

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : RAPPEL	2
I- RAPPEL ANATOMIQUE DE L'INTESTIN GRELE	2
I.1. Généralité sur l'intestin grêle.....	2
I.2. Situation.....	2
I.3. Vascularisation.....	3
II- RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE DE L'OCCLUSION	
INTESTINALE AIGUES	5
II-1. Troubles locaux	5
II-2. Troubles généraux	5
II-3. Formation des adhérences et des brides	6
III. DIAGNOSTIC DE L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE.....	9
1. Diagnostic clinique	9
2. Diagnostic paraclinique	10
IV. ETIOLOGIES DES OCCLUSIONS	11
1. Occlusions mécaniques.....	11
2- Occlusions fonctionnelles.....	13
3- Occlusions inflammatoires.....	14
V- TRAITEMENTS DE L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUË	14
A- Traitement médical de l'occlusion intestinale aiguë de l'adulte.....	14
1- Aspiration digestive continue.....	14
2- Oxygénothérapie.....	15
3- Sonde vésicale à demeure.....	15
4- Rééquilibration hydroélectrolytique et hémodynamique.....	16
5- Antibiothérapie.....	16

6- Antalgiques et antispasmodiques.....	16
B- Traitement chirurgical.....	17
1- Anesthésie.....	18
2- Installation	18
3- Voie d'abord.....	19
4- Exploration.....	19
5- Problèmes techniques particuliers	19
6- Suites de l'intervention	19
III- SUITES OPERATOIRES	24

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE



25

1- Cadre d'étude	25
2- Méthodologie	25
2.1. Recrutement de dossiers	25
2.2. Sélection des dossiers	25
2.3. Paramètres à évaluer	26
2.4. Analyse statistique	26
RESULTAS.....	28
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	39
SUGGESTIONS.....	50

CONCLUSION51

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau n°1 : Fréquence de l'occlusion de grêle aiguë sur bride par rapport aux interventions d'urgence.....	28
Tableau n°2 : Répartition selon la tranche d'âge	29
Tableau n°3 : Répartition selon le sexe.....	30
Tableau n°4 : Répartition selon le délai d'hospitalisation.....	31
Tableau n°5 : Répartition selon le délai d'intervention.....	32
Tableau n°6 : Répartition selon les antécédents chirurgicaux abdominaux en général..	33
Tableau n°7 : Répartition selon les signes cliniques	34
Tableau n°8 : Image radiologique vue à l'abdomen sans préparation (ASP)	34
Tableau n°9 : Répartition selon les lésions macroscopiques observées	35
Tableau n°10 : Répartition selon les sièges des brides	35
Tableau n°11 : Répartition selon les actes chirurgicaux effectués.....	36
Tableau n°12 : Répartition selon les suites postopératoires	37
Tableau n°13 : Répartition selon la durée d'hospitalisation.....	38

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n°1 : Diagramme en bâtonnet de la tranche d'âge	29
Figure n°2 : Représentation graphique selon le sexe.....	30
Figure n°3 : Représentation graphique de suites post-opératoires.....	37

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma 1: Représentation schématique de l'intestin grêle	4
Schéma 2: Physiopathologie schématique	8

LISTE DES ABREVIATIONS

AEG : Altération de l'Etat Général

ASP : Abdomen sans préparation

ATCDS : Antécédents

DH : Délai d'Hospitalisation

DI : Délai d'intervention

H : Hospitalisation

NHA : Niveau Hydro-Aérique

SPO : Suite post-opératoire

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'occlusion intestinale aiguë est définie par l'arrêt plus ou moins complet du transit intestinal. Elle est caractérisée par un empêchement à la progression «aborale » du contenu intestinal, du fait d'un obstacle mécanique ou d'une faillite de l'activité musculaire intestinale. Elle apparaît d'une façon brutale ou progressive et insidieuse, révélant le plus souvent un état pathologique sous-jacent à l'origine de cette affection (1).

L'occlusion de grêle sur bride pose un problème majeur de santé publique à Madagascar par l'importance du pourcentage de prévalence et l'augmentation du taux de morbi-mortalité. Elle touche une population jeune et active, constituant ainsi un énorme handicap au développement socio-économique.

Les brides et adhérences péritonéales sont des formations fibro-conjonctives secondaires à une inflammation ou à la présence dans la cavité péritonéale de sérosité ou de sang (2). Les nécroses intestinales secondaires à ces obstacles aggravent énormément leur pronostic, la prise en charge précoce et rapide des occlusions intestinales aiguës aussi bien sur le plan diagnostique que thérapeutique constitue la pièce maîtresse majeure pour réduire le taux de morbi-mortalité (3).

Les objectifs de ce travail sont de :

- rappeler les généralités sur les occlusions intestinales aiguës ;
- présenter les aspects anatomo-cliniques ainsi qu'étiopathogéniques des iléus sur bride afin d'améliorer leur prise en charge.

Pour atteindre ces objectifs, nous subdivisons notre étude en cinq parties :

- rappel ;
- matériel et méthode ;
- résultats ;
- commentaires et discussions
- conclusion.

PREMIERE PARTIE :

RAPPEL

I- RAPPEL ANATOMIQUE DE L'INTESTIN GRELE (4) (5)

L'intestin grêle fait suite à l'Estomac et s'abouche dans le colon. Il mesure 7 mètres de long et comprend deux parties :

- duodénum ;
- jejuno-iléon.

I.1. Généralité sur l'intestin grêle

1.1. Duodénum

C'est la partie initiale de l'intestin grêle, long de 25 centimètres. Il comprend :

- une première portion qui fait suite au pylore ;
- une seconde portion, verticale ;
- la troisième portion, horizontale ;
- la quatrième portion ascendante se termine à l'angle duodeno-jejunal (angle de TREITZ).

1.2. Jejuno-ileon

Le jejuno-iléon commence à l'angle duodéno-jejunal (flanc gauche de L2) et se termine à la valvule iléo coecale (fosse iliaque droite). C'est la portion flottante de l'intestin grêle. Cette mobilité est utilisée en chirurgie digestive : anse en oméga, anse en Y, afin de relabir la continuité après résection. Il peut être victime de cette mobilité lors d'occlusions d'origine mécanique : Invagination, Volvulus.

I.2. Situation

Il est situé dans l'étage sous mésocolique dans un espace limité en haut par le mésocolon transverse en bas par le mésocolon sigmoïde. Le grand épiploon s'interpose souvent en avant entre lui et le péritoine pariétal antérieur.

Le mésentère est un long méso-peritorial qui relie le jejuno iléon au péritoine pariétal postérieur. C'est une lame porte-vaisseaux, seule sa racine tendue entre l'angle duodeno-jejunal et l'angle ileo-coecal fixe le jejuno-iléon à une portion bien particulière, il est formé par une série feuillet Peritoniale : le mésentère.

I.3. Vascularisation

3.1. Artères

L'angle duodéno-jéjunal est vascularisé par l'artère de l'angle, première branche gauche de l'artère mésentérique supérieure.

L'angle iléo-coecal et la dernière anse iléale sont vascularisés par l'artère iléo-coeco-appendiculo-colique.

La vascularisation du mésentère est particulière et riche : sur le bord mésentérique se trouve toute une série d'arcades du deuxième, troisième et même quatrième ordre. L'hémostase du méso doit être soignée en cours de la résection d'une anse grêle.

3.2. Les veines

Elles ont un trajet homologue à celui de l'artère.

3.3. Les lymphatiques

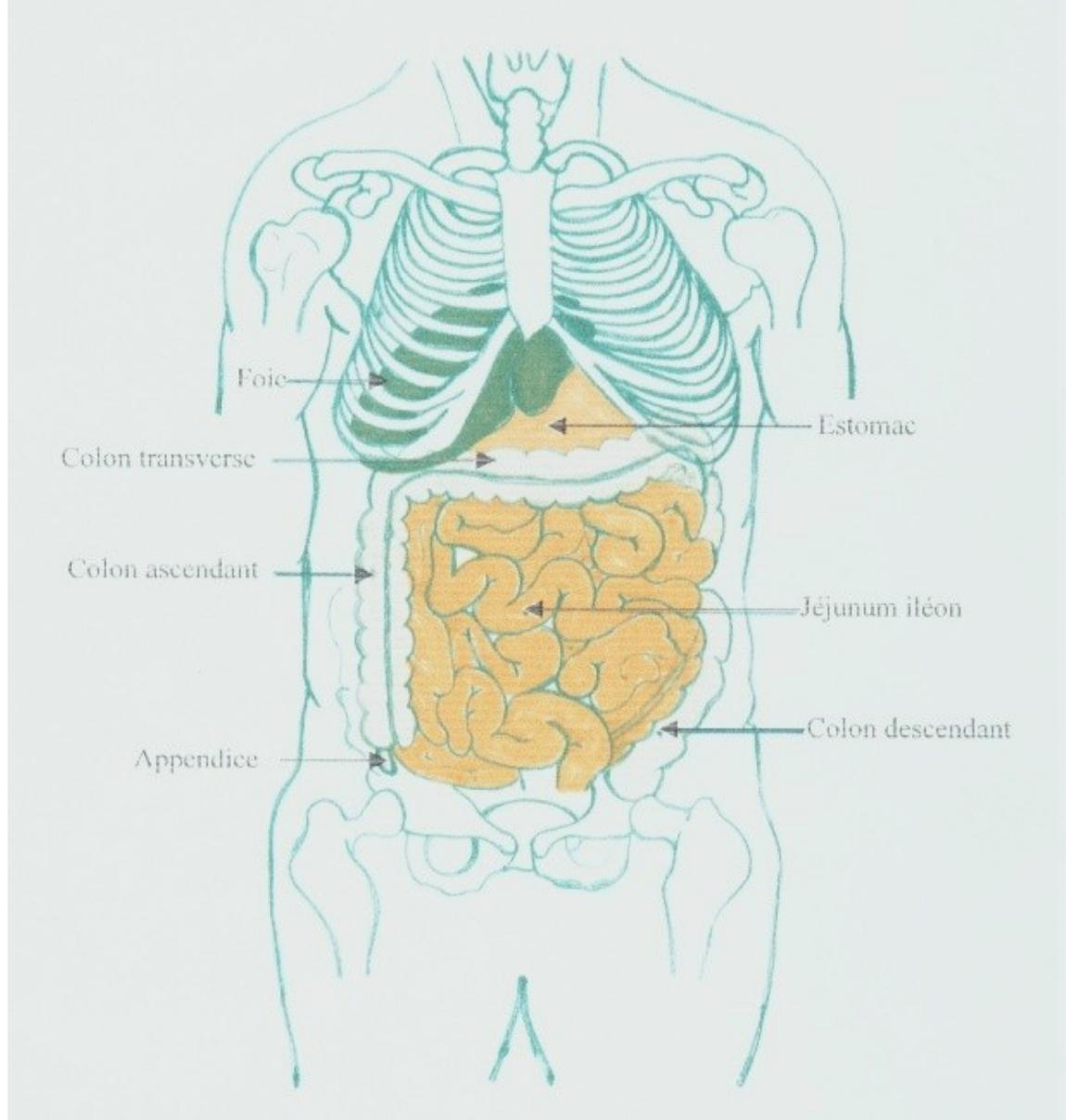
Elles sont étagées :

- un premier groupe juxta-intestinal ;
- un second groupe situé au niveau du tronc de l'artère mésentérique supérieur ;
- un troisième groupe retro-pancréatique qui draine toute la lymphe du jéjuno-iléon.

3.4. Innervation

Les nerfs proviennent du plexus mésentérique supérieur.

SCHEMA 1 : REPRESENTATION SCHEMATIQUE DE L'INTESTIN GRELE



II- RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE DE L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUES (6) (7)

L'arrêt du transit, conséquence de l'occlusion entraîne d'importantes perturbations fonctionnelles, ainsi que les lésions de la paroi intestinale.

II-1. Troubles locaux

II-1-1. Augmentation de la tension intraluminale

En amont de l'obstacle, il y a une accumulation du contenu intestinal. Ce contenu est composé en partie de gaz déglutis et de liquides qui apparaissent quelques heures après le début de l'occlusion. La distension abdominale stimule la sécrétion des glandes digestives. Les liquides sécrétés stagnent dans le tube digestif dont les capacités de résorption sont considérablement diminuées.

II-1-2. Pullulation microbienne

Lorsque les troubles anoxiques de la paroi s'aggravent, apparaissent des ulcérations, des zones de nécrose, des gangrènes voire de perforation. De toutes les façons, la paroi devient perméable et permet la transsudation vers la cavité abdominale des liquides digestifs, passage discuté de germes et/ou de toxine dans les veines et les lymphatiques dont la prolifération microbienne est responsable de son caractère fécaloïde et septique. L'occlusion peut se compliquer de septicémie et choc infectieux et de péritonite.

II-2. Troubles généraux

2-1. Déperdition hydroélectrolytique

2-1-1. Déperdition liquidienne

Elles sont dues à plusieurs causes :

- les vomissements par anti-peristaltisme en amont de l'obstacle ;
- l'œdème pariétal et la transsudation vers le péritoine à travers la séreuse de l'intestin distendue ;

- la séquestration vasculaire en cas de strangulation par stage veineuse alors que persiste l'apport artériel.

2-1-2. Déperdition électrolytique

Elle porte sur le sodium, potassium et l'équilibre acido-basique. Au début, le liquide stocké est hypotonique, pauvre en protéine. Dans l'occlusion haute, il est riche en chlore et pauvre en bicarbonate, alcalose métabolique est fréquente. A un stade tardif, les protéines transcendent et finalement ce liquide qui quitte les capillaires congestifs a une composition très proche de celle du plasma. Les perturbations ioniques aggravent l'atonie intestinale et la distension.

2-1-3. Conséquence sur l'état général de la déperdition hydro- électrolytique

On a abouti à un déficit hydrosodé avec perte hydrique prédominante et déshydratation globale responsable de la chute tensionnelle, d'une hémococoncentration, d'un état de choc hypovolémique avec insuffisance rénale fonctionnelle.

A un stade tardif, l'état de choc est compliqué par l'existence d'une péritonite et d'un syndrome septique. L'acidose métabolique est alors présente et devient mixte si il existe des troubles respiratoires. Ces données sommaires de physiopathologie induisent les principes de traitement de l'occlusion intestinale :

- Transfusion ;
- Décompression intestinale pré, per et post-opératoire ;
- Intervention précoce, levée de l'obstacle et exérèse des segments dévitalisés ;
- Antibiothérapie pré et post-opératoire.

