

Année: 2020

Thèse N°: 37

**LES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGÛES
COLIQUES, ÉTUDE RÉTROSPECTIVE
(À PROPOS DE 83 CAS)**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2020

PAR :

Mr. Mohamed SBIHI

Né le 06 Janvier 1995 à Rabat

Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine

Mots Clés : Colique - Colostomie - Occlusion intestinale - Tumeur colique

Membres du Jury :

Mr. H. E.El ALAMI

Professeur de Chirurgie générale

Mr. E. ECHARRAB

Professeur de Chirurgie générale

Mr. M. EL OUNANI

Professeur de Chirurgie générale

Mr. M. ELABSI

Professeur de Chirurgie générale

Président

Rapporteur

Juge

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ (1) خَلَقَ

الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ (2) اقْرَأْ وَرَبُّكَ

الْأَكْرَمُ (3) الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ (4) عَلَّمَ

الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ"

سورة العلق الآية (1)



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT



DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 - 2013	: Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI

ADMINISTRATION:

Doyen

Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes

Professeur Brahim LEKEHAL

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Toufiq DAKKA

Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Jamal TAOUFIK

Secrétaire Général

Mr. Mohamed KARRA

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz

Médecine Interne – **Clinique Royale**

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi

Anesthésie -Réanimation

Pr. SETTAF Abdellatif

Pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENS Aid Younes

Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. LACHKAR Hassan

Médecine Interne

Pr. YAHYA OUI Mohamed

Neurologie

Décembre 1989

Pr. ADN AOUI Mohamed

Médecine Interne –*Doyen de la FMPR*

Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. HACHIM Mohammed*

Médecine-Interne

Pr. KHARBACH Aïcha

Gynécologie -Obstétrique

Pr. TAZI Saoud Anas

Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim

Anesthésie Réanimation- *Doyen de FMPO*

Pr. BAYAHIA Rabéa

Néphrologie

Pr. BELKOUCHI Abdelkader

Chirurgie Générale

Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif

Chirurgie Générale

Pr. BENS OUDA Yahia

Pharmacie galénique

Pr. BERRAHO Amina

Ophtalmologie

Gynécologie Obstétrique *Méd. Chef Maternité des Orangers*

Pr. BEZAD Rachid

Pharmacologie

Pr. CHERRAH Yahia

Histologie Embryologie

Pr. CHOKAIRI Omar

Pédiatrie

Pr. KHATTAB Mohamed

Pharmacologie- *Dir. du Centre National PV Rabat*

Pr. SOULAYMANI Rachida

Pr. TAOUFIK Jamal

Chimie thérapeutique *V.D à la pharmacie+Dir. du CEDOC +*

Directeur du Médicament



Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika

Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques *Doyen de la FMPT*
Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale – *Directeur du CHIS-Rabat*
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie – Obstétrique
Dermatologie

Urologie *Directeur Hôpital My Ismail Meknès*
Chirurgie – Pédiatrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Doyen de FMPT



Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie *Inspecteur du Service de Santé des FAR*
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Néphrologie
Cardiologie *Directeur Hôp. Mil. d'Instruction Med V Rabat*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Noureddine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie



Directeur Hôp. Ar-razi Salé

Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Neurologie *Doyen de la FMP Abulcassis*
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pr. ZOHRAIR ABDELLEH *

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSE Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie *Directeur Hôp. My Youssef*
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - *Directeur Hôp. Cheikh Zaid*
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie
Neurologie

ORL
Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie - *Directeur Hôp. d'Enfants Rabat*
Neuro-Chirurgie



Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUIJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik

Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie - *Directeur Hôpital Ibn Sina*
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale



Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre *
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Noureddine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina *
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*

Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie *Directeur Hôp. Al Ayachi Salé*
Pédiatrie
Cardiologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie(*mise en disponibilité*)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire.
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie



Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Décembre 2006

Pr SAIR Khalid

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
Pr. AMHAJJI Larbi *
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed *
Pr. BALOUCH Lhousaine *
Pr. BENZIANE Hamid *
Pr. BOUTIMZINE Nouridine
Pr. CHERKAOUI Naoual *
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
Pr. EL BEKKALI Youssef *
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid *
Pr. ICHOU Mohamed *
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *
Pr. LOUZI Lhoussain *
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed *
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MRANI Saad *
Pr. OUZZIF Ez zohra *
Pr. RABHI Moncef *
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame

Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Chirurgie générale *Dir. Hôp. Av. Marrakech*

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation *Directeur ERSSM*
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Anesthésie réanimation
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologie biologique
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie



Pr. SEKHSOKH Yessine *
Pr. SIFAT Hassan *
Pr. TABERKANET Mustafa *
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour *
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2008

Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
Pr. AGADR Aomar *
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
Pr. AIT BENHADDOU El Hachmia
Pr. AKHADDAR Ali *
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir

Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae *
Pr. BOUI Mohammed *

Pr. BOUNAIM Ahmed *
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
Pr. CHTATA Hassan Toufik *
Pr. DOGHMI Kamal *
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid *
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. LAMSAOURI Jamal *
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*

Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie-orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Chirurgie Générale

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie *Directeur Hôp.des Spécialités*

Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie

Chirurgie Générale
Traumatologie-orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie



Anesthésie réanimation
Médecine Interne

Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Moutassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Decembre 2010

Pr.ZNATI Kaoutar

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
 Pr. ABOUELALAA Khalil *
 Pr. BENCHEBBA Driss *
 Pr. DRISSI Mohamed *
 Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
 Pr. EL KHATTABI Abdessadek *
 Pr. EL OUAZZANI Hanane *
 Pr. ER-RAJI Mounir
 Pr. JAHID Ahmed
 Pr. MEHSSANI Jamal *
 Pr. RAISSOUNI Maha *

** Enseignants Militaires*

Février 2013

Pr.AHID Samir
 Pr.AIT EL CADI Mina
 Pr.AMRANI HANCHI Laila
 Pr.AMOR Mourad
 Pr.AWAB Almahdi
 Pr.BELAYACHI Jihane
 Pr.BELKHADIR Zakaria Houssain
 Pr.BENCHEKROUN Laila
 Pr.BENKIRANE Souad

Physiologie
 Microbiologie
 Médecine Aéronautique
 Biochimie- Chimie
 Radiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Plastique et Réparatrice
 Urologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Hématologie
 Anatomie Pathologique

Anatomie Pathologique

Chirurgie pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Traumatologie-orthopédie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumophtisiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Cardiologie

Pharmacologie
 Toxicologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Réanimation Médicale
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie-Chimie
 Hématologie



Pr.BENNANA Ahmed*	Informatique Pharmaceutique
Pr.BENSGHIR Mustapha *	Anesthésie Réanimation
Pr.BENYAHIA Mohammed *	Néphrologie
Pr.BOUATIA Mustapha	Chimie Analytique et Bromatologie
Pr.BOUABID Ahmed Salim*	Traumatologie orthopédie
Pr BOUTARBOUCH Mahjouba	Anatomie
Pr.CHAIB Ali *	Cardiologie
Pr.DENDANE Tarek	Réanimation Médicale
Pr.DINI Nouzha *	Pédiatrie
Pr.ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr.ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa	Radiologie
Pr.EL FATEMI NIZARE	Neuro-chirurgie
Pr.EL GUERROUJ Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr.EL HARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr.EL JAUDI Rachid *	Toxicologie
Pr.EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr.EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologique
Pr.EL KHLouFI Samir	Anatomie
Pr.EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr.EN-NOUALI Hassane *	Radiologie
Pr.ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr.FIKRI Meryem	Radiologie
Pr.GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr.IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr.IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr.KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr.KADIRI Mohamed *	Psychiatrie
Pr.MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr.MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr.MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr.MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr.NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr.OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr.OUKABLI Mohamed *	Anatomie Pathologique
Pr.RAHALI Younes	Pharmacie Galénique
Pr.RATBI Ilham	Génétique
Pr.RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr.REDA Karim *	Ophthalmologie
Pr.REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr.RKAIN Hanan	Physiologie
Pr.ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr.ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr.ROUIBAA Fedoua *	Gastro-Entérologie



Pr SALIHOUN Mouna
Pr.SAYAH Rochde
Pr.SEDDIK Hassan *
Pr.ZERHOUNI Hicham
Pr.ZINE Ali*

Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

AVRIL 2013

Pr.EL KHATIB MOHAMED KARIM *

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

MAI 2013

Pr.BOUSLIMAN Yassir

Toxicologie

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
Pr.BENCHAKROUN Mohammed *
Pr.BOUCHIKH Mohammed
Pr. EL KABBAJ Driss *
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *
Pr. HARDIZI Houyam
Pr. HASSANI Amale *
Pr. HERRAK Laila
Pr. JANANE Abdellah *
Pr. JEAIDI Anass *
Pr. KOUACH Jaouad*
Pr. LEMNOUER Abdelhay*
Pr. MAKRAM Sanaa *
Pr. OULAHYANE Rachid*
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SABRY Mohamed*
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Gynécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Généologie-Obstétrique

AVRIL 2014

Pr.ZALAGH Mohammed

ORL



PROFESSEURS AGREGES :

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKASSEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham *
Pr. BENZAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. DOBLALI Taoufik*
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHRI Latifa

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Nouredine*
Pr. NITASSI Sophia

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAYTI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. ZRARA Abdelhamid*

. *Enseignants Militaires*

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

Dermatologie
Rhumatologie

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Immunologie



2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS/Prs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie



Mise à jour le 10/10/2018

Khaled Abdellah

Chef du Service des Ressources Humaines



DÉDICACES



Je dédie cette thèse.....

À MA TRÈS CHÈRE MÈRE

Source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifice.

*Ta prière et ta Bénédiction m'ont été d'un grand secours tout au long de ma
vie.*

*Quoique je puisse dire et écrire, je ne pourrais exprimer ma grande affection et
ma profonde reconnaissance.*

J'espère ne jamais te décevoir, ni trahir ta confiance et tes sacrifices.

*Puisse Dieu tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et
Bonheur.*

À MON TRÈS CHER PÈRE

De tous les pères, tu es le meilleur.

*Tu as été et tu seras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines,
ta persévérance et perfectionnisme.*

*En témoignage de brut d'années de sacrifices, d'encouragement et de prières.
Pourriez-vous trouver dans ce travail le fruit de toutes vos peines et tous de
vos efforts.*

*En ce jour, j'espère réaliser l'un de tes rêves. Aucune dédicace ne saurait
exprimer mes respects, ma reconnaissance et mon profond amour. Puisse Dieu
vous préserver et vous procurer santé et bonheur.*

À MON FRÈRE YOUNESS

Je ne saurai traduire sur du papier l'affection que j'ai pour Toi, je n'oublierai jamais ces merveilleux moments passés ensemble Intelligent que tu es, j'implore Allah de te réserver un avenir meilleur

À MA SŒUR IMANE ET SON MARI MOHAMED ARBI ZOUHRI

Aucune dédicace ne peut exprimer la profondeur des sentiments fraternels et d'amour, d'attachement que j'éprouve à votre égard. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection. Puisse dieu vous protéger, garder et renforcer notre fraternité.

À MA SŒUR FATIMA ZAHRA

Une sœur comme on ne peut trouver nulle part ailleurs, Puisse Allah te protéger, garder et renforcer notre fraternité. Je te souhaite tout le bonheur du monde

À LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

Que vous reposiez dans le paradis du seigneur

*À MA TANTE MALIKA, SON MARI NAJI DRISSI MENIANI
ET LEURS ENFANTS*

A une famille au sein de laquelle je me suis toujours senti chez moi et qui m'ont toujours considéré comme un des leurs. Qu'il me soit permis de vous exprimer à travers ce travail, mon respect et ma vive reconnaissance.

*À MON ONCLE FOAD, SA FEMME RAHMA ET LEURS
ENFANTS*

Trouvez ici l'assurance de mon profond respect et de mon fidèle attachement.

Que ce travail soit pour vous un modeste témoignage de ma profonde affection.

*À MON ONCLE MOUNIR SA FEMME FATIMA ET LEURS
ENFANTS*

*Veillez trouver dans ce modeste travail ma reconnaissance pour tous vos
efforts.*

*À MON ONCLE ABD EL MOUGHIT, SON EPOUSE SANAE
ET LEUR FILS RAYAN*

Que Dieu accomplisse vos vœux, soyez assurés de mon estime.

*À MA TANTE SABAH ET SON MARI SALIM SEDRATI ET
LEURS ENFANTS*

Trouvez ici l'assurance de mon profond respect et de mon fidèle attachement

À MOHAMED AMJAD, MOHAMED TAHA ET CHAHD

*Que ce travail soit le symbole de ce que je ressens envers vous. Que dieu vous
bénisse et vous accorde longue vie pleine de joie et de réussite*

*A tous les membres de ma famille, petits et grands Veuillez trouver dans ce
modeste travail l'expression de mon affection*

À madame KHADIJA BOUCHARA

*Merci pour votre aide disponibilité gentillesse et compréhension. Que Dieu
accomplisse vos vœux, soyez assurés de mon estime*

À mademoiselle EL AINI SARAH



REMERCIEMENTS



À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR H.E. EL ALAMI

C'est pour moi un grand honneur de vous voir présider cette thèse. Ce travail est une occasion pour moi d'apprécier vos qualités humaines et professionnelles. Qu'il me soit permis de vous remercier et de vous exprimer mon estime et profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE

MONSIEUR E. ECHARRAB

J'ai été touché par la bienveillance et la sympathie avec laquelle vous m'avez accueilli. Veuillez accepter ma profonde gratitude pour l'aide considérable que vous m'avez apporté.

À NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

MONSIEUR M. EL OUNANI

*En acceptant de siéger parmi ce jury vous nous faites un grand honneur,
permettez-moi de vous témoigner mon respect et mon estime les plus sincères.*

À NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

MONSIEUR M. ELABSI

Je suis très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Veuillez accepter l'expression de mon profond respect et ma reconnaissance.



**LISTE DES
ABREVIATIONS**



ABD	: abdomen
ACD	: angle colique droit
ACG	: angle colique gauche
AEG	: altération de l'état général
AMG	: Arrêt des matières et gaz
AMP	: ampoule
ASP	: Abdomen Sans Préparation
ATCD	: antécédents
ELAS	: épine iliaque antéro-supérieur
gg	: ganglion
HBP	: hypertrophie bénigne de la prostate
HCD	: Hypochondre droit
HOSP	: hospitalisation
j	: jours
JRS	: jonction recto sigmoïdienne
MC	: motif de consultation
NFS	: Numération formule sanguine
NHA	: niveaux hydro-aériques
OH	: orifices herniaires
OIA	: Occlusion intestinale aigue
SA	: signes associés
Sd	: syndrome
TDM	: tomodensitométrie
TP	: Temps de prothrombine
TR	: toucher rectal
TT	: termino terminale



**LISTE DES
ILLUSTRATION**



Liste des figures

Figure 1: Radiographie de l'abdomen sans préparation debout de face.	23
Figure 2: Occlusion colique par volvulus du sigmoïde avec présence de tours de spires.....	24
Figure 3: occlusion colique d'origine tumorale.	25
Figure 4: Configuration externe du colon	33
Figure 5: Configuration interne du colon.....	34
Figure 6: Drainage veineux du colon.	35
Figure 7: Innervation du colon.	36
Figure 8: Vascularisation du colon.....	37
Figure 9: Répartition des patients selon l'âge.	53
Figure 10: Répartition des patients selon le sexe.	54
Figure 11: répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.....	55
Figure 12: répartition des patients selon le motif de consultation.	56
Figure 13: Répartition des patients selon les autres signes associés.....	59
Figure 14: Répartition des patients selon les résultats de l'examen clinique. ...	60
Figure 15: Répartition des patients selon les résultats du bilan biologique.	61
Figure 16: Répartition des patients selon la cause de l'occlusion.....	64
Figure 17: Répartition des patients selon l'état de l'anse.	65
Figure 18: Répartition des patients selon les lésions associées	66

Liste des tableaux

Tableau I : Etiologies des occlusions intestinales.....	19
Tableau II: différence entre occlusion par obstruction et strangulation.....	26
Tableau III: différence entre occlusion colique et occlusion grélique	27
Tableau IV : Tableaux récapitulatifs des différentes données collectées	44
Tableau V: Répartition des patients selon l'année de recrutement.....	52
Tableau VI: Répartition des patients selon les antécédents médicaux personnels	57
Tableau VII: Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux personnels	58
Tableau VIII: Répartition des patients selon les signes fonctionnels	59
Tableau IX: Répartition des patients selon l'existence de terrain particulier ...	60
Tableau X: Répartition des patients selon les explorations radiologiques demandées	62
Tableau XI: Répartition des patients selon le type d'incision.	63
Tableau XII: Répartition des patients selon le mécanisme de l'occlusion.....	64
Tableau XIII: Fréquence selon les auteurs	70
Tableau XIV: l'âge moyen selon les auteurs	70
Tableau XV: Le sexe des malades d'occlusion intestinale selon les auteurs	71
Tableau XVI: Fréquence des patients ayant des antécédents chirurgicaux.....	72
Tableau XVII: fréquence des signes fonctionnels selon les auteurs	72
Tableau XVIII: L'apport de l'ASP au diagnostic selon les auteurs.....	73
Tableau XIX: Type d'incision dans la littérature et notre série	75
Tableau XX: fréquence de la localisation sigmoïdienne selon les auteurs.....	79



SOMMAIRE



PREMIERE PARTIE	1
INTRODUCTION.....	2
HISTORIQUE	4
GÉNÉRALITÉS.....	6
I. Définition.....	7
II. Rappels anatomiques et physiologiques	7
1. Anatomie	7
2. Physiologie	14
III. Physiopathologie.....	17
1. Distension intestinale	17
2. Troubles de la microcirculation.....	17
3. Altération des secteurs hydriques de l'organisme.....	18
IV. Etiologie.....	19
V. Diagnostic positif	20
1. Anamnèse	20
2. Signes généraux.....	21
3. Signes physiques	21
4. Examens paracliniques	22
VI. Formes cliniques.....	26
1. En fonction du mécanisme	26
2. En fonction du siège.....	27

VII. Principes de traitement	28
1. Traitement médical	28
2. Traitement chirurgical	29
VIII. Complication	32
1. évolution naturelle	32
2. complications post-opératoires	32
DEUXIEME PARTIE	38
MATERIELS ET METHODES	39
I. MATERIELS D'ETUDE	40
1. Cadre de l'étude	40
2. Les cas	40
II. METHODES D'ETUDE	40
1. Type d'étude	40
2. Durée d'étude	40
3. Critères d'inclusion	40
4. Critères d'exclusion	40
5. Enquête	41
RÉSULTATS	43
I. FREQUENCE	52
II. AGE	53
III. SEXE	54
IV. DUREE D'HOSPITALISATION	55

V. MOTIF DE CONSULTATION	56
VI. ANTECEDENTS.....	57
1. Antécédents personnels médicaux	57
2. Antécédents personnels chirurgicaux.....	58
VII. DONNEES CLINIQUES	59
1. Les signes fonctionnels	59
2. Les signes associés	59
3. Terrain particulier.....	60
4. Examen clinique	60
VIII. BILAN BIOLOGIQUE.....	61
IX. EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES	62
1. Résultats de l'ASP.....	62
2. Résultats de la TDM abdominale	62
X. PRISE EN CHARGE.....	63
XI. TEMPS OPERATOIRE	63
1. Type de l'incision.....	63
2. Cause de l'occlusion colique.....	64
3. Mécanisme de l'occlusion	64
4. Aspect de l'anse.....	65
5. Lésions associées.....	66
6. Technique opératoire.....	66

7. .Suites opératoires	68
DISCUSSION.....	69
I. EPIDEMIOLOGIE	70
II. AGE.....	70
III. SEXE.....	71
IV. ANTECEDANTS MEDICAUX	71
V. ANTECEDANTS CHIRURGICAUX	72
VI. SIGNES FONCTIONNELS	72
VII. EXAMENS COMPLEMENTAIRES	73
1. ASP.....	73
2. TDM	73
VIII. PRISE EN CHARGE.....	75
1. Traitement médical.....	75
2. Traitement chirurgical	75
CONCLUSION.....	82
RÉSUMÉS.....	84
ANNEXES	88
BIBLIOGRAPHIE	92



PREMIERE PARTIE





INTRODUCTION



L'occlusion intestinale aiguë est caractérisée par un arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz au niveau d'un segment quelconque du tube digestif (19,24).

