



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2017

Thèse N° 013

# Bilan d'activité des urgences chirurgicales digestives de l'hôpital préfectoral d'Inezgane sur 2 ans 2014 – 2015

**THESE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 /01 /2017

PAR

**M KARIM AIT JAJA**

Né Le 01/01/1990 à OUARZAZATE

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE**

**MOTS-CLES**

Bilan d'activité – Urgences chirurgicales viscérales –  
Hôpital préfectoral d'Inezgane

**JURY**

M.	<b>A.LOUZI</b> Professeur de chirurgie générale	PRESIDENT
M.	<b>K.RABBANI</b> Professeur agrégé de chirurgie générale	RAPPORTEUR
M.	<b>S. AIT BENALI</b> Professeur de neurochirurgie	JUGES
M.	<b>T. ABOU EL HASSAN</b> Professeur agrégé de réanimation-anesthésie	
M.	<b>R. EL BARNI</b> Professeur agrégé de chirurgie générale	
M.	<b>M. MIGUIL</b> Professeur de réanimation-anesthésie	Membre associé



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك  
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ  
وأن أعمل صالحاً ترضاه  
وأصلح لي في ذريّتي  
إنّي تبنت إليك و إنّي من المسلمين"  
صدق الله العظيم





# *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.*

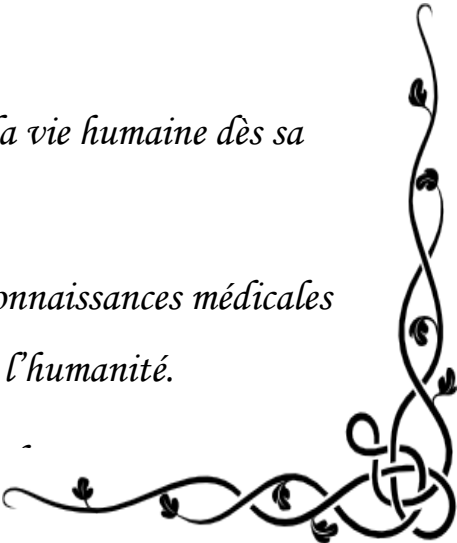
*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*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 strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*





***LISTE DES PROFESSEURS***



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. BadieAzzaman MEHADJI  
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. EL FEZZAZI Redouane

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignant supérieur**

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KISSANI Najib	Neurologie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
AMAL Said	Dermatologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie

BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie-chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FINECH Benasser	Chirurgie - générale	ZOUHAIR Said	Microbiologie

## Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirmaxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HADEF Rachid	Immunologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B

AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculairepéripherique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KOULALI IDRISSI Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie- Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologiemédicale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadlmrabihrabou	Pédiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgieréparatrice et plastique	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NARJISS Youssef	Chirurgiegénérale
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	OUALI IDRISSI Mariem	Radiologie
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	OUBAHA Sofia	Physiologie

BOURROUS Monir	Pédiatrie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie A	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL AMRANI MoulayDriss	Anatomie	SORAA Nabila	Microbiologie-virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation

## Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ADALI Nawal	Neurologie	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique

ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie –Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BENHADDOU Rajaa	Ophthalmologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUHADI Khalid	Psychiatrie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	MOUZARI Yassine	Ophthalmologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro-entérologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie
EL HARRECH Youness	Urologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SERHANE Hind	Pneumo-phtisiologie

EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	TOURABI Khalid	Chirurgieréparatrice et plastique
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique	ZIDANE MoulayAbdelfettah	ChirurgieThoracique
FAKHRI Anass	Histologie– embyologiecytogénétique	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- Vasculaire



*DEDICACES*



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...  
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,  
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...  
Aussi, c'est tout simplement que...*



*Je dédie cette thèse à...*

## A Allah

*Le Tout Puissant  
Qui m'a inspiré  
Et m'a guidé dans le bon chemin  
Je Lui dois ce que je suis devenu  
Louanges et remerciements  
Pour Sa clémence et Sa miséricorde.*

## A mes parents

*A qui je dois tout après Allah, et pour qui aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, ma gratitude, ni mon infinie reconnaissance pour l'ampleur des sacrifices et des souffrances que vous avez endurés pour mon éducation, mon bien être. Vous n'avez jamais cessé de lutter. Vos prières ont été pour moi un grand soutien moral tout au long de mes études. Ce modeste travail, qui est avant tout le vôtre, n'est que la consécration de vos grands efforts et vos immenses sacrifices. Sans vous je ne saurais arriver là où je suis. J'espère rester toujours digne de votre estime. Puisse Allah Le Tout Puissant vous préserver du mal, vous comble de santé, de bonheur et vous accorde longue et heureuse vie.  
Je vous aime beaucoup*

## A MES CHÈRES FRÈRES SAÏD & YOUSSEF

*Je ne peux exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous.  
Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.  
Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler.  
Merci pour votre précieuse aide à la réalisation de ce travail.  
Que dieu nous unit à jamais.*

## A mes très chères sœurs SARA & MERVEM

*Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour que j'ai pour vous. Je n'oublierai jamais vos encouragements et votre soutien.  
Puisse dieu vous préserver et vous procurer bonheur et réussite, et vous aider à réaliser vos rêves.*

### A MA GRAND-MERE PATERNELLE

*Aucune dédicace ne saurait exprimer tout ce que je ressens pour vous. Je vous remercie pour tout le soutien exemplaire et l'amour exceptionnel que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagnera toujours.*

*Avec toute mon affection que Dieu vous protège.*

### A mes Tantes et Oncles

*L'affection et l'amour que je vous porte, sont sans limite.  
Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et le respect  
Que j'ai pour vous.*

*Puisse dieu vous préserver et vous procurer tout le bonheur et la prospérité.*

### A toute la famille,

*Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours. Que ce travail soit témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.*

*Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.*

### A mes très chers(es) amis(es),

*ACHRAF EL AHMAR, EL MEHDI KABIR, ANASS  
ELHADDAJI, KHAOULA EL MOUSSAOUI, DR ABDELHAK AIT  
BENTALEB, SOUMYA AIT ABEDLAH, TAOUFIK BENHOUMICH,  
WAFAA AIT BELAID, DELPHINE MERLETTE, NI3MA  
CHAMILA, MERIEM BOUI, MIMI, DR KIJI...*

*Vous êtes pour moi plus que des amis! Je ne saurais trouver une expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments de fraternité que je vous porte. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma grande affection et en souvenir des agréables moments passés ensemble. Vous êtes les meilleurs*

*Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur.*

### A mes amis(es) et collègues,

*A tous les moments qu'on a passé ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.*

*Merci pour tous les moments formidables qu'on a partagés.  
Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur.*

*A Tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer.  
Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce  
travail.*



*REMERCIEMENTS*



*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :*

*Professeur LOUZI ABDELOUAHED*

*Professeur de chirurgie generale*

*Au CHU Mohamed VI de Marrakech*

*Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider mon jury de thèse. Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant nos années d'étude. Veuillez chère professeur, trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude, ma haute considération et mon profond respect.*

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :*

*Professeur KHALID RABBANI*

*Professeur Agrégé de chirurgie generale*

*Au CHU Mohamed VI de Marrakech*

*C'est avec un grand plaisir que je me suis adressé à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touché par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail.*

*Merci pour m'avoir guidé tout au long de ce travail. Merci pour l'accueil aimable et bienveillant que vous m'avez réservé à chaque fois.*

*Veillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect. Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement pour votre profession seront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de cette honorable mission.*

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :*

*Professeur RACHID EL BARNI*

*Professeur Agrégé De chirurgie generale  
A l'hôpital Militaire AVICENNE Marrakech*

*Vous avez accepté très spontanément de faire partie de notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.*

*Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères remerciements et notre profond respect.*

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :*

*Professeur SAID AIT BENALI*

*Professeur de neurochirurgie  
Au CHU Mohamed VI de Marrakech*

*Veuillez accepter Professeur, mes vifs remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de faire partie de mon jury de thèse.*

*Veuillez trouver ici, chère Maître, l'assurance de mes sentiments les plus respectueux et dévoués.*

*A mon cher oncle*

*Notre maître et juge de thèse :*

*Professeur MOHAMED MIGUJ*

*Professeur de réanimation anesthésie*

*C'est pour nous un très grand honneur que vous acceptiez de siéger parmi notre honorable jury.*

*Vos compétences professionnelles et vos qualités humaines seront pour nous un exemple dans l'exercice de la profession.*

*Qu'il soit permis de présenter à travers ce travail, le témoignage de mon grand respect et de ma profonde considération.*

*Merci d'être là à toutes les épreuves et en tout temps.*

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :**  
**PROFESSEUR ABOU EL HASSAN TAOUFIK**  
***Professeur agrégé d'anesthésie et de réanimation***  
***AU CHU MOHAMMED VI de Marrakech***

*Nous vous remercions sincèrement de l'honneur que vous nous faites en  
siégeant dans notre jury.*

*Vous avez fait preuve d'une grande disponibilité et d'une grande  
gentillesse.*

*Veillez trouver, cher Maître, dans ce modeste travail, l'expression de  
notre sincère gratitude.*

**A Mon maître et cher ami :**  
**Dr. ABDELAZIZ ERRIMANI**  
***Spécialiste en chirurgie générale et directeur de l'hôpital***  
***préfectoral d'INZEGANE***

*Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en nous  
confiant ce travail et nous espérons être à la hauteur.*

*Nous avons toujours trouvé auprès de vous un accueil très chaleureux.  
Vous avez sacrifié beaucoup de votre temps pour mener à bout ce travail,  
nous sommes très reconnaissants des grands efforts que vous avez fournis  
en dirigeant ce travail.*

*Nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines,  
professionnelles qui ont toujours suscité notre admiration.  
Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre fidèle  
attachement, de notre profonde gratitude et notre haute estime.*



---

*LISTE DES FIGURES*



## Liste des figures

- Figure 1** : Carte sanitaire de la préfecture Inezgane Aït Melloul
- Figure 2** : Offre litière par discipline du CHP d'Inezgane
- Figure 3** : Entrée principale du CHPI
- Figure 4** : 10 premières causes d'hospitalisation au CHP d'Inezgane
- Figure 5** : TOM et IRL du CHPI entre 2004 et 2015
- Figure 6** : Durée moyenne de séjour par service en 2014 et 2015 exprimée en jours
- Figure 7** : Nombre des interventions chirurgicales déroulées au CHPI entre 2008 et 2015
- Figure 8** : Façade du service de chirurgie du CHPI
- Figure 9** : Répartition des urgences chirurgicales durant notre étude
- Figure 10** : Répartition dans le temps des urgences viscérales
- Figure 11** : Répartition des UCV selon l'âge
- Figure 12** : Répartition des UCV par sexe
- Figure 13** : Répartition des urgences digestives dans notre série
- Figure 14** : Répartition des appendicites aiguës dans le temps
- Figure 15** : Répartition par tranche d'âge des appendicites
- Figure 16** : Répartition des appendicites selon le sexe
- Figure 17** : Délai de consultation des appendicites dans notre étude
- Figure 18** : Motifs de consultation au cours des appendicites
- Figure 19** : Signes radiologiques au cours des appendicites de notre série
- Figure 20** : Répartition des appendicites selon l'aspect macroscopique
- Figure 21** : Répartition des urgences hépatobiliaires selon la tranche d'âge
- Figure 22** : Répartition des urgences hépatobiliaires selon le sexe
- Figure 23** : Délai de consultation au cours des urgences hépatobiliaires
- Figure 24** : Répartition des urgences hépatobiliaires selon l'aspect macroscopique
- Figure 25** : Répartition des occlusions intestinales dans le temps
- Figure 26** : Répartition des occlusions par tranche d'âge
- Figure 27** : Répartition des occlusions intestinales selon le sexe
- Figure 28** : Délai de consultation au cours des occlusions intestinales

- Figure 29** : Etiologies des occlusions intestinales
- Figure 30** : Répartition des péritonites dans le temps
- Figure 31** : Répartition des péritonites avec l'âge
- Figure 32** : Répartition des péritonites selon le sexe
- Figure 33** : Délai de consultation au cours des péritonites
- Figure 34** : Etiologies des péritonites de notre série
- Figure 35** : Répartition des hémorragies digestives par tranche d'âge
- Figure 36** : Répartition des hémorragies digestives selon le sexe
- Figure 37** : Délai de consultation au cours des hémorragies digestives
- Figure 38** : Circonstances d'apparition des hémorragies
- Figure 39** : ATCD liés à l'hémorragie digestive
- Figure 40** : Données de l'examen physique au cours des hémorragies digestives
- Figure 41** : Etiologies des hémorragies digestives
- Figure 42** : Répartition des pancréatites aiguës selon l'âge
- Figure 43** : Répartition des pancréatites aiguës selon le sexe
- Figure 44** : Délai de consultation des pancréatites dans notre étude
- Figure 45** : Etiologies des pancréatites aiguës au cours de notre étude
- Figure 46** : Répartition des urgences proctologiques par tranche d'âge
- Figure 47** : Répartition des urgences proctologiques selon le sexe
- Figure 48** : Délai de consultation des urgences proctologiques dans notre étude
- Figure 49** : Répartition des traumatismes abdominaux dans notre série
- Figure 50** : Répartition des traumatismes abdominaux dans les deux années de notre étude
- Figure 51** : Répartition des traumatismes abdominaux par tranche d'âge
- Figure 52** : Répartition des traumatismes abdominaux selon le sexe
- Figure 53** : Répartition par tranche d'âge des hernies étranglées
- Figure 54** : Répartition des hernies étranglées selon le sexe
- Figure 55** : Délai de consultation des hernies étranglées dans notre étude
- Figure 56** : Motifs de consultation au cours des hernies étranglées de notre série
- Figure 57** : Résultats de l'ASP au cours des hernies étranglées de notre série
- Figure 58** : Viabilité du contenu du sac herniaire



***LISTE DES TABLEAUX***



## Liste des tableaux

- Tableau 1** : Répartition dans le temps des urgences viscérales
- Tableau 2** : Répartition des UCV selon l'âge
- Tableau 3** : Répartition des UCV selon le sexe
- Tableau 4** : Nature des différentes urgences viscérales
- Tableau 5** : Répartition des appendicites aiguës dans le temps
- Tableau 6** : Répartition des appendicites aiguës selon l'âge
- Tableau 7** : Répartition des appendicites selon le sexe.
- Tableau 8** : Motifs de consultations des appendicites au cours de notre étude
- Tableau 9** : Signes physiques retrouvés au cours des appendicites aiguës
- Tableau 10** : Variations de la leucocytose au cours des appendicites
- Tableau 11** : Signes radiologiques au cours des appendicites
- Tableau 12** : Répartition des urgences hépatobiliaires selon la tranche d'âge
- Tableau 13** : Répartition des urgences hépatobiliaires selon le sexe
- Tableau 14** : Signes cliniques présents au cours des urgences hépatobiliaires de notre série
- Tableau 15** : Résultats de la NFS au cours des urgences hépatobiliaires de notre série
- Tableau 16** : Signes échographiques rencontrés au cours des urgences hépatobiliaires
- Tableau 17** : Urgences hépatobiliaires : Résultats de la TDM
- Tableau 18** : Répartition des occlusions intestinales dans le temps
- Tableau 19** : Répartition des occlusions selon l'âge
- Tableau 20** : Répartition des occlusions selon le sexe
- Tableau 21** : Signes cliniques retenus au cours des occlusions intestinales de notre série
- Tableau 22** : Anomalies biologiques retrouvées chez les patients avec occlusions intestinales
- Tableau 23** : Répartition des péritonites dans le temps
- Tableau 24** : Répartition des péritonites selon l'âge
- Tableau 25** : Répartition des péritonites selon le sexe
- Tableau 26** : Signes cliniques retrouvés au cours des péritonites de notre série
- Tableau 27** : Répartition des hémorragies digestives selon l'âge

- Tableau 28** : Répartition des hémorragies digestives selon le sexe
- Tableau 29** : ATCD liés à l'hémorragie digestive
- Tableau 30** : Données biologiques au cours des hémorragies digestives de notre série
- Tableau 31** : Répartition des pancréatites aiguës par tranche d'âge
- Tableau 32** : Répartition des pancréatites aiguës selon le sexe
- Tableau 33** : ATCD de nos patients atteints de pancréatite
- Tableau 34** : Signes cliniques au cours des pancréatites aiguës de notre série
- Tableau 35** : Etiologies des PA
- Tableau 36** : Répartition des urgences proctologiques par tranche d'âge
- Tableau 37** : Répartition des urgences proctologiques selon le sexe
- Tableau 38** : ATCD recueillies au cours des urgences proctologiques
- Tableau 39** : Motifs de consultation au cours des urgences proctologiques
- Tableau 40** : Répartition des traumatismes abdominaux par tranche d'âge
- Tableau 41** : Répartition des traumatismes abdominaux selon le sexe
- Tableau 42** : Signes généraux de malades victimes de traumatismes abdominaux
- Tableau 43** : Signes fonctionnels de malades victimes de traumatismes abdominaux
- Tableau 44** : Signes physiques de malades victimes de traumatismes abdominaux
- Tableau 45** : Lésions associées aux traumatismes abdominaux
- Tableau 46** : Signes radiologiques dans les traumatismes abdominaux de notre série
- Tableau 47** : Répartition des hernies étranglées selon l'âge
- Tableau 48** : Répartition des hernies étranglées selon le sexe.
- Tableau 49** : ATCD de hernie dans notre série
- Tableau 50** : Signes fonctionnels des hernies étranglées
- Tableau 51** : Signes physiques retrouvés au cours des hernies étranglées
- Tableau 52** : Résultats de la NFS au cours des hernies étranglée

- Tableau 53** : Résultats de l'ionogramme et de la CRP au cours des hernies étranglées
- Tableau 54** : Résultats de l'ASP au cours des hernies inguinales
- Tableau 55** : Contenu du sac herniaire
- Tableau 56** : Proportion des urgences digestives sur l'ensemble des urgences chirurgicales
- Tableau 57** : Tranche d'âge la plus touchée au cours des UCV
- Tableau 58** : Sexe le plus touché au cours des UCV
- Tableau 59** : Affection prédominante selon les études
- Tableau 60** : Urgences viscérales par ordre décroissant
- Tableau 61** : Fréquence des appendicites aiguës selon les études.
- Tableau 62** : Tranche d'âge la plus touchée au cours des appendicites aiguës des différentes études
- Tableau 63** : Répartition des appendicites aigues par sexe dans différentes études
- Tableau 64** : Délai de consultation au cours des appendicites des différentes études
- Tableau 65** : Motif de consultation le plus fréquent au cours des appendicites des différentes études
- Tableau 66** : Signe physique le plus fréquent au cours des appendicites des différentes études
- Tableau 67** : Fréquence de l'hyperleucocytose au cours des appendicites des différentes études
- Tableau 68** : Aspect échographique fréquent au cours des appendicites des différentes études
- Tableau 69** : Geste thérapeutique au cours des appendicites des différentes études
- Tableau 70** : Aspect macroscopique prédominant des appendicites des différentes études
- Tableau 71** : Fréquence des urgences hépatobiliaires selon les études.
- Tableau 72** : Tranche d'âge la plus touchée au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études
- Tableau 73** : Sexe le plus touchée au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études
- Tableau 74** : Délai de consultation au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études

- Tableau 75** : Motif de consultation le plus fréquent au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études
- Tableau 76** : Signe physique le plus fréquent au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études
- Tableau 77** : Signe biologique prédominant au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études
- Tableau 78** : Aspect échographique fréquent au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études
- Tableau 79** : Geste thérapeutique au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études
- Tableau 80** : Etiologies des urgences hépatobiliaires des différentes études
- Tableau 81** : Fréquence des occlusions intestinales aiguës selon les études
- Tableau 82** : Tranche d'âge la plus touchée au cours des occlusions intestinales des différentes études
- Tableau 83** : Répartition des occlusions intestinales aiguës par sexe dans différentes études
- Tableau 84** : Délai de consultation au cours des occlusions intestinales des différentes études
- Tableau 85** : Motif de consultation le plus fréquent au cours des occlusions intestinales des différentes études
- Tableau 86** : Signe physique le plus fréquent au cours des occlusions intestinales des différentes études
- Tableau 87** : Geste thérapeutique au cours des occlusions intestinales des différentes études
- Tableau 88** : Etiologies des occlusions intestinales des différentes études
- Tableau 89** : Fréquence des péritonites selon les études.
- Tableau 90** : Tranche d'âge la plus touchée au cours des péritonites aiguës des différentes études
- Tableau 91** : Délai de consultation au cours des péritonites aiguës des différentes études
- Tableau 92** : Motif de consultation le plus fréquent au cours des péritonites des différentes études
- Tableau 93** : Signe physique le plus fréquent au cours des péritonites aiguës des différentes études

- Tableau 94** : Fréquence de l'hyperleucocytose au cours des péritonites des différentes études
- Tableau 95** : Aspect de l'ASP prédominant au cours des péritonites des différentes études
- Tableau 96** : Geste thérapeutique au cours des péritonites
- Tableau 97** : Etiologie des péritonites au cours des différentes études
- Tableau 98** : Fréquence des traumatismes de l'abdomen selon les études
- Tableau 99** : Tranche d'âge la plus touchée au cours des traumatismes abdominaux des différentes études
- Tableau 100** : Répartition des traumatismes abdominaux par sexe dans différentes études
- Tableau 101** : Motif de consultation le plus fréquent au cours des traumatismes abdominaux des différentes études
- Tableau 102** : Signe physique le plus fréquent au cours des traumatismes abdominaux des différentes études
- Tableau 103** : Fréquence des hernies étranglées selon les études.
- Tableau 104** : Tranche d'âge la plus touchée au cours des hernies étranglées des différentes études
- Tableau 105** : Répartition des hernies étranglées par sexe dans différentes études
- Tableau 106** : Motif de consultation le plus fréquent au cours des hernies étranglées des différentes études
- Tableau 107** : Signe physique le plus fréquent au cours des hernies étranglées des différentes études
- Tableau 108** : Aspect échographique fréquent au cours des hernies étranglées des différentes études
- Tableau 109** : Geste thérapeutique prédominant au cours des hernies étranglées des différentes études



*ABBREVIATIONS*



## Liste des Abréviations

<b>AMG</b>	: Arrêt des matières et des gaz
<b>ASDE</b>	: Adjoint de santé diplômée d'état
<b>ASP</b>	: Abdomen sans préparation
<b>ATCD</b>	: Antécédent
<b>ATP</b>	: Agent de travaux publics
<b>BAV</b>	: Bronchiolite alvéolaire
<b>BMH</b>	: Bureau municipal d'hygiène
<b>CDTMR</b>	: Centre de diagnostic de la BK et des maladies respiratoires
<b>CHPI</b>	: Centre hospitalier provincial d'Inezgane
<b>CRP</b>	: Protéine C réactive
<b>CHRU</b>	: Hôpital régional universitaire
<b>CSC</b>	: Centre de santé communal
<b>CSCA</b>	: Centre de santé communal avec unité d'accouchement
<b>CSREF</b>	: Centre de santé de référence
<b>CSU</b>	: Centre de santé urbain
<b>CSUA</b>	: Centre de santé urbain avec maison d'accouchement
<b>DR</b>	: Dispensaire rural
<b>DMS</b>	: Durée moyenne de séjour
<b>ESSB</b>	: Etablissement de soins de santé de base
<b>FID</b>	: Fosse iliaque droite
<b>GCS</b>	: Glasgow <i>coma scale</i>
<b>GGT</b>	: Gamma Glutamyl Transférases
<b>HBPM</b>	: Héparine de bas poids moléculaire
<b>HTP</b>	: Hypertension portale
<b>IDL</b>	: Indice de rotation des lits
<b>IRM</b>	: Imagerie par résonance magnétique
<b>MFIU</b>	: Mort fœtal in utéro

<b>NFS</b>	: Numération de la formule sanguine
<b>ORL</b>	: Oto-rhino-laryngologie
<b>PNN</b>	: Polynucléaires neutrophiles
<b>RX</b>	: Radiographie standard
<b>SE</b>	: Sphinctérotomie endoscopique
<b>SEGMA</b>	: Services de l'Etat Gérés de Manière Autonome
<b>TCA</b>	: Temps de céphaline activé
<b>TDM</b>	: Tomodensitométrie
<b>TOM</b>	: Taux d'occupation moyenne des lits
<b>TP</b>	: Temps de prothrombine
<b>UCV</b>	: Urgences chirurgicales viscérales
<b>UIV</b>	: Urographie intraveineuse
<b>VS</b>	: Vitesse de la sédimentation
<b>VBP</b>	: Voie biliaire principale