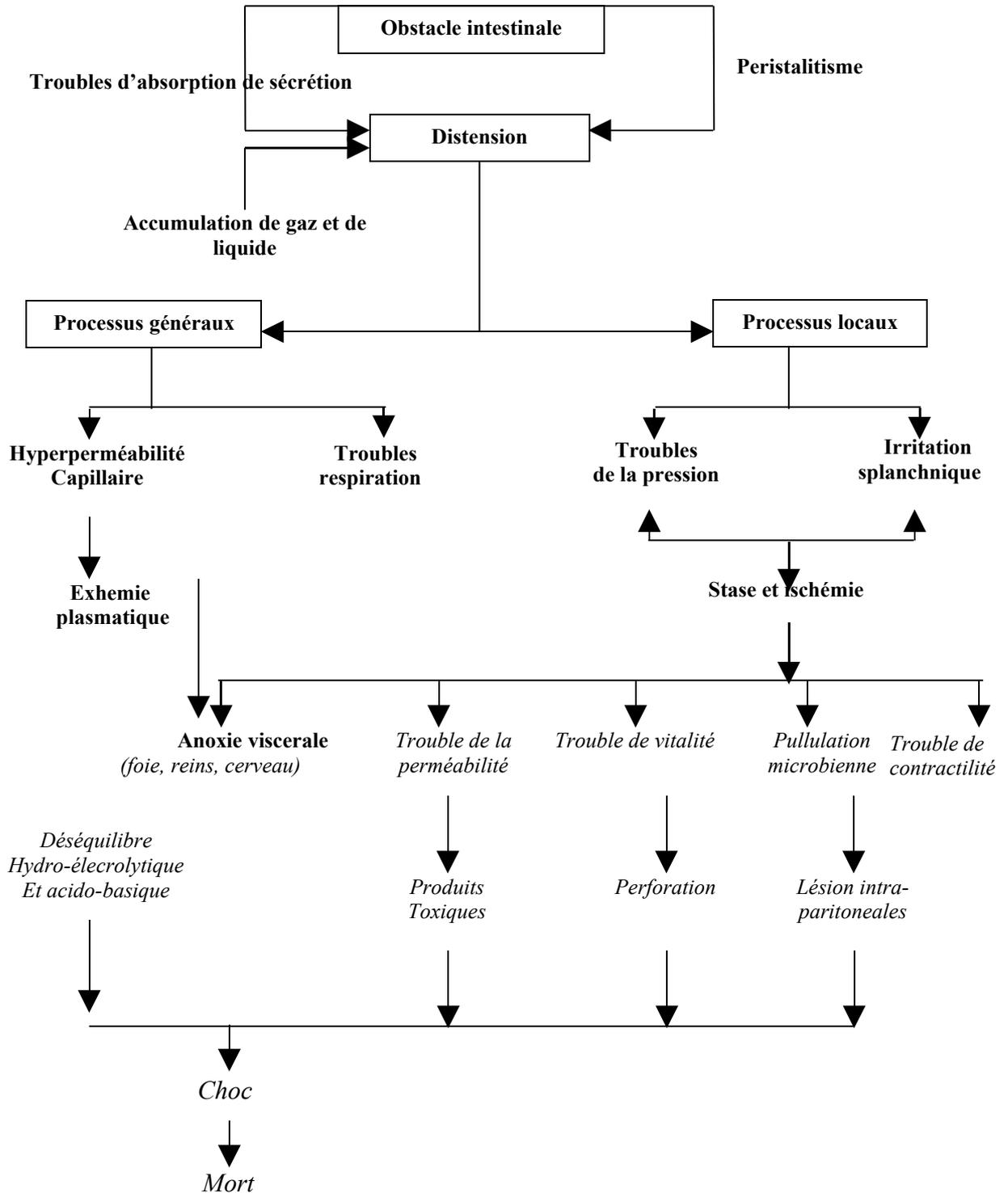
II – 3. Formation des adhérences et des brides (8)

Chaque fois que la séreuse péritonéale est traumatisée, des adhérences vont se former. Il s'agit d'un mécanisme de défense locale très important qui a pour objectif de limiter les conséquences de l'agression et de contenir l'extension d'un éventuel foyer infectieux.

Lorsque la séreuse est traumatisée ; les mastocytes péritonéaux vont libérer de l'histamine et d'autres « facteurs de perméabilité » tels des nucléosides et des polypeptides qui vont entraîner une augmentation de la perméabilité vasculaire, principalement au niveau des petits veins ; et la libération dans la cavité péritonéale d'un plasma riche en fibrinogène.

Comme les cellules mesotheliales lésées vont également libérer de la thromboplastine, le febrinogène sera transformé en fibrine. Tout traumatisme de la séreuse péritoriale va dans un premier temps entraîner une dépression de cette activité fibrinolytique. C'est cette dépression qui permet la persistance des adhérences fibreuses jusqu'à ce que celle-ci soient colonisées par des fibroblastes et transformées en adhérences fibreuses". RYAN (9) a également démontré que la présence de sang frais dans la cavité péritoniale favorise la formation des adhérences, vraisemblablement en augmentant la quantité de fibrine formée.

Schéma 2 : PHYSIOPATHOLOGIE – SCHEMATIQUE



III. DIAGNOSTIC DE L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

1. DIAGNOSTIC CLINIQUE (1)

Le diagnostic de l'occlusion intestinale chez l'adulte doit être précoce sans attendre la réalisation complète des tableaux classiques réunissant.

1-1. Signes fonctionnels

- Les douleurs abdominales : typiquement à type de colique, mais qui peuvent, en fait avoir des caractères très variables.
- Les vomissements : alimentaires puis bilieux et fécaloïdes qui sont parfois remplacés par de simple nausée.
- L'arrêt des matières et de gaz : il est le signe majeur de l'occlusion plus ou moins précoce, plus ou moins net.

1.2. Examen clinique (10)

L'état général du patient est aussi important à juger en urgence que la situation abdominale elle-même. En effet, les répercussions d'une occlusion intestinale peuvent rapidement amener à une déshydratation sévère ; voire à un état septique potentiellement mortel. La description clinique comportera donc dans tous les cas : - état général – état nutritionnel – température – pouls – tension artérielle – examen abdominal.

L'inspection montre un météorisme avec distension abdominale d'autant plus important que l'obstruction est distale. La présence d'ancienne cicatrice sur l'abdomen doit être recherchée. La percussion relève un tympanisme qui témoigne de l'accumulation d'air dans l'intestin.

La palpation recherche et localise une douleur, une défense musculaire, une masse ainsi qu'une éventration en présence de cicatrice. L'auscultation permet de mettre en évidence les bruits typiques de lutte intestinale d'un signe contenant de l'air et du liquide dans l'occlusion mécanique : bruits métalliques, en cascade. Le toucher rectal fait partie de l'examen systématique de tout patient suspect d'occlusion. Il permet d'exclure une tumeur rectale, de diagnostiquer un fécalome, de suspecter une masse pelvienne.

2. DIAGNOSTIC PARACLINIQUE (10)

2-1. Radiographie de l'abdomen sans préparation

Elle met en évidence le signe essentiel qui affirme l'occlusion. Quelles sont les images à rechercher dans un iléus ? Au niveau de l'intestin grêle, la présence d'air dans l'intestin en position centrale, la présence des niveaux hydro-aériques sur le cliché debout et qui apparaissent entre le 3^e et le 6^e heure, la dilatation intestinale (> 2,5 cm), des images en pile d'assiette.

2-2. La tomодensitométrie au scanner

Le scanner permet de poser un diagnostic causal dans un iléus paralytique et ainsi corrige la décision thérapeutique dans près de 20% des cas. Les signes recherchés au scanner sont :

- Dilatation d'amont de >2,5cm
- saut de calibre
- Intestin d'aval collabé

Les signes de gravité ou de strangulation sont :

- Epaissement de paroi associé à une absence de rehaussement
- Congestion du mésentère
- Pneumatose pariétale
- Thrombose mésentérique
- Aéroporté et ascite.

D'autres examens peuvent être demandés pour confirmer le diagnostic. On peut citer :

- Lavement baryté
- Echographie abdominale
- Bilan biologique

IV. ETIOLOGIES DES OCCLUSIONS

Elles sont essentielles à préciser car les indications thérapeutiques en dépendent.
L'occlusion relève de trois processus : (11) (12)

1. Occlusions mécaniques

1-1. Occlusion par obstruction

1- L'obstruction de la lumière intestinale

Cette obstruction peut avoir plusieurs origines:

- les parasites (paquet d'ascaris)
- les bézoards: les phytobézoars,
- le fécalome,
- l'iléus biliaire.

2- Les lésions pariétales

Les origines de lésions pariétales sont:

- les tumeurs,
- les sténoses inflammatoires (sigmoïdite, crohn, ulcère, tuberculose, radiothérapie, colites ischémiques),
- la sténose post-opératoire (anastomose),
- les lésions traumatiques,
- les troubles de la coagulation (hématome de la paroi).

3- L'obstruction d'origine extrinsèque

Ce sont les tumeurs et les adénopathies mésentériques, les adhérences post-opératoires ou inflammatoires, les brides, la pince mésentérique, le pancréas annulaire et les tumeurs des autres organes de voisinage.

1-2. Occlusion par strangulation

1- Le volvulus intestinal

C'est la torsion ou enroulement de l'intestin sur lui-même qui engendre comme conséquence une obstruction et trouble ischémique grave par arrêt de la circulation sanguine.

Les volumes coliques surviennent essentiellement chez des sujets âgés et ils représentent environ 5 à 10% des syndromes occlusifs; ils sont encore plus fréquents dans des pays où l'alimentation est à base de végétaux.

Le volvulus iléo-coecal est beaucoup plus rare.

2- L'adhérence et bride intestinales

L'adhérence est un accollement de l'intestin qui est normalement séparé. Cette adhérence peut être congénitale, post-opératoire ou secondaire à un processus inflammatoire.

La bride est:

- une membrane ou cordon de tissu conjonctif qui relie deux surfaces séreuses après un processus inflammatoire
- une bandelette ou travée, en général fibreuse, allant d'une paroi à l'autre d'une cavité anatomique, ou reliant, en les renforçant, deux régions anatomiques.

Ces adhérences et ces brides fixent les anses intestinales entre elles et finissent par provoquer des occlusions qui sont essentiellement des occlusions de l'intestin grêle. Chaque fois qu'on ouvre le ventre, l'intestin souffre. L'air et ses germes, le contact des instruments et des mains créent des éraillures des parois de l'intestin. Ces éraillures microscopiques aboutissent à la formation des adhérences post-opératoires. De plus, chaque fois qu'on est dans le ventre, une inflammation, une infection, un saignement se produisent et l'intestin en souffre. Les germes et le sang créent des membranes.

Cependant, ces membranes et ces caillots finissent par créer des brides post-opératoires.

3- Hernie de la paroi abdominale

L'hernie réalise une striction permanente et progressive du contenu du sac herniaire. L'hernie étranglée provoque une occlusion intestinale aiguë par strangulation.

L'agent d'étranglement est constitué par:

- les bords fibreux et inextensibles de l'orifice pariétale
- l'épaississement fibreux du collet de sac avec le péritoine irrité par le bandage
- les adhérences du contenu à la paroi du sac ou les brides intrasaculaires (hernie ombilicale)

Toutes les hernies peuvent s'étrangler: hernie inguinale, hernie inguino-scrotale, hernie ombilicale, hernie obturatrice.

4- Invagination intestinale sans ou avec tumeur

L'invagination est définie par la pénétration d'un segment intestinal dans l'intestin d'aval. Le risque de nécrose par strangulation des vaisseaux mésentériques souligne l'urgence de diagnostic et du traitement.

5- Eventration étranglée

Les occlusions par strangulation sont essentiellement graves parce qu'elles s'associent à l'obstruction de la lumière intestinale ou étranglement des vaisseaux nourriciers de l'anse intestinale. Là, l'intervention chirurgicale doit être très précoce pour éviter le danger de nécrose intestinale irréversible.

2- Occlusions fonctionnelles

L'occlusion peut être due à un obstacle par atonie ou spame de la musculature intestinale empêchant la fonction péristaltique de propulsion.

Ce sont : les laparotomies, les inflammations du péritoine, les hémopéritonies les affections retroperitoréales, les troubles électrolytique ...

3- Occlusions inflammatoires

Les deux mécanismes d'occlusion mécanique et fonctionnelle peuvent s'associer dans un tableau mixte, un foyer inflammatoire abdominal pouvant se compliquer d'une atonie de la musculature abdominale et de sténose par agglutination d'anses. Elles se rencontrent lors des : appendicites, occlusions postopératoires, cholecystites aiguës abris intra-abdominaux et peritonites.

V- TRAITEMENTS DE L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE (11) (13)

A- TRAITEMENT MEDICAL DE L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE.

I- Aspiration digestive continue.

Elle lutte contre la distension intestinale et suppose une technique de mise en place et une surveillance rigoureuse.

1-1- Modèles de sondes La sonde utilisée doit être :

- assez longue pour que l'extrémité arrive sans peine dans le duodénum,
- d'un calibre permettant l'aspiration d'un liquide parfois épais,
- d'une rigidité suffisante pour franchir le pylore mais pas trop dure pour éviter les pharyngites très douloureuses liées au frottement de la sonde sur la muqueuse pharyngée.
- enfin, opaque aux rayons X et comporter une prise d'air qui évite en cas d'aspiration continue le ventousage de la sonde sur la paroi duodénale.

Les modèles de sondes sont nombreux :

- sonde de Salem à double courant,
- sonde lestée de mercure,
- sonde à ballonnet gonflable.

1-2- Mise en place d'une aspiration digestive

Sur un malade assis, la sonde d'aspiration duodénale est introduite par voie nasale et poussée dans l'estomac. Le malade étant placé en décubitus latéral droit, la sonde ne doit pas rester dans l'estomac mais franchir le pylore : ce franchissement est difficile mais indispensable pour une décompression intestinale efficace.

La bonne position de la sonde étant vérifiée radiologiquement, une aspiration continue, douce à moins 30 centimètres d'eau est mise en route, ou mieux contrôlée par une soupape de Jeanneret et la perméabilité de la sonde fixée au nez (sauf si elle est à ballonnet) est régulièrement vérifiée.

1-3- Intérêt de l'aspiration digestive

- Elle supprime les vomissements,
- Elle permet de quantifier la spoliation hydroélectrolytique,
- Elle permet d'ajuster heure par heure ou par tranches de trois heures la compensation,
- L'amélioration clinique et radiologique qu'elle entraîne ne devant pas retarder l'intervention,
- Enfin, en prévenant l'inhalation de liquide intestinal vomi, elle va permettre une induction anesthésique sans risque.

2- Oxygénothérapie

Par sonde nasale, elle réduit l'effet néfaste sur l'hémostase de la distension intestinale.

3- Sonde vésicale à demeure

Elle est nécessaire :

- afin de contrôler la diurèse horaire et la fonction rénale.
- afin d'effectuer des prélèvements urinaires
- pour la surveillance de la réhydratation et de la fonction circulatoire
- pour vérifier l'intégrité de l'appareil urinaire.

