

ANDRIANJAFITRIMO Holy Tiana

**OCCLUSION INTESTINALE AIGUE : ASPECT EPIDEMIO-CLINIQUE
AUX URGENCES CHUA-JRA**

Thèse de Doctorat en Médecine

**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE**

ANNEE : 2011

N°: 8148

**OCCLUSION INTESTINALE AIGUE : ASPECT EPIDEMIO-CLINIQUE
AUX URGENCES CHUA-JRA**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 20 avril 2011
à Antananarivo

Par

Madame ANDRIANJAFITRIMO Holy Tiana
Née le 17 janvier 1983 à Ankadifotsy – Antananarivo

Pour obtenir le grade de :

"DOCTEUR EN MEDECINE" (Diplôme d'Etat)

Directeur : Professeur **RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin**

MEMBRES DU JURY :

Président : Professeur **RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin**

Juges : Professeur **FIDISON Augustin**

: Professeur **RAKOTOARIJAONA Armand Herinirina**

Rapporteur : Docteur **RIEL Andry Mampionona**



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MEDECINE

Fax : 22 277 04 - BP. 375 Antananarivo
E-mail : facultedemedecine_antananarivo@yahoo.fr

I. CONSEIL DE DIRECTION

A. DOYEN	M. RAPELANORO RABENJA Fabafahantsoa
B. CHARGE DE MISSION	M. RAJAONARIVELO Paul
C. VICE-DOYENS	
- Appui à la Pédagogie et Recherche	M. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie
- Relations Internationales	M. SAMISON Luc Hervé
- Scolarité	M. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrana
* 1 ^{er} et 2 nd cycles	M. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck
* 3 ^{ème} Cycle court :	M. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA Nantenaina Soa
. stage interné, examen de clinique et thèses	M. RAKOTO RATSIMBA Hery Nirina
- TéléEnseignement, Communication, LMD, Ecole Doctorale et Formation Continue	M. SAMISON Luc Hervé
- Troisième Cycle Long :	Mme. ROBINSON Annick Lalaina
. Agrégation, Clinicat, Internat Qualifiant	
. Diplôme Universitaire, Diplôme InterUniversitaire	
D. SECRETAIRE PRINCIPAL	
- Responsable de l'Administration, Finances et Sécurité au travail	Mme. RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

II. CONSEIL D'ETABLISSEMENT

PRESIDENT	Mme. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noéline
------------------	-------------------------------------------

III. CHEFS DE DEPARTEMENT

- Biologie	Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat
- Chirurgie	Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès
- Médecine	Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu
- Mère et Enfant	Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré
- Pharmacie	Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA Nantenaina Soa
- Santé Publique	Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie
- Sciences Fondamentales et Mixtes	Pr. AHMAD Ahmad
- Tête et cou	Pr. ANDRIAMAMONJY Clément
- Vétérinaire	Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO Henriette

IV. CONSEIL SCIENTIFIQUE

PRESIDENT

M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A. PRESIDENT

Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

B- ENSEIGNANTS PERMANENTS

B. 1. PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa
- Endocrinologie et métabolisme Pr. RAMAHANDRIDONA Georges
- Néphrologie Pr. RAJAONARIVELO Paul
Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa
- Neurologie Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain
- Pneumologie-Phtisiologie Pr. ANDRIANARISOA Ange

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie néonatale Pr. RANDRIANASOLO Olivier
- Pédiatrie Pr. RAZAFIARIVAO Noéline

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Administration et Gestion Sanitaire Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette
- Education pour la Santé Pr. ANDRIAMANALINA Nirina Razafindrakoto
- Santé Communautaire Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné
- Santé Familiale Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA
Justin
- Statistiques et Epidémiologie Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie Pathologique Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa
- Anesthésie-Réanimation Pr. RANDRIAMIARANA Mialimanana Joël

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtalmologie Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO
Violette
Pr. BERNARDIN Prisca
- Stomatologie Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

B.2. PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Biochimie Pr. RANAIVO HARISOA Lala
- Hématologie Biologique Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat
- Parasitologie Pr. RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy Soa

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Cardio-Vasculaire Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès
- Chirurgie Générale Pr. RAKOTO - RATSIMBA Hery Nirina
- Chirurgie Pédiatrique Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana
- Chirurgie Thoracique Pr. RAKOTOVAO Hanitrana Jean Louis
- Chirurgie Viscérale Pr. SAMISON Luc Hervé
- Orthopédie Traumatologie Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude
Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval
- Urologie Andrologie Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Cardiologie Pr. RABEARIVONY Nirina
- Hépatogastro-entérologie Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrana
- Maladies Infectieuses Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu
- Néphrologie Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck
- Psychiatrie Pr. RAHARIVELO Adeline
Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense
- Radiothérapie-Oncologie Médicale Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINA Florine

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Gynécologie Obstétrique Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovoao
- Pédiatrie Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré
Pr. ROBINSON Annick Lalaina

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Nutrition et Alimentation Pr. ANDRIANASOLO Roger

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Radiodiagnostic et Imagerie Médicale Pr. AHMAD Ahmad
- Physiologie Pr. RAKOTOAMBININA Andriamahery Benjamin

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Neuro-Chirurgie Pr. ANDRIAMAMONJY Clément
Pr. RABARIJAONA Mamiarisoa
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Pharmacologie Pr. RAFATRO Herintsoa

B.3. MAITRES DE CONFERENCES

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Obstétrique

Dr. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique

Dr. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Bactériologie, Virologie, Maladies Infectieuses

Dr. RAJAONARISON Jean Joseph

DEPARTEMENT PHARMACIE

- Pharmacologie Générale

Dr. RAMANITRAHASIMBOLA David

- Pharmacognosie

Dr. RAOELISON Emmanuel Guy

- Biochimie Toxicologie

Dr. RAJEMIARIMOELISOA Clara

B. 4. ASSISTANTS

-Virologie

Dr. KOKO

-Qualité et Contrôle des Médicaments

Dr. RATSIMBAZAFIMAHEFA Hanitra Myriam

C. ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

C. 1. PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIAMBAO Damasy

Pr. RAKOTOMANGA Samuel

Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur

Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA S. U

Pr. ANDRIANJATOVO Joseph

Pr. RAKOTOZAFY Georges

Pr. AUBRY Pierre

Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe

Pr. FIDISON Augustin

Pr. RAMONJA Jean Marie

Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel

Pr. RANDRIAMAMPANDRY

Pr. KAPISY Jules Flaubert

Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée

Pr. RABARIOELINA Lala

Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré Blaise

Pr. RABENANTOANDRO Casimir

Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé

Pr. RABETALIANA Désiré

Pr. RATOVO Fortunat

Pr. RADESA François de Sales

Pr. RATSIVALAKA Razafy

Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie

Pr. RAZANAMPARANY Marcel

Pr. RAJAONA Hyacinthe

Pr. ZAFY Albert

Pr. RAKOTOMANGA Robert

C.2. CHARGE D'ENSEIGNEMENT

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Viscérale
- Chirurgie Générale

Pr. RAKOTOARIJAONA Armand Herinirina
Pr. RAVELOSON Jean Roger

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Cardiologie

Pr. RAKOTOARIMANANA Solofonirina

DEPARTEMENT TETE ET COU

- ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Pr. RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany

VI. SERVICES ADMINISTRATIFS

SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme. RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

CHEFS DE SERVICES

SERVICE DES AFFAIRES FINANCIERES

M. RANDRIARIMANGA Henri

LABORATOIRE D'APPUI A LA RECHERCHE ET TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (LARTIC)

M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin

RESSOURCES HUMAINES

Mme. RAKOTOARIVELO Harimalala F.

SCOLARITE

Mme. SOLOFOAONA R. Sahondranirina

TROISIEME CYCLE LONG

Mme. RANIRISOA Voahangy

VII. IN MEMORIAM

Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson
Pr. RAJAONERA Frédéric
Pr. ANDRIAMASOMANANA Veloson
Pr. RAKOTOSON Lucette
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa
Pr. RAKOTOBE Alfred
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide
Dr. RAKOTONANAHARY
Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin
Pr. RAMANANIRINA Clarisse
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder
Pr. RANIVOALISON Denys
Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
Pr. RAVELOJAONA Hubert
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme
Pr. RAKOTONIAINA Patrice

Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond
Dr. RABEDASY Henri
Pr. MAHAZOASY Ernest
Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard
Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme
Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre
Pr. MANAMBELONA Justin
Pr. RAZAKASOA Armand Emile
Pr. RAMIALIHARISOA Angéline
Pr. RAKOTOBE Pascal
Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
Pr. RANDRIANARIVO
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Pr. RAHAROLAHY Dhels
Pr. ANDRIANJATOVO Jean José
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

JE DEDIE CETTE THESE

A notre Dieu Eternel !

« Mais ce que je suis, je le dois à la grâce de Dieu. »

I Corinthiens 15 : 10

A mes parents

Qui par-dessus leurs moyens, nous ont donné le privilège de poursuivre notre étude.

A mon mari

Qui n'a pas ménagé ses efforts dans la réalisation de cette thèse.

A mes frères et sœurs

A toute la famille

A tous mes amis

A la promotion FANJIRY

A NOTRE MAITRE DIRECTEUR ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Docteur RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin

- Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Santé publique à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Directeur Général de l'Institut National de Santé Publique et Communautaire

Vous nous faites le grand honneur de présider cette thèse,

Nous avons toujours apprécié la valeur précieuse de votre compétence pédagogique.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre haute considération.

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE

Monsieur le Docteur FIDISON Augustin

- Professeur Emérite d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Anesthésie Réanimation Urgences à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
- Diplômé d'Acupuncture Chinoise

Monsieur le Docteur RAKOTOARIJAONA Armand Herinirina

- Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Chirurgie Viscérale à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
- Directeur du département de Médecine de Toamasina

Pour la gentillesse et l'amabilité avec lesquelles vous acceptez de juger ce travail, qu'il nous soit permis de vous adresser nos remerciements les plus sincères.

A NOTRE RAPPORTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur RIEL Andry Mampionona

- Anesthésiste-Réanimateur
- Chef de Clinique en Réanimation Médicale

Malgré vos responsabilités, vous avez bien voulu consacrer votre précieux temps de nous avoir dirigé et assisté constamment dans la réalisation de ce travail.

Veillez accepter notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO**

Monsieur le Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa
Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueux dévouement.

**A TOUS NOS MAITRES ET PROFESSEURS DE LA FACULTE DE
MEDECINE D'ANTANANARIVO**

Permettez-nous de vous exprimer notre profonde reconnaissance de nous
avoir transmis vos savoirs et vos connaissances.

**A TOUT LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DE LA
FACULTE DE MEDECINE D'ANTANANARIVO**

Nos vifs et sincères remerciements.

**A TOUT LE PERSONNEL DU CHU JOSEPH RAVOAHANGY
ANDRIANAVALONA**

Veuillez trouver ici la marque de notre gratitude.

**A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE, DE LOIN OU DE PRES, A LA
REALISATION DE CETTE THESE**

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance et nos remerciements.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
 PREMIERE PARTIE: RAPPELS	
I- Rappels anatomiques et physiologiques de l'intestin.....	2
II- Rappels étiopathogéniques de l'occlusion intestinale aiguë.....	11
III- Rappels cliniques	18
IV- Rappels thérapeutiques	22
 DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE	
I- Matériels et méthodes.....	24
II- Résultats (approche descriptive)	26
 TROISIEME PARTIE: COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS	
I- Sur le plan épidémiologique.....	56
II- Sur le plan clinique.....	59
III- Sur le plan paraclinique	61
IV- Sur le plan thérapeutique	62
 CONCLUSION	 68
 ANNEXE	
 BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau 01: Mouvements hydriques dans le tube digestif et composition ionique des sécrétions digestives.....	10
Tableau 02: Classification des OIA	12
Tableau 03: Fréquence de l'OIA par rapport aux interventions d'urgence.	26
Tableau 04: Répartition des occlusions intestinales par tranche d'âge.....	26
Tableau 05: Répartition des cas d'occlusions intestinales selon le sexe.....	28
Tableau 06: Répartition des cas d'occlusion intestinale selon l'âge et le sexe.....	30
Tableau 07: Antécédents opératoires	32
Tableau 08: Fréquence des antécédents chirurgicaux abdominaux en fonction du sexe.....	34
Tableau 09: Fréquence des antécédents chirurgicaux abdominaux en fonction de l'âge.....	36
Tableau 10: Répartition selon le délai de PEC.....	38
Tableau 11: Répartition selon les signes d'appel.....	40
Tableau 12: Répartition selon les signes retrouvés au cours de l'examen clinique.....	42
Tableau 13: Répartition selon l'image radiologique à l'ASP	44
Tableau 14: Fréquence des occlusions selon les mécanismes	46
Tableau 15: Fréquence des occlusions mécaniques	48
Tableau 16: Fréquence des occlusions inflammatoires.....	50
Tableau 17: Etiologies des occlusions intestinales	52
Tableau 18: Répartition des actes chirurgicaux effectués.....	54

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n°2: Répartition des occlusions intestinales par tranche d'âge.....	27
Figure n°3: Répartition des cas d'occlusions intestinales selon le sexe	29
Figure n°4: Répartition des cas d'occlusion selon l'âge et le sexe	31
Figure n°5: Antécédents opératoires	33
Figure n°6: Fréquence des antécédents chirurgicaux abdominaux en fonction du sexe.....	35
Figure n°7: Fréquence des antécédents chirurgicaux abdominaux en fonction de l'âge	37
Figure n°8: Répartition selon le délai de PEC	39
Figure n°9: Répartition selon les signes d'appel.....	41
Figure n°10: Répartition selon les signes retrouvés au cours de l'examen clinique.....	43
Figure n°11: Répartition selon l'image radiologique à l'ASP	45
Figure n°12: Répartition selon les mécanismes des occlusions.....	47
Figure n°13: Répartition selon les occlusions mécaniques	49
Figure n°14: Répartition selon les occlusions inflammatoires.....	51
Figure n°15: Répartition des étiologies des occlusions intestinales	53
Figure n°16: Répartition des actes chirurgicaux effectués.....	55

LISTE D'ANNEXE

Annexe 1: Liste des patients ayant reçu une cure chirurgicale

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

A.E.G	:	Altération de l'Etat Général
A.M.G	::	Arrêt des Matières et des Gaz
A.S.P	:	Abdomen Sans Préparation
F	:	Féminin
G.E.U	:	Grossesse Extra-Utérine
I.I.A	:	Invagination Intestinale Aiguë
M	:	Masculin
N.H.A	:	Niveau Hydro Aérique
O.I.A	:	Occlusion Intestinale Aiguë
P.E.C	:	Prise En Charge
T.R	:	Toucher Rectal
TV	:	Toucher Vaginal
%	:	Pourcentage
n°	:	Numéro

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les pathologies digestives constituent une cause fréquente d'admission en urgence des patients. Faisant partie d'un mode de révélation fréquent de ces cas, l'occlusion intestinale aiguë mérite une attention particulière en raison de sa faculté d'engendrer plusieurs complications.

L'occlusion intestinale aiguë se définit comme étant un arrêt complet du transit intestinal.

Ce syndrome d'une très grande fréquence peut apparaître du premier au dernier jour de l'existence (1).

L'occlusion intestinale aiguë se trouve dans le cadre des urgences thérapeutiques car elle peut mettre en jeu le pronostic vital du patient en cas d'absence d'un geste thérapeutique médicochirurgical urgent et efficace.

Elle constitue également un problème de santé publique car elle est liée à une qualité précaire des soins d'urgence et à des difficultés socio-économiques. Ces contraintes ne permettent pas aux patients d'avoir un court délai de prise en charge.

La problématique mise en exergue dans ce travail s'intéresse donc à savoir par une approche descriptive comment améliorer la prise en charge de l'occlusion intestinale aiguë.

L'objectif général de notre étude vise à analyser les aspects épidémio-cliniques des occlusions intestinales aiguës.

Les objectifs spécifiques consistent à déterminer et à évaluer les aspects étiologiques et thérapeutiques des occlusions intestinales aiguës.

La première partie se porte sur les rappels anatomiques, physiologiques, étiopathogéniques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques de l'occlusion intestinale aiguë. Elle a pour but de décrire sous des angles différents les aspects de l'occlusion.

La deuxième partie retrace les matériels et les méthodes adoptés pour avoir des résultats chiffrés sur l'étude descriptive de l'occlusion intestinale aiguë.

Enfin, la troisième partie, composée de discussions et de commentaires, regroupe les améliorations à apporter en vue d'une prise en charge efficace.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

I- Rappels anatomiques et physiologiques de l'intestin

1- Anatomie de l'intestin

1-1 Grêle (2) (3) (4) (5)

L'intestin grêle est le segment du tube digestif compris entre l'estomac et le côlon. C'est la portion la plus longue (environ 3 à 5 mètres) et la plus repliée du tube digestif. La plupart des processus de digestion et d'absorption s'effectuent à l'intérieur de cette partie de tractus digestif.

D'une manière générale, on peut diviser l'intestin grêle en trois portions consécutives: le duodénum, le jéjunum et l'iléon.

1-1-1 Le duodénum

Le duodénum constitue environ les premiers 25 centimètres de l'intestin grêle. En forme de fer à cheval, il épouse intimement la tête du pancréas.

Le canal cholédoque (provenant du foie) et le canal de Wirsung (issu du pancréas) se fusionnent en un canal commun qui se jette dans l'ampoule de Vater. Cette dernière déverse son contenu dans le duodénum à travers la papille. Cette ouverture est entourée par un épaississement musculaire appelé sphincter d'Oddi.

Le canal cholédoque transporte la bile tandis que le canal pancréatique véhicule les enzymes digestifs. Le duodénum est rétropéritonéal et s'attache fermement à la paroi postérieure de la cavité abdominale.

1-1-2 Le jéjunum

Le jéjunum est la portion qui fait suite au duodénum. Il est long de 1,5 mètres environ. Il est suspendu dans la cavité abdominale par le mésentère. C'est la partie la plus mobile de l'intestin grêle.

1-1-3 L'iléon

L'iléon constitue les derniers mètres de l'intestin grêle. L'entrée de l'iléon dans le caecum est protégée par la valvule iléo-caecale. L'iléon est également suspendu par le mésentère à la partie postérieure de la cavité abdominale.

1-1-4 La vascularisation et l'innervation de l'intestin grêle

1-1-4-1 La vascularisation et l'innervation du duodénum

1-1-4-1-1 Les Artères

Les artères du duodénum sont représentées par :

- Les pancréatico-duodénales supérieure et inférieure droites, branches de la gastroduodénale, et l'artère pancréatico-duodénale gauche, branche de la mésentérique supérieure.
- La première intestinale de la mésentérique supérieure. Le bulbe duodénal reçoit en plus l'artère supra-duodénale ou l'artère sous pylorique.

1-1-4-1-2 Les veines

Les veines sont, d'une manière générale, satellites des artères et forment des arcades semblables à des arcades artérielles. Cependant, leur terminaison présente quelques particularités :

- La veine pancréatico-duodénale supérieure droite s'abouche au tronc de la veine porte ;
- La veine pancréatico-duodénale inférieure droite abandonne son artère sur la face antérieure du pancréas et se jette avec la veine gastro-épiploïque droite dans la grande mésentérique.

1-1-4-1-3 Les lymphatiques

Les lymphatiques du duodénum se jettent dans la chaîne ganglionnaire duodéno-pancréatique antérieure et postérieure. La première portion est également

tributaire des ganglions sous pyloriques. La quatrième portion envoie quelques lymphatiques au ganglion pancréatique inférieur proche de l'angle duodéno-jéjunal.

1-1-4-1-4 Les nerfs

Les nerfs viennent :

- du pneumogastrique gauche pour la première portion ;
- du ganglion semi-lunaire droit et du plexus mésentérique supérieur pour les deuxième et troisième portions ;
- du pneumogastrique droit et du ganglion semi-lunaire gauche pour la quatrième portion, la partie voisine de la troisième et l'angle duodéno-jéjunal.

1-1-4-2 La vascularisation et l'innervation du jéjuno-iléon

1-1-4-2-1 Les artères

Elles sont constituées par les branches intestinales de la mésentérique supérieure.

1-1-4-2-2 Les veines

Elles sont disposées comme les artères et se jettent dans la grande veine mésentérique.

1-1-4-3 Les lymphatiques

Les lymphatiques qui sortent de la paroi du jéjuno-iléon sont des chylifères d'Asselius. Ils vont directement, soit aux éléments du groupe juxta-intestinal, soit à ceux du groupe intermédiaire ; ces deux groupes communiquent avec le groupe central, soit par l'intermédiaire des ganglions pré-aortiques et latéro-aortiques gauches.

