



## URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE DOUENTZA

### DIGESTIVE SURGICAL EMERGENCIES AT THE DOUENTZA REFERENCE HEALTH CENTER

**Dembélé K. S<sup>1\*</sup>, Bengaly B<sup>2</sup>, Traoré D<sup>2</sup>, Kanté S<sup>1</sup>, Kamissoko S<sup>1</sup>, Coulibaly M<sup>1</sup>, Sanogo S<sup>1</sup>, Dicko Q<sup>1</sup>, Sissoko M<sup>1</sup>,**

1. Centre de santé de Référence de Douentza/Mali

2. Service de chirurgie "B" CHU Point « G », Bamako/Mali

**Correspondant :** Klétigui Samuel DEMBELE, Csref de Douentza, Email : [samdembelle@yahoo.fr](mailto:samdembelle@yahoo.fr) Tél : 00223 66867128/78366388 Bamako Mali

#### Introduction :

La gestion des urgences chirurgicales a toujours été préoccupante en milieu hospitalier. Leur gravité et le retard de prise en charge hypothèquent le pronostic. Elles sont en prédominance digestives et surviennent généralement dans un contexte socio-économique défavorable et dans une structure sanitaire à moyen limité.

**But :** étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des urgences chirurgicales digestives au CSRef de Douentza.

**Matériel et Méthode :** Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive sur une période de 15 mois, du 1er Décembre 2017 au 31 Mars 2019 incluant les patients admis et opéré au centre de santé de référence de Douentza pour une urgence chirurgicale digestive.

**Résultat :** Nous avons opéré 469 patients. Les urgences chirurgicales digestives (n = 101) ont représenté 21,53% des interventions et 54,59% des urgences chirurgicales (n = 185). L'âge moyen était de 33,6 ± 11,1ans. Le sexe masculin a été prédominant (88%). Le délai d'admission était ≥ 72 heures chez 68 patients (68%) ; La douleur abdominale a été le motif de consultation le plus fréquent soit 78 patients (77,22%). Les hernies étranglées 25 cas

(24,7%), l'appendicite Aigue 24 cas 23,7%) et la Péritonite Aigue 21 cas (20,7%) ont été les pathologies les plus fréquentes. Les suites opératoires ont été simples pour 87 patients soit 86,1%. Nous avons enregistré 8 cas (7,9%) de complications post opératoires et 6 Décès (5,9%).

**Conclusion :** les urgences chirurgicales digestives sont fréquentes, la précocité de la prise en charge est un facteur déterminant sur les suites opératoires.

**Mots clés :** Urgences chirurgicales digestives, Douentza

#### Summary:

Surgical emergency management has always been a concern in hospital settings. Their severity and the delay in treatment jeopardize the prognosis. They are predominantly digestive and generally occur in an unfavorable socio-economic context and in a health structure with limited means.

**Purpose:** study the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of digestive surgical emergencies at the CSRef in Douentza.

**Patients and Method:** This was a prospective and descriptive study over a period of 15 months from December 1, 2017 to March 31, 2019 including all

patients admitted and operated at the Douentza referral health center for a digestive surgical emergency.

**Result:** We operated on 469 patients. Digestive surgical emergencies (n = 101) accounted for 21.53% of procedures and 54.59% of surgical emergencies (n = 185). The median age was 33.6± 11.1 years. The male sex was predominant (88%). The admission time was  $\geq$  72 hours in 68 patients (68%); Abdominal pain was the most frequent reason for consultation 78 patients or 77.22%. strangled hernias 25 cases (24.7%), acute appendicitis 24 cases (23.7%) and Acute Peritonitis 21 cases (20.7%) and were the most frequent pathologies. The surgical follow-ups were simple for 87 patients or 86.1%. We recorded 8 cases (7.9%) of postoperative complications and 6 Deaths (5.9%).

**Conclusion:** digestive surgical emergencies are frequent; the precocity of management is a determining factor on the surgical follow-up.