4- Rééquilibration hydroélectrolytique et hémodynamique

Elle se guide sur le délai écoulé depuis le début de l'occlusion, les vomissements, le degré de déshydratation (soif, sécheresse de la peau et des muqueuses, pli cutané, tonicité du globe oculaire, densité urinaire), le retentissement circulatoire (tachycardie, baisse de la pression veineuse centrale, hypotension, baisse du débit urinaire), la fonction rénale, les ionogrammes sanguins et urinaires.

On contrôle en permanence le débit urinaire par sonde vésicale à demeure et si besoin la pression veineuse centrale par cathéter veineux central :

- le premier point est de restaurer une fonction rénale normale par un remplissage liquidien comportant une perfusion de base,
- une compensation du déficit et du liquide aspiré,
- une compensation en électrolytes est assurée suivant les données des ionogrammes sanguins et urinaires répétés,
- un apport de grosses molécules et de globules rouges est parfois nécessaire dans les occlusions sévères avec hypovolémie profonde, en fonction de l'hématocrite et de la pression veineuse centrale.

Un débit urinaire de 50 cc par heure témoigne d'une préparation correcte à l'intervention.

5- Antibiothérapie

L'antibiothérapie pér et post-opératoire diminue les complications septiques, surtout pariétales, et réduit l'hospitalisation et la fréquence des éventrations post-opératoires.

6- Antalgiques et antispasmodiques

Ils suppriment les douleurs intenses et un facteur supplémentaire de choc. En effet, une occlusion par obstruction donne un délai de préparation pouvant atteindre 12 voire 24 heures alors que l'existence d'une strangulation impose une intervention avant la sixième heure sous peine de se trouver en présence de lésions intestinales imposant une résection.

B- TRAITEMENT CHIRURGICAL

1- Anesthésie

Elle impose un estomac vide pour éviter lors de l'induction et de l'intubation une inhalation bronchique de liquide de stase gastrique.

La curarisation doit être suffisante pour que le relâchement pariétal permette une exploration complète de l'abdomen.

L'anesthésiste aidera le chirurgien à contrôler la bonne position de la sonde gastrique et au besoin à placer une sonde d'aspiration plus distale.

1-1- Prémédication :

On utilise la prémédication à l'atropine.

1-2- Induction :

Elle n'est réalisée que sur patient mis sous surveillance électrocardioscopique et après vérification de l'ensemble du matériel. Un appareil de surveillance automatique de pression artérielle par méthode non sanglante représente également un apport précieux permettant de suivre l'évolution hémodynamique de minute en minute lors de cette phase particulièrement critique.

L'intubation est toujours précédée d'une dénitrogénéation au masque en oxygène pur. La kétamine est l'agent de choix, associée à une curarisation par bromure de pancuronium. Lorsque l'état hémodynamique est trop précaire, l'intubation peut être réalisée sous anesthésie locale seule, en utilisant une technique de bloc trachéal. Il est habituel de réaliser lors de cette phase d'induction un remplissage bref et rapide pour prévenir l'aggravation d'un collapsus ou sa survenue.

La ventilation artificielle est réalisée en maintenant des pressions d'insufflation aussi basses que possible pour en minimiser les effets délétères sur le retour veineux et en conservant une FiO₂ élevée (0,8) pendant toute la période où l'hémodynamique n'est pas rétablie.

1-3- Entretien de l'anesthésie

Il est assuré par des réinjections ou une perfusion de kétamine.

Le maintien d'une bonne curarisation s'impose pendant l'exploration et le traitement des lésions. L'expansion volémique est poursuivie tout au long de l'acte chirurgical.

1-4- Réalisation pratique de l'anesthésie

Dans tous les cas, prémédication à l'atropine:

/- Malade choqué avec trouble de la conscience

-Induction : intubation après anesthésie locale de la glotte et après oxygénation au masque.

-Entretien : . Pancuronium (0,04 à 0,06 mg/kg)

. Kétamine (1,5 mg/kg à la demande)

. Ventilation contrôlée (FiO₂ : 0,8)

//- Malade choqué avec conscience conservée

-Induction : . kétamine (1,5 à 2 mg/kg) , intubation après anesthésie locale de la glotte et après oxygénation au masque. Entretien : . kétamine (1,5 à 2 mg/kg à la demande) . pancuronium (0,04 à 0,06 mg/kg) . ventilation contrôlée (FiO₂ : 0,8)

///- Etat hémodynamique stabilisé

-Induction : . kétamine (2 mg /kg) ou thiopental (2 à 3 mg/kg) et succinylcholine (1 mg/kg) . intubation après oxygénation au masque.

-Entretien : . kétamine (2 mg/kg à la demande)

. phénothiazine (30 mcg/kg à la demande)

. pancuronium

. ventilation contrôlée (FiO₂ : 0,8)

2- Installation :

Le malade est en décubitus dorsal, à plat. L'opérateur est à gauche, l'aide et l'instrumentiste en face. L'abdomen est rasé des mamelons au pubis, et badigeonné. On assure du bon fonctionnement de l'aspirateur et que sont prêts, les seringues à prélèvement, le sérum chaud.

3- Voie d'abord

L'incision habituelle est médiane à cheval sur l'ombilic assez longue d'emblée, surtout en bas, pour ne pas revenir en cours d'intervention sur la paroi. Incision prudente pour ne pas blesser l'intestin distendu qui bombe sous le péritoine pariétal.

4- Exploration

Un épanchement péritonéal est fréquent, il est prélevé pour examen bactériologique aérobie et anaérobie, puis évacué.

La cause de l'occlusion est recherchée en déroulant. La totalité du grêle et du côlon est explorée pour ne pas méconnaître une lésion multiple et un autre obstacle en aval. Puis le reste de l'abdomen est méthodiquement inventorié.

Pendant cette exploration, le déroulement, la détorsion, la palpation et la mise en place d'écarteurs puis de valves, les anses grêles doivent être maniées avec douceur, les éraillures séreuses ou séro-muscleuses où bombe la muqueuse se produisant facilement et exposant à une ouverture intempestive.

5- Problèmes techniques particuliers :

Ils découlent des causes de l'occlusion, du siège et de leur mécanisme.

5-1- Traitement des occlusions aiguës mécanique du grêle de l'adulte

5-1-1- Occlusions du grêle par strangulation :

a- Volvulus du grêle :

C'est la torsion de l'intestin sur lui-même au niveau d'un point ou d'une zone fixe dont le plus fréquent est une bride, mais qui peut être un appendice long, ectopique (mésocœliaque ou iléo-pélvien) ou un diverticule de Meckel. Il peut aussi compliquer la strangulation par une bride, une incarceration herniaire, une simple coudure ou un accollement, un foyer inflammatoire.

La gravité est double :

- par striction au pied du volvulus par l'agent causal,
- par capotage de l'intestin distendu et son mésentère qui accroît circulairement la souffrance vasculaire.

On sectionne la bride prudemment pour ne pas blesser le grêle et on reprendra l'hémostase. Si c'est l'appendice ou le diverticule de Meckel, il faut éviter de les ouvrir pour éviter un temps septique.

L'axe du volvulus bien précisé par l'examen du pied, la détorsion est menée dans le bon sens. C'est au pied de torsion que siège le maximum des lésions. L'anse jugée viable est réintégrée. L'anse douteuse doit être réséquée

- Parfois d'emblée ou en cours de déroulement le sphacèle est évident et le risque est de créer ou de libérer une perforation avec épanchement septique très aggravant. D'emblée il faut alors couper le grêle plat en aval de l'obstacle, puis le grêle d'amont bien en deçà de la zone sphacélée, le méso en plusieurs prise et enfin la bride. Cette résection est suivie d'anastomose.
- En cas de volvulus total du grêle dû à une absence ou une anomalie congénitale d'accolement, une résection étendue du grêle peut paraître nécessaire. Si après résection les zones de coupe paraissent douteuses, une double iléostomie est préférable à une anastomose précaire.

b- Brides :

Elles sont habituellement postopératoires, déclives ou sur les trajets de drainage ou d'accolement.

Parfois multiples, une seule est habituellement la cause de l'occlusion, plus ou moins tardives après l'intervention initiale. Elle peut parfois être constituée par l'appendice ou diverticule de Meckel.

L'exploration confirme ou affirme le diagnostic. La cure peut nécessiter soit : Une simple résection de bride, Une appendicectomie,

- Une résection d'un diverticule de Meckel.

La vitalité de grêle est compromise au niveau de la bride de strangulation : zone violacée ou sombre, circulaire par striction sous le siège de la bride .

c- Adhérences :

Elles sont essentiellement post- opératoires, plus fréquentes après intervention septique et chez certains malades, plus larges et plus diffuses que les brides, elles succèdent à l'accolement de surfaces dépéritonisées, viscérales ou pariétales.

La tactique opératoire est dominée par la nécessité de libérer tout le grêle, de ne pas érailler pour éviter la récurrence des adhérences et surtout de ne pas faire une ou plusieurs plaies rapprochées ou distantes, avec la nécessité d'une résection et un facteur septique, alors que la vitalité de l'anse est rarement compromise par l'occlusion lui-même.

Toutes les anses étant libérées, on les rangera avec soin dans l'abdomen, sans entéro ni mésenterico- fixation. L'épiploon dont les brèches seront fermées, est interposé entre le grêle et la paroi.

d- Invagination intestinale :

Elle est très rare chez l'adulte, et volontiers subaiguë ou chronique, se réduisant spontanément pour récidiver quelques heures ou quelques jours après. Dans un tiers ou dans la moitié des cas, elle est secondaire à une tumeur bénigne ou maligne de grêle, ou à un diverticule de Meckel qui invaginent l'intestin par à coup, ou à une duplication.

La désinvagination est pratiquée avec beaucoup de douceur : « La main gauche exprime, la droite reçoit sans tirer » FATTOURUSSO (11). Arrosé de sérum chaud, le dernier centimètre est « poussé par expression annulaire de la pulpe des cinq doigts », et cède brutalement. Il faut juger la vitalité de l'intestin grêle, un sphacèle évident ferait renoncer à la désinvagination complète et réséquer d'emblée.

L'entérectomie : ses indications sont chez l'adulte plus fréquentes : .sphacèle évident, avant toute manœuvre sur le segment invaginé,

- échec d'une désinvagination complète
- ischémie irréversible de l'anse au niveau du collier après désinvagination. échec du retournement d'un diverticule invaginé
- tumeur isolée, bénigne ou maligne .la découverte d'un syndrome de Peutz-Jeghers.
- des lésions irréversibles de l'iléon et du côlon droit conduisent à une hémicolectomie immédiate

La fixation de l'iléon au côlon ou à la paroi : elle est théoriquement préférable dans les invaginations récidivantes.

e- Hernies internes

Révélees par une occlusion aiguë, reconnues à la laparotomie le plus souvent.

- Désincarcération du grêle engagé associé parfois au côlon.
et appréciation de la vitalité pour juger de la nécessité d'une éventuelle résection et à fermer l'orifice en cause.

f- Hernies étranglées :

- vues tôt ; il est rare qu'un geste de résection soit nécessaire : L'intestin peut être réintégré.
vues tard : le risque de sphacèle intestinal est à redouter, on pratique alors une résection intestinale en tissu sain.

Il est conseillé de passer par voie médiane complémentaire car souvent y est associé un volvulus.

5-1-2- Occlusions du grêle par obstruction

a) Obstacles intrinsèques

- Iléus biliaire

La réanimation pré, per et post-opératoires doit particulièrement bien compenser les pertes accumulées lors des arrêts successifs et leur retentissement important chez des sujets âgés occlus depuis plusieurs jours, qu'un mauvais terrain ou une tare avaient fait recuser ou refuser une intervention biliaire. Cette réanimation fait chuter la mortalité.

L'entérotomie est donc nécessaire pour l'extraction du calcul et la vidange de l'intestin. L'entérorraphie, transversale si possible, est faite en un plan à points séparés de fil non résorbable. Une résection est exceptionnellement nécessitée par le sphacèle ou la perforation de l'anse par le calcul, elle est suivie d'anastomose termino-terminale en un plan. La fermeture pariétale doit être soignée en un ou deux plans et renforcée par une contention collée, le risque d'éviscération étant ici élevé.

- Corps étrangers

De multiples corps étrangers ont pu donner une obstruction du grêle. Parfois soupçonnés avant l'intervention, ils sont le plus souvent une surprise opératoire.

Les causes sont nombreuses : aliments ou noyaux de fruits, amas végétaux ou pileux (phyto ou trichobézoards), paquets parasitaires (ascaris notamment) , compresses migrées, ballonnets détachés d'une sonde à mercure, mucilages et fécalome.

Colectomie segmentaire ou hémicolectomie gauche suivi de rétablissement de la continuité colique. L'avantage réside dans le traitement simultané de l'occlusion et de la tumeur responsable évitant ainsi une chirurgie itérative. Le risque majeur est le lâchage possible de l'anastomose avec son risque de péritonite post-opératoire qui n'est pas toujours évitée par un drainage correct. Chirurgie en plusieurs temps :

La colostomie d'amont, la résection colique sans anastomose immédiate, la résection colique avec anastomose immédiate mais sous couvert d'une colostomie d'amont.

6- Suites de l'intervention :

6-1- Toilette péritonéale :

C'est le deuxième temps de l'intervention, elle doit intéresser la totalité de la cavité abdominale. Elle consiste en un soigneux lavage avec de grandes quantités de liquides isotopiques tièdes parfois additionnées d'antibiotiques ou d'antiseptiques. Cette toilette doit débarrasser l'abdomen des fausses membranes des liquides septiques, des débris purulents et nécrotiques.

6-2- Drainage :

Lorsque l'état général est bon, que la source de l'infection est supprimée et que la séreuse péritonéale est peu altérée, l'absence de drainage peut être justifiée.

Dans les autres cas un drainage intéressant les coupes diaphragmatiques, la région sous- hépatique, les gouttières pariéto-coliques et le cul de- sac de Douglas est mis en place.

6-3- Fermeture de la paroi abdominale

Elle termine l'intervention mais représente souvent un temps délicat. La fermeture est ensuite réalisée soit en un plan total avec fils non résorbables, soit par une fermeture classique des plans profonds.

III- SUITES OPERATOIRES (14) (15)

Aucun schéma ne peut s'appliquer à toutes les situations possibles. La période postopératoire peut en effet être d'une grande simplicité ou au contraire émaillée de complications sévères, survenant plus ou moins précocement.

Les thérapeutiques à mettre en œuvre vont de la simple rééquilibration hydroélectrolytique jusqu'à la reprise du transit intestinal et de l'alimentation orale aux techniques de réanimation les plus sophistiquées.

