



## Article Original

## Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques des Urgences Abdominales Chirurgicales à l'Hôpital Préfectoral de Siguiiri (Guinée)

*Epidemiology, Clinical Presentation and Management of Surgical Abdominal Emergencies at the Siguiiri Divisional Hospital/Guinea*

Camara M<sup>1</sup>, Kone AC<sup>1</sup>, Camara T<sup>2</sup>, Diawara Y<sup>1</sup>, Dembele BT<sup>3</sup>, Traore D<sup>4</sup>, Sidibe S<sup>2</sup>

### RÉSUMÉ

**But.** Nous avons initié ce travail dans le but de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des urgences abdominales chirurgicales dans le service de chirurgie générale de l'hôpital préfectoral de Siguiiri. **Patients et méthodes.** Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif sur une période de 4 ans (allant du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2011) réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital préfectoral de Siguiiri portant sur les dossiers complets des malades ayant été opérés dans le service pour urgence abdominale chirurgicale. **Résultats.** Parmi 460 patients pris en charge en chirurgie générale, 320 cas étaient des urgences abdominales chirurgicales soit 69,54%. Les urgences abdominales chirurgicales étaient presque toujours des urgence non traumatiques (95,9%) et plus rarement des urgence traumatiques (4,1%). Le sex ratio H/F était de 1,83 et l'âge moyen des patients était de 41,5ans avec des extrêmes de 7 et 76 ans. L'affection prédominante était les appendicites aiguës (38,04%). On notait 4,1 % de traumatisme abdominal, tous en rapport avec des accidents de la voie publique. L'appendicectomie était le traitement le plus pratiqué (61,3% des cas). La mortalité post- opératoire était de 4,1% dominée par les péritonites (8 cas sur 13).Le principal facteur pronostique négatif était le retard diagnostique. **Conclusion.** Les urgences abdominales chirurgicales sont un sujet de préoccupation, caractérisées par le retard diagnostique et les difficultés de prise en charge qui continuent de maintenir la mortalité à des taux élevés.

### ABSTRACT

**Introduction.** The aim of our was to describe the epidemiology, clinical presentation and management of surgical abdominal emergencies in the the divisional hospital of Siguiiri. **Patients and methods.** This was a cross sectional descriptive retrospective study over a period of 4 years (from January 1, 2008 to December 31, 2011) carried out in the general surgery department of the divisional hospital of Siguiiri. **Results.** the records of 320 patients admitted for surgical abdominal emergencies wre analyzed. Surgical abdominal emergencies were nearly always non-traumatic (95.9%), while 4.1% were traumatic. The sex ratio M / F of patients was 1.83 and their mean age was 41.5 years with extremes of 7 and 76 years. The leading condition was acute appendicitis (38.04%) followed by generalized acute peritonitis (15.22%). Ecute intestinal obstruction was uncommon (0.87%). As a rule, abdominal trauma was multi-lesional (4.1%) and often caused by road traffic accidents. Appendectomy was the most common surgical procedure (61.3%). Postoperative mortality rate was 4.1% and the main contributing factor was peritonitis (8 out of 13). The main prognostic factor was the delay before arival to the hospital. **Conclusion.** Surgical abdominal emergencies are still a real challenge in the divisional hospital of Siguiiri. The mortality is high because of delayed diagnosis and management difficulties.

<sup>1</sup> Service d'Imagerie médicale, CHU Point G, Bamako, Mali.

<sup>2</sup> Service de médecine interne, Hôpital Préfectoral de Siguiiri, Guinée.

<sup>3</sup> Service de chirurgie générale, centre hospitalo-universitaire Point Mali.

<sup>4</sup> Service de chirurgie générale, centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré, Mali.