1-1-4-2-4 Les nerfs

Ils proviennent du plexus solaire par l'intermédiaire du plexus mésentérique supérieur.

1-2 Côlon (6)

Le côlon ou gros intestin, est la portion du tube digestif comprise entre la valvule iléocæcale et le rectum.

La « charnière recto-sigmoïdienne » ou « courbure recto-sigmoïdienne » répond au segment intestinal situé devant la partie la plus basse de la racine verticale médiane (racine primitive) du mésocôlon sigmoïde, au niveau de la troisième pièce sacrée.

On peut distinguer anatomiquement huit parties successives: le caecum, le côlon ascendant, l'angle droit, le côlon transverse, l'angle gauche, le côlon descendant, le côlon iliaque et le côlon sigmoïde ou pelvien.

1-2-1 Le côlon droit

1-2-1-1 Le caecum

La portion initiale du côlon constitue une sorte de ballon bosselé, normalement accolé par sa face postérieure dans la fosse iliaque droite.

Le grêle terminal auquel il fait suite s'abouche sur sa face interne (médiale) au-dessus de l'implantation de l'appendice située au point de convergence de trois bandelettes caecales.

1-2-1-2 Le côlon ascendant et angle droit

De calibre moins large que le caecum, relativement court (10 à 15 centimètres), le côlon ascendant a un trajet vertical, vers la face inférieure du foie droit. Il est légèrement oblique vers l'arrière, l'angle droit étant plus profond que le caecum. Il est fixé en arrière dans le flanc droit par le fascia de Toldt droit.

1-2-1-3 Le côlon transverse

Décrivant une courbe à concavité supérieure plus ou moins longue, il va de l'hypochondre droit à l'hypochondre gauche en suivant la grande courbure gastrique, l'angle gauche étant toujours plus haut et plus profond que le droit.

Le côlon transverse est très mobile, ses deux seuls points fixes étant les angles coliques, l'un et l'autre fixés au sommet des fascias d'accolement.

1-2-2 Le côlon gauche

1-2-2-1 L'angle gauche

Haut situé, l'angle gauche est au niveau de la huitième côte. La courbure intestinale, très aiguë, se fait dans un plan sagittal: la partie initiale du côlon descendant est en arrière de la fin du transverse.

Comme le tiers gauche du transverse, l'angle gauche est donc situé profondément dans l'hypochondre gauche: la grande courbure gastrique est en avant.

1-2-2-2 Le côlon descendant et côlon iliaque

Le côlon descendant va de l'hypochondre gauche à la crête iliaque. Il est de calibre plus petit que le côlon droit et le plus souvent porteur de nombreuses franges épiploïques. Profondément appliqué sur la paroi abdominale postérieure, il descend verticalement en suivant le bord externe du rein puis celui du psoas.

1-2-2-3 Le côlon sigmoïde

Le côlon sigmoïde, ou côlon pelvien, forme une anse de longueur, de morphologie variable parsemée de franges épiploïques. Habituellement mobile et long d'une quarantaine de centimètres chez l'adulte, il peut être court et presque fixé, plaqué sur la paroi postéro latérale gauche du pelvis.

1-2-3 La vascularisation du côlon

1-2-3-1 Les vaisseaux du côlon droit

1-2-3-1-1 Les artères

Les artères viennent de l'artère mésentérique supérieure. On distingue ainsi :

- l'artère colique ascendante, qui vascularise la portion initiale du côlon ascendant, l'appendice et le caecum.
- l'artère colique droite, ou artère de l'angle droit, qui remonte vers l'angle droit à la partie haute du fascia d'accolement.
- Une artère intermédiaire qui peut aller de la mésentérique supérieure vers la partie moyenne du côlon descendant .
- l'artère colique moyenne (colica media)

1-2-3-1-2 Les veines

Les veines coliques droites suivent les axes artériels en les croisant par en avant pour se jeter dans la veine mésentérique supérieure à son bord droit.

1-2-3-1-3 Les lymphatiques

Les lymphatiques coliques suivent les pédicules artério-veineux. Les ganglions (nœuds) lymphatiques se répartissent en cinq groupes :

- groupe épicolique, au contact de la paroi intestinale
- groupe paracolique, au contact de l'arcade bordante
- groupe intermédiaire, le long des pédicules
- groupe principal à l'origine des branches coliques sur l'artère mésentérique
- groupe central, péri-aortico-cave, à la face postérieure de la tête pancréatique.

1-2-3-2 Les vaisseaux du côlon gauche

1-2-3-2-1 Les artères

Les artères coliques gauches viennent de la mésentérique inférieure, elles comprennent :

- l'artère colique gauche
- les artères sigmoïdiennes

1-2-3-2-2 Les veines

Les veines coliques gauches suivent, comme à droite, les axes artériels correspondants. Le confluent des veines sigmoïdiennes constitue l'origine de la veine mésentérique inférieure. Elle se jette dans la veine splénique pour constituer le tronc splénomésaraïque.

1-2-3-2-3 Les lymphatiques

Les lymphatiques ont également la même topographie qu'à droite. Le groupe central mésentérique inférieur se situe à l'origine de l'artère, autour de l'aorte sous-mésocolique.

1-2-4 L'innervation du côlon

L'innervation autonome du côlon provient d'un réseau préaortique complexe, formé à partir de la chaîne prévertébrale abdominale qui reçoit des fibres parasymphatiques du nerf pneumogastrique droit par l'intermédiaire des ganglions coeliaques, et des fibres sympathiques du tronc latéro vertébral.

Les ganglions forment deux plexus :

- le plexus mésentérique crânial (supérieur), destiné à l'innervation du côlon droit.
- Les ganglions du plexus mésentérique inférieur, destiné au côlon gauche.

Entre les deux plexus se situe un riche réseau anastomotique: le plexus inter mésentérique.

2- Physiologie

2-1 Grêle (2)

2-1-1 La digestion mécanique

Les mouvements de l'intestin grêle se présentent sous forme de segmentation et de péristaltisme.

La segmentation se présente comme une contraction localisée dans les portions contenant le bol alimentaire et constitue le principal mouvement de l'intestin grêle. Elle assure le mélange du chyme avec le suc digestif. Elle favorise l'absorption des particules de nourriture. Le péristaltisme réalise par contre des contractions successives d'amont en aval en propulsant le chyme le long du tube digestif.

2-1-2 La digestion chimique

Dans la bouche, l'amylase salivaire transforme l'amidon (polyoside) en maltose (diholoside). Dans l'estomac, la pepsine transforme les protéines en peptide (petites protéines). Le chyme qui pénètre dans l'intestin grêle contient ainsi des glucides et des protéines partiellement digérées, ainsi que des lipides non digérés. La digestion du bol alimentaire restant est assurée par l'action conjuguée du suc pancréatique, de la bile et du suc intestinal, dans l'intestin grêle.

2-1-3 L'absorption

Toutes les phases chimiques et mécaniques de la digestion, depuis la bouche jusqu'à l'intestin grêle, transforment le bol alimentaire en divers composés assimilables capables de traverser les cellules épithéliales de la muqueuse intestinale qui circule dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques sous-jacents. Ce passage des oses, des acides aminés, des acides gras, de la glycérine et des glycérides à travers le tube digestif est appelé absorption.

Environ 90% de l'absorption est assurée par l'intestin grêle.

2-2 Côlon (7)

Au niveau du côlon sont, d'une part, absorbés le sodium et le chlore, et d'autre part sécrétés le potassium et les bicarbonates. Ceci aboutit à une forte réabsorption d'eau et à la concentration des matières fécales (900 millilitres d'eau réabsorbés au niveau du côlon quotidiennement).

La flore microbienne du côlon représente 99% des bactéries de l'organisme et elle intervient dans l'intense activité métabolique du côlon. Elle participe, entre autres, au cycle entérohépatique de l'urée, à la dégradation des glucides non absorbés au niveau du grêle.

Tableau 01: Mouvements hydriques dans le tube digestif et composition ionique des sécrétions digestives

	Apports exogènes et sécrétions							Absorption et réabsorption	Excrétions	
	Na ⁺ mEq/L	K ⁺ mEq/L	Cl ⁻ mEq/L	HCO ₃ ⁻ mEq/L	Ca ⁺⁺ mEq/L	N g/L	Volume mL	Volume mL	Volume mL	
Aliments	80	52	150	Variable	20	6-8	1500	9225(95%)		
Glandes Salivaires Salive	15	15	28	1	2,5	0,5	1200			
Estomac Sécrétion gastrique	65	8	140	8	20	1,5	2000			
Duodénum Bile	140	5	130	40	20	2,5	700			
	Sécrétion pancréatique	145	5	40	140	20	2			1500
Jéjunum Sécrétions	140	5	120	140	25	2	3000			
Iléon Intestinales	165	5	120	35	25	2				
Côlon Rectum	150	20	10	25	120	1		495(5%)		
Fèces										180
							9900	9720		

II- Rappels étiopathogéniques de l'occlusion intestinale aiguë (8, 9, 10)

1- Le mécanisme

L'occlusion se définit comme un empêchement à la progression du contenu intestinal du fait d'un obstacle mécanique ou de la faillite de l'activité musculaire intestinale.

On distingue deux types d'occlusions: les occlusions mécaniques et les occlusions fonctionnelles.

1-1 Les occlusions mécaniques

Les occlusions mécaniques touchent l'intestin grêle dans 70 à 80% des cas. Elles sont liées à une strangulation ou à une obstruction.

1-1-1 Les occlusions par strangulation

Ce sont des occlusions avec lésions vasculaires précoces. Elles sont caractérisées par le caractère complet de l'occlusion, son irréversibilité en l'absence de traitement chirurgical et l'apparition d'une ischémie intestinale pouvant aller jusqu'à la nécrose et la perforation.

1-1-2 Les occlusions par obstruction

Ce sont des occlusions avec lésions vasculaires tardives. Elles sont dues soit à un corps étranger (gros calcul biliaire, prothèse dentaire), soit à une tumeur, une sténose inflammatoire ou cancéreuse, soit enfin à une compression extrinsèque de l'intestin.

1-2 Les occlusions fonctionnelles

Elles relèvent d'une altération de la motricité intestinale d'origine locale ou générale, de cause réflexe ou inflammatoire qui aboutit à l'iléus paralytique.

Tableau 02: Classification des OIA (8)

OCCLUSION MECANIQUE		OCCLUSION FONCTIONNELLE
Occlusion par obstruction	Occlusion par strangulation	
- EXTRA-LUMINALE: - tumeurs abdominales	- hernie étranglée	- occlusion paralytique
- PAROI DU VISCERE: - atrésie, - maladies inflammatoires, - tumeurs	- volvulus - invagination	- occlusion inflammatoire - infection pariétale ou profonde
- INTRA-LUMINALE: - corps étrangers, - phytobézoards, - iléus biliaire, - ascaridiose	- brides - adhérences	- troubles hydroélectrolytiques et métaboliques

2- Les étiologies

2-1-Grêle (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17)

2-1-1 Les occlusions postopératoires

Il est classique d'apporter trois types d'occlusions post opératoires en fonction de leur date de survenue par rapport à l'intervention :

2-1-1-1 Les occlusions précoces

Elles surviennent dans les suites opératoires immédiates. Ces occlusions précoces sont secondaires soit à des cures d'affections digestives, soit à des pelvipéritonites d'origine génitale.

2-1-1-2 Les occlusions secondaires

Certaines sont mécaniques et relèvent donc de la chirurgie. Les autres sont fonctionnelles et nécessitent un traitement médical. Le tableau clinique est plus ou moins identique associant les signes classiques du syndrome occlusif.

2-1-1-3 Les occlusions tardives

Elles sont dans la majorité des cas d'origine mécanique. Elles sont secondaires aux brides et aux adhérences et font l'objet d'une réintervention.

2-1-2 Les hernies étranglées

2-1-2-1 Les hernies externes (inguinale, crurale ou ombilicale)

Réalisant une striction permanente et progressive du contenu du sac herniaire, la hernie étranglée provoque une occlusion intestinale aiguë par strangulation.

2-1-2-2 Les hernies internes

Il s'agit de l'engagement d'anse grêle soit dans une de ses fossettes péritonéales, résultant de variations dans les accolements péritonéaux soit à travers les brides mésentériques mal péritonisées. Le tableau est celui d'une occlusion du grêle par strangulation.

2-1-3 Les occlusions fébriles du grêle

Devant un tableau d'occlusion fébrile, trois diagnostics sont habituellement évoqués: l'appendicite à situation pelvienne ou mésocolique, la sigmoïdite diverticulaire et les occlusions de la lithiase biliaire.

L'occlusion fébrile est généralement accompagnée d'une paralysie réflexe du grêle observée au contact de foyers septiques suppurés. Les lithiases biliaires réalisent une obstruction mécanique de l'intestin grêle à la suite d'une fistule cholécystoduodénale.

2-1-4 Autres causes (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25)

- L'invagination intestinale aiguë du grêle
- Les tumeurs du grêle
- Les diverticules du grêle
- La maladie de Crohn
- Les corps étrangers
- Les phytobézoards
- Les occlusions intestinales d'origine gynécologique
- Le volvulus du grêle
- Les occlusions parasitaires

2-2 Côlon (26)

Les occlusions coliques peuvent se diviser en occlusions mécanique (soit par obstruction, soit par strangulation) et fonctionnelle, auxquelles on peut associer les pseudo-obstructions tel le syndrome d' Ogilvie.

Les principales étiologies de ces différents types d'occlusion sont :

- Occlusions mécaniques
 - Par obstruction :
 - ✓ Intrinsèque: cancer, sigmoïdite, fécalome
 - ✓ Extrinsèque: tumeur du voisinage
 - Par strangulation :
 - ✓ Volvulus du côlon pelvien
 - ✓ Volvulus du côlon droit
- Occlusions fonctionnelles
 - Maladies inflammatoires :
 - ✓ Maladie de Crohn
 - ✓ Rectocolite ulcéro-hémorragique
 - Causes médicamenteuses :
 - ✓ Antidépresseurs, neuroleptiques, antiparkinsoniens
 - ✓ Analgésiques
 - ✓ Diurétiques
 - ✓ Hypotenseurs
 - ✓ Mucilages
- Pseudo obstruction
 - Syndrome d'Ogilvie

Les occlusions sont essentiellement des occlusions mécaniques. Les adénocarcinomes sont la cause fréquente d'occlusion colique.

3- Les conséquences (27)

L'anse occluse est soumise à une distension entraînant des troubles de la perméabilité capillaire et des troubles circulatoires qui seraient responsables de plusieurs manifestations cliniques sévères :

3-1 Une déshydratation

En amont de l'obstacle, les anses se dilatent et n'assurent aucune absorption d'eau et d'électrolytes. Il se constitue par conséquent un secteur liquidien intra-intestinal appelé troisième secteur à l'origine d'une déshydratation.

3-2 Des désordres acido-basiques et pertes électrolytiques

Ils varient en fonction du siège et de l'occlusion. Les vomissements sont source d'alcalose métabolique.

L'hyponatrémie par déplétion est fréquente. Les pertes en chlore, en bicarbonates et en potassium ne sont pas négligeables.

3-3 Une ischémie intestinale

L'étranglement s'accompagne d'abord d'un arrêt du flux veineux, suivi d'une occlusion artérielle qui entraîne une ischémie de la paroi intestinale et d'un infarctus de l'intestin qui peut évoluer vers la gangrène et la perforation.

3-4 La distension de l'intestin

La paroi intestinale s'amincit et devient perméable aux liquides intestinaux toxiques et infectés. Il s'ensuit une péritonite généralisée par transsudation.

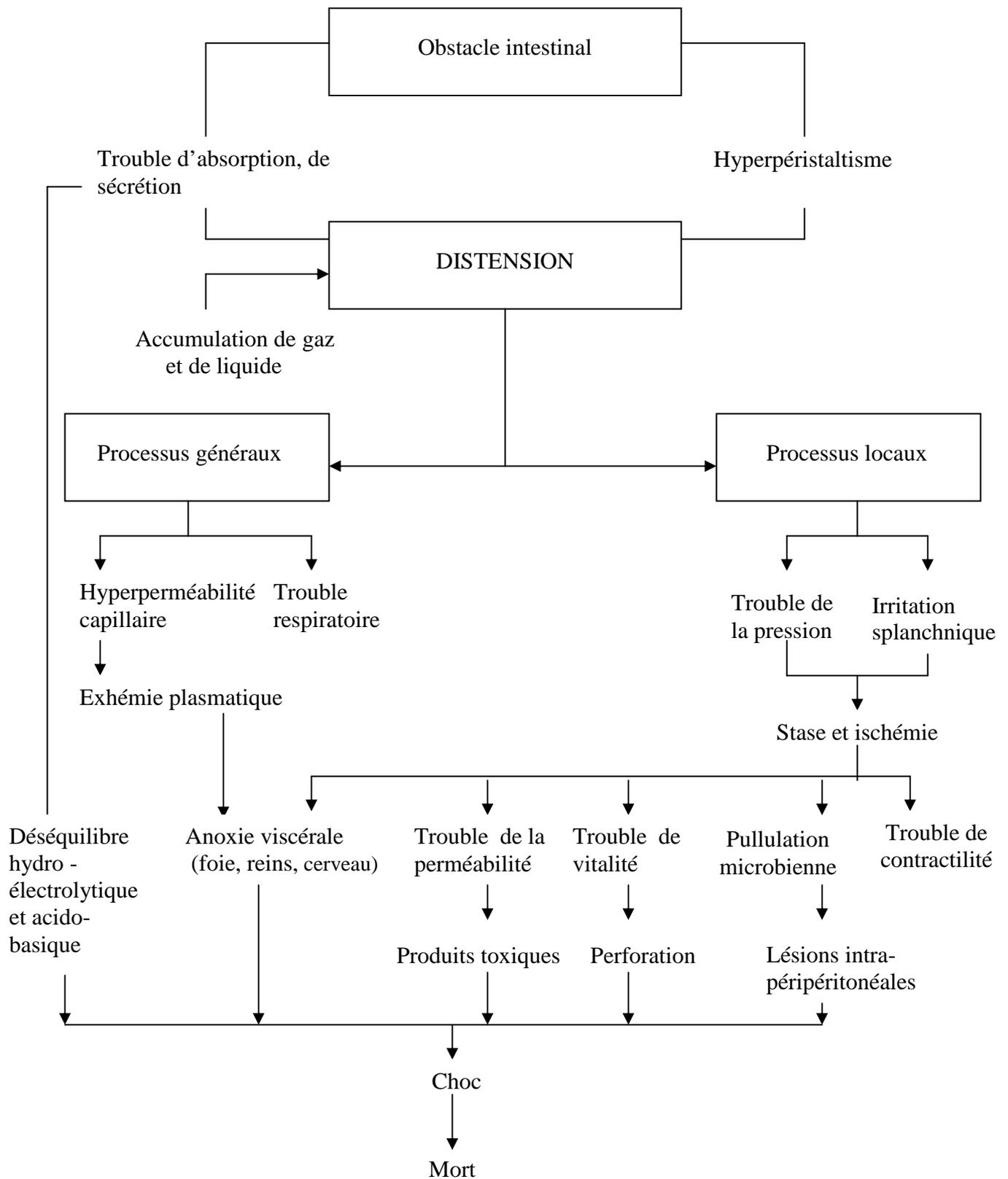


Figure n°1: Physiopathologie des OIA (28) :

(Rasoamihamina H et al. Thèse médecine, 2000 ; n°5324)

III- Rappels cliniques (29) (30)

1- Diagnostic positif

Il se résume à rechercher le syndrome occlusif caractérisé par quatre symptômes essentiels :

- Trois signes fonctionnels: douleur, vomissement, arrêt des matières et des gaz.
- Un signe physique: le météorisme abdominal.

1-1 Antécédents

L'objectif consiste à rechercher une cicatrice abdominale secondaire à une laparotomie antérieure.

1-2 Signes généraux

Ils sont fonction du délai écoulé depuis le début des troubles, de l'étiologie et de contexte pathologique dans lequel survient l'épisode occlusif.

Ils sont représentés par la tachycardie, l'hypotension, l'état de choc témoignant une déshydratation.

1-3 Signes fonctionnels

1-3-1- La douleur abdominale

Son début est brutal le plus souvent. Dans 90% des cas, elle apparaît sans facteur déclenchant très intense, évoluant de façon continue ou par paroxysmes, laissant parfois des épisodes de rémission complète.

Le siège de la douleur peut être celui de l'occlusion. Le siège diffus bien qu'inconstant est très évocateur.