**Keywords :** Digestive surgical emergencies, Douentza

### Introduction :

Les pathologies chirurgicales digestives sont très fréquentes et restent préoccupantes par leur gravité et les conditions de prise en charge. En milieu rural, Les urgences chirurgicales en particulier digestives surviennent généralement dans un contexte socio-économique défavorable et surtout prédominé par des péritonites [12]. Si la prise en charge correcte et efficace est rendue systématique dans les structures mieux équipées, cela demeure mitigé et nécessite une réadaptation spécifique en milieu rural (Etat du patient, délai d'admission, absence d'ambulance médicalisée) ;

La fréquence des urgences chirurgicales digestives est variable selon les pays et les structures. Elle est de 32% au Benin [1] et 22% au Niger. [2].

La prise en charge précoce des urgences chirurgicales garantit une meilleure évolution avec un meilleur pronostic. Nous avons initié cette étude dans le but d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des urgences chirurgicales digestives au CSRef de Douentza.

### Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive sur une période de 15 mois allant du 1er Décembre 2017 au 31 Mars 2019 ; elle a porté sur tous les patients admis et opérés au centre de santé de référence de Douentza pour une urgence chirurgicale digestive.

Le cercle de Douentza est une collectivité territoriale du Mali, situé à 820 km de Bamako et à 175 km de Mopti, chef-lieu de la région dont il relève. La population sanitaire est estimée à 330947 habitants en 2018 comprenant plusieurs communautés [13]. La superficie est d'environ 24 531 Km<sup>2</sup> [13]. Le centre de santé de cercle, premier niveau de référence de la pyramide sanitaire au Mali, est la seule structure disposant d'un bloc opératoire.

Une urgence chirurgicale se définit comme une pathologie chirurgicale survenue chez un patient engageant à court ou moyen terme son pronostic vital.

L'effectif des patients, l'âge, le sexe, le statut, les types de pathologies, le traitement et le résultat du traitement ont été les paramètres étudiés.

La Saisie et l'analyse des données étaient réalisées avec les logiciels Word, Excel, SPSS 20.0

### Résultat :

Durant la période d'étude nous avons opéré 469 patients. Sur un total d'intervention digestive de 101, les urgences chirurgicales digestives ont représenté 21,53% et 54,59% de la chirurgie d'urgence (n=185). [Fig1]

Le délai d'admission était inf. à 24h chez 7% des patients, il était compris entre 24h et 48h chez 25,7% et supérieur à 72h chez 67,3%.

La douleur abdominale était le motif de consultation le plus fréquent soit 77,22% suivi d'une tuméfaction pariétale (25%). Les différents motifs d'admission sont répertoriés sur le **Tableau I**.

La contracture abdominale, symptôme le plus précoce dans le diagnostic des péritonites était retrouvé chez 17,8% des patients.

La hernie inguinale étranglée soit 56%, était le type de hernie le plus fréquent suivi des Plaies pénétrantes perforantes (69,2%).

Les hernies étranglées ont représenté 25% de l'ensemble des urgences chirurgicales digestives dont 14 cas (56%) étaient inguinales pour la plupart de sexe Masculin (**Tableau II**).

La perforation iléale d'origine typhique a représenté 52,4% de l'ensemble des cas de péritonite ; suivi de l'origine appendiculaire (23,8%) ;

La traumatologie abdominale par accident de la voie publique, coups et blessures volontaires et par arme blanche et à feu (13 cas) voir **Tableau III**.

Les gestes thérapeutiques dépendaient de la pathologie du patient et de la réalité du plateau technique limité (**Tableau IV**).

La cure herniaire et l'appendicectomie simple était le geste chirurgical le plus utilisé (**Tableau IV**)

La durée moyenne d'hospitalisation des patients a été de 9 jours avec des extrêmes compris entre 17± 2 Jours.

Les suites ont été simples chez plus de 80% de nos patients. Les suites étaient compliquées chez 8 malades (13,8%). Ces complications étaient une suppuration pariétale (5 patients), une fistule digestive (2 patients) et une éviscération couverte.

Le taux de réintervention était de 1,9 % (2 cas) dont 1 cas d'éviscération et 1 cas de péritonite post opératoire associé à une fistule digestive externe.