*PLAN*



<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES</b> .....	<b>4</b>
I. Type et période d'étude .....	<b>5</b>
II. Lieu d'étude .....	<b>5</b>
1. Présentation du centre hospitalier d'Inezgane .....	<b>5</b>
2. Présentation du service de chirurgie, du bloc opératoire et des urgences du CHP d'Inezgane .....	<b>10</b>
III. Critères d'inclusion .....	<b>12</b>
IV. Critères d'exclusion .....	<b>12</b>
V. Recrutement des patients .....	<b>12</b>
VI. Recueil des données .....	<b>13</b>
VII. Exploitation de l'information .....	<b>13</b>
VIII. Limite de l'étude .....	<b>13</b>
<b>RÉSULTATS ET ANALYSE</b> .....	<b>14</b>
I. Résultat global .....	<b>15</b>
1. Urgences viscérales .....	<b>15</b>
2. Urgences gynéco-obstétricales .....	<b>15</b>
3. Urgences traumatolo-orthopédiques .....	<b>15</b>
4. Urgences urogénitales .....	<b>15</b>
5. Urgences ORL .....	<b>15</b>
II. Etude analytique des urgences viscérales .....	<b>16</b>
1. Etude globale .....	<b>16</b>
2. Appendicites aiguës .....	<b>19</b>
3. Affections hépatobiliaires d'urgence .....	<b>26</b>
4. Occlusions intestinales .....	<b>32</b>
5. Péritonites .....	<b>38</b>
6. Hémorragies digestives .....	<b>43</b>
7. Pancréatites aiguës .....	<b>49</b>
8. Urgences proctologiques .....	<b>55</b>
9. Traumatismes de l'abdomen .....	<b>60</b>
10. Hernies étranglées .....	<b>68</b>
11. Ingestion de produits caustiques .....	<b>76</b>
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>77</b>
I. Aperçu général sur l'activité des urgences du CHPI .....	<b>78</b>
1. Production hospitalière en service de chirurgie viscérale .....	<b>78</b>
2. Utilisation et rendement de la capacité litière .....	<b>78</b>
3. Les décès .....	<b>79</b>
4. Les urgences viscérales rencontrées .....	<b>79</b>
5. Evolution globale de nos malades .....	<b>79</b>
II. Comparaison des urgences chirurgicales viscérales avec celles d'autres hôpitaux .....	<b>79</b>

1. Proportion des urgences digestives sur l'ensemble des urgences chirurgicales selon les études .....	80
2. Comparaison des urgences viscérales selon l'âge.....	80
3. Comparaison des urgences viscérales selon le sexe .....	81
4. Affection prédominante des urgences chirurgicales viscérales .....	81
5. Répartition des 4 premières pathologies par ordre de fréquence décroissante	82
III. Comparaison des appendicites aiguës.....	83
1. Fréquence des appendicites aiguës.....	83
2. Comparaison des appendicites aiguës selon l'âge.....	84
3. Selon le sexe.....	85
4. Délai de consultation.....	85
5. Motif de consultation.....	86
6. Signe physique.....	87
7. Fréquence de l'hyperleucocytose.....	88
8. Echographie abdominale.....	88
9. Traitement.....	89
10. Répartition des appendicites selon l'aspect macroscopique.....	90
IV. Comparaison des urgences hépatobiliaires.....	91
1. Fréquence des urgences hépatobiliaires.....	91
2. Comparaison des urgences hépatobiliaires selon l'âge.....	92
3. Selon le sexe.....	93
4. Délai de consultation.....	93
5. Motif de consultation.....	94
6. Signe physique.....	95
7. Biologie.....	95
8. Echographie abdominale.....	96
9. Traitement.....	97
10. Etiologie prédominante des urgences hépatobiliaires.....	97
V. Comparaison des occlusions intestinales aiguës.....	98
1. Fréquence.....	98
2. Comparaison des occlusions intestinales aiguës selon l'âge.....	99
3. Selon le sexe :.....	100
4. Délai de consultation.....	101
5. Motif de consultation.....	102
6. Signe physique.....	103
7. Examens paracliniques.....	103
8. Traitement.....	104
9. Etiologies.....	105
VI. Comparaison des péritonites.....	106
1. Fréquence des péritonites.....	106
2. Comparaison des péritonites aiguës selon l'âge.....	107
3. Selon le sexe.....	108
4. Délai de consultation.....	109

5. Motif de consultation.....	110
6. Signe physique.....	111
7. Biologie.....	112
8. ASP.....	112
9. Traitement.....	113
10. Etiologies.....	114
VII. Comparaison des traumatismes abdominaux.....	115
1. Fréquence.....	115
2. Comparaison des péritonites aiguës selon l'âge.....	116
3. Selon le sexe.....	117
4. Motif de consultation.....	118
5. Signe physique.....	119
6. Biologie.....	119
7. Radiologie.....	120
8. Traitement.....	122
VIII. Comparaison des hernies étranglées.....	123
1. Fréquence des hernies étranglées.....	123
2. Comparaison des hernies étranglées selon l'âge.....	124
3. Selon le sexe.....	125
4. Délai de consultation.....	126
5. Motif de consultation.....	127
6. Signe physique.....	128
7. Examens complémentaires.....	129
8. Traitement.....	131
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>134</b>
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>136</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>138</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>143</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>147</b>



# *INTRODUCTION*



Les urgences en chirurgie digestive constituent une part importante des activités du service des urgences. Apanage de tous les âges, l'abdomen aigu chirurgical relève de plusieurs étiologies et pose toujours un problème de prise en charge surtout dans les centres hospitaliers préfectoraux. (1)

Le retard tant diagnostique que thérapeutique, relève de plusieurs causes : les erreurs initiales de diagnostic, la précarité du plateau technique, le niveau socio-économique bas, le manque de personnel qualifié (anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens) et l'accessibilité géographique du centre. (2)

Les urgences chirurgicales viscérales au centre hospitalier provincial d'Inezgane sont comparables à celles que l'on rencontre au centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech, occupant le premier rang de l'ensemble des urgences chirurgicales, mais elles revêtent certaines particularités dues essentiellement à un délai de traitement supérieur de quelques heures en raison de la présence de cinq salles de bloc opératoire au niveau des urgences du CHU, dont le service des urgences du CHP d'Inezgane est dépourvu. (3)

L'appendicite aiguë, la cholécystite aiguë, l'occlusion intestinale aiguë, et la péritonite aiguë en constituent les principales étiologies. (4)

Ce travail consiste en une étude statistique et analytique de l'activité des urgences chirurgicales viscérales de l'Hôpital préfectoral d'INEZGANE, menée pendant une durée de 2 ans allant du 2014 à 2015, permettant une analyse étiologique et une étude du pronostic global de la chirurgie digestive d'urgence dans le centre hospitalier provincial d'Inezgane en comparaison avec les données de la littérature afin d'aboutir à des propositions concrètes visant à améliorer la prise en charge et le pronostic de l'abdomen aigu chirurgical dans le centre hospitalier provincial d'Inezgane.

Elle a pour objectifs de:

- Présenter un aperçu général et descriptif sur le CHP d'Inezgane et sur l'organisation du service des urgences.
- D'étendre le bilan statistique des différentes urgences chirurgicales viscérales qui y sont prises en charge.
- Discuter les résultats et les comparer avec les données de la littérature.
- Repérer d'éventuels problèmes de dysfonctionnement et en soulever les principaux.
- Et enfin, de formuler des suggestions de solutions dans le but d'améliorer le rendement du service des urgences chirurgicales de l'hôpital d'Inezgane.

Nous rapportons une série de 1267 cas d'urgences digestives recueillis au service de chirurgie viscérale au centre hospitalier provincial d'Inezgane du 01 janvier 2014 au 31 décembre 2015.

:



---

*MATÉRIELS*  
*ET*  
*MÉTHODES*



---

## **I. Type et période d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de chirurgie de l'hôpital provincial d'Inezgane portant sur 2ans allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2015 ayant concerné 1267 urgences chirurgicales viscérales admises durant cette période

## **II. Lieu d'étude :**

### **1. Présentation du centre hospitalier d'Inezgane :**

Le centre hospitalier d'Inezgane Ait Melloul, est un hôpital à vocation générale, géré en mode SEGMA depuis 1996. Il fut d'une superficie totale de 9120 m<sup>2</sup>, il exerce une mission de service public au profil de la population de la préfecture. Il fut un centre de référence spécialisé qui intervint en complémentarité avec le réseau de soins de santé de base de la préfecture.

Le centre hospitalier d'Inezgane Ait Melloul dispose d'un budget annuel de fonctionnement oscillant entre 10 100 000 Millions de Dirhams. Il est constitué par la subvention de fonctionnement accordée par le Ministère de la santé qui est de 5 333 700,00, et les recettes propres qui sont de 4 766 300,00. (5)

La capacité litière du CHP d'Inezgane est de 310 lits dont 45 en médecine générale, 30 en pédiatrie, 70 en chirurgie, 70 en psychiatrie, 25 en maternité et 70 en pneumo-phtisiologie, avec un effectif total de 274 personnels dont 57 personnels médicaux, 173 personnels paramédicaux et 44 personnels administratifs. (6-7)

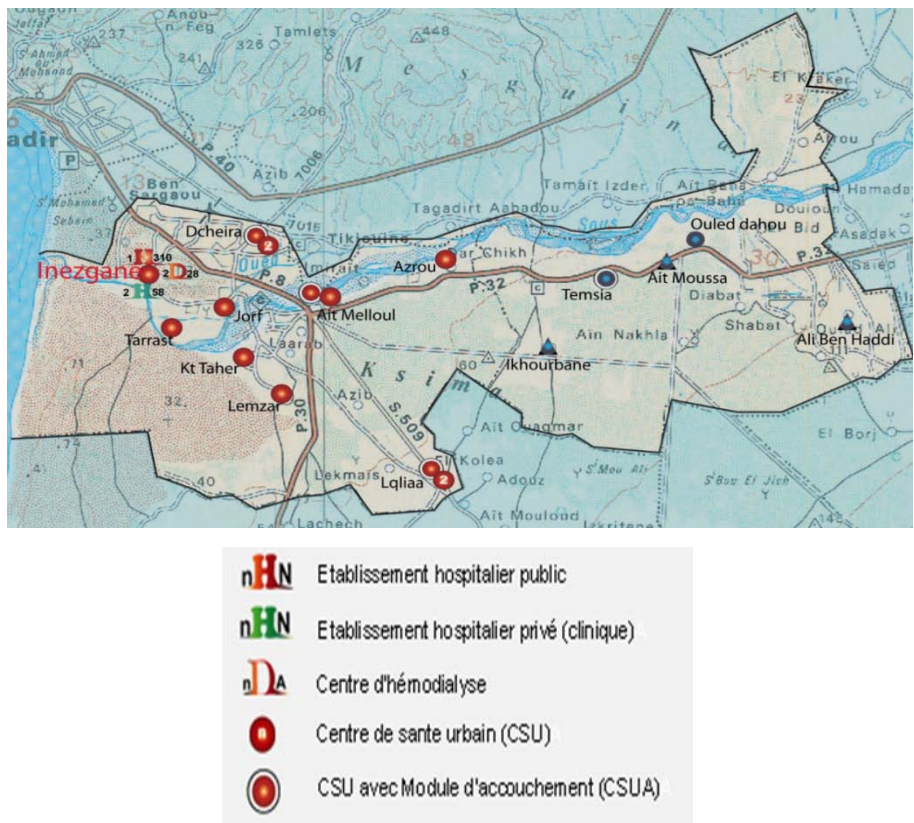


Figure 1 : Carte sanitaire de la préfecture Inezgane Ait Melloul (8)

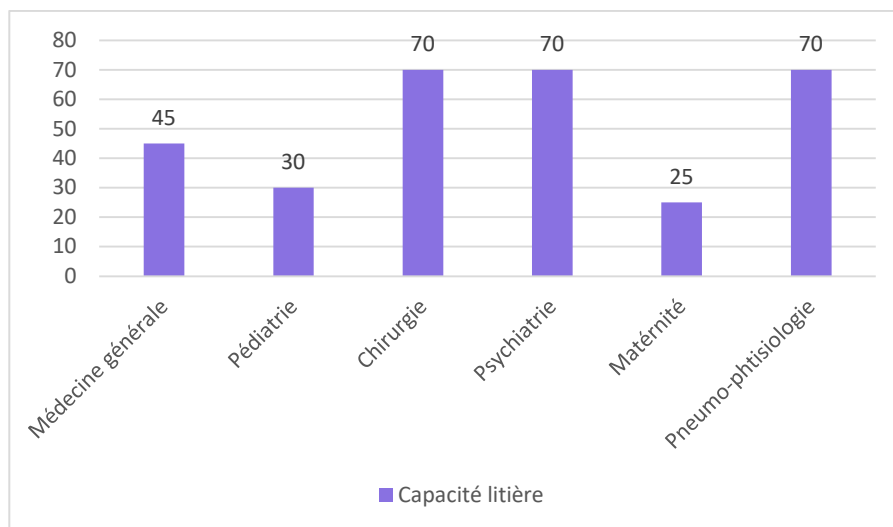


Figure 2 : Offre litière par discipline du CHP d'Inezgane (7)

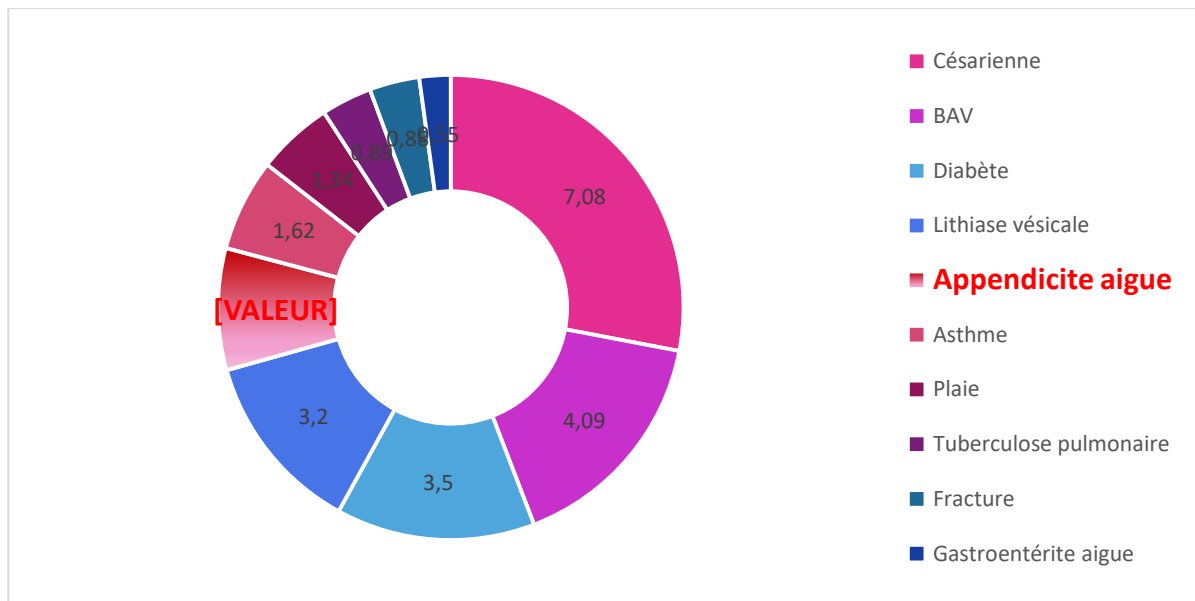
Les services existants durant la période étudiée : (7)

- Les urgences médicales et chirurgicales
- Service de psychiatrie

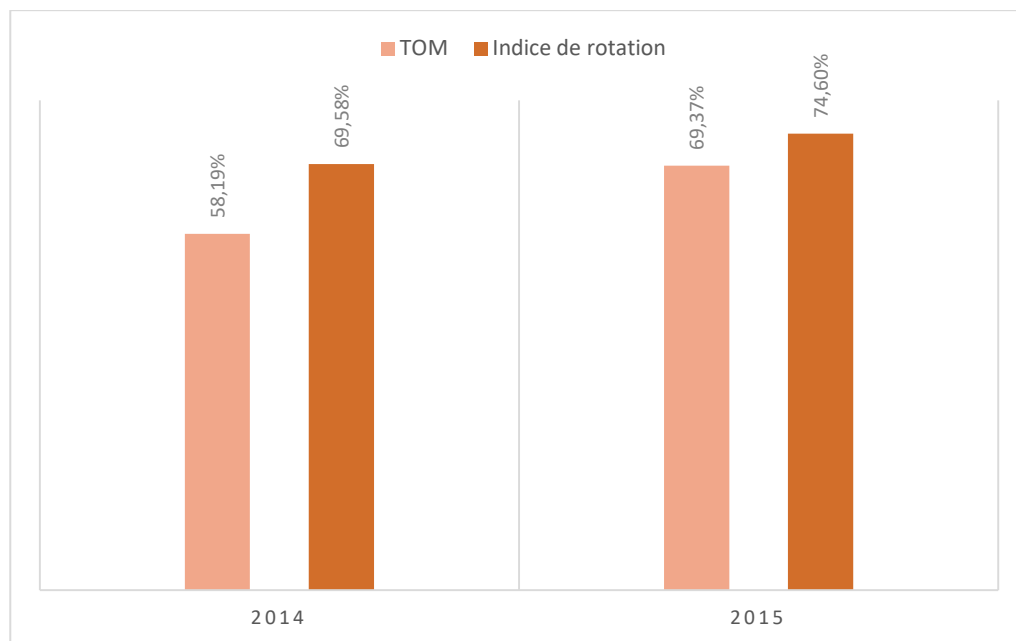
- Service de médecine (générale, cardiologie, dermatologie, gastro-entérologie, médecine interne, pneumo-phtisiologie, endocrinologie, néphrologie)
- Service de pédiatrie
- Service de chirurgie (viscérale, traumatolo-orthopédique, urologie, ORL)
- Service de gynéco-obstétrique
- Service de radiologie : 2 salles centrales et une aux urgences, équipées de radiographie standard, d'échographie et d'écho-doppler
- Un laboratoire de biologie avec deux spectrophotomètres et deux automates d'hématologie
- Centre d'hémodialyse avec 11 appareils de dialyse
- Un bloc opératoire central composé de deux salles équipées, pas de bloc opératoire aux urgences.
- Une salle pour les examens endoscopiques
- Une salle de kinésithérapie
- La morgue



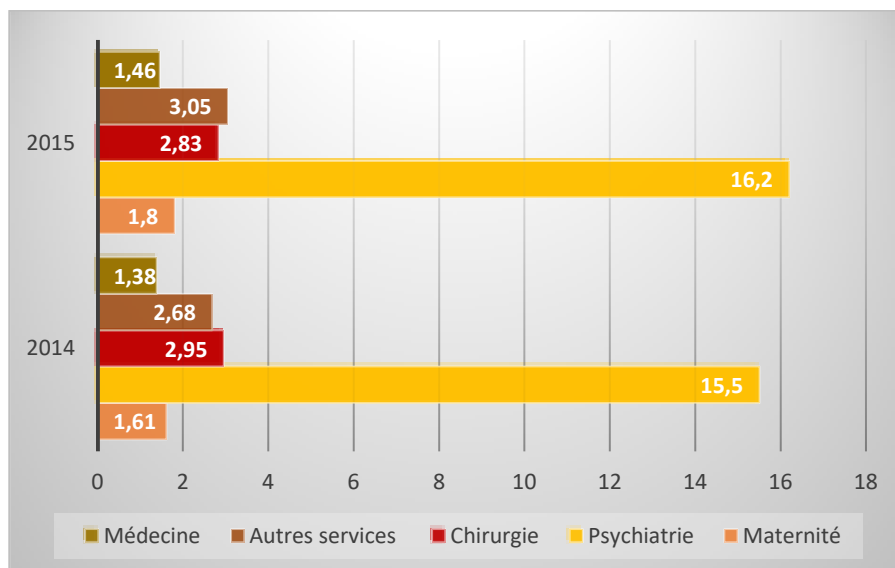
**Figure 3 : Entrée principale du CHP d'Inezgane**



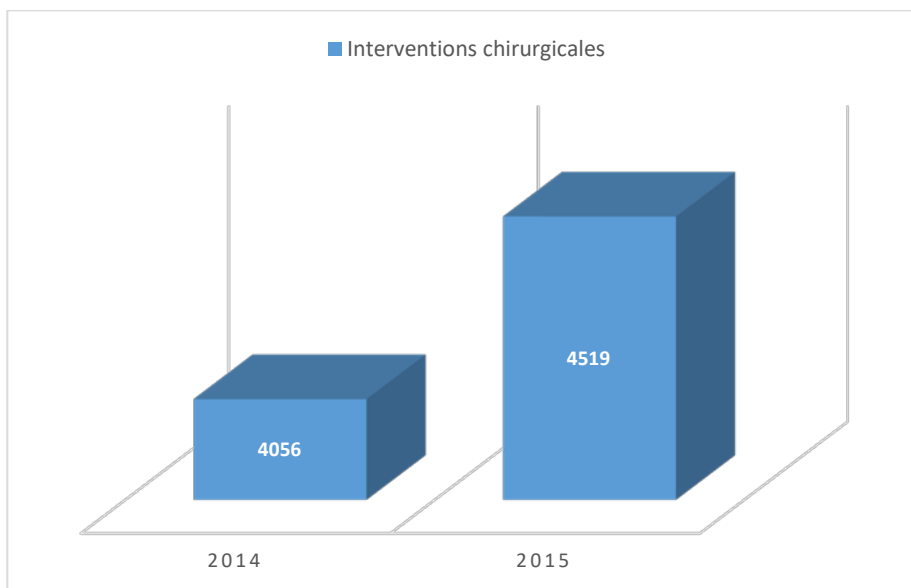
**Figure 4 : 10 premières causes d'hospitalisation au CHP d'Inezgane**



**Figure 5 : TOM et IRL du CHP d'Inezgane en 2014 et 2015 (8)**



**Figure 6 : Durée moyenne de séjour par service en 2014 et 2015 exprimée en jours (8)**



**Figure 7 : Nombre des interventions chirurgicales déroulées au CHP d'Inezgane en 2014 et 2015(8)**

## **2. Présentation du service de chirurgie, du bloc opératoire et des urgences du CHP d'Inezgane :**

### **2.1. Urgences du CHP d'Inezgane :**

Le service des urgences de l'hôpital préfectoral d'Inezgane est le service d'urgence de référence pour la préfecture et le seul service public d'Inezgane. Les urgences du CHPI sont assurées 24h/24h. L'équipe de garde au niveau des urgences est composée d'un médecin généraliste et d'un médecin interne assurant la consultation suivant un système de garde de 12h/36, au sein des services la garde médicale est assurée par les médecins spécialistes (chirurgien, gynécologue, anesthésiste réanimateur, radiologue, pédiatre) et sont mobilisables par appel.

Les urgences chirurgicales sont admises au niveau des urgences, mais elles sont opérées au niveau du bloc opératoire au sein du service de chirurgie par le chirurgien de garde.

Assurant la garde parallèlement aux infirmiers du service des urgences, on trouve :

- Un infirmier anesthésiste avec ATP
- Deux infirmiers du bloc opérateur (aide+panseur)
- Un technicien de radiologie
- Un technicien de biologie

### **2.2. Service de chirurgie :**

C'est un service doté d'une capacité litière de 70 pour un nombre annuel d'admissions de l'ordre de 1371 qui constituent 21% de toutes les admissions de l'hôpital.

#### **a. Ressources humaines :**

- 5 chirurgiens viscéralistes
- 1 urologue
- 2 traumatologues orthopédistes
- 4 gynéco-obstétriciens

- 1 ORL
- 5 infirmiers
- Un agent de service

**b. Locaux :**

- 9 salles d'hospitalisation (6 grandes et 3 petites)
- 1 salle de pansement
- 3 bureaux pour les médecins
- 1 bureau pour l'infirmier Major.
- 1 salle de repos.



**Figure 8 : Façade du service de chirurgie du CHPI**

**2.3. Bloc opératoire :**

**a. locaux :**

- 3 salles opératoires
- 1 salle de stérilisation
- 1 salle d'instruments
- 1 salle de réveil.

**b. Personnel Médical :**

Trois médecins anesthésistes–réanimateurs assurant l'activité anesthésique de 8h à 15h.