Il ne s'agit pas d'une maladie, mais d'un syndrome à causes multiples et à mécanismes variés (1,2).

Ce syndrome d'une très grande fréquence peut apparaître du premier au dernier jour de l'existence (2).

Elles restent une des urgences les plus fréquentes et se présentent même comme « l'urgence la plus urgente » lorsque la vitalité d'une anse étranglée est en jeu (3,1).

Elles aboutissent en règle à la mort en absence d'un geste thérapeutique urgent et efficace.

C'est une urgence médicochirurgicale qui requiert une prise en charge multidisciplinaire impliquant clinicien, chirurgien, radiologue, et réanimateur.

La gravité de cette affection impose une attitude thérapeutique en fonction du mécanisme, siège et l'étiologie de cette occlusion (4).

* Objectif général :

Etudier les occlusions intestinales aiguës coliques dans le service des urgences chirurgicales viscérales de l'hôpital IBN SINA RABAT.

* Objectifs spécifiques :

-Déterminer la fréquence hospitalière des occlusions intestinales aiguës coliques dans le service des urgences chirurgicales viscérales de l'hôpital IBN SINA RABAT.

-Décrire les aspects cliniques et para cliniques.

-Décrire les différents traitements utilisés pour la prise en charge.

-Analyser les suites opératoires.



HISTORIQUE



- Les progrès réalisés dans le traitement des occlusions apparaissent clairement, car on constate que le taux de mortalité a nettement baissé. Cette évolution n'a été possible que grâce à un immense effort clinique et expérimental dont nous ne ferons citer que les moments décisifs(5).
- Avant 1700, le traitement des occlusions intestinales était purement médical. Il se limitait à des lavements répétés, à l'ingurgitation de mercure destinée à forcer l'obstacle et parfois à des ponctions traumatisantes de l'abdomen distendu, mais toutes ces tentatives se soldaient par un échec.
- En 1713, LITTRE a suggéré, comme solution à ce problème une décompression de l'intestin occlus par incision en amont de l'obstacle.
- Trois années, plus tard, PILLORE a pratiqué pour la première fois une caecostomie de décompression chez un patient en occlusion secondaire à un cancer du rectum.
- Plus tard, grâce aux efforts de plusieurs auteurs comme BLOSH, PAUL et MICKULICZ, de grands progrès furent réalisés, surtout pour les occlusions coliques contrairement aux occlusions gréliques.
- En effet, en 1886, FUHR et WESENER préconisaient la jéjunostomie qui immédiatement, est prise comme procédé chirurgical habituel jusqu'en 1930, où on s'est rendu compte du danger que présente cette méthode face à la strangulation et son inutilité dans l'occlusion paralytique.
- En 1933, WANGRENSTEEN, a pratiqué l'aspiration gastroduodénale, dans le traitement des occlusions, cette méthode fut améliorée, après par l'aspiration longue à l'aide du tube de MILLER ABBOTT.
- De nos jours, l'aspiration digestive continue couplée à l'équilibre hydro-électrolytique et à l'usage d'antibiotique a nettement baissé le taux de mortalité.



GÉNÉRALITÉS



I. Définition

L'occlusion intestinale aiguë est définie comme tout arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz dans un segment intestinal. Par opposition à une sub-occlusion qui se caractérise par le caractère incomplet de l'arrêt du transit. [6]

II. Rappels anatomiques et physiologiques

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU COLON :

1. Anatomie

a. Définition :

C'est la Partie du tube digestif comprise entre la valvule iléo-colique (iléocæcale) et le rectum.

b. Disposition générale : On décrit au côlon 8 segments :

- le caecum
- le côlon ascendant
- l'angle colique droit
- le côlon transverse
- l'angle colique gauche
- le côlon descendant
- le côlon iliaque
- le côlon sigmoïde ou pelvien

c- Dimensions :

Le côlon mesure en moyenne 1,5 m :

- Le caecum = 6 cm
- Le côlon ascendant = 8-15 cm
- Le côlon transverse = 40-80 cm
- Le côlon descendant = 12 cm

d. Configuration externe :

- Le côlon se distingue du grêle par 4 caractères principaux :
 - son calibre plus volumineux.
 - la présence de bandelettes longitudinales.
 - a présence des bosselures dans l'intervalle des bandelettes.
 - l'existence d'appendices épiploïques.

e. Configuration interne :

- Il est composé de 4 tuniques de dehors en dedans :
 - tunique séreuse
 - musculaire
 - sous muqueuse
 - muqueuse : ne présentant pas de villosités ni de valvules conniventes

f. Description et rapports :

***LE CAECUM :**

Forme : de sac ouvert en haut

Mesure : 6 cm de long et 6 – 8 cm de large

Situation : fosse iliaque droite

Rapports :

Il a 4 faces

- face antérieure :

*Paroi abdominale (si distendu)

*Anses intestinales (si peu distendu)

- face postérieure

*Les parties molles de la fosse iliaque (péritoine pariétal, couche graisseuse sous-péritonéale, muscle psoas)

- face externe :

*En bas, les parties molles de la fosse iliaque

*En haut, la paroi latérale de l'abdomen

- face interne :

*Les anses grêles (terminaison du jéjuno-iléon)

*L'appendice

***LE CÔLON ASCENDANT ET L'ANGLE COLIQUE DROIT :**

- Longueur de 8-15 cm, il va du caecum au foie et est fixé en arrière par le fascia de TOLDT.
- Un peu, oblique de bas en haut et d'avant en arrière, il communique avec le grêle en bas par l'orifice iléo-colique
- Rapports :

- Arrière :

*Fascia de TOLDT (paroi musculaire : psoas, carré des lombes)

*Le plexus lombaire

*Le rein, l'uretère et les vaisseaux génitaux

- Avant :

*Les anses grêles, l'épiploon et la paroi abdominale

- interne :

*en haut parfois se poursuit l'attache du grand épiploon

***LE CÔLON TRANSVERSE :**

Long de 40-80 cm, il va de l'hypochondre droit à hypochondre gauche avec l'angle colique gauche toujours plus haut et plus profond que le droit.

Très mobile, le côlon transverse est fixé au niveau de ses deux angles.

Rapports :

- En avant :

- La vésicule biliaire, le foie
- La paroi abdominale

- Arrière :

- Le troisième duodénum et le pancréas
- Angle duodeno-jéjunal (angle de Treitz)
- Anses jéjunales

- En haut :

- Grande courbure gastrique
- Pôle inférieur de la rate dont il est séparé par le ligament suspenseur de la rate.

***LE CÔLON DESCENDANT :**

Il va de l'hypochondre gauche à la crête iliaque au niveau de laquelle il change de direction en se dirigeant en dedans pour rejoindre le muscle droit supérieur, au bord interne du psoas. Le segment iliaque du côlon est accolé à la paroi postéro latérale.

• Rapports :

- Postérieur : Fascias musculaire (paroi postérieure), nerveux (plexus lombaire et crural), et génito-urinaire (uretère et vaisseaux génitaux)
- Avant et en dedans : les anses grêles
- Dehors : muscle large de la paroi

***COLON SIGMOÏDE :**

Long de 40 cm. Habituellement mobile, il peut être plus court et presque fixé au niveau du promontoire. Il descend plus ou moins en bas dans le cul-de-sac de DOUGLAS entre le rectum et la vessie chez l'homme ou rectum et organes génitaux chez la femme.

g. Vascularisation :

+ Vascularisation du colon droit :

***Les artères :**

Elles viennent de l'artère mésentérique supérieure ce sont :

- l'artère colique ascendante
- l'artère colique droite ou de l'angle droit
- une artère intermédiaire (inconstante)
- l'artère colique moyenne

***Les veines coliques droites :**

Elles suivent les axes artériels pour se jeter dans la veine mésentérique supérieure, à son bord droit.

***Les lymphatiques:**

Elles se répartissent en cinq groupes et suivent les pédicules artérioveineux. Ce sont les groupes :

- épi-colique ;
- para colique ;
- intermédiaire (le long des pédicules) ;
- principal (à l'origine) ;
- groupe central (péri-aorto-cave, à la face postérieure de la tête pancréatique).

Vascularisation du côlon gauche .

*Les artères coliques gauches :

Elles viennent de la mésentérique inférieure, ce sont :

- l'artère colique gauche (artère de l'angle gauche);
- les artères sigmoïdiennes, au nombre de trois, qui peuvent naître d'un tronc commun (branche de la mésentérique) ou isolément à partir de celui-ci
 - Les veines coliques gauches : elles suivent, comme à droite, les axes artériels correspondants.
 - Les lymphatiques : ont également la même topographie qu'à droite
 - Innervation du colon (droit et gauche): L'innervation autonome du côlon provient d'un réseau pré aortique complexe.
 - Les ganglions forment deux plexus :
 - Le plexus mésentérique crânial (supérieur), destiné à l'innervation du côlon droit et qui est disposé autour de l'origine de l'artère mésentérique supérieure.
 - Les ganglions du plexus mésentérique inférieur qui sont destinés au côlon gauche et sont disposés autour de l'origine de l'artère mésentérique inférieure. (7)

2. Physiologie

➤ **Fonction :**

Le côlon contribue à trois fonctions importantes de l'organisme :

- la concentration des matières fécales par absorption d'eau et d'électrolytes,
- l'entreposage et l'évacuation maîtrisée des selles,
- la digestion et l'absorption des aliments non encore digérés.

Sur le plan fonctionnel, le côlon peut être divisé en deux parties :

- Dans sa partie proximale (caecum, côlon ascendant et 1re moitié du côlon transverse) joue un rôle majeur dans la résorption de l'eau et des électrolytes,
- Dans sa partie distale (2e moitié du côlon transverse, côlon descendant, côlon sigmoïde et rectum) intervient surtout dans l'entreposage et l'évacuation des selles.

2.1. Absorption et sécrétion

Le côlon absorbe l'eau très efficacement. Dans des conditions physiologiques normales, environ 1,5 L de liquide pénètre chaque jour dans le côlon, mais de 100 à 200 ml seulement sont excrétés dans les selles. La capacité maximale d'absorption du côlon est d'environ 4,5 L par jour, de sorte qu'une diarrhée (augmentation de la quantité de liquide dans les selles) ne surviendra que si le débit iléo-caecal excède la capacité d'absorption ou que la muqueuse colique elle-même sécrète du liquide. La caractéristique fondamentale du transport des électrolytes dans le côlon qui permet cette absorption efficace de

l'eau est la capacité de la muqueuse colique de produire un important gradient osmotique entre la lumière intestinale et l'espace intercellulaire plus l'effet de l'aldostérone.

Le gros intestin sécrète du mucus qui facilite le passage des matières fécales

2.2. Digestion et absorption de produits alimentaires non digérés

La flore bactérienne du gros intestin assure la fermentation de divers glucides indigestibles (cellulose et autres) tout en produisant des acides irritants et un mélange de gaz. Certains de ces gaz (comme le sulfure de diméthyle) sont très odorants. Environ 500 ml de gaz (flatuosités) sont produits chaque jour, et parfois beaucoup plus lorsque les aliments ingérés (comme les haricots) sont riches en glucides. La flore bactérienne synthétise aussi les vitamines du groupe B et la plus grande partie de la vitamine K dont le foie a besoin pour synthétiser certains facteurs de coagulation.

2.3. Motilité du côlon

Une analyse poussée de la motricité du côlon montre qu'il existe 4 formes de mouvements :

- le type I, qui est l'équivalent du mouvement pendulaire de l'intestin grêle est sans effet propulseur. Ces mouvements brassent les matières dans le caecum et le côlon proximal.
- les contractions de type II sont plus espacées et plus énergiques ; elles se propagent de part et d'autre à quelque distance du point où elles prennent naissance ; leur rôle est d'épandre le contenu intestinal sur la muqueuse afin de favoriser la résorption d'eau.

- le type III consiste en variations lentes du tonus de la musculature, sur lesquelles se greffent les mouvements de types I et II. Ce mouvement a un effet propulseur des matières vers le rectum.
- le type IV est spécial au gros intestin ; c'est une contraction puissante, en masse, de segments étendus du côlon dont elle exprime le contenu. (8, 9,10)

III. Physiopathologie

Trois éléments sont à prendre en compte dans la physiopathologie de l'occlusion intestinale : la distension intestinale, les troubles de la microcirculation et les altérations des secteurs hydriques de l'organisme.

1. Distension intestinale

Le contenu intestinal qui stagne en amont de l'obstacle provoque une dilatation de la lumière intestinale qui progressivement s'accroît, entraînant la poursuite des sécrétions, puis la diminution de la réabsorption liquidienne. L'augmentation de la distension est liée à la présence de gaz, due à la fois à l'ingestion de l'air dégluti et à la fermentation du contenu intestinal stagnant. Du fait de la tension croissante sur la paroi intestinale, la capacité de réabsorption s'arrête, l'organisme séquestrant d'importantes quantités d'eau, d'électrolytes et de protéines dans le tube digestif.

2. Troubles de la microcirculation

La persistance de la distension intestinale entraîne un blocage de la microcirculation et donc une hypoxie avec possible nécrose de la muqueuse. La distension intestinale croissante provoque la diminution progressive de la pression partielle d'oxygène de la paroi intestinale, d'où une carence énergétique de cette paroi avec une paralysie de la couche musculaire lisse, aggravant d'autant la distension initiale. L'insuffisance d'apport d'oxygène par distension de la paroi intestinale va produire un œdème pariétal puis des manifestations inflammatoires nécrotiques voire perforatives.

3. Altération des secteurs hydriques de l'organisme

Avec l'arrêt de la réabsorption, se développent d'importantes " pertes " de liquides et d'électrolytes qui stagnent dans la lumière intestinale. Une distension ultérieure de l'intestin entraîne également l'augmentation de la pression dans la cavité abdominale avec une diminution de la perfusion de l'artère mésentérique supérieure et de la veine porte ainsi que du débit cardiaque. Enfin, la distension intestinale occasionne la surélévation du diaphragme avec une limite de la fonction d'expansion pulmonaire. Ces différents mécanismes physiopathologiques aboutissent à une séquestration liquidienne intra-abdominale et à la formation d'un " troisième secteur " liquidien constitué aux dépens de la masse liquidienne circulante. Une hypovolémie relative est donc la conséquence finale de l'occlusion avec l'évolution vers le choc hypovolémique et l'insuffisance rénale fonctionnelle. (1)

IV. Etiologie

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 des occlusions coliques sont :

- a. Cancers coliques
- b. Cancers du sigmoïde
- c. Volvulus du sigmoïde
- d. Ectasie inflammatoire aigue du colon : Au cours des maladies inflammatoires (Crohn, Rectocolite ulcéro hémorragique).
- e. fécalome et syndrome d'Ogilvie.

Tableau I : Etiologies des occlusions intestinales [11].

Occlusion mécanique	-Par obstruction : *intrinsèque : -cancer -fécalome -sigmoïdite *extrinsèque : -tumeur de voisinage -Par strangulation : *volvulus du sigmoïde *volvulus du colon
Occlusion Fonctionnelles	-Maladies inflammatoires *crohn *RCH -Causes médicamenteuses
Pseudo-obstruction	Syndrome d'Ogilvie

V. Diagnostic positif

1. Anamnèse

Premier temps de l'observation, elle permet de préciser les notions de :

- Opérations antérieures.
- Signes en faveur d'une affection maligne : perte de poids, modification du type habituel des exonérations.
- Prise de médicaments : laxatifs, antidépresseurs, antiparkinsoniens.
- Affections métaboliques : diabète [12].
- L'occlusion est composée de douleurs abdominales, vomissements, arrêt des matières et des gaz, et météorisme. Il est très souvent incomplet ; dans ce cas on aura un syndrome minimum à base de douleurs abdominales et d'arrêt de gaz.
 - ✓ La douleur : à début brutal ou progressif et d'intensité variable, c'est un signe caractéristique qui évolue le plus souvent par crises de colique intermittente dont les paroxysmes douloureux sont séparés par des phases d'accalmie relative marquées par un fond douloureux permanent .ces coliques témoignent de la lutte de l'intestin contre l'obstacle.
 - ✓ Vomissements : Classiques mais non caractéristiques, ils sont plus ou moins précoces et abondants, alimentaires, bilieux voire fécaloïdes suivant le siège (haut ou bas) de l'obstacle.
 - ✓ Arrêt des gaz : signe le plus constant, il est également le plus important et le plus précoce (premières heures).
 - ✓ Arrêt des matières.

2. Signes généraux

Selon le mécanisme et le siège de l'obstacle, l'état général est différemment atteint. Ou bien parfaitement conservé, l'évaluation de l'état général repose donc sur l'appréciation :

- du faciès.
- des signes de déshydratation : soif, pli cutané, poids, tension artérielle, pouls, diurèse.
- des signes de choc.

3. Signes physiques

L'inspection : note :

-Un ballonnement abdominal avec météorisme et précise son caractère : généralisé ou localisé, en cadre dans celles par atteinte du sigmoïde et partiel et asymétrique en cas de volvulus du colon.

-l'existence éventuelle de mouvements péristaltiques de l'intestin sous la paroi abdominale .Ces mouvements traduisent la lutte contre l'obstacle en cas d'obstruction. On peut noter une inertie de l'intestin dilaté fréquemment en cas de strangulation.

-l'existence d'une éventuelle cicatrice de laparotomie abdominale.

La palpation :

Elle note une résistance élastique de la paroi, parfois un durcissement intermittent correspondant à une vague de distension de l'intestin d'amont.

Elle trouve parfois un point douloureux fixe.

Elle vérifie les orifices herniaires à la recherche d'une hernie étranglée.

La percussion :

Elle met en évidence un tympanisme, généralisé ou localisé, parfois aussi une matité traduisant soit des anses pleines de liquide, soit un épanchement péritonéal associé.

L'auscultation :

L'auscultation de l'abdomen peut percevoir des bruits hydro-aériques traduisant la lutte contre un obstacle ou au contraire un silence anormal signant un iléus paralytique.

Les touchers pelviens :

- le toucher rectal vérifie la liberté ou non du cul de sac de Douglas ; la vacuité ou non de l'ampoule rectale ainsi que l'existence ou non d'une tumeur obstruant ou comprimant l'intestin.
- Chez la femme le toucher vaginal vérifie l'état de l'appareil génital.

4. Examens paracliniques

4.1. Radiologie

C'est un temps essentiel, susceptible d'affirmer ou de redresser le diagnostic clinique, de préciser le siège et le mécanisme de l'occlusion [6].

Elle comporte :

Abdomen sans préparation :

C'est la radiographie de l'abdomen sans préparation pratiquée de face et debout, centrée sur les coupes, elle permet de voir les niveaux hydro-aériques, image radiologique qui confirmera le diagnostic d'occlusion. Elle traduit la

présence de liquide surmonté par l'air en position debout. Il s'agit d'une opacité liquidienne surmontée d'une clarté.



Figure 1: Radiographie de l'abdomen sans préparation debout de face.

L'abdomen sans préparation (cliché : face, debout) objective des niveaux hydro-aériques, peu nombreux, plus hauts que larges, en cadre et périphériques. Il faudra également rechercher un pneumopéritoine, témoin d'une perforation tumorale diastatique. (11)

Tomodensitométrie :

L'examen tomodensitométrique fait en urgence complète de manière utile les données de l'abdomen sans préparation.

Il permet :

- De confirmer l'occlusion en retrouvant les images de niveaux hydro-aériques vues à l'abdomen sans préparation ;
- D'apprécier sa gravité en visualisant un pneumopéritoine avec une sensibilité nettement supérieure à celle de l'abdomen sans préparation.
- De localiser le niveau de l'occlusion sur le colon;
- De suspecter l'étiologie en pouvant visualiser une cause extraluminaire telle qu'une tumeur, une cause pariétale.

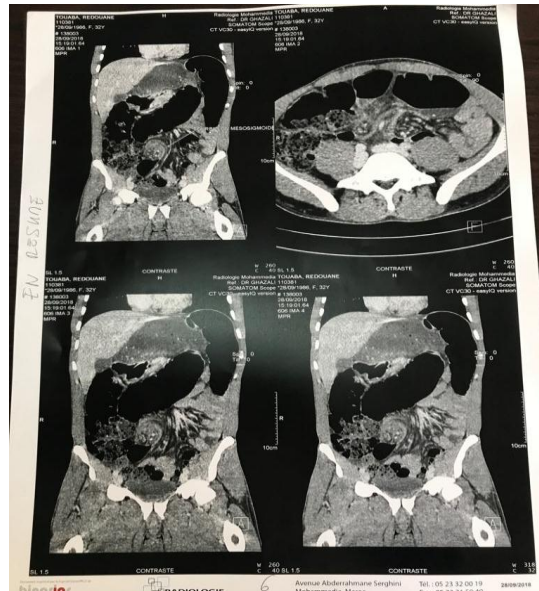


Figure 2: Occlusion colique par volvulus du sigmoïde avec présence de tours de spires.