1-3-2- Les vomissements

Ils sont souvent répétés, parfois remplacés par des nausées. Ils peuvent être alimentaires, bilieux puis fécaloïdes. Une intolérance gastrique souvent absolue les accompagne.

1-3-3- L'arrêt des matières et des gaz

C'est le signe majeur qui définit le syndrome occlusif. Il doit être interprété en fonction du délai écoulé depuis le début des symptômes.

1-4 Signes physiques

1-4-1- Inspection

- Le météorisme abdominal est de forme variable. Il est souvent diffus.
- Ondulations péristaltiques sont rarement visibles sur la paroi abdominale.
- Cicatrice de chirurgie abdominale ou gynécologique renforçant le diagnostic.
- Tuméfaction abdomino-pelvienne en rapport avec une hernie.

1-4-2- Palpation

- Examen des orifices inguinaux et cruraux à la recherche d'une hernie douloureuse et irréductible.
- Recherche d'une défense ou d'une douleur à la décompression avec leur siège.
- Recherche du boudin d'invagination ou d'un paquet d'ascaris.
- Appréciation des ondulations péristaltiques si elles sont présentes.

1-4-3- Percussion

- Confirmation du caractère tympanique de la distension abdominale.
- Distinction avec une tumeur abdomino-pelvienne ou un globe vésical en cas de météorisme localisé hypogastrique.

1-4-4- Auscultation de l'abdomen

- Appréciation de l'intensité ou de la tonalité des bruits hydroaériques.
- Silence intestinal dû probablement à l'atonie intestinale.
- Fameux bruits argentins (bruits aigus dus au clapotis de liquide dans les anses) spontanés ou provoqués par une chiquenaude sur la paroi abdominale.

1-4-5- Toucher rectal et toucher vaginal chez la femme

Le toucher rectal recherche une douleur au niveau du cul de sac de Douglas témoignant de la péritonite surajoutée.

Le toucher vaginal recherche des pelvipéritonites, d'origine annexielle ou utérine, une endométriose.

1-5 Examens paracliniques

1-5-1- Radiologie

1-5-1-1- L'abdomen sans préparation (ASP)

Il est essentiel et doit être effectué en urgence. Il permet de confirmer le diagnostic clinique et le siège de l'occlusion. Pour le grêle, les images de niveau hydroaérique sur les clichés debout sont typiquement plus larges que hauts plus centrales avec des anses distendues donnant un aspect en tuyaux d'orgue, en arceaux, en demi bulles et pour le côlon les clichés d' ASP montrent des images de niveau hydroaériques, périphériques, peu nombreuses, plus hauts que larges.

1-5-1-2- L'échographie et/ou tomodensitométrie abdomino-pelvienne

L'intérêt de ces deux examens repose sur la recherche des causes des occlusions (invagination intestinale, iléus biliaire, tumeur).

1-5-2- Biologie et chimie

Les examens biologiques n'ont que peu de valeur diagnostique. Ce sont surtout l'ionogramme sanguin, la numération formule sanguine, la glycémie, l'azotémie qu'on recherche et ils servent à rechercher et à quantifier les tares préexistantes du malade et le retentissement de la stase (troisième secteur) et des vomissements.

1-6 Evolution

En l'absence de traitement, l'occlusion évolue rapidement vers l'aggravation. Les douleurs persistent, deviennent continues. L'arrêt des matières et des gaz est absolu.

L'état général se dégrade rapidement. L'examen physique retrouve un météorisme abdominal énorme.

Une ischémie peut compliquer toute occlusion, à l'orifice d'une nécrose intestinale, puis d'une perforation.

Le toucher rectal retrouve une douleur au niveau du cul de sac de Douglas témoignant de la péritonite surajoutée.

2- Diagnostic différentiel

2-1 Certaines affections médicales

Les crises douloureuses viscérales (colique hépatique, colique néphrétique, crise tabétique).

2-2 Les syndromes aigus chirurgicaux

Les hémorragies intra péritonéales et les péritonites aiguës où la paralysie intestinale domine le tableau clinique.

IV- Rappels thérapeutiques (31)

1- But de traitement

Le but du traitement de l'occlusion intestinale est de :

- Corriger les perturbations hydroélectrolytiques
- Rétablir le fonctionnement du tube digestif
- Prévenir et remédier l'ischémie et la nécrose intestinale.

2- Moyens thérapeutiques

2-1- Traitement médical

Il a pour but de restaurer l'homéostasie et comporte :

- La mise en place d'une sonde nasogastrique permettant dans l'immédiat d'assurer une vacuité gastrique et de supprimer les vomissements.
- La mise en place d'une sonde vésicale qui va permettre de contrôler la diurèse.
- La mise en place d'une voie veineuse pour corriger les perturbations de la répartition des compartiments liquidiens et des concentrations ioniques qui sont les conséquences du phénomène d'occlusion. Les besoins sont estimés en fonction de la déshydratation.
- L'administration d'une antibiothérapie en fonction de l'étiologie, qui est en règle dirigée contre les bacilles gram négatifs et anaérobies.

2-2- Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical vise à supprimer ou à contourner l'obstacle par des dérivations digestives internes ou externes.

L'exploration intra abdominale permet de dépister le mécanisme, la cause, et le siège de l'occlusion, ainsi que les complications éventuelles.

Toute nécrose intestinale bénéficie d'une résection plus ou moins élargie.

Les occlusions par obstruction en dehors d'une ascarirose isolée peu importante feront également l'objet d'une exérèse de l'obstacle.

2-3- Traitement coelioscopique (32) (33) (34)

La coelioscopie permet de faire le diagnostic étiologique de l'occlusion intestinale et le traitement de 50% des occlusions sur brides. Ses indications sont limitées en cas de ventres cicatriciels et de carcinose péritonéale.

3- Indications thérapeutiques (35)

L'intervention chirurgicale urgente est indiquée devant une suspicion de strangulation, un tableau clinique et radiologique d'occlusion complète d'installation brutale et récente (moins de 6 heures). Elle peut être différée de quelques heures en cas d'atteinte de l'état général, par déshydratation ou par l'existence de tares éventuelles qu'il faudrait prendre rapidement en charge.

Enfin, elle peut être différée si l'occlusion est parfaitement tolérée, sans retentissement sur l'état général, ou levée spontanément chez les sujets ayant des antécédents néoplasiques, l'indication chirurgicale est discutable.

La chirurgie ne serait indiquée dans la maladie de Crohn qu'en cas de perforation éventuelle.

La laparotomie médiane reste la voie d'abord par excellence.

La coelioscopie a ses limites. Elle n'est réservée qu'aux occlusions sur brides débutants et secondaires, à des incisions non médianes.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I- Matériels et méthodes

1- Type d'étude

C'est une étude rétrospective, transversale et descriptive dans le service de Réanimation des urgences du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona) sur une période de 3 semestres, du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2010, réalisée à partir de 209 patients ayant bénéficié d'une cure chirurgicale d'occlusion intestinale aiguë.

2- Sélection des patients

2-1- Critères d'inclusion

Ont été inclus, tous les patients ayant bénéficié d'une cure chirurgicale d' OIA.

2-2- Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude, tous les dossiers incomplets, les patients ayant fait des décharges, les décédés (car la population étudiée est constituée par des patients atteints d'occlusion à leur admission dans le service) et les patients subocclus.

3- Méthodes

Nous avons colligé les registres et les protocoles du bloc opératoire du service de réanimation des urgences de l'Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona.

Pour chaque patient, une étude pointilleuse a porté sur l'âge, le sexe, les antécédents, les références, les données cliniques et paracliniques, les mesures thérapeutiques, les lésions observées, le délai de prise en charge.

4- Méthodes statistiques

Les données ont été recueillies sur R, qui a été initialement créé par Robert Gentleman et Ross Ihaka du département de statistique de l'Université d'Auckland de Nouvelle Zélande.

Depuis 1997, il s'est formé une équipe (la R. Core Team) qui développe R pour pouvoir être utilisé avec les systèmes d'exploitation Unix, GNU/Linux, Windows et Mac OS.

R. possède un site officiel à l'adresse <http://www.R.project.org>, c'est un logiciel libre qui est distribué sous les termes de la GNU. Public Licence (règle du Copyleft) et il fait partie intégrante du projet GNU.

Une valeur de p inférieur à 0,05 est significative.

5- Présentation des cas

Au total sur 306 patients, 209 dossiers sont exploitables. Les différents cas à étudier ont été classés dans un tableau récapitulatif avec les différents paramètres à étudier (voir annexe).

II- Résultats (approche descriptive)

1- Aspects épidémiologiques

1-1 Fréquence

La fréquence des occlusions intestinales est estimée à 5,25% des activités du bloc opératoire en urgence.

Tableau 03: Fréquence de l'OIA par rapport aux interventions d'urgence.

INTERVENTION	Fréquence	Pourcentage (%)
Activité du bloc opératoire en 2009 à mi-2010	3978	100
Occlusion intestinale aiguë	209	5,25

1-2 Age

L'OIA touche surtout une population jeune entre 16 à 55 ans.

L'âge des patients varie entre 1 jour et 85 ans avec une moyenne de 33 ans.

Entre 36 et 55 ans, la proportion du sexe masculin et féminin est à égalité.

Les adultes de 76 à 85 ans sont rarement touchés.

Tableau 04: Répartition des occlusions intestinales par tranche d'âge

Age	Nombre de cas		Pourcentage (%)	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
≤ 3 jours	3		1,44	
4 jours à 12 mois	21	15	10,05	7,18
13 mois à 15 ans	17	6	8,13	2,87
16 à 35 ans	35	15	16,75	7,17
36 à 55 ans	28	28	13,4	13,4
56 à 75 ans	15	18	7,18	8,61
76 à 85 ans	6	2	2,87	0,96
TOTAL	125	84	59,81	40,19

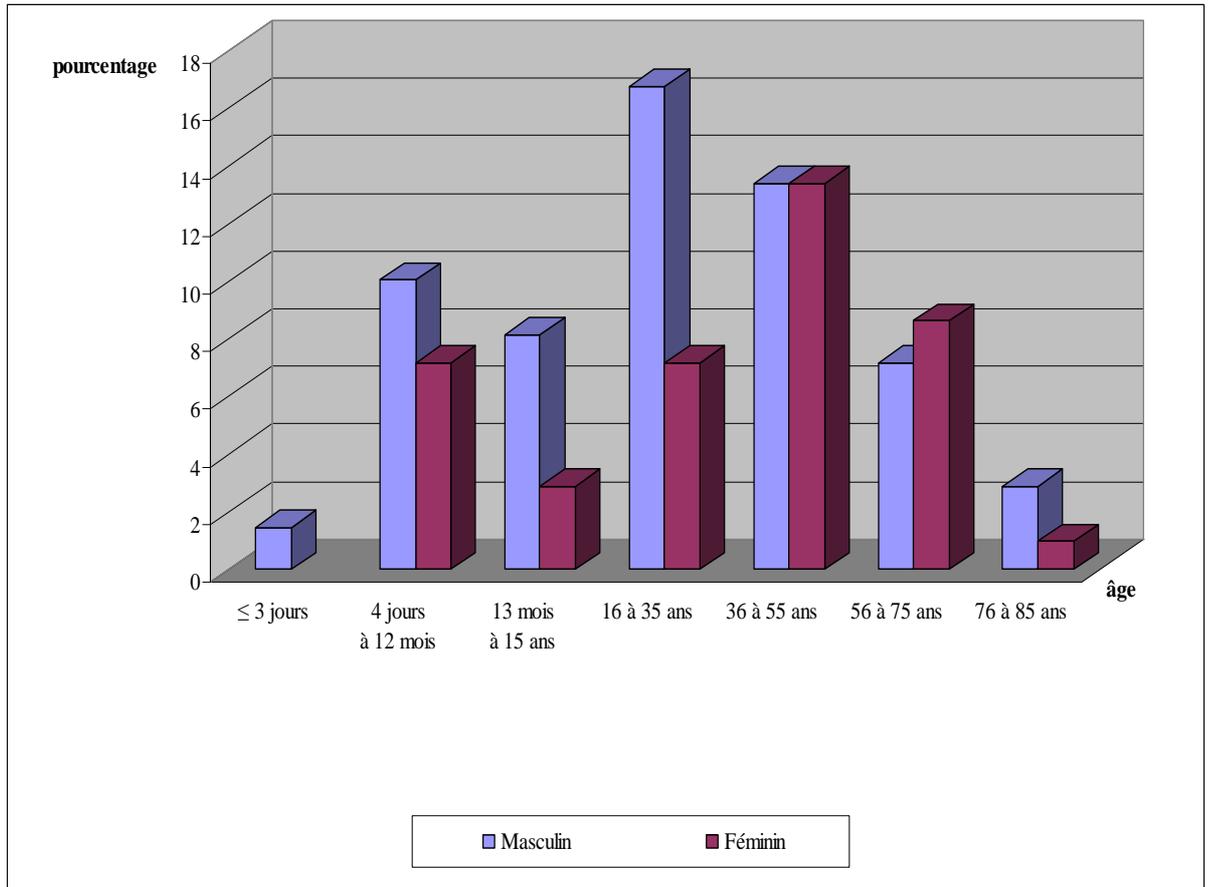


Figure n°2: Répartition des occlusions intestinales par tranche d'âge

1-3 Sexe

Plus de la moitié des cas occlus sont des hommes (59,81%).

Le sexe ratio est de 1,49.

Tableau 05: Répartition des cas d'occlusions intestinales selon le sexe

Sexe	Nombre de cas	Pourcentage
Masculin	125	59,8
Féminin	84	40,2
TOTAL	209	100

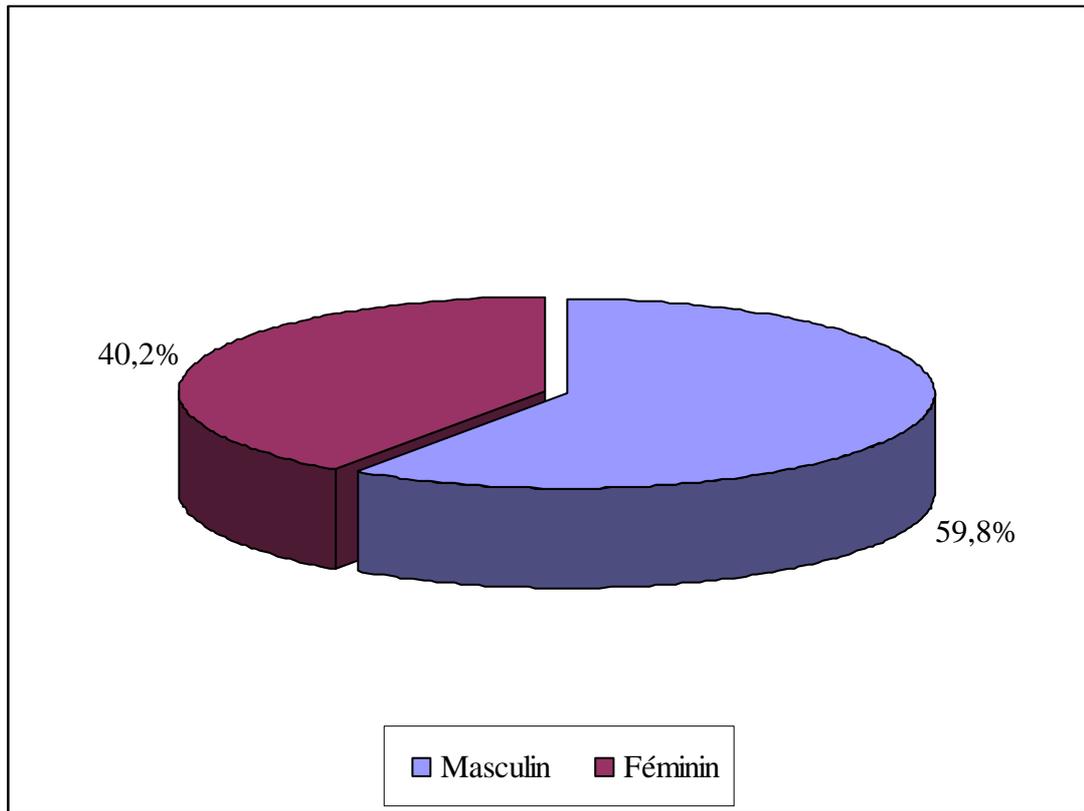


Figure n°3: Répartition des cas d'occlusions intestinales selon le sexe

1-4 Age et sexe

168 cas soit près de 80,38% ont été diagnostiqués avant 56 ans.

Tableau 06: Répartition des cas d'occlusion intestinale selon l'âge et le sexe

SEXE	≤ 55 ans	> 55 ans
Masculin	104	21
Féminin	64	20
TOTAL	168	41

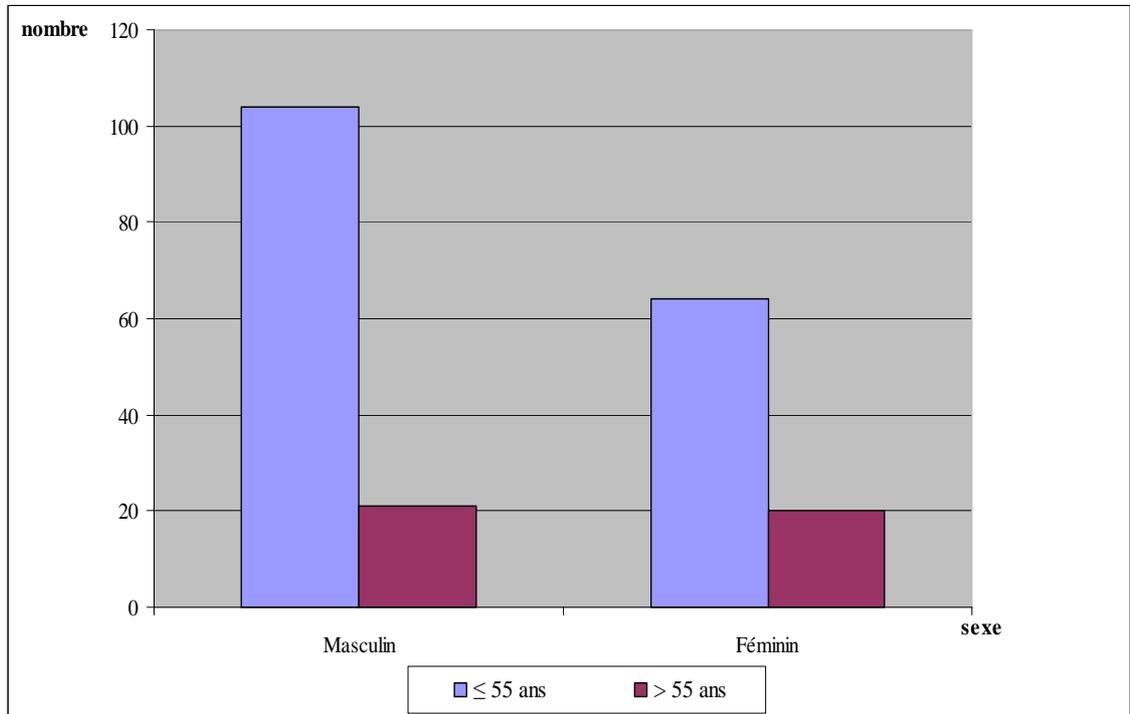


Figure n°4: Répartition des cas d'occlusion selon l'âge et le sexe

1-5 Antécédents

Sur les 209 cas opérés d' OIA, on note 66 cas soit 31,58% possédant un antécédent de laparotomie. L'appendicectomie occupe une place importante avec 19 cas, soit 28,79%, suivie par la chirurgie gynécologique et obstétricale avec 17 cas, soit 25,76%.

Le sexe féminin est le plus touché avec 39 cas soit 18,66%.