**c. Paramédical :**

- Infirmiers Anesthésistes
- Aides
- Panseurs
- Agents de service

### **III. Critères d'inclusion :**

Nous avons inclus dans cette étude, les patients admis aux urgences pour urgence chirurgicale digestive, qui ont un âge supérieur à 15 ans et qui ont été hospitalisés au service de chirurgie de l'hôpital d'Inezgane durant la période allant du premier janvier 2014 au 31 décembre 2015

### **IV. Critères d'exclusion :**

- Tout patient opéré hors du service de chirurgie du CHP d'Inezgane.
- Toute urgence digestive d'origine médicale
- Les urgences chirurgicales extra–digestives

### **V. Recrutement des patients :**

Nos patients sont recrutés par le biais des urgences du centre hospitalier préfectoral d'Inezgane

## **VI. Recueil des données :**

Cette étude est un travail de synthèse. Elle a été élaborée à partir de la consultation et l'exploitation des :

- Registre des consultations des urgences
- Registre du service de chirurgie
- Dossiers médicaux
- Recherche bibliographique électronique à l'aide des moteurs de recherche Pubmed, ScienceDirecte, EMC, Hinari en français et en anglais.
- Saisie des données sur Excel et Word

## **VII. Exploitation de l'information :**

L'information ainsi recueillie :

- Age et sexe des patients
- Date de consultation
- Nature des urgences chirurgicales
- Renseignements cliniques, paracliniques et évolutifs

## **VIII. Limite de l'étude :**

La mise à jour de ce travail s'est heurtée à plusieurs obstacles en rapport avec :

- La procédure administrative longue pour avoir l'accord d'exploitation des dossiers au sein des urgences et du service de chirurgie du CHP d'Inezgane
- L'absence d'entretien et d'organisation dans la salle des archives a rendu la recherche des dossiers difficile.
- Les dossiers médicaux sont parfois pauvres et ne contiennent que les résultats des bilans paracliniques, la feuille de température et la fiche de liaison.



---

*RÉSULTATS*

*ET*

*ANALYSE*



---

## **I. Résultat global :**

Durant les deux années d'étude allant du mois de Janvier 2014 au mois de Décembre 2015, le service de chirurgie de l'hôpital provincial d'Inezgane a reçu par le biais des urgences 3454 patients présentant une urgence chirurgicale.

### **1. Urgences viscérales :**

Elles viennent en 1er rang avec un effectif de 1267 cas soit 36,68% de l'ensemble des urgences chirurgicales.

### **2. Urgences gynéco-obstétricales :**

Elles viennent en 2eme rang avec 1052 soit 30,45% de l'ensemble des urgences chirurgicales.

### **3. Urgences traumatolo-orthopédiques :**

Elles sont au nombre de 740cas représentant 21,42% de l'ensemble des urgences chirurgicales et viennent donc en 3ème position

### **4. Urgences urogénitales :**

Elles viennent en 4ème position avec un effectif global de 221 cas soit 6,40% de l'ensemble des urgences chirurgicales.

### **5. Urgences ORL :**

Elles viennent en dernière position avec un effectif global de 174 soit 5,03% de l'ensemble des urgences chirurgicales.

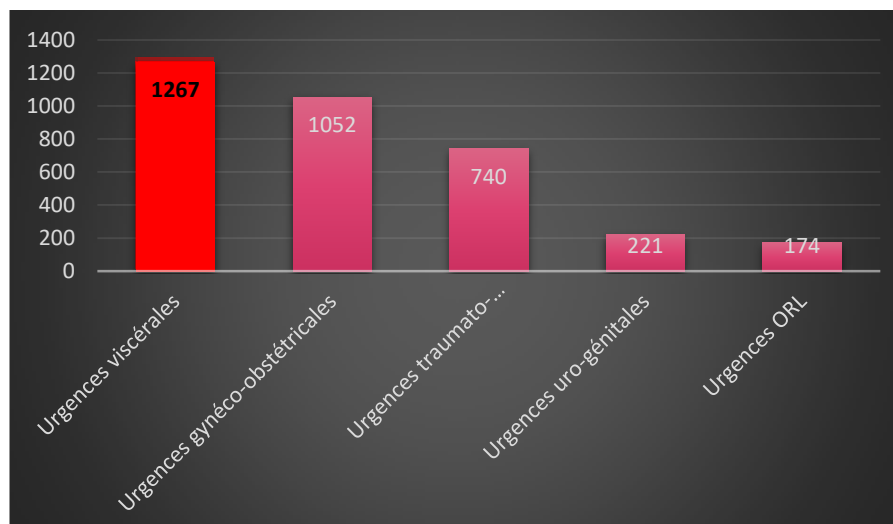


Figure 9: Répartition des urgences chirurgicales durant notre étude

## II. Etude analytique des urgences viscérales :

### 1. Etude globale :

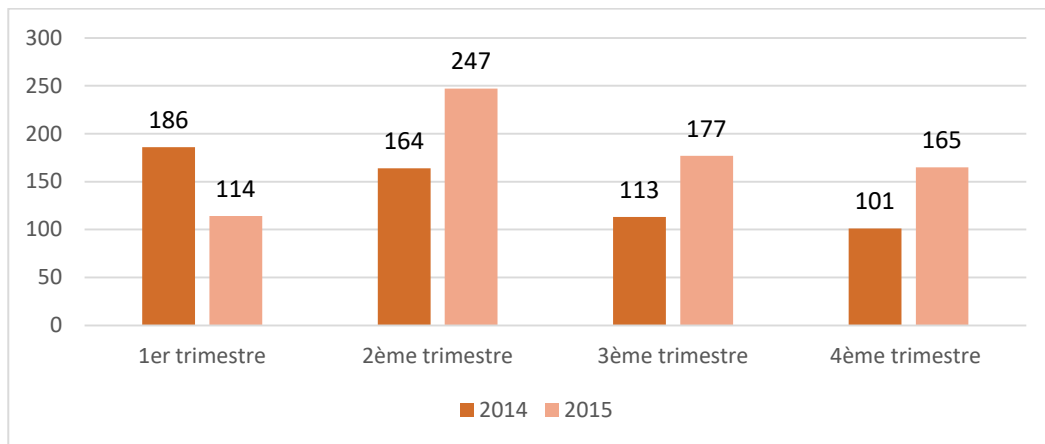
#### 1.1. Fréquence :

Les urgences en chirurgie digestive ont concerné 1267 patients représentant 10,05% des activités du service des urgences et 36,68% des urgences chirurgicales

#### 1.2. Répartition dans le temps :

Tableau 1 : Répartition dans le temps des urgences viscérales

		1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>ème</sup> trimestre	3 <sup>ème</sup> trimestre	4 <sup>ème</sup> trimestre	Total année
2014	Nombre de cas	186	164	113	101	564
	Pourcentage	14,68	12,94	8,91	7,8	44,33%
2015	Nombre de cas	114	247	177	165	703
	Pourcentage	9%	19,48%	14%	13%	55,48%
Total	Nombre de cas	300	411	290	266	1267
Trimestre	Pourcentage	23,6%	32,45%	22,95%	21%	100%



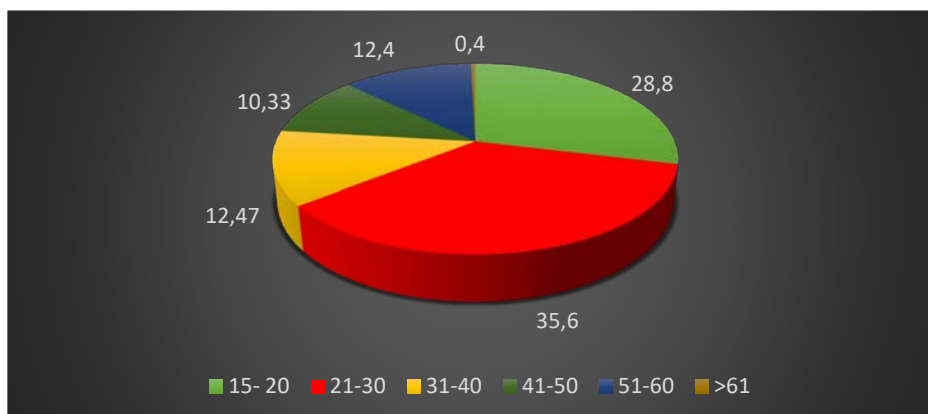
**Figure 10 : Répartition dans le temps des urgences viscérales**

Les urgences viscérales sont très fréquentes au cours de l'année 2015 avec 703 cas soit 55,48% et un maximum au cours du deuxième trimestre avec 247 cas soit 19,48%

**1.3. Répartition selon l'âge :**

**Tableau 2 : Répartition selon l'âge des UCV**

Tranche d'âge	Nombre de cas	Pourcentage
15-20	365	28,8
21-30	451	35,6
31-40	158	12,47
41-50	131	10,33
51-60	157	12,4
>61	5	0,4
<b>Total</b>	<b>1267</b>	<b>100</b>



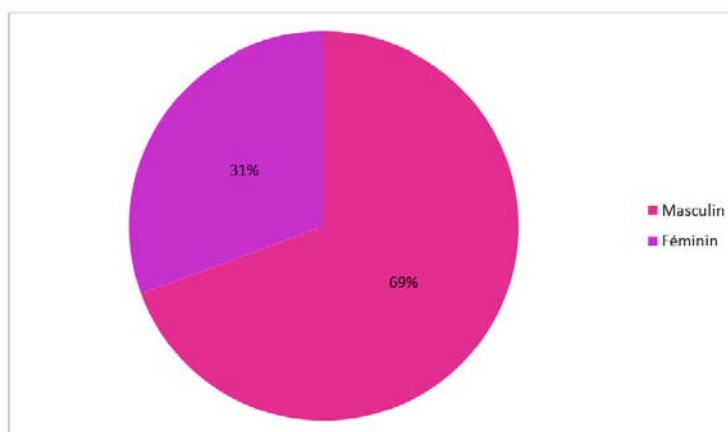
**Figure 14 : Répartition des UCV selon l'âge**

La tranche d'âge la plus atteinte est comprise entre 21 et 30 ans avec 451 cas soit 35,60%.

**1.4. Répartition selon le sexe :**

**Tableau 3 : Répartition des UCV selon le sexe**

Sexe	Nombre de cas	Pourcentage
Masculin	<b>879</b>	<b>69,37</b>
Féminin	388	30,62
<b>Total</b>	<b>1267</b>	<b>100</b>



**Figure 12 : Répartition des UCV par sexe**

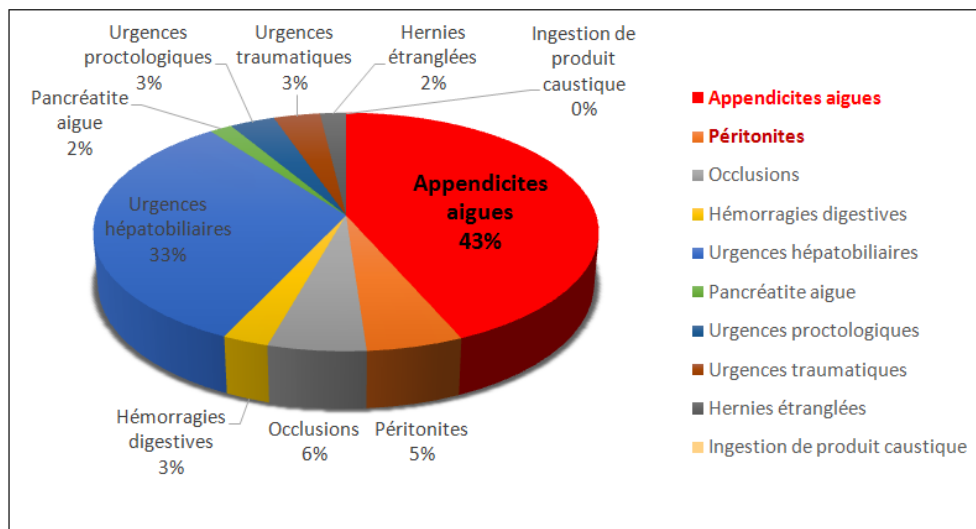
Le sexe masculin est le plus affecté avec 879 cas soit 69,37%

**1.5. Répartition selon la nature de l'urgence :**

**Tableau 4 : Nature des différentes urgences viscérales**

Nature de l'urgence	Nombre de cas	Pourcentage
<b>Appendicites aiguës</b>	<b>550</b>	<b>43,41</b>
<b>Urgences hépatobiliaires</b>	415	32,75
<b>Occlusions</b>	70	5,52
<b>Péritonites</b>	69	5,44
<b>Hémorragies digestives</b>	33	2,60
<b>Urgences traumatiques</b>	43	3,4
<b>Urgences proctologiques</b>	42	3,31
<b>Hernies étranglées</b>	24	1,9
<b>Pancréatite aiguë</b>	21	1,65
<b>Ingestion de produits caustiques</b>	0	0%
<b>Total</b>	<b>1267</b>	<b>100</b>

Le tableau n°4 montre que quatre grandes affections constituent l'essentiel des urgences chirurgicales digestives avec en tête les appendicites aiguës (43,41%), ensuite les urgences hépatobiliaires (32,75 %), suivies des occlusions et des péritonites (respectivement de 5,52 et 5,44%). Les abdomens traumatiques ont constitué seulement 3,4 % de l'échantillon, les urgences proctologiques (3,31%), les hémorragies digestives (2,60%), les hernies étranglées (1,9%) et la pathologie pancréatique (1,65%) ont été rares.



**Figure 13 : Répartition des urgences digestives dans notre série**

## 2. Appendicites aiguës :

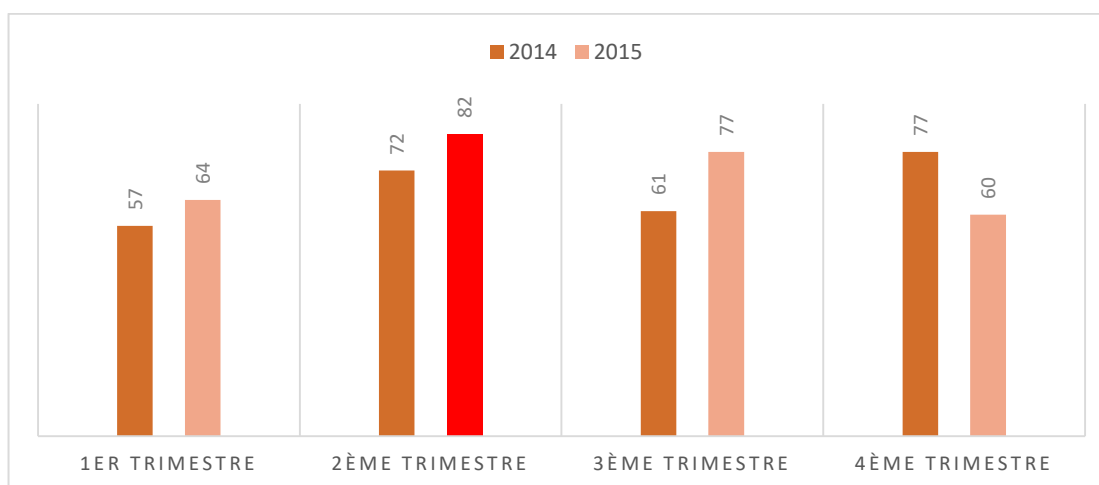
### 2.1. Fréquence :

Au cours de notre période d'étude, l'appendicite occupe la première place dans la totalité des urgences viscérales avec 550 cas soit 43,41% de l'ensemble des urgences viscérales.

**2.2. Répartition dans le temps :**

**Tableau 5 : Répartition des appendicites aiguës dans le temps**

		1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>ème</sup> trimestre	3 <sup>ème</sup> trimestre	4 <sup>ème</sup> trimestre	Total année
2014	Nombre de cas	57	72	61	77	267
	Pourcentage	10,36	13,08	11,08	14	48,54
2015	Nombre de cas	64	82	77	60	283
	Pourcentage	11,63	14,9	14	10,9	51,45
Total Trimestre	Nombre de cas	121	154	138	137	550
	Pourcentage	22	28	25,09	24,90	100



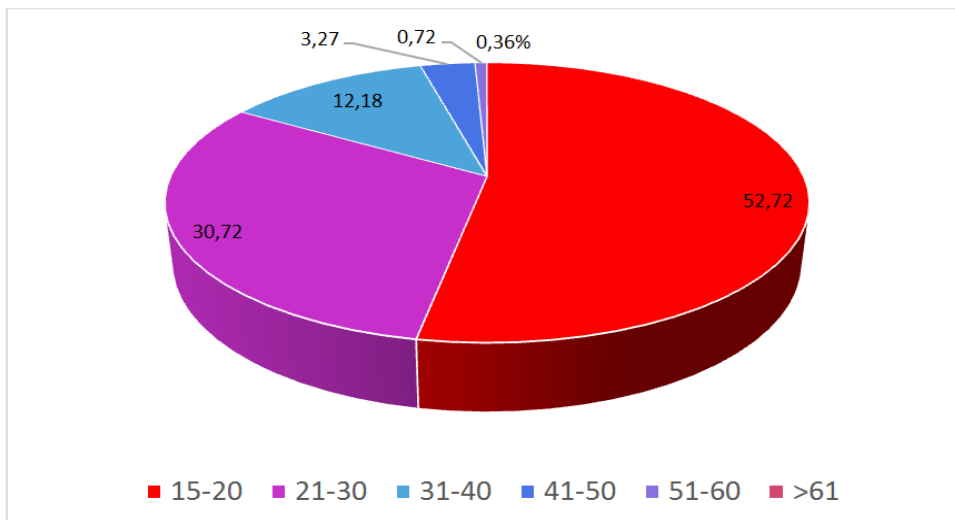
**Figure 14 : Répartition des appendicites aiguës dans le temps**

L'affluence maximale des appendicites se situe au cours de l'année 2015 avec 283 cas soit 51,45% et une prédominance au cours du deuxième trimestre avec 82 cas soit 14,9%.

**2.3. Répartition selon l'âge :**

**Tableau 6 : Répartition des appendicites aiguës selon l'âge**

Tranche d'âge	Nombre de cas	Pourcentage
15-20	290	52,72
21-30	169	30,72
31-40	67	12,18
41-50	18	3,27
51-60	4	0,72
>61	2	0,36
Total	550	100



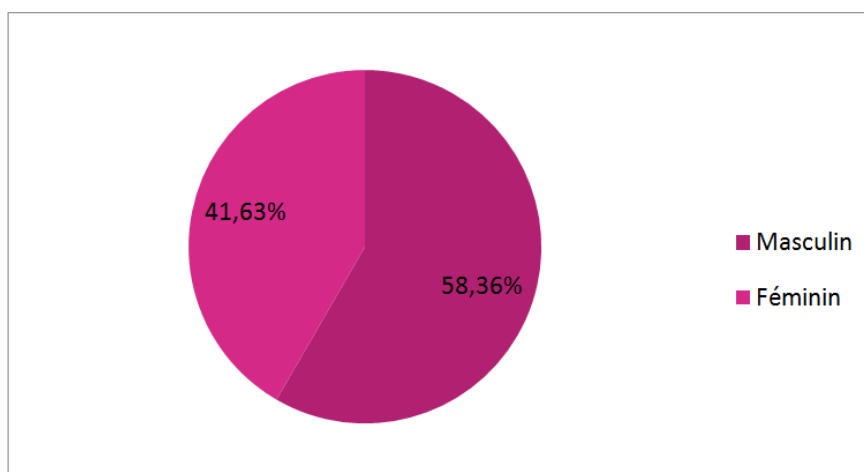
**Figure 15 : Répartition par tranche d'âge des appendicites aiguës :**

La tranche d'âge la plus fréquemment touchée se situe entre 15 et 20 ans avec 290 cas soit 52,72%.

**2.4. Répartition selon le sexe :**

**Tableau 7 : Répartition des appendicites selon le sexe.**

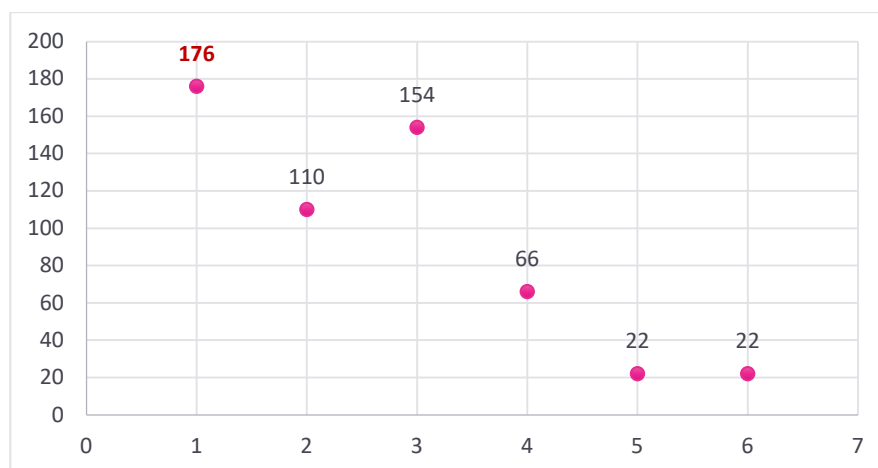
Sexe	Nombre de cas	Pourcentage
Masculin	321	58,36
Féminin	229	41,63
Total	550	100



**Figure 16 : Répartition des appendicites selon le sexe**

On constate que le sexe masculin est le plus fréquemment atteint par les appendicites aiguës avec un effectif de 321 cas soit 58,36%.

**2.5. Temps de latence entre le début des troubles et la consultation :**



**Figure 17 : Délai de consultation des appendicites dans notre étude**

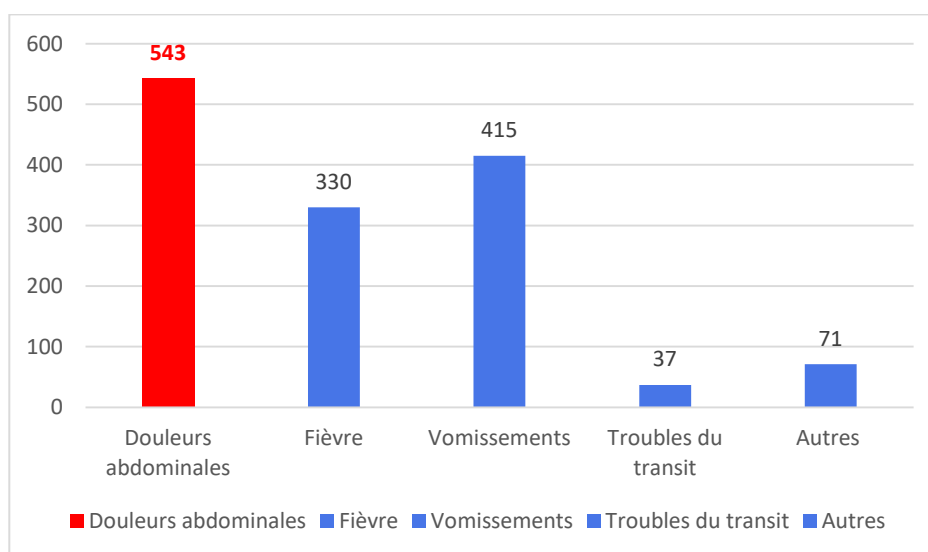
Dans notre série la majorité des cas a consulté entre le 1er et le 3ème jour

**2.6. Motifs de consultation :**

**Tableau 8 : Motifs de consultations des appendicites au cours de notre étude**

Motif de consultation	Nombre de cas	Pourcentage
<b>Douleurs abdominales</b>	<b>543</b>	<b>98,72%</b>
Fièvre	330	60%
Nausée et vomissements	415	75,45%
Troubles du transit	21 constipations 16 AMG	3,81% 2,90%
Autres	71	12,90%

La douleur abdominale était le signe d'appel le plus fréquent dans notre série, elle a été retrouvée chez 543 patients soit 98,72%, la fièvre a été retrouvée chez 330 patients soit 60%, 415 patients ont présenté des vomissements et 37 patients ont rapporté des troubles de transit avec 21 cas de constipation soit 3,81% et 16 cas d'arrêt des matières et des gaz soit 75,45%



**Figure 18 : Motifs de consultation au cours des appendicites**

**2.7. Signes physiques :**

**Tableau 9 : signes physiques retrouvés au cours des appendicites aiguës**

	Signe	Nombre de cas	Pourcentage
<b>Palpation abdominale</b>	Défense FID	<b>379</b>	<b>68,91</b>
	Sensibilité FID	<b>129</b>	<b>23,45</b>
	Défense généralisée	<b>28</b>	<b>5,09</b>
	Contracture	<b>9</b>	<b>1,63</b>
<b>Toucher rectal</b>	TR fait	<b>23</b>	<b>4,18</b>
	TR douloureux	<b>3</b>	<b>0,54</b>

La recherche des signes physiques révèle que 379 (68,90%) patients présentent une défense de la FID, 129 (23,45%) patients présentent une sensibilité à la fosse iliaque droite, 9 (1,63%) patients avaient une contracture, et 28 (5,09%) patients avaient une défense généralisée.

Le toucher rectal a été réalisé chez 23 malades, il a entraîné une douleur pour 3 (0,54%) patients et il s'est avéré normal chez 20 (3,63%) patients.

**2.8. Biologie :**

La NFS a été pratiquée chez 412 de nos malades soit 74,90%.