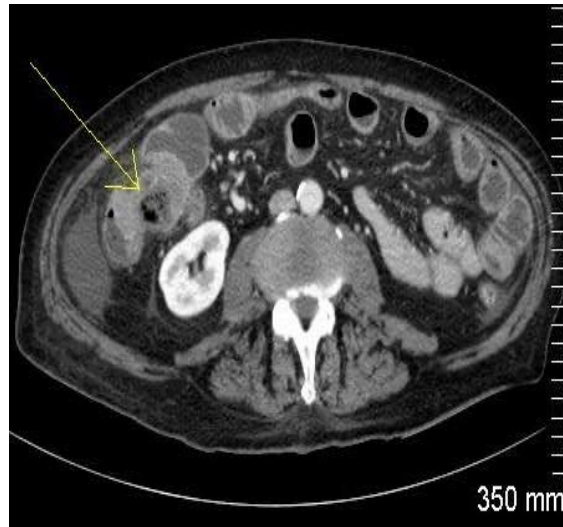


Figure 3: occlusion colique d'origine tumorale.

Autres radiographies :

Les autres radiographies sont fonction du contexte étiologique ; il s'agit essentiellement :

- d'une échographie abdominale
- d'une artériographie mésentérique
- l'opacification colique rétrograde aux hydrosolubles. (1)

4.2. Examens biologiques

Les examens faits en urgence (numération globulaire avec formule sanguine, ionogramme sanguin avec urémie, créatininémie, amylasémie, crase sanguine) sont utiles pour apprécier le retentissement général de l'occlusion et peuvent être nécessaires à l'anesthésiste si une intervention chirurgicale doit être décidée.

VI. Formes cliniques

1. En fonction du mécanisme

Il faut distinguer les occlusions mécaniques, qui forment 2 groupes (par strangulation et par obstruction), et les occlusions fonctionnelles.

Tableau II: différence entre occlusion par obstruction et strangulation. (13)

Caractéristiques	Obstruction	Strangulation
Début	Progressif	Brutal
Etat général	Conservé	Etat de choc
Température	Normale	Subfébrile
Abdomen	Météorisme	Météorisme, douleur à la palpation +/- localisée
Pouls	Normal	Accélééré
Siege de l'occlusion	Généralement bas	Généralement haut
ASP	Niveaux hydro aériques	Arceau ou une seule anse distendue

2. En fonction du siège

On distingue les occlusions du grêle et celles du colon.

Tableau III: différence entre occlusion colique et occlusion grélique. (13)

Signes	Grêle	Colon
Douleur	Violente	Peu intense
Vomissements	Précoce et abondant	Tardif et rare
Arrêt des matières et de gaz	Tardif et incomplet	Absolue net et précoce
Etat général	Altéré	Longtemps conservé
Météorisme	Discret central et péri ombilicale	Important, en cadre et diffus
ASP : niveaux hydro aériques	multiples, centraux, fins, plus large que haut et portant les empreinte des valvules conniventes	Peu nombreux, périphériques volumineux plus haut que large et portant les empreintes des haustrations colique

VII. Principes de traitement

Le traitement médical permet une équilibration hydro-électrolytique et une décompression intestinale, le traitement chirurgical vise à supprimer l'obstacle et à pratiquer l'exérèse des segments intestinaux devitalisés ou ceux responsables de l'occlusion.

1. Traitement médical

La chirurgie des occlusions aigue comporte des risques très élevé, ces risques et le choix varient selon le siège de la tumeur le degré de distension colique et l'état général du patient. (47).

Il est débuté rapidement tout en sachant qu'il ne doit en aucune manière retarder l'acte chirurgical.

- Antalgiques antispasmodiques.
- Rééquilibration hydro-électrolytique et hémodynamique.
- Aspiration digestive. La sonde est habituellement positionnée dans l'estomac permettent une aspiration intestinale plus proche de l'obstacle ; elles sont en pratique peu employées. L'aspiration du liquide intestinal et gastrique supprime les vomissements, quantifie la spoliation et précise les prescriptions hydro-électrolytiques.
- Antibiothérapie : L'administration d'antibiotiques peut retarder l'heure de la chirurgie ; elle doit être évitée avant d'avoir affirmé le diagnostic. Par contre, l'antibiothérapie péri-opératoire (débutée à l'induction anesthésique) diminue les complications septiques.

2. Traitement chirurgical

OCCLUSION PAR CANCER COLIQUE :

L'occlusion colique tumorale est une urgence thérapeutique potentiellement grave. Cette gravité est liée d'une part aux troubles métaboliques, cardio circulatoires et septiques qu'elle entraîne, et d'autre part à la pathologie causale.

La prise en charge doit être rapide et entreprise dès l'admission du malade, elle commence toujours par un traitement médical visant à corriger les désordres hydro électrolytiques et circulatoires. La seconde étape de cette prise en charge est le traitement de la pathologie occlusive ; les objectifs de cette étape sont la levée de l'obstacle et le traitement de la pathologie cancéreuse.

Le traitement de référence de l'occlusion colique d'origine tumorale est la chirurgie, le type de chirurgie en urgence dépend de plusieurs facteurs, mais essentiellement du siège de l'occlusion. (48)

***Occlusion par cancer colique gauche :**

- une simple colostomie latérale d'amont, la résection colique avec rétablissement de la continuité étant effectuées dans un deuxième temps ;
- une résection première avec colostomie terminale temporaire (opération de Hartmann) et rétablissement secondaire de la continuité ;
- une colectomie gauche avec anastomose colo- rectale, protégée éventuellement par une colostomie latérale d'amont. Le lavage colique peropératoire permet actuellement d'éviter le plus souvent la colostomie de protection.

- une colectomie totale ou subtotale avec rétablissement immédiat de la continuité.

*Occlusion par cancer colique droit :

L'intervention la plus souvent réalisée est l'hémi colectomie droite avec anastomose iléo transverse.

OCCLUSION PAR VOLVULUS :

-volvulus du côlon pelvien :

Le traitement varie selon l'état général du patient et l'état de l'anse volvulée.

La détorsion de l'anse est capitale, pouvant être obtenue par endoscopie.

L'endoscopie permet d'apprécier la vitalité du pied de l'anse détordue. En l'absence de signe de nécrose et d'échec de la détorsion, une résection sigmoïdienne avec rétablissement de la continuité peut être réalisée quelques jours plus tard, après préparation du côlon, si l'état général du patient le permet.

Si ces deux conditions ne sont pas remplies, la chirurgie est faite en urgence : détorsion, puis intervention de Hartmann ou résection avec abouchement des 2 extrémités coliques à la peau, en double stomie (opération de Bouilly-Volkman) ou résection sigmoïdienne avec anastomose colorectale protégée ou non par une colostomie.

-volvulus du côlon droit :

La détorsion par endoscopie et (ou) lavement hydrosoluble est souvent très difficile à obtenir. L'hémi colectomie droite avec anastomose iléo transverse est l'intervention le plus souvent pratiquée.

- Syndrome d'Ogilvie :

L'exsufflation par coloscopie est le traitement de base, au besoin répétée en cas de récurrence pour éviter la perforation diastatique du côlon droit. La chirurgie n'intervient qu'en présence de complications (nécrose ou perforation cœcale) [11].

VIII. Complication

1. évolution naturelle

Les facteurs qui menacent la vie au cours d'une occlusion intestinale aiguë sont:

- Le choc hypovolémique et ses conséquences.
- La perforation intestinale.
- Les hémorragies digestives (stress ou syndrome de Mallory-Weiss).
- Les pneumopathies par inhalation de vomissements.

Il existe de plus un risque local, celui de nécrose ou de perforation intestinale résultant d'ulcérations mécaniques (iléus biliaire) ou d'une ischémie pariétale, soit sur l'obstacle (bride, étranglement, volvulus) soit en amont de l'obstacle (perforation diastatique due à la distension gazeuse).

2. complications post-opératoires

Les complications précoces à craindre sont :

- L'absence de reprise de transit (par occlusion fonctionnelle ou mécanique ou par iléus postopératoire prolongé)
- Une péritonite par fistule ou par lâchage des fils de suture
- Abscès intrapéritonéaux
- Cholécystite
- L'éviscération
- Les phlébites et la défaillance cardio-respiratoire
- La mort

Les complications tardives sont essentiellement les éventrations et les occlusions intestinales aiguës secondaires (récidives). (14)

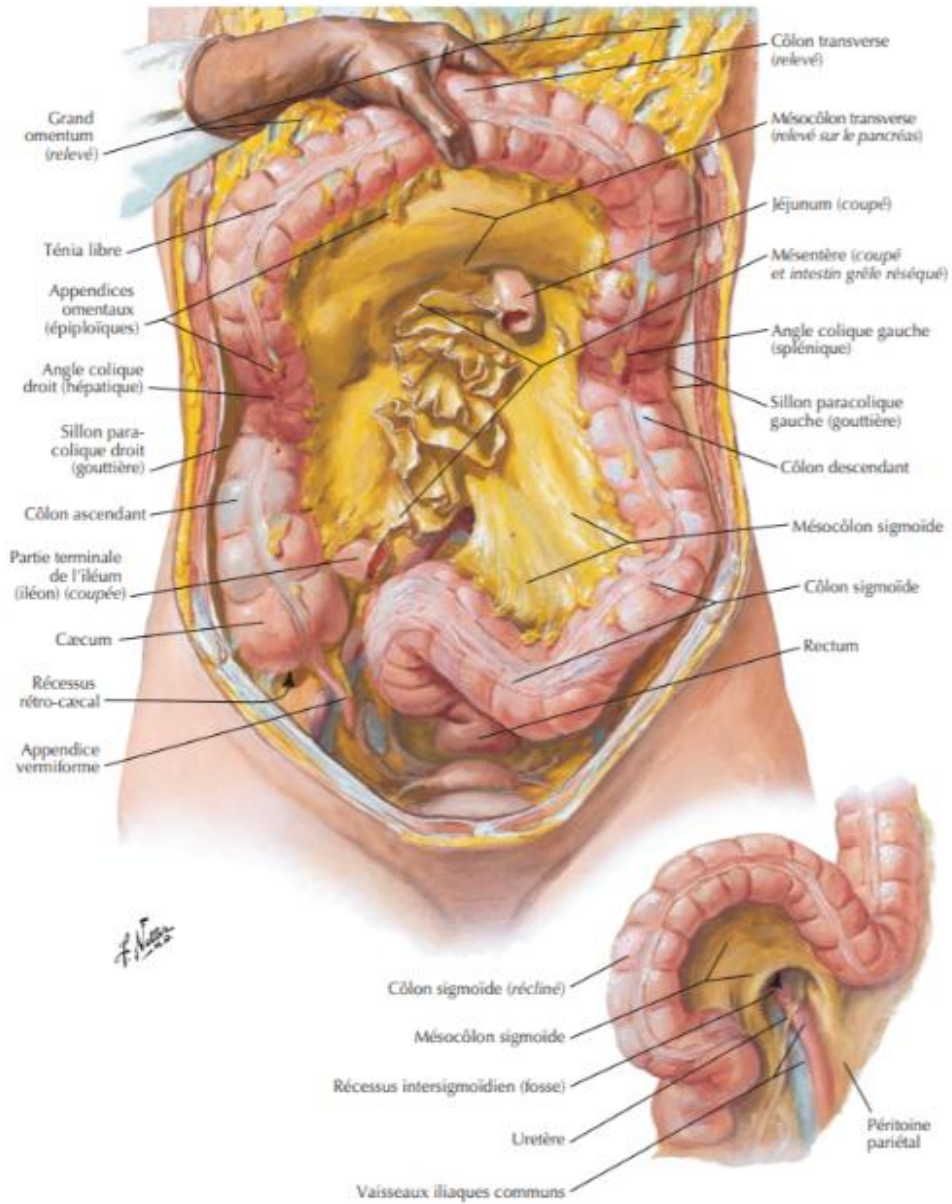


Figure 4: Configuration externe du colon. (46)

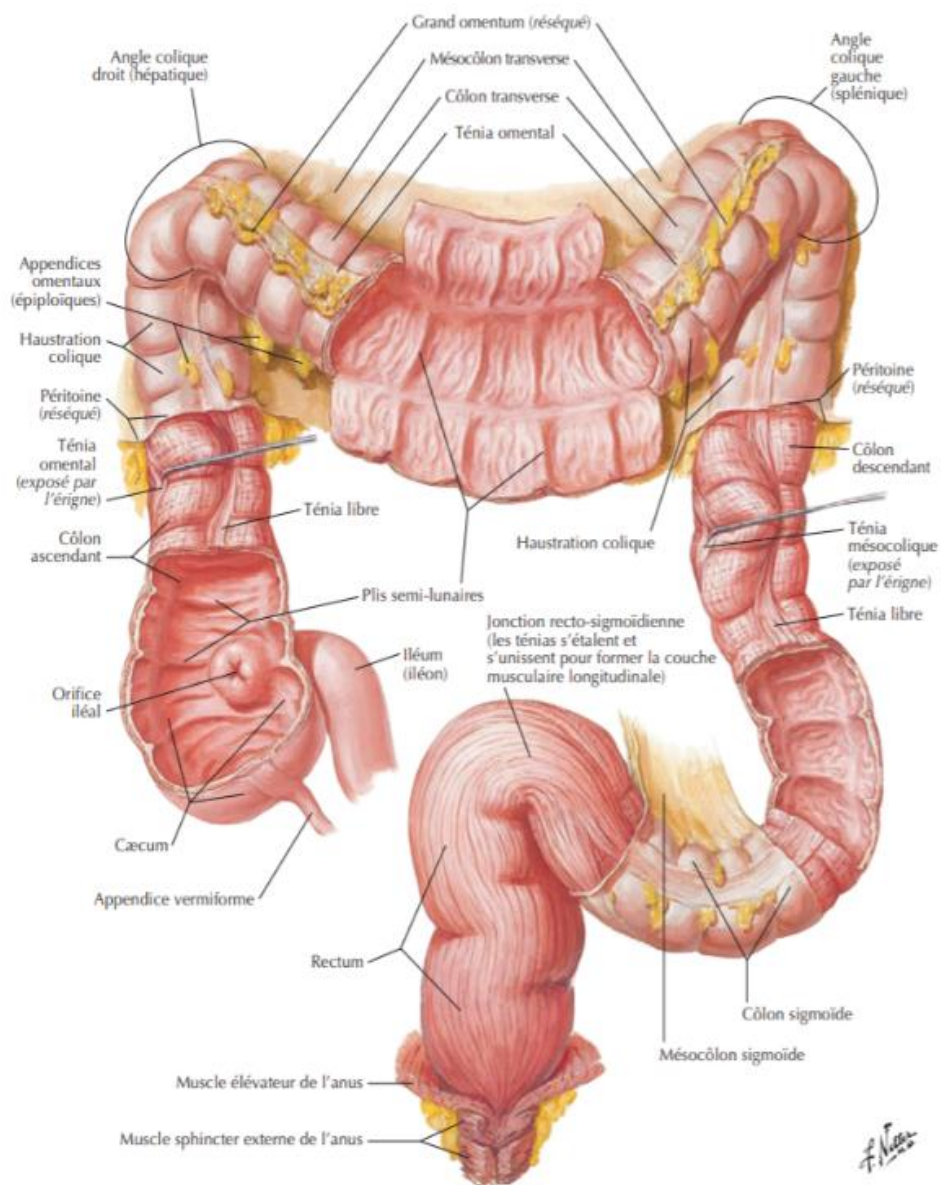


Figure 5: Configuration interne du colon. (46)

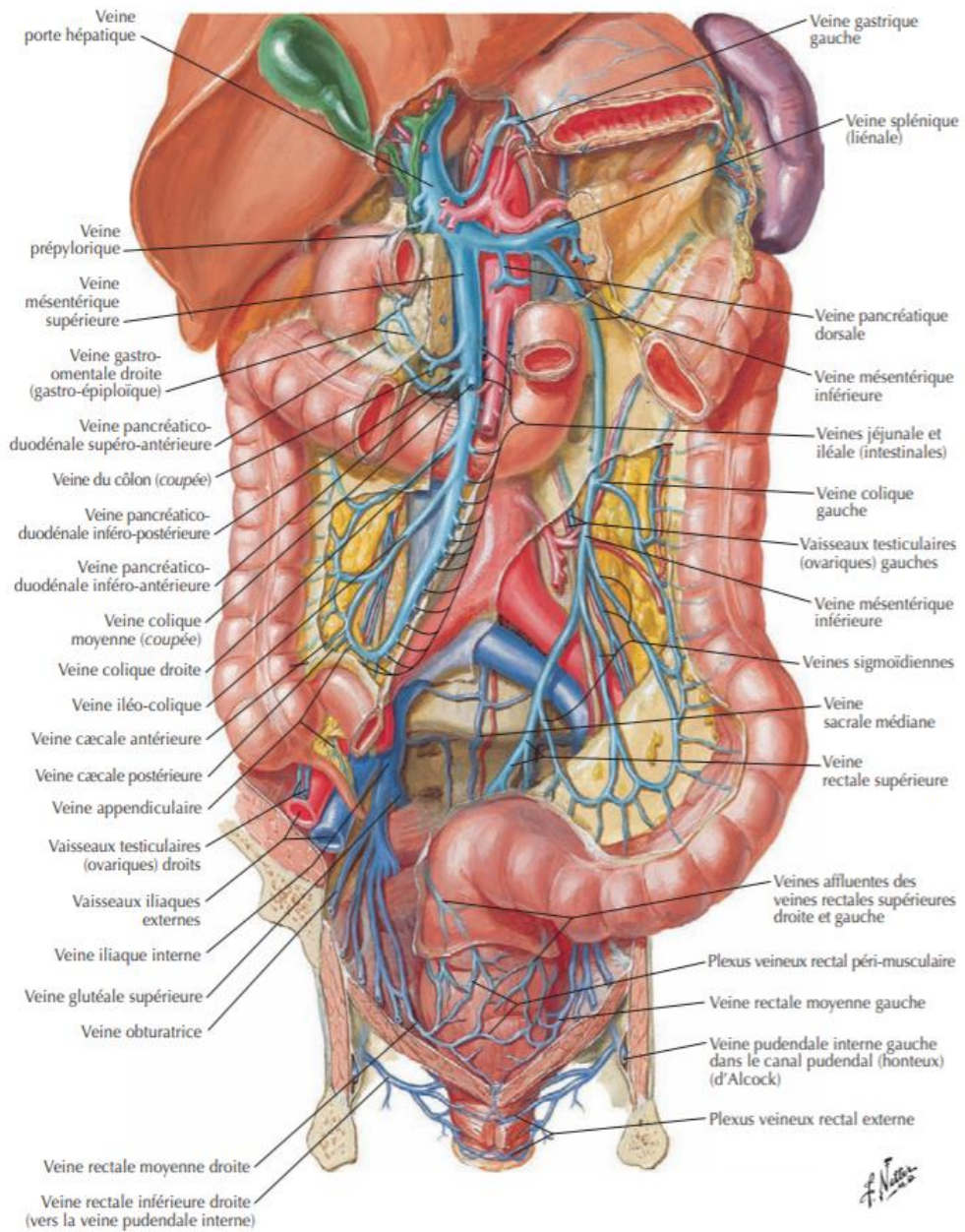


Figure 6: Drainage veineux du colon. (46)