Nous avons enregistré 6 cas de décès parmi lesquelles 4 cas de péritonite Aigue (2 cas de perforation iléale, 1 cas d'éviscération); 1 cas de fistule digestive externe, et 1 cas de volvulus du grêle avec nécrose.

La plupart des patients (5 cas) ; sont décédés dans un tableau de sepsis avec altération de la conscience et une hyperthermie persistante. Le seul cas de fistule digestive a évolué vers une dénutrition sévère avec défaillance multi viscérale. La mortalité était de 5,9%.

### Discussion :

Notre étude a connu des limites pour des raisons suivantes :

- l'absence de service de radiologie engendrant des difficultés diagnostiques obligeant parfois l'évacuation des patients vers l'hôpital à Mopti (175km).

- le plateau technique du centre de santé de référence de Douentza (Absence d'unité de réanimation et certains matériaux spécifiques (Pincés clamp, boîte de traumatologie, Manche de Bistouri électrique, nombre et qualité des pincés hémostatiques, canule d'intubation, etc...)

La chirurgie digestive d'urgence a constitué 54,59% des urgences chirurgicales, ce taux est supérieur aux séries Béninoise et Nigérienne qui ont trouvés respectivement 32% et 25,6%. [**1, 3**]. Cette différence s'expliquerait d'une part par le mode de recrutement des patients qui était systématique dans notre contexte alors qu'il était sélectif en soins intensif dans la série Béninoise et d'autre part par la taille de l'échantillon dans la série Nigérienne.

Dans notre contexte, la fréquence élevée des urgences digestives enregistré serait indirectement liée d'une part à l'insécurité rendant notre district plus accessible aux

patients qu'aux autres, et d'autre part à la présence d'un chirurgien.

En Afrique globalement, les urgences en chirurgie digestive concernent l'adulte jeune de sexe masculin [4]. Cette situation est retrouvée dans notre étude.

Le retard diagnostique est un facteur influençant négativement sur les suites opératoires. [3] Ce délai était  $\geq 72$  h pour la plupart de nos patients soit 68% dans notre étude comparativement à celui de HAROUNA Y et al (67%) [3].

L'urgence constitue le mode d'admission le plus habituel en milieu tropical [5, 6].

La fréquence élevée des hernies inguinales pourrait être liée à l'activité première de la plupart de nos patients qui est l'agriculture. [14]

Les péritonites demeurent une urgence fréquente en chirurgie digestive [7]. Elles ont représenté 20,79% des causes d'interventions dans notre étude. Elles ont occupé la troisième place dans notre structure comme ce fût le cas dans la série Sénégalaise [8]. Ce taux est statistiquement supérieur à celui de Kanté L [9] qui avait trouvé 30,7% des cas de perforation typhique, et comparable à celui de Magagi (55%). [10] Cela pourrait s'expliquer d'une part par la précarité de l'hygiène, les difficultés d'accès au centre (Insécurité) dans notre étude et d'autre part par la taille de l'échantillon.

Mais ce constat a été fait aussi dans l'étude de Diop et al [4] qui a trouvé que la péritonite occupait la 4ème place des urgences abdominales et contraire à d'autres séries africaines [1,7] où elle occupait la première place des urgences digestives. La faible fréquence des cas de péritonite dans notre étude est due aussi à la sélection des cas dès leurs admissions compte tenu de la précarité des moyens de réanimation dans notre structure. D'autres causes de péritonites étaient retrouvées dans

19% des cas : il s'agissait de la perforation gastrique et l'origine gynécologique. Nous avons enregistré un cas (4,7%) de péritonite primitive.

L'occlusion intestinale (10,89%) de l'ensemble des urgences dont 4,9% des cas étaient accompagnés d'une nécrose intestinale. La principale étiologie des occlusions avec nécrose (27,27%) dans notre contexte demeure l'étranglement herniaire inguinale comme observé dans l'étude de HAROUNA Y [3]. Parmi les 2 cas d'occlusion par volvulus du grêle, l'une était une invagination intestinale aiguë dans un contexte de malnutrition aiguë sévère (MAS) chez un enfant très fragile ; le diagnostic de l'invagination était clinique et échographique.