Les résultats sont les suivants : (Tableau 10)

**Tableau 10 : Variations de la leucocytose au cours des appendicites**

	Nombre de cas	Pourcentage
GB inférieur à 10000/mm3	60	10,9
10000<GB<15000	39	7,09
15000<GB<25000	<b>255</b>	<b>46,36</b>
GB>25000	58	10,54

Une hyperleucocytose a été retrouvée chez 294 PATIENTS SOIT 53,45%

Le dosage de la CRP n'a été réalisé chez aucun des 550 patients.

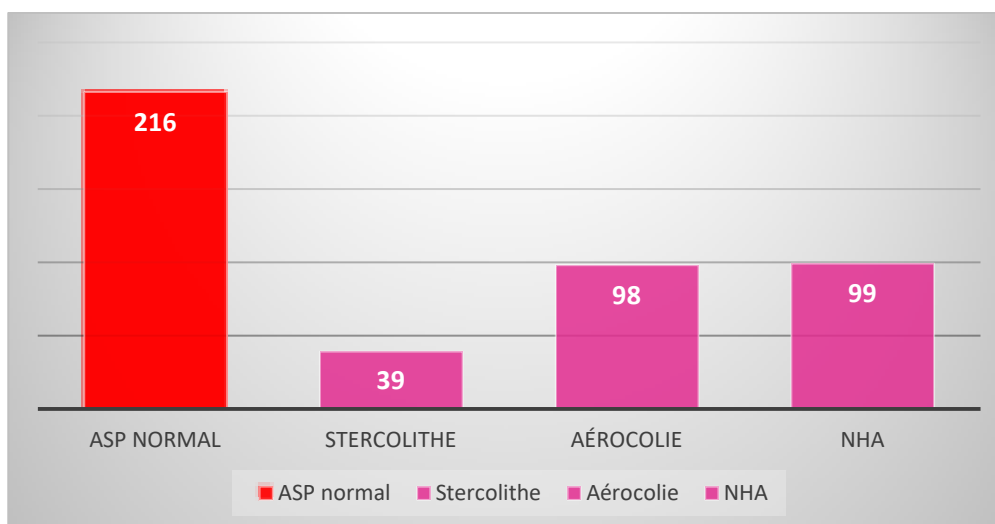
**2.9. Examens paracliniques :**

**a. ASP :**

Dans notre série, cet examen a été fait chez 452 malades soit 82,18%, il nous a paru normal dans 216 cas soit 39,27%

**Tableau 11 : signes radiologiques au cours des appendicites aiguës**

	Nombre de cas	Pourcentage
ASP normal	<b>216</b>	<b>39,27%</b>
Stercolithe	39	7,09%
Aérocolie	98	17,81
NHA	99	17,99



**Figure 19: Signes radiologiques au cours des appendicites de notre série**

**b. Echographie abdominale :**

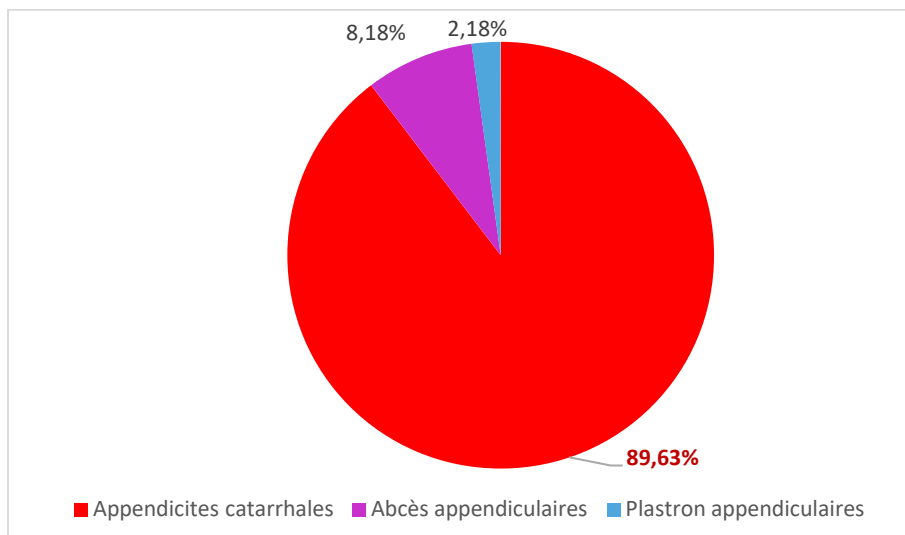
Elle a été pratiquée chez 333 malades soit 60,54%, Elle s'est révélée normale dans 40 cas soit 7,27%

Elle a montré :

- Une paroi appendiculaire épaissie dans 236 cas soit 42,91%
- Une agglutination des anses intestinales au niveau de la FID chez 12 patients soit 2,18%
- Une collection liquidienne au niveau de la FID chez 45 cas soit 8,18%

**2.10. Répartition des appendicites selon l'aspect macroscopique :**

- Appendicites catarrhales 493 cas (89,63%)
- Appendicites abcédées 45 cas (8,18%)
- Plastrons appendiculaires 12 cas (2,18%)
- Total 550 cas (100%)



**Figure 20 : Répartition des appendicites selon l'aspect macroscopique**

On constate que les appendicites catarrhales sont les plus fréquentes avec 493 cas soit 89,63%.

**2.11. Traitement :**

- 330 cas soit 60% d'appendicites ont subi une appendicectomie.
- 208 cas soit 37,81% ont subi une appendicectomie avec toilette péritonéale.
- Les 12 cas de plastrons appendiculaire soit 2,18% ont été traités chirurgicalement après refroidissement et vessie de glace.

**3. Affections hépatobiliaires d'urgence :**

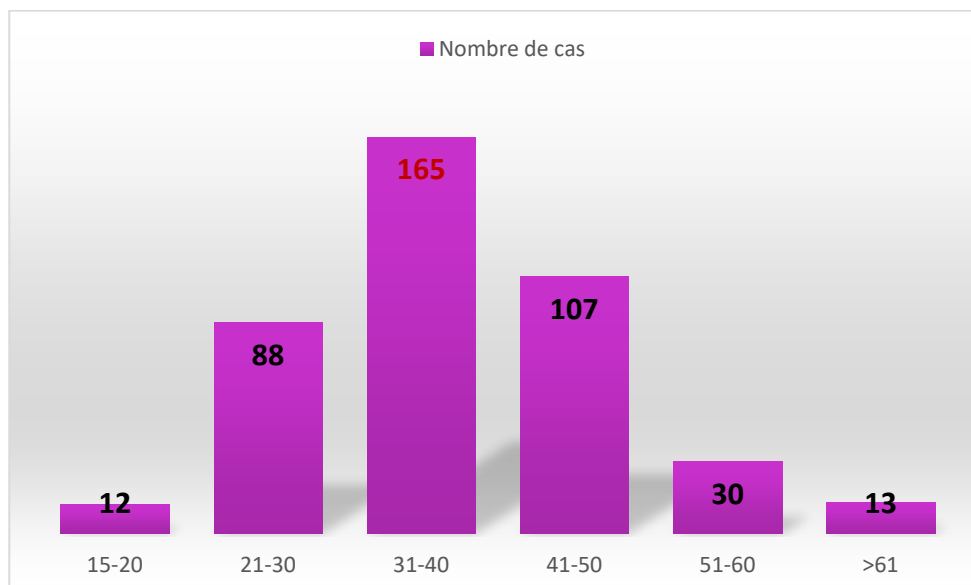
**3.1. Fréquence :**

415 cas d'urgences hépatobiliaires, ont été enregistrées soit 32,75% de l'ensemble des urgences viscérales.

**3.2. Répartition par tranche d'âge :**

**Tableau 12 : Répartition selon la tranche d'âge**

Tranche d'âge	Nombre de cas	Pourcentage
15-20	12	2,9
21-30	88	21,20
<b>31-40</b>	<b>165</b>	<b>39,75</b>
41-50	107	25,78
51-60	30	7,22
>61	13	3,13
<b>Total</b>	<b>415</b>	<b>100%</b>



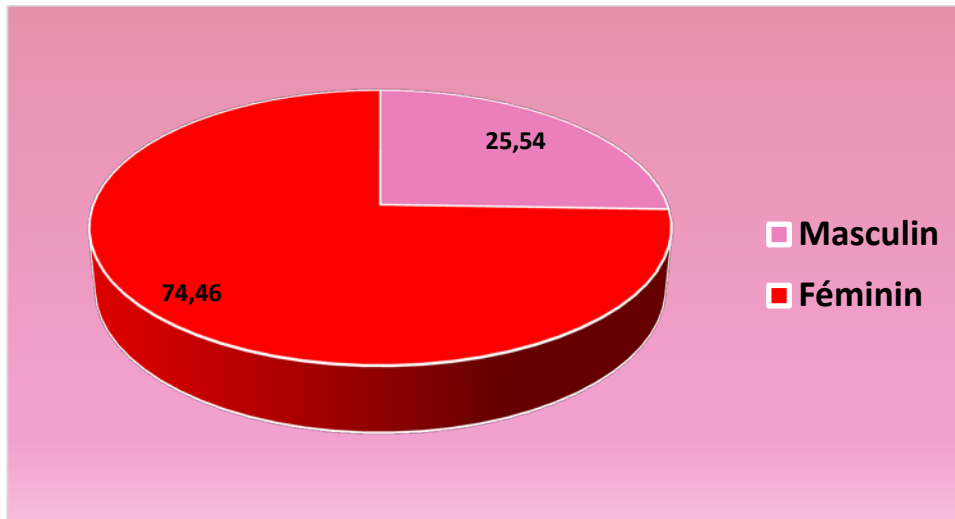
**Figure 21 : Répartition des urgences hépatobiliaires selon la tranche d'âge**

On constate que la fréquence des urgences hépatobiliaires est prédominante entre 31 et 40 ans avec 165 cas soit 39,75%

### 3.3. Répartition selon le sexe :

**Tableau 13 : Répartition des urgences hépatobiliaires selon le sexe**

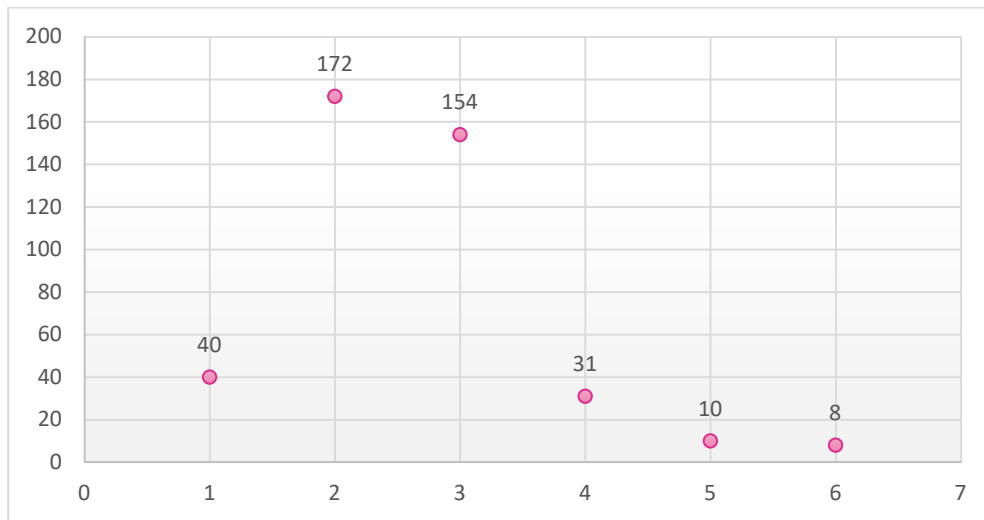
Sexe	Nombre de cas	Pourcentage
Masculin	106	25,54
Féminin	309	74,46
Total	415	100



**Figure 22 :** Répartition des urgences hépatobiliaires selon le sexe

Le sexe féminin est le plus souvent atteint avec 309 cas soit 74,46%.

**3.4. Délai de consultation :**



**Figure 23:** Délai de consultation au cours des urgences hépatobiliaires

Dans notre série la majorité des cas a consulté entre le 2ème et le 3ème jour.

**3.5. Signes cliniques :**

**Tableau 14 : Signes cliniques présents au cours des urgences hépatobiliaires de notre série**

Signes	Nombre de cas	Pourcentage
Colique hépatique	<b>408</b>	<b>98,31%</b>
Fièvre	290	69,87
Nausées vomissements	228	54,94
Ictère	5	1,20%
Signe de Murphy	87	20,96%

408 patients ont accusé une colique hépatique soit 98,31% de l'ensemble des patients, 290 patients étaient fébriles soit 69,87%, 228 patients ont présenté des vomissements soit 54,94%, cependant uniquement 5 malades étaient ictériques soit 1,20%

Le signe de Murphy a été retrouvé dans 87 cas soit 20,96%

**3.6. Signes biologiques :**

Tous les patients ont bénéficié d'une NFS, cet examen était normal chez 314 patients soit 75,66% et anormal chez 101 patients 24,33%.

Les anomalies retrouvées au niveau de ce bilan hématologique sont les suivants :  
(Tableau 15)

**Tableau 15 : Résultats de la NFS**

Anomalie hématologique	Nombre de cas	Pourcentage
Anémie hypochrome microcytaire	22	5,30%
Anémie normochrome normocytaire	8	1,92%
Hyperleucocytose	120	28,91

Le bilan hépatique fait chez 306 patients soit 73,73%, il reste 109 cas qui ne l'on pas fait soit 26,27. Ce bilan était normal dans 222 cas soit 53,49%, ce dernier était perturbé dans 84 cas soit 20,24%

**3.7. Signes paracliniques :**

**a. Echographie abdominale :**

Tous les patients ont bénéficié d'une échographie abdominale, les résultats sont résumés dans le tableau 14 :

**Tableau 16 : Signes échographiques rencontrés au cours des urgences hépatobiliaires**

Aspect échographique	Nombre de cas	Pourcentage
VB normale	45	10,84%
VB augmentée de taille	107	25,78%
Paroi épaissie	104	25,06%
Calcul unique	142	32,77%
Lithiases multiples	263	34,21%
Lithiase de la VBP	7	1,68%
Dilatation de la VBP	6	1,44%
Dilatation des VBIH	2	0,48%
Foie normal	332	80%
Foie de stéatose	80	19,27%
Lésion hépatique hypoéchogène	3	0,72%

La vésicule biliaire est augmentée de taille dans 107 cas soit 25,78%, sa paroi est épaissie dans 104 cas soit 25,06%, elle était le siège d'un calcul unique dans 142 cas soit 34,21%, et de multiples lithiases dans 263 cas soit 63,37%, la lithiase de la VBP a été retrouvée chez 7 patients soit 1,98% avec dilatation de la VBP chez 6 cas soit 1,44%, les voies biliaires intra hépatiques étaient dilatées chez 2 cas uniquement soit 0,48%, un foie de stéatose est retrouvé chez 80 cas soit 19,27% et une lésion hypoéchogène faisant suspecter un abcès du foie chez 3 patients soit 0,72%

**b. TDM abdominale :**

La tomodensitométrie a été faite chez seulement 27 patients (6,50%)

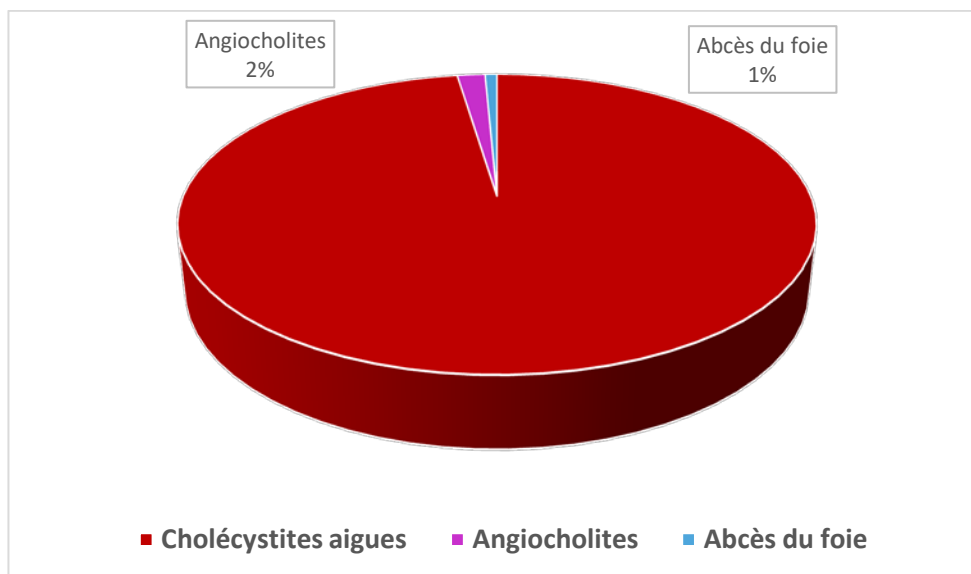
**Tableau 17 : Urgences hépatobiliaires : Résultats de la TDM**

	Nombre de cas	Pourcentage
Cholécystite	22	5,30%
Lithiase de la VBP	4	0,96%
Abcès hépatique	1	0,24%

La TDM a objectivé chez les 27 patients, 22 cholécystites soit 5,30%, 4 lithiase de la VBP soit 0,96% et un abcès hépatique soit 0,24%

**3.8. Répartition selon l'aspect macroscopique :**

- Cholécystites aiguës 405 cas (97,59%).
- Angiocholites : 7 cas (1,68)
- Abcès du foie 3 cas (0,72%).
- Total 415 cas (100%)



**Figure 24: Répartition des urgences hépatobiliaires selon l'aspect macroscopique**

On constate que les cholécystites aiguës sont les plus fréquentes avec 405 cas soit 97,59%.

### 3.9. Traitement :

Le traitement des cholécystites aiguës a nécessité une cholécystectomie, cette dernière a été associée à une extraction du calcul avec drainage de la VBP dans les cas d'angiocholites aiguës lithiasiques, après le traitement médical à base d'antibiotiques, antispasmodiques, vessie de glace et correction des troubles hydro électrolytiques.

Les abcès hépatiques ont nécessité une évacuation et drainage chirurgical avec antibiothérapie après échec du drainage percutané écho guidé.

## 4. Occlusions intestinales :

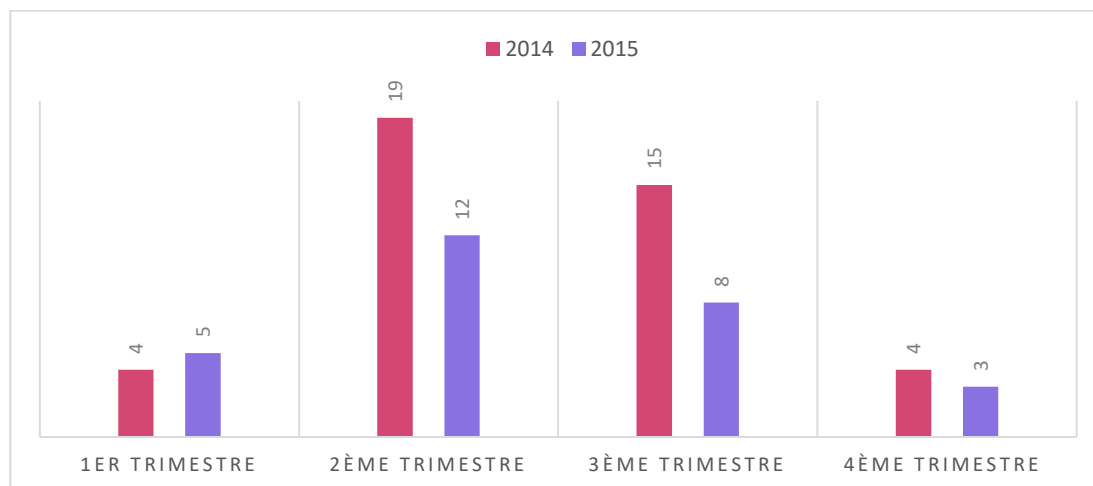
### 4.1. Fréquence :

Durant notre période d'étude, nous avons colligé 70 cas d'occlusions intestinales, soit 5,52% des urgences viscérales.

### 4.2. Répartition dans le temps :

**Tableau 18: Répartition des occlusions intestinales dans le temps**

		1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>ème</sup> trimestre	3 <sup>ème</sup> trimestre	4 <sup>ème</sup> trimestre	Total année
2014	Nombre de cas	4	19	15	4	42
	Pourcentage	5,71	27,14	21,42	5,71	60
2015	Nombre de cas	5	12	8	3	28
	Pourcentage	7,14	17,14	11,42	4,28	40
Total Trimestre	Nombre de cas	9	31	23	7	70
	Pourcentage	12,85	44,28	32,85	10	100%



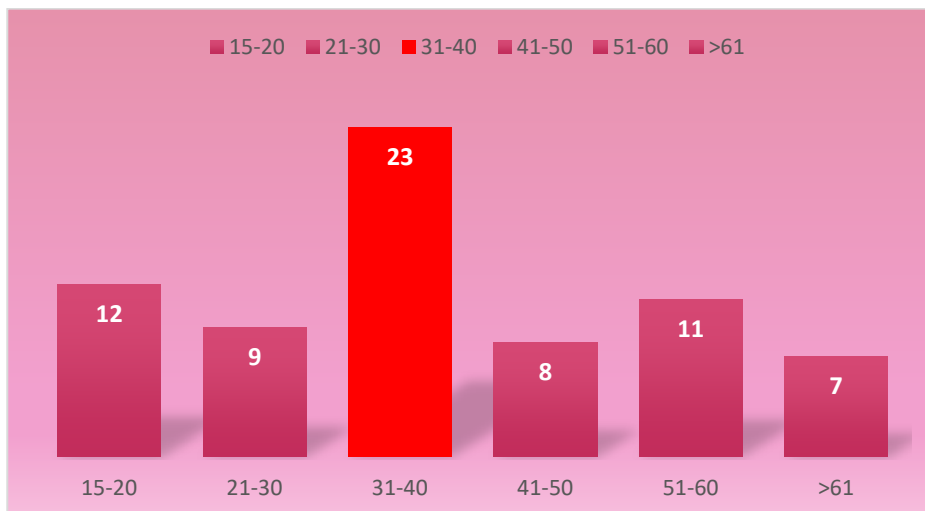
**Figure 25 : Répartition des occlusions intestinales dans le temps**

La première année d'étude a connu le maximum d'occlusions avec 42 cas soit 60% avec un pic au cours du deuxième trimestre 19 cas soit 27,14%.

**4.3. Répartition selon l'âge :**

**Tableau 19 : Répartition des occlusions selon l'âge**

Tranche d'âge	Nombre de cas	Pourcentage
15-20	12	17,14
21-30	9	12,85
31-40	23	32,85
41-50	8	11,42
51-60	11	15,71
>61	7	10
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>



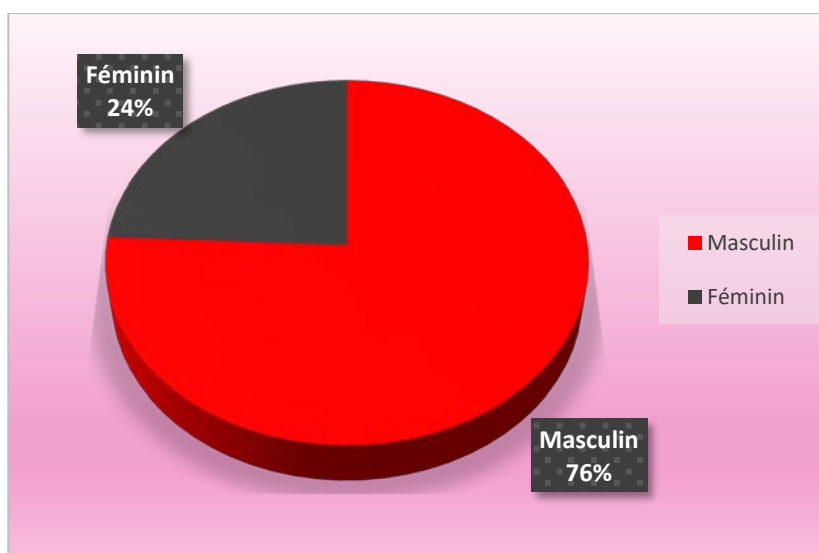
**Figure 26 : Répartition des occlusions par tranche d'âge**

La tranche d'âge la plus affectée par les occlusions se situe entre 31–40 avec 23 cas soit 32,85%

**4.4. Répartition selon le sexe :**

**Tableau 20 : Répartition des occlusions selon le sexe :**

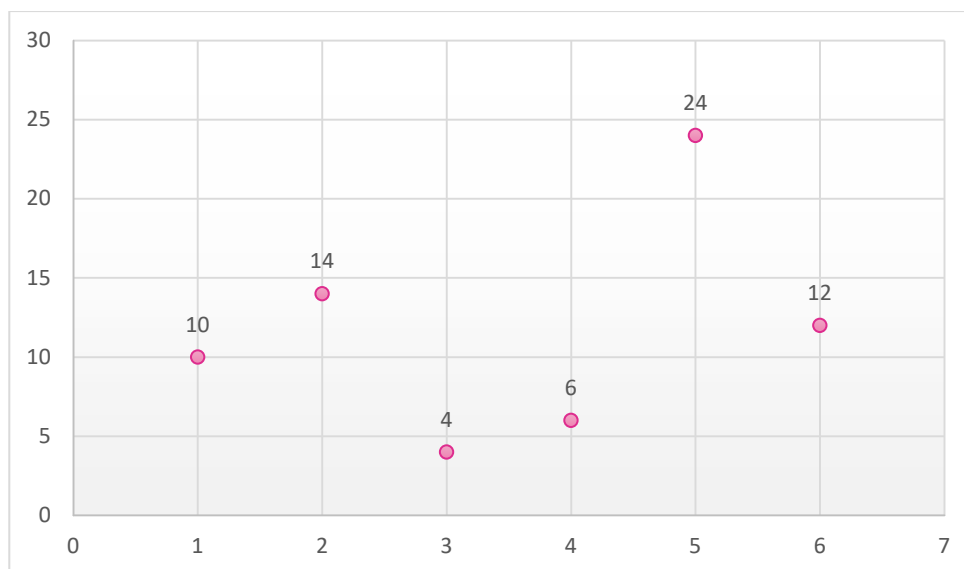
Sexe	Nombre de cas	Pourcentage
Masculin	53	75,71
Féminin	17	24,28
Total	70	100



**Figure 27 : Répartition des occlusions intestinales selon le sexe**

On constate une prédominance masculine avec 53 cas soit 76%.