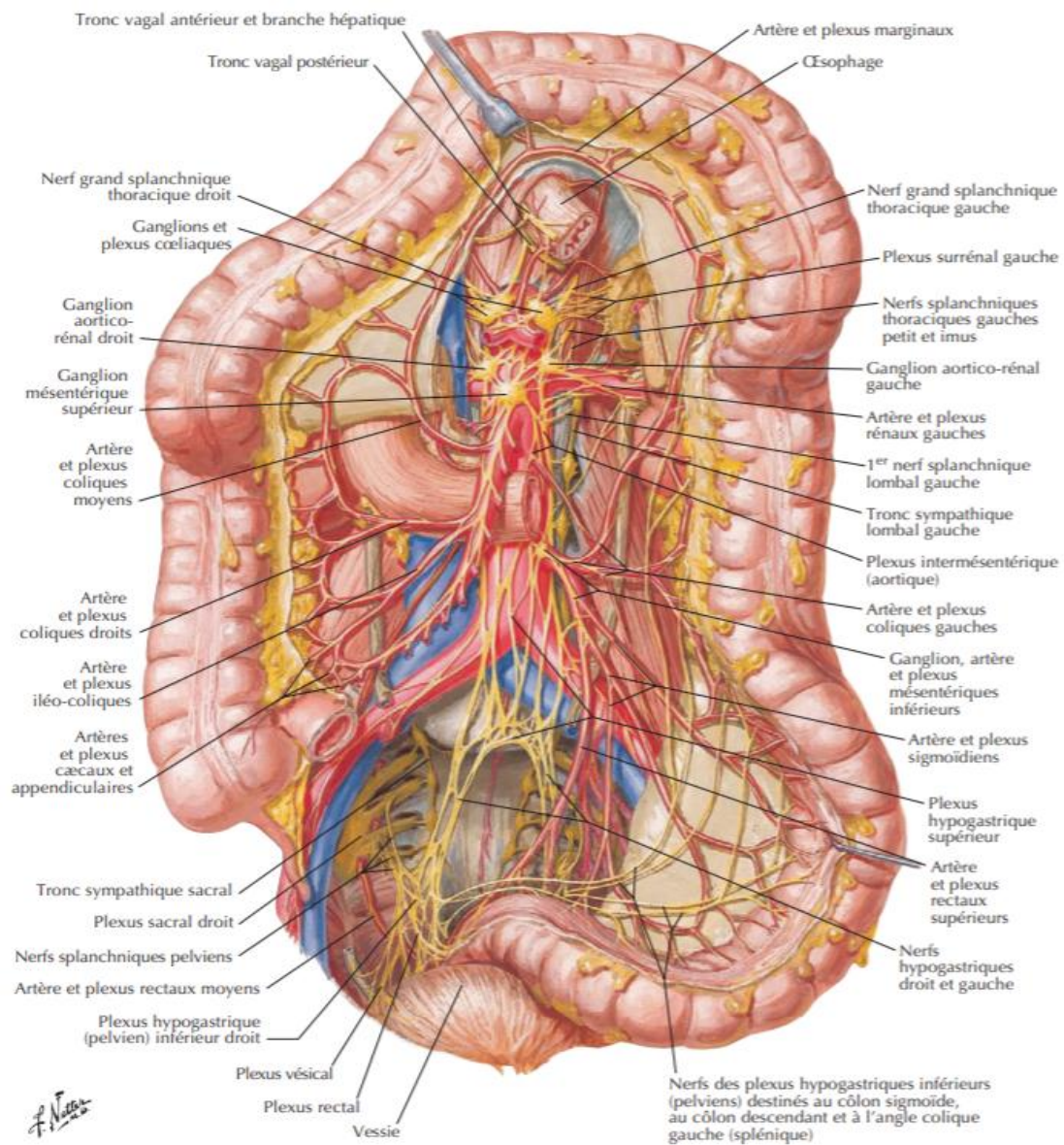


Figure 7: Innervation du colon. (46)

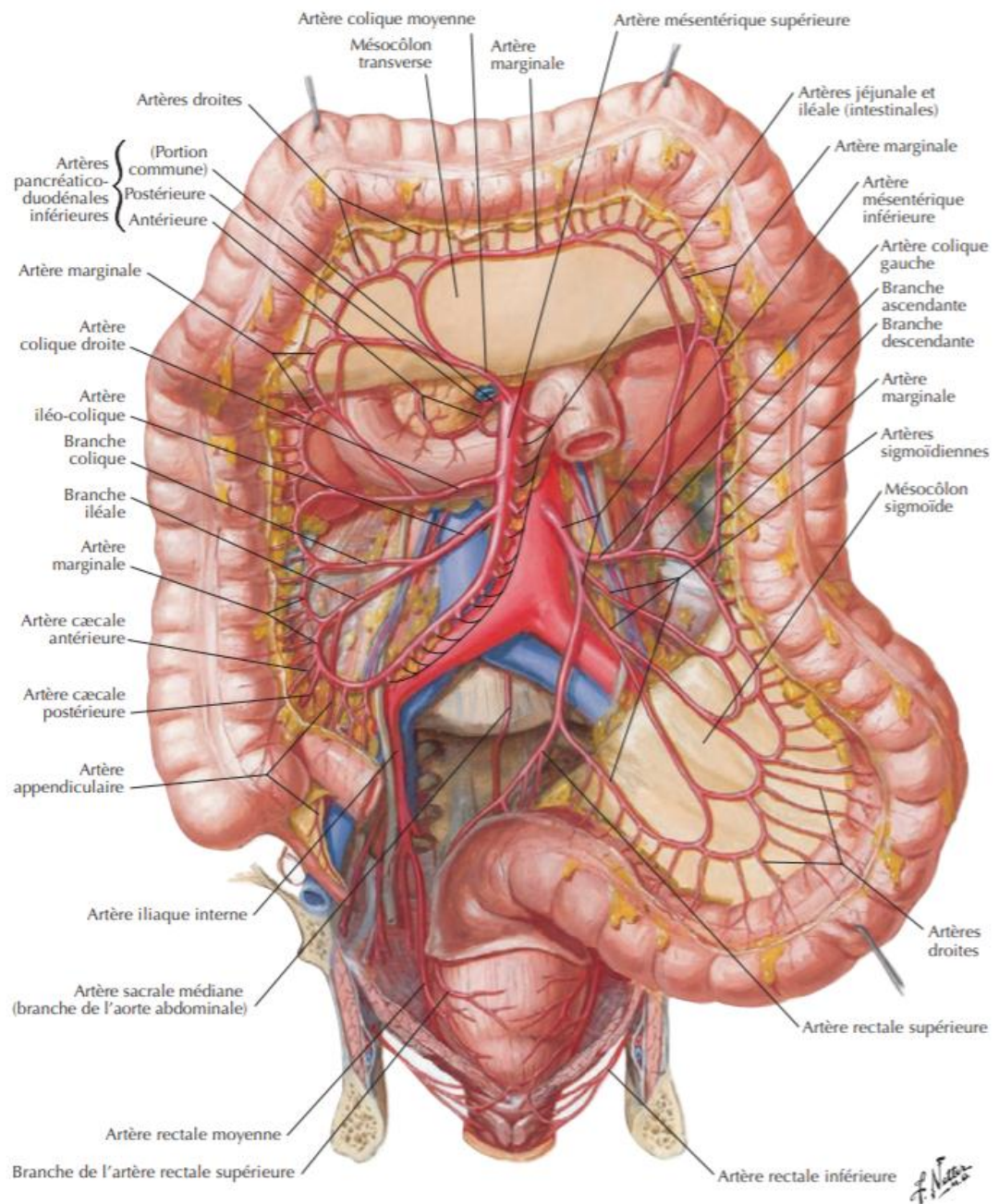


Figure 8: Vascularisation du colon. (46)



DEUXIEME PARTIE





MATERIELS ET METHODES



I. MATERIELS D'ETUDE

1. Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée au service des urgences chirurgicales viscérales (Chirurgie-I) du centre hospitalier universitaire Ibn Sina à Rabat.

2. Les cas

Tous les cas appartiennent au service de chirurgie-I.

II. METHODES D'ETUDE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective.

2. Durée d'étude

L'étude a concerné la période s'étalant entre Janvier 2017 et décembre 2019, soit une période de 3 ans.

3. Critères d'inclusion

Sont inclus dans notre étude les patients présentant un syndrome d'occlusion intestinale aiguë colique.

4. Critères d'exclusion

N'ont pas fait partie de notre étude les autres types d'occlusions.

5. Enquête

Pour l'élaboration de ce travail nous nous sommes basés sur les étapes suivantes :

5.1. Les registres du service

Rechercher les cas concernés et de leurs numéros de dossier à partir des registres du service (registres des années 2017 à 2019).

5.2. Etablissement de la fiche d'enquête : (Annexes)

Elle a été faite par nous-même, corrigée par le directeur de thèse et comporte :

- une partie portant sur la collecte des dossiers dans les archives :
Numéro UCV.
- une partie portant sur les données administratives : Age, sexe, durée d'hospitalisation...
- une partie portant sur les paramètres diagnostiques, cliniques et paracliniques.
- une partie portant sur les différents traitements médicaux et chirurgicaux.
- la dernière partie sur le suivi post opératoire.

5.3. La collecte des données

Les données ont été colligées à partir des dossiers papiers des patients au niveau des archives du service, des registres du bloc opératoire des urgences et des comptes rendus opératoires informatisés.

5.4. Saisie et analyse des données

Les données ont été organisées sur une base de données Excel.



RÉSULTATS



Tableau IV : Tableaux récapitulatifs des différentes données collectées

numéro	âge /sexe	durée d'hospitalisation	MC	ATCD	signes fonctionnels	SA	terrain	examen clinique	biologie	radiologie	PEC	type d'incision	cause	mécanisme	aspect de l'anse	lésions associées	technique opératoire	suites opératoires
45660	86 M	10j	dl abd	opéré pour HBP et prothèse du genou,	dl abd AMG vomiss	rectorragie	sujet âgé	abdomen souple, sensibilité, oh libre, TR amp vide	GB 14000 HB 12 CRP 10	TDM: épaissement du 1/3 inf du colon droit pneumopéritoine perforation du coecum	RHD SNG ATB	médiane sous ombilicale sus ombilicale	tumeur colique	obstruction	perforation du coecum	nodule du foie nodule de carcinose	résection iléocolique + double stomie	simples
45763	74 F	30j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	amaigrissement	sujet âgé	distension abd sensibilité oh libre TR amp vide	GB9000 HB 14 CRP 50	TDM: processus sig gg régionaux masse hépatique droite	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur sigmoïde	obstruction	Tum du sig	métastase hépatique	hem colectomie G anastomose tt	simples
45233	62 M	8j	dl abd	0	ballonnement vomiss hoquet	amaigrissement	sujet âgé	sensibilité oh libre TR amp vide	GB 11000 HB 15 CRP2	TDM: invagination du sig sur tumeur du sig	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur sigmoïde	obstruction	invagination du sigmoïde	0	résection double stomie	simples
45778	46 M	3j	AMG	colopathie fonctionnelle goutte	dl abd AMG vomiss	0	0	sensibilité distension abd	GB 10000 HB 13 CRP 25	ASP-NHA colique TDM:volvulus du sig distension colique et pneumatose	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	pas de souffrance	0	détorsion résection double stomie	simples
45751	70 F	7j	dl abd	HTA dyslipdémie cardiomyopathie	dl abd AMG vomiss	rectorragie amaigriss	sujet âgé	sensibilité distension abd	GB 8000 HB 14 CRP 9	TDM:processus sig sténosant lésion hépatique épanchement pleural	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur sigmoïde	obstruction	Tum du sig	ascite métastase hépatique	résection double stomie	simples
45516	34 F	11j	dl abd	appendicectomie	dl abd AMG vomiss	rectorragie	0	sensibilité distension abd	GB 12000 HB 12 CRP 40	TDM: occlusion sur volvulus du sig	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	distension sans souffrance	0	résection double stomie	simples
45367	72 M	27j	dl abd	HTA diabétique	dl abd AMG vomiss	rectorragie AEG	sujet âgé	distension abd sensibilité oh libre TR amp vide sang	GB 14180 HB 10,5 CRP 10,50	ASP-NHA colique TDM: épaissement pariétale sigm gg stase stercorale colique diverticulose gauche VB multi lithiasique	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	tum du sig	adhérence grélogrélisque	résection double stomie	simples
45618	60 F	26j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	sensibilité distension abd	GB 14000 HB 13 CRP 13	ASP-NHA colique TDM: distension grélog colique tumeur de l'angle colique gauche	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur de l'ACG	obstruction	adhérence grélog colique	adhérence grélogrélisque	section du colon avec marge carcinologique anastomose drainage	simples
45630	60F	8j	AMG	HTA	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	sensibilité distension abd	GB 9000 HB 13 CRP 8	ASP-NHA colique TDM:volvulus du sig sans signe de souffrance	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	distension sans souffrance	0	exsufflation a travers un orifice de stomie	simples
45573	74M	5j	dl abd+v omis	0	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	défense abd diffuse	GB 13000 CRP 37 HB 12	ASP-NHA colique TDM: épaissement pariétale du sgm	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	tum du sig	appendicite	résection double stomie	simples
45172	69M	28J	dl abd	HTA diabète	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension météorisme tympanisme TR amp vide	GB 14000 CRP 40 HB 12	ASP-NHA colique + grélique	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	Tum du sig	0	hem colectomie g anastomose tt	simples

numéro	âge /sexe	durée d'hospitalisation	MC	ATCD	signes fonctionnels	SA	terrain	examen clinique	biologie	radiologie	PEC	type d'incision	cause	mécanisme	aspect de l'anse	lésions associées	technique opératoire	suites opératoires
45599	59M	5j	dl abd	retard mental non suivie	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	sensibilité distension abd	GB 9000 CRP 50 HB 13	TDM: épaississement du sig avec distension d'amant et épanchement péritonéal	RHD SNG ATB	médiane sous omb puis sus ombilicale	tumeur du sigmoïde	obstruction	tum du sig + dilatation d'amant	épanchement péritonéal	résection double stomie	simples
45650	60F	20j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	sensibilité distension abd	GB 12000 HB 14 CRP 3	TDM: distension colique avec assise stercorale et NHA+ épaississement tumoral et aplatissement des anses coliques d'aval	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	tum sign	0	résection double stomie	simples
45614	80M	20j	AMG vomiss	0	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	distension abd tympanisme	GB 15000 HB 13,5 CRP 20	ASP-NHA colique ECHO: occlusion TDM: occlusion sur processus tumeur du sig	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	tum sign	envahissement de l'annexe droite	résection double stomie	simples
45742	62F	8j	vomis s	cholécystectomie	dl abd AMG vomiss	amaigrissement	sujet âgé	distension abd tympanisme	GB 14000 HB 13 CRP 13	ASP-NHA colique et grêle TDM: occlusion colique sur épaississement pariétale de l'ACG sans signe de souffrance	RHD SNG ATB	médiane sous omb puis sus ombilicale	tumeur du sigmoïde	obstruction	tum du tier inf gauche du colon transverse distension du cœcum	0	section iléo terminale et colique au niveau de l'ACG anastomose iléo colique	simples
45297	71F	11j	dl abd	HFA diabétique cardiopathie ischémique	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension abd tympanisme	GB 9000 HB 13 CRP 8	ASP: NHA coliques	RHD SNG ATB	médiane sous omb puis sus ombilicale	tumeur du rectum	obstruction	distension de tout le cadre colique cœcum perforé	envahissement post de l'utérus et des paramètres	résection iléo colique double stomie drain	simples
46227	28M	5j	distension abd dl vomiss	0	dl abd AMG vomiss	0	0	distension abd tympanisme	gb 8000 hb 15	occlusion sur volvulus du sig sans souffrance	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	dolichocôlon sig tour de spire sans nécrose	0	détorsion résection double stomie	simples
45061	50F	28j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	sensibilité distension abd	GB 5000 HB 14 TP 88	TDM: tum recto-sig embolie vasculaire gg	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur de la JRS	obstruction	distension aspect volvulée	0	résection double stomie et drain	simples
45477	45M	18j	dl abd constipation	0	dl abd AMG vomiss	0	0	distension abd tympanisme	gb 8000 hb 9 tp 83	ASP-NHA coliques TDM: occlusion colique épaississement pariétale sig sans souffrance	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur de la JRS	obstruction	distension grêle plat pas de souffrance	0	section colique anastomose TT drainage	simples
45211	57M	10j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	abd souple sensibilité oh libre, TR amp vide	GB 17000 HB 12 TP 73	TDM: occlusion colique sur épaississement sig tumoral + hydro pneumo péritoine	RHD SNG ATB	médiane sous omb puis sus ombilicale	tumeur du sigmoïde	obstruction	colon droit ischémique 2 perforation du transverse et de l'ACD cœcum fissure	0	résection colique droite résection double stomie drainage	simples
45434	62M	6j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension abd tympanisme amp rectale vide	GB 9000 HB 13 CRP 16	TDM: volvulus du sig avec signe de souffrance	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	distension pas de souffrance grêle et colon droit distendu sans souffrance	0	résection double stomie	simples
45708	38 M	28j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	0	distension abd tympanisme amp rectale vide	GB 6000 hb 13 CRP 30	ASP-NHA colique TDM: volvulus du sig	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur de la JRS	obstruction	0	0	résection double stomie et drain	simples

numéro	âge /sexe	durée d'hospitalisation	MC	ATCD	signes fonctionnels	SA	terrain	examen clinique	biologie	radiologie	PEC	type d'incision	cause	mécanisme	aspect de l'anse	lésions associées	technique opératoire	suites opératoires
45674	31F	7j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	0	distension abd tympanisme	GB 10000 CRP 240 HB 12	ASP:NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	distension grelue et colique	0	résection double stomie	simples
45648	63 M	6j	dl abd	0	vomissi constipation dl abd	AEG	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse	GB 10000 HB 10 CRP 60	TDM: épaissement digestif d'allure inflammatoire iléo-caecale	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	empiérement iléo caecale	obstruction	0	0	résection iléo colique double stomie drain	simples
45475	51 M	14j	dl abd	occlusion sur volvulus	dl abd AMG vomiss	0	0	asymétrie distension abd sensibilité diffuse tympanisme oh libre amp rectale vide	GB 8000 HB 13 TP 67	occlusion sur volvulus du sig sans souffrance	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	distension sig liquide de souffrance pas d'ischémie	0	exsufflation a travers un orifice de stomie	simples
46061	74M	9j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse	CRP 100 hb 15 GB 10000	ASP:NHA colique TDM rétrécissement du rectum et du sig	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	tum du sigm	distension du grêle brèche de l'uretère gauche	résection double stomie	simples
46095	36M	8j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	amaigrissement	0	distension abd sensibilité diffuse	GB 11000 HB 15 CRP 80	TDM : processus lésionnel de l'ACD avec occlusion grelo colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur de l'ACD	obstruction	tum de l'ACD	métastase hépatique appendice greffée de nodule 2 nodules du grêle	section colique et iléale anastomose iléo transverse drainage	simples
45353	75M	20j	AMG	HTA diabétique	dl abd AMG vomiss	rectorragie	sujet âgé	distension abd tympanisme amp rectale vide sensibilité diffuse	GB 17000 HB 16 TP 100	ASP NHA colique TDM occlusion colique sur tumeur du sig	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	tum du sigm	épanchement péritonéal liquide de souffrance	résection double stomie	simples
46181	68F	9j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse	GB 17000 HB 16 TP 101	volvulmeuse invagination intestinale pneumatose	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du cecum	obstruction	invagination colo colique tum du cecum	ascite de faible abondance	hem colectomie droite anastomose iléo transverse	simples
45566	79 F	25j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse	GB 10000 HB 12 TP 100	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	tum sigm étendu a la charnière recto sig distension colique	métastase hépatique liquide de souffrance grêle plat	résection double stomie	simples
44.956	32 M	7j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	déshydratation	0	distension abd sensibilité diffuse	CRP 5 HB 14 GB 7000	ASP:NHA colique TDM occlusion colique sur volvulus du sig dolichocolon et liquide de souffrance	RHD ATB SNG	médiane sous omb puis sus ombilicale	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	volvulus du méso sig tour de spire sans souffrance	bride entre meso et mésentère	résection double stomie	simples
44990	65 M	15j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse	CRP 48 TP 80 GB 12000	TDM : occlusion intestinale sur sténose tumorale du sig + péritonite et perforation de l'anse intestinale	RHD ATB SNG	médiane sous omb puis sus ombilicale	tumeur du sigmoïde	obstruction	distension colique perforation colique droite tum sigm	péritonite	colectomie totale anastomose iléo colique	simples
45136	65 M	11j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse	GB 6000 hb 13 CRP 30	occlusion sur volvulus du sig	RHD ATB SNG	médiane sous omb puis sus ombilicale	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	sigmoïde volvulé et nécrosé	épanchement liquidien de faible abondance	résection double stomie	simples