Tableau 07: Antécédents opératoires

ANTECEDENTS	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Appendicectomie	19	28,79
Intervention gynécologique et obstétricale:		
- Kystectomie pour kyste ovarien	5	7,56
- GEU	4	6,06
- Hystérectomie	4	6,06
- Opération Césarienne	2	3,03
- Fibromectomie	2	3,03
Hernie interne	4	6,06
Hirschprung	2	3,03
Perforation gastrique	2	3,03
OIA	1	1,52
Anus iliaque	1	1,52
Tumeur vésicale	1	1,52
Néoplasie du sigmoïde	1	1,52
IIA	1	1,52
Autres	17	25,76
TOTAL	66	100

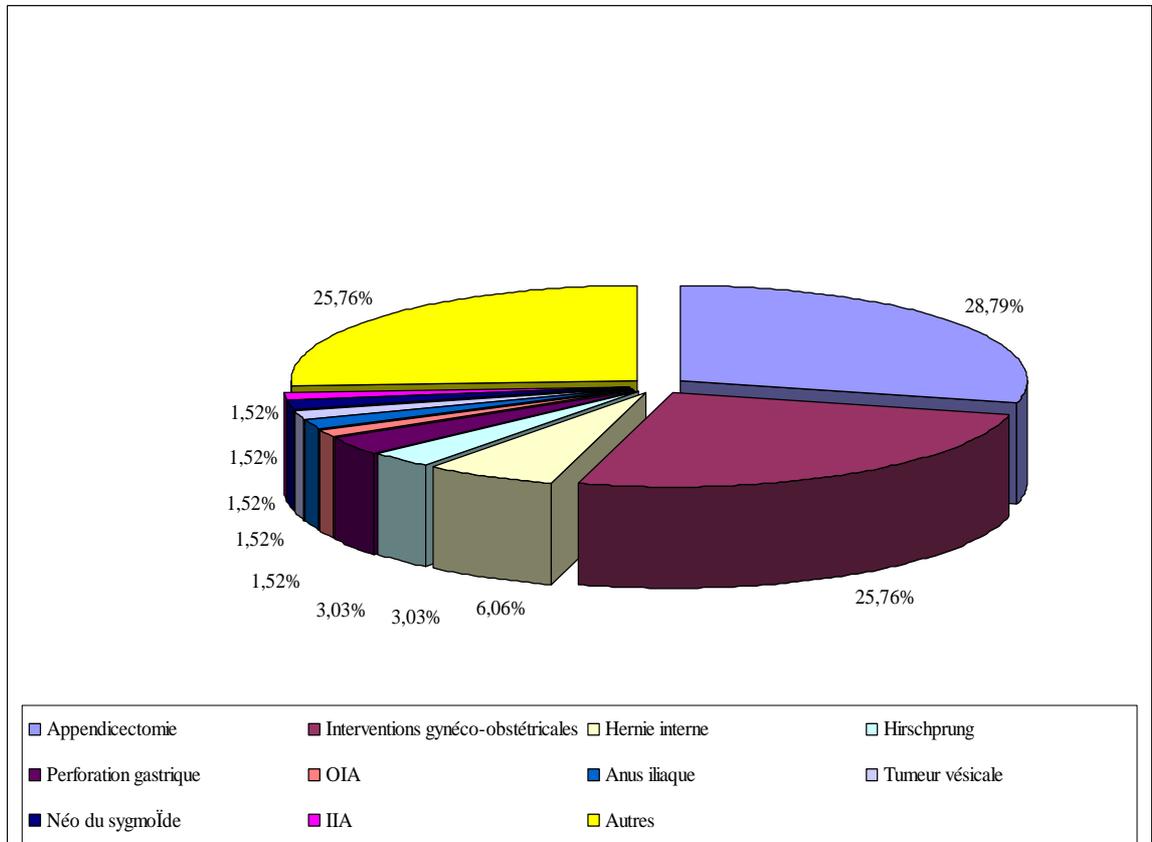


Figure n°5: Antécédents opératoires

Tableau 08: Fréquence des antécédents chirurgicaux abdominaux en fonction du sexe

SEXE	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Masculin	27	40,91
Féminin	39	59,09
TOTAL	66	100

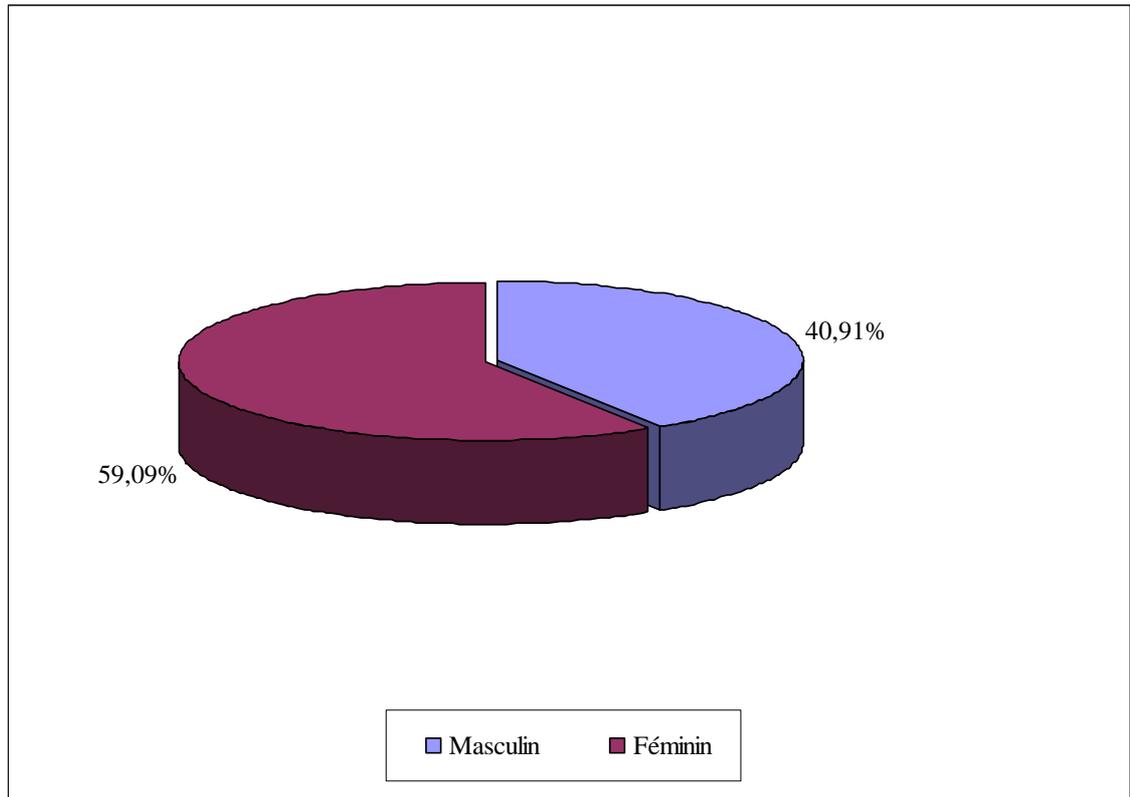


Figure n°6: Fréquence des antécédents chirurgicaux abdominaux en fonction du sexe

Tableau 09: Fréquence des antécédents chirurgicaux abdominaux en fonction de l'âge

AGE	Nombre de cas	Pourcentage (%age)
3 jours - 11 mois	2	3,03%
12 mois -15 ans	7	10,61%
16 - 35 ans	16	24,24%
36 - 55 ans	29	43,94%
56 - 75 ans	10	15,15%
76 - 85 ans	2	3,03%
TOTAL	66	100%

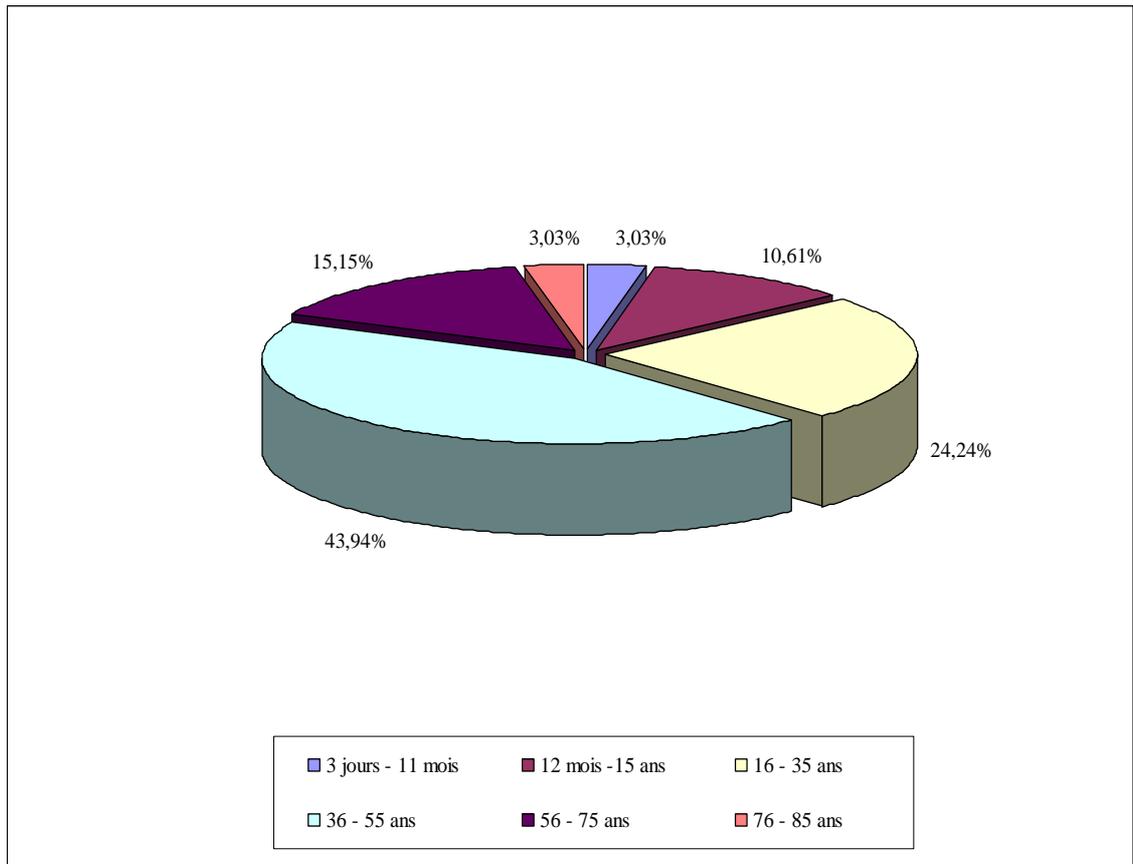


Figure n°7: Fréquence des antécédents chirurgicaux abdominaux en fonction de l'âge

1-6 Délai de prise en charge

Le délai de prise en charge varie entre une 1 heure à 24 heures avec une moyenne de 8 heures.

La prise en charge se fait surtout avant la douzième (12ème) heure.

Tableau 10: Répartition selon le délai de PEC

Délai de PEC	Fréquence	Pourcentage (%)
< 12 heures	167	79,90
≥ 12 heures	42	20,10
TOTAL	209	100

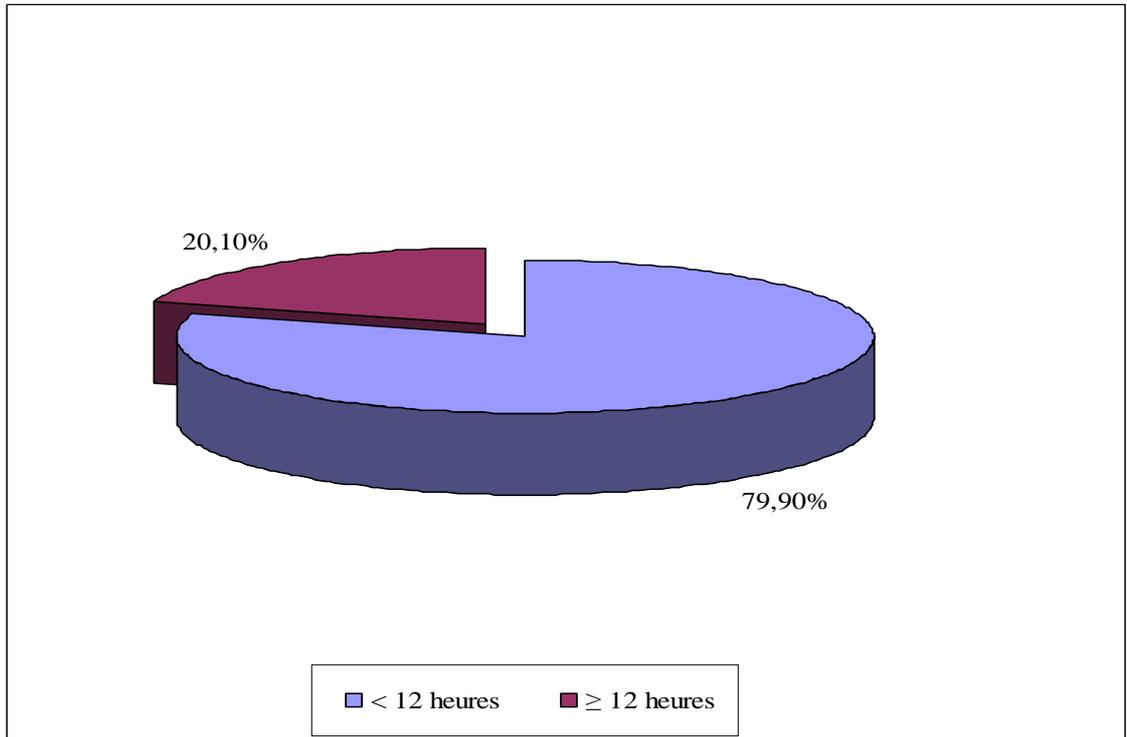


Figure n°8: Répartition selon le délai de PEC

2- Les données cliniques

2-1 Sur le plan clinique

2-1-1 Signes d'appel

Les douleurs abdominales représentent les signes d'appel les plus fréquents retrouvés chez tous nos patients, soit 82,30%.

Les troubles de transit surtout l'arrêt de gaz ont été notés avec la même fréquence que les vomissements, soit les 49,76% des cas.

Les autres signes fonctionnels tels que constipation, ballonnement abdominal, rectorragie, etc. représentent 22,01%.

Tableau 11: Répartition selon les signes d'appel

SIGNES D'APPEL	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Douleurs abdominales	179	82,3
Vomissement	104	49,76
Arrêt des matières	129	61,72
Arrêt des gaz	104	49,76
Autres signes fonctionnels	46	22,01

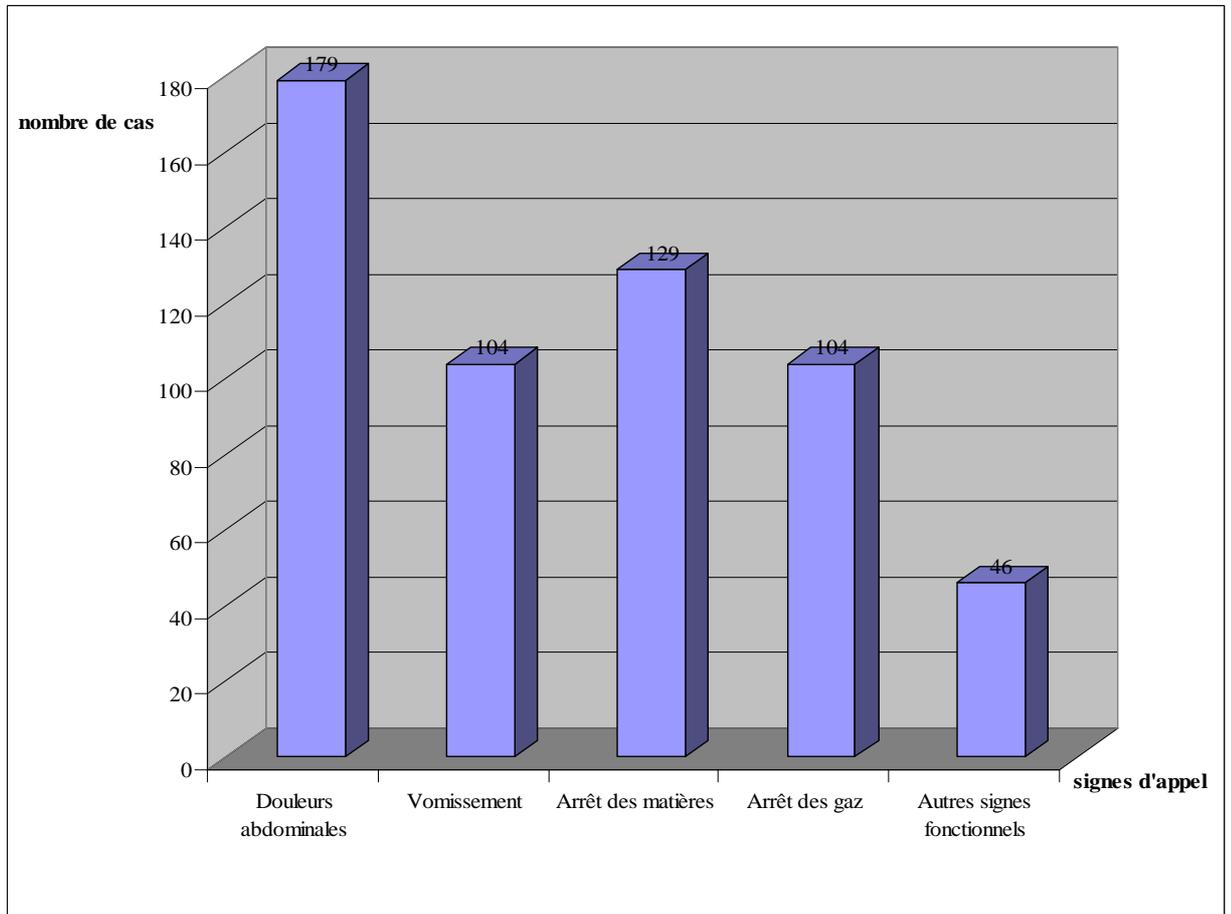


Figure n°9: Répartition selon les signes d'appel

2-1-2- Signes d'examen physique

Les troubles digestifs tels que ballonnement, météorisme abdominal, défense abdominale et douleur abdominale, représentent les signes d'examen physique les plus fréquents retrouvés chez nos patients, soit 84,69%.

Tableau 12: Répartition selon les signes retrouvés au cours de l'examen clinique

EXAMENS CLINIQUES	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Troubles digestifs	177	84,69
AEG	18	8,61
Déshydratation	14	6,7
Touchers pelviens	29	13,88
Autres signes physiques	57	27,27

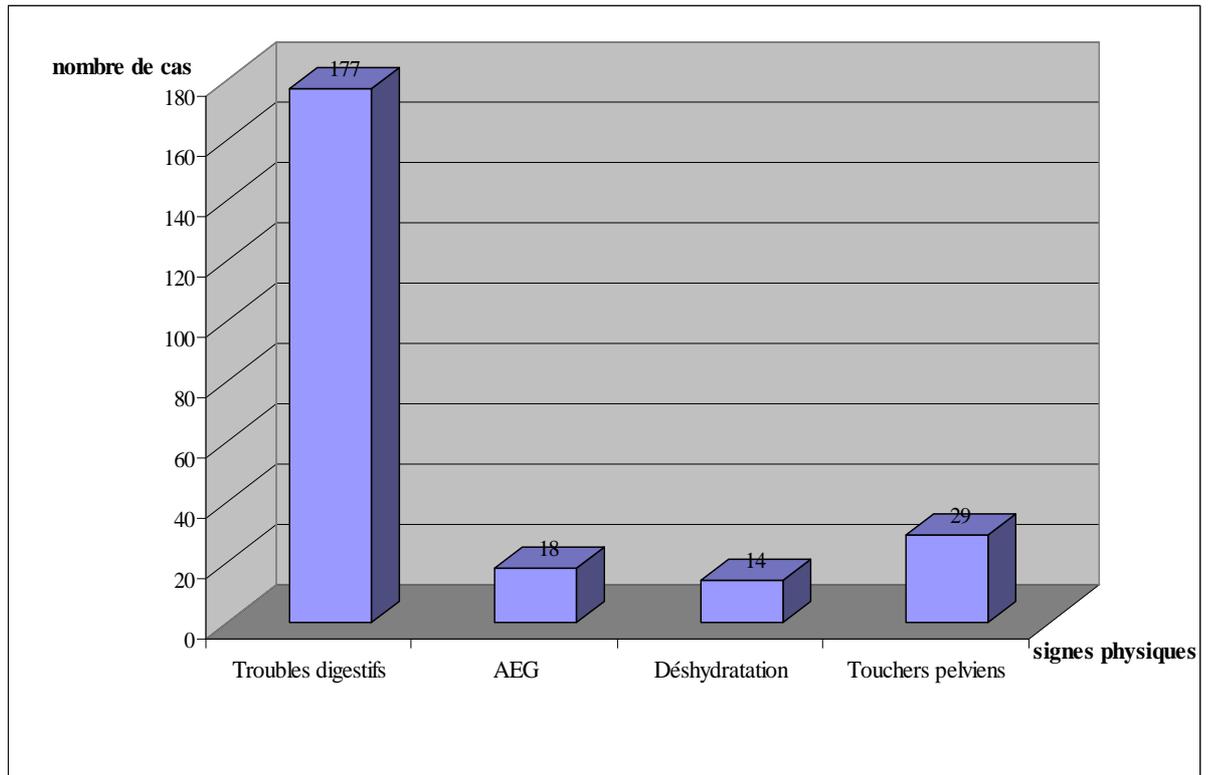


Figure n°10: Répartition selon les signes retrouvés au cours de l'examen clinique

2-2 Les données radiologiques

2-2-1- L'Abdomen Sans Préparation (ASP)

Sur la totalité des cas d' OIA observés, 121 cas sont passés par des clichés radiologiques de l'abdomen sans préparation.