**Auteur correspondant :** Dr Camara Mamoudou, CHU Point G, Bamako, Mali.

Contact : 0022397619898/91800475

E-mail : [camaramamoudou97@gmail.com](mailto:camaramamoudou97@gmail.com)

**Mots clés :** Urgences, chirurgicales, abdominales, Siguiiri.

**Keywords:** Emergency, surgical, abdominal, Siguiiri.

### INTRODUCTION

Les urgences abdominales chirurgicales (UAC) ou abdomens aigus sont des affections abdominales qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue dans les délais normaux, peuvent faire succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours [1]. Les urgences chirurgicales digestives redoutables par leur gravité occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale [2]. Les urgences abdominales chirurgicales

se placent au premier rang des recours chirurgicaux devant la chirurgie orthopédique urgente et représente 20,5% de l'activité chirurgicale ; le diagnostic de loin le plus fréquent est l'appendicite aigue, suivi par les hernies étranglées et les affections des voies biliaires [3].

Aux USA, 19 étiologies dont 6 chirurgicales (appendicite, cholécystites aiguës, occlusion intestinale aigüe, ulcère duodénal, kyste de l'ovaire, anévrisme) ont

été retrouvées chez 1000 malades ayant un abdomen aigu [4].

En France, en 2003 ; sur 636 urgences chirurgicales opérées 272 étaient abdominales soit 42,75% et au Pakistan, en 2005, sur 759 urgences chirurgicales opérées 71,4% étaient abdominales [5].

En Afrique, au Nigeria, en 2005, sur 902 urgences chirurgicales 25,6% étaient abdominales [6].

L'existence de peu de données épidémiologiques, concernant les hôpitaux préfectoraux, la difficulté de la prise en charge, et l'absence d'étude similaire dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Siguiri ont motivé le choix de ce thème.

Les objectifs spécifiques de notre travail étaient : d'étudier les aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des urgences abdominales chirurgicales dans le service de chirurgie générale de l'hôpital préfectoral de Siguiri et d'évaluer les suites de la prise en charge des urgences abdominales chirurgicales.

## PATIENTS ET MÉTHODES

### Type et durée de l'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif portant sur une période de 4 ans allant du 1er Janvier 2008 au 31 Décembre 2011.

### Population

Notre étude a porté sur les dossiers des patients hospitalisés et opérés pour UAC dans le service durant la période d'étude.

Nous avons retenu les dossiers complets et exclus les UAC non opérées, les UAC décédées à l'admission et les urgences des autres spécialités.

### Variables

#### Variables épidémiologiques

Il s'agissait de la fréquence, de l'âge, du sexe, de la catégorie socio professionnelle, des étiologies et des pathologies qui avaient poussé les patients à se faire consulter à l'hôpital.

#### Variables cliniques

Ces variables issues de l'examen clinique étaient :

- **Délai de consultation** : temps écoulé entre le début de la symptomatologie et l'admission du patient à l'hôpital.
- **Signes fonctionnels** : manifestations subjectives rapporté par le malade et son entourage.
- **Signes généraux** : signes témoignant l'atteinte de l'état général.
- **Signes physiques** : manifestations objectivées par le personnel soignant à l'examen physique.

#### Variables biologiques

Il s'agissait des résultats des examens complémentaires issus de l'analyse du sang et des autres liquides biologiques.

#### Variables thérapeutiques

Il s'agissait des actions liées au traitement médical (moyens et des actes mis en œuvre pour préparer le malade à l'intervention chirurgicale) et au traitement chirurgical (moyens et des gestes chirurgicaux posés lors de la prise en charge des UAC), y compris la voie

d'abord (moyens employés pour accéder à la cavité abdominale) et les techniques chirurgicales (procédés ayant permis le traitement des UAC).

### Variables pronostiques

Nous avons classé les suites opératoires en :

- Suites simples caractérisées par la régression des signes cliniques et la cicatrisation de première intention.
- Suites compliquées, défavorables obligeant le personnel soignant à intervenir dans le but d'obtenir une cicatrisation de seconde intention.