numéro	âge /sexe	durée d'hospitalisation	MC	ATCD	signes fonctionnels	SA	terrain	examen clinique	biologie	radiologie	PEC	type d'incision	cause	mécanisme	aspect de l'anse	lésions associées	technique opératoire	suites opératoires
45084	70M	25j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse amp rectale vide	CRP 101 GB 7000 HB 15,5	TDM tumeur de l'ACG	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	tum de l'ACG distension colique	distension du grêle	colectomie totale anastomose iléo colique	simples
44647	42M	18j	dl abd	TABAC suivie pour tumeur du sigmoïde	dl abd AMG vomiss	0	0	distension abd sensibilité diffuse	CRP 30 GB 11000 HB 14	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du colon gauche	obstruction	tm du colon descendant	0	colectomie sub totale + Hartmann	simples
44579	60F	24j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse amp rectale vide	CRP 101 GB 7000 HB 15,5	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	pararrectale gauche	tumeur du rectum	obstruction	tum du rectum	0	résection ant du rectum anastomose colorectale cholécystomie drainage	simples
44365	50M	8j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse	CRP 60 GB 1200 TP 90	ASP NHA colique TDM occlusion colique sur tumeur du recto-sig	RHD ATB SNG	médiane sous omb puis sus ombilicale	tumeur du colon gauche	obstruction	tm de la jonction colon descendant et sigm	0	colectomie segm haute	simples
44566	50M	7j	abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse TR am vide	GB 10000 TP 80 CRP 50	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du colon gauche	obstruction	tu du colon descendant 1/2 du transverse	distension grélique liquide de souffrance distension du cœcum	colectomie droite + anas iléo colique drainage	simples
44559	65M	4j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse TR am vide	GB 10000 TP 80 CRP 50	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane sous omb puis sus ombilicale	hernie du sigmoïde	strangulation	hernie interne du sigm	intestin grêle incarcerated	suture du méso rectum	simples
44422	75F	30j	dl abd	diabétique	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse TR am vide	GB 30000 CRP 200 HB 14	ASP NHA Colique TDM masse recto-sig	RHD ATB SNG	médiane sous omb puis sus ombilicale	tumeur de la JRS	obstruction	tm du rectum et du sig	abcès péritonéale	résection recto sig colostomie gauche Hartmann	simples
44420	58M	18j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	BHA distension abd	GB 30000 CRP 200 HB 15	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	sigmoïde volvule et nécrosé tour de spire	liquide de souffrance	résection double stomie	simples
44687	76M	30j	dl abd	TABAC, BPCO non suivie	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse TR am vide	GB 10000 HB 13,5 CRP 49	ASP NHA colique TDM occlusion colique tumeur de la charnière recto-sig	RHD ATB SNG	médiane sous omb puis sus ombilicale	tumeur de la JRS	obstruction	tum recto sim	0	résection recto sig colostomie gauche Hartmann	simples
44741	66 F	30j	dl abd	TABAC	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension abd tympanisme sensibilité diffuse	GB 10000 HB 13,5 CRP 50	ASP NHA colique TDM dilatation intestinale avec des NHA	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	tm du colon iliaque	métastase hépatique carcinome péritonéale	hémicolectomie gauche avec anastomose colique	simples
44552	52M	7j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension abd tympanisme	GB 12000 CRP 1 HB 9	ASP NHA colique volvulus sigm avec spire	RHD ATB SNG	médiane sous omb puis sus ombilicale	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	colon sigm dilate volvule sur 2 tours de spire	0	résection double stomie	simples

numéro	âge /sexe	durée d'hospitalisation	MC	ATCD	signes fonctionnels	SA	terrain	examen clinique	biologie	radiologie	PEC	type d'incision	cause	mécanisme	aspect de l'anse	lésions associées	technique opératoire	suites opératoires
44494	61M		dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	détention abd sensibilité amp rectale vide oh libre	HB 13 CRP 12 GB 11000	ASP NHA colique TDM processus sure la charnière recto sig	RHD ATB SNG	para rectale gauche	tumeur de la IRS	obstruction	distension du colon	carcinose péritonéale	sigmoïdostomie sélective	simples
44862	60 F	10J	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension abd tympanisme sensibilité diffuses	HB 12 GB 7000 CRP 2	ASP NHA colique TDM sur tm sign	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	masse sténosante du sign	0	résection double stomac	simples
44861	34M	3j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	0	distension abd sensibilité diffuse	TP 100 HB 15 GB 12000	ASP NHA colique TDM épaissement sur la charnière recto sign	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du colon gauche	obstruction	processus du colon gauche	0	colectomie + anastomose TT	simples
44859	58M	19j	dl abd	écécité congénitale	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension abd tympanisme sensibilité diffuses	TP 100 HB 15 GB 12001	ASP NHA colique TDM occlusion colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du colon gauche	obstruction	distension colique tum de la partie distale du colon descendant	distension grelique liquide de souffrance distension du coccum	colostomie transverse	simples
45046	70 F		dl abd	cardiopathie HTA cholécystectomie	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	distension abd tympanisme sensibilité diffuses	GB 12000 HB 14 CRP 3	ASP NHA colique TDM occlusion sur tm bas rectum	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du rectum	obstruction	tu du bas rectum	0	résection double stomie drain	simples
45057	75 F		dl abd	TB HTA	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	distension abd tympanisme sensibilité diffuses	GB 7000 TP 98 HB 9	ASP NHA colique TDM occlusion sur tm sigmoïde	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	tm sig	0	résection double stomie	simples
43221	34 F	2j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	0	distension abd tympanisme sensibilité diffuses	GB 9000 HB 11	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane sous omb puis sus ombilicale	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	volvulus du méso sig tour de spiric sans souffrance	distension grelique liquide de souffrance distension du coccum	résection double stomie	simples
43811	42 M	6j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	AEG	0	distension abd tympanisme sensibilité diffuses	GB 14000 HB 15 TP 90	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	distension colique volvulus du sig avec 2 tours de spires	liquide de souffrance	résection double stomie	simples
43970	47 M	5j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	0	sensibilité distension abd	TP 80 HB 13 GB 10000	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	torsion du colon sign	pas de signe de souffrance	résection double stomie	simples
43448	51 M	5j	dl abd	TABAC	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	métorisme tympanisme TR amp vide OH libre	TP 75 HB 13 GB 8000	ASP NHA colique TDM épaissement circonferentiel du moyen et haut rectum dilation colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du rectum	obstruction	distension colique tum du rectum et sténosante	liquide de souffrance grêle plat	adresse à l'ino après stomie de proche amont	simples
43464	72M	5j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	sensibilité distension abd	TP 88 HB 13 GB 11000	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	distension du sign volvule avec 2 tour de spire	0	résection double stomie	simples

numéro	âge /sexe	durée d'hospitalisation	MC	ATCD	signes fonctionnels	SA	terrain	examen clinique	biologie	radiologie	PEC	type d'incision	cause	mécanisme	aspect de l'anse	lésions associées	technique opératoire	suites opératoires
43707	31 F	3j	dl abd	opérée pour hernie étranglée	dl abd AMG vomiss	0	0	sensibilité distension abd	TP 88 HB 13 GB 11001	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	kélotomie droite	étranglement		volvulée	0	cure selon bassini	simples
43228	58 M	8j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension sensibilité diffuse	CRP GB 12000 HB 9	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur iléo caecale	obstruction	dilatation grélique tum iléo-caecale	métastase hépatique lésion surrénalemente droite	résection iléo caecale anastomose drainage	simples
43682	54 M	4j	dl abd	opéré pour des hémorroïdes	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	abd souple légèrement ballonné oh libre	HB 15 GB 13000	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	volvulus du colon signeomoin viable	0	résection double stomie	simples
43811	43 M	5j	dl abd	occlusion grélique	dl abd AMG vomiss	0	0	abd souple légèresensibilité	HB 15 GB 13000	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	présence d'adhérence	présence d'adhérence liquide de souffrance	résection double stomie	simples
43998	56 F	29j	dl abd	diabétique opérée pour prolapsus utérin	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension abd sensibilité	GB 8000 HB 13 TP 80	ASP NHA colique TDM processus sure la charnière recto-sigmodale hep	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur de la JRS	obstruction	tum recto sim	0	résection double stomie drain	simples
43729	60 M	4j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension abd sensibilité	GB 11000 HB 15 CRP 80	ASP NHA colique TDM distension des anses grêles et du colon ascendant épaissement irrégulier	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	volvulus du colon sign	distension grélique	résection double stomie	simples
43941	78 F	20j	dl abd	colique hépatique	dl abd AMG vomiss	amaigrissement	sujet âgé	abd légèrement distendu TR amp vide oh libre	GB 7000 TP 98 HB 9	ASP NHA colique TDM occlusion sur tm de la jonction colosigm	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	tm de la partie terminale du colondescendant	occlusion grélique	résection double stomie	simples
43956	30 M	15j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	0	distension abd sensibilité diffuse	GB 13000 HB 12 CRP 100	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	volvulus du sigm avec nécrose du sign	nécrose du haut rectum	résection du sigm + haut rectum Hartmann	simples
43902	38 M	8j	dl abd	handicap mental	dl abd AMG vomiss	0	0	météorisme tympanisme TR amp vide OH libre	GB 13000 HB 15 CRP 80	ASP NHA colique et grélique TDM occlusion colique suite a un volvulus du sigm sans signe de souffrance	RHD ATB SNG	médiane sous omb puis sus ombilicale	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	volvulus du colon sign	distension du colon transverse	résection double stomie	simples
43345	82 F	7j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	distension abd sensibilité diffuse tympanisme	GB 13000 HB 16 CRP 100	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	colon distendu en amont d'une tum de la partie desc du sigm	0	résection double stomie	simples
43424	44 F	5j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	0	distension abd sensibilité diffuse tympanisme	TP 90 CRP 8 GB 15000 HB 14	ASP NHA colique	RHD ATB SNG	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	volvulus iléo caecale	adhérences	résection double stomie	simples

numéro	âge /sexe	durée d'hospitalisation	MC	ATCD	signes fonctionnels	SA	terrain	examen clinique	biologie	radiologie	PEC	type d'incision	cause	mécanisme	aspect de l'anse	lésions associées	technique opératoire	suites opératoires
43724	66 M	20j	dl abd	HTA constipation chronique 3 épisodes de sd occlusif	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	sensibilité distension abd	HB 15 GB 13000 CRP 60	ASP NHA colique et grelique TDM occlusion colique suite a un volvulus du sigm sans signe de souffrance	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur de FACG	obstruction	distension du colon transverse coecum tm de l'ACG	distension grelique appendice tuméfiée	hem colectomie droite élargie au transverse a ACG et colon gauche avec anastomose TT	simples
43365	35 M	10j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	0	sensibilité distension abd	CRP 12 TP100 GB 5000 HB13	ASP NHA colique TDM épaissement colique du transverse distension colique droite et grelique	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du colon dt	obstruction	dilatation du colon droit sur tm transverse	dilatation grelique	colectomie droite pour tum du transverse	simples
43979	50 F	20j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	sensibilité distension abd	GB 12000 TP 100 hb 13	ASP NHA colique TDM sd occlusif sur tumeur de la portion distale du colongauche	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	masse du haut sig	0	résection double stomie	simples
43,223	41 F	25j	dl abd	ATCD de tum sigmoïdienne	dl abd AMG vomiss	0	0	sensibilité distension abd	GB 12000 TP 100 hb 14	ASP NHA colique	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	tum sigm	adhérences	résection double stomie	simples
43282	79 M	6j	dl abd	diabétique	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	abd distendu tympanisme oh libre amp rectale vide	GB 14000 HB 12 TP 93	ASP NHA colique occlusion colique et grelique processus de la charnière recto-sig multiple lésions hépatiques, HBP	RHD SNG ATB	3 doigts à travers l'EIAS	tumeur de la JRS	obstruction	tum de la charnière recto sigm	0	colectomie par voie élective	simples
43736	80 M	7j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	sensibilité distension abd	CRP 190 GB 19000 HB 12 TP 85	ASP NHA colique TDM épaissement de la paroi du bas rectum + gg	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du rectum	obstruction	distension colique processus au niv rectale	distension grelique	résection double stomie	simples
43317	66 F	22j	dl abd	constipation chronique	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	sensibilité distension abd	GB 8000 HB 12 TP 100	ASP NHA colique TDM occlusion colique avec distension grelique processus recto-sig	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur de la JRS	obstruction	processus sigm	adhérences	résection double stomie	simples
43795	35 F	7j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	0	légère sensibilité	GB 8000 HB 12 TP 90	ASP NHA colique	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	volvulée	0	résection double stomie	simples
43345	82 F	7j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss	AEG	sujet âgé	légère sensibilité	HB 9,4 TP 74 GB 9000	ASP NHA colique	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	colon distendu en amont d'une tum de la partie desc du sigm	0	résection double stomie	simples
45734	65 F	3j	dl abd	HTA, processus du colon G	dl abd AMG vomiss	rectorragie amaigrissement	sujet âgé	distension abd tympanisme	HB 10 TP 75 GB 8000	ASP NHA colique	RHD SNG ATB	médiane sous omb puis sus ombilicale	tumeur du sigmoïde	obstruction	distension du cadre colique tm du sigm	0	résection double stomie	simples
46261	70 M		dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	sujet âgé	distension abd tympanisme	HB 12 GB 8000 CRP 30	ASP NHA colique TDM épaissement sténosant du sig distension colique et grelique	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	dilatation du colon dt transverse et gauche	dilacération de la sereuse du coecum	résection double stomie	simples

numéro	âge /sexe	durée d'hospitalisation	MC	ATCD	signes fonctionnels	SA	terrain	examen clinique	biologie	radiologie	PEC	type d'incision	cause	mécanisme	aspect de l'anse	lésions associées	technique opératoire	suites opératoires
46244	61 M	8j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss		terrain	distension abdominale, sensibilité pelvienne	TP 100 GB 12000 HB 16	ASP NHA colique TDM processus recto-sig distension des cadres coliques avec gg	RHD SNG ATB	médiane sous ombilic	tumeur du rectum	obstruction	tum du charnier recto sig	nodule de carcinose au niveau du haut rectum sigmoïde péritoine nodule épiploïque	résection double stomie	simples
43921	52 M	15j	dl abd	crohn, TABAC	dl abd AMG vomiss	0	terrain	sensibilité distension abd	TP88 GB 9000 CRP 5	ASP NHA colique	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur de la JRS	obstruction	volvulee	0	résection double stomie	simples
44307	70M	8j	dl abd	0	dl abd AMG vomiss		terrain	sensibilité distension abd	TP88 GB 9000 CRP 6	ASP NHA colique épaissement rectale	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du rectum	obstruction	perforation du cœcum ACDTe	péritonite	colectomie totale double stomie	simples
44533	76M	8j	dl abd	TABAC, opéré pour HBP	dl abd AMG vomiss	AEG	terrain	distension abdominale, tympanisme	CRP 80 HB 14 GB 8999	ASP NHA colique TDM occlusion colique processus tumoral du colon sigmoïde avec localisation hépatique	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	tumeur du sigmoïde	obstruction	colon distendu tum du colon gauche	liquide de souffrance	résection double stomie	simples
**	64M		dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	terrain	distension abdominale, tympanisme, libre amp rectale vide	CRP 80 HB 14 GB 9000	occlusion colique sur processus tumoral du haut rectum avec infiltration du meso-rectum métastases hépatiques et pulmonaires dilatation des voies biliaires	RHD SNG ATB	médiane sous ombilic	tumeur du rectum	obstruction	tum haut rectum cœcum pre-perforative	liquide de souffrance ascite métastase hépatique	résection double stomie	simples
**	75F		dl abd	0	dl abd AMG vomiss	0	terrain	abd distendu, tympanisme	CRP 2 HB 12 GB 8000	ASP NHA colique TDM occlusion sur volvulus du sig sans signe de souffrance	RHD SNG ATB	médiane à cheval sur l'ombilic	volvulus du sig	volvulus du sigmoïde	sigmoïde large	0	résection double stomie	simples

I. FREQUENCE

Durant la période d'étude nous avons recensé 83 cas d'occlusions intestinales aiguës coliques.

Pendant cette période il y a eu :

*222 opérations pour occlusions intestinales dont 83 coliques et 139 gréliques.

Ainsi les occlusions intestinales aiguës coliques représentent :

*37,38% de l'ensemble des opérations pour occlusion intestinale.

Une incidence annuelle de 27,6 cas par an.

Tableau V: Répartition des patients selon l'année de recrutement

Année	Effectifs	Pourcentage en %
2019	35	42,16
2018	21	25,3
2017	27	32,5
Total	83	100

*Nous avons enregistré plus de cas en 2019 soit 42,16 %.

II. AGE

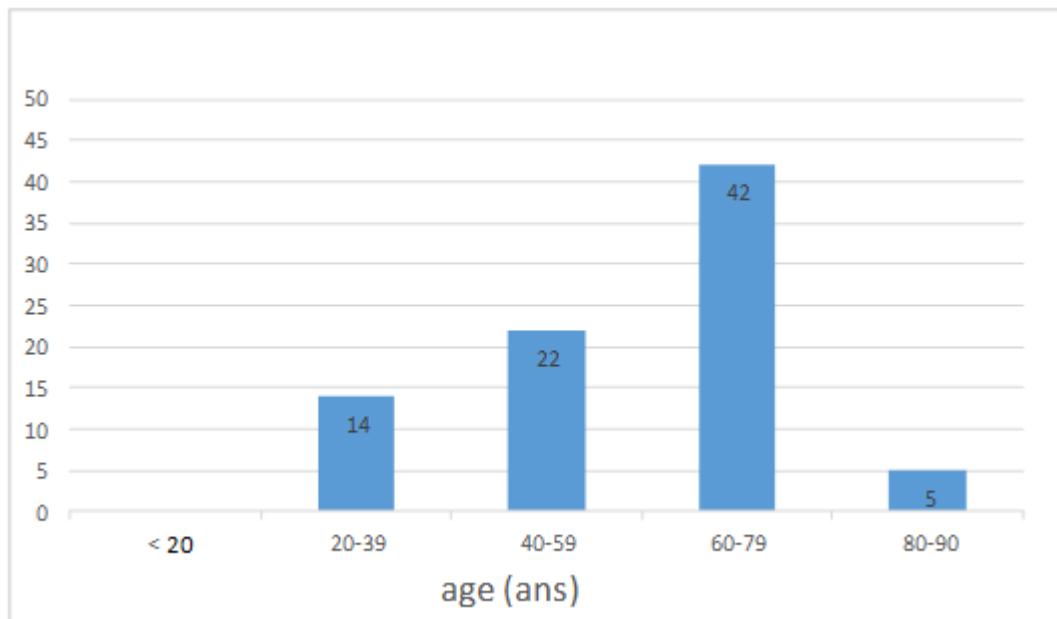


Figure 9: Répartition des patients selon l'âge.

*La tranche d'âge la plus touchée était celle de 60 et 79 ans (**50,6%**).

*Les extrêmes étaient de 28 ans et 86 ans.

*La moyenne d'âge des patients est de 58 ans.

III. SEXE

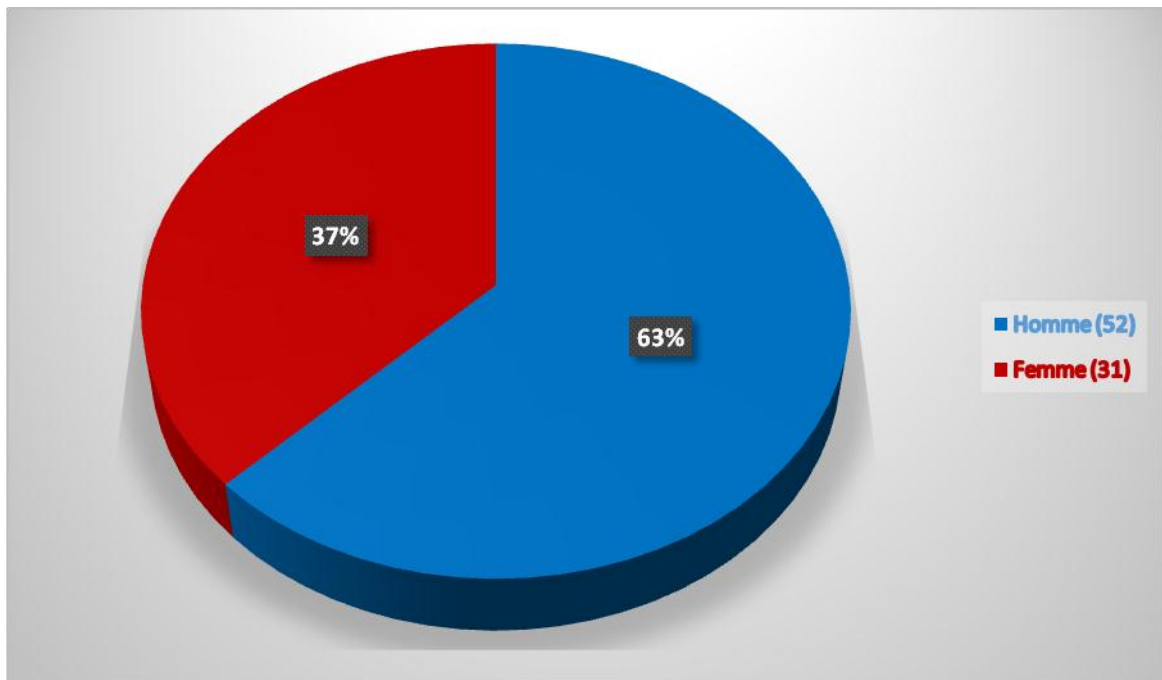


Figure 10: Répartition des patients selon le sexe.