Les clichés radiologiques ont révélé 96 cas (79,34%) d'images de niveaux hydroaériques et 25 cas (20,66%) d'autres images telles que le pneumopéritoine, l'aérocolie, etc.

Tableau 13: Répartition selon l'image radiologique à l'ASP

Images de l' ASP	Fréquence	Pourcentage (%)
Images hydroaériques	96	79,34
Autres	25	20,66
TOTAL	121	100

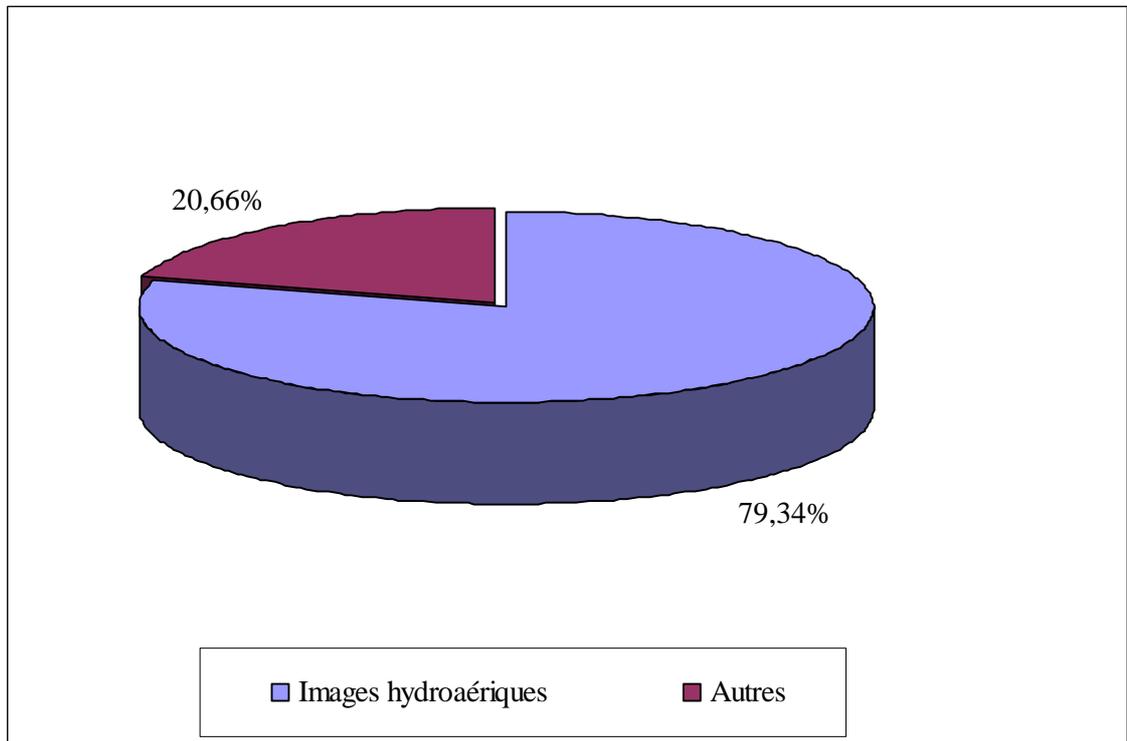


Figure n°11: Répartition selon l'image radiologique à l'Abdomen Sans Préparation

2-2-2- L'échographie

Sur les 209 cas observés, 25 cas (11,96%) ont eu des séances d'échographie.

3- Les données étiologiques

3-1- Les mécanismes des OIA

Les occlusions mécaniques représentent 81,34% des occlusions intestinales. La strangulation en est responsable à 74,71% des cas.

Les occlusions inflammatoires occupent 18,66% des OIA, dont les péritonites aiguës sont importantes avec 58,97% de ces cas.

Tableau 14: Fréquence des occlusions selon les mécanismes

MECANISME	Fréquence	Pourcentage (%)
Occlusions mécaniques	170	81,34
Occlusions inflammatoires	39	18,66
TOTAL	209	100

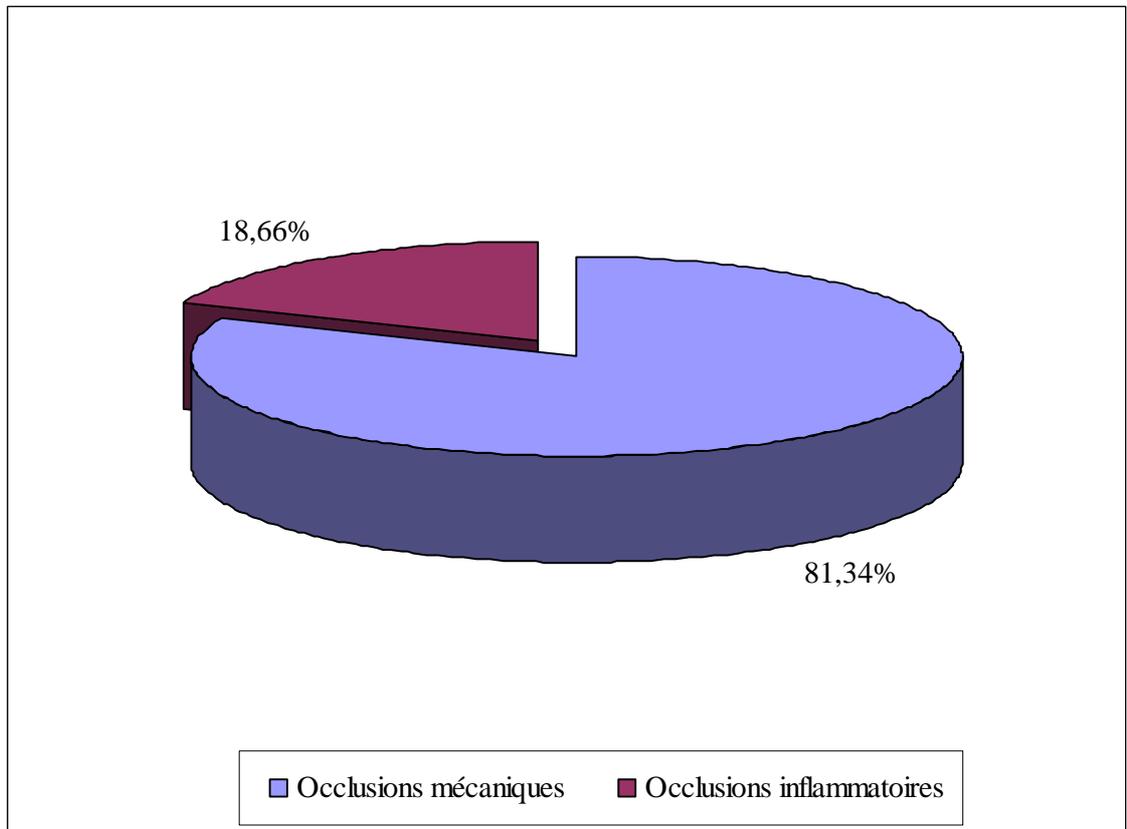


Figure n°12: Répartition selon les mécanismes des occlusions

Tableau 15: Fréquence des occlusions mécaniques

MECANISME	Fréquence	Pourcentage (%)
Strangulation	127	74,71
Obstruction	43	25,29
TOTAL	170	100

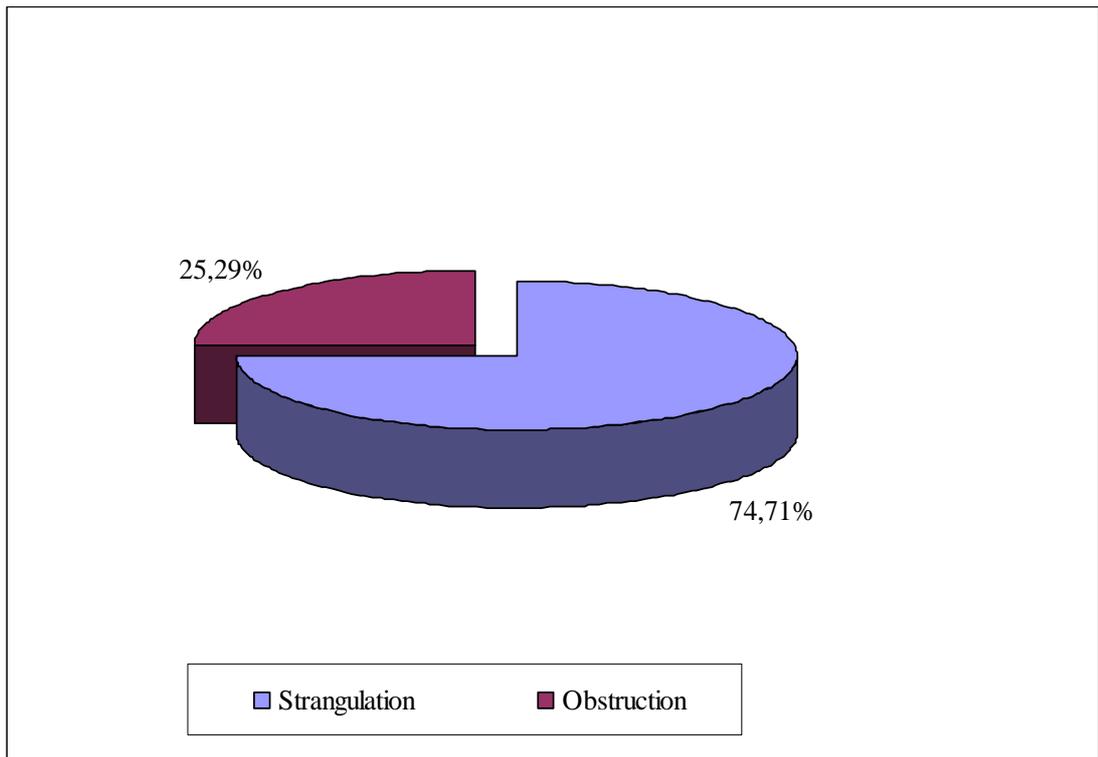


Figure n°13: Répartition selon les occlusions mécaniques

Tableau 16: Fréquence des occlusions inflammatoires

MECANISME	Fréquence	Pourcentage (%)
Péritonites	23	58,97
Autres	16	41,03
TOTAL	39	100

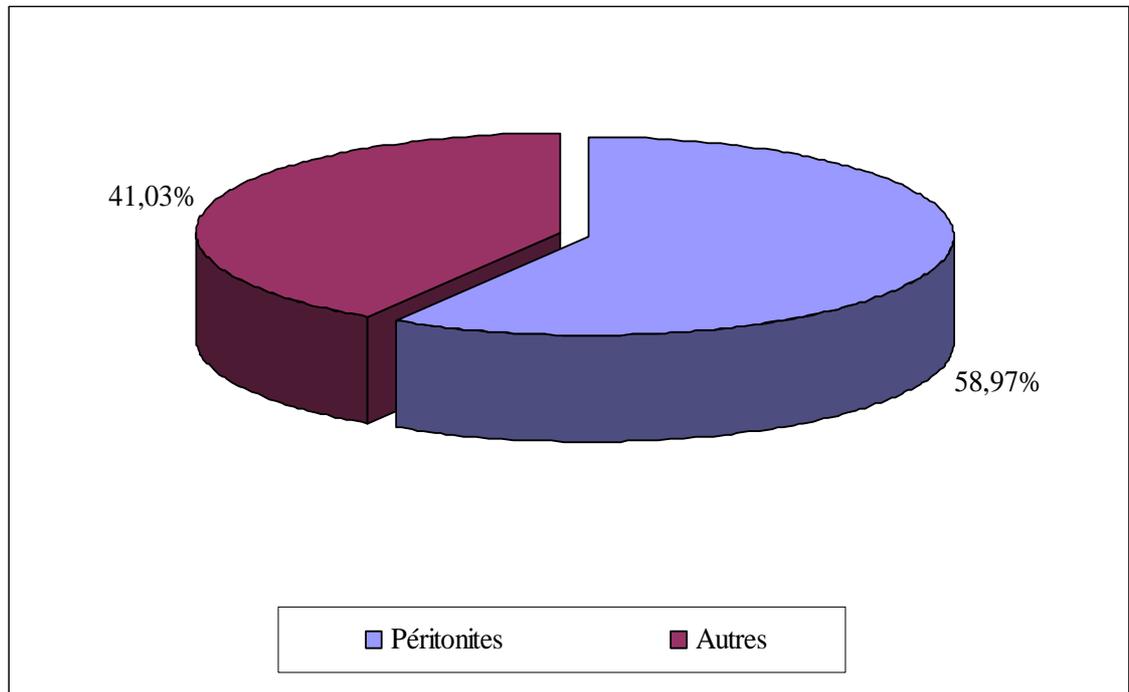


Figure n°14: Répartition selon les occlusions inflammatoires

3-2 Les étiologies

Les adhérences, les tumeurs et les invaginations intestinales aiguës constituent des causes fréquentes des OIA.

Les ascarioses constituent des étiologies rares.

Tableau 17: Etiologies des occlusions intestinales

ETIOLOGIES	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Paquet d'ascaris	2	0,96
Granulations péritonéales	3	1,44
Hirschprung	4	1,91
Autres	4	1,91
Hernies étranglées	8	3,82
Malformations ano-rectales	8	3,83
Brides	13	6,22
Volvulus	15	7,18
Appendice	16	7,66
Péritonites occlusives	18	8,61
Tumeurs	27	12,92
IIA	32	15,31
Adhérences	59	28,23
TOTAL	209	100

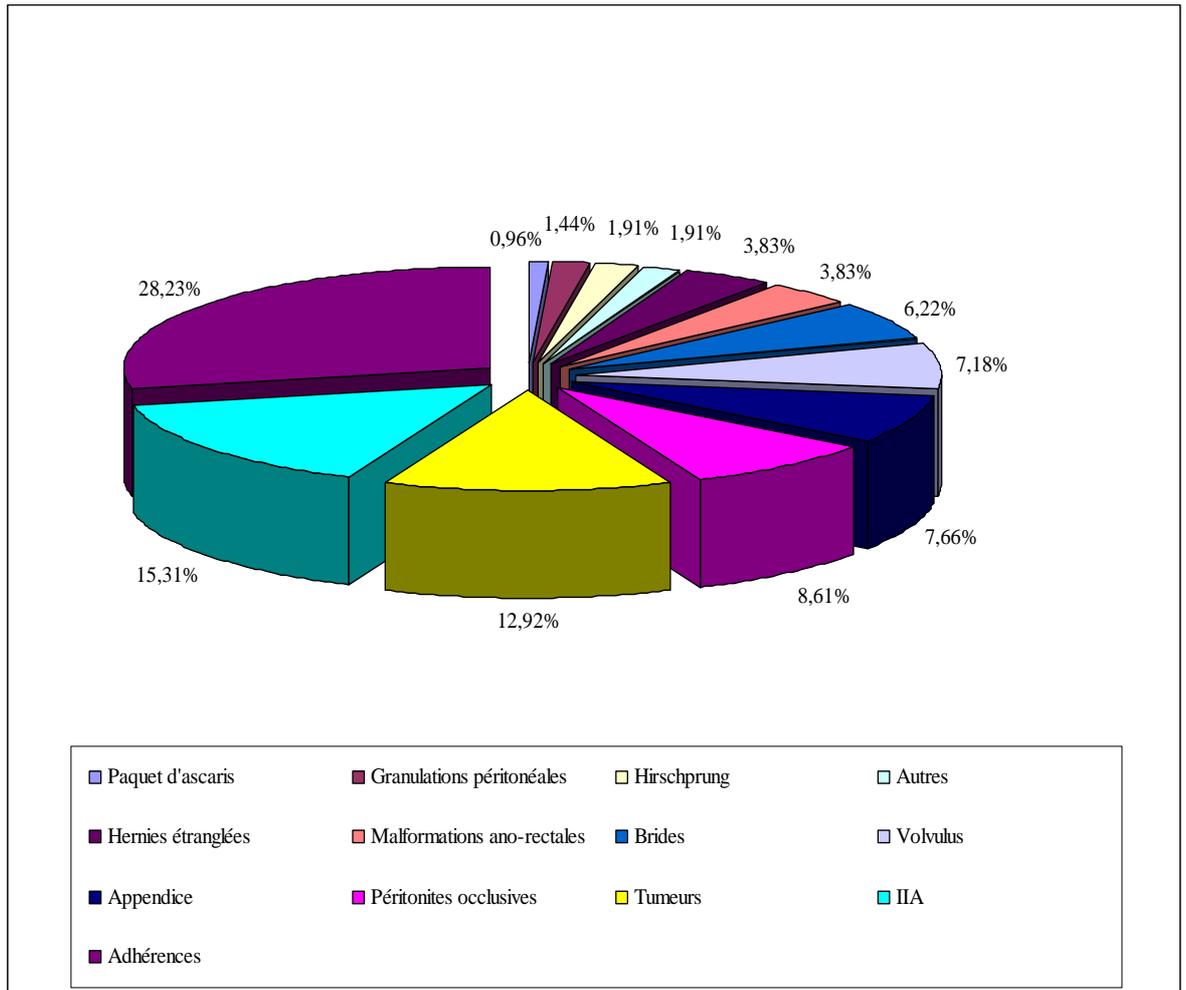


Figure n°15: Répartition des étiologies des occlusions intestinales

4- Les attitudes thérapeutiques

La résection intestinale et la libération des brides et des adhérences constituent les actes chirurgicaux les plus fréquents pour le traitement des occlusions avec respectivement un taux de 27,75% et de 27,27% des cas. Ces résultats s'expliquent par la fréquence des nécroses intestinales et des adhérences.

Tableau 18: Répartition des actes chirurgicaux effectués

ATTITUDES THERAPEUTIQUES	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Libération des brides et adhérences	57	27,27
Résection intestinale	58	27,75
Désinvagination	26	12,44
Dévolvulation	5	2,39
Annexectomie	3	1,44
Appendicectomie	25	11,96
« Biopsie péritonéale »	3	1,44
Dépéritonisation	6	2,87
Iléotomie	2	0,96
Cure chirurgicale de la hernie	7	3,35
Colostomie	13	6,22
Entérotomie de vidange (traitement palliatif)	4	1,91
TOTAL	209	100

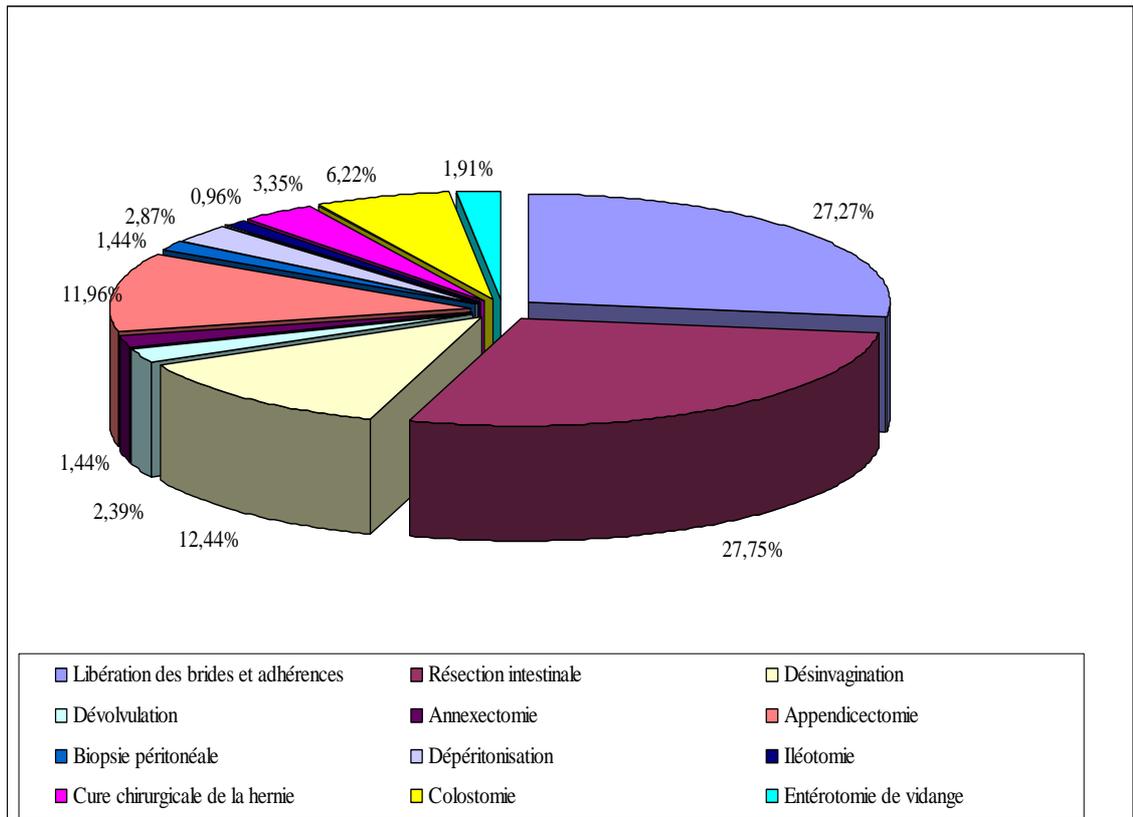


Figure n°16: Répartition des actes chirurgicaux effectués

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

I- Sur le plan épidémiologique

1- Fréquence

L'absence de données fiables ne nous a pas permis d'établir la fréquence exacte de l'OIA à Madagascar.