### Autres variables

- Taux de mortalité : Le nombre de décès survenu durant la période post opératoire.
- Durée d'hospitalisation : C'est le temps mis par le malade entre sa date d'admission et sa sortie de l'hôpital, exprimé en jour.

### Analyse des données

Les résultats ont été analysés sur Epi-info version 3.5.1 Fr, et la saisi des données à partir de Microsoft office 2007.

### Difficultés

Elles étaient liées à la mauvaise conservation des dossiers, à la non informatisation des données, à l'absence d'archives et d'un centre de documentation.

## RÉSULTATS

Durant la période d'étude 460 patients ont été pris en charge en chirurgie générale dont 320 cas pour urgence abdominale chirurgicale soit une fréquence hospitalière de 69,54%. L'âge moyen de nos patients a été de 41,5ans avec des extrêmes allant de 7 à 76 ans ; une prédominance masculine s'était dégagée avec un sex-ratio H/F de 1,83. Les cultivateurs 32,2% constituaient la couche socio professionnelle la plus dominante.

Les principales pathologies étaient l'appendicite aigue, les péritonites aigues généralisées, les occlusions intestinales aigues, les hernies étranglées et les traumatismes abdominaux ; l'appendicite aigue était la pathologie la plus fréquente parmi les urgences abdominales chirurgicales 54,7% et les contusions abdominales représentaient 1,96% de toutes les urgences abdominales chirurgicales.

Le délai moyen de consultation a été de 96 heures. 62,5% de nos patients ont été admis dans un état général satisfaisant ; la douleur était le signe subjectif le plus constant 100 % et la douleur provoquée à la palpation profonde de la fosse iliaque droite était le signe physique le plus retrouvé 54,7 %.

Les examens complémentaires ont porté essentiellement sur la biologie (taux d'hémoglobine, temps de saignement, temps de coagulation et la glycémie) chez tous les patients. Aucune imagerie n'a été réalisée bien qu'elle soit disponible. L'appendicectomie avait dominé le traitement avec 61,3 %.

L'évolution a été favorable chez 62,5% de nos patients. Nous avons enregistré 33,4% de complications dominées surtout par les suppurations pariétales soit

31,2% qui régressent dans la majorité des cas au décours de l'hospitalisation.

La mortalité globale a été de 4,1% dominée par les péritonites (8 cas sur 13).

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 7,5 jours avec des extrêmes de 1 et 14 jours.

Tableau I : diagnostic pré opératoire

Diagnostic pré opératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicites aiguës	175	54,68
Péritonites aiguës généralisées	70	21,87
Hernies étranglées	43	13,43
Occlusions intestinales aiguës	19	5,93
Contusions de l'abdomen	9	2,81
Plaies de l'abdomen	4	1,25
Total	320	100

Le délai moyen de consultation a été de 4 jours  $\pm 2J$  avec des extrêmes de 6 heures et 7 jours.

TABLEAU III : suites opératoires

Suites opératoires	N	%
<b>Guérison</b>	200	62,5
- Cicatrisation de la plaie en première intention.		
- Disparition des symptômes d'admission.		
<b>Complications</b>	100	31,2
- Suppurations	07	2,2
- Hématomes		
<b>Décès</b>	13	4,1
<b>Total</b>	320	100

## DISCUSSION

### Épidémiologie

#### Fréquence

Au cours de notre période d'étude, les urgences abdominales chirurgicales ont occupé plus de la moitié des activités du service de chirurgie générale, 320 cas soit une fréquence de 69,56%. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Harouna Y et coll. [7] qui a trouvé 25,6% d'urgences abdominales chirurgicales par rapport aux autres interventions.

Ce taux supérieur s'expliquerait par le fait que notre aire de santé fait frontière avec les préfectures de Kankan et de Mandiana. Donc recevait les malades venant d'autres horizons.

#### Age et sexe

La tranche d'âge de 17-26 ans était la plus touchée, 85 cas soit 26,6%, ce qui correspond à une population jeune. Ceci confirme l'analyse de Kassegne I et coll. [8] qui rapportaient une prédominance de l'âge de 24 ans.