*Nous avons constaté une prédominance masculine évaluée à 52 hommes soit 63% contre 31 femmes soit 37%.

IV. DUREE D'HOSPITALISATION

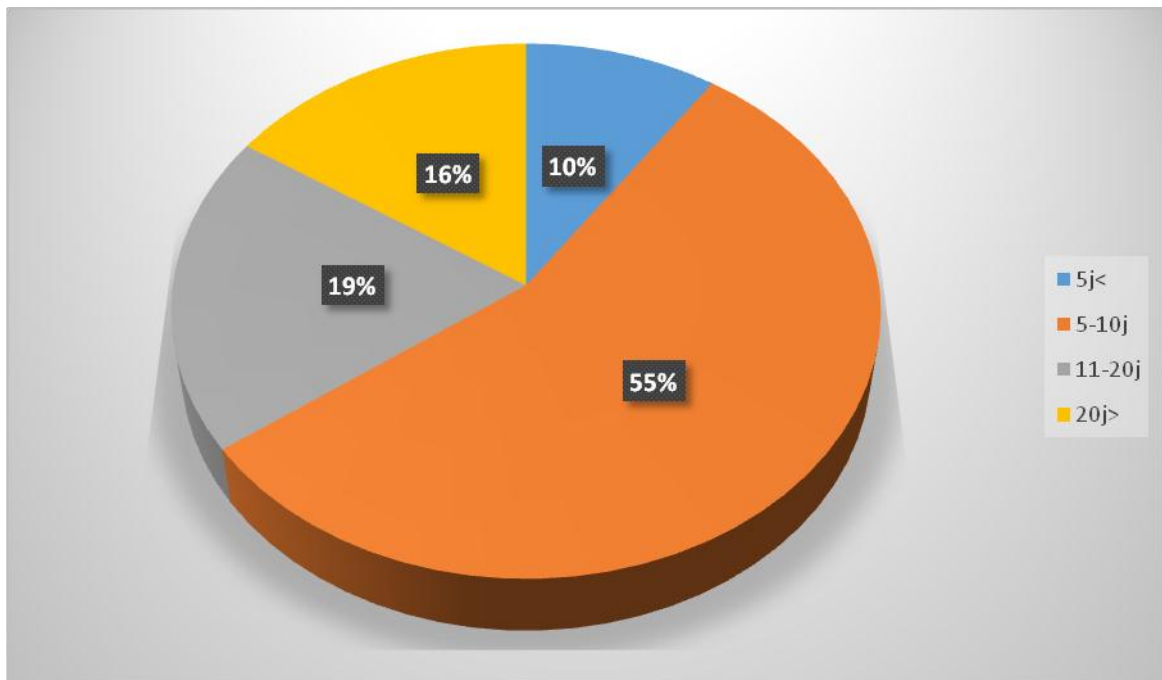


Figure 11: répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.

*La durée d'hospitalisation moyenne est de 13j elle s'étend de 2j à 30j.

V. MOTIF DE CONSULTATION

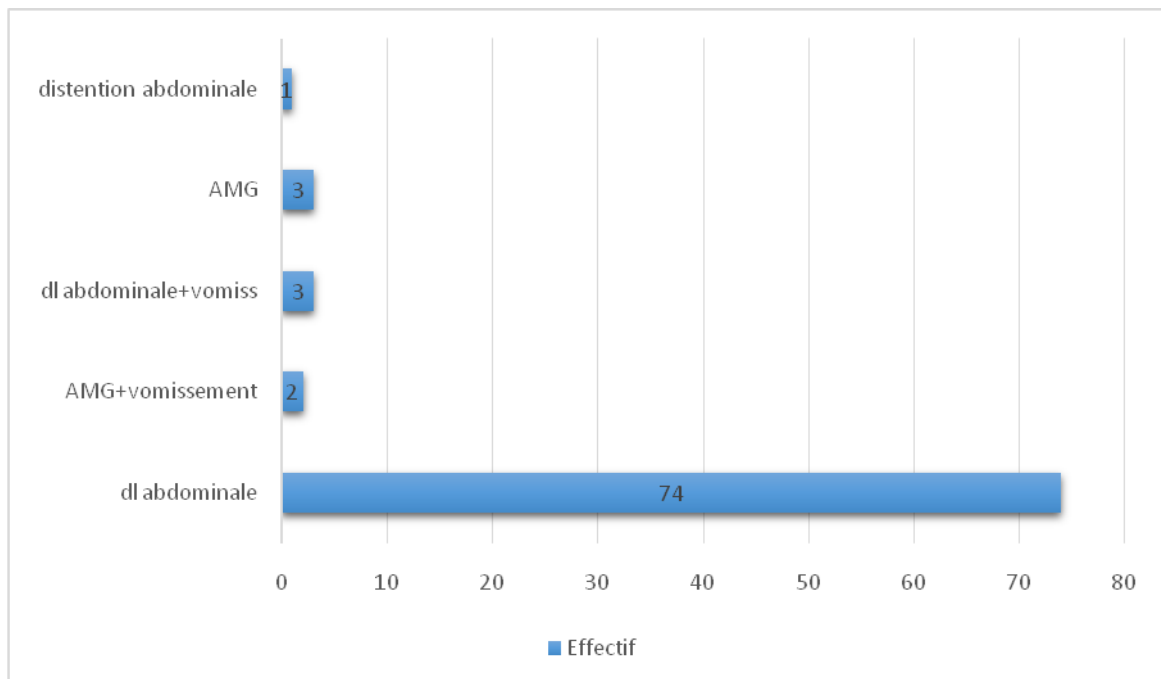


Figure 12: répartition des patients selon le motif de consultation.

*Le principal motif de consultation était la douleur abdominale (89,1%)

VI. ANTECEDENTS

1. Antécédents personnels médicaux

Tableau VI: Répartition des patients selon les antécédents médicaux personnels

Antécédent	Nombre de cas	Pourcentage en %
HTA	4	14,8
Diabète	4	14,8
HTA+ diabète	4	14,8
TABAC	7	25,9
HTA + cardiopathie	3	11,11
Colopathie fonctionnelle	1	3,7
Maladie de crhon	1	3,7
Retard mental	2	7,40
TABAC+BPCO	1	3,7
TOTAL	27	100

*Dans notre série le nombre total D' ATCD médicaux était de 27. Dominés par le Tabac à un taux de 25,9%, l'HTA et le diabète à un taux de 14,8%.

2. Antécédents personnels chirurgicaux

Tableau VII: Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux personnels

Antécédent	Nombre de cas	Pourcentage en %
Occlusion par volvulus du grêle	3	23,07
cholécystectomie	2	15,38
appendicectomie	1	7,69
HBP	1	7,69
Tumeur du colon Gauche	1	7,69
Tumeur du colon sigmoïde	1	7,69
Prolapsus utérin	1	7,69
Hernie étranglée	1	7,69
Hémorroïdes	1	7,69
Prothèse du genou + HBP	1	7,69
TOTAL	13	100

*Dans notre série 13 de nos patients avaient un antécédent chirurgical avec une prédominance des occlusions gréliques avec 3 cas soit 23,07% des antécédents chirurgicaux, suivie par la cholécystite avec 2 cas soit 15,38 %.

VII. DONNEES CLINIQUES

1. Les signes fonctionnels

Tableau VIII: Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage en %
Douleur abdominale	82	98,7
vomissement	83	100
Arrêt des matières et de gaz	80	96,3
Ballonnement abdominal	1	1,2
constipation	1	1,2

- * La douleur est présente chez 82 cas soit 98.7% des malades.
- * Les vomissements sont présents chez tous les cas.
- * L'arrêt des matières et de gaz est présent chez 80 cas soit 96,3 des malades.

2. Les signes associés

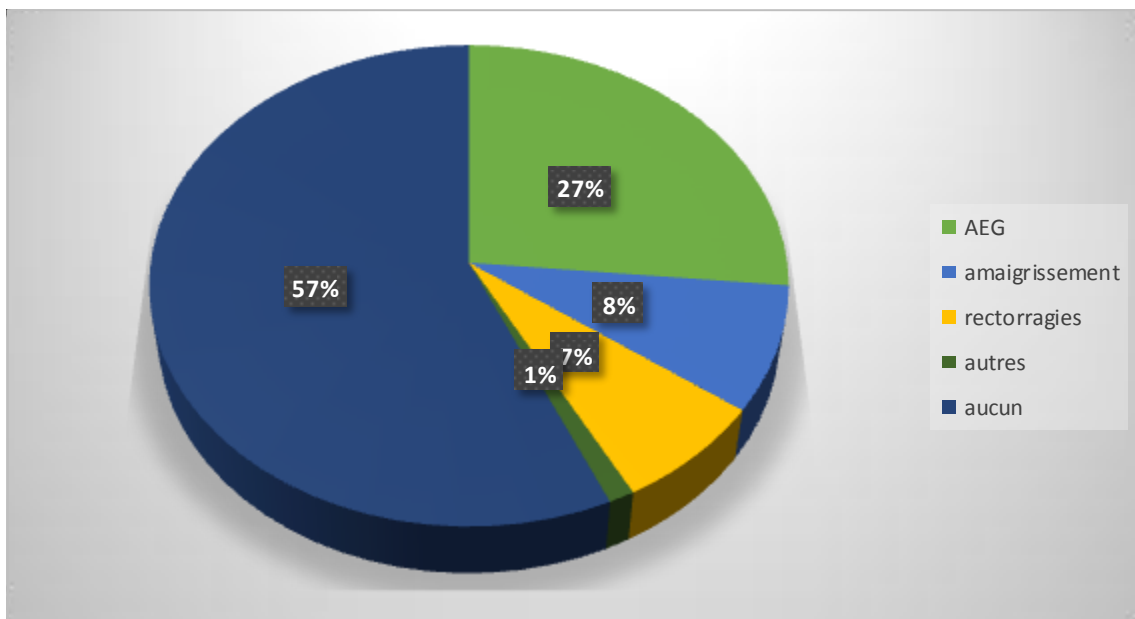


Figure 13: Répartition des patients selon les autres signes associés.

*27% des patients présentent une AEG

3. Terrain particulier

Tableau IX: Répartition des patients selon l'existence de terrain particulier

Terrain	Effectif	Pourcentage en %
Sujet âgé	23	27,7
Aucun	60	72,2
Immunodéprimé	0	0
TOTAL	83	100

*27,7 % des patients étaient des personnes âgées.

4. Examen clinique

*La distension abdominale et la sensibilité abdominale ont été les signes les plus retrouvés à l'examen de l'abdomen.

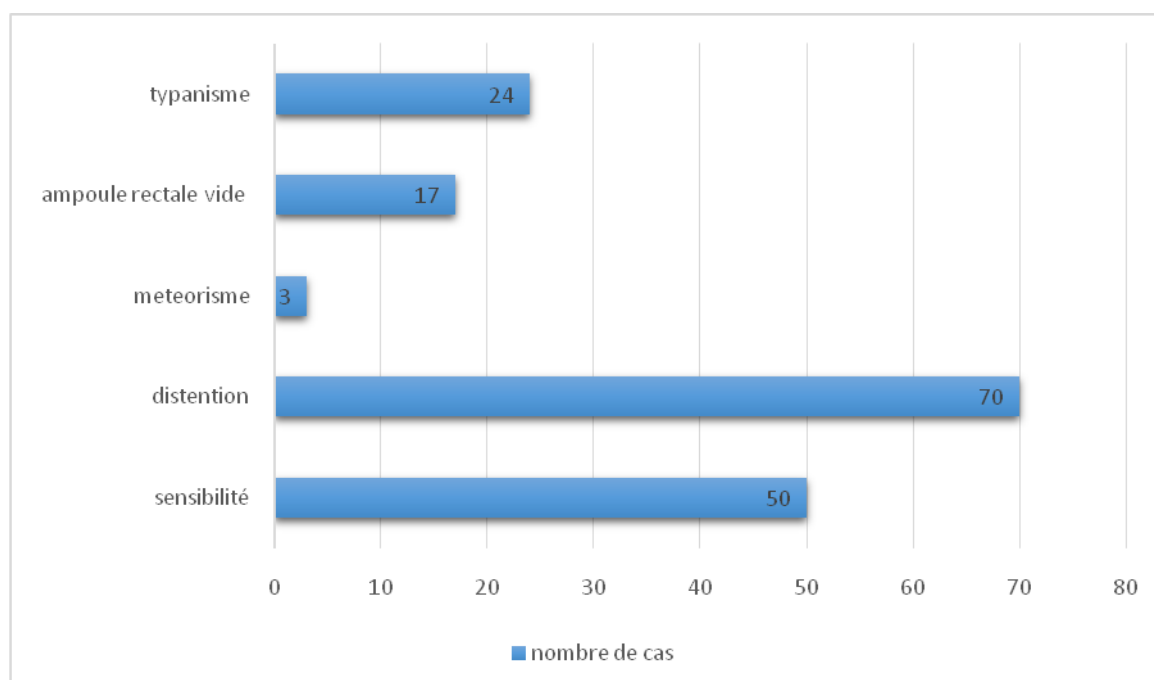


Figure 14: Répartition des patients selon les résultats de l'examen clinique.

VIII. BILAN BIOLOGIQUE

Ce bilan a été réalisé chez tous les patients soit 100% des cas, il a pour but une évaluation du retentissement de l'occlusion ainsi qu'un bilan préopératoire qui comporte :

*une numération formule sanguine.

*urée et créatinine.

*glycémie.

*bilan d'hémostase.

*bilan hydro-électrolytique.

*groupage sanguin.

*CRP (protéine-c-réactif)

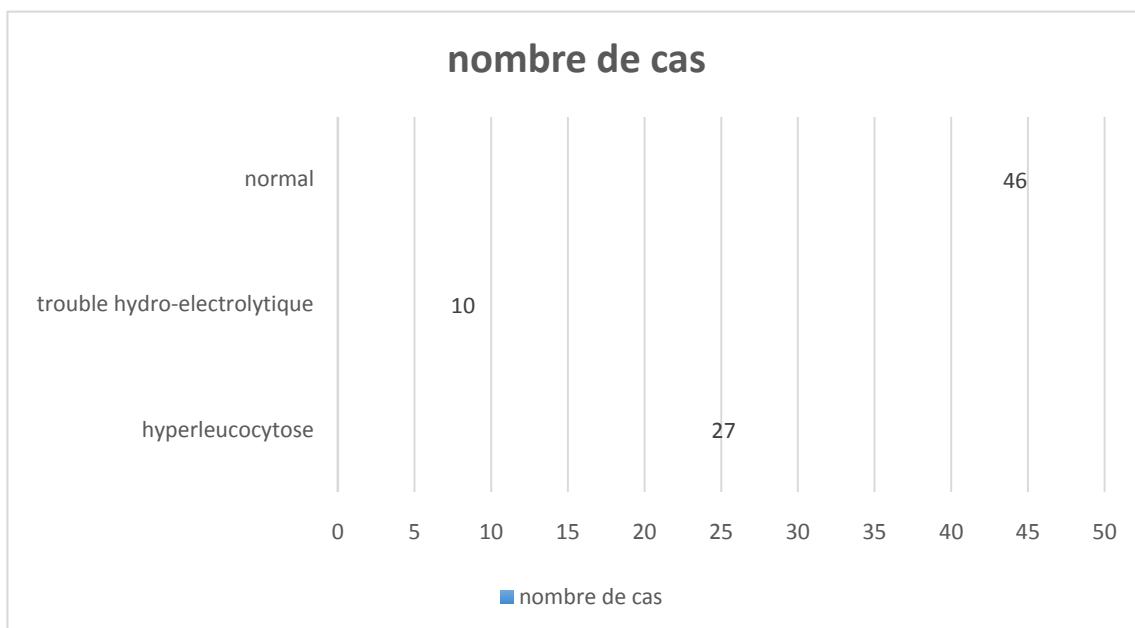


Figure 15: Répartition des patients selon les résultats du bilan biologique.

*Le bilan biologique a été perturbé chez 37 cas soit 44,57%.

IX. EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES

Tableau X: Répartition des patients selon les explorations radiologiques demandées

Explorations radiologiques	Effectif	Pourcentage en %
ASP	64	77,1
TDM	59	71,08
Echographie	1	1,2

1. Résultats de l'ASP

*Les NHA colique sont retrouvés chez tous les cas. Les autres signes radiologiques retrouvés étaient : des NHA gréliques (8 patients).

2. Résultats de la TDM abdominale

*La TDM a été réalisée chez 59 patients et a décelé les signes suivants :

- volvulus du sigmoïde dans 22 cas.
- processus recto-sigmoïdien dans 10 cas.
- processus du rectum dans 4 cas.
- processus du sigmoïde dans 15 cas.
- processus du colon dans 5 cas.
- processus de l'ACDte dans 1 cas.
- processus de l'ACG dans 2 cas.

X. PRISE EN CHARGE

*Tous les patients ont bénéficié à leurs admissions d'une prise en charge symptomatique et étaient mis sous surveillance avec sonde nasogastrique et réhydratation parentérale.

XI. TEMPS OPERATOIRE

1. Type de l'incision

Tableau XI: Répartition des patients selon le type d'incision.

Type de l'incision	Effectif	Pourcentage en %
Médiane à cheval sur l'ombilic	60	72,28
Médiane sus et sous ombilicale	19	22,89
para rectale	2	2,4
Kélotomie droite	1	1,2
3 doigts à travers l'EIAS	1	1,2
Totale	83	100

*Il a été effectué une incision médiane à cheval sur l'ombilic chez 72,28 % des patients.

2. Cause de l'occlusion colique

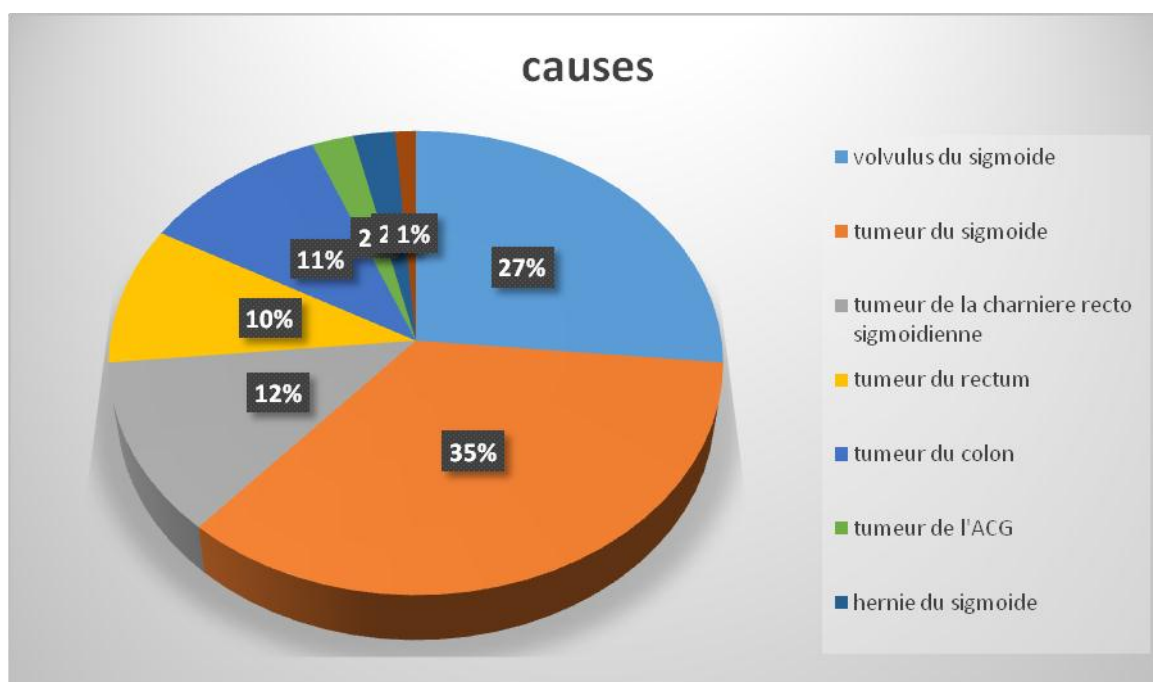


Figure 16: Répartition des patients selon la cause de l'occlusion

*Les tumeurs du colon sigmoïde et le volvulus du colon sigmoïde sont les causes les plus fréquentes de l'occlusion aiguë colique avec respectivement des pourcentages de 35% et 27%.