En général, les perfusions sont prescrites pour des périodes de vingt-quatre heures à partir de la fin de l'intervention. Elles comprennent :

- Les liquides destinés à couvrir les besoins de base perspiration, diurèse. Soit, pour un adulte normal, 1800 à 2250 ml de glucose à 10%, 4 g de Cl Na, 4 g de Cl K. Une ampoule de polyvitamine est ajoutée à chaque litre.
- Les liquides destinés à compenser les pertes extra-rénales. Compensation volume pour volume du liquide d'aspiration digestive par du sérum glucose isotonique enrichi de 70 à 100 mEq de Na⁺, 15 à 30 mEq de K⁺, soit 4 à 6 g de Cl Na, 1 à 2 g de Cl K par litre.

La correction des perturbations acido-basiques sera effectuée. La qualité de la réanimation est aisément jugée : un malade bien réanimé a bon aspect, est bien coloré, a les muqueuses humides, n'a pas soif, se lève sans vertiges, et se sent bien.

La reprise du transit, après vingt-quatre à quarante-huit heures, est annoncée par un éclaircissement du liquide d'aspiration, une diminution de la distension abdominale, une élévation du volume urinaire et de la natriurèse, témoignant de la réabsorption des liquides jusqu'alors immobilisés dans les anses intestinales.

DEUXIEME PARTIE :
MATERIEL ET METHODE

MATERIEL ET METHODE

1- NOTRE ETUDE

1-1- Cadre d'étude

Pour réaliser l'objectif de la Faculté de Médecine d'Antananarivo à la mise en place des centres hospitaliers universitaires qui établissent l'interrelation entre la formation académique, la recherche scientifique et l'application intégrée, nous avons choisi de travailler dans les services d'urgences chirurgicales au centre hospitalier universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona pour l'étude des dossiers des malades et le service d'appui à la recherche et formation continue de notre faculté pour la réalisation du logiciel.

1-2- Méthodologie

1-2-1- Recrutement des dossiers

Notre étude a été prospective d'une série consécutive de 90 malades opérés en urgence pour occlusion intestinale aiguë sur bride au CHU HJRA du 1^{er} Novembre 2003 au 30 Avril 2004.

1-2-2- Sélection des dossiers

1-2-2-1- Critères d'inclusion

Nous avons inclus tous les patients âgés de 15 ans et plus hospitalisés en urgence dans les services chirurgicaux de l'HJRA et opérés pour occlusion intestinale aiguë sur ventre cicatricielle.

1-2-2-2- Critère d'exclusion

Nous avons été exclus tous les patients:

- Au moins de 15 ans
- Présentant une difficulté de communication ou de démence
- Ayant une occlusion intestinale aiguë ne présentant pas une bride et ou des adhérences.

1-2-3- Paramètre à évaluer

1-2-3-1- Age

1-2-3-2- Sexe

1-2-3-3- Délai d'hospitalisation

C'est le temps écoulé entre l'apparition des premiers signes et l'hospitalisation du patient. Il a été estimé en jours.

1-2-3-4- Délai d'intervention

C'est le temps écoulé entre le début de l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale. Nous l'avons évalué en heure.

1-2-3-5- Antécédents chirurgicaux abdominaux

1-2-3-6- Diagnostic clinique

1-2-3-7- Diagnostic paraclinique

1-2-3-8- Lésions macroscopiques observées

1-2-3-9- Suites post-opératoire

1-2-3-10- Durée d'hospitalisation

C'est le temps que le patient ait passé au service de la chirurgie depuis son admission jusqu'à sa sortie définitive. Ce paramètre a été estimé en jour.

1-2-4- Analyse statistique

1-2-4-1- Pourcentage

Les pourcentages sont exprimés avec $p < 0,05$.

1-2-4-2- Moyennes

Les moyennes sont exprimés avec leur intervalles de confiance avec $p < 0,05$: $M \pm 2SM$ Ou M : moyenne, SM : écart standard de la moyenne ($n > 100$).

1-2-4-3- Degré de signification

Le degré de signification retenu était de $p < 0,05$.

1-2-4-4- Test statistique utilisé

C'était le teste de khi deux, ce test est une procédure qui permet avec un risque d'erreur connue, d'effectuer un choix entre deux hypothèses complémentaires ou alternatives H_0 et H_1 en vue de l'observation réalisée sur un échantillon.

$$X^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

X^2 = Test statistique de khi carré

n = Nombres des classes ou catégories

i = indice des paires

O_i = Valeur observée de la paire

E_i = Valeur espérée de la paire

1-2-4-5- Informatique et logiciel

Les données ont été saisies et analysées sur un logiciel EPI INFO 6,04 b fR.

Résultas**1. Fréquence**

Fréquence de l'occlusion de grêle aiguë sur bride par rapport aux interventions d'urgence

Interventions	Fréquence	Pourcentage %
Intervention d'urgence du Nov 2003 à l'Avril 2004	1086	100%
Occlusion de grêle sur bride	90	8,28%

2. Age

Répartition selon la tranche d'âge

Age	Fréquence	Pourcentage %
15 – 20	12	13,3%
21 - 30	27	30,0%
31 - 40	27	30,0%
41 - 50	15	16,7%
51 - 60	05	05,6%
60	04	04,4%
Total	90	100,0%

L'âge moyen de nos patients était 34,3 ans avec des extrémités de 15 et 69 ans.

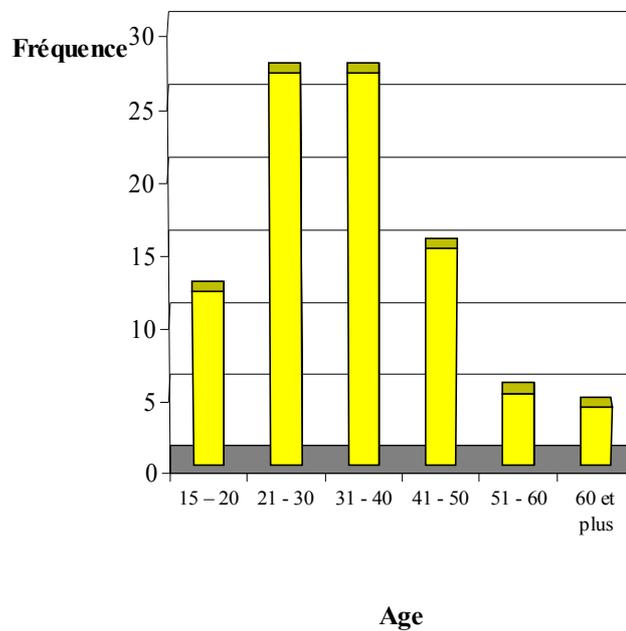


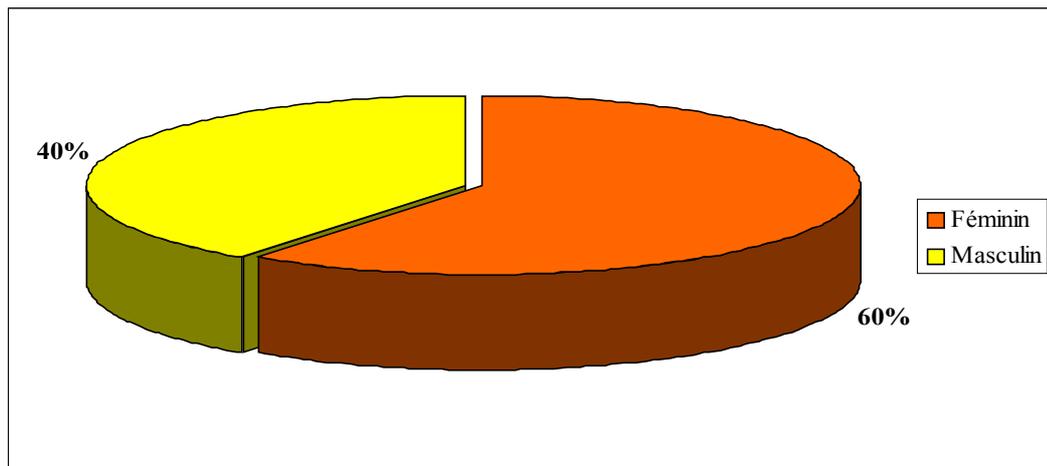
Diagramme en bâtonnet de la tranche d'âge

3. Sexe

Répartition selon le sexe

Nous avons trouvé 36 hommes présentant l'occlusion aiguë de grêle sur bride et 54 femmes.

Sexe	Fréquence	Pourcentage %
Féminin	54	60,00%
Masculin	36	40,00%
Total	90	100,00%



Représentation graphique selon le sexe

4. Délai d'hospitalisation (C)

Répartition selon le délai d'hospitalisation

C	Fréquence	Pourcentage %
1	1	1,1%
2	12	13,3%
3	24	26,7%
4	17	18,9%
5	7	7,8%
6	9	10,0%
7	5	5,6%
8	3	3,3%
10	9	10,0%
12	1	1,1%
14	1	1,1%
18	1	1,1%
Total	90	100%

Le délai d'hospitalisation était en moyenne de 4,9 Jours.

5. Délai d'intervention (d)

Répartition selon le délai d'intervention

d	Fréquence	Pourcentage %
3	2	2,2%
4	4	4,4%
5	5	5,6%
6	12	13,3%
7	4	4,4%
8	13	14,4%
9	14	15,6%
10	9	10,0%
18	2	2,2%
19	1	1,1%
20	1	1,1%
26	1	1,1%
27	3	3,3%
29	1	1,1%
30	1	1,1%
34	1	1,1%
38	2	2,2%
40	1	1,1%
46	3	3,3%
48	3	3,3%
49	1	1,1%
50	1	1,1%
58	2	2,2%
72	3	3,3%
Total	90	100%

Le délai d'intervention était en moyenne de 17,4 avec des extrémités de 3 heures et 72 heures.

6. Antécédents chirurgicaux abdominaux (e)

Répartition selon les antécédents chirurgicaux abdominaux
en général

Antécédents	Fréquence	Pourcentage %
Intervention de l'appendice:		
- Appendicectomie	21	23,3%
- Péritonite appendiculaire	4	4,4%
Intervention gynécologique :		
- Grossesse extra-utérine	15	16,7%
- Opération césarienne	10	11,1%
- Annexectomie	9	10,0%
- Hystérectomie	5	5,6%
Intervention du tube digestif :		
- Perforation gastrique	6	6,7%
- Occlusion intestinale aiguë	9	10,0%
- Splenectomie	6	6,7%
- Tumeur du colon	4	4,4%
Autre intervention		
Hernie étranglée	1	1,1%
Total	90	100%

7. Signes cliniques

Répartition selon les signes cliniques.

Répartition selon les signes cliniques

Signe clinique	Fréquence	Pourcentage
Douleur abdominale	90	100%
Arrêt des matières et de gaz	90	100%
Nausée et vomissement	90	100%
Ballonnement abdominal	80	88,9%

8. Signes paracliniques

Image radiologique vues à l'abdomen sans préparation (ASP)

Images radiologiques à l'ASP	Fréquence	Pourcentage %
Niveau hydro-aérique unique	17	18,9%
Niveau hydro-aérique multiple	73	81,1%
Total	90	100%

9. Lésions macroscopiques observées

Répartition selon les lésions macroscopiques observées

Lésions macroscopiques	Fréquence	Pourcentage %
Brides	90	100%
Nécrose de grêle	36	40%
Appendicite	14	15,6%

Siège des brides

Répartition selon les sièges des brides

Sièges des brides	Fréquence	Pourcentage %
Iléo - coecale	20	22,22%
Epiploo-iléale	10	11,11%
Iléo-utéro-annexielle droite	13	14,44%
Iléo-iléale	35	38,88%
Iléo-mésentérique	07	7,77%
Iléo-épiploo-vesiculaire	05	5,55%
Total	90	100%

10. Type d'intervention

Répartition selon les actes chirurgicaux effectués

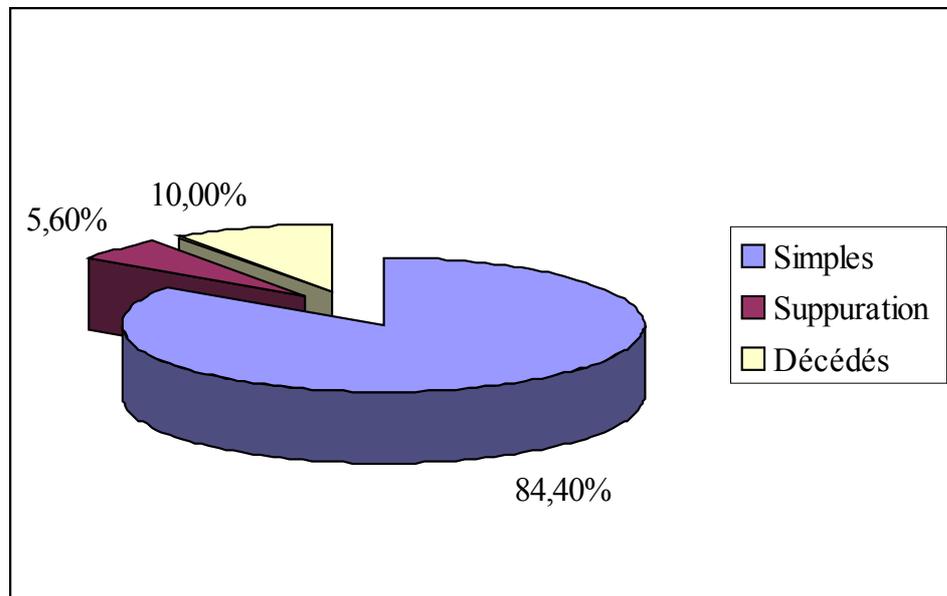
Actes chirurgicaux effectués	Fréquence	Pourcentage %
Débridement	90	100%
Résection intestinale	36	40%
Appendicectomie	14	15,6%

11. Suites post-opératoires

Répartition selon les suites postopératoires

Répartition selon les suites postopératoires

Suites post-opératoires	Fréquence	Pourcentage %
Simple	76	84,4%
Suppuration	5	5,6%
Décédés	9	10,0%
Total	90	100%



Représentation graphique de suites post-opératoires

12. Durée d'hospitalisation

Répartition selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Fréquence	Pourcentage %
8	4	4,4%
9	2	2,2%
10	3	3,3%
12	3	3,3%
13	1	1,1%
14	3	3,3%
15	5	5,6%
16	12	13,3%
17	1	1,1%
18	10	11,1%
19	1	1,1%
20	10	11,1%
21	2	2,2%
22	3	3,3%
24	3	3,3%
26	4	4,4%
28	4	4,4%
30	7	7,8%
36	2	2,2%
38	1	1,1%
99	9	10,0%
Total	90	100%

La durée moyenne d'hospitalisation était de 18,7 jours.

TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

FREQUENCE COMPAREE

L'occlusion de grêle sur bride est une affection plus ou moins fréquente en milieu chirurgical dont le traitement nécessite une intervention d'urgence. Dans notre étude, effectuée au service des Urgences de l'HJRA, nous avons collecté 90 patients durant les 6 mois (du Novembre 2003 au 30 Avril 2004). La fréquence des occlusions aiguës de grêle sur bride opérée chez l'adulte était estimée à 8,28% par rapport au nombre d'interventions chirurgicales pratiquées en urgences.

L'occlusion intestinale aiguë sur bride constitue la première des urgences abdominales en milieu chirurgicales en en urgence . Cette même constatation est faite au BENIN : CHOBLI (16) et au RWANDA : SENDEMA (17).

Cette prévalence de 8,28% de bride postopératoire dans notre série était significativement inférieure à celle de l'étude de MC IVER (18) et de ABI (19) qui avaient respectivement 20% et 24%.

L'AGE

Dans les 90 cas enregistrés pendant 6 mois, l'âge des patients est très variable (tableau 2). La moyenne était de 34,35 ans avec des extrémités de 15 à 69 ans. Selon les résultats de répartition suivant la tranche d'âge, nous avons constaté que les patients de moins ou égale à 40 ans semblent être plus touchés par la maladie avec une proportion 77,3% soit 66 cas, par rapport aux sujets plus de 40 ans (26,7%).

ABI, par son étude, a trouvé dans sa série la prédominance des jeunes et adolescents. A propos de 100 cas, l'âge moyen était de 35 ans et 47% des patients ont un âge compris entre 10 et 30 ans (19).

La fréquentation hospitalière était dominée par les sujets jeunes (40 ans).

Cette situation pourrait expliquer le caractère jeune de notre population d'étude, voire l'échantillon. D'une façon générale, ce repère de 40 ans posait un problème de validité chez le MALGACHE dont la durée de vie était très faible par rapport aux autres pays. En effet l'âge très Jeune de notre échantillon pourrait être dû à l'environnement socio-économique, au mode de vie voire les mœurs.

LE SEXE

L'analyse de sexe a montré une légère prédominance féminine qui était de 60%, soit 54 cas. La fréquence de sexe masculin montrait 36 cas soit 40% de cas.

Ce résultat est comparable à celui de RAZANAMPARANY M. (20) qui a trouvé une prédominance féminine avec 61,5% de cas.

Ce résultat par contre présentait une discordance avec l'expérience de 123 cas opérés à l'Hôpital de BUJUMBURA où on trouve une prédominance masculine de 86 sur 37 femmes (21). Chez les femmes, notre échantillon était plutôt constitué par des Jeunes en période d'activité génitale, significativement différente de l'étude de LORIMIER qui a plutôt des femmes très âgées, dans la période de ménopause (22).

Ceux-ci étaient en rapport avec l'âge très Jeunes des consultants dans notre urgence chirurgicale.

LES ANTECEDENTS

Pour les antécédents chirurgicaux abdominaux dans notre série, sur 90 malades opérés d'une occlusion de grêle sur bride, on peut classer en 3 parties :

- antécédent gynécologique (43,4%) ;
- antécédent d'appendicectomie (27,7%) ;
- antécédents chirurgicaux du tube digestif (28,9%).

En effet, dans notre série, les résultats ont montré qu'il y a eu:

- 10 patients qui ont été opérés dans une période d'un an
- 60 patients qui ont été de cinq ans
- 20 cas qui ont été plus de cinq ans.

Donc, pour la majorité des patients, les occlusions avec antécédents chirurgicaux se situent entre 1 à 5 ans après leur intervention antérieure.

La variabilité de la survenue de cette occlusion post-opératoire pourrait être expliquée par le type d'intervention antérieure, par le comportement du malade après le réveil (levée précoce ou non) et par le malade lui-même. En effet, les sujets jeunes et actifs semblent être moins touchés par rapport aux autres.

De plus, dans l'étude effectuée par Dia et son équipe à Paris sur les occlusions intestinales par brides post-opératoires, la majeure partie de délai d'apparition de

l'occlusion sur ventre cicatricielle est d'un an (36 cas). Chez le patient cancéreux, le délai est de deux ans en moyenne (42 cas). Cependant, Rakotozafy a montré dans son étude qu'il y a une prédominance de l'occlusion post-opératoire tardive, de 5 à 15 ans (25 cas) (23).

A propos du nombre d'interventions antérieures, on a remarqué que certains malades ont connu plusieurs interventions antérieures. Ainsi il y en a neuf qui ont 2, quatre a été opéré 3 fois tandis que 77 ont eu une seule intervention. La nature de ces interventions initiales est très diverse. Dans cette diversité, il est important de signaler que certaines personnes semblent être prédisposées à l'occlusion intestinale post-opératoire en fonction de leur mode de vie, notamment ceux qui sont en sédentarité.

Ainsi, il y a eu 39 patientes qui ont subi une intervention gynécologique, soit 43,4%, 25 patients d'interventions digestives, soit 27,8%, 25 cas d'intervention de l'appendice et 1 cas pour d'autres interventions (hernie étranglée).

Rakotozafy dans son étude a trouvé 6 interventions gynécologiques et 22 digestives (23). Dia a trouvé également 31 interventions digestives et 32 gynécologiques (24).

De ce fait, il semblerait que la nature des interventions antérieures pourrait être en relation étroite avec la survenue de l'occlusion intestinale aiguë sur bride.

LE DÉLAI D'HOSPITALISATION

Le délai d'hospitalisation, dans notre série, était en moyenne de 4,967 jours, on a constaté que le temps de latence entre l'apparition des premiers signes et l'hospitalisation des 36 patients soit 40% se trouvait au deuxième et troisième jour. En général, on peut dire que la plupart des malades consultent tard parce que un malade sur 90 soit 1,1% a consulté avant 24 heures.

L'étude de RAZAFINDRAVONONA I. (25) a trouvé que le délai d'hospitalisation dans 70% de cas est supérieur à deux jours dont 42% de cas sont entre deuxième et quatrième jour et le 30% se consultent avant 24 heures.

Ces résultats présentent un écart important avec le résultat de l'étude menée par EM DANSE et AL (26), chez 50 patients dont la durée de symptôme avant l'admission du patient était de 6 à 24 heures.

Le retard d'hospitalisation est l'un des facteurs de résultat catastrophique. Ce retard peut-être lié soit aux malades, soit aux personnels médicaux, soit à l'infrastructure. Alors, certains malades négligeaient leur santé : soit en faisant une automédication, soit en refusant d'aller aux dispensaires ou directement à l'hôpital pour des raisons financières, soit en consultant à un stade tardif.

DÉLAI D'INTERVENTION

La durée moyenne de notre délai d'intervention était de 17,456 heures. Dans 64 cas, soit 74,2%, nos malades sont opérés en moins de 24 heures dont 23 cas soit 25,5% d'intervention a été faite en extrême d'urgence (en < 6 heures).

En absence de signes de gravité, certain délai se prolonge ou encore les interventions peuvent être différées pour les raisons suivantes :

- très mauvais état général du patient qui nécessite une réanimation intensive et prolongée ;
- le problème de médicaments et de l'argent.

Dans l'expérience de 123 cas opérés à l'hôpital de BUJUMBURA, le délai d'intervention est très long puisqu'il dépasse les 24 heures dans 90% de cas. En effet, seulement 10% des patients ont été opérés en moins de 24 heures (21).

D'après les résultats, BAZIRA I., NSABIMANAC, ARMSTRONGO, ont souligné les conséquences néfastes dans le pronostic de l'occlusion de grêle sur bride puisque 71% des malades décédés étaient opérés au stade de nécrose intestinale (27).

LES SIGNES CLINIQUES

Les manifestations cliniques présentées par nos patients, en général, par ordre de fréquence sont :

- douleur abdominale ;
- arrêt des matières et de gaz ;
- nausée et vomissement ;
- météorisme abdominal.

Les douleurs abdominales étaient dans tout le cas, 100% soit 90 cas. Elles constituent le symptôme majeur avec ses différentes caractéristiques : siège, intensité, irradiation, durée, type, mode d'apparition, facteur aggravant, facteur soulageant ... ; la présence ou non de défense ou de contracture.

L'arrêt des matières et de gaz était aussi observé dans 90% de cas. Dans l'occlusion aiguë de grêle sur bride, il constitue le maître symptôme puisqu'il s'agit d'une occlusion mécanique nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence.

Pour MONDOR, c'est le symptôme fonctionnel par excellence, celui qui fait partie de la définition ; de la dénomination de la maladie et qui est le malade même dans son expression clinique (28).

Les vomissements étaient observés dans 78 cas, soit 86,7% de nos patients. Dans les autres cas, ils sont parfois remplacés par de simple nausée. C'est le cas de 12 cas de nos patients, soit 13,3%. Les vomissements apparaissent plus précocement avec des vomissements alimentaires, bilieux, rarement foecaloïde. La survenue n'est pas obligatoire. La plus fréquente, sa présence prouve que le tableau d'occlusion a évolué depuis longtemps. Pour nos 78 cas, les malades ont des vomissements. Ces chiffres indiquent que nos malades sont vus tardivement. Il ne faut pas donc attendre les vomissements pour affirmer que le transit est interrompu car en faite, c'est un signe de gravité.

Le météorisme abdominal était observé dans 80 cas soit 88,9%. On a observé soit un abdomen souple et douloureux, soit un abdomen tendu et douloureux soit une défense localisée ou généralisée. Pour nos patients :

- 50% de cas présentaient un abdomen souple ;
- 43,7% de cas présentaient un abdomen douloureux avec défense localisée ;
- 6,3% de cas : abdomen douloureux et généralisé.

Dans certains cas, on a trouvé un abdomen plat, 10 cas de nos malades soit 11,1%. Au total, la symptomatologie fonctionnelle est dominée par la triade :

- douleur abdominale ;
- arrêt des matières et de gaz ;
- nausée et vomissements.

SIGNES PARACLINIQUES : ABDOMEN SANS PREPARATION (ASP)

En ce qui concerne le diagnostic paraclinique, les clichés radiologiques de face de l'abdomen sans préparation en position debout ont été effectués pour confirmer les diagnostics de l'occlusion intestinale. Nous n'avons pratiqué que la radiographie de l'abdomen sans préparation, mais la littérature signale cependant que d'autres examens sont habituellement pratiqués pour confirmer le diagnostic.

Dans notre série, les clichés ont montré des images hydroaériques dans 100% de cas, soit :

- 18,9% étaient des images hydroaériques uniques ;
- 81,1% étaient des images hydroaériques multiples ;

Certaines images ont confirmé le diagnostic en montrant l'image caractéristique. C'est le cas de 81,1% de nos patients qui présentaient des multiples niveaux hydroaériques des occlusions hautes de grêle.

Le reste de nos malades, c'est-à-dire, 17 cas soit 18,9% a montré des images hydroaériques uniques qui n'ont pas typiquement des occlusions de grêle mais on peut penser qu'ils s'agissent des occlusions de grêle précoces et que les malades vus très tôt pour la prise en charge.

LÉSIONS MACROSCOPIQUES OBSERVÉES

A partir de notre étude, les occlusions aiguës de grêle sont dominées par les brides. Il s'agit des occlusions mécaniques nécessitant une intervention d'urgence. Les brides sont les premières causes de nos occlusions de grêle avec 100% de cas.

Le siège des brides est dominé significativement par l'intestin grêle, c'est à dire iléo-iléale 38,88% soit 35 cas. Il existe une association entre les brides.

- iléo-coecale 22,22% (20 cas)
- epiploo-iléale 11,11% (10 cas)
- iléo-utéro-annexielle droite 14,44% (13 cas)
- iléo-mésentérique 7,77% (7 cas)
- iléo-epiploo-vesiculaire 5,55% (5 cas).

Après l'intestin grêle, on a trouvé que la siége des brides est relativement fréquente au niveau de la fosse iliaque droite (iléo-coecale 22,22%). Cette fréquence et des brides à participation dans la FID pourraient être expliquées par le mode de drainage des liquides péritonéaux, préférentiellement par la gouttière pariéto-colique droite, et d'autre part par le rôle prépondérant du système lymphatique de l'appendice et de grêle terminale vis-à-vis de toute agression infectieuse et traumatique intra-abdominale.

RALIJAONA V. (29) porte sur son étude que le maximum de fréquence s'observe après les interventions gynécologiques et les appendicectomies, ce qui concorde avec notre étude. Elle trouve aussi que la grêle est le siège fréquent des brides et des adhérences 9 fois sur 11 soit 81,7%.

En effet, le diagnostic de bride doit être immédiatement recherché chez un patient ayant une cicatrice abdominale secondaire à une chirurgie intrapéritonéale.

Plusieurs études ont été récemment effectuées pour parvenir et traiter les brides. On a essayé plusieurs mesures :

- effectuer en routine une adhénoylyse complète ;
- n'effectue que l'adhénoylyse nécessaire à l'exposition du champ opératoire intestinal selon le procédé de Noble-childs ;
- faire un lavage péritonéal au sérum physiologique ou avec du soluté de Ringer.

Les acteurs concluent que la nécessité de prévenir la survenue de brides est évidente mais qu'aucune mesure prophylactique efficace est actuellement disponible.

Dans 36 cas soit 40% des brides sont associés à des nécroses intestinales.

ETIENNE J. C. et ses collaborateurs (1) ont trouvé que l'appendicite est plus grave, le risque de perforation est plus grand. La symptomatologie est particulière notamment du fait du retard fréquent à consulter (occlusion fébrile, forme tumorale). Dans notre étude, 14 cas soit 15,6% présentaient un appendice long et inflammée de 15 cm en position retro-coecale.

TYPE D'INTERVENTION

Tous nos patients ont bénéficié de voie d'abord par laparotomie médiane. Dans 68 cas ont eu une laparotomie médiane sous-ombilicale sur l'ancienne cicatrice ; alors que 21 cas restants avec antécédents d'appendicectomie : une laparotomie médiane sous-ombilicale à cheval sur l'ombilic a été choisie.

Un (1) cas seulement soit 0,91% a bénéficié la voie d'abord par inguinale, a été à l'occasion d'une occlusion aiguë de grêle due à une hernie inguino-scrotale droite étranglée.

La réanimation est une étape très importante dans le traitement des occlusions aiguës de grêle sur bride. Ce sont les réanimations pré-, per- et postopératoires. La réanimation préopératoire en générale faisait dès l'arrivée du patient. Les premiers gestes consistent à :

- demander le groupe sanguin et le facteur Rhésus ;
- appliquer la règle des quatre (4) tuyaux, c'est-à-dire pose de :
 - sonde naso-gastrique ;
 - sonde nasale pour l'oxygénation ;
 - sonde vésicale ;
 - une entrée veineuse.
- voir les paramètres cliniques et paracliniques.

La réanimation postopératoire consiste à faire la prémédication et l'anesthésie et maintenir l'équilibre hémodynamique.

La réanimation postopératoire a une importance majeure en tant que prolongement de la rééquilibration pré- et per-opératoire et en attendant la reprise du transit intestinal et de l'alimentation orale au plus tôt.

