foie.

Disponible sur <http://www.chirurgie-viscerale.org/main/bibliotheque/monographies/8-chir-hepato-billiaire-traumato/index.phtml>

Consulté le 11 juillet 2016.

42.Linard C, De Vries P, Germouty I, Le Rouzic-Dartoy C, Audollent R, Fenoll B.

Traumatisme abdominal mineur de l'enfant : diagnostic des lésions viscérales et traitement.

Arch Pediatr 2008;15:911.

43. Lorand et al.

Epidémiologie des péritonites en France. Etude ARC et AURC, Paris 1999.

44.Lougué-Sorgho LC, Lambot K, Gorincour G, Chaumôître K, Chapuy S, Bourlière-Najean B, et al.

Traumatisme du rein de l'adulte : bonnes pratiques en imagerie médicale.

Disponible sur <http://www.em-consulte.com/en/article/121956>

Consulté le 1 Avril 2016.

45. Luckacs B., Flamant Y., Hay J. –M., Maillard J.-N.

What becomes of patients suffering from non specific abdominal pain car of the acutely III and ingured. *Edited by D. H Wilson and A. K.*

Marsden, John Wiley and sons Ltd, 1982; 409-410.

46.Mabiala-Babela J., Pandzou N, Koutaba E, Ganga-Zandzou S, Senga P.

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

Med Trop 2007;66:172–6.

47. Madiassa Konaté.

Prise en charge des urgences chirurgicales au CHU Gabriel Touré 2003-2004. Thèse Med Bamako, 2005, 238.

48. Mahmoud A.

Perforation digestive post-traumatisme abdominal chez l'adulte : à propos de 09 cas.

Thèse Médecine Fès 2013; N°121/13.

49. Mazars R.

Le situs abdominal.

Disponible sur <http://lqvds.free.fr/roneo/ressources/ED-TP/Mazars-Situs%20abdominal.pdf>

Consulté le 9 mai 2016.

50. Menegaux F.

Plaies et contusions de l'abdomen.

EMC-Chirurgie 1 2004;1:18–31.

51. Mondor H.

Diagnostic urgent. *Masson*, Paris 1965 ; page 1119.

52. Montravers P, Morazin F, Cargeac A.

Péritonites.

EMC-Anesthésie Réanimation 2005 [36-726-A-30].

53. Moulaye Ely MCO.

Anesthésie réanimation des malformations digestives et pariétales néonatales à l'hôpital Aristide Le Dantec : à propos de 46 cas.

Thèse Médecine Dakar 2014; N°163.

54. Moussa Badjan Sidibé. Aspect épidémiologique, clinique et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques.

55. Mungadi IA, Jabo BA, Agwu NP

A review of appendicectomy in Sokoto, North- Western Nigeria.

Niger J Med 2004; 13 (3): 240- 243.

56. Mushtaq A, Mehbood Ali S, Stephen L, Philomena D J, Sifat W . Survey of surgical emergencies in a rural population in the Northern areas of Pakistan . *Trop Med & Int health* 1999; 12 846.

57 Neidhart JPH, Caillot JL

Techniques chirurgicales - Appareil digestif, EM- consulte, Juin 2008, [40 – 040], 35p.

58.Ouattara DB.

Les urgences abdominales chirurgicales chez l'adulte à l'hôpital Gabriel Touré Bamako-Mali.

Thèse Médecine Bamako 1993; N°24.

59. P. Samassekou

Urgences chirurgicales digestives au centre de santé de référence de koulikoro (mali).Thèse med N° M-81.

60. Padonou et al.

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

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

61. Pandonou N. Diagne B. N'Diaye M. Cherbonnel G M. Noussaume O.

Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. Statistiques des quatre années (1973-1976) Dakar médical, 1979, 24,190-197

62. Parys BT, Barr H., Chantarasak ND et al

Use of Ultrasound scan as a bedside diagnostic aid: Br J. Surg, 1987, 74: 611- 612.

63. Paterson - Brown S, Vipond MN.

Modern aids to clinical decision-making in the acute abdomen. Br. J. Surg. 1990, 77, 13-18.

64. Rantomalalaa HY, Rajaonarivonya T, Rakototianab A, Rakotoarisoaa AJ, Ramarosandratanaa J, Razakatiana L, et al.

Un cas de volvulus aigu de l'estomac de l'enfant.

Arch Pediatr 2005;12:1726–8.

65. Ridereau-Zins C, Lebigot J, Bouhours G, Casa C, Aubé C.

Traumatismes abdominaux : les lésions élémentaires.

J Radiol 2008;89:1812–32.