Les traumatismes abdominaux ont représenté une part importante dans notre étude même si elles ont occupé la quatrième place, parmi lesquels nous avons enregistrés 6 cas de péritonites par perforations iléale à orifice unique, 1 cas de perforation colique associé à une lésion splénique, 2 cas d'éviscération associé l'une à une section complète de l'iléon et l'autre associé à de multiples perforations (4 perforations) sur la même anse. Les 4 autres cas étaient des contusions abdominales.

Les pays en développement, le sous-équipement des formations sanitaires et l'absence de personnel qualifié constituent un véritable handicap dans l'approche de la chirurgie notamment digestive. [4]

Aucun prélèvement bactériologique n'a été réalisé dans notre contexte cause de l'insuffisance du plateau technique.

Le taux de mortalité des urgences digestives reste élevé dans les pays en développement. Le retard de diagnostic constitue le principal facteur pronostique. [11, 12]

#### Conclusion :

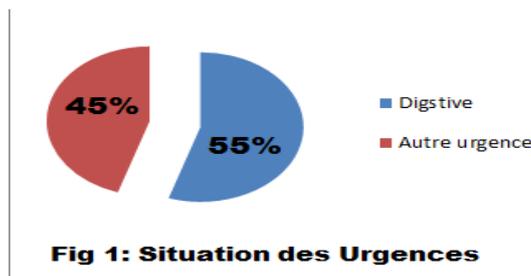
Les urgences chirurgicales digestives restent un défi majeur en milieu rural à cause d'un certain nombre de réalités

techniques (prise en charge principalement retardé) et le contexte sécuritaire rendant l'accès aux soins adéquats retardé et par conséquent la fréquence élevée des admissions.

L'ensemble de ces facteurs continue encore à maintenir une mortalité et une morbidité importante en milieu rural.

La douleur abdominale était le principal motif de consultation avec une valeur sémiologique capitale ; la hernie inguinale reste la pathologie digestive dominante même si les péritonites ont aussi occupé une place importante.

Liste des Tableaux et Fig. :



Age Moyen : 33,6ans

Tableau I : Motif de consultation

| Motif de Consultation             |                        | Fréquence  | Pourcentage |
|-----------------------------------|------------------------|------------|-------------|
| Douleur Abdominale diffuse        |                        | 56         | 55,44%      |
| Tuméfaction Pariétale douloureuse | Inguinale              | 14         | 13,86%      |
|                                   | Ombilicale             | 9          | 8,91%       |
|                                   | Ligne Blanche          | 2          | 1,98%       |
| Tuméfaction anale douloureuse     |                        | 7          | 6,93%       |
| Traumatisme abdominal             | Pénétrant et Perforant | 11         | 10,89%      |
|                                   | Non Pénétrant          | 2          | 1,98%       |
| <b>Totale</b>                     |                        | <b>101</b> | <b>100%</b> |

Tableau II : Types de hernie

| Type de hernie                       | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------------|-----------|-------------|
| Hernie inguinale étranglée           | 14        | 56%         |
| Hernie ombilicale étranglée          | 7         | 28%         |
| Hernie de la ligne blanche étranglée | 4         | 16%         |
| <b>Totale</b>                        | <b>25</b> | <b>100%</b> |

Tableau III : Types de traumatisme abdominal

| Type de Plaie pénétrante | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------|-----------|-------------|
| Perforante               | 9         | 69,2%       |
| Non Perforante           | 4         | 30,8%       |
| <b>Totale</b>            | <b>13</b> | <b>100%</b> |