La conduite de l'intervention est dominée par la libération des brides. Le débridement était 100% de nos cas.

La résection intestinale était la deuxième intervention de notre série. Elle présentait, 34 cas soit 37%. L'appréciation de la vitalité de l'anse après inhibition au sérum salé chaud et infiltration à la xylocaïne du mésentère ont permis aux chirurgiens de décider une résection intestinale ou non.

L'appendicectomie curative était la troisième intervention dans notre série avec 14 cas soit 15,6%, dont 02 perforations appendiculaires, 06 abcès appendiculaires. ADOLF M. et SCHLOGEL M. (30) affirment que l'ablation complémentaire de l'appendice, d'une intervention abdominale réalisée pour une autre lésion est courante.

L'objectif de l'appendicectomie complémentaire au cours d'une autre intervention est la prévention d'une appendicite aiguë ultérieure. Une appendicectomie complémentaire n'augmente pas la gravité, laquelle peut être évitée en prenant des précautions d'asepsie. Dans notre étude 6 cas de nos patients ont fait une appendicectomie complémentaire.

Il faut savoir que les occlusions aiguës de grêle sur bride imploent un traitement chirurgical en urgence pour lever l'agent d'étranglement avant que ne se constituent des lésions ischémiques irréversibles. A la fin d'intervention :

- la toilette péritonéale prudente est nécessaire : elle fait avec des sérums tièdes puis suivis d'un assèchement et d'une péritonisation et d'antibiotique local. Ainsi le sang, les caillots, le pus et les liquides épanchés sont évacués ;

- le drainage : pour les cas opérés précocement et quand la ou les lésion(s) rencontrée(s) a été correctement traitée(s) ; on n'a pas utilisé de drainage.

Par contre ; s'il existe un épanchement purulent abondant au niveau du péritoine ou du mésentère, le drainage a été bien indiqué et le lieu du drainage est en zone déclive.

- la fermeture pariétale est classique plan par plan.

SUITES POSTOPÉRATOIRES

En général, les suites postopératoires ont été simples dans l'ensemble soit 85% c'est-à-dire 76 cas. Les suppurations sont rencontrées dans 5 cas soit 5,6%.

Nous avons 9 décès après occlusions aiguës de grêle sur bride opérée, soit 10% de cas. L'âge moyen est de 40 ans avec des extrêmes de 15 et 68 ans. On a 5 hommes et 4 femmes. La mortalité peut survenir à n'importe quelle partie de la période postopératoire :

- 3 patients sont décidés à la fin de l'opération ;
- 1 à 20^e heure après l'opération ;
- 1 au 1^{er} jour après l'opération ;
- 2 au 2^e jour ;
- 2 au 4^e jour.

RALIJAONA V. (29) a trouvé son étude des résultats des suites postopératoires :

- 61,1% des suites simples ;
- 25,9% des suppurations pariétales ;
- 13% décédés après l'opération.

Les résultats de l'étude de RAZANAMPARANY M. (20) sont :

- guérisons 65% ;
- décédés 35% qui viennent de la 24^e heure au 9^e jour après l'intervention chirurgicale.

Dans la série des 123 malades à l'hôpital de Bujumbura, on a enregistré 31 décès soit un taux de mortalité global de 25,2%. Parmi les 31 décès, 22 cas soit 71 % surviennent chez des malades traités au stade de nécrose intestinale (21).

En bref, plus diagnostic et la thérapeutique sont tardifs, plus le pronostic est défavorable. On peut guérir les occlusions aiguës de grêle sur bride grâce à la précocité du geste :

- de transfert rapide en milieu chirurgical ;
- une meilleure connaissance des signes cliniques et radiologiques ;
- une amélioration de la réanimation ;
- une intervention plus précoce et efficace.

DURÉE D'HOSPITALISATION

En fin, la durée moyenne d'hospitalisation dans notre série était de 18,075 jours. Le séjour le plus court est de 8 jours à 38 jours en cas de complication et multiples brides.

La plupart des malades soit 60,9% guérissent entre 8 et 20 jours avec une suite simple.

En effet, le séjour en post-opératoire est variable. Nous avons 4 patients qui quittent l'hôpital après 8 jours de l'opération. Ce sont des sujets jeunes et de bon état général. Donc la cicatrisation est rapide. Puis un patient est exécuté au 38^e jour de l'intervention. Il s'agit d'occlusion aiguë de grêle sur bride associé à de péritonite appendiculaire. C'est une femme âgée de 68 ans et a déjà connu 2 interventions antérieures. Le retard de cicatrisation, la fatigue ont augmenté la durée de l'hospitalisation.

Les critères de jugement retenus pour faire sortir le malade sont:

- la prise du transit,
- l'absence des signes de l'occlusion,
- l'assèchement de la plaie opératoire et
- l'état général satisfaisant.

SUGGESTIONS

D'après notre étude, qui a duré 6 mois (du Novembre 2003 au 30 Avril 2004), nous constatons que les problèmes rencontrés dans l'occlusion aiguë de grêle sur bride se rapportent au retard de consultation. Ce retard peut entraîner la nécrose intestinale nécessitant la résection qui augmente le risque de morbi-mortalité.

En effet, pour diminuer ces dégâts, il y a un travail à faire ensemble (personnel de santé; population, les autorités). Il s'agit d'une affaire de tout un chacun.

Il faut sensibiliser la population, surtout les post-opérées, à consulter le médecin le plus vite possible dès qu'il existe un symptôme de la maladie. Ceci est dans le but d'éviter les complications inhérentes à l'occlusion aiguë de grêle sur bride.

Nous devrions expliquer à la population que l'hôpital est un endroit où l'on se soigne. C'est pour dire d'enlever la peur de l'hôpital. Puis, de l'autre côté, tous les personnels de santé, quelque soit son rôle, devrait savoir accueillir les patients pour gagner leur confiance et les rassurer.

Pour améliorer la prise en charge de l'occlusion aiguë de grêle sur bride, il faut renouveler la qualité des services aux urgences. Il faut subventionner tous les matériaux nécessaires pour la réanimation; pour que le malade tolère bien l'anesthésie lors de l'intervention et aussi l'opération proprement dite.

N'oublions pas non plus le coût élevé des médicaments dont beaucoup ont du mal à supporter, donc l'autorité devrait s'y pencher.

CONCLUSION

Notre étude prospective concernant une série de 90 dossiers de patients opérés pour occlusion aiguë de grêle sur bride chez l'adulte plus de 15 ans, sur une période de Novembre 2003 au mois d'Avril 2004 nous a permis de connaître les difficultés rencontrées des occlusions postopératoires au CHUA HJRA au service des urgences.

L'occlusion aiguë de grêle sur bride est une des urgences les plus fréquentes et se présente même comme « l'urgence des urgences » lorsque la vitalité d'une anse est en jeu. Les difficultés rencontrées au cours de cette affection grave se posent :

- sur le retard de consultation et d'évacuation vers un centre chirurgical ;
- sur les problèmes diagnostiques : soit cliniques en présence de cas atypiques dans leur manifestation soit paracliniques en présence d'image non caractéristique et d'insuffisance matérielle ;
- sur les problèmes thérapeutiques :
 - d'une part, le délai d'intervention se prolonge en cas d'absence de signes de gravité certaine ou à cause du très mauvais état général du patient qui nécessite une réanimation intensive et prolongée sans parler des problèmes financiers ;
 - d'autre part, la pénurie de certains médicaments ou autres produits sont des causes non négligeables d'échecs.
- sur les problèmes de pronostic : plus le diagnostic et la thérapeutique sont tardifs, plus le pronostic est défavorable.

Notre étude nous a permis de dégager une meilleure prise en charge des occlusions aiguës de grêle sur bride. Nous croyons important de promouvoir et de renforcer des actions d'information, d'éducation et de communication sur les connaissances autour des occlusions de grêle sur bride soit pour les malades, soit pour les paramédicaux et médecins généralistes pour accélérer la consultation dès l'apparition du moindre symptôme d'alarme et de transférer le plus rapidement possible en milieu chirurgical. Il faut améliorer le diagnostic de l'occlusion intestinale sur ventre cicatriciel par une meilleure connaissance de signes cliniques et paraclinique. Une amélioration de la réanimation est nécessaire.

Enfin une intervention précoce et en urgence reste toujours une attitude souhaitable pour sauver la vie du malade.

Age	Sexe	DH	DI	ATCDS	Clinique	ASP	Lésions observées	Intervention	SPO	H
34 ans	F	2 Jours	4 heures	Appendicectomie Nov 1995	Vomissements Douleur abdominale Arrêt des matières et de Gaz Météorisme	NHA Centraux arceaux	Bride et adhérences ileo- iléale Ceoco- iléale	Débridement Libération des adhérences	Simple	15 Jours
19 ans	F	3 Jours	9 heures	Hématome rétro- péritoneal post- traumatique Juin 2002	Vomissements Douleur abdominale Arrêt des matières et de Gaz Météorisme, défenses abdominale, AEG	NHA Centraux arceaux	Bride et adhérences ileo- iléale, Ileo-epiploo-parietale	Débridement Libération des adhérences appendicectomie	Suppuration pariétale	28 Jours
52 ans	M	4 Jours	10 heures	Appendicectomie Dec 1990	Vomissements Douleur abdominale Arrêt des matières et de Gaz Météorisme, défenses, AEG	NHA Unique centrale arciforme	Eventration étranglée, Bide et adhérence ceoco-ileale	Libération des adhérences, débridement, omentectomie étranglée résection intestinale	Décédé 484 heures après d'intervention par mauvaise état général	
29 ans	F	4 Jours	8 heures	Grosseuse extra – Utérine Rompue Mai 1998	Vomissements Douleur abdominale Arrêt des matières et de Gaz Météorisme, défenses abdominale, AEG	NHA Centraux arceaux	Volvulus du grêle cravatés par des brides iléaux- iléales	Devolvulation débridements, résection intestinale nécrosée appendicectomie	Simple	21 Jours
29 ans	F	6 Jours	9 heures	Hystérectomie Fev 1995	Vomissements Douleur abdominale Arrêt des matière et de Gaz Météorisme, défenses	NHA Centraux arceaux	Volvulus du grêle avec brides et multiple adhérences	Devolvulation débridements Adhenolyses multiple résection intestinale	Simple	20 Jours

					abdominale, AEG					
45 ans	M	03J	06 heures	Gastrophage après perforation de la face antérieure de la bulbe Juin 2000	Vomissements Douleur abdominale Arrêt des matière et de Gaz Météorisme, défenses abdominale, AEG	NHA Centraux arceaux	Volvulus du grêle avec brides et multiple adhérences	Devolvulation débridements Adhenolyses multiple résection intestinale	Décidé par choc hypo volémique	
30 ans	F	4 Jours	08 heures	Annexectomie droite Juillet 1999	Vomissements Douleur abdominale Arrêt des matière et de Gaz Météorisme, défenses abdominale, AEG	NHA Centraux arceaux	Volvulus du grêle avec brides et multiple adhérences	Devolvulation débridements Adhenolyses multiple résection intestinale Zezunoplastie Appendicectomie	Simple	21 jours
60 ans	M	3 Jours	06 heures	Hernie étranglée Mars 1998	Vomissements Douleur abdominale AMG, Météorisme Défense	NHA Centraux arceaux	Appendice enflammée bride et adhérence epiploo – pariétale	Adhemolyses débridement appendicectomie	simple	22 jours
39 ans	F	4 Jours	5 heures	Grossesse Extra –uterine En Août 1997	Vomissements Douleur abdominale AMG, Météorisme Défense	NHA Centraux arceaux	Deux kystes de l’ovaire Volumineux contrastant des brides et adhérence iléaux pariétale	Débridement adhenolyses Igniponction résection intestinale nécrosée	simple	15 jours
38 ans	F	5 jours	6 heures	Opération césarienne janvier 2001	Vomissements Douleur abdominale AMG, Météorisme	NHA Centraux arceaux	Bride –adhérence iléales	Débridement Adhenolyses	simple	16 Jours
50 ans	M	7 jours	5 heures	Occlusions intestinales Par volvulus	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme	NHA centraux multiples	Bride adhérence ileaux-epiploo-pariétales	Section de bride adhenolyses	Simple	18 jours

				Février 2000	défense					
46 ans	F	6 jours	7 heures	Annexectomie droite Mai 2001	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme	NHA centraux multiples	Bride adhérence iléales	Section de bride adhenolyses appendice ctomie	Décidée par mauvaise état général	
32 ans	M	7 jours	5 heures	Appendicectomie Janvier 2000	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme	NHA central unique	Adhérence et bride iléaux -eleales	Section de bride adhenolyses	Simple	18 jours
34 ans	M	3 jours	18 heures	Gastroraphie par perforation de la petite courbure Décembre 2001	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme	NHA central unique	Adhérence et bride iléaux -eleales	Section de bride adhenolyses	Simple	16 jours
25 ans	F	4 jours	9 heures	Grossesse extra- utérine Opérée Mars 1999	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme défense	NHA centraux multiples	Bride adhérence ileaux- epiploo-parietales	Section de bride adhenolyses Rejection testinale	Simple	22 jours
33 ans	M	6 jours	27 heures	Tumeur du colon droit opérée Février 1997	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme défense	NHA centraux multiples	Bride adhérence ileaux- epiploo-parietales	Section de bride adhenolyses Rejection testinale	Suppuration pariétale	30 jours
39 ans	F	3 jours	9 heures	Annexectomie gauche Janvier 1998	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme défense	NHA centraux multiples	Bride et adhérences iléaux pariétale	Section de bride adhenolyses Résection intestinale	simple	20 jours

31 ans	M	2 jours	8 heures	Occlusion intestinale par volvulus opérée Septembre 2001	Vomissements douleur abdominale AMG, Météorisme défense	NHA centraux multiples	Bride et adhérence ileaux-epiploo pariétale	Section de bride adhenolyses	simple	18 jours
28 ans	F	3 jours	9 heures	Grossesse extra-utérine Rompu Décembre 2000	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme défense	NHA centraux multiples	Anse intestinale dilatée et cravatée par de bride ileo-ileale	Section de bride adhenolyses	simple	16 jours
29 ans	F	2jours	26 heures	Opération césarienne Août 2001	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme	NHA arciforme unique	Anse intestinales dilatés et cravatés par une bride et adherence	Séction de bride A dhenolyse	Simple	14jours
33ans	M	3jours	38 heures	Hernie étranglée Janvier 2001	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme défense	NHA multiple arceaux centraux	Adhérence et bride parieto-ileale	Adhenolyse multiple section de bride	simple	16jours
46 ans	F	5Jours	49heures	Grossesse Extra-Uterine rompue janvier 2002	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme Défense	NHA Centraux multiple arceaux	Bride et adherences multiles ileaux-ileals ileo-utero annexiel droit	Debridements leberation des adherences section entestin necrosé	Décédé par choc	hypovol emique
34 ans	F	3jours	10heures	Annexectomie droit Avril 2002	Vomissements douleur abdominale AMG ventre plat	NHA multiple centraux	Brides et adherence multiple : ileaux-epiploo-parietale	Section de bride liberation des adherences	simple	16jours
21ans	M	2Jours	8heures	Appendicectomie février	Nausée douleur abdominale AMG ventre	NHA unique central	Bride et adherence ileo-coecale	Section de bride adhenolyse	simple	10jours
30ans	F	3jours	9heures	Operation cesarienne décembre 1999	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme défense	NHA multiple centraux arceaux	Anse intestinale dilatée cravatée par bride et adherence multiples	Section de bride adhenolyse multiples resection intestinale	simple	12jours
43 ans	F	02 jours	6heures	Appendicectomie	Vomissements douleur	NHA central	Vol valus de grêle sur bride	Débridement	Simple	20