#### 4.5. Délai de consultation :



**Figure 28 : Délai de consultation au cours des occlusions intestinales**

Dans notre série 46 malades soit 65,71% ont consulté après le 3ème jour, 24 malades seulement soit 34,28% ont consulté entre le 1<sup>er</sup> et le 2ème jour

#### 4.6. Signes cliniques :

**Tableau 21 : Signes cliniques retenus au cours des occlusions intestinales de notre série**

	Nombre de cas	Pourcentage
Douleurs abdominales	50	71,42%
Fièvre	3	4,28%
vomissements	55	78,57%
<b>AMG</b>	<b>61</b>	<b>87,14%</b>
Rectorragies	1	1,42%
Météorisme	37	52,85%
Défense abdominale	2	2,85%
Hernies étranglées	24	35%
AEG	2	2,85%
TR : masse tumorale	1	1,42%

Au cours de notre série, l'arrêt des matières et des gaz a été rapporté dans 61 cas soit 87,14%, la douleur abdominale dans 50 cas soit 71,42%, et les vomissements chez 55 cas soit 78,57%. Un seul patient a rapporté la notion de rectorragies soit 1,42%.

L'examen général a objectivé la présence d'un état fébrile chez 3 patients soit 4,28%, une altération de l'état général chez 2 patients soit 2,85%, le toucher rectal et l'examen des orifices herniaires ont révélé 24 hernies étranglées et une masse tumorale rectale.

#### 4.7. Signes paracliniques :

##### a. **Biologie :**

Il a pour but bilan préopératoire et évaluation du retentissement de l'occlusion et comporte :

- Un groupage
- Une NFS
- Urée, créatinine
- Glycémie
- Bilan d'hémostase
- Bilan hydro électrolytique

**Tableau 22 : Anomalies biologiques retrouvées chez les patients avec occlusions intestinales**

Anémie	Hyperleucocytose	Hyperglycémie
3 cas (4,28%)	2 cas (2,85%)	3 cas (4,28%)

On a noté 3 cas d'anémies soit 4,28%, 2 cas d'hyperleucocytose soit 2,85% et 3 cas d'hyperglycémie soit (4,28%)

##### b. **Radiologie :**

###### *b.1. ASP :*

Cet examen est fondamental pour confirmer le diagnostic d'occlusion intestinale, il a été ainsi réalisé chez 68 patients soit 97,14%, 64 malades avaient des NHA soit 91,42%, ASP normal a été noté dans 4 cas soit 5,71%

**b.2. Echographie abdominale :**

45 des patients ont bénéficié d'une échographie soit 64,28%, Une dilatation intestinale a été notée chez tous les patients et 24 cas d'hernies étranglées soit 35%

**b.3. TDM abdominale :**

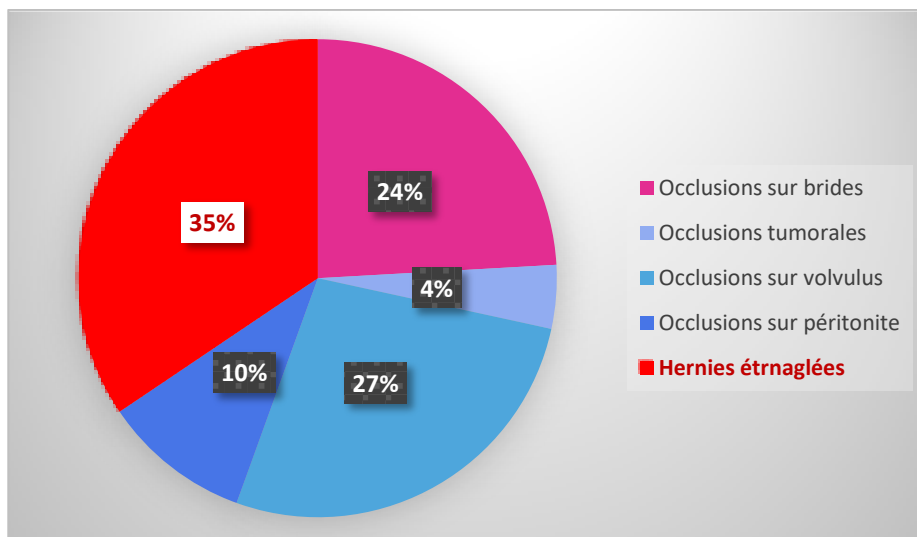
Elle a été demandée chez 10 cas soit 14,28%, elle a objectivé une tumeur rectale soit 1,42%, deux tumeurs coliques soit 2,85% et 7 cas de dilatation intestinale soit 10%

**b.4. Coloscopie :**

Elle a été réalisée chez 3 malades soit 4,28%, elle a été concluante dans les 3 cas où elle a montré deux tumeurs coliques et une rectale

**4.8. Etiologies :**

- Occlusions sur brides 17 (24%)
- Occlusions tumorales 3 (4%) dont 2 coliques et une rectale.
- Occlusions sur volvulus 19 (27%)
- Occlusions sur péritonite 7 (10%)
- Hernies étranglées 24 (35%)



**Figure 29 : Etiologies des occlusions intestinales :**

#### 4.9. Traitement :

Le traitement a constitué après correction hydro électrolytique, équilibration de la glycémie et antibiothérapie en :

- Traitement des brides par débridement et entéro-vidange rétrograde suivi d'une résection dans 9 cas et sans résection dans 8 cas, avec traitement de la cause
- Détorsion du volvulus par sonde rectale dans 10 cas et une détorsion chirurgicale après échec dans 9 cas
- Les trois tumeurs ont été réséquées avec la mise en place de stomies.
- La cure de la hernie étranglée a nécessité une cure à la fois de l'occlusion et de la hernie par résection du sac et réfection pariétale.
- On a noté le décès de 3 patients sur table du bloc opératoire par choc septique dans 2 cas et hypovolémique dans un seul cas.

#### 5. Péritonites :

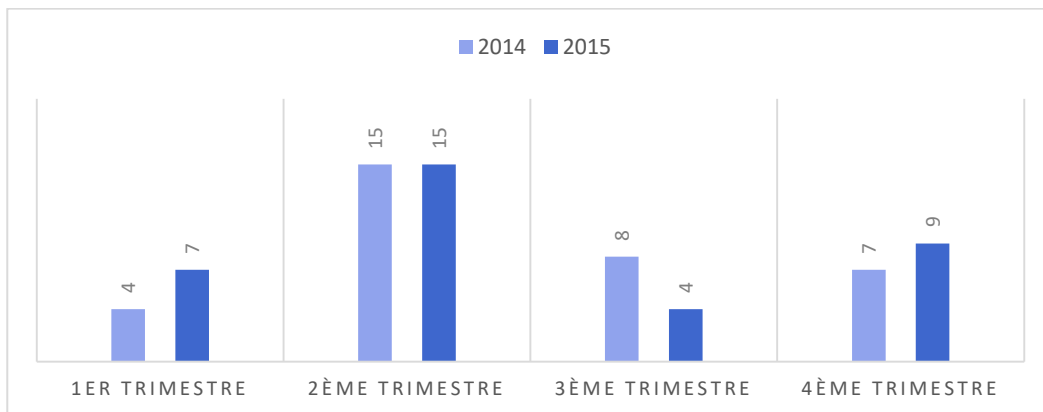
##### 5.1. Fréquence :

Durant les deux années d'étude, on a enregistré 69 cas de péritonites, soit 5,44 % des urgences viscérales dont 58 hommes et 11 femmes.

##### 5.2. Répartition dans le temps :

**Tableau 23 : Répartition des péritonites dans le temps**

		1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>ème</sup> trimestre	3 <sup>ème</sup> trimestre	4 <sup>ème</sup> trimestre	Total année
2014	Nombre de cas	4	15	8	7	34
	Pourcentage	5,8	21,73	11,6	10,14	49,27
2015	Nombre de cas	7	15	4	9	35
	Pourcentage	10,14	21,73	5,79	13,04	50,72
Total Trimestre	Nombre de cas	11	30	12	16	69
	Pourcentage	15,94	43,47	17,39	23,18	100%



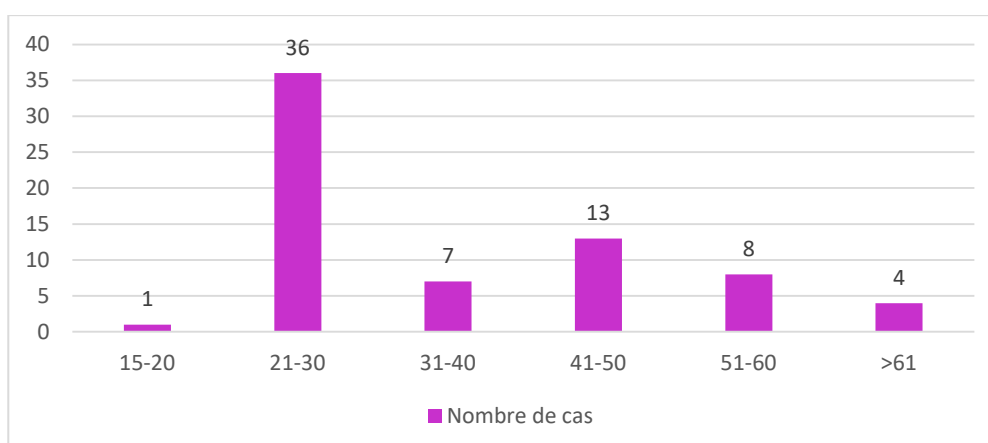
**Figure 30 : Répartition des péritonites dans le temps**

Les deux années de notre étude ont connu presque le même nombre de péritonites avec 35 cas en 2015 et 34 cas en 2014

**5.3. Répartition selon l'âge :**

**Tableau 24 : Répartition des péritonites selon la tranche d'âge**

Tranche d'âge	Nombre de cas	Pourcentage
15-20	1	1,44
21-30	<b>36</b>	<b>52,17</b>
31-40	7	10,14
41-50	13	18,84
51-60	8	11,6
>61	4	5,8
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>



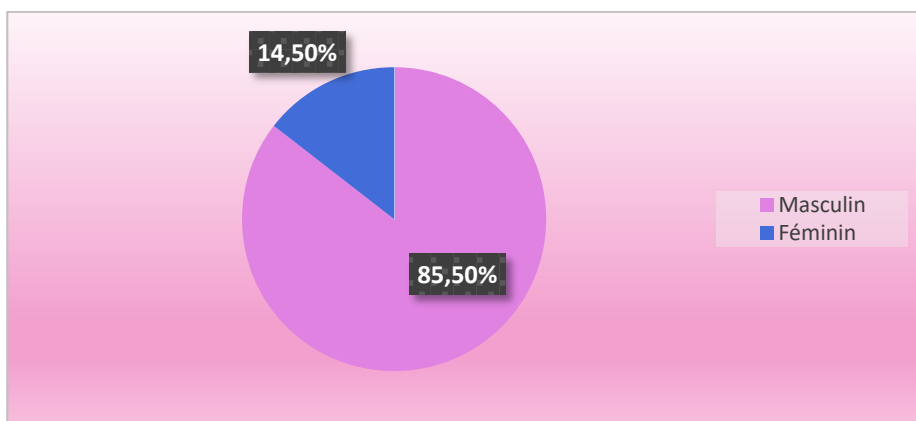
**Figure 31 : Répartition des péritonites avec l'âge**

La tranche d'âge, qui représente le maximum de fréquence, est comprise entre 21 et 30 ans avec 36 cas soit 52,17%.

**5.4. Répartition selon le sexe :**

**Tableau 25 : Répartition des péritonites selon le sexe**

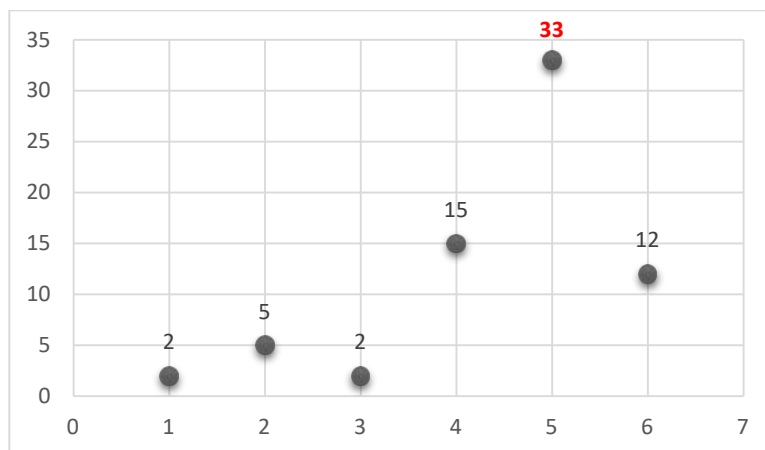
Sexe	Nombre de cas	Pourcentage
Masculin	59	85,50
Féminin	10	14,50
Total	69	100



**Figure 32 : Répartition des péritonites selon le sexe**

Le sexe masculin est prédominant avec 59 cas soit 85,50%.

**5.5. Délai de consultation :**



**Figure 33 : Délai de consultation au cours des péritonites**

Dans notre série 33 malades soit 47,82% ont consulté le 5eme jour, 9 malades seulement soit 13,04% ont consulté entre le 1<sup>er</sup> et le 3eme jour, 15 patients le 4eme jour soit 21,73% et 12 malades soit 17,39% ont consulté au 6eme jour

#### 5.6. Signes cliniques :

**Tableau 26 : Signes cliniques retrouvés au cours des péritonites de notre série**

SIGNE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Douleur abdominale	<b>69</b>	<b>100%</b>
Vomissements	50	72,46%
Troubles de transit	14	20,98%
AMG	7	10,14%
Fièvre	39	56,52%
Contracture abdominale	37	53,62%
Sensibilité du CDS de douglas	19	27,53%

Tous nos patients ont rapporté une douleur abdominale, la moitié a rapporté la notion de vomissements, des troubles de transit ont été retrouvés chez 14 cas soit 20,98%, l'arrêt des matières et des gaz était présent chez 7 cas soit 10,14%, 39 patients ont été fébriles soit 59,52% et l'examen abdominal a révélé une contracture abdominale chez 37 patients soit 53,62% et une sensibilité du cul de sac de douglas chez 19 patients soit 27,53%

#### 5.7. Signes biologiques :

##### a. NFS :

13 patients ont bénéficié d'une NFS, soit 18,84%. Elle a objectivé une hyperleucocytose chez 10 patients soit 14,49%

#### 5.8. Signes radiologiques :

##### a. ASP :

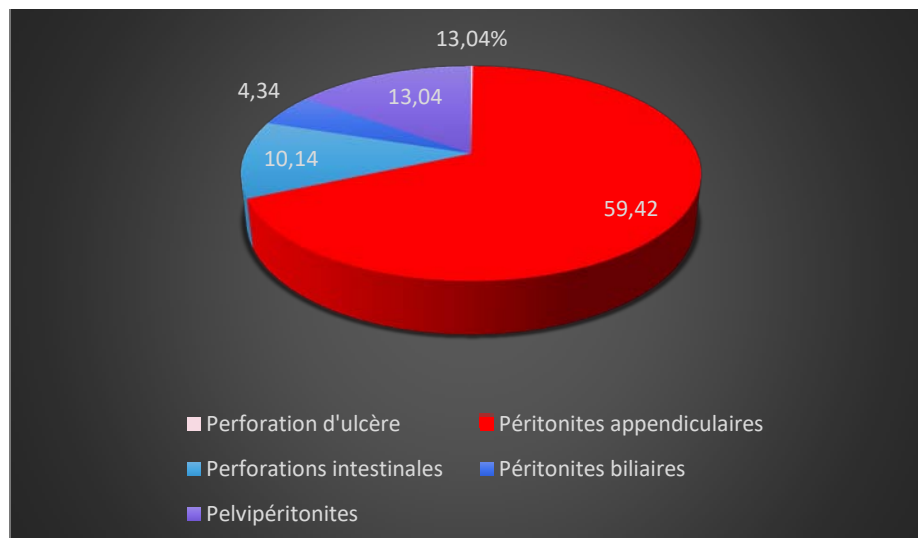
42 de nos patients soit 60,86%, ont bénéficié d'un ASP. Un pneumopéritoine a été retrouvé chez 25 cas soit 36,22%, des NHA ont été retrouvés chez 7 cas soit 10,14%, chez les 10 patients restants (14,49%), l'ASP était normal.

**b. Echographie abdominale :**

45 de nos malades ont bénéficié d'une échographie abdominale soit 65,21%. Elle a montré un épanchement péritonéal chez 39 patients soit 56,51% de l'ensemble des patients qui ont bénéficié de cet examen.

**5.9. Etiologies :**

- Péritonites par perforations d'ulcères : 9 cas soit 13,04 dont 7 cas d'ulcère bulbaire et 2 cas d'ulcère gastrique
- Péritonites appendiculaires : 41 cas soit 59,42
- Péritonites par perforations intestinales : 7 cas soit 10,14
- Péritonites biliaires : 3 cas soit 4,34
- Pelvipéritonites : 9 cas soit 13,04
- Total 96



**Figure 34 : Etiologies des péritonites de notre série**

**5.10. Traitement :**

- Péritonites par perforations d'ulcères : suture simple et ulcérectomie + toilette péritonéale + drainage + biopsies des ulcères gastriques.

- Péritonites appendiculaires : Appendicectomie + toilette péritonéale + fermeture sur drain.
- Péritonites biliaires : cholécystectomie antérograde + aspiration de bile + toilette péritonéale + drainage.
- Péritonites par perforations intestinales : Résection de l'anse perforée avec rétablissement de la continuité digestive ou stomie + toilette péritonéale + drainage.
- Pelvipéritonites : salpingectomie totale ou évacuation du pyoovarien + toilette péritonéale + drainage.

## 6. Hémorragies digestives :

### 6.1. Fréquence :

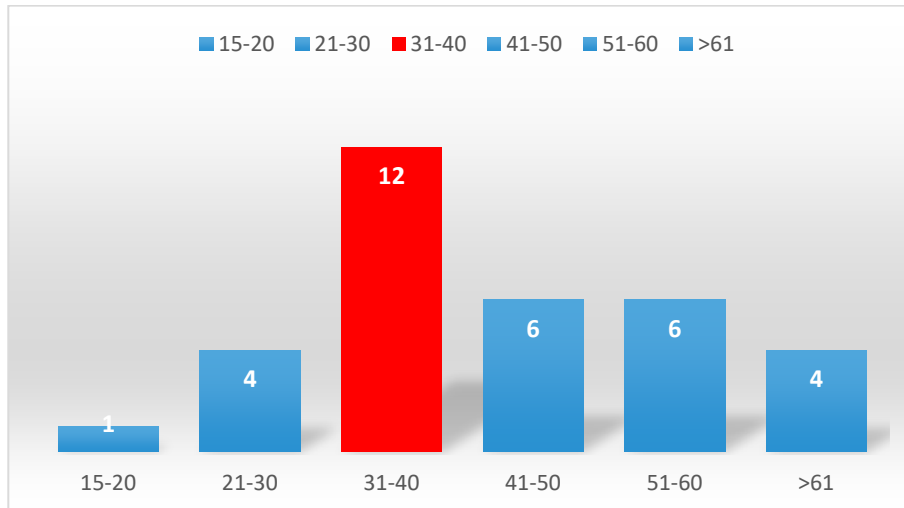
33 patients ont présenté une hémorragie digestive durant notre période d'étude soit environ 2,60% des urgences viscérales dont :

- 23 cas avec hématomèse soit 69,70%
- 10 cas avec méléna soit 30,30%.

### 6.2. Répartition selon l'âge :

**Tableau 27 : Répartition des hémorragies digestives selon l'âge**

Tranche d'âge	Nombre de cas	Pourcentage
15-20	1	3,03
21-30	4	12,12
31-40	12	36,36
41-50	6	18,18
51-60	6	18,18
>61	4	12,12
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



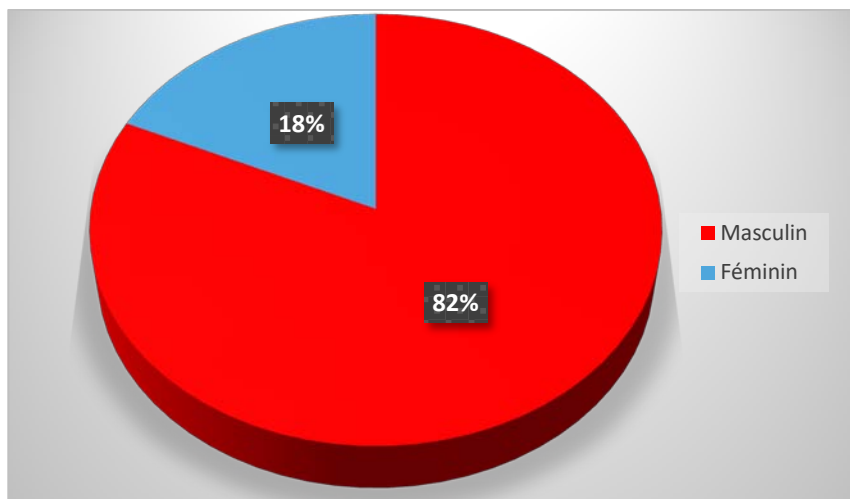
**Figure 35** : Répartition des hémorragies digestives par tranche d'âge

Les hémorragies digestives sont plus fréquentes chez le sujet d'âge moyen compris entre 31 et 40 ans avec 12 cas soit environ 36,36%.

**6.3. Répartition selon le sexe :**

**Tableau 28** : Répartition des hémorragies digestives selon le sexe

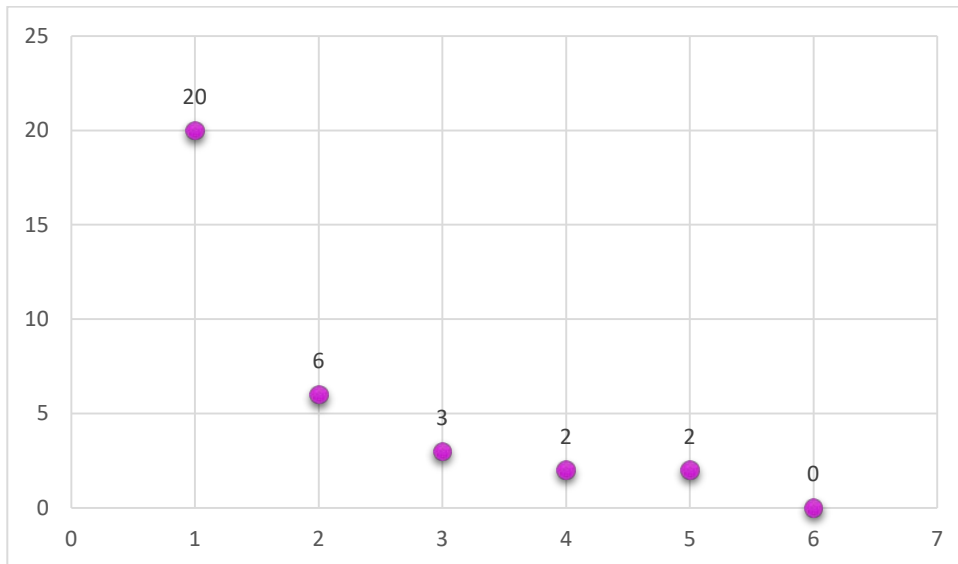
Sexe	Nombre de cas	Pourcentage
Masculin	27	81,81
Féminin	6	18,18
Total	33	100



**Figure 36** : Répartition des hémorragies digestives selon le sexe

Le sexe masculin est le plus souvent atteint avec 27 cas soit 81,81%.