Tableau IV: Actes réalisés

| Actes réalisés  | Fréquence  | Pourcentage |
|---|------------|-------------|
| Appendicectomie Simple  | 24         | 23,76%      |
| Appendicectomie + Lavage + Drainage                           | 5          | 4,95%       |
| Iléostomie double canon                                       | 15         | 14,85%      |
| Résection iléale + Anastomose iléo-iléale                     | 6          | 5,94%       |
| Sigmoïdectomie + Anastomose colo – rectale termino -terminale | 1          | 0,99%       |
| Résection des brides  | 2          | 1,98%       |
| Excision + Suture de la perforation iléale                    | 4          | 3,96%       |
| Excision + Suture de la perforation gastrique + Epiploplastie | 2          | 1,98%       |
| Mise à plat + lavage + Drainage                               | 3          | 2,97%       |
| Cure herniaire  | 25         | 24,75%      |
| Hémostase simple  | 7          | 6,93%       |
| Hémorroïdectomie  | 7          | 6,93%       |
| <b>Totale</b>   | <b>101</b> | <b>100%</b> |

## Références

### 1- Assouto P. Tchaou B. Kangni N.

Résultat précoce de la chirurgie digestive dans un cadre tropical. *MédecineTropicale*•2009•69•5

### 2- Adamou H, Amadou M, M Ibrahim

Retard diagnostique et implication pronostique en milieu africain. cas des urgences en chirurgie digestive à l'hôpital national de Zinder, Niger. *European Scientific Journal April 2015 edition vol.11, No.12 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431*

### 3- HAROUNA Y. ALI L., SEIBOU

DEUX ANS DE CHIRURGIE DIGESTIVE D'URGENCE A L'HOPITAL NATIONAL DE NIAMEY

(NIGER) : Etude analytique et pronostique. *Médecine d'Afrique Noire : 2001, 48 (2)*

### 4- Diop P S, Ba PA, Ka I

Prise en charge diagnostique des abdomens aigües non traumatiques au service des urgences de l'hôpital général de Grand-Yoff : à propos de 504 cas. *Bull Med Owendo. Année 2011. Volume 13. N°37*

### 5- KASALL. B, KANE .O

Les urgences dans un centre hospitalier et universitaire en milieu tropical : le point de vue de l'anesthésieréanimateur. *Med Trop2002; 62:247-250*

### 6- SAISSY JM

Médecine d'urgence et réanimation en milieu tropical un nouveau défi pour Afrique. *Med Trop* 1998; 58:241-242

**7- Kambiré J.L; Zaré C ; Sanou B.G.**

Étiologies et pronostic des péritonites secondaires au centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *J. Afr. Hépatol. Gastroentérol.* (2017) 11:149-151; DOI 10.1007/s12157-017-0719-3

**8- Wade. TMM ; Ba. P A ; Diao M L.**

Urgences chirurgicales digestives non traumatiques chez le sujet âgé au CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar : à propos d'une série de 110 cas. *J Afr. Hépatol. Gastroentérol.* (2016) 10:190-193 / DOI 10.1007/s12157-016-0678-4

**9-Kanté L, Diakité I, Togo A, et al**

Péritonites aiguës généralisées à l'hôpital Somine Dolo de Mopti: aspects épidémiologique et thérapeutique. *Mali Med* (2013) 28:20-3 [Google Scholar](#)

**10-I. A. Magagi, H. Adamou, O. Habou**

Urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne : étude prospective d'une série de 622 patients à l'Hôpital national de Zinder, Niger. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* (2017) 110:191-197; DOI 10.1007/s13149-016-0499-9

**11- Rasamoelina N ; Fanantenantsoa R, Razafindrabekoto LDE**

Mortalité des urgences digestives dans le service de réanimation du CHU Tambohobe, Fianarantsoa. *J. Afr. Hépatol. Gastroentérol.* (2017) 11:72-77; DOI 10.1007/s12157-017-0706-8

**12- Kassegne I; Sewa EV; Alassani F**

Prise en charge des urgences chirurgicales abdominales au centre hospitalier régional de Dapaong (Togo). *J. Afr. Hépatol. Gastroentérol.* (2016) 10:85-88 ; DOI 10.1007/s12157-015-0649-x

**13- RGPH 2008**

**14- PDSC 2019 - 2023 / Douentza**

**CONFLIT D'INTERET**

Je déclare, Dr Klétigui Samuel DEMBELE, qu'il n'existe aucun Conflit d'intérêt entre ce manuscrit et d'autres personnes susceptibles d'influencer son jugement.