				Novembre 1997	abdominale AMG , Météorisme défense	unique	et adhérence jejuno-ileale	devolvulation adhenolyse drainoge		jours
34 ans	F	3jours	7heures	Appendicectomie Mars 2002	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme	NHA unique arciforme	Bride et adhérence iléo- cæcal et ileo-ileale	Débridement et adhénolyses	Simple	20 jours
41 ans	F	4 jours	58 heures	Grossesse extra- utérine janvier 2001	Vomissements douleur abdominale AMG , Météorisme défense	NHA multiple arceaux centrale	Brides et adhérences ovaro- epiloique droite , ileo-utero- annexiel droite, ileo-ileale vesieal	Débridement adhénolyses resection intestinal necrosée	Décédée par choc infectieux	
38 ans	F	3 jours	19 heures	Péritonite par Perforation intestinale Mars 2002	Vomissements douter abdominale AMG , météorisme	NHA unique centrale	Adhérences, brides epiplou pariétal et ileo-ileale	Section de Bride Adhenolyses multiple	simple	08 jours
29 ans	F	2 Jours	46 heures	Opération césarienne Avril 2003	Nausée Douleur abdominale AMG , ventre plat	NHA Multiplies centraux arceaux	Brides iléale Adhérences multiples Appendice enflammée Hydrosalpinx bilatérale	Débridement Adhenolyses Igniponction suivie d'hémostase des hydrosalpinx Appendicecto-mie	simple	13 jours
39 ans	F	2 jours	6 heures	Opération césarienne Déc 1999	Vomissements douleur abdominale AMG , météorisme défenses	NHA Multiplies arceaux centraux	Volvulus des grêle sur bride et adhérences Appendice inflammée	Section de bride Adhenolyses Devolvulation Appendicecto- mie	Suppu- ration pariétal	30 jours
32 ans	F	01jours	20 heures	Grossesse extra- utérine	Vomissements douleur abdominale	NHA Multiplies	Bride et adhérences multiplies : ileo-ileale , ileo-	Débridement Adhenolyses	Simple	26 jours

				Mars 1997	AMG , météorisme défenses	arceaux	epiploo-parietale	Résection intestinal Appendicecto mie		
--	--	--	--	-----------	------------------------------	---------	-------------------	---	--	--

28 ans	F	02 jours	08 heures	Opération césarienne Janv 2002	Vomissements douleur abdominale AMG , météorisme défenses	NHA Multiplies arceaux	Bride verticale de l'utérus infectant, adhérent aux anses du grêle et à la paroi abdominale	Adhenolyse Hysterotrophie en surjet Avinage	Simple	16 jours
22 ans	H	04 jours	09 heures	Appendicecto- mie Fev 1999	Nausée Douleur abdominale ANG , météorisme Défense	NHA Multiplies arceaux	Bride et adhérences multiplies : jejuno-ileo- parietale, ileo-ileale	Section de bride Libération des adhérences	Simple	15 jours
28 ans	H	06 jours	34 heures	Perforation jéjunale Déc 2001	Douleur abdominale Vomissements ANG , météorisme AEG	NHA Multiplies centraux arceaux	Bride et adhérences ileaux par strangulation	Libération des adhérences Résection intestinale anastomose termino- terminale	Simple	18 jours
18 ans	M	05 jours	10 heures	Splénectomie Mars 1997	Douleur abdominale Vomissements ANG , météorisme Défenses	NHA Centrale unique	Bride et adhérences jepino- ileale	Debridement adhenolyses multiple	Simple	28 jours
35 ans	M	06 jours	08 heures	Gastroraphie par Perforation gastrique Fév 2002	Douleur abdominale Vomissements AMG , météorisme	NHA Multiplies arceaux	Volvulus de l'intestin grêle avec bride fermée de l'epiploo	Résection de bride detortion de l'intestin Enterotomie de vidange	Simple	16 jours
15 ans	M	02 jours	6 heures	Occlusion intestinale par volvulus Déc 1998	Vomissements Douleur abdominale AMG , météorisme	NHA Multiplies centraux	Adhérences et Bride multiple ileaux-ileo epiploo-parietale	Adhenolyses Débridements Résection intestinale nécrosée	Simple	18 jours

24 ans	F	03 jours	8 heures	Appendicectomie Nov 1998	Douleur abdominale Vomissements AMG , météorisme Défense	NHA Centrale unique	Bride et adhérence Ileo- iléale	Debridement Adhenolyses Résection intestinale nécrosée	Simple	20 jours
62 ans	F	04 jours	06 heures	Appendicectomie Janv 2003	Nausée Douleur abdominale AMG météorisme	NHA Centrale multiples	Bride et adhérence Multiples : ileo-ileale, ileo- epiploo-parietale	Debridements Adhenolyses multiple	Simple	16 jours
62 ans	F	04 jours	27 heures	Hystérectomie Fév1998	Vomissements Douleur abdominale AMG , météorisme AEG , défense	NHA Multiplies centraux arceaux	Bride et adhérences ileaux par strangulation	Adhenolyses Section de brides résection intestinale Anastomose termino- terminale	Décédé par Choc Hypovole mique	
39 ans	F	10 jours	09 heures	Grossesse extra- utérine Avril 2000	Vomissements Douleur abdominale AMG , météorisme AEG	NHA Centrale unique	Bride et adhérences du grêle par strangulation	Débridements Libération des adhérences Résection intestinale Anastomose termino- terminale	Simple	30 jours
29 ans	F	03 jours	40 heures	HRP Août 1999	Nausée Douleur abdominale Arrêt des Matière et de Gaz Ventre plat	NHA Centraux multiples	Bride et adhérences Multiples ileo-epiploo- parietale	Débridement Adhenolyses	Simple	20 jours

38 ans	F	04 jours	7 heures	Splenectomie en Août 2002	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorismes Défense	NHA centraux multiples	Bride et adhérences Multiples :ileaux-epiploo- epoploïque appendice enflammée	Adhenolyses Débridements Appendicectomies	Simple	15 jours
15 ans	F	05 jours	48 heures	Occlusion Intestinale Aigue par strangulation Janvier 1996	Vomissements Douleur abdominale ANG, météorismes Défense	NHA multiples centraux	Bride et adhérences multiples	Section de bride Adhenolyses multiples	Simple	18 jours
40 ans	F	10 jours	29 heures	Operatiion Cesarienne Mars 2000	Hyperthermie Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme	NHA multiples centraux	Abcès intestinale dilatés et cravatés par une bride et adhérences iléo-ileale	Section de Bride Libération des adhérences Drainage	Simple	08 jours
43 ans	F	10 jours	30 heures	Annexectomie Droite Juillet 2000	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme Défense	NHA Multiples arceaux centraux	Bride et adhérences iléaux iléale	Débridements Adhenolyses Appendicecto mie drainage	Simple	09 jours
15 ans	M	03 jours	58 heures	Appendicectomie Fev 1998	Nausée, AEG Douleur abdominale AMG , météorisme	NHA unique central	Bride et adhérences coeco- ileale et ileo-ileale	Adhenolyses Section des brides	Décidé par Choc infectieux	

18 ans	M	04 jours	10 heures	Appendicectomie Jan 2001	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme Défense	NHA multiples arceaux	Volvulus de grêle sur brides et adhérences	Devolvulation Débridement Adhenolyses	Simple	10 jours
36 ans	M	05 jours	08 heures	Occlusin intestinale aigue par volvulus du grêle Sept 2000	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme Défense	NHA multiples centraux arceaux	Bride et adhérences par strangulation du grêle	Libération adhérences Section des brides Omentectomie	Simple	09 jours
38 ans	F	10 jours	03 heures	Grossesse Extra- Uterine Déc 1997	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme Défense	NHA centraux multiples	Volvulus des grêles sur brides et adhérences	Adhenolyses Débridements Résection intestinale Jéjunoplastie drainage	Simple	28 jours
42 ans	F	10 jours	46 heures	Operation Cesarienne Fév 1996	Douleur abdominale Vomissements AMG, AEG météorisme	NHA multiples centraux arceaux	Bride et adhérences multiples	Débridement Adhenolyses Résection intestinale nécrosée	Décédé Par choc hypovolemique	
43 ans	F	3 jours	04 heures	Perforation de la face ante rieure de la Bulbe Déc 1999	Vomissements Douleur abdominal AMG, météorisme AEG	NHA Unique centrale	Volvulus des grêles sur brides et adhérences	Section de bride Adhenolyse Devolvulation Résection intestinale	Simple	08 jours

43 ans	F	08 jours	06 heures	Hysterectomie Août 1999	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme Défense	NHA multiples centraux	Volvulus du grêle sur bride et adhérences	Adhenolyse Devolvulation Résection intestinale	Simple	28 jours
38 ans	F	03 jours	08 heures	Annexectomie gauche Sep 1998	Vomissements Douleur abdominal AMG, météorisme Défense	NHA Centraux multiple	Volvulus du grêle sur bride et adherence	Débridement Devolvulation Adhenolyses Résection intestinale Anastomose termino- terminale	Simple	26 jours
41 ans	F	03 jours	27 heures	Annexectomie Droite Oct 1997	Nausée Douleur abdominal AMG , ventre plat	NHA Unique centrale	Bride et adhérences ileo- epiploo-parietale	Débridement Adhenolyses Appendicectomie	Simple	08 jours
27 ans	F	05 jours	09 heures	Grossesse extra- uterine rompus (annexectomie) Jan 1998	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme	NHA Unique centrale	Bride et adhérences ileaux iléales	Débridement Adhenolyses	Simple	16 jours
17 ans	F	02 jours	38 heures	Appendicectomie Juin 1999	Vomissements Douleur abdominale AMG, vente plat	NHA Unique centrale	Bride et adhérences coeco- ileale, ileo-ileale	Débridement Adhenolyses	Simple	12 jours
29 ans	M	3 jours	09 heures	Appendicectomie Juin 1994	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme	NHA centrale Unique	Bride et adhérences coeco- ileale et ileo panetale	Adhenolyse Section de bride	Simple	22 jours

25 ans	M	02 jours	06 heures	Péritonite Appendiculaire Dec 2000	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme AEG	NHA Unique centrale	Bride et adhérence jejuno- ileale	Adhenolyse Résection jéjunale necrosée drainage	Suppuration panc tale	30 jours
24 ans	F	07 jours	03 heures	Appendicectomie Avril 1998	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme	NHA arceaux multiple	Bride et adhérences multiples ileo-ileale, ileo- epiploo-parietale	Débridement Adhenolyses Résection intestinale	Simple	24 jours
27 ans	F	03 jours	09 heures	Annexectomie droite Nov 1999	Vomissements Douleur abdominale AMG, ventre plat	NHA Unique Arcifprme	Volvulus du grêle sur bride Et adherences	Résection de l'ileau nécrosée Débridement Anastomose termino- terminale	Simple	24 jours
17 ans	M	06 jours	10 heures	Appendicectomie Août 1999	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme	NHA Unique centrale	Bride et adhérences iléo- coecal	Débridements Adhenolyses	Simple	20 jours
41 ans	M	04 jours	10 heures	Opration Césarienne Mars 1994	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme	Deux NHA centraux arceaux	Volvulus du grêle sur bride et adhérences	Débridement Adhenolyses Devolvulation	Suppuration pariétale	36 jours
26 ans	F	06 jours	10 heures	Grossesse Extra- Utérine Rompue Dec 1998	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme	NHA Multiple centraux	Bride et adhérences multiples	Adhenolyses Débridement Résection intestinale	Simple A de N	26 jours

60 ans	F	03 jours	05 heures	Hystérectomie Sep 1993	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme Défense	NHA centraux multiples	Bride et adhérences multiples	Débridement Adhenolyses drainage	Simple	36 jours
25 ans	M	10 jours	05 heures	Peritonite par perforation iléale Oct 1998	Nausée Douleur abdominale AMG , ventre plat	NHA Multiple Arceaux	Bride et adhérences ileaux iléales par strangulation	Adhenolyses Débridement Résection intestinale	Simple	19 jours
26 ans	M	08 jours	06 heures	Péritonite Appendiculaire Janv 2000	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme	NHA Centrale unique	Brides coeco-ileale et adhérences jejuno-ileale	Débridement Adhenolyses Omentectomie drainage	Suppuration panetale	30 jours
52 ans	F	02 jours	08 heures	Péritonite par Perforation du grêle Mars 2001	Nausée Douleur abdominale AMG , vente plat	NHA Centrale unique	Volvulus du grêle sur bride et adhérences	Adhenolyse Devolvulation Débridement	Simple	20 jours
43 ans	M	4 jours	09 heures	Appendicectomie Nov 1990	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme Défense	NHA Multiple Centraux Arceaux	Bride et adhérences multiple : ileo-epiploo pariétale ileaux -iléales	Adhenolyse Devolvulation Debridement Enterotomie de vidange , drainage	Simple	30 jours
18 ans	M	4 jours	09 heures	Splénectomie Dec 1998	Vomissements Douleur abdominale AMG, meteorisme	NHA Multiple Arceaux centraux	Volvulus du grêle cravaté par de bride et adhérences ileo-epiploo- parietale	Devolvulation Adhenolyse Debridement Appendicectomie	Simple	10 jours