**6.4. Délai de consultation :**



**Figure 37: Délai de consultation au cours des hémorragies digestives**

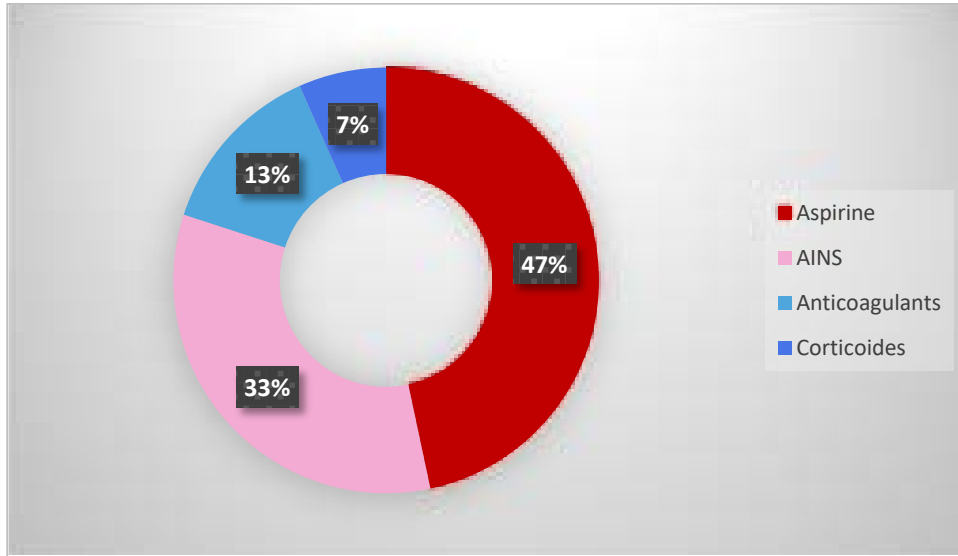
20 patients ont consulté avant 24h soit 60,60%, 9 patients ont consulté entre le 2ème et le 3ème jour soit 27,27%, et uniquement 4 patients ont consulté au-delà du 4ème jour soit 12,12%.

**6.5. Circonstances de survenue de l'hémorragie :**

Dans notre série, la prise médicamenteuse a été retrouvée chez 15 malades, soit 45,45%.

Les médicaments incriminés sont :

- L'Aspirine : 7 cas soit 21,21%.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens : 5 cas soit 15,15%.
- Les anticoagulants : 2 cas soit 6,06%.
- Les corticoïdes : 1 cas soit 3,03%.

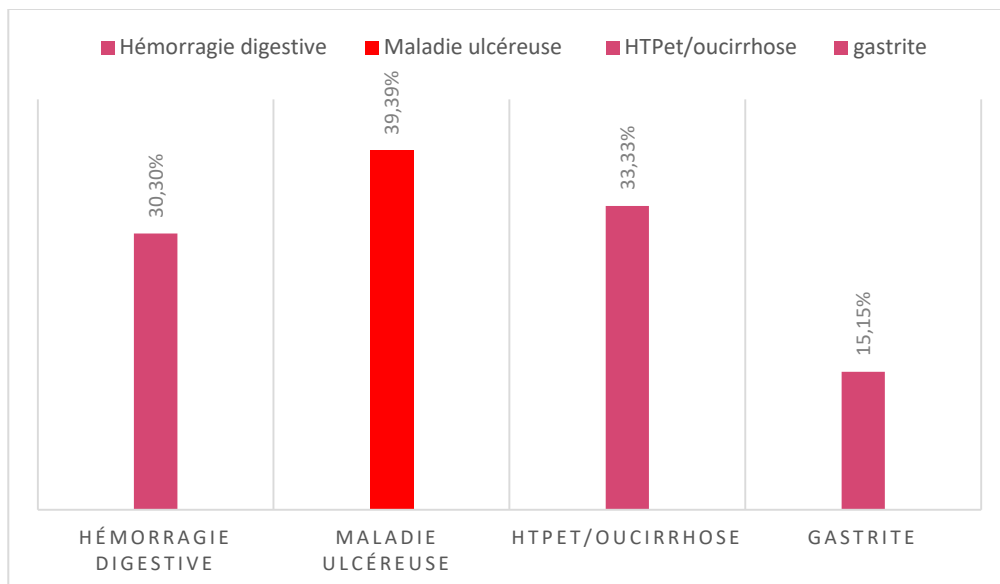


**Figure 38 : Circonstances d'apparition des hémorragies**

**6.6. Antécédents pathologiques liés à l'hémorragie digestive :**

**Tableau 29 : ATCD liés à l'hémorragie digestive**

ATCD	Nombre	Pourcentage
ATCD d'Hémorragie digestive	10	30,30%
ATCD de maladie ulcéreuse	13	39,39%
ATCD d'HTP et/ou de cirrhose	11	33,33%
Gastrite	5	15,15%



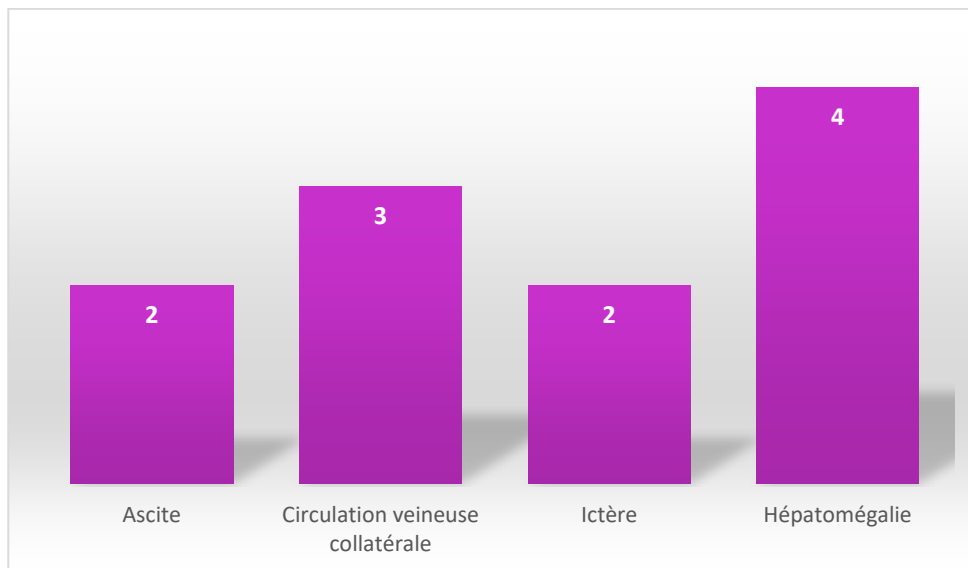
**Figure 39 : ATCD liés à l'hémorragie digestive**

Dans les ATCD de nos patients, on a noté 10 cas d'hémorragie digestive soit 30,30%, 13 cas de maladie ulcéreuse soit 39,39%, 5 cas de gastrite soit 15,15% et 11 patients atteints d'HTP et/ou de cirrhose soit 33,33%

**6.7. Signes cliniques :**

L'examen clinique a trouvé chez 33,33% des malades des signes d'HTP ou de cirrhose :

- Ascite : 2 cas (6,06%)
- Circulation veineuse collatérale : 3 cas (9,09%)
- Ictère : 2 cas (6,06%)
- Hépatomégalie : 4 cas (12,12%)



**Figure 40:** Données de l'examen physique au cours des hémorragies digestives

**6.8. Biologie :**

Les examens qui ont été demandés chez nos patients sont la NFS et le groupage sanguin :

Les valeurs d'hémoglobine sont rapportées dans le tableau ci-dessous :

2 patients soit 6,06% avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 7, 13 soit 39,39% l'avaient entre 7 et 11 g/dl et 18 patients soit 54,54% avaient un taux d'hémoglobine >11 g/dl

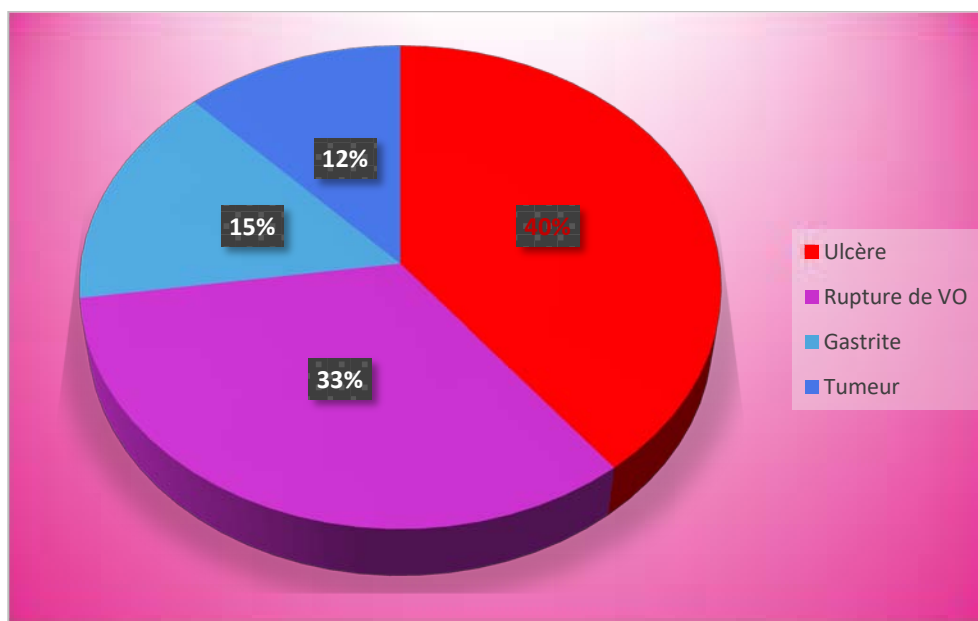
**Tableau 30: Données biologiques au cours des hémorragies digestives de notre série**

Valeur de l'hémoglobine	Fréquence	Pourcentage
<7 g/dl	2	6,06%
Entre 7 et 11 g/dl	13	39,39%
>11g/dl	18	54,54%

**6.9. Etiologies :**

Après stabilisation de l'état hémodynamique de nos patients, ils ont été référés au service de gastro-entérologie afin de bénéficier d'une endoscopie digestive, ainsi les lésions retrouvées :

- 13 cas d'ulcères gastroduodénaux ont été retrouvés soit 39,39%
- 11 cas de rupture de varices œsophagiennes soit 33,33%
- 5 cas de gastrites soit 15,15%
- 4 cas de tumeurs digestives soit 12,12%



**Figure 41: Etiologies des hémorragies digestives**

#### **6.10. Traitement :**

- Dès l'admission, nos malades sont mis sous traitement médical (oxygénothérapie, remplissage vasculaire, anti-sécrétoires, antibioprophylaxie, injection intraveineuse de vitamine k et transfusion si nécessaire).
- Etant donné que le service de gastroentérologie soit dépourvu de matériel d'hémostase notamment de la sonde diathermique, la décision chirurgicale est discutée avec les gastro-entérologues :
  - 9 malades ont été opérés en urgence, pour ulcère gastroduodéal.
  - Chez 21 patients, il y a eu arrêt spontané de l'hémorragie après leur admission.
  - 3 Malades étaient victimes de choc hémorragique nécessitant un séjour en réanimation

### **7. Pancréatites aiguës :**

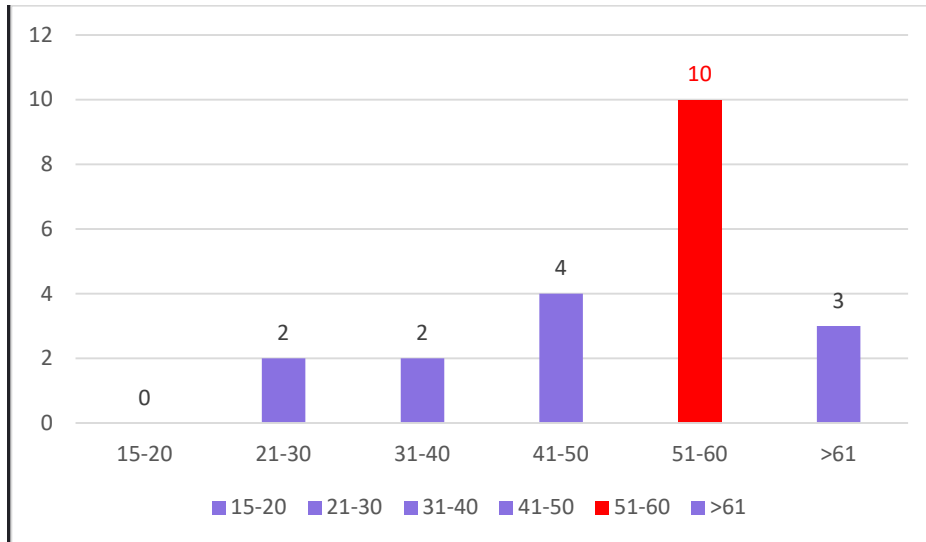
#### **7.1. Fréquence :**

Au cours de notre période d'étude, nous avons noté 21 cas de pancréatites aiguës soit 1,65 % de l'ensemble des urgences viscérales.

#### **7.2. Répartition par tranche d'âge :**

**Tableau 31 : Répartition des pancréatites aiguës par tranche d'âge**

Tranche d'âge	Nombre de cas	Pourcentage
15-20	0	0
21-30	2	9,52
31-40	2	9,52
41-50	4	19,04
51-60	10	47,61
>61	3	14,28
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>



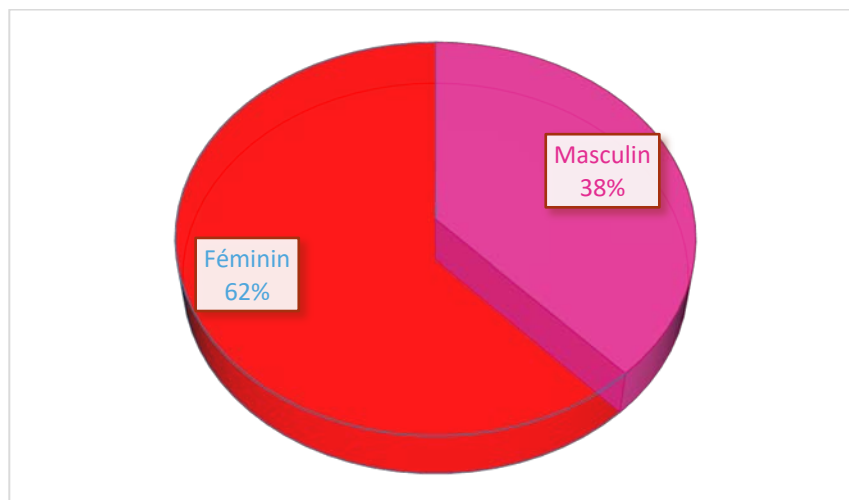
**Figure 42 : Répartition des pancréatites aiguës selon l'âge**

L'analyse du diagramme révèle que la tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 50 et 60 ans et qui correspond à 10 patients soit 47,61%

**7.3. Répartition selon le sexe :**

**Tableau 32 : Répartition des pancréatites aiguës selon le sexe**

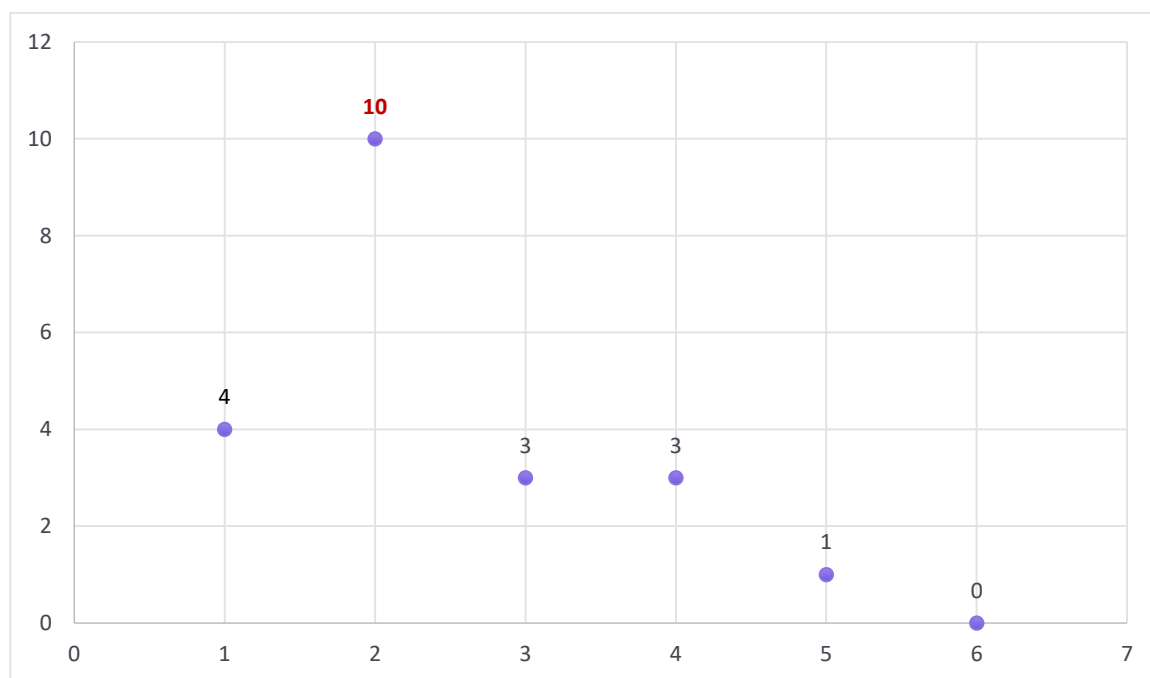
Sexe	Nombre de cas	Pourcentage
Masculin	8	38,09
Féminin	13	61,90
Total	21	100



**Figure 43 : Répartition des pancréatites aiguës selon le sexe**

Nous avons noté une légère prédominance féminine avec 13 cas soit 61,90% alors que les hommes représentaient 8 cas soit 38,09%

**7.4. Délai de consultation :**



**Figure 44:** Délai de consultation des pancréatites dans notre étude

Dans notre série la moitié des cas a consulté le deuxième jour, 4 patients soit 19,04% ont consulté avant 24h, 7 patients soit 33,33% ont consulté après la 36h

**7.5. ATCD :**

**Tableau 33 : ATCD de nos patients atteints de pancréatite**

ATCD	Nombre	Pourcentage
Lithiase vésiculaire	7	33,33%
Colique hépatique	8	38,09%
Cholécystectomie	2	09,52%
Ethylisme chronique	3	14,28%
Poussée de pancréatite aigue	2	09,52%
Dyslipidémie	1	4,76%

7 de nos patients soit 33,33% étaient porteurs d'une lithiase vésiculaire, 8 patients soit 38,09% accusaient des coliques hépatiques, 2 patients soit 9,52% ont subi une cholécystectomie, 2 patients soit 9,52% sont déjà eu une poussée de pancréatite aiguë, 1 cas de dyslipidémie ont été retenus soit 4,76%

#### 7.6. Signes cliniques :

**Tableau 34 : Signes cliniques au cours des pancréatites aiguës de notre série**

Signe clinique	Nombre	Pourcentage
Douleur abdominale	21	100%
Vomissement incoercible	17	80,95%
Fièvre	7	33,33%
Etat de choc	2	9,52%
Défense abdominale	4	19,04%
Ictère	1	4,76%
Météorisme abdominal	2	9,52%

Tous nos patients ont rapportés une douleur abdominale, 17 cas soit 80,95% ont présenté des vomissements incoercibles, la fièvre était retrouvée chez 7 cas soit 33,33%, un état de choc était diagnostiqué chez 2 patients soit 9,52%, un seul patient était ictérique soit 4,76%, et l'examen abdominal a retrouvé une défense abdominale chez 4 patients soit 19,04% et 2 cas de météorisme abdominal soit 9,52%

#### 7.7. Bilan biologique :

Le dosage de la lipasémie a été fait chez tous nos patients :

Elle était supérieure à 3N chez 18 patients soit 85,71% et inférieure à 3N chez 3 patients soit 14,28%

Une cholestase hépatique a été retrouvée chez un seul patient soit 4,76%

La CRP a été réalisée chez 18 patients soit 85,71% et élevée dans 7 cas soit 33,33%

### **7.8. Bilan radiologique :**

#### **a. Echographie abdominale :**

L'échographie a été réalisée à l'admission chez 17 patients soit 80,95%, elle a permis de mettre en évidence une lithiase vésiculaire visible chez 16 patients soit 76,19% dont 8 malades soit 38,09% présentent des signes échographiques de cholécystite aigue, une dilatation de la VBP chez un cas soit 4,76%

#### **b. TDM abdominale :**

Elle a été réalisée chez 17 patients soit 80,95% permettant de mettre en évidence :

- 16 lithiases vésiculaires soit 76,19% et une de la VBP soit 4,76%
- Le pancréas a été augmenté de volume dans 15 cas soit 71,42%
- Les coulées de nécrose ont été rapportées chez 4 cas soit 19,04%

#### **c. Bili-IRM :**

Elle a été réalisée chez un seul patient permettant alors d'apporter la preuve radiologique de l'origine biliaire de la pancréatite aigue

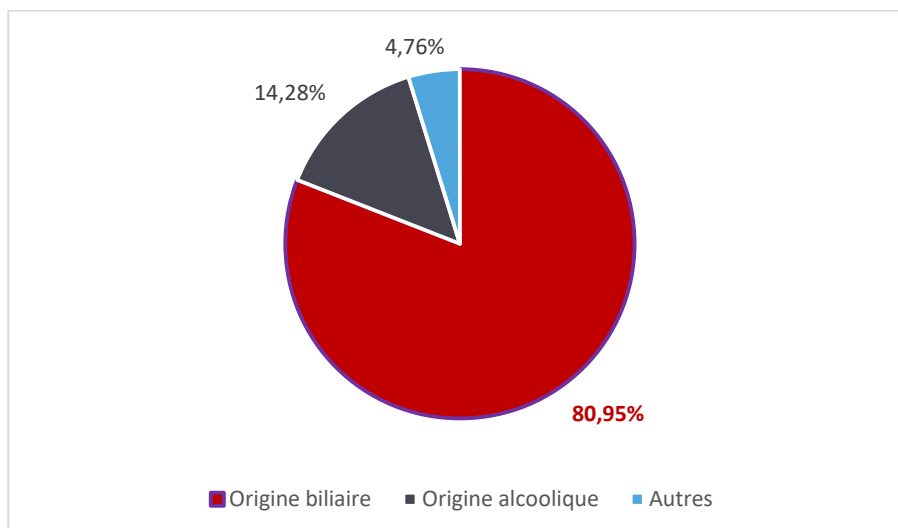
#### **d. Echo-endoscopie :**

L'écho endoscopie n'a été réalisé chez aucun patient

### **7.9. Etiologies des PA dans notre série :**

**Tableau 35 : Etiologies des PA**

<b>Cause de la pancréatite</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage</b>
Origine biliaire	<b>17</b>	<b>80,95</b>
Origine alcoolique	3	14,28
Autres	1	4,76
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>



**Figure 45: Etiologies des PA au cours de notre étude**

L'étiologie biliaire reste la cause la plus fréquente des pancréatites aiguës dans notre série avec une fréquence de 80,95%.

#### **7.10. Traitements :**

Le traitement de la PA dans notre série a comporté deux volets médical et chirurgical :

- ❖ Tous nos malades ont reçu un traitement médical :
  - Arrêt d'alimentation orale pour tous les malades
  - Antalgiques : PERFALGAN® (paracétamol), TEMGESIC® (morphine), ACUPAN® (néfopam) chez tous nos patients
  - Administration d'anti-sécrétoire injectable chez 18 cas (85,71%)
  - Antibiothérapie à base d'amoxicilline protégée ou d'aminosides a été prescrite dans 8 cas (38,09%)
  - HBPM (Lovenox) a été prescrite chez 12 patients (57,14%)
- ❖ Traitement chirurgical :
  - Cholécystectomie réalisée chez 16 malades soit 76,19%.
  - cholécystectomie + cholédocotomie + drainage biliaire externe soit par drain de kehr ou drain transcystique réalisé chez 1 malade soit 4,76%

- Résection de débris nécrotiques séquestrés chez 4 malades soit 19,04%
- ❖ L'évolution finale était favorable chez tous nos patients.