Dans notre étude, nous avons retenu 209 cas d'occlusion intestinale aiguë observés aux urgences chirurgicales Joseph Ravoahangy Andrianavalona pendant une période de trois semestres.

Les cas rencontrés sont plus nombreux, mais des critères d'exclusion tels que les décharges, les dossiers incomplets, les décédés, les patients subocclus ont ramené à ce chiffre.

Dans les pays africains en général, l'OIA occupe la première place dans les urgences chirurgicales abdominales. A l'Hôpital national de Niamey, elle représente 30% des urgences (36).

Selon Adloff (37), les occlusions du grêle représentent 56 à 75% des occlusions intestinales mécaniques.

2- Age

L'occlusion peut survenir à tout âge.

Notre étude nous a conduit à évaluer la moyenne d'âge des patients autour de 33 ans. L'occlusion intestinale aiguë affecte principalement la population adulte jeune: 16 à 55 ans.

Les adultes plus de 75 ans sont rarement touchés.

L'occlusion intestinale aiguë une affection de l'homme adulte jeune comme le confirment d'autres études en Afrique, au Mali en 1981 et au Bénin en 1983 (38) (39) (40).

En général, nous constatons qu'au niveau continental, l'âge moyen des patients est de 30 ans (41), largement inférieur à celui des pays occidentaux. tels que la France et les Etats-Unis situé autour de 57 ans (42).

La fréquence de la moyenne d'âge se situe comme suit:

- 40 ans au Niger en 2001 (43);

- 46 ans au Bénin en 1995 (44);
- 39,5 ans en Inde en 2002 (45) ;
- 55 ans en Allemagne en 1991 (46).

L'âge des patients atteints des tumeurs du grêle variait de 39 à 75 ans avec une moyenne de 57 ans (47).

Concernant les invaginations, Clerget-Gurraud évoque une prédominance chez l'adulte jeune au Rwanda (48). Ceci est comparable aux résultats rapportés par Murat (49).

3- Sexe

Les résultats de l'étude révèlent que l'occlusion intestinale aiguë touche aussi bien les hommes que les femmes, mais avec une prédominance masculine à l'ordre de 59,81% des cas. Cette prédominance du sexe masculin est semblable aux cas étudiés au Niger (Niamey) en 2000 (50).

Les cas étudiés en Libye en 1987, au Bénin en 1995 et au Togo en 2001 ont recensé deux à cinq fois plus d'hommes que de femmes touchés par l'OIA (44) (51).

Dans notre étude, le sexe ratio est de 1,49.

4- Antécédents

La présence d'une cicatrice abdominale est un élément permettant de détecter une occlusion en cas de douleur abdominale aiguë selon notre étude et celle menée dans les pays développés (52).

Dans notre étude, 31,58% des patients opérés pour occlusion ont déjà subi une laparotomie, dont 28,79% d'appendicectomie.

Malgré la fréquence des antécédents chirurgicaux abdominaux chez la femme, le sexe masculin reste le plus touché.

Les antécédents chirurgicaux abdominaux touchent surtout la population entre 36 à 55 ans.

La fréquence des cicatrices opératoires (31,58%) diffère de celle des cas étudiés au Bénin en 1996: 18,07% (44), en Allemagne en 1991: 78% (46), au Soudan en 1996: 60% (53).

5- Délai de prise en charge

Dans notre étude, l'intervention se fait presque avant la douzième heure de l'admission des patients à la réanimation des urgences dans 79,90% des cas à cause d'un plateau technique encore insuffisant et des ressources humaines incomplètes. Par contre, l'intervention chirurgicale urgente doit être indiquée avant la sixième heure devant une suspicion de strangulation et d'un tableau clinique et radiologique d'occlusion complète d'installation brutale et récente (35).

II- Sur le plan clinique

1- Signes d'appel

1-1 Douleur

La douleur abdominale représente les signes d'appels les plus fréquents avec 82,30% des cas, ce qui coïncide avec les données des autres études au Maroc et au Nigeria (54) (55).

Concernant les invaginations intestinales aiguës de l'adulte au Niger, la douleur constitue le signe le plus fréquemment rencontré avec 90% des cas évoqués par Lanzi (56).

La douleur fait partie des symptômes les plus rencontrés dans les tumeurs de l'intestin dans une étude en 1999 (57).

Elle est le maître symptôme qui motive la consultation.

1-2 Vomissements

Les vomissements sont évalués à 49,76% des cas.

Leur fréquence est importante au Maroc en 1987 avec 91% des cas (54), au Nigeria en 1996 avec 76,1% (55) et en Allemagne en 1991 avec 90% (46).

Les vomissements fréquents et abondants sont à l'origine d'un syndrome de déshydratation.

1-3- Arrêt des matières et des gaz

Les troubles du transit sont évalués à la même fréquence que les vomissements, ce qui diffère aux cas rencontrés dans d'autres pays tels qu'au Maroc en 1987 avec 80% des cas (54), au Nigeria en 1996 avec 47,9% (55) et en Allemagne en 1991 avec 57,5% (46).

1-4- Les autres signes fonctionnels digestifs

La totalité des signes fonctionnels digestifs constitue 22,01% des cas étudiés.

Pour les autres études en Allemagne en 1991 (46) et au Nigeria en 1996 (55), les auteurs ont pu séparer les signes tels que la diarrhée et la rectorragie.

La diarrhée constitue respectivement 3,1% et 10,3% des cas au Nigeria (55) et en Allemagne (46).

La rectorragie est de 12% au Nigeria (55) et de 7% en Allemagne (46).

2- Signes présents à l'examen

Selon notre étude, les signes présents à l'examen sont principalement dominés à 84,69% des cas par les troubles digestifs tels que la douleur abdominale, le météorisme abdominal et la défense abdominale.

Dans les autres études, les auteurs ont pu séparer les signes digestifs comme suit :

- Le météorisme abdominal représente 57,7% des signes au Nigeria (55), 71% au Maroc (54), et 93% en Allemagne (46).
- La défense abdominale représente 54,9% des cas au Nigeria (55), 11% au Maroc (54) et 53% en Allemagne (46).
- Le tympanisme à la percussion est évalué à 28,2% des cas au Nigeria (55) et 33% des cas en Allemagne (46).

L'altération de l'état général et la déshydratation représentent 15,31% des cas que nous avons étudiés, contre 35,9% des cas au Nigeria (55), 11% au Maroc (54) et 70% en Allemagne (46).

III- Sur le plan paraclinique

1- L'Abdomen Sans préparation (ASP)

Il s'agit de l'examen complémentaire de base dont les résultats doivent être confrontés avec ceux de l'examen clinique pour avoir un diagnostic précis.

Dans notre étude, l'ASP a confirmé le diagnostic dans 45,93% des cas et nos résultats montrent que 79,34% des clichés représentent une image typique d'OIA.

L'ASP représente 97% d'image de niveaux hydroaériques au Maroc (54), 75% en Inde (58), et 96% en Allemagne (46).

Les clichés simples de l'ASP permettent de confirmer le diagnostic d'occlusion à l'origine d'un volvulus dans 80% des cas (59) et 62,5% à l'origine d'une tumeur (47).

Par ailleurs, nous avons constaté un taux de réalisation de radiologie faible en raison de la vétusté des appareils radiologiques.

2- L'échographie abdominale

L'échographie abdominale n'est pas demandée systématiquement sauf en cas de suspicion d'invagination. Ainsi, elle a été réalisée chez 25 cas, soit 11,96% de cas étudiés. Il est à noter que l'accès à l'échographie est souvent difficile à cause du manque de personnel qualifié.

Selon Danse et al., l'échographie permet de confirmer le diagnostic d'occlusion intestinale en cas de volvulus du grêle, tout en montrant des anses grêles dilatées sur une longueur d'au moins dix centimètres (59).

3- Le scanner

Le scanner peut aider efficacement au diagnostic des tumeurs (60).

Seule la tomodensitométrie permet de mener, d'une façon indiscutable, au diagnostic de certitude les invaginations intestinales aiguës chez l'adulte et de découvrir l'étiologie éventuelle (61).

IV- Sur le plan thérapeutique

1- Moyens thérapeutiques

Les moyens thérapeutiques sont composés par le traitement médical, la réanimation, ainsi que le traitement chirurgical.

Le traitement médical est un traitement symptomatique s'adressant à la douleur, aux vomissements et la déshydratation. Il doit précéder le traitement chirurgical.

La réanimation constitue des éléments incontournables en situation préopératoire.

La chirurgie d'urgence, faisant partie du traitement chirurgical, doit être entreprise en cas de suspicion de strangulation ou de douleur intense.

2- Traitement médical

Le traitement médical symptomatique, peut entraîner une résolution de l'occlusion dans certains cas par obstruction. Il est constitué par les liquides de remplissage ; les antibiothérapies ; les antalgiques et les protecteurs gastriques.

Suite à l'étude effectuée par Aidan et d'autres auteurs, la CEFOXITINE est l'antibiotique de premier choix utilisé en préopératoire. Sa posologie est de 2g en préopératoire (62).

3- Traitement chirurgical

3-1- Type d'occlusion

Dans notre étude, l'occlusion de type mécanique est largement prédominante avec une fréquence de 81,34%, mais demeure inférieure par rapport à d'autres séries d'études (36) (40) (63).

Que ce soit en Afrique ou dans notre étude, la première cause d'occlusion mécanique est la strangulation, avec une fréquence respective de 82 à 93,5% et de 74,71%.

Pour les auteurs africains comme Kuruvilla MJ (44), les occlusions intestinales aiguës mécaniques se trouvent à la première place des étiologies des syndromes abdominaux chirurgicaux. Elles sont suivies par les péritonites et les appendicites.

Par contre, en Europe et aux Etats-Unis d'Amérique, elles occupent la troisième place après les appendicites et les cholécystites aiguës (64).

La fréquence des mécanismes de l'occlusion de type mécanique varie de chaque pays.

La fréquence pour la strangulation est de 92% des cas au Niger en 2001 (43) ; 93,5% au Nigeria en 1996 (55) ; 73,46% au Soudan (53) ; 58,2% en Pologne (65) et 63,6% en Allemagne (46). Dans notre série, elle est de 74,71%.

La fréquence pour l'obstruction est de 8% des cas au Niger en 2001 (43) ; 6,5% au Nigeria en 1996 (55) ; 26,54% au Soudan (53) ; 41,8% en Pologne (66) et 39,4% en Allemagne (46). Dans notre étude, elle est de 25,29%.

Contrairement à d'autres auteurs, Adloff et Abi-F ont mené des études dans lesquelles l'obstruction est plus importante que la strangulation, avec une fréquence respective de 71% (37) pour les 109 cas étudiés par Adloff et de 77% (54) pour les 100 cas d'Abi-F.

3-2- Découvertes opératoires

Les résultats obtenus montrent une prédominance des adhérences, des tumeurs et des invaginations intestinales aiguës.

3-2-1- Brides et adhérences

Dans notre étude, les cas d'adhérences sont évalués à 28,23%, ce qui est comparable aux résultats de Sinka (Inde) avec 27,10% (45). Ce taux est inférieur à celui de Mohamed (Arabie Saoudite) et de Roscher (Allemagne) qui est de 45% et 48,4% (66) (46) mais supérieur à celui de Sourkati (Soudan) qui est de 24,8% (53). Le taux le moins élevé est celui de Harouna (Niger) avec une fréquence de 7,3% (43).

3-2-2- Tumeurs

Le taux de fréquence des tumeurs est de 3,1% (47) dans une série d'études menée par Ngowe. Ce taux est proche de celui retrouvé par Naef (3 à 6%) (57) mais demeure inférieur à celui de Veyrieres (12%) (67) . Il est légèrement supérieur à celui d'Angelescu (2%) (68).

Ces différents taux confirment la rareté des tumeurs de l'intestin. Par contre, notre étude a donné un taux de 12,92% des cas.

Le taux de nécrose intestinale est de 41% dans une étude africaine (40). Ce taux est généralement plus bas dans les pays développés car il se trouve entre 13 à 26% (69) (70). Dans notre étude, elle représente 27,75% des cas.

La nécrose est influencée par le retard au traitement et par le mécanisme par strangulation comme le confirment les travaux réalisés par Dembele au Mali (39).

Selon Gallo, les tumeurs du grêle se manifestent fréquemment par l'hémorragie digestive (71). Toutefois, ce tableau clinique n'a pas été rencontré dans notre étude, ainsi que dans les autres séries (72).

3-2-3- Invaginations intestinales aiguës

Le taux d'invagination intestinale aiguë résultant de notre étude est de 15,31% des cas, ce qui est supérieur à celui de Sourkati (12,2%), de Harouna et de Mohamed (7%) et de Roscher (2,5%) (53) (43) (67) (46).

3-2-4- Occlusion intestinale d'origine appendiculaire

Selon notre étude, la fréquence d'occlusion intestinale d'origine appendiculaire est de 7,66%.

3-2-5- Volvulus du tube digestif

C'est une anomalie congénitale rarement observée chez l'adulte et plus fréquente chez l'enfant (73).

Les résultats se diffèrent dans plusieurs études. La fréquence du volvulus du tube digestif est de 7,18% dans notre série, contre 14% pour Harouna (43), 12,76% pour Sourkati (53), 3,6% pour Mohamed (67) et 4,4% pour Roscher (46).

Pour la strangulation sur volvulus en cas d'occlusion intestinale, la fréquence varie entre 5 et 42% dans plusieurs séries (74).

Le volvulus du grêle est rare aux Etats-Unis ou en Europe, mais plus fréquent au Moyen Orient, en Afrique et en Asie (75) (76).

3-2-6- Péritonite occlusive

La fréquence de perforation iléale est de 8,61% dans notre série, contre 6% pour de Sow-ML (77) et 5,76% pour Diouf (78). Sanou D a observé 18,64% de perforation typhique (79).

3-2-7- Hernie étranglée

Dans notre étude, le taux d'hernie étranglée est très faible avec 3,82% des cas alors qu'il est élevé au Mali (61,92%) (56) et au Niger (63,6%) (43). Le taux semble moyen en Arabie (20%) (67), en Inde (22,43%) (45) et en Allemagne (8,4%) (46).

3-2-8- Imperforation anale

Elle se présente avec un taux faible qui est de 3,83%. Elle se situe alors au même niveau que celui des autres études, à savoir le taux d'imperforation anale de Harouna à 3,1% et de Sourkati à 2,1% (43) (53).

3-2-9- Autres découvertes opératoires

Notre étude a évalué 1,91% d'autres découvertes opératoires.

Ce taux est supérieur à celui de Harouna (0,3%), mais inférieur à ceux de Sourkati (4%) et de Roscher (5,8%) (43) (53) (46).

3-3- Techniques opératoires

Les principales techniques opératoires sont constituées par la résection intestinale, la libération des adhérences et des brides, la désinvagination et l'appendicectomie.

27,75% des patients ont subi une résection intestinale. Celle-ci est la conséquence de l'opération tardive des malades car ils se sont présentés tardivement à l'hôpital ou bien leur état général altéré nécessite une grande réanimation intensive.

Le taux de résection intestinale est de 39,4% au Nigeria (55), 28% au Maroc (54) et 30% en Allemagne (46).

Ce taux varie en fonction de la présence de nécrose et de tumeur intestinale.

La littérature africaine fait état de 37% de cas de résection (50).

Dans notre étude, sur les 209 opérés, 27,27% des cas font l'objet d'une libération des adhérences et d'une simple section de bride, en raison de la prédominance des brides et des adhérences.

La chirurgie se présente comme la base thérapeutique des cancers de l'intestin (80).

Selon l'étude, la désinvagination et l'appendicectomie se trouvent quasiment sur la même fréquence avec 12,44% et 11,96% des cas.

Le traitement de la hernie étranglée est chirurgical (81).

SUGGESTIONS

Nos suggestions se portent sur trois domaines bien distincts :

1) Aux autorités politiques :

- L'organisation d'un système d'évacuation sanitaire rapide au plan national (transport médicalisé) serait nécessaire pour éviter le retard dans la prise en charge.
- Doter l'hôpital de matériel d'imagerie adéquat semble incontournable pour permettre un diagnostic fiable.
- La multiplication des centres sanitaires de proximité est aussi utile pour la prise en charge des urgences chirurgicales.
- La création d'une caisse d'assurance maladie est une solution en vue de mettre en place un système de prise en charge pérenne.

2) Aux autorités sanitaires :

Doivent être prise en considération :

- La formation continue des personnels qualifiés tels que les chirurgiens, les réanimateurs, les anesthésistes, les radiologues, les échographistes ;
- L'amélioration du plateau technique en vue d'une réduction du temps entre l'admission et l'acte chirurgical ;
- Le traitement médical préopératoire, qui est indispensable pour la prise en charge ;
- La promotion de la chirurgie coelioscopique pour prévenir les adhérences.
- La réanimation nutritionnelle postopératoire immédiate.

3) Aux publics :

La communication joue un rôle primordial afin de rendre efficaces les actions suivantes :

- Favoriser l'Information-Education-Communication concernant la gravité de l'occlusion intestinale aiguë.
- Informer sur les effets néfastes d'une automédication.
- Conscientiser la population sur l'importance d'une consultation urgente auprès d'une structure sanitaire en cas de douleur abdominale.

CONCLUSION

CONCLUSION

Notre étude rétrospective, se basant sur une série consécutive de 209 dossiers de patients opérés pour occlusion intestinale aiguë sans distinction d'âge et sur une période allant du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2010, a révélé les constats suivants :

- Un âge moyen des patients atteints de l'occlusion intestinale aiguë se situant aux alentours de 33 ans et avec une prédominance masculine.
- La présence d'un antécédent de laparotomie surtout l'appendicectomie.
- Un taux important de douleur abdominale et de trouble du transit suite à une hospitalisation tardive des patients.
- La présence exagérée des troubles digestifs dans l'examen physique.
- Une forte fréquence des cas d'occlusion par strangulation.
- Un taux important d'image caractéristique d'occlusion intestinale aiguë à la radiographie de l'abdomen sans préparation.
- Un taux élevé de libération des adhérences et des brides.

En effet, l'occlusion intestinale aiguë constitue une urgence médicochirurgicale. Elle nécessite une prise en charge pluridisciplinaire étant donné ses conséquences redoutables en cas de retard de traitement.

Faisant partie d'un problème de santé publique, l'occlusion intestinale aiguë nécessite une contribution importante de différentes autorités publiques en vue d'engager des actions plus pertinentes et d'obtenir des résultats thérapeutiques satisfaisants.