3. Mécanisme de l'occlusion

Tableau XII: Répartition des patients selon le mécanisme de l'occlusion.

Mécanisme de l'occlusion	Effectif	Pourcentage en %
obstruction	60	72,2
Strangulation	22	26,5
fonctionnelle	1	1,2
TOTAL	83	100

*L'obstruction a été le mécanisme le plus fréquent soit 70,9% des cas.

4. Aspect de l'anse

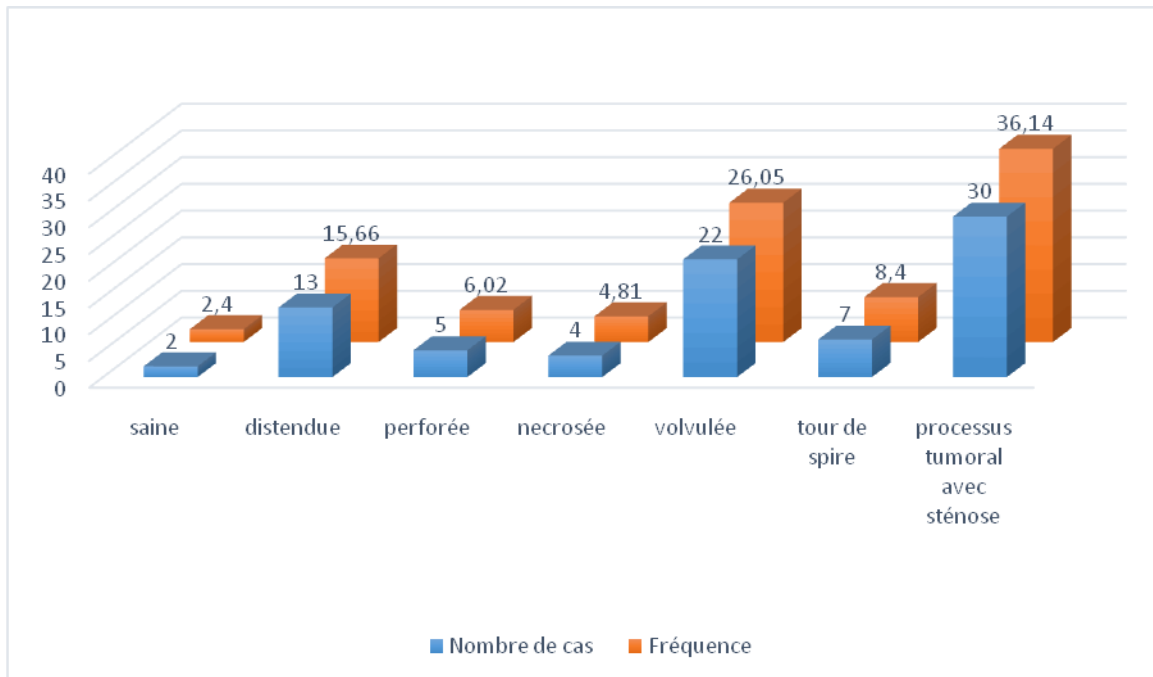


Figure 17: Répartition des patients selon l'état de l'anse.

*Les anses présentent un processus tumorale dans 36,14% des cas, volvulées dans 26,05% des cas et distendues dans 15,66% des cas.

5. Lésions associées

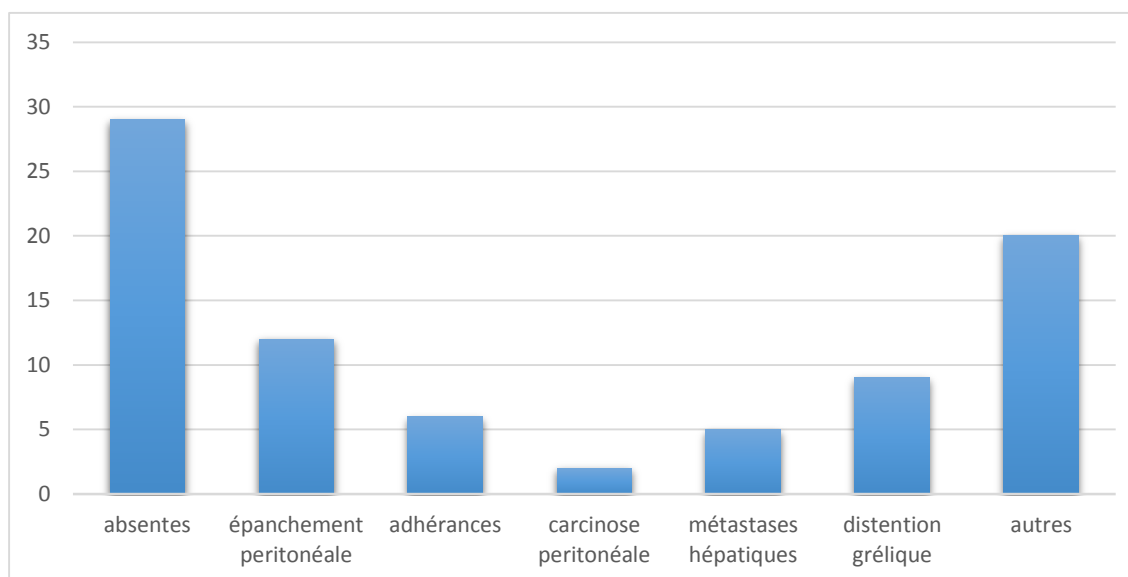


Figure 18: Répartition des patients selon les lésions associées

*Les autres lésions associées retrouvées étaient : appendicite, dilacération de la séreuse du caecum, péritonite envahissement de l'annexe et envahissement de la partie postérieure de l'utérus.

6. Technique opératoire

*Dans les cas de volvulus du sigmoïde :

- 2 cas de volvulus du sigmoïde sans signe de souffrance : une exsufflation à travers l'orifice de stomie a été réalisée.
- 2 autres cas avec la présence d'un liquide de souffrance et de pneumatose : détorsion avec résection du sigmoïde et double stomie Bouilly volkman.
- 17 cas, la technique opératoire était la résection sigmoïdienne avec double stomie Bouilly volkman.

- 1 cas a bénéficié d'une résection du sigmoïde + méthode d'Hartmann.

***Dans les cas de tumeur du sigmoïde :**

- 22 cas des tumeurs du sigmoïde : résection tumorale avec double stomie Bouilly volkman.
- 3 cas d'hémi-colectomie Gauche et anastomose TT.
- 2 cas de colectomie totale et anastomose TT.
- 1 cas a bénéficié d'une résection iléo terminale et colique au niveau de l'ACG avec anastomose iléo colique.
- 1 cas : une résection colique droite, résection colique transverse plus double stomie Bouilly volkman a été réalisée.

***Dans les cas de la tumeur de l'angle colique gauche :**

- 2 cas de tumeur de l'ACG : ont bénéficié d'une hémi-colectomie droite élargie au transverse, à l'ACG et colon gauche avec anastomose TT.

***Dans les cas de la tumeur du rectum :**

- 7 cas de la Tumeur rectum : résection avec double stomie Bouilly Volkman.
- Un seul cas d'épaississement circonférentiel du moyen et haut rectum associé à une dilatation colique a été adressé pour prise en charge oncologique après la réalisation d'une stomie de proche d'amont.

***Dans les cas des tumeurs coliques :**

-9 cas des tumeurs coliques :

*6 cas de tumeur du colon gauche :

-3 ont bénéficié d'une colectomie avec anastomose TT.

-3 ont bénéficié d'une colectomie avec rétablissement différé de la continuité.

-1 cas : méthode Harmatan.

-2 cas : méthodes Bouilly Volkman.

*3 cas de tumeur du colon droit ont bénéficié d'une colectomie avec anastomose TT.

***Dans les cas des tumeurs recto sigmoïdiennes :**

-10 cas ont bénéficié d'une résection recto sigmoïdienne :

-7 cas de résections avec rétablissement différé de la continuité.

*2 méthodes Hartmann.

*3 méthodes Bouilly Volkman.

-3 cas de résections avec anastomose termino-terminale.

****2 cas d'Hernie interne du sigmoïde : suture du méso-rectum.***

****1 seul cas d'empierrement iléo caecale : résection iléo colique avec double stomie Bouilly Volkman.***

7. .Suites opératoires

*Tous les patients ont présenté des suites opératoires simples, et ils ont bien évolué sans aucune complication post opératoire.



DISCUSSION



I. EPIDEMIOLOGIE

Tableau XIII: Fréquence selon les auteurs

Auteurs	Fréquence %
Dongmo (15)	11,11
Harouna, Niger (16)	30
Moussa, Niger (17)	36
Notre série, Rabat, 2019	37,38

* Les occlusions intestinales aiguës représentent une cause fréquente d'hospitalisation en chirurgie dans le monde. Les études retrouvées rapportent des fréquences hospitalières allant jusqu' à 37,38%.la fréquence de notre étude rejoint celle de Moussa.

* en comparant notre série avec celle de mademoiselle BELEFEQIH, Thèse numéro 127, UCV (2006), dans cette dernière le nombre des patients qui présente une occlusion suite à un cancer colique gauche est 107 pour une étude de 17 ans.

II. AGE

Tableau XIV: l'âge moyen selon les auteurs

Auteurs	Fréquence
Kossi, Finlande (18)	66,8
Harouna, Niger (16)	32
Hiki, Japon (19)	59,6
Sinha, inde (20)	39,46
Moussa, Niger (17)	29,1
El Hila, Maroc (21)	47,8
Belefqih, Rabat, 2006 (47)	53,7
Notre série, Rabat, 2019	58

- * On constate que pour les études nationales l'âge moyen est entre 40 et 60 ans. En Afrique elles surviennent chez l'adulte jeune (5-6), alors qu'en occident elles surviennent chez les sujets âgés. Ceci étant expliqué selon plusieurs études par la fréquence des tumeurs en occident.
- * La tranche d'âge la plus touchée dans notre étude était de 40 à 60ans ce qui rejoint les résultats des études nationales.

III. SEXE

Tableau XV: Le sexe des malades d'occlusion intestinale selon les auteurs

Auteurs	Homme %	Femme %
Harouna, Niger (16)	84	16
Moussa, Niger (17)	83,3	16,7
El Hila, Maroc (21)	56,36	43,64
Belefqih, Rabat, 2006 (47)	49	51
Notre série	63	37

- * Nous avons constaté une prédominance masculine sur la plupart des études.
- * Pourtant chez Belefqih on a une prédominance féminine.

IV. ANTECEDANTS MEDICAUX

- * Dans la littérature peu d'auteurs rapportent la notion d'antécédents médicaux.
- * Dans notre série on a noté 27 antécédents médicaux soit 32,53%.
- * Dans la série de Belefqih presque la moitié des patients ont des antécédents coliques dont la constipation représente 40%.

V. ANTECEDANTS CHIRURGICAUX

Tableau XVI: Fréquence des patients ayant des antécédents chirurgicaux

Auteurs	ATCD chirurgicaux	Fréquence %
El Hila, Maroc (21)	Appendiculaire	25,45
Moussa, Niger (17)	Herniaire	20,83
Belefqih, Rabat, 2006 (47)	Cholécystite	3,73
Notre série	Occlusion grélique	3,61

*Selon El hila, l'appendicectomie reste l'intervention la plus fréquente, Pour Moussa, Niger le pourcentage est encore plus élevé pour les interventions herniaires (fréquentes en Afrique).

VI. SIGNES FONCTIONNELS

Tableau XVII: fréquence des signes fonctionnels selon les auteurs

Auteurs	Douleur abdominale %	AMG %	Vomissement %
Harouna, Niger (16)	100	90	96,5
Kouadio, RCI (22)	100	100	100
Arshad (23)	100	88	73
Belefqih, Rabat, 2006 (47)	85	93,4	80
Notre série	98,7	96,3	100

*La douleur abdominale était un symptôme très fréquent, c'est l'un des premiers motifs de consultation. Les études citées retrouvent des fréquences allant de 85 à 100%.

*L'arrêt des matières et de gaz est en règle précoce. Dans la littérature la fréquence variait de 88 à 100%.

*Les vomissements sont tardifs dans les occlusions basses. Les études citées rapportent des taux variant entre 73 à 100%.

VII. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1. ASP

Tableau XVIII: L'apport de l'ASP au diagnostic selon les auteurs

Auteurs	Nombre de cas	ASP	
		Nombre de cas	fréquence
Kouadio, RCI (22)	49	49	91,8
Harouna, Niger (16)	87	69	80
Gamma, Paris (24)	157	110	70
Belefqih, Rabat, 2006 (47)	107	107	100
Notre série	83	64	77,1

* l'ASP est l'examen de première intention à réaliser devant une suspicion d'occlusion intestinale.

* en effet c'est un examen simple réalisable à tout moment peu coûteux pour le malade.

2. TDM

* Depuis plusieurs années ; le scanner s'est imposé comme un outil performant dans le diagnostic positif et étiologique des occlusions [25-26]. Il permet d'identifier la cause de l'occlusion dans 73% [25].

* La tomodensitométrie avec acquisition en mode hélicoïdal est devenue aujourd'hui l'examen de référence pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la pathologie occlusive intestinale. (25.26.27.28)

* La TDM permet de faire :

- Le diagnostic positif d'occlusion du côlon ; avec une sensibilité variant de 90 à 96%, une spécificité de 96% et une efficacité diagnostique globale de 95%(29, 25, 26,27) ; en montrant une distension colique segmentaire ou diffuse importante (> 6 cm), et qui peut être associée à une distension des anses grêliques (supérieure ou égale à 25 mm).
- Le diagnostic étiologique dans 73 à 95 % des cas, par la mise en évidence d'une masse tissulaire pariétale colique plus ou moins circonscrite et fortement rehaussée par l'injection de contraste IV, une sténose de la lumière colique classiquement courte et de raccordement brutal, une néo vascularisation péri tumorale avec perte modérée de la transparence de la graisse péri lésionnelle.
- Le diagnostic topographique : La lésion responsable de l'occlusion organique se situe au niveau de la zone transitionnelle qui sépare le côlon distendu d'amont du côlon vide d'aval(30).
- Le diagnostic de gravité : Certains critères TDM constituent des éléments pronostiques de la maladie(31).
- Un cæcum diastatique correspond à une dilatation cæcale supérieure à 12 cm.
- Une pneumatose pariétale, une aéromésentérie ou une aéroportie.
- Un défaut de rehaussement pariétal local ou diffus constitue le signe de gravité majeur et traduit l'infarctus transmural de la paroi colique.
- Un pneumopéritoine est évocateur de perforation en péritoine libre.

- Le bilan d'extension : la TDM permet la détection des métastases hépatiques et pulmonaires avec une sensibilité et une spécificité supérieure à 80%, ce qui permet un inventaire global de la maladie et donc une orientation thérapeutique (28.31.32).

VIII. PRISE EN CHARGE

1. Traitement médical

Il comporte la rééquilibration hydro-électrolytique par voie veineuse, la mise en place d'une aspiration gastrique, la surveillance régulière, du pouls, de la pression artérielle, de la température et de la diurèse. (33 ; 21 ; 34 ; 16).

2. Traitement chirurgical

→ Type d'incision :

Tableau XIX: Type d'incision dans la littérature et notre série

Auteurs	Médiane à cheval sur l'ombilic %	Inguinale	Mac Burney
El Hila, Maroc	84,54	15,45	--
Makhouad, Maroc	85,36	10,98	3,66
Belefqih, Rabat, 2006 (47)	83	--	--
Notre série	72,28	1,2	--

*La médiane à cheval sur l'ombilic était la voie d'abord la plus fréquente dans notre série avec 72,28% des cas ce qui rejoint les résultats de la littérature.

→ Technique opératoires :

***Volvulus du sigmoïde :**

1/ Traitement instrumental :

Le traitement du volvulus du sigmoïde est actuellement influencé par le plateau technique, c'est le traitement endoscopique en première ligne dans les pays occidentaux [35, 36].

-Dans notre série 2 cas de volvulus du sigmoïde sans signe de souffrance ont bénéficié d'une exsufflation à travers l'orifice de stomie, deux autres cas avec la présence d'un liquide de souffrance et de pneumatose une détorsion avec résection sigmoïde et double stomie a été réaliser.

2/Traitement chirurgical :

La sigmoïdectomie reste la méthode la plus logique, puisqu'elle répond aux deux objectifs d'un traitement radical, à savoir la réduction du volvulus et la prévention des récidives.

*Dans la série de M. Alaoui [37], on a rapporté 26 interventions chirurgicales en urgence :

- 8 détorsions chirurgicales avec ou sans pexie (30,77%),
- 2 résections anastomoses (7,7%),
- 16 interventions de type Hartmann (61,54%).

*Dans la série de J.C.Le.Neel [38], 6 patients (23,08%) ont été opérés en urgence et ont bénéficié de :

- 2 colectomies idéales (33,33%),
- 1 résection avec double stomie (16,67%),
- 3 intervention de type Hartmann (50%).

*Dans notre série :

- 18 résections avec double stomie.
- 2 détorsions suivies de résection avec Hartmann.
- 2 exsufflation à travers l'orifice de stomie.

***Tumeurs coliques :**

La possibilité d'une intervention chirurgicale doit être évaluée chez les patients souffrant d'une occlusion intestinale tumorale. Toutefois, un nombre non négligeable de patients ne seront pas admissibles à cette modalité étant donné le stade avancé de la maladie, l'atteinte de l'état général et le pronostic réservé. Ces patients auront besoin d'autres options thérapeutiques pour soulager leurs symptômes.

Types d'interventions chirurgicales palliatives possibles pour les cas d'occlusion intestinale chez les malades atteints de cancer.

Ces techniques chirurgicales peuvent être combinées :

- Résection et ré anastomose.
- Décompression et gastrostomie, colostomie ou iléostomie.
- Dérivation (Ex. : gastro-entérologie, colostomie iléo transverse).
- Lyse des adhérences.
- Mise en place, par endoscopie, d'une prothèse endoluminale pour garder la lumière ouverte (œsophage, estomac, intestin grêle, côlon).

*Dans notre série la colostomie de décharge était le geste le plus pratiqué en urgence dans 33 % des cas, et ça rejoint les résultats de l'étude de Belefqih pour 38,4 % et les résultats des études africaines : pour (43)=8cas soit 29.62%

pour (44)=1cas de colostomie soit (50%), contrairement à la série européenne (45) on a rapporté la prédominance de la colectomie avec anastomose immédiate dans 50% des cas.

*Dans notre série :

-9 cas des tumeurs coliques :

*6 cas de tumeur du colon gauche :

-3 ont bénéficié d'une colectomie + anastomose TT.

-3 colectomie avec rétablissement différé de la continuité :

-1 Hartmann.

-2 Bouilly Volkman.

*3 cas de tumeur du colon droit ont bénéficié d'une colectomie + anastomose TT.

*Dans la série de Belefqih :

-Résection tumorale avec rétablissement différé de la continuité :

-1 cas de tumeur du colon descendant a bénéficié d'une résection avec méthode d'Hartmann.

-3 cas de tumeur du colon descendant ont bénéficié d'une résection avec méthode de Bouilly Volkman.

-3 cas de tumeur du colon transverse ont bénéficié d'une résection avec méthode de Bouilly Volkman.

-Résection tumorale avec rétablissement immédiat de la continuité :

-1 cas de tumeur du colon descendant.

***Tumeur de L'Angle colique :**

*Dans notre série :

-2 cas de tumeur de l'ACG : ont bénéficié d'une hémi-colectomie droite élargie au transverse à l'ACG et colon gauche avec anastomose TT.

*Dans la série de Belefqih :

-1 cas de tumeur de l'ACG : a bénéficié d'une résection avec méthode de Bouilly Volkman.