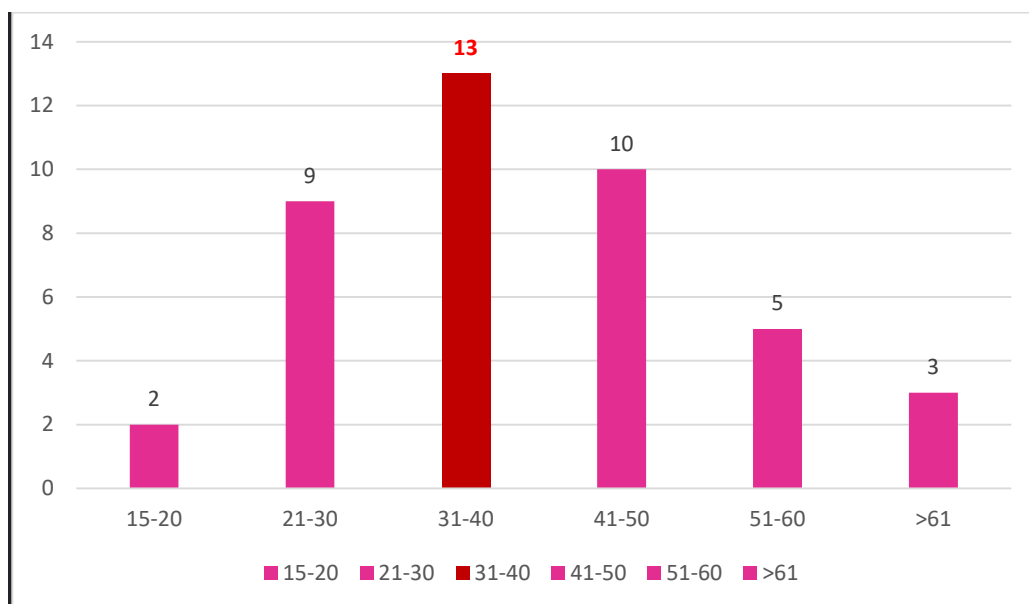
## 8. Urgences proctologiques :

Au cours de notre étude, 42 cas d'urgences proctologiques ont été enregistrés, soit 3,31% de l'ensemble des urgences viscérales.

### 8.1. Répartition selon l'âge :

**Tableau 36 : Répartition des urgences proctologiques par tranche d'âge**

Tranche d'âge	Nombre de cas	Pourcentage
15-20	2	4,76
21-30	9	21,42
31-40	13	30,95
41-50	10	23,80
51-60	5	11,90
>61	3	7,14
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>



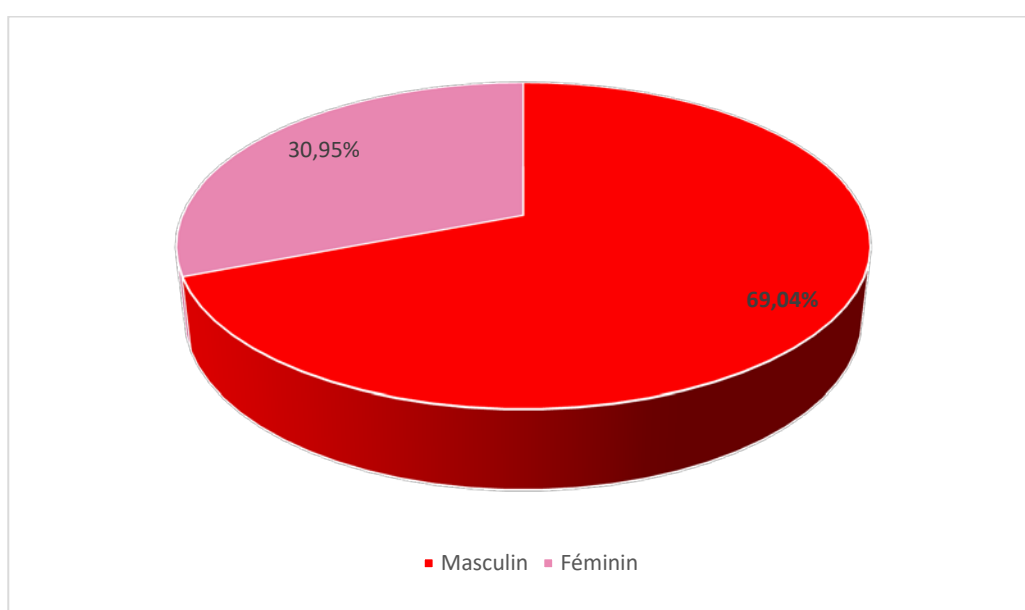
**Figure 46 : Répartition des urgences proctologiques par tranche d'âge**

Dans notre série, les urgences proctologiques ont touché toutes les tranches d'âge, avec une prédilection chez l'adulte jeune.

**8.2. Répartition selon le sexe :**

**Tableau 37 : Répartition des urgences proctologiques selon le sexe**

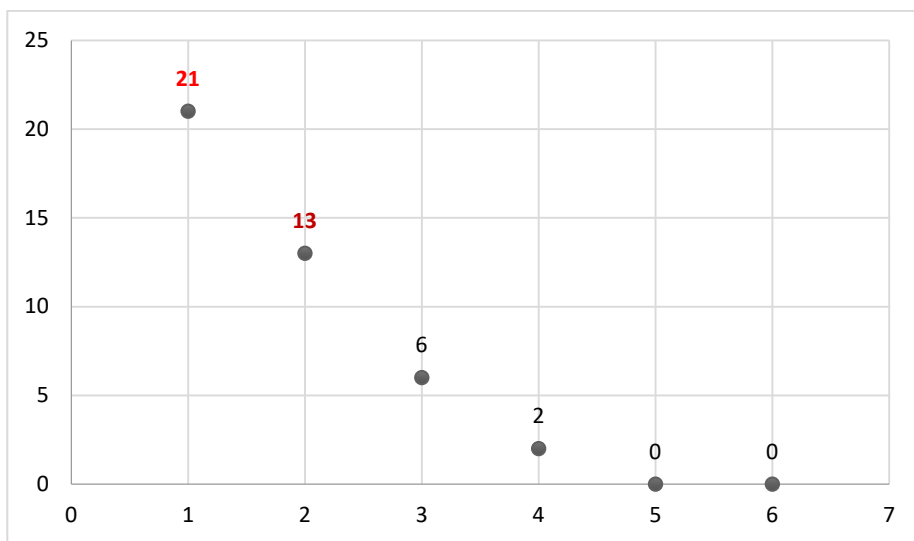
Sexe	Nombre de cas	Pourcentage
Masculin	29	69,04
Féminin	13	30,95
Total	42	100



**Figure 47: Répartition des urgences proctologiques selon le sexe**

Dans notre série de 42 cas, nous avons noté une prédominance masculine, nous avons relevé 29 cas de sexe masculin soit 69,04 % contre 13 cas de sexe féminin soit 30,95 %

**8.3. Délai de consultation :**



**Figure 48 : Délai de consultation des urgences proctologiques dans notre étude**

80, 95% de patients soit 34 ont consulté avant 48h, 19,04% soit 8 patients ont consulté après la 36h

**8.4. ATCD :**

**Tableau 38 : ATCD recueillies au cours des urgences proctologiques**

ATCD	Nombre	Pourcentage
Diabète	13	30,95%
Maladie de Crohn	4	9,52%
VIH	1	2,38%
ATCD de drainage chirurgical d'abcès anal	2	4,76%
Tuberculose pulmonaire	6	14,28%

Dans les ATCD de nos patients, on a noté 13 patients diabétiques soit 30,95%, 4 cas de maladies de Crohn soit 9,52%, un cas de VIH positif soit 2,38%, 2 patients opérés pour un abcès anal soit 4,76%, et 6 cas étaient porteurs d'une tuberculose pulmonaire soit 14,28%

**8.5. Motifs de consultation :**

Les circonstances de diagnostic sont résumées dans le tableau suivant :

**Tableau 39 : Motifs de consultation au cours des abcès anaux**

Signes	Nombre de cas	Pourcentage
Ecoulement purulent périanal	14	33,33%
Proctalgies	37	88,09%
Tuméfaction périanal	10	23,81%
Rectorragie	8	19,04%
Prurit	1	2,38%
Fièvre	14	33,33%
Troubles de transit	12	28,57%

Le motif de consultation le plus fréquent est la proctalgie retrouvée chez 37 patients soit 88,09%.

Par ailleurs, nous avons noté 14 cas d'écoulement purulent périnéal soit 33,33%, 10 tuméfactions périnéales soit 23,81%, 14 cas de fièvre soit 33,33%, 12 cas de troubles de transit soit 28,5%, 8 cas de rectorragies soit 19,04% et un seul cas de prurit anal

**8.6. Toucher rectal :**

Tous les patients ont été examinés en position genu-pectorale :

- 12 de nos patients présentaient un écoulement purulent spontané, soit 28,57% des cas.
- 10 ont présenté une tuméfaction bleuâtre, localisée sur la marge anale, très douloureuse au toucher soit 23,81%
- Le doigtier a ramené du sang dans 5 cas soit 11,90%
- Le toucher rectal a révélé un tonus sphinctérien normal chez 40 patients soit dans 95,23% des cas, une hypertonie sphinctérienne a été retrouvée chez 2 patients soit 4,76%
- Processus tumoral au toucher rectal chez 2 patients soit 4,76%.

### **8.7. Biologie :**

Aucun bilan n'est indiqué dans un but diagnostique, quelques examens sont demandés dans le cadre du bilan préopératoire:

- Une numération formule sanguine objectivant une anémie modérée chez 2 patients soit 4,76%
- Un bilan d'hémostase.
- Les sérologies TPHA VDRL et VIH ont été effectuées presque chez tous nos patients, qui ont montré une sérologie HIV positive chez un patient soit 2,38%

### **8.8. Etiologies :**

- 16 cas de fissures anales soit 38,09%
- 14 cas d'abcès anaux soit 33,33%
- 10 cas de thromboses hémorroïdaires soit 23,81%
- 2 cas de tumeurs rectales soit 4,76%

### **8.9. Traitement :**

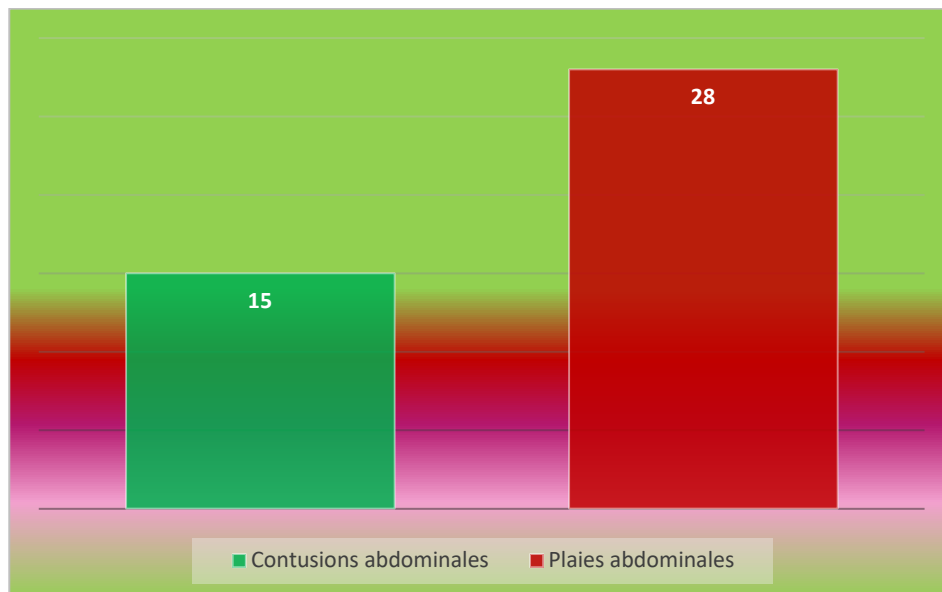
- Préparation préopératoire :
  - Aucune préparation intestinale n'est réalisée chez nos patients.
  - Antibioprophylaxie prescrite chez 14 patients soit 33,33%, avec 1g de Métronidazole en IV
  - Laxatifs chez 12 patients soit 28,57%
  - Antalgiques pour tous nos patients 100%
  - Tous nos patients ont bénéficié d'une anesthésie locale
- Geste réalisé :
  - Fissurectomie dans 8 cas soit 19,04%
  - Mise à plat en un seul temps suivie d'un drainage chez 14 patients soit 33,33%

- Incision et thrombectomie dans 10 cas soit 23,80%
- Traitement post-opératoire :
  - Tous nos patients ont été mis sous antibiothérapie et antalgiques.
  - Soins locaux biquotidiens avec la Bétadine et des compresses stériles sont entamés dès le premier jour postopératoire.
- Suites opératoires :
  - Elles étaient simples pour la plupart de nos patients. Cependant un saignement minime a été observé chez 2 patients soit 4,76% des cas. Par ailleurs, la majorité des patients se plaignaient d'une gêne à la marche et à la défécation qui ont disparu au bout de quelques jours.
- Les 8 autres patients qui ont présenté une fissure hyperalgique ont été améliorés sous traitement médical et programmés en consultation de proctologie
- Les deux patients présentant un processus tumoral rectal ont été référés au service de gastroentérologie pour une éventuelle rectoscopie + biopsie

## **9. Traumatismes de l'abdomen :**

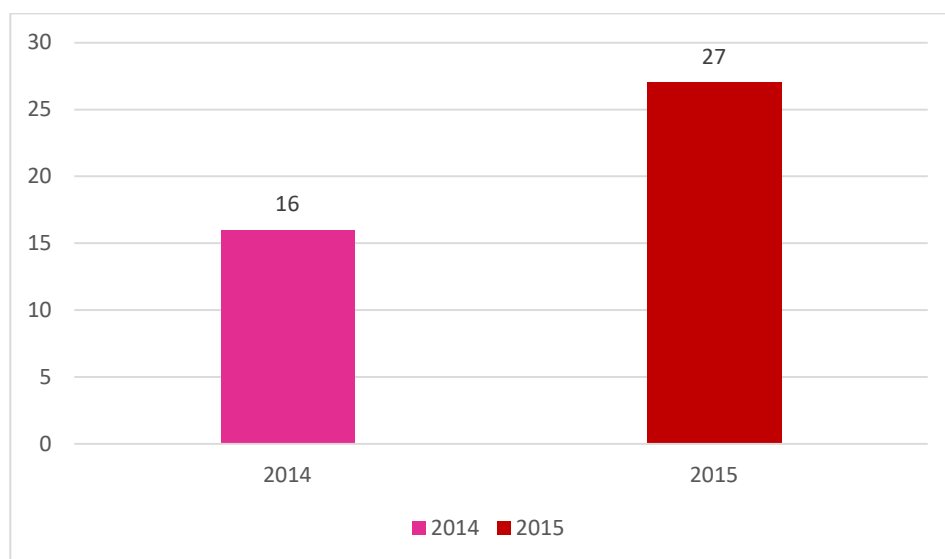
### **9.1. Fréquence :**

Dans notre série, 43 cas de traumatismes abdominaux ont été rapportés soit 3,4% de l'ensemble des urgences viscérales, dont 15 cas de contusion abdominales soit 34,88% et 28 cas de plaies abdominales par armes blanches soit 65,11%



**Figure 49:** Répartition des traumatismes abdominaux dans notre série

**9.2. Répartition dans le temps :**



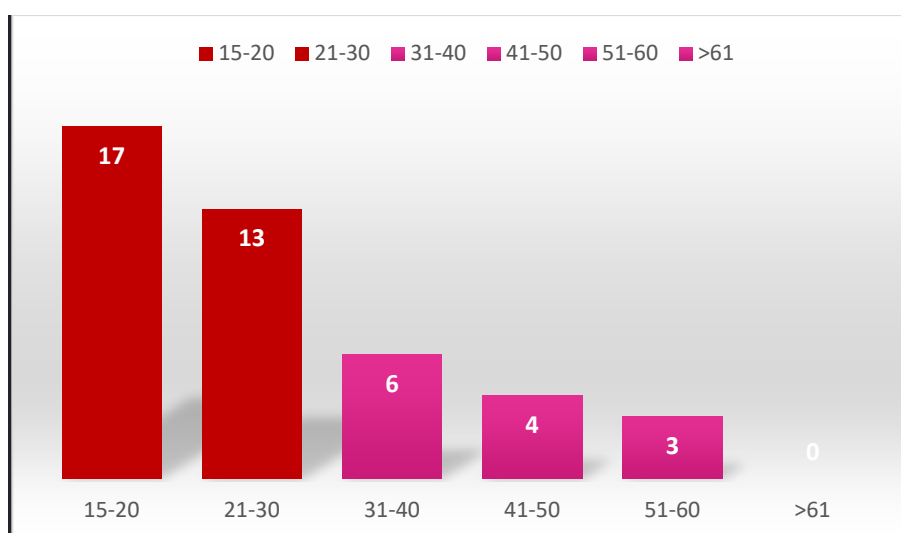
**Figure 50:** Répartition des traumatismes abdominaux dans les deux années de notre étude

La deuxième année d'étude a connu le maximum de traumatismes abdominaux avec 27 cas soit 60%.

**9.3. Répartition par tranche d'âge :**

**Tableau 40 : Répartition des traumatismes abdominaux par tranche d'âge**

Tranche d'âge	Nombre de cas	Pourcentage
15-20	17	39,53
21-30	13	30,23
31-40	6	13,95
41-50	4	9,30
51-60	3	6,98
>61	0	0
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>



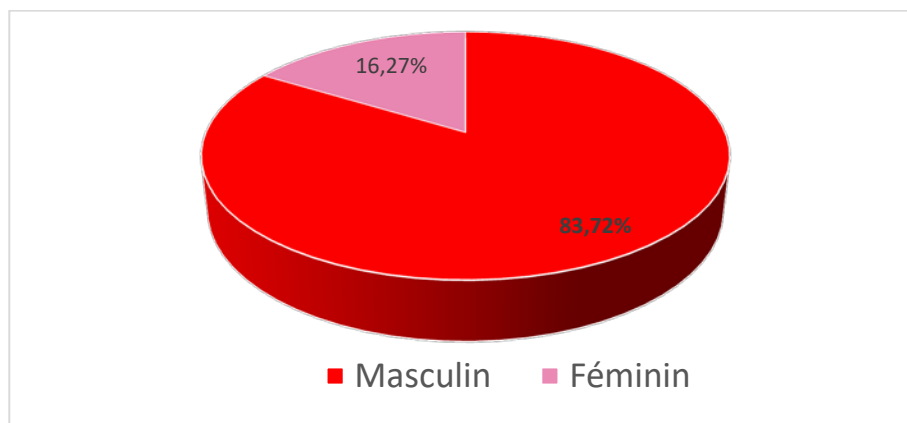
**Figure 51: Répartition des traumatismes abdominaux par tranche d'âge**

L'analyse du diagramme révèle que la tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 15 et 30 ans et qui correspond à 30 patients soit 69,76%

**9.4. Répartition selon le sexe :**

**Tableau 41 : Répartition des traumatismes abdominaux selon le sexe**

Sexe	Nombre de cas	Pourcentage
Masculin	36	83,72%
Féminin	7	16,27%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>



**Figure 52:** Répartition des traumatismes abdominaux selon le sexe

Dans notre série de 43 cas, nous avons noté une prédominance masculine, nous avons relevé 36 cas de sexe masculin soit 83,72 % contre 7 cas de sexe féminin soit 16,27 %

**9.5. Signes généraux :**

**Tableau 42 : Signes généraux de malades victimes de traumatismes abdominaux**

Signe	Nombre	Pourcentage
Fièvre	1	2,32%
Polypnée	3	6,97%
Etat de choc	1	2,32%

L'examen général a retrouvé :

- 1 cas de fièvre soit 2,32%
- 1 cas d'état de choc soit 2,32%
- 3 cas de polypnée soit 6,97%

**9.6. Signes fonctionnels :**

**Tableau 43 : Signes fonctionnels de malades victimes de traumatismes abdominaux**

Signe	Nombre	Pourcentage
Douleur abdominale	42	97,67%
Vomissements	7	16,27%
Hématémèses	1	2,32%
Hématurie	1	2,32%
Distension abdominale	1	2,32%

42 patients soit 97,67% ont rapporté une douleur abdominale, 7 cas de vomissements soit 16,27%, et un seul cas d'hématurie, un seul cas d'hématémèse et un cas de distension abdominales soit 2,32%.

**9.7. Signes physiques :**

**Tableau 44 : Signes physiques de malades victimes de traumatismes abdominaux**

Signe	Nombre	Pourcentage
Sensibilité	21	48,83%
Ecchymose	3	6,97%
Défense	30	69,76%
Matité	2	4,65%
Plaies	28	65,11%
Eviscération	2	4,65%

L'examen physique a retrouvé 30 cas de défense abdominale soit 69,76%, 28 plaies abdominales soit 65,11%, 21 cas de sensibilité abdominale soit 48,83%, 3 cas d'ecchymose soit 6,9%, 2 cas de matité soit 4,6% et 2 d'éviscération.

**9.8. Lésions associées :**

Un poly traumatisme a été retrouvé chez 5 patients soit 11,62% :

**Tableau 45 : Lésions associées aux traumatismes abdominaux**

Lésion associée	Nombre	Pourcentage
Thoracique	3	6,97%
Membres	1	2,32%
Bassin	1	2,32%
Crane	0	0%

Notre étude a noté cinq polytraumatisés, il s'agissait en premier lieu de traumatisme thoracique dans 3 cas soit 6,97%, de traumatisme de membre dans 1 cas soit 2,32% et du bassin dans 1 cas soit 2,32%

**9.9. Bilan biologique :**

**a. NFS :**

Elle a été réalisée chez 38 patients soit 88,37% :

Une anémie a été retrouvée chez 2 patients soit 4,65%, un patient ayant nécessité une transfusion sanguine soit 2,32%. Une hyperleucocytose a été retrouvée dans un cas soit 2,32%

**b. Groupage ABO et Rhésus :**

Réalisé chez 3 patients soit 6,97%

**c. Bilan hépatique :**

Il a été réalisé pour 7 cas soit 16,27%. Il a montré une cytolysé dans 3 cas soit 6,97%

**d. Bilan rénal :**

Il a été réalisé chez 11 patients soit 25,58% objectivant une insuffisance rénale fonctionnelle chez deux patients soit 4,65%

**e. Lipasémie :**

Elle a été demandée chez 6 patients soit 13,95% et revenue supérieure à 3 fois la normale dans deux cas soit 4,65%

**f. Bilan d'hémostase :**

Demandé chez tous nos malades, et revenu perturbé dans un cas soit 2,32%

**9.10. Bilan radiologique :**

**a. ASP :**

Elle a été réalisée chez l'ensemble de nos patients, objectivant un pneumopéritoine dans 3 cas soit 6,97%

**b. Radiographie thoracique :** Réalisée chez l'ensemble des patients

- Une fracture des cotes dans 2 cas soit 4,65%
- Un foyer de contusion pulmonaire soit 2,32%
- Un pneumothorax dans 2 cas soit 4,65%
- Un épanchement pleural dans un cas soit 2,32%

**c. Radiographie du bassin :**

Réalisée chez 3 de nos patients soit 6,97%, elle a montré une fracture ilio-pubienne gauche soit 2,32%

**d. Echographie et TDM abdominales:**

L'échographie a été réalisée chez tous les patients alors que la TDM abdominale était réalisée chez 25 patients soit 58,13%

○ l'épanchement intra-péritonéal était présent dans 20 cas soit 46,51%

○ Lésions viscérales :

- Une lésion hépatique dans 6 cas soit 6,97% dont 3 contusions soit 6,97%, une fracture soit 2,32% et deux hématomes sous capsulaires soit 4,65%
- 5 lésions rénales dont une contusion rénale dans 3 cas soit 6,97%, un hématome rénal sous capsulaire dans un cas soit 2,32% et une fracture rénale soit 2,32%
- Une contusion intestinale dans 2 cas soit 4,65%
- Une contusion gastrique dans 4 cas soit 17,20%
- Lésion splénique dans 3 cas soit 6,97%
- Hématome de la paroi chez 2 cas soit 4,65%

**Tableau 46 : signes radiologiques dans les traumatismes abdominaux de notre série**

Signe radiologique	Nombre	Pourcentage
Pneumopéritoine	3	6,97%
Fractures de cotes	2	4,65%
Pneumothorax	2	4,65%
Epanchement pleural	1	2,32%
Fracture ilio-pubienne	1	2,32%
Epanchement intra-péritonéal	<b>20</b>	<b>46,51%</b>
Contusions hépatiques	3	6,97%
Fractures hépatiques	1	2,32%
Hématome hépatique	2	4,65%
Contusion intestinale	2	4,65%
Contusion gastrique	4	17,20%
Lésion splénique	3	6,97%
Hématome de la paroi	2	4,65%
Contusion rénale	3	6,97%
Hématome rénal	1	2,32%
Fracture rénale	1	2,32%

**9.11. Traitement :**

- Mise en condition:
  - Oxygénothérapie
  - 2 voies veineuses périphériques et remplissage vasculaire chez un patient
  - Immobilisation du membre fracturé
  - Antalgiques + Antibiotiques chez l'ensemble de nos patients
  - Transfusion de 3 culots globulaires chez 2 patients
  - Héparinothérapie préventive chez 7 patients
  - Sérum antitétanique chez 28 patients
- Traitement chirurgical : Après stabilisation de l'état hémodynamique :
  - Laparotomie, exploration complète et systématique de la cavité abdominale
  - Evacuation des épanchements, toilette péritonéale et drainage large
  - Traitement conservateur reposant sur une suture des lésions parenchymateuses simples

- Splénectomie réalisée chez un patient
- Pour les polytraumatisés, la prise en charge des lésions associées thoraciques et des membres était l'apanage du chirurgien spécialiste.