66. Rosen MP

Impact of abdominal CT on the management of patients presenting in emergency department with acute abdominal pain. AJR 2000; 174: 1391-1396.

67. Roscher R, Frank R, Baumane A, Berger HG.

Results of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine Abteilung für allgemeine Chirurgie Universität Wien. Donau. Chir 1991 ; 62(8) : 641-649.

68. Sambo BT, Hodonou AM, Allode AS, Mensah E, Youssouf M, Menhinto D.

Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des traumatismes abdominaux à Bembéréké-nord Bénin.

Eur Scientific J 2016;12(9):395-405.

Disponible sur :

<http://www.eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/7207/6950>. Consulté le 29/12/2017.

69. Siewert B, Raptopoulos V, Mueller MF et al

Impact of CT on diagnosis and management of acute abdomen in patients initially treated without surgery. AJR, 1997; 168: 173-178.

70. Solagberu BA, Duze At Kuranga Ao Ofoegbu Ck,

Odelowo EO. Surgical Emergencies in university hospital. *Niger prost grad Med J* 2005; 10(3): 140-143.

71. Van Den Ende ED, Boellaard WP, Allema JH, Holscher HC, Putter H, Breslau PJ.

Diagnostic surplus value of echography in adult with acute abdominal pain. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147: 1174-7.

72. Wade DS, Morrow SE, Balasara ZM et al

Accuracy of ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis compared with the surgeon's clinical impression. *Arch. Surg*, 128: 1039-1046.

ANNEXES

Échelle de traumatisme splénique (AAST)		
Grade	Type	Description du traumatisme
I	Hématome	Sous capsulaire, < 10% de la surface
	Fracture	Déchirure capsulaire, profondeur < 1 cm
II	Hématome	Sous capsulaire, 10-50 % de la surface, intra parenchymateux < 5 cm de diamètre
	Fracture	Profondeur 1-3 cm, sans atteinte d'un vaisseau trabéculaire
III	Hématome	Sous capsulaire, > 50 % de la surface, rupture sous capsulaire ou hématome parenchymateux
	Fracture	Profondeur > 3 cm ou atteinte des vaisseaux trabéculaires
IV	Fracture	Fracture atteignant un vaisseau segmentaire ou hilaire avec une dévascularisation > 25 %
V	Fracture	Fracture « éclatement » de la rate
	Vaisseau	Lésion hilaire vasculaire avec dévascularisation de la rate

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.

Admis 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.

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

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

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

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :
Le président du jury

Vu :
Le Doyen.....

Vu et Permis d'imprimer
Pour le recteur, le Président de l'assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et par
délégation
Le Doyen

LES URGENCES ABDOMINALES AU SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DE L'HOPITAL GENERAL DE GRAND YOFF : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

(À PROPOS DE 66 CAS)

INTRODUCTION : L'urgence en médecine se définit comme « toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. »

Les urgences chirurgicales représentent selon MONDOR, des affections, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en quelques jours. La définition la plus simple est celle d'ETIENNE: l'urgence est ce cas nécessitant des soins sans délai. En précisant le délai pour l'urgence abdominale, selon FLAMANT.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : il s'agissait d'une étude prospective à partir des dossiers de malades hospitalisés au service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Général de Grand Yoff de Dakar, pour lesquels une urgence abdominale a été diagnostiquée durant la période d'étude allant de janvier à juillet 2016.

RÉSULTATS : parmi les 66 patients diagnostiqués d'une urgence abdominale, il s'agissait de 50 hommes et 16 femmes (sex-ratio = 3,125) dont l'âge moyen était de 37,5ans avec des extrêmes 6 et 82 ans. La douleur abdominale a été le principal motif de consultation.

L'examen physique couplé aux examens paracliniques ont permis de poser le diagnostic.

Le traitement chirurgical était fonction de l'étiologie. Nous avons diagnostiqué : l'occlusion intestinale aiguë (28,7%), les appendicites (19,5%) et les péritonites (12,1%).

Tous nos patients ont bénéficié d'une anesthésie générale.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 13,2 jours.

La morbidité était dominée par les fistules digestives (6,89%) et la mortalité était de 1,72%.

CONCLUSION

Le diagnostic des urgences abdominales aiguës présente des difficultés variables. Dans la majorité des cas le diagnostic demande de faire des examens paracliniques. Le traitement des urgences abdominales fait appel à des moyens médicaux et/ou à des méthodes chirurgicales. L'évolution est parfois émaillée de complications, de ce fait, ces urgences abdominales peuvent être une cause importante de décès et de séquelles fonctionnelles.

Mots clés: Urgences, chirurgie, abdomen aigu.