48 ans	F	03 jours	06 heures	Appendicectomie Juin 1997	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme	NHA Multiple Centraux	Volvulus du grêle cravaté par de bride et adhérences ileo-ileale	Adhenolyse Section de bride Devolvulation drainage	Simple	20 jours
62 ans	F	05 jours	08 heures	Hystérectomie Juillet 1994	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme	NHA Multiple Arceaux	Bride et adhérences multiple : ileaux-epiploo- parietale par strangulation	Adhenolyses Section de bride Résection intestinale Anastomoses	Simple	24 jours
25 ans	F	10 jours	4 heures	Grossesse Extra- Uterine, operée Nov 1998	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme AEG	Deux NHA Centraux Arceaux	Volvulus du grêle avec bride et adhérences ileo- epiploo-parietale	Devolvulation Débridements Adhenolyses Résection intestinale	Simple	26 jours
28 ans	F	4 jours	18 heures	Opération césarienne Janv 1999	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme AEG	NHA Multiple Arceaux	Bride et adhérences multiples ileaux-iléales, epiploo-utero-ileale	Section de bride Adhenolyses Résection Intestinale necrosée	Simple	16 jours
22 ans	M	6 jours	07 heures	Péritonite par Perforation de grande courbure Oct 1998	Nausée Douleur abdominale AMG , ventre plat	NHA Multiple Arceaux	Volvulus du grêle cravaté par des brides et adhérences	Section de bride Devolvulation Adhenolyses Résection intestinale Appendicectomie	Simple	18 jours

30 ans	M	14 jours	10 heures	Appendicectomie en Juin 1998	Nausée Douleur abdominale AMG ,ventre plat Hyperthermie	NHA Multiple Centraux Arceaux	Bride et adhérences multiple il eaux iléale , ileo- parietale	Section de bride Adhenolyses	Simple	12 jours
17 ans	M	10 jours	48 heures	Hernie étranglée Operée en Mars 1999	Vomissements Douleur abdominale AMG, ventre plat	NHA Multiple Centraux	Volvulus du grêle sur bride et adhérence ileo-ileale	Devolvulation Section de bride Adhenolyses	Simple	18 jours
58 ans	M	18 jours	50 heures	Paritonique par Perforation de petite coubure gastrique en Avril 1998	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme Défense, AEG	NHA Multiple Arceaux Centraux	Bride et adhérences multiple ileaux -iléales, jejuno-epiploo -pariétale	Section de bride Adhenolyses Résection intestinale necroisée anastomose Termino-Terminale	Décédé par mauvaise état générale après 24 heures	
41 ans	M	12 jours	72 heures	Appendicectomie en Juin 1999	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme Défense, AEG	NHA Petits- nombreux centraux	Bride et adhérences multiple il eaux iléale ileo- jejunal	Débridement Adhenolyses Résection intestinale nec osée	Simple	20 jours
39 ans	F	7 jours	46 heures	Annexectomie droite opérée en Dec 2001	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme Défense	NHA Multiple Arceaux Centraux	Bride et adhérences ileo parieto-epiploo que ileo- utero-vesicale	Section de bride Adhenolyses multiples	Simple	18 jours
27 ans	M	8 jours	8 heures	Splénectomie en Mars 2001	Nausée Douleur abdominale AMG ,ventre plat	Deux NHA centraux en bulles de gaz	Bride ileo-ileale et ileo- duodenale	Débridement	Simple	16 jours

31 ans	F	03 jours	6 heures	Grossesse extra-utérine rompue opérée en Juillet 2000	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme Défense	NHA Petits nombreux centraux	Volvulus du grêle cravaté par des brides et adhérences	Devolvulation Adhenolyses Débridement	Simple	14 jours
38 ans	M	6 jours	72 heures	Péritonite appendiculaire Opérée en Nov 1998	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme , défense	NHA Multiple Centraux Arceaux	Bride et adhérences multiple ileaux, iléale Ilao-epiploo-parietale	Adhenolyse Section de bride Résection intestinale nécrosée Enterotomie de vidange	Simple	17 jours
69 ans	F	03 jours	8 heures	Appendicectomie en Oct 2001	Vomissements Douleur abdominale AMG, météorisme Défense	NHA Multiple Arceaux Centraux	Multiple adhérences volvulus de grêle cravaté par bride, anse intestinale nécrosée	Adhenolyse Devolvulation Section de bride Résection intestinale nécrosée, Enterotomie	Simple	30 jours
31 ans	F	04 jours	6 heures	Grossesse extra-utérine rompue, opérée en Fev 1997	Douleur abdominale Vomissements AMG météorisme Défense	NHA Centraux arceaux	Adhérences et bride multiple ileaux, iléales Ilao-epiploo-parietaux uterin	Débridement Adhenolyse Résection intestinale nécrose	Simple	18 jours
18 ans	M	03 jours	9 heures	Splénectomie en Juin 2001	Douleur abdominale Vomissements AMG, ventre plat AEG, défense	NHA Centraux arceaux	volvulus du grêle sur bride et adherence	Adhenolyse Section de bride Devolvulation Appendicectomie	Simple	14 jours
38 ans	M	4 jours	72 heures	Péritonite appendiculaire en Mai 1998	Douleur abdominale Vomissements AMG , défense	NHA Centraux multiple	Bride et adhérences il eaux -iléale	Section de bride Adhenolyses	Simple	15 jours

40 ans	M	7 jours	10 heures	Appendicectomie en Fev 1998	Douleur abdominale Vomissements AMG météorisme	NHA Centraux arceaux	Bride et adhérences ileaux epiploo-parietal	Débridement Adhenolyse Enterotomie	Simple	16 jours
19 ans	M	10 jours	48 heures	LAPAROTOMIE blondie en Juillet 2001 pour sispensiion de rupture de la rate	Douleur abdominale Vomissements AMG, météorisme Défense	NHA Multiple Centraux Arceaux	Bride et adhérences il eaux -iléale et epiploo-parietal	Adhenolyse Débridement Enterotomie Résection intestinale, appendicectomie	Simple	7 jours

BIBLIOGRAPHIES

- 1- Etienne JC. Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. Edition Techniques. Encycl – Méd – Chir, Urgence, Paris, France, 1994: 27.
- 2- Nouveau Larousse Médical. Larousse 1994, 5573: 154.
- 3- Baziral. Influence de la necrose intestinale dans le pronostic post-operatoire des occlusions intestinales aiguë par bride. Concoures médical. Paris, 1989: 811-813.
- 4- Lamyj. Rappel anatomique, le jejuno-iléon. Nouveau traite de technique chirurgicale. Masson, 2^e Edition, 1976: 3-6.
- 5- Martin C. Anesthésie- Réanimation en chirurgie abdominale d’urgence chez l’adulte. Enycl-Méd-Chir. Anesthésie- Réanimation, Paris, France, 1985: 16.
- 6- Guivarc’hm. Houssin D. Occlusions aiguës de grêle de l’adulte, Enycl-Méd-Chir. Techniques chirurgicales, Appareil digestif. Paris, 1980, 40430: 4,5,10.
- 7- Alexandre JH. Occlusions intestinales, pathologie chirurgical. Masson, Paris, New York, Barcelone, Milan, 1978: 821-837.
- 8- Arnaud JP. Physiopathologie du péritoine. Péritonisation Drainage. Enycl. Méd. Chir. Techniques chirurgicales. Appareil digestif. Paris, France, 1989, 40070-11: 1-15.
- 9- Ryan GB. Post operative peritoneal odhesions. A study of the mechanism. Am J Pathol, 1971 : 117-148.
- 10- Charles Becciolini. L’Obstruction intestinale. Curriculum Forum Méd suisse, 2003; 299.
- 11- Fattorusso V. Occlusion intestinale, Vademecum clinique. Masson, 13^e édition, Paris, Milan, Barcelone, Bon, 1994: 950 – 952.
- 12- Ellis M. The causes and the psevention of intestenal adhesions. Br J Surg, 1982; 96: 241-243.

- 13- Bernard F. Anesthésie – Réanimation en chirurgie Abdominale d’urgence chez l’adulte. *Encycl-Méd-Chir. Anesthésiste – Réanimation*, New York, 1999: 15-20.
- 14- Charles, Georges. Anesthésie – Réanimation en chirurgie Abdominale d’urgence chez l’adulte, *Encycl-Méd-Chir. Anesthésiste – Réanimation*, Paris, France, 2003: 10-11 .
- 15- Chobli M. Les occlusions intestinales aiguës en République Populaire du Bénin. A propos de 83 cas traités au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou, *Afr Méd*, 1983: 13-20.
- 16- Sendama I. Obstructions intestinales aiguës, santé et Maladies au RWANDA, A.G.C.D Bruxelles, 1982.
- 17- MC Iver. Acuta intestinal abstraction ; général considérations. *Archi, Surg*, 1932, 25 : 1098-1101.
- 18- Abi F, Elfares F, Nechad M. Occlusions intestinales aiguës. *Revus générale à propos de 100 cas*, *Jchir*, 1987 ; 124 : 471-474.
- 19- Sall B. Problèmes posés par les occlusions intestinales à l’hôpital A. Le Dantec, *Dakar médical*. 1983; 28; 3: 501-507.
- 20- Razanamparany A.M. Les occlusions de grêle vues en Réanimation : Aspect cliniques ; étiologiques et thérapeutiques à propos de 52 cas de CHU HJRA. Thèse Médecine ; Antananarivo, 1993; n°3037.
- 21- Nsabimana C. Les occlusions intestinales aiguës. A propos de 100 cas. Thèse de Médecine, Bujumbura, 1986.
- 22- Lorimier G. L’occlusion de grêle par Brides. *Méd. Chir Dig*, 1990 ; 19 : 163-165.
- 23- Rakotozafy F. Les occlusions post-opératoires, A propos de 29 cas. Thèse Médecine, Antananarivo, 1993 ; n° 3210.
- 24- Dia A. Les occlusions intestinales par brides post-opératoires: 79 observations. *Jchir*, Paris, 1991; 12: 548-551.

- 25- Razafindravonona I. Les pièges diagnostiques des occlusions intestinales, A propos de 57 cas au CHU Antananarivo. Thèse Médecine, Antananarivo, 1990; n° 2245.
- 26- EM Danse. Intérêt de l'échographie dans le diagnostic de l'Occlusion intestinal aiguë. Journal de Madeologie, Paris, 1996: 1223-1227.
- 27- Bazira L. L'influence de la nécrose intestinale aiguë. Expérience de 123 cas opérés à l'hôpital de Bupembres (Burundi). Annales de chirurgie, Paris, 1989; 10; 43: 811-831.
- 28- Mondor M. Considérations sur les occlusions post-operatoires précoces, A propos de 24 observations. Thèse Médecine, Lyon, 1963; n° 148.
- 29- Ralijaona V. Considération étiologique, Physiopathologique, clinique et thérapeutique sur les occlusions intestinales aiguës de l'adulte nécessitant une intervention chirurgicales a propos de 62 cas à l'HJRA du Déc 1985 à Mai 1989. Thèse Médecine, Antananarivo, 1993; n° 1886.
- 30- Adolf M. et Schlogel M. Paritonite Poste – Operatoires : Diagnostic, traitement et pronostic. Méd Afrique Noire, 1990; 37; 7: 397-401.

<<Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE,

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorotoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany>>.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le président de thèse

Signé : Professeur RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Name and surname : RAMIARANA Louis
Title of thesis : Sharp hail occlusions on bridle post - operative
Rubric : Surgery
Number of figures : 03 Number of annexes : 15
Number of pages : 51 Number of diagram : 02
Number of tables : 13 Number of bibliographical référence : 30

SUMMARY

Occlusions of hail on bridle are defined as a stop more or less complete of the intestinal transit. They pose a problem major of public health to Madagascar by the importance of percentage of prevalence and the increase of the rate morbi - mortality They constitute then the principal surgical emergency by the fear of the necrosis intestinal that worsen forecast them. Our objective was to demonstrate their existence to the surgical emergency service to the FALLEN/HJRA so as to improve their plug in cost. Our study has been prospective 90 invalids operated in emergency for sharp intestinal occlusions on stomach cicatricielle presenting bridle of November 2003 had 30 April 2004. The frequency of occlusions on bridle was estimated at 8,28% by report to numbers of interventions practiced in emergency. This pathology has touched the adult Youths (77,3%) with the average âge of 34,35 years. The clinic table has been dominated by the abdominal pain (100%), the matters and gas stop (100%) nausea and vomitings (100%). The radiological image of the abdomen without préparation has shown in 100% of case of levels Hydro - aeries

The mortality was evaluated in 10% of case. The delay of the period of intervention imposes therapeutic problem and forecasts operated patients since it entails the necrosis intestinal. Intestinal occlusions on bridle post - operative remain a sickness engraves Not processed, they put at stake forecasts it vital patients. They hâve to be diagnosed in time, and to be operated very early so as to minimize at best risks of necrosis ; and to lower thus the mortality.

Key-words : Occlusion, intestine hails, bridles, stomach cicatricielle
Director of thesis : Professor RAKOTOVAO Joseph Dieudonné
Reporter of thesis : Doctor RAKOTONDRABE Jean Bruno
Address of the Author : Lot VS 54 B Ter Ambolonkadrina

Nom et Prénom : RAMIARANA Louis

Titre de thèse : Occlusions aiguës de grêle sur bride post-opératoire

Rubrique : Chirurgie

Nombre de figures : 03

Nombre d'annexes : 15

Nombre de pages : 51

Nombre de schéma : 02

Nombre de tableaux : 13

Nombre de référence bibliographique : 30

RESUME

Les occlusions de grêle sur bride sont définies comme un arrêt plus ou moins complet du transit intestinal. Elles posent un problème majeur de santé publique à Madagascar par l'importance de pourcentage de prévalence et l'augmentation du taux morbi-mortalité. Elles constituent alors le principal urgence chirurgicale par la peur des nécroses intestinales qui aggravent leur pronostiques. Notre objectif était de démontrer leur existence au service des urgences chirurgicales au CHU/HJRA afin d'améliorer leur prise en charge. Notre étude a été prospective de 90 malades opérées en urgence pour occlusions intestinales aiguës sur ventre cicatricielle présentant de bride de Novembre 2003 eu 30 Avril 2004. La fréquence des occlusions sur bride était estimée à 8,28% par rapport aux nombres d'interventions pratiquées en urgence. Cette pathologie a touché les adultes Jeunes (77,3%) avec l'âge moyen de 34,35 ans. Le tableau clinique a été dominé par le douleur abdominale (100%), l'arrêt des matières et des gaz (100%) nausée et des vomissements (100%). L'image radiologique de l'abdomen sans préparation a montré dans 100% de cas des niveaux Hydro-aériques

La mortalité était évaluée dans 10% de cas. Le retard du délai d'intervention impose de problème thérapeutique et pronostique des patients opérés puisqu'il entraîne la nécrose intestinale.

Les occlusions intestinales sur bride post-opératoire restent une maladie grave. Non traitées, elles mettent en jeu le pronostique vital des patients. Elles doivent être diagnostiquées à temps, et être opérées très tôt afin de minimiser au mieux les risques de nécrose ; et abaisser ainsi la mortalité.

Mots-clés : Occlusion, intestin grêle, brides, ventre cicatriciel,

Directeur de thèse : Professeur RAKOTOVAO Joseph Dieu Donné

Rapporteur de thèse: Docteur RAKOTONDRABE Jean Bruno

Adresse de l'Auteur : Lot VS 54 B Ter Ambolonkadrina