ANNEXE

Annexe 1 : Liste des patients ayant reçu une cure chirurgicale

Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
1	19 ans	M		Défense au niveau de la fosse iliaque droite		5
2	3 jours	M		Bébé apathique Abdomen ballonné		7
3	40 ans	F	Ventre cicatriciel	Météorisme abdominal	ASP = NHA	4
4	34 ans	F		Etat cachectique Météorisme abdominal	ASP = NHA de type grêlique	5
5	44 ans	F	Appendicectomie	Conjonctives colorées AEG Météorisme abdominal	ASP = NHA du grêle	10
6	38 ans	M		Abdomen distendu ballonné	ASP = NHA	11
7	23 ans	F		Météorisme abdominal	ASP = NHA du grêle	4
8	28 ans	M		AEG	ASP = NHA de type grêlique	15
9	22 ans	M	Ventre cicatriciel	Défense abdominale	ASP = NHA	6
10	9 mois	F		bébé agité TR = Doigtiers ramenant de stries de sang	Echographie = aspect évocateur d'un boudin d'invagination	3

11	45 ans	F	GEU	Abdomen ballonné distendu Défense abdominale	ASP = NHA gréliques	4,5
12	7 ans	F		Défense abdominale	ASP= Aérocolie	11
13	69 ans	F	Hypertension artérielle		ASP=NHA	7
Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
14	2 jours	M		Ballonnement abdominal Circulations collatérales		5
15	61 ans	F		Abdomen distendu et douloureux à la palpation	ASP=NHA du grêle	7
16	4 ans	M		Météorisme abdominal Abdomen ballonné	ASP=NHA type grêlique	7
17	3 jours	M		Etat de choc Abdomen distendu et ballonné		2
18	36 ans	M		Météorisme abdominal	ASP=NHA type grêlique	6
19	52 ans	F	Ventre cicatriciel	Météorisme abdominal	ASP=NHA	7
20	53 ans	F		Météorisme abdominal	ASP=NHA	3
21	50 ans	M	Appendicectomie	AEG Météorisme abdominal	ASP=NHA	5

22	46 ans	M	Appendicectomie(2008)	Météorisme abdominal	ASP=NHA	9
23	38 ans	M	Epigastralgie	Abdomen ballonné	ASP=NHA	10
24	34 ans	M		Météorisme abdominal	ASP=NHA type grêlique	4,5
25	4 jours	M		Bébé agité		2
26	3 mois	F		Deshydratation TR = Doigtiers ramenant de sang		2
27	56 ans	M		Abdomen ballonné douloureux à la palpation	ASP=NHA	10
Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
28	69 ans	F		Douleur à la palpation de la région pelvienne		4
29	20 ans	M	Ventre cicatriciel	Météorisme abdominal	ASP=NHA type grêlique	9
30	6 ans	M	Ventre cicatriciel	Défense abdominale	ASP=Aérocolie	15
31	9 mois	M		Ballonnement abdominal		2
32	34 ans	M		Abdomen ballonné Légère défense	ASP=NHA	8

33	43 ans	M		Abdomen distendu douloureux	ASP=NHA du grêle	8
34	5 jours	M		Etat de choc Circulations veineuses collatérales		2
35	53 ans	M		Ballonnement abdominal	ASP=NHA	15
36	4 ans	F		Abdomen ballonné Défense abdominale	ASP=NHA	10
37	17 ans	M	Ventre cicatriciel	Abdomen distendu et douloureux à la palpation	ASP=NHA	5
38	11 jours	M		Ballonnement abdominal		9
39	20 ans	M		Abdomen distendu Défense abdominale	ASP=NHA	5
40	7 mois	F	Hirschprung(2008)	Bébé agité Ballonnement abdominal	ASP=NHA	5
41	25 ans	M		Abdomen tympanique AEG	ASP=NHA	4
Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
42	6 mois	M		Abdomen ballonné Défense	ASP=NHA	3
43	59 ans	F		Abdomen ballonné	ASP=NHA Stercolithes	3,5

44	50 ans	M	Ulcère gastrique Hypertension artérielle	Abdomen souple Défense sous-ombilicale et épigastrique Tympanisme		4,5
45	49 ans	M		Abdomen ballonné Météorisme+++	ASP=NHA type grêlique	8,5
46	3 ans	M		Abdomen souple à la palpation Globe vésicale	ASP=NHA	17
47	22 ans	M		Abdomen avec défense Température=38°9Celcius		9
48	11 mois	F		Abdomen ballonné dépressible à la palpation Râles crépitants		15
49	24 ans	M	Douleur abdominale à répétition	Conjonctives pâles Langue saburrale Abdomen ballonné Défense généralisée Dyspnéique		14
50	50 ans	M	Plastron appendiculaire(2008)	Abdomen douloureux diffus à la palpation Défense abdominale	ASP=NHA	13
51	43 ans	M	Epigastralgie	Glasgow:15/15 Abdomen ballonné tympanique	ASP=NHA	7
52	7 mois	M		Apathique Fontanelle déprimée Boudin d'invagination palpé à gauche Deshydratation plan C	Echographie = IIA probablement colo-colique gauche	2
53	2 ans et demi	F	Toux à répétition	Abdomen ballonné Anorexique Défense abdominale		6

54	46 ans	M	Epigastralgie	Abdomen sensible Défense abdominale	ASP=NHA	7
55	25 ans	M		Douleur à la palpation		10
Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
56	6 jours	F		Bébé agité		8
57	4 jours	F		Abdomen augmenté de volume		11
58	4 mois	F		Apathique Deshydratation		1
59	24 ans	F	OIA avec anus contre nature	Ballonnement abdominal Défense abdominale Langue saburrale	ASP=NHA	2
60	62 ans	M	Hypertension artérielle	Langue saburrale Ballonnement abdominal Défense au niveau de l'hypogastre		4
61	82 ans	M	Hypertension artérielle	Masse abdominale palpable non perçue au TR		4,5
62	2ans et demi	F		Abdomen peu ballonné Tuméfaction au niveau de la région inguinale	ASP=Aérocolie Echographie=Syndrome subocclusif+hernie inguinale probable	7
63	31 ans	M		Langue saburrale Défense abdominale		3

64	54 ans	F	Adénopathie inguinale	Langue saburrale Signe de lutte	ASP=NHA	5,5
65	65 ans	M		Conjonctives colorées Abdomen tendu Défense abdominale	ASP=NHA Image de volvulus	6
66	57 ans	F	Hystérectomie(2007)	Défense abdominale		4,5
67	33 ans	M		Douleur abdominale Ballonnement abdominal	ASP=NHA	10,5
68	50 ans	F	Hypertension artérielle	Ballonnement abdominal		2,5
69	85 ans	M	Hernie inguinale	Douleur à la palpation abdominale	ASP=NHA	3
Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
70	61 ans	M		Fièvre Abdomen ballonné	ASP=NHA	13
71	2 ans	F	Gastroentérite à répétition	TR=Doigtiers ramenant de sang	Echographie=Boudin d'invagination	3
72	15 jours	M		Cyanose Deshydratation plan B Abdomen ballonné		2,5
73	36 ans	F	Laparotomie(2008)	Défense abdominale	ASP=NHA grêliques	9

74	83 ans	F		Abdomen ballonné	ASP=NHA	2,5
75	44 ans	F	GEU(2001)	Conjonctives rouges Abdomen souple	ASP=NHA	8
76	74 ans	M		AEG Deshydratation		8
77	47 ans	F	Hystérectomie(1998)	Etat cachectique		10
78	40 ans	F		AEG Abdomen distendu Masse abdominale TR=Tumeur rectale		4,5
79	52 ans	M	Hypertension artérielle	Abdomen ballonné	ASP=NHA	22
80	40 ans	F	Epigastralgie	Etat cachectique Abdomen ballonné	ASP=NHA	1
81	24 ans	M		Météorisme abdominal TR=Fécalome		5,5
82	32 ans	F	Epigastralgie	Douleur abdominale à la palpation	ASP=NHA grêliques	2,5
83	55 ans	M	Appendicectomie	Douleur à la palpation Défense+++ Ballonnement abdominal		4
Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)

84	2 ans	M		Apathique Yeux enfoncés Masse épigastrique		7,5
85	64 ans	M	Hémorroïdes	Abdomen ballonné Météorisme abdominal		6,5
86	4 mois et demi	M	Hernie inguino-scrotale droite	Ventre ballonné tendu Ombilic déplié		1
87	24 ans	M		Abdomen tendu Douleur à la palpation	ASP=Aérocolie	3
88	46 ans	F	Appendicectomie Fibromectomie	Météorisme abdominal	ASP=NHA	11
89	16 ans	M	Infirmité moteur occulo-cérébral	Douleur abdominale à la palpation	ASP=NHA	9
90	50 ans	M	Laparotomie	Météorisme abdominal		7
91	8 mois	M		Ballonnement abdominal	Echographie=Boudin d'invagination	15,5
92	63 ans	F	Hypertension artérielle Ventre cicatriciel	Douleur à la palpation profonde	ASP=NHA	8
93	39 ans	F		Défense épigastrique Petite masse au niveau de la fosse iliaque gauche TV=Pertes blanchâtres	Echographie=Lame d'épanchement au niveau du récessus de Morisson et gouttière pariéto-colique	6
94	38 ans	F	Kyste ovarien droit(2008)	Douleur à la palpation abdominale		10

95	6 ans	M		Défense abdominale	ASP=Aérocolie+fécàlome	12
96	11 mois	M		Ballonnement abdominal	Echographie=en faveur d'une invagination intestinale	2
97	57 ans	F		Tympanisme Abdomen ballonné	ASP=NHA+Aérocolie	8
Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
98	16 ans	M	Péritonite appendiculaire(2008)	Abdomen sensible Défense généralisée à la palpation		10
99	76 ans	M		Douleur à la palpation abdominale	ASP=NHA	14
100	41 ans	M	Epigastralgie	Contracture abdominale	ASP=Pneumopéritoine	13
101	40 ans	M	Anus iliaque(2008) Tuberculose	Abdomen distendu Défense généralisée	ASP=NHA	4,5
102	14 ans	M		Défense abdominale		6
103	36 ans	F		Douleur à la palpation profonde de l'abdomen		6,5
104	31 ans	M		Ballonnement abdominal Douleur à la palpation abdominale TR=Douglas comblé et douloureux	ASP=NHA	10

105	62 ans	F		Ballonnement abdominal	ASP=NHA	16
106	17 mois	M	Ventre cicatriciel	Ballonnement abdominal	ASP=NHA Echographie=Boudin d'invagination intestinale	4
107	6 mois	M	Gastroentérite	Défense abdominale		20
108	6 ans	M	Ventre cicatriciel	AEG		24
109	81 ans	M		Hernie inguinale droite irréductible		12
110	80 ans	M	Prostate Tumeur vésicale	Deshydratation plan B Abdomen ballonné	ASP=NHA	9
111	7 mois	M		Apathique Palpation d'un boudin d'invagination	Echographie=Invagination intestinale	2
Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
112	39 ans	M	Diarrhées jaunâtres	Ballonnement abdominal	ASP=NHA	15
113	16 ans	F	Infirmité moteur occulo-cérébral	Météorisme abdominal		14
114	32 ans	M	Appendicectomie	Défense abdominale	ASP=NHA	2

115	44 ans	F	Appendicectomie	Ballonnement abdominal	ASP=NHA	4,5
116	60 ans	M	Epigastralgie	Abdomen ballonné douloureux à la palpation épigastrique	ASP=Stase au niveau du colon descendant	8
117	24 ans	M		Abdomen tendu Défense abdominale TR=Ampoule rectale vide	ASP=NHA type grêlique	6,5
118	54 ans	F	Hystérectomie(2004) Hypertension artérielle	Abdomen souple à la palpation	ASP=NHA	7
119	4 mois	M	Gastroentérite	Ballonnement abdominal	Echographie=Boudin d'invagination	10
120	50 ans	M	Appendicectomie	Météorisme abdominal Abdomen sensible à la palpation	ASP=NHA	6
121	26 ans	M		Palpation abdominale douloureuse	ASP=NHA	14
122	41 ans	M	Epigastralgie	Ballonnement et distension abdominale	ASP=NHA du grêle	10
123	12 ans	M		Hernie inguino-scrotale irréductible		5
124	58 ans	F	Appendicectomie	Abdomen plus ou moins souple à la palpation	ASP=NHA	8
125	22 ans	M		Abdomen distendu Défense abdominale TR=Ampoule rectale vide	ASP=NHA type grêlique	9,5

Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
126	67 ans	M		Météorisme abdominal	ASP=NHA	4,5
127	39 ans	M		Météorisme abdominal	ASP=NHA	10
128	7 mois	F	Diarrhées jaunâtres	Ballonnement abdominal	ASP=Opacité droite	4
129	62 ans	F	Néo du sigmoïde	Douleur à la palpation abdominale	ASP=NHA	1
130	19 ans	M		Abdomen douloureux à la palpation	ASP=Image en arceau	2
131	73 ans	F	Opération césarienne	Météorisme abdominal	ASP=NHA	2
132	59 ans	M		TR=Tumeur rectale circonférentielle sténosante	ASP=Aérocolie	2
133	54 ans	M	Péritonite	Douleur à la palpation profonde de l'abdomen Abdomen plus ou moins ballonné		24
134	59 ans	M		Douleur à la palpation abdominale		2
135	14 ans	M		Défense généralisée de l'abdomen TR=Ampoule rectale plus ou moins vide		17

136	25 ans	M	Hémorroïde	Abdomen distendu ballonné avec défense TR=Hémorroïde externe Intromission impossible	ASP=NHA	11
137	31 ans	M	Epigastralgie	Abdomen souple à la palpation	ASP=NHA	4
138	51 ans	M	Hypertension artérielle	Ballonnement abdominal		20
139	4 mois	F	Gastroentérite	Bébé agité Ballonnement abdominal TR=Doigtiers ramenant de sang	ASP=NHA	10
Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
140	31 ans	F	Kyste ovarien droit Allergique aux bêta-lactamines	Météorisme abdominal	ASP=NHA	7,5
141	32 ans	F	Opération césarienne	Distension abdominale Tympanisme+++ Douleur à la palpation abdominale	ASP=NHA	10
142	7 mois	M		Bébé apathique Ballonnement abdominal	Echographie=Boudin d'invagination	2
143	53 ans	F		Hernie inguinale droite irréductible	ASP=NHA plus larges que hauts	3
144	28 ans	F	Ventre cicatriciel	Abdomen ballonné avec défense Tympanisme	ASP=NHA	8
145	49 ans	M	Epigastralgie	Défense abdominale Disparition de la matité préhépathique Amaigrissement	ASP=NHA	12

146	1an et 8 mois	M		Douleur à la palpation abdominale		7
147	33 ans	F	GEU(2007)	Météorisme abdominal	ASP=NHA	24
148	46 ans	M		AEG Déshydratation Défense abdominale	ASP=NHA type grêlique	5
149	71 ans	F	Appendicectomie Hypertension artérielle	Deshydratation Abdomen sensible	ASP=Aérocolie gauche+++	15
150	18 ans	M		Abdomen douloureux à la palpation Masse inguino-scrotale droite irréductible		3
151	42 ans	F		Ballonnement abdominal Hernie inguinale gauche étranglée	Echographie=Dilatation des anses et météorisme abdominal	10,5
152	52 ans	F	Kyste ovarien(2004) Hystérectomie(2006)	Ballonnement abdominal TV=Fond vaginal Masse dure nodulaire Doigtier souillé de sang		17,5
153	66 ans	M	Hypertension artérielle	Ballonnement abdominal Tympanisme	ASP=NHA Aérocolie	7,5
Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
154	14 mois	M		Etat cachectique Deshydratation Masse palpable au niveau du pelvis		3
155	72 ans	F	Appendicectomie(2007)	Palpation abdominale douloureuse Giordano positif		14

156	47 ans	F	Ventre cicatriciel Hypertension artérielle	Ballonnement abdominal		24
157	4 mois	F		Cri plaintif Abdomen souple	Echographie=Boudin d'IIA gauche visible	2
158	9 mois	M	Ictère	Masse abdominale palpable au niveau du flanc droit TR=Pas de masse palpable	Echographie=Image en sandwich évoquant une IIA	3
159	28 ans	M	Tuberculose	Ballonnement abdominal	ASP=NHA	2,5
160	75 ans	M		Abdomen tendu ballonné Déshydratation	ASP=NHA	7
161	30 ans	F	GEU à deux reprises	Douleur à la palpation abdominale Abdomen ballonné TR=Ampoule rectale contenant des matières fécales	ASP=NHA	4
162	4 mois	M		Ballonnement abdominal TR=Doigtiers striés de sang		1
163	38 ans	F	Ménométrorragie	Douleur à la palpation profonde	ASP=NHA	2
164	19 ans	F	Appendicectomie(2000) Péritonite(2000)	Ballonnement abdominal	ASP=NHA	6
165	4 mois	M	Toux	Ballonnement abdominal	ASP=NHA Echographie=Sans image d'IIA	4
166	11 mois	F		Abdomen souple avec boudin d'invagination		3

167	12 ans	M	Hirschprung(2007)	Deshydratation AEG Hyperthermie Abdomen distendu sensible à la palpation		4,5
Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
168	41 ans	M	Ventre cicatriciel	Abdomen tendu ballonné Météorisme+++ Défense	ASP=NHA Echographie=Météorisme abdominal et stase stercorale	18
169	72 ans	F	Appendicectomie(2008)	Abdomen ballonné Douleur à la palpation de la fosse iliaque droite		14,5
170	27 ans	F	Ventre cicatriciel	Abdomen souple TV=Pertes blanchâtres malodorantes		24
171	55 ans	F	Kyste ovarien gauche Hypertension artérielle	Abdomen ballonné TV=Normal	ASP=NHA	5
172	35 ans	M	Epigastralgie	Défense abdominale TR=Ampoule rectale vide	ASP=NHA	6
173	64 ans	F	Fibrome(1988) Hypertension artérielle	Langue saburrale Défense abdominale	ASP=Normale	8
174	52 ans	F		Défense abdominale TV=Pertes blanchâtres Culs de sac de douglas sensible non complet		9
175	35 ans	M	Carcinome mucineux ano-rectal Tuberculose	Abdomen souple		9,5

176	52 ans	M		Tympanisme abdominal	ASP=NHA Aérocolie	6,5
177	8 ans	M	Ventre cicatriciel	Douleur à la palpation abdominale	ASP=NHA	5
178	11 ans	M	Appendicectomie(2009)	Conjonctives pâles Disparition de la matité pré-hépatique Contracture abdominale	ASP=NHA Pneumopéritoine	3,5
179	29 ans	F		Abdomen tendu sensible TV=Cul de sac libre	ASP=NHA de type grêlique Echographie=Ascite cirrhotique du foie	20
180	31 ans	F	Appendicectomie(2000)	Deshydrataion Ballonnement abdominal		12,5
181	85 ans	M		Ballonnement abdominal	ASP=NHA	2
Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
182	9 mois	M		Ballonnement abdominal	Echographie=IIA avec adénolymphite	6
183	30 ans	F	Kyste ovarien(2002)	Douleur à la palpation profonde Défense généralisée	ASP=NHA	22
184	23 ans	M		Défense au niveau de la fosse iliaque droite		8
185	67 ans	F		Douleur à la palpation abdominale		2

186	7 mois	F		Abdomen souple Pas de boudin palpable	Echographie=IIA en position sous-hépatique avec distension des anses d'amont	6,5
187	37 ans	M	Péritonite appendiculaire(janvier 2010)	Abdomen souple dépressible TR=Ampoule rectale vide	ASP=NHA	11
188	25 ans	M	Cellulite	Ballonnement abdominal Ventre de bois	ASP=NHA	7
189	58 ans	M	Ascite	Tympanisme généralisé Hernie inguinale droite irréductible TR=Cul de sac de douglas sensible	ASP=NHA	2
190	56 ans	M	Hernie inguino- scrotale droite	Langue saburrale Défense +++ Hernie inguino-scrotale droite irréductible étranglée	ASP=NHA	15
191	48 ans	F	Hypertension artérielle Constipation	Abdomen tendu sensible	ASP=NHA Echographie=Tumeur au niveau de la jonction recto- sigmoïdienne	8
192	1 mois	F		Ballonnement abdominal	ASP=Aérocolie	4
193	22 mois	M		Ballonnement abdominal	ASP=NHA	2
194	66 ans	F	Parkinson	Abdomen ballonné		20
195	56 ans	F		Abdomen ballonné sensible à la palpation profonde	Echographie=Anses très dilatées	6,5

Cas	Age	Sexe	Antécédents	Signes d'examen clinique	Paraclinique	Délai de PEC (en heure)
196	21 ans	M		Météorisme abdominal Contracture généralisée	ASP=NHA	5
197	31 ans	M	Diarrhée	Ballonnement abdominal Hyperthermie	ASP=NHA	15,5
198	2ans et demi	F		Ballonnement abdominal	Echographie=Image d'IIA	9,5
199	7 mois	M		Abdomen souple TR=Doigtiers ramenant de sang	Echographie=IIA	2
200	1 mois	M		Défense abdominale Hernie inguinale droite étranglée	ASP=NHA type grêlique	13
201	55 ans	F	Epigastralgie	Altération de l'état général Ballonnement abdominal TR=Fécalome		24
202	15 mois	M		Enfant irrité Météorisme abdominal	ASP=NHA Aérocolie	3,5
203	83 ans	F	Hypertension Diabète	Défense abdominale TR=Douglas sensible mais libre		3
204	53 ans	F	Ventre cicatriciel	Abdomen distendu Défense abdominale Déshydratation	ASP=Aérocolie	20
205	7 mois	F		Boudin d'invagination au niveau de la fosse iliaque gauche	Echographie=Boudin d'invagination	4