Le sexe masculin était prédominant dans notre étude avec un sex-ratio H/F de 1,83. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par la présence de hernie étranglée plus fréquente chez l'homme.

#### Catégorie socioprofessionnelle :

Les cultivateurs ont été la couche socio professionnelle la plus touchée 32,2%. Cette situation n'a aucune valeur

scientifique car les urgences abdominales chirurgicales ne sont pas liées à une activité professionnelle.

### Tableau clinique

La douleur abdominale était le motif de consultation retrouvé chez tous les patients. Ses caractéristiques sémiologiques et les autres signes associés ont permis dans tous nos cas, l'orientation diagnostique. Cette douleur a été rapportée dans la littérature comme motif de consultation le plus fréquent. Padonou N. et coll. [9] ont observé 100% des cas de douleur dans leur série. Les traumatismes abdominaux sont peu fréquents (4,1%).

A l'admission, 62,5 % de nos patients ont été admis avec un état général satisfaisant. À l'examen physique la douleur provoquée à la palpation profonde de la fosse iliaque droite a été le signe physique le plus retrouvé soit 54,7% suivi de la contracture abdominale soit 25%, tuméfactions irréductibles 13,4%, cri ombilical 4,7%, météorisme 2,2%. Contrairement à Nguyen VS [10], ce qui la défense et la contracture étaient les signes physiques majeurs. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'occlusion et la péritonite étaient l'étiologie les plus fréquentes dans son étude.

### Délai de consultation

Le délai de consultation était variable selon les pathologies mais en moyenne il était de 96 heures. Harouna Y. et coll. [7] a trouvé une moyenne de 49 heures. Ce retard diagnostique pourrait s'expliquer d'une part par le fait que la majorité de nos malades avait consulté dans une clinique privée pour les malades de la ville de Siguiri ou un poste de santé pour les malades venant des villages et d'autre part certains malades avaient pratiqué l'automédication traditionnelle et moderne plusieurs jours avant de se rendre à l'hôpital.

### Diagnostic étiologique

Les accidents de la voie publique ont été la principale cause des urgences abdominales chirurgicales traumatiques soit 3,8%, nos résultats sont comparables à ceux de Sani R. et coll. [11] qui ont précisé que les accidents de la voie publique étaient le 1<sup>er</sup> mécanisme étiologique des urgences abdominales chirurgicales traumatiques. Cela s'expliquerait par la prolifération des engins à deux roues, l'excès de vitesse, l'état alcoolique des conducteurs, le non-respect des règles de la circulation routière et le mauvais état des chaussées.

Les appendicites aiguës ont occupé la première cause des urgences abdominales chirurgicales avec 175 cas soit 54,7 %. Mungadi I [12] a rapporté 38,9% d'appendicite aigue. La fréquence élevée des appendicites aiguës pourrait s'expliquer d'une part par le fait que le diagnostic d'appendicite est clinique et ne doit pas attendre l'échographie, l'ASP ou le scanner pour une prise en charge et d'autre part par son diagnostic abusif et les difficultés liées à son diagnostic différentiel tels que les adénites mésentériques, les infections des voies urinaires (pyélonéphrites et autres), une pneumonie droite, un diverticule de Meckel, l'hépatite virale, un calcul urétral droit, une rupture de la grossesse extra utérine droite, la salpingite droite, une cholécystite aigue, une pancréatite aigüe.

### Examens paracliniques

Le taux d'hémoglobine, le temps de coagulation, de saignement et la glycémie ont été réalisés chez tous les patients. Cela s'expliquerait par la prescription presque systématique de ces examens à tous les patients admis en urgence.

### Traitement

#### Gestes réalisés

La prise en charge de ces urgences abdominales a été chirurgicale et la technique utilisée était en fonction de la pathologie en cause.

La voie d'abord au point de Mac Burney était la plus réalisée 54,7% suivie de l'incision sus et sous ombilicale 31,9% et de l'incision inguinale 12,5%.