-2 cas de tumeur de l'ACG : hémi-colectomie gauche avec anastomose TT.

-1 cas de tumeur de l'ACG : résection tumorale avec anastomose TT.

-2 cas de tumeur de l'ACG : colectomie subtotale avec anastomose TT.

***Tumeur du sigmoïde :**

Tableau XX: fréquence de la localisation sigmoïdienne selon les auteurs

Auteurs	Nombre de cas
Koudio (39)	14
Lee (40)	92
Rault (41)	14
Gatsoulis (42)	13
Belefqih, Rabat, 2006 (47)	51
Notre série	31

*Le sigmoïde est le plus touché dans notre étude, des résultats comparables ont été rapportés dans d'autres séries.

*Dans notre série

-29 cas des tumeurs du sigmoïde

- * 22 cas des tumeurs du sigmoïde : résection tumorale avec double stomie Bouilly volkman.
- * 3 cas : hemi colectomie Gauche anastomose TT.
- * 2 cas de colectomie totale + anastomose TT.
- * 1 cas a bénéficié d'une résection iléo terminale et colique au niveau de l ACG avec anastomose iléo colique.
- * 1 cas : résection colique droite, résection colique transverse double stomie Bouilly volkman.

*Dans la série de Belfeqih :

-51 cas des tumeurs du sigmoïde

- * 10 cas de résection+Hartmann.
- * 14 cas de résection Bouilly volkman.
- * 3 cas hemi colectomie gauche avec anastomose TT.
- * 2 cas de résections avec anastomose TT.
- * 3 cas de colectomie avec anastomose TT.

***Dans les cas des tumeurs recto sigmoïdiennes :**

Dans notre série :

- 10 cas ont bénéficié d'une résection recto sigmoïdienne.
- 7 résections avec rétablissement différé de la continuité.
 - * 2 Hartmann.
 - * 3 Bouilly Volkman
- 3 résections avec anastomose termino terminale.

Dans la série de Belfeqih :

-26 cas de tumeurs recto sigmoïdienne :

- * 9 cas de resection+Hartmann.
- * 2 cas de résection Bouilly volkman.

3-suites opératoires :

- * Dans notre série tous les patients ont présenté des suites opératoires simples, et ils ont bien évolué sans aucune complication post opératoire.
- * Dans la série de Belfeqih :

-Nombre de cas décédés 24.

Les causes :

- * choc septique : 10
- * péritonites post opératoires : 6
- * complications pulmonaires : 4
- * complication cardio vasculaire : 2
- * non déterminés : 2



CONCLUSION



Au terme de notre travail, l'analyse des observations conjuguées aux données de la littérature nous ramène à tirer certaines conclusions.

Les occlusions intestinales aiguës sont une urgence chirurgicale grave qui nécessite une prise en charge précoce pour améliorer le pronostic vital. Au Maroc, elle touche une population souvent âgée et la prise en charge est souvent difficile même après une intervention chirurgicale. Le retard de consultation, l'âge avancé de la majorité de ces patients font toute la gravité de cette affection.

Les tumeurs du colon sigmoïde et le volvulus du colon sigmoïde sont les causes les plus fréquentes suivies par les tumeurs de la charnière recto sigmoïdienne et les tumeurs du rectum.

Cliniquement le syndrome occlusif intestinal complet à savoir la douleur abdominale, vomissement l'arrêt des matières et de gaz n'est pas toujours retrouvé par contre la douleur abdominale est le signe le plus constant.

L'examen physique est fondamentale il permet d'évaluer les répercussions (déshydrations, état de choc...) et de moduler la prise en charge.

Sur le plan paraclinique l'ASP a une place indiscutable dans le diagnostic positif de l'occlusion intestinale ainsi que dans l'orientation topographique haute ou basse. Les examens biologiques permettent d'objectiver les perturbations métaboliques suspectées cliniquement et d'en suivre la correction.

Pour la thérapeutique il faut repérer les patients à opérer sans attendre pour éviter les complications.



RÉSUMÉS



RESUME

Titre : les occlusions intestinales aiguës coliques, étude rétrospective à propos de 83 cas.

Auteur : SBIHI MOHAMED

Mots clés : Occlusion intestinale, Colique, Tumeur colique, Colostomie.

Notre étude rétrospective a porté sur 83 cas d'occlusions intestinales aiguës coliques colligées au service de chirurgie viscérale-I de l'hôpital Ibn Sina RABAT, durant une période de 3 ans entre janvier 2017 et décembre 2019 nous avons pu dégager certaines particularités.

-Une incidence annuelle de 27,6 cas par an.

-Une moyenne d'âge de 58 ans et le sexe masculin est plus représenté.

-Une durée d'hospitalisation moyenne de 13j.

-Les tumeurs du colon sigmoïde et le volvulus du colon sigmoïde sont les causes les plus fréquentes suivies par les tumeurs de la charnière recto sigmoïdienne et les tumeurs du rectum.

-Cliniquement le signe le plus constant est la douleur abdominale.

-En paraclinique l'ASP examen clé confirme le diagnostic de l'occlusion en indiquant son siège colique, suivie par la TDM qui permet une meilleure visualisation, la biologie renseigne sur le retentissement de l'occlusion.

-Sur le plan thérapeutique tous les patients ont bénéficié du traitement chirurgical, après une période de traitement médicale symptomatique. Il s'agit le plus souvent pour le volvulus du sigmoïde et les tumeurs du sigmoïde d'une résection avec double stomie, pour les tumeurs du rectum et de la charnière recto sigmoïdienne c'était la résection avec double stomie double stomie, les tumeurs du colon le traitement est la colectomie associée à une double stomie.

-les suites opératoires étaient simples sans aucunes complications post opératoires.

SUMMARY

Title: Acute colonic intestinal occlusions, a retrospective study of 83 cases.

Author: SBIHI MOHAMED

Key words: Intestinal obstruction, Colic, Colic tumour, Colostomy.

Our retrospective study was based on 83 cases of acute intestinal occlusions colic collected in the visceral-I surgery department of the Ibn Sina RABAT hospital, during a period of 3 years between January 2017 and December 2019 we were able to identify some peculiarities.

-An annual incidence of 27.6 cases per year.

-An average age of 58 years and the male sex is more represented.

-An average length of hospitalization of 13 days.

-Tumours of the sigmoid colon and the volvulus of the sigmoid colon are the most frequent causes, followed by tumours of the recto sigmoid hinge and tumours of the rectum.

-clinically the most consistent sign is abdominal pain.

-The ASWP key examination confirms the diagnosis of the occlusion by indicating its colonic site, followed by CT scan for better visualization, biology provides information on the impact of the occlusion.

-Therapeutically, all patients have benefited from surgical treatment after a period of symptomatic medical treatment. For sigmoid volvulus and sigmoid tumors the most common treatment was resection with a double stoma, for tumors of the rectum and the recto sigmoid hinge it was resection with a double stoma, for colon tumors the treatment was colectomy associated with a double stoma.

-the postoperative sequelae were simple without any postoperative complications.

ملخص

العنوان: الانسدادات المعوية الحادة الخاصة بالمعي الغليظ، دراسة رجعية بصدد 83 حالة.

المؤلف: الصبيحي محمد.

الكلمات الأساسية: انسداد معوي. معي غليظ. ورم المعى الغليظ. ثغر معوي.

ركزت دراستنا بأثر رجعي على 83 حالة من الانسدادات المعوية الحادة الخاصة بالمعي الغليظ التي تم جمعها في قسم جراحة الاحشاء في مستشفى ابن سينا بالرباط، لمدة 3 سنوات من يناير 2017 الى دجنبر 2019.

تمكننا من تحديد بعض المميزات:

-معدل سنوي قدره 27.6 حالة في السنة.

-معدل العمر 58 سنة و الرجال اكثر عرضة.

-معدل البقاء في المستشفى لمدة 13 يوما.

-أورام المعى السيني و التواءاته هي الأسباب الأكثر شيوعا تليها أورام المفصل السيني المستقيمي وأورام المستقيم.

-سريريا: الام البطن هي العرض الثابت.

-على مستوى الفحوصات: التصوير الاشعاعي للبطن بدون تحضير يؤكد التشخيص و يعين مستوى الانسداد

في المعى الغليظ، يليه ماسح التصوير المقطعي الذي يسمح بتصوير أفضل، وتوفر البيولوجيا معلومات عن تأثير الانسدادات.

-علي الصعيد العلاجي: جميع المرضى خضعوا لعمليات جراحية، بعد فترة من العلاج الطبي، غالبا ما يتم استئصال أورام السيني و التوئاته مع استعمال طريقة الثغر المزدوج، أما بالنسبة إلى أورام المفصل المستقيمي السيني والمستقيم، فيتم استئصالهم مع كذلك استعمال طريقة الثغر المزدوج، أورام المعى الغليظ يجري علاجها عن طريق استئصال المعى الغليظ بأكمله مع استخدام طريقة الثغر المزدوج..

-كانت التطورات بعد الجراحة بسيطة دون أي مضاعفات.



ANNEXES



FICHE D'EXPLOITATION

N° D'ordre :

Numéro d'entrée :

Nom – prénom :

Age :

Sexe :

Profession :

Résidence :

Antécédents :

*Médicaux :

*Chirurgicaux :

Type et date d'intervention :

Clinique :

*Signes fonctionnels :

-Délai de consultation :

-Fièvre : Oui Non

-Douleur : Oui Non

Début :

Siège :

Intensité :

-Arrêt des matières et des gaz :

Oui Non

Vomissements :

Oui Non

Alimentaires :

Bilieus :

Fécaloïdes :

Signes physiques :

Température :

Etat de choc : Oui Non

Cicatrice de laparotomie :

Oui Non

Type :

Météorisme : Oui Non

Sensibilité : Oui Non

Siège :

Défense : Oui Non

Siège :

Tympanisme : Oui Non

Orifices herniaires :

Libres : Oui Non

Type d'hernie :

Toucher rectal :

Normal Anormal

Tumeur :

Ampoule rectale :

Douglas :

Doigtier :

Paraclinique :

Radiologie :

ASP :

Niveaux hydro-aériques :

Echographie abdominale :

Epanchement :

Dilatation intestinale :

Scanner abdominal :

Oui	Non
Tumeur	
Biologie :	
Groupage	
Bilan hydro-électrolytique	
TRAITEMENT :	
Réanimation préopératoire	
Traitement médical	
Traitement endoscopique :	
Oui	Non
Traitement chirurgical :	
Oui	Non
Voie d'abord :	
Exploration chirurgicale :	
Dilatation intestinale :	
Liquide de souffrance :	
Siège de l'occlusion :	
Cause de l'occlusion :	
Geste réalisé	
SUITES POST OPERATOIRES :	
Reprise du transit	
Séjour hospitalier	
Alimentation	



BIBLIOGRAPHIE



- [1]. S. Rohr, M. Kopp et C. Meyer. Occlusion intestinale du grêle : physiopathologie, étiologie, diagnostic et traitement. Revue du praticien (section d'hépatogastro-entérologie B 354) 1999 ; 49 : 435- 440.
- [2]. DONGMO A. M. Les occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie "A" de l'hôpital du Point G. Thèse Médecine Bamako 2006 n°263,95p.
- [3]. Konipo Fanta Les occlusions intestinales. À propos de 260 cas traités à l'hôpital du Point G à Bamako Chirurgie d'Afrique Noire 1981 ; 1 (1) : 31-49.
- [4]. Imane Shimou : les occlusions intestinales aiguës à propos de 103 cas thèse de médecine.
- [5]. SAIR.R Les occlusions intestinales aiguës à l'hôpital BEN M'SIK SIDI OTHMAN (APROPOS DE 113) THESE MED .CASA 1999 N°8
- [6]. L. Leger Sémiologie chirurgicale (6e édition). Paris : Masson, 1999.- 444
- [7]. Gallot Denis, Anatomie chirurgicale du côlon. EMC, traité de techniques chirurgicales - appareil digestif, 1998, 40-535
- [8]. WRIGHT S. Physiologie appliquée à la médecine. (2e Ed. Française). Paris : Flammarion 1980. – 668 p. (Médecine et Sciences)
- [9]. Hermann H et Cier J.F Précis de physiologie (4e édition) Tome 2. Paris : Masson, 1967. - 348 p
- [10]. Marieb Elaine N. Anatomie et physiologie humaine (traduction de la 4e édition américaine) Paris : De Boeck Université, 1999.-1194p

- [11]. C. Casa et J-P Arnaud. Occlusion intestinale du colon : physiopathologie, étiologie, diagnostic, traitement. Revue du praticien section (d'hépatogastro-entérologie B 355) 1997 ; 47 ; 1833-1836
- [12]. Hussmann Jurgen, Chirurgie. Paris : Maloine, 1997.-308p (Mémento).
- [13]. Polycopie de Sémiologie chirurgicale 3eme année médecine fmp RABAT.
- [14]. Pourriat jean-louis, Martin Claude Principes de réanimation chirurgicale (2e édition) Lonrai : Arnette, 2005, 1430 p
- [15]. Dongmo Arlette Michelle : Les occlusions intestinales dans le service de chirurgie A de l'hôpital du point G .Revue de cas .thèse med Bamako 2006 -263 p70
- [16]. Y. HAROUNA ; H. YAYA ; H. ABARCHI, J. RAKOTO MALALA, M. GAZI, A. SEIBOU, I. ABDU, M. MOUSSA, L. BAZIRA Les occlusions intestinales : principales causes et morbi-mortalité à L'hôpital de NIAMEY NIGER Médecine d'Afrique Noire ; 2001, vol. 48, no2, pp. 49-54
- [17]. MOUSSA BADJAN SIDIBE Aspects épidémiologiques cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré ;Thèse médicale ;BAMAKO.MALI.2003
- [18]. Kossi Jyrki ;Salminen Paulina T.P ; Laato Matti K,surgical workload and cost of postoperative adhesion. –related intestinal obstruction : importance of previous surgery .world journal of surgery 2004vol28 n7 p666-67022 .

- [19]. Hiki N.Takeshita Y .Kubota K .T Sugi E .Yamagushi H .Shimizu Net Al :
A seasonal variation in the onset of postoperative adhesive small bowel
obstructionis realted to changes in the climate Dig Liver Dis 2004 ;36
:125-9
- [20]. SINHA S., KAUSHIK R., YADAV TD., SHARMA R., AHARI AK.
Mechanical bowel obstruction: the shndigarh experience. Department of
surgry,Government Medical college and Hospital.Sector 32B Chandigarh,
160047, India.Trop gastroenterol 2002 jan-mar; 23/1 : 13-5
- [21]. EL HILA .J les occlusions intestinales aiguës à l'hôpital AL FARABI
d'oujda (à propos de 110 cas) thèse médicale, rabat 2000
- [22]. Kouadio Gk , Turquin TH : cancer coliques gauche en occlusion en cote
d'ivoire 2003 ;128 :364-7
- [23]. M Malik A. Shah M. Pathan R. Pattern of acute intestinal obstruction: Is
there a change in the underlying etiology ? Saudi J Gastroenterol 2010;
16:272 - 4.
- [24]. La Gamma A , Letoquant JP , Kunin N , Chaperon .J Mambrini les
occlusions du grêle par bride et adhérence .analyse sur 157 cas
opérés1994 ;131 :279-284
- [25]. Megibow AJ, Balthazar EJ, Cho KC, Medwid SW, Birnbaum BA, Noz
ME. Bowel obstruction: evaluation with CT. Radiology 1991;180: 313-8.
- [26]. Megibow AJ. Bowel obstruction. Radiol Clin North Am 1994;32: 861-70

- [27]. E. DELABROUSSE, P. SARLIÈVE, D. MICHALAKIS, G. LOUIS, E. RODIERE, B. KASTLER Tomodensitométrie de l'occlusion colique chez l'adulte. Feuillet de Radiologie, 2004, 44, n° 2, 90-103.
- [28]. A.MBengue-ANdiaye –S.Maher-G.Schmutz-and all imagerie des occlusions intestinales haute de l'adulte2016 page 265-297.
- [29]. Fukuya T, Hawes DR, Lu CC, Chang PJ, Barloon TJ. CT Diagnosis of small-bowel obstruction: efficacy in 60 patients. Am J Roentgenol 1992;158:765-9.
- [30]. F. Borie, F. Guillon, S. Aafort. EMC. Occlusions intestinales aiguës de l'adulte : diagnostic. 9-044-A-10
- [31]. rager D. Intestinal obstruction: role of CT. Gastroenterol Clin North Am 2002; 31: 777-99.
- [32]. Kulinna C, Matzek W, Eibel R, et al. Staging of rectal cancer: diagnostic potential of multiplanar reconstructions with MDCT. AJR Am J Roentgenol 2004;183:421-427.
- [33]. ALI L, Y. HAROUNA, SEIBOU, ABDOU I., GAMATIE Y. RAKOTOMALALA J., HABIBOU A., BAZI Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostique Médecine d'Afrique Noire : 2001, vol. 48, no2, pp. 49-54 (41)
- [34]. Irabor DO, Afuwape O. Primary Operative Management for Low Adhesive Bowel Obstruction. East Cent. Afr. J. surg. 2012; 17(1):65 - 69.

- [35]. Connolly S, Brannigan AF, Heffeman E, Hyland. Sigmoid volvulus : A 10 years audit. Med. Sci. 2002 ;171 :216-217.
- [36]. Pinedo G, Kirkberg A. Percutaneous endoscopic sigmoidopexy in sigmoid volvulus with T.fasteners : report of two cases Dis Colon Rectum, 2001 ;44 :1867-9.
- [37]. M. ALAOUI, S.BENNAI, O.N.ZEROUALI. Le volvulus sigmoïde a propos de 38 cas, travail du service des urgences chirurgicales viscérales (Pr. Zerouali), Casablanca, Maroc. J.Chir (Paris), 1990, 127, n 11, p.542-546.
- [38]. J.C.LE NEEL, A.FARGE, B.GUIBERTEAU, M.KOHEN, J.LEBORGNE. Volvulus du côlon sigmoïde. Ann Chir, 1989,43, n5, 348-351.
- [39]. G.-K. Kouadio *, T.-H. Turquin Left colonic cancer obstruction in Ivory Coast Annales de chirurgie 128 (2003) 364–367
- [40]. Lee Y, Law W, Chu K, Poon R. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right sided and left sided lesions. Journal of the American College of Surgery 2001; 192 (6): 719–25.
- [41]. A. Rault, D. Collet, A. Sa Cunha, D. Larroude, F. Ndobó'Epoy, B. Masson Surgical management of obstructed colonic cancer Annales de chirurgie 130 (2005) 331–335

- [42]. N. Gatsoulis • N. Roukounakis • I. Kafetzis • G. Mavrakis Surgical management of large bowel obstruction due to colonic cancer Tech Coloproctol (2004) 8:S82–S84
- [43]. EL HILA .J les occlusions intestinales aiguës à l’hôpital AL FARABI d’oujda (à propos de 110 cas) thèse médicale, rabat 2000
- [44]. MOUSSA BADJAN SIDIBE Aspects épidémiologiques cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré ; Thèse médicale ;BAMAKO.MALI.2003
- [45]. A. RAULT, D. COLLET, A. SA CUNHA, D. LARROUDE, F. NDOBO'EPOY AND B. MASSON Prise en charge du cancer colique en occlusion ; Annales de Chirurgie Volume 130, Issue 5, June 2005, Pages 331-335
- [46]. ATLAS D’ANTOMIE HUMAINE.
- [47]. BELEFQIH MOUNIA le cancer colique gauche en occlusion thèse de médecine numéro 127.
- [48]. OULHRIR SOUMIA cancer du côlon gauche en occlusion thèse de médecine numéro 141.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أنا أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- وأن أحترم أسانذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- وأن أمارس مهنتي بواجب من ضميري وشرعي في جعل صحة مريض هدي في الأول .
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بشري في .

والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة رقم: 37

سنة: 2020

الانسدادات المعوية الحادة الخاصة بالمعي الغليظ، دراسة رجعية (بصدد 88 حالة)

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم: / / 2020

من طرفه:

السيد الصبيحي محمد

المزاد في 06 يناير 1995 بالرباط

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية: انسداد معوي - معي غليظ - ورم المعى الغليظ - ثغر معوي

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس

السيد الحسن العلمي الفريشة

مشرف

أستاذ في الجراحة العامة

عضو

السيد المحجوب الشراب

عضو

أستاذ في الجراحة العامة

السيد محمد الوناني

أستاذ في الجراحة العامة

السيد محمد العبسي

أستاذ في الجراحة العامة