206	17 ans	M	IIA	Abdomen plus ou moins ballonné Hernie inguino-scrotale droite non étranglée	ASP=NHA	10
207	39 ans	M	Appendicectomie	Défense abdominale		6
208	7 mois	F		Abdomen dépressible Perception d'un boudin d'invagination		4
209	13 ans	M	Tuberculose	Défense abdominale généralisée		11

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Hartwel, Hoguet. Occlusion intestinale aiguë de l'adulte. Paris Fr Encycl Méd Chir Urg Méd Chir 1984 ; 24059A10 ; 1 ; 10 : 20
2. Alexander P, Bothayre A, Gilbrete L, Roy C. Anatomie et physiologie Montréal : Spence et Masson, 1983 : 625-667
3. Chevalier Th et Mignon M. Motricité de l'estomac et de l'intestin grêle. Editions techniques. Paris Fr Encycl Méd Chir Gastro Enterol 1988 ; 9042A10 ; 2 : 1
4. Meyer C, De Manzini N et Rohr S. Duodénojunectomies. Editions techniques. Paris : Elsevier, Encycl Méd Chir App Dig 1996 ; 9132A10 ; 2 : 2
5. Millat B, Guillon F, et Avila JM. Occlusion Intestinale Aiguë de l'adulte. Paris Fr : Editions techniques. Encycl Méd Chir Gastro Enterol 1993 ; 9044A10 ; 2 : 4
6. Gallot D. Anatomie chirurgicale du côlon. Paris : Elsevier, Encycl Méd Chir Techn Chir App Dig 1998 ; 40-535 : 8
7. Blay M, Pérus O, Raucoules-Aimé M. Physiologie hépatique et digestive. Implications en anesthésie réanimation. In Dalens B ed. Traité d'anesthésie générale. Arnette, 2003 : 281-285
8. Rohr S, Kopp M et Meyer C. Occlusion intestinale du grêle. Paris Rev Prat 1999 ; 49 ; 4 : 435-440
9. Ataev SD, Abdullaey MR. Acute intestinal obstruction due to intestinal strangulation in an external hernia. Vestn Khir II Grek, 1996 ; 155 ; 2 : 101-102
10. Pans A. Strangulation of the groin in adults. Rev Liege 1996 ; 51 ; 4 : 291-294

11. Cichon S, Brzezinski M, Orlick P. Mechanical ileus from material of the III°. Department of surgery at the college of Medecine of the Jagiellonian University Pnzegl Lek, 1997 ; 54 ; 3 : 154-157
12. Romanov El, Erastov Na, Rotkov Al et al. Causes of lerhal outcom in acute adhesive intestinal obstruction. Vestn Khir im II grek, 1998 ; 157 ; 1 : 57-60
13. Matter I, Khdemsky L, Abrahamson J, Nash E et al. Does the index operation influence the course and outcom of adhesive intestinal obstruction. Eur J Surg 1997 ; 169 ; 10 : 767-772
14. Riber C, Soek, Jorgensen T. Intestinal obstruction after appendicectomy. Am J Gastroenterol 1997 ; 32 ; 1 : 1925-1928
15. Mohamed AY, Al-Ghaithi A, Langevin JM, And Nassar AHM. Causes and management of intestinal obstruction in saud Arabia Hospital. J Royal Col Surg Edinb 1997 ; 32 ; 1 : 21-23
16. Takagi Y, Yasuda K, Nakadada T et al. A case of strangulated hernia diagnosed preoperatively. Am J Gastroenterol 1996 ; 91 ; 8 : 1659-1660
17. Medarhir J, El Ounani M, Rchid K et al. Hernie interne para-duodénale gauche : A propos d'une observation. Paris J Chir 1996 ; 133 ; 9 ; 10 : 462-465
18. Etienne JC, Eingerhut A, Eugene C, Wesnfelder L. Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. Editions techniques. Paris Fr Encycl Méd Chir Urg 1994 ; 9102A10 ; 2 : 27
19. Isegno W, Fiorone F, Castrati G et al. Intestin intussus petion in pregnancy with obstruction, caused by benign neurilemmoma : Role of abdominal echocardiography in the preojuratuce diagnosis. Minerva Ginecol 1996 ; 48 ; 11 : 505-509

20. Im AY, Bennet GL, Bachist B et al. Small bowel obstruction associated with sigmoïde diverticulitis : CT evaluation in 16 patients. *Am J Gastroenterol* 1998 ; 170 ; 5 : 1311-1313
21. Ko S, Lee T, Ng S. Small bowel obstruction due to phytobezoar : CT diagnosis. *Abdom Imaging* 1997 ; 22 ; 5 : 471-473
22. Wickramasekera D, Hay DJ, Fayz M. Acute small bowel obstruction due to ileul endometriosis : a case report and literature review. *J R Coll Surg Fc dinb* 1999 ; 44 : 59-60
23. Martin Duce A, Diez M, Muguerza JM. Acute small bowel obstruction caused by endometriosis. *Eur J Surg* 1996 ; 162 ; 9 : 747-749
24. Gunleik E, Gurleik G. Small bowel volvulus : a common causes of mechanical intestinal obstruction in our region. *Eur I Surg* 1998 ; 164 ; 1 : 51-55
25. Lay Ps, Tsang TK, Caprin J. Volvulus of the small bowel : an uncommon complication after laparoscopic cholecystectomy. *J Laparoendox Adv Surg Tech A* 1997 ; 7 ; 1 : 59-62
26. Christine Casa, Jean Pierre Arnaud. Occlusion intestinale du côlon. *Paris Rev Prat* 1997 ; 47 ; 4 : 1834-1836
27. Fattorusso V, Ritter O. Occlusion intestinale. *Vadémecum clinique*. Paris : Masson, 16^{ème} édition, 2001 : 1081-1082
28. Rasoamihamina H. Les problèmes posés par les occlusions intestinales aiguës, à propos de 110 cas dans le CHU-HJRA. Antananarivo : Thèse médecine, 2000 ; N° 5324

29. Seulin P, Pezet D. Occlusion intestinale du grêle. Paris Rev Prat 1997 ; 47 ; 17 : 1927-1932
30. Danse EM, Goncette L, Detry R et al. Intérêt de l'échographie dans le diagnostique de l'occlusion intestinale aiguë. J Radiol 1996 ; 77 : 1223-1227
31. Truang S, Riesher PK, Seelig M et al. Value of intraluminal intestinal decompression by endoscopic placement of a Dennis tube in therapy of ileus : retrospective clinical study of 174 patients. Langebacks Arch 1997 ; 382 ; 4 : 216-221
32. Ibrahim IM, Wolodiger F, Sussman B et al. Laparoscopic management of acute small bowel obstruction. Surg Endosc 1996 ; 10 ;10 : 1012-1014
33. Benoist S, Dewattville JC, Gayral F. Role of celioscopy in acute obstructions of the small intestine. Gastroenterol Clin Biol 1996 ; 20 ; 4 : 357-361
34. Chevre F, Rengli JC, Groebli Y et al. Traitement laparoscopique des occlusions du grêle sur brides. Paris Ann Chir 1997 ; 51 ;10 : 1092-1098
35. Parents S, Tortuyaux JM, desieuville M et al. What are the small bowel obstructions to operate and how to do it ? Acta Gastroenterol Belg 1996 ; 59 ; 2 : 151-159
36. Radjikou H. Contribution à l'étude des urgences digestives en chirurgie abdominale : à propos de 1173 cas observés à l'hôpital national de Niamey (Niger). Niamey Niger : Thèse Médecine, 1986
37. Adloff A. Les occlusions intestinales aiguës de l'adulte. Encycl Méd Chir 1984 ; 24059 A10 :10

38. Chobli M. Les occlusions intestinales aiguës en République Populaire du Bénin : à propos de 83 cas traités au centre national hospitalier et universitaire de Cotonou Af Med 1983 ; 22 ; 206 : 13-20
39. Dembele M, Konipo F. Les occlusions intestinales. A propos de 260 cas traités à l'hôpital du point G à Bamako. Chir Afr Noire 1981 ; 1 ; 1 : 31-49
40. Abi F, El Fares F, Nechad M. Occlusion intestinale aiguë. Revue générale à propos de 100 cas. J Chir 1987 ; 124 ; 8 ; 9 : 471-474
41. Harouna Y, Amadou S, Gazi M, Gamatie Y, Abdou I, Omar GS, Gueliena G, Saley YZ, Moukaila H, Boureima M. Les appendices au Niger : pronostic actuel. Bull Soc Pathol Exot 2000 ; 93 ; 5 : 314-316
42. Koumaré AK, Traoré IT, Ongoïba N, Traoré AKD, Simpara D, Diallo A. Les appendicites à Bamako (Mali). Med Afr Noire 1993 ; 40 ; 4 : 259-262
43. Harouna M, Ali L, Seïbou A, Abdou I, Gamatie Y, Rakotomalala J, Habibou A, Bazira. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) à propos de 742 cas. Med Afr Noire 2001 ; 48 ; 2
44. Attipou K, James YE, James K, Anoukoum T. Occlusions intestinales aiguës. Aspects épidémiologiques et étiologiques au CHU de Lomé-Bénin-Togo (Etude rétrospective à propos de 498 cas). 8^{ème} journée scientifique de l'université de Bénin, Sciences médicales et Biologiques, 1995
45. Sinha S, Kaushik R, Yadav Td, Sharma R, Ahari AK. Mechanical bowel obstruction : the shandigarh experience. Department of surgery, Government Medical College and Hospital Sector 32 B shandigarh. India Trop Gastroenterol 2002 ; 23 ; 1 : 13-15

46. Roscher R, Frank R, Baumaan A, Berger HG. Results of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine. Abteilung fur Allgemeinchirurgie, universitat Uim. Donau Chir 1991 ; 62 ; 8 : 614-619
47. Ngowe Ngowe M, Essomba A, Angwafo F, Binam F, Sosso AM. Les tumeurs de l'intestin grêle à l'hôpital général de Yaoundé. A propos de 10 cas. Méd Afr Noire 2001 ; 48 : 491-495
48. Clerget-Gurnaud JM, Vavdin F, Munyamana S, Sebanzugu P. L'invagination intestinale de l'adulte en Afrique centrale. Méd et Armées 1983 ; 11 ; 6 ; 493-497
49. Murat J, Bernard JL, Vaur JL, Rouleau Ph. Occlusions intestinales aiguës de l'adulte. Paris Encycl Méd Chir Estomac-Intestin 1980 ; 9044 B-10 ; 2 : 4
50. Harouna Y et coll. Les occlusions intestinales : principales causes et morbi-mortalité à l'hôpital national de Niamey, Niger. Etude prospective à propos de 124 cas. Méd Afr Noire 2000 ; 47 ; 4 : 204-207
51. Kuruvilla MJ, Chhalani CR, Rajagopal AK et Sallem RF. Major causes of intestinal obstruction in Libya. Brit J Surg 1987 ; 74 : 314-315
52. Johanet H et Coll. Occlusions aiguës du grêle sur bride. Indications et résultats. Ann Chir 1999 ; 53 ; 9 : 859-864
53. Sourkati EO, Fahal AH, Suliman SH, El Razig SA, Arabi YE. Intestinal obstruction in Khartoum. Department of surgery, Faculty of Medicine, University of Khartoum-Sudan. East Afr Med J 1996 ; 73 ; 5 : 316-319

54. Abi F, El Fares F, Nechad M. Acute intestinale obstruction. Unité de chirurgie Viscérale des Urgences, CHU. Ibnou-Rochd, Casablanca Maroc. Paris J Chir 1987 ; 124 ; 8 ; 9 : 471-474
55. Adesunkanmi AR, Agbakwuru EA. Changing pattern of acute intestinal obstruction in a tropical african population. Department of surgery, College of Health Sciences, Obafemi Awolowo. University, Ile Ife, Nigeria. East Afr Med J 1996 ; 73 ; 11 : 727-731
56. Lanzi JP. Invagination intestinale chronique de l'adulte. Grenoble : Thèse Médecine, 1970 ; N°32
57. Naef M, Buhlmann M, Baer HU. Small bowel tumours : diagnosis therapy and prognostic factors. Langenbecks. Arch Surg 1999 ; 384 ; 2 : 176-180
58. Suri S, Gupta S, Sudhakar PJ, Venkataramu NK, Sood B, Wig JD. Comparative evaluation of plain films, ultrasound and computer training in the diagnosis of intestinal obstruction. India Acta Radiol 1999 ; 40 ; 4 : 422-428
59. Danse E. Les syndromes occlusifs mécaniques. In « Echographie des affections intestinales aiguës de l'adulte ». Montpellier : Sauramps médical, 2003 : 31-47
60. Buckley JA, Fishman EK CT. Evaluation of small bowel neoplasm spectrum of disease. Radiographics 1998 ; 18 ; 2 : 379-392
61. Bayle S, Rossi P, Bagnères B, Demoux AL, Ashero A, Dales JP et al. Polype fibro-inflammatoire de l'iléon révélé par une invagination. A propos d'un cas familial. Rev Med Int 2005 ; 26 : 233-237
62. Aidan K, Asehnoune K, Baujard C, Beloeil H, Benhamou D, Bernard C et al. Antibio prophylaxie en chirurgie digestive. Paris : MAPAR Ed, 2007 : 280-288

63. Chukwuma CI, Ignatius OA, Nello EP. Mechanical bowled obstruction. Review of 316 cases in Benin city. Am J Surg 1980 ; 3 : 389-393
64. Brewer et col. Occlusions intestinales aiguës au service des urgences chirurgicales de l'hôpital universitaire de Virginie (USA). Encycl Méd Chir 1987
65. Wysocki A, Krzwon J. Causes of intestinal obstruction. II Klinika Chirurgi Ogolnej Collegimu. Med Universitetu. Jogiellonskwie-Pologne. Przegl lek 2001 ; 58 ; 6 : 507-508
66. Mohamed Ay, Al Ghaithi A, Langevin JM, Nassar AH. Causes and management of intestinal obstruction in a Saudi Arabian hospital. J Col Surg Edinb 1997 ; 42 ; 1 : 21-23
67. Veyrieres M, Baillet P, Hay JM, Fingerhut M, Bouillot JL, Julien M. Factors influencing long term survival in 100 cases of small intestine primary adenocarcinoma. Am J Surg 1997 ; 173 : 237-239
68. Angelesou N, Jitea N, Christian D, Voiculercus Mateescu C. Diagnostic and treatment problems in primary malignant tumours of the small intestine chirurgica (Bucur), 1996 ; 46 ; 6 : 285-288
69. Murat J, Bernard JL, Vaur JL et al. Occlusion intestinale de l'adulte. Encycl Méd Chir Est 1980 ; 10 ; 4 ; 9044 A10 ; 9044 C
70. Muchal P. Small intestinal obstruction. Surg. Clin North Am 1987 ; 67 ; 3 : 597-620
71. Gallo SH, Sagatelian MA. Benign schwannoma of the small intestine : an unusual cause of gastrointestinal bleeding. J Ky Med Assoc 1995 ; 93 : 291-294

72. Raharisolo VCR, Dina TJN, Ravalisoa A. Un cancer peu fréquent celui de l'intestin grêle. A propos de 25 cas diagnostiqués à l'IPM. Madagascar Arch Inst Pasteur 2003 ; 69 ; 1 ; 2 : 82-86
73. Bernstein S, Russ P. Migdut volvulus : a rare cause of acute abdomen in an adulte patient. AJR 1998 ; 171 :639-641
74. Balthazar E, Birnbaum B, Megibow A, Gordon R, Whelan C, Hulnick D. CLosed-loop and strangulating intestinal obstruction : CT signs. Radiology 1992 ; 185 : 769-775
75. Chen P, Redwine M, Potts J. Computed tomographic diagnosis of small bowel volvulus : case report. Can Ass Radiol J 1997 ; 48 : 183-185
76. Loy YH, Dunn G. Computed tomography features of small bowel volvulus. Australian Radiol 2000 ; 44 : 464-467
77. Sow ML, Dia A, Fall B, Mogueya SA, Toure CT, Cherbonnel G et al. La suture extériorisée de l'intestin grêle dans les perforations intestinales non traumatiques. (Etude préliminaire à propos de 13 observations). Dakar Medical 1982 ; 27 ; 4 : 465-467
78. Diouf AB, Troure P, Padonou N. Perforations intestinales (à propos de 30 cas observés à la clinique chirurgicale du CHU de Dakar). Med Afr Noire 1975 ; 20 ; 2 : 115-119
79. Sanou D, Sanou A, Kandafo R. Les perforations iléales d'origine typhique : difficulté diagnostique et thérapeutique (à propos de 239 cas). Burkina Med 1998 ; 1 ; 2 : 17-20

80. Tissot E, Berger F, Valette PJ, Ayoun CL, German J. Tumeurs malignes de l'intestin grêle. Chir Dig 1985 ; 35 : 2495-2504

81. Jean-Pierre P, Claude A. Hernie inguinale, ombilicale et crurale. Paris Rev Prat 1999 ; 49 ; 4 : 1242-1248

VELIRANO

« Eo 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 maimaimpoana 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 mamofady na hanamorana famintan-keloka.

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

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona, na dia vao notorontoronina 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 raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

Full name : ANDRIANJAFITRIMO Holy Tiana

Title of the thesis : Acute intestinal blockage epidemichemical.
aspect in the emergency at SCA-JRA.

Rubric : Surgery

Number of pages : 68

Number of figures : 16

Number of charts : 18

Number of bibliographical references : 81

SUMMARY

Introduction : The acute intestinal blockage is an affection which is quite uncommon in Madagascar.

Method : It's talks about a descriptive, transversal, retrospective survey. From january 1st 2009 to june 30 th 2010, 209 cases of the acute intestinal blockage were diagnosed and treated in the intensive care unit of emergencies at the Sanitary Center of Antananarivo (Joseph Ravoahangy Andrianavalona Hospital).

Results : The average age of those patients who are slightly affected by pathology is 33 years old. Most of them are men (1,49).

The clinic chart is dominated by abdominal pains (82,30%), abdominal meteorism (84,69%), gas and matter arrests (55,74%) and at last vomiting (49,76%).

The unprepared abdominal radiography lets us pose the diagnose of blockage in the 45,93% of the cases.

The secondary mechanical adhesion blockages are not very often.

Conclusion : The acute intestinal blockage remains a health problem as the active young people are the most affected by that disease.

Key-words : Acute intestinal blockage, epidemiology, etiology, clinic, therapeutic.

Director of thesis : Professor **RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin**

Reporter of thesis : Doctor **RIEL Andry Mampionona**

Correspondence : Lot VT 85 NK TER Andohanimandroseza

Nom et prénoms : ANDRIANJAFITRIMO Holy Tiana

**Titre de la thèse : Occlusion intestinale aiguë : Aspect épidémiologique-clinique
aux urgences CHUA-JRA**

Rubrique : Chirurgie

Nombre de pages : 68

Nombre de figures : 16

Nombre de tableaux : 18

Nombre de références bibliographiques : 81

RESUME

Introduction : L'occlusion intestinale aiguë est une affection assez fréquente à Madagascar.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale et descriptive sur une période de trois semestres allant du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2010, 209 cas d'occlusion intestinale aiguë ont été diagnostiqués et traités dans le service de Réanimation des urgences au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona).

Résultats : L'âge moyen des patients atteints de cette pathologie est de 33 ans avec une prédominance masculine (sex ratio homme sur femme : 1,49).

Le tableau clinique est dominé par les douleurs abdominales (82,30%), le météorisme abdominal (84,69%), l'arrêt des matières et des gaz (55,74%) et les vomissements (49,76%).

La radiographie de l'abdomen sans préparation a permis de poser le diagnostic d'occlusion dans 45,93% des cas.

Les occlusions mécaniques secondaires aux adhérences sont fréquentes.

Conclusion : L'occlusion intestinale aiguë reste un problème de santé publique car elle touche les sujets jeunes en activité.

Mots clés : Occlusion intestinale aiguë, épidémiologie, étiologie, clinique, thérapeutique.

Directeur de thèse : Professeur **RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin**

Rapporteur de thèse : Docteur **RIEL Andry Mampionona**

Adresse de l'auteur : Lot VT 85 NK TER Andohanimandroseza Antananarivo