#### Évolution

L'évolution a été favorable chez 62,5% de nos patients. Nous avons enregistré 33,4% de complications dominées surtout par les suppurations pariétales. Mungadi au Nigeria [12] en 2004 a trouvé 13, 7% de suppuration pariétale. Cette fréquence de suppuration s'expliquerait d'une part par le non-respect de certaines règles d'asepsie et d'antisepsie dans notre pratique courante et d'autre part par certains facteurs propres à certains malades (mauvaise hygiène corporelle, vestimentaire et de literie).

Le taux de mortalité représentait 4,1% dominée par les péritonites. Cette fréquence est supérieure au 1,6% rapportée par Mungadi, Nigeria [12]. Cette mortalité élevée dans notre étude pourrait s'expliquer par le retard d'admission de nos patients, l'automédication (traditionnelle et moderne), l'insuffisance des moyens de réanimation et le manque des moyens financiers de nos patients.

### CONCLUSION

Les urgences abdominales chirurgicales sont un réel sujet de préoccupation, caractérisées par le retard diagnostique et les difficultés de prise en charge qui continuent de maintenir la mortalité à des taux élevés.

### Déclaration des conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

### Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à l'acquisition de données, l'analyse et l'interprétation des données et à la rédaction de l'article.

### RÉFÉRENCES

- 1-**Mondor H.** Diagnostics urgents de l'abdomen. 9<sup>e</sup> édition Masson, 1979 ; P : 3 191, Paris.
- 2- **Adelain T. B.** Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service polyvalent d'anesthésie et de réanimation du CHU de Cotonou. Thèse Méd. Cotonou, 1994; N° 616. 6.
- 3- **Fagniez P. L., Houssin D.** Chirurgie digestive et thoracique. Masson, Paris, 1991, 3-510.
- 4-**Brower** Ency Med ChirurUrgences (Paris) 2004 ; 2 :24048B10.
- 5-**Daly CP, Cohan RH, Rancis IR Caoili EM, Ellis JH, Nan M.** Incidence of acute appendicitis in patients

with equivocal CT finding. *AJR Am J Roentgenol* 2005,184(6) :1813-20.

6-**Ekere AU, Yellowe BE Umune S.** Surgical mortality in patients with equivocal CT finding. *AJR Am J Roentgenol* 2005.184(6) :1813-20.

7-**Harouna Y-Alil, Seibou A., Abdou I. Gamatie Y. Rakotomalala J. Habibou A., Bazira.** Deux ans de chirurgies digestives d'urgences à l'hôpital national de Niamey (Niger). Etude analytique et pronostique. *Médecine d'Afrique noire* 2001 Vol 48 N° Pages 49-54.

8-**Kassegne I, Sewa EV, Alassani F, Kanassoua KK, Adabran K, Tchangai B, Aziale KG, Amavie AK, Attipou K.** Prise en charge des urgences chirurgicales abdominales au centre hospitalier régional de Dapaong (Togo) à propos de 303patients. *RAMUR Tome 20-n°2-2015.*

9-**Pandonou N, Diagne B, N'diaye M, Cherbonnel GM, Noussaume O.** Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar. *Statistiques des quatre années (1973-1976).* *Dakar médical*, 1979, 24,190-197.

10-**Nguyen VS.** Typhus perforation in the tropics. A propos of 83 cases *Service de Chirurgie Générale, Paris 1994 Fed*, 131p.

11-**Sani R, Ngo, Bissemb Nm, Illo A., Bade M.A. Baoua B.M., Bazira L.** La plaie abdominale : Revue de 316 dossiers au service de chirurgie viscérale de l'hôpital de Niamey -Niger (2004). *Médecine d'Afrique Noire* 51(7) : 400-402.

12-**Mungadi IA, Jabo BA, Agwu NP.** A review of appendectomy in North-western Nigeria. *Niger J Med* ; 2004 ;(3) : 240-3.