## 10. Hernies étranglées :

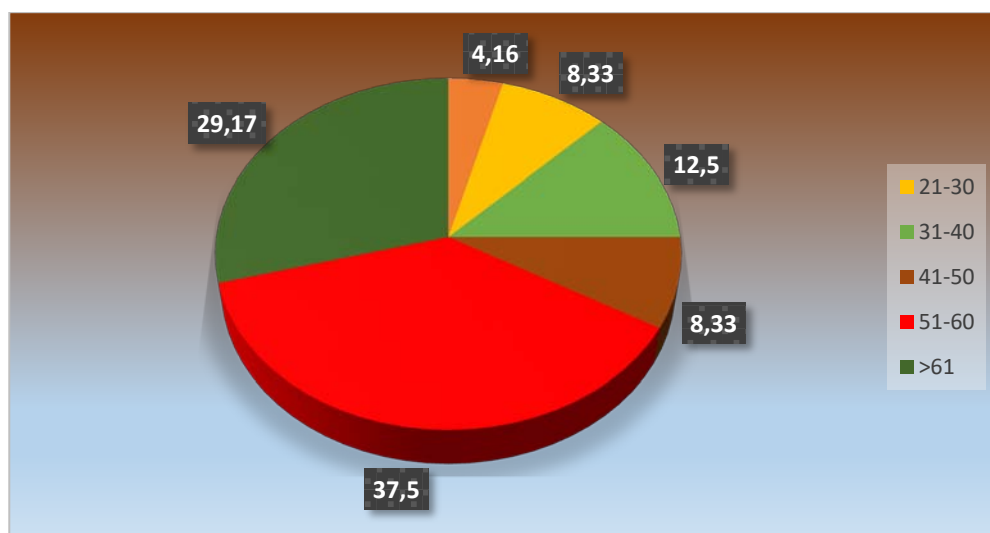
### 10.1. Fréquence :

Au cours de notre période d'étude, les hernies étranglées viennent en dernier lieu dans la totalité des urgences viscérales avec 24 cas soit 1,9% de l'ensemble des urgences viscérales.

### 10.2. Répartition selon l'âge :

**Tableau 47 : Répartition des hernies étranglées selon l'âge**

Tranche d'âge	Nombre de cas	Pourcentage
15-20	1	4,16
21-30	2	8,33
31-40	3	12,50
41-50	2	8,33
51-60	<b>9</b>	<b>37,50</b>
>61	7	29,17
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>



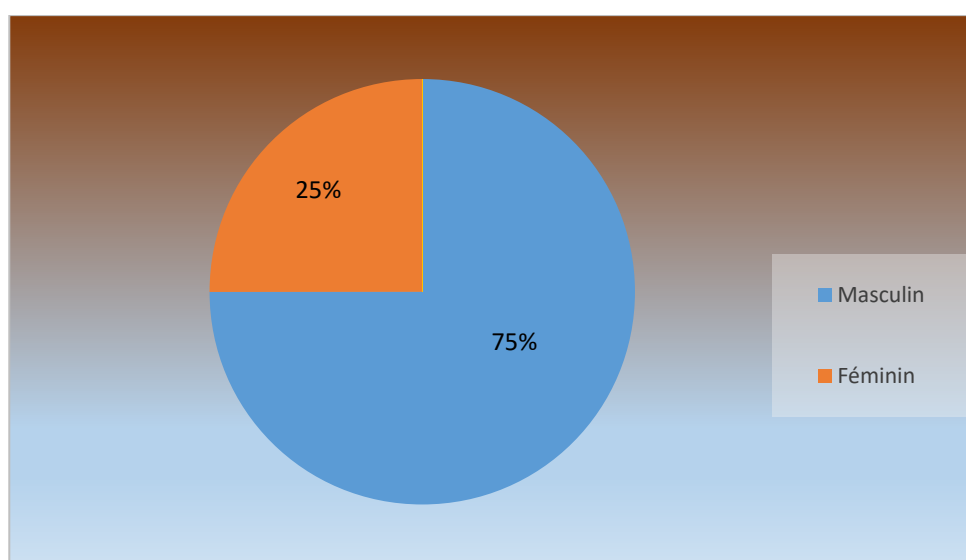
**Figure 53 : Répartition par tranche d'âge des hernies étranglées**

La tranche d'âge la plus touchée se situe entre 51 et 60 ans avec 9 cas soit 37,5%.

**10.3. Répartition selon le sexe :**

**Tableau 48 : Répartition des hernies étranglées selon le sexe.**

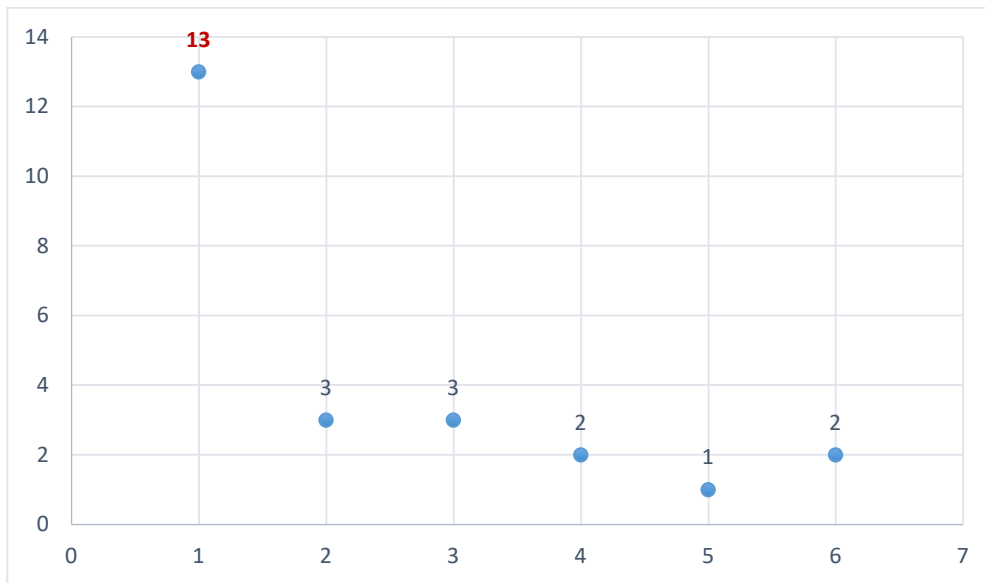
Sexe	Nombre de cas	Pourcentage
Masculin	18	75
Féminin	6	25
Total	24	100



**Figure 54 : Répartition des hernies étranglées selon le sexe**

On constate que le sexe masculin est le plus fréquemment atteint par les hernies étranglées avec un effectif de 18 cas soit 75%.

**8.1. Temps de latence entre le début des troubles et la consultation :**



**Figure 55 : Délai de consultation des hernies étranglées dans notre étude**

Dans notre série la majorité des cas a consulté avant 24h.

**10.4. ATCD de hernie :**

**Tableau 49 : ATCD de hernie dans notre série**

Type d'hernie	Nombre de patients	Pourcentage
Inguinale simple	16	66,60%
Inguinale étranglée opérée	4	16,70%
Crurale	0	0
Ombilicale	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>83,33%</b>

20 patients de notre étude soit 83,33% avaient comme ATCD une hernie inguinale, dans 16 cas soit 66,60%, cette hernie était simple, dans 4 cas elle était étranglée. Dans 4 cas, les patients déclarent qu'ils n'avaient aucun antécédent de hernie et l'étranglement herniaire était évocateur.

**10.5. Motifs de consultation :**

**Tableau 50 : Signes fonctionnels des hernies étranglées**

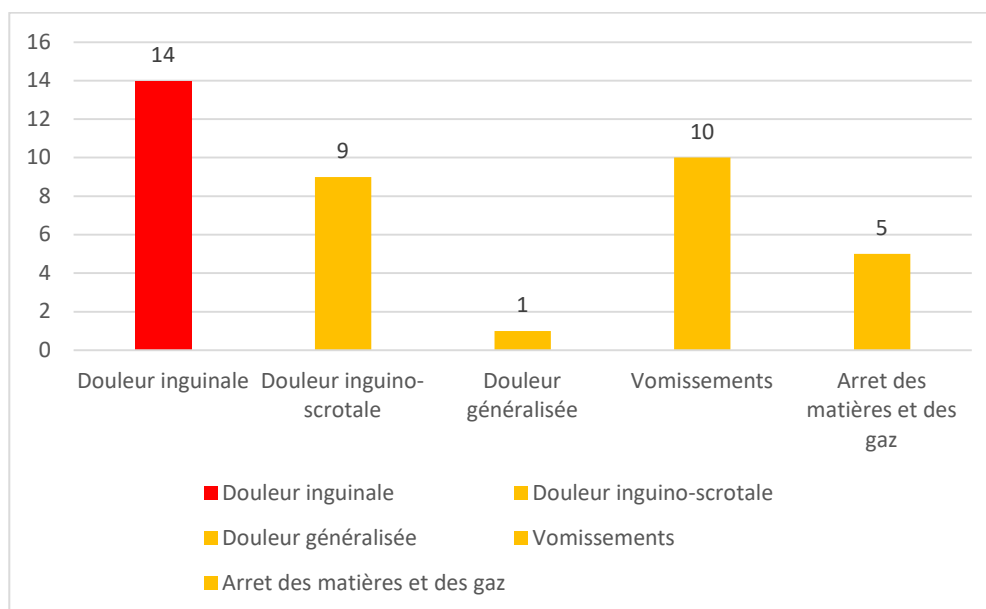
Motif de consultation	Nombre de cas	Pourcentage
<b>Douleur inguinale</b>	<b>14</b>	<b>58,33%</b>
Douleur inguino-scrotale	9	37,50%
Douleur généralisée	1	4,16%
Nausée et vomissements	10	41,66%
Arrêt des matières et des gaz	5	20,83%

La douleur inguinale était le principal signe révélateur de la hernie, elle était présente chez tous les patients. Cette douleur était :

- Inguinale chez 14 patients soit 58,33%
- Inguino-scrotale chez 9 patients soit 37,50% des cas
- Généralisée chez un cas soit 4,16%

Les vomissements étaient présents chez 10 patients (41,66%)

L'arrêt des matières et des gaz a été rapporté chez 5 patients (20,83%)



**Figure 56 : Motifs de consultation au cours des hernies étranglées de notre série**

**10.6. Signes physiques :**

**Tableau 51 : signes physiques retrouvés au cours des hernies étranglées**

	Signe	Nombre de cas	Pourcentage
Examen abdominal	Distension	4	16,66%
	Sensibilité	5	20,83%
Examen de la tuméfaction	Douloureuse, irréductible, non impulsive à la toux	<b>24</b>	100%
Siège de la hernie	Inguinale	14	58,33%
	Inguino-scrotale	10	41,66%
Côté atteint	Droit	17	70,83%
	Gauche	7	21,17%
Toucher rectal	Ampoule vide	4	16,66%
	Matières	7	29,17%
	Sang	1	4,16%
	Non précise	12	50%

Le côté droit était le côté le plus touché chez 17 malades soit 70,83% des cas. Une tuméfaction douloureuse, irréductible et non impulsive à la toux était observée chez tous nos patients.

L'abdomen est distendu dans 16,66% des cas et sensible chez 20,83% des patients

L'ampoule rectale était vide chez 4 patients soit 16,66% des cas

**10.7. Biologie :**

**Tableau 52 : Résultats de la NFS au cours des hernies étranglées**

NFS	Nombre de cas	Pourcentage
GB inférieur à 10000/mm <sup>3</sup>	8	33,33%
GB > 15000	3	12,50%
Anémie hypochrome microcytaire	2	8,33%

**Tableau 53 : Résultats de l'ionogramme et de la CRP au cours des hernies étranglées**

Ionogramme	Nombre de cas	Pourcentage
IRF	6	25%
Hyponatrémie	5	20,83%
Hypokaliémie	2	8,33%
Glycémie > 1,8 g/l	1	4,16%
CRP élevée	17	70,83%

Une hyperleucocytose a été constaté chez 3 patients soit 12,50%

Une anémie hypochrome microcytaire chez 2 patients (8,33%)

Une insuffisance rénale fonctionnelle a été constatée chez 6 patients soit 25%

Une hyponatrémie a été constatée chez 5 malades (20,83%)

Une hypokaliémie chez 2 patients (8,33%)

Une glycémie supérieure à 1,80 g/l chez un patient soit 4,16%

La CRP était élevée chez 17 patients soit 70,83%

#### **10.8. Examens paracliniques :**

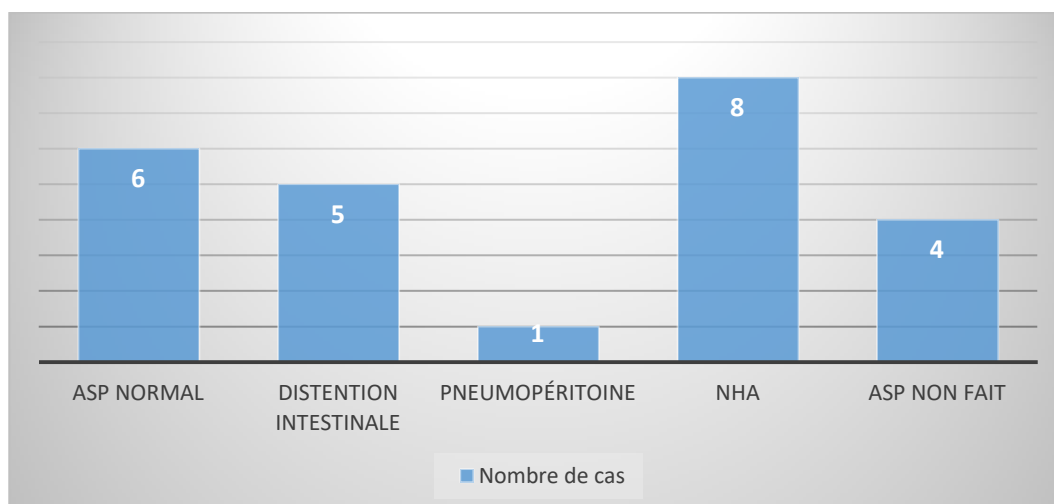
##### **a. ASP :**

Dans notre série, cet examen a été fait chez 20 malades soit 83,33%, il nous a paru normal dans 6 cas soit 25%, chez les 14 patients, il a permis de retrouver : (tableau 54)

- Des niveaux hydro-aériques dans 8 cas soit 33,33% :
  - Grêliques chez 5 malades (20,83%)
  - Coliques chez 2 malades (8,33%)
  - Et grêlo-coliques chez un patient (4,16%)
- Un pneumopéritoine chez un seul malade
- Une distension intestinale dans 5 cas soit 20,83%

**Tableau 54 : Résultats de l'ASP au cours des hernies inguinales**

Résultats ASP	Nombre de cas	Pourcentage
ASP normal	6	25%
Distension intestinale	5	20,83%
Pneumopéritoine	1	4,16%
NHA grêliques	5	20,83%
NHA coliques	2	8,33%
NHA grêlo-coliques	1	4,16%
ASP non faite	4	16,66%
<b>Totale</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>



**Figure 57:** Résultats de l'ASP au cours des hernies étranglées de notre série

#### 10.9. Traitement :

- Mise en condition
- Choix de l'anesthésie :

L'anesthésie générale a été utilisée chez 18 malades (75%), alors que la rachianesthésie a été réalisée chez 6 malades (25%)

- Techniques chirurgicales :
- Voie d'abord :

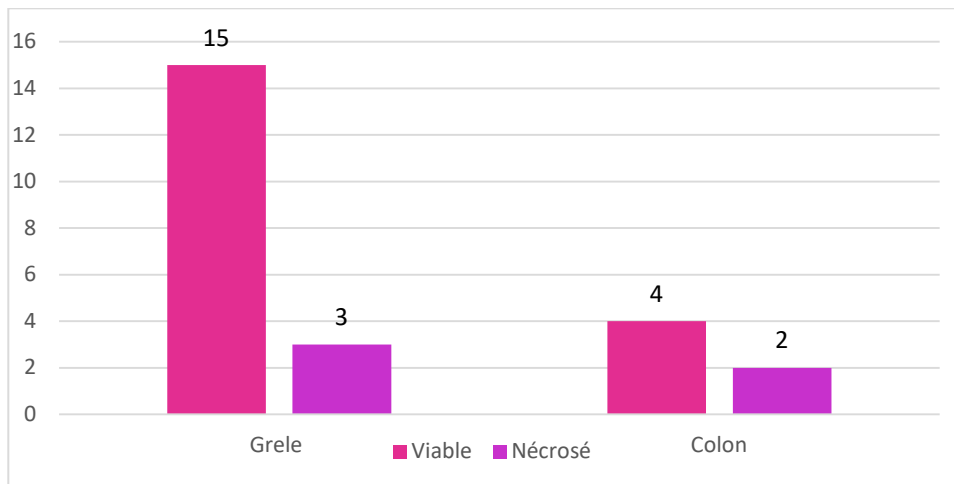
Elle a été inguinale première chez tous nos patients, convertie en une laparotomie médiane de nécessité chez 2 malades.

- Contenu du sac herniaire et sa viabilité :

**Tableau 55 : Contenu du sac herniaire**

Contenu viscéral du sac	Nombre de cas	Pourcentage
Grêle seul	14	58,33%
Colon seul	3	12,5
Epiploon seul	2	8,33
Grêle + colon	3	12,5
Grêle + vessie	1	4,16
Sac herniaire vide	1	4,16

- Le grêle a été retrouvé chez 18 cas (75%).
  - Chez 15 cas (62,5%) le grêle a été viable
  - Chez 3 cas (12,5%) Il y avait une nécrose grêlique
- Le colon a été retrouvé chez 6 cas (25%).
  - Chez 4 cas (16,66%) le colon a été viable.
  - Chez 2 cas (8,33%) il y avait une nécrose colique.



**Figure 58 : Viabilité du contenu du sac herniaire**

▪ **Résections–anastomoses et stomies :**

- 5 patients, qui ont une nécrose intestinale, ont subi des résections intestinales et des anastomoses :
  - 3 résections grêliques avec anastomoses grêlo–grêliques terminotermiales :
    - ✓ Par voie inguinale chez 2 patients
    - ✓ Et après conversion de la voie d'abord inguinale en laparotomie chez 1 malade. ·
  - Une résection grêlique avec double iléostomie. ·
  - 1 résection colique avec anastomose iléo–colique, après conversion en laparotomie.

- 2 résections épiploïques par voie inguinale
- Le sac herniaire a été réséqué chez 21 patients (87,5%) et non réséqué chez 3 malades (12,5%).

▪ **La cure :**

La réfection de la paroi a été faite selon le procédé de BASSINI chez 23 patients (95,83% des cas).

**11. Ingestion de produits caustiques :**

Notre étude n'a pas enregistré de cas d'ingestion de produits caustiques.(0%)



---

*DISCUSSION*



---

Au terme de cette étude statistique, portant sur les urgences chirurgicales viscérales à l'hôpital provincial d'Inezgane au cours de deux années, de Janvier 2014 au mois de Décembre 2015, il s'avère nécessaire de comparer nos résultats avec ceux d'autres hôpitaux.

Nous serons par la suite amenés à soulever les problèmes qui entravent la bonne marche du service des urgences, et c'est ainsi qu'on va proposer des suggestions dans ce cadre afin de trouver des solutions susceptibles d'être réalisées dans l'avenir.

## **I. Aperçu général sur l'activité des urgences du CHPI :**

### **1. Production hospitalière en service de chirurgie viscérale :**

Durant la période étudiée qui s'étend du 1er Janvier 2014 au 31 Décembre 2015, le nombre total des malades hospitalisés par le biais des urgences dans le service de chirurgie du centre hospitalier préfectoral d'Inezgane pour une urgence viscérale a atteint 1267 cas.

L'évolution du nombre de malades hospitalisés pour une urgence chirurgicale viscérale durant les 2 années étudiées a connu une augmentation en passant de 564 cas en 2014 à 703 cas en 2016.

### **2. Utilisation et rendement de la capacité litière :**

Ils sont mesurés par la DMS et le TOM.

La DMS de notre série était de 2,95 jours en 2014 et de 2,83 jours en 2015, ces chiffres sont largement inférieurs à la DMS donnée par le ministère de la sante publique (15 jours), (9) ceci peut s'expliquer par le fait que le séjour au service se réduit à la période nécessaire pour faire le geste chirurgical et au suivi post opératoire.

Le TOM de notre série était de 33,3% en 2014 et 44,2% en 2015, ces taux sont inférieurs au TOM donné par le ministère de la sante publique (80%), (9) ceci peut être expliqué par la réduction de la durée moyenne de séjour et des admissions à l'hôpital

### **3. Les décès :**

Nous déplorons 3 décès durant la période étudiée, ce qui représente 0,23% seulement des cas hospitalisés ceci peut être expliqué par la compétence du personnel médical et paramédical.

### **4. Les urgences viscérales rencontrées :**

Durant la période étendue du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2015 et pour un nombre total de 1267 cas hospitalisés, les urgences viscérales les plus fréquentes étaient :

Les appendicites aiguës étaient de loin la pathologie la plus fréquente occupant la première place avec 43,41% du nombre total des malades hospitalisés, suivies par les urgences hépatobiliaires avec 32,75 %, puis les occlusions intestinales avec 5,52 et les péritonites occupent la quatrième place avec 5,44%.

### **5. Evolution globale de nos malades :**

On peut dire d'une façon globale, que l'évolution de nos patients était favorable dans la plupart des cas, ceci s'explique essentiellement par la compétence du personnel médical et paramédical, celle-ci associée au nombre restreint des malades présentant des formes graves des affections nécessitant des interventions lourdes émaillées de complications. Par ailleurs, l'usage d'antibiotiques a permis de diminuer les cas d'infection en postopératoire.

## **II. Comparaison des urgences chirurgicales viscérales avec celles d'autres hôpitaux :**

Nous rapportons une étude comparant l'activité des urgences viscérales dans notre service avec celle des hôpitaux des villes suivantes : Hôpital provincial de Tiznit (4), centre de santé de référence de Bougouni-Mali (10), CHP de Béni Mellal (11), CHRU de Montpellier (12), CHU Dakar (13-14), CHP de Rhône (15) et hôpital de Williamsburg (16)

## 1. Proportion des urgences digestives sur l'ensemble des urgences chirurgicales selon les études :

**Tableau 56: Proportion des urgences digestives sur l'ensemble des urgences chirurgicales**

Etude	Nombre des urgences viscérales	Nombre total des urgences chirurgicales	Pourcentage de l'ensemble des urgences
CHRU de Montpellier France 2003 (12)	272	638	42,63
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	103	1061	9,70
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	660	2956	22,32
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	1131	3908	28,94
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>1267</b>	<b>3454</b>	<b>36,68</b>

Les urgences viscérales viennent en 1er plan dans la série de Montpellier avec 42,63%. Dans notre étude également où elles représentent 36,68%. Ce taux est statistiquement supérieur à celui de mali, Béni-Mellal et Tiznit qui était respectivement de 9,70%; 22,32% et 28,94%. Cette différence pourrait être liée au lieu et à la durée de l'étude.

## 2. Comparaison des urgences viscérales selon l'âge:

**Tableau 57 : Tranche d'âge la plus touchée au cours des UCV**

Nature de l'urgence	Etude	Tranche d'âge la plus touchée
Pathologie abdominale D'urgence	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	21-30
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	21-40
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	21-30
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	21-30
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>21-30</b>

La tranche d'âge la plus atteinte est comprise entre 21 et 30 ans

### 3. Comparaison des urgences viscérales selon le sexe :

**Tableau 58 : Sexe le plus touché au cours des UCV**

Nature de l'urgence	Etude	Sexe le plus touchée
Pathologie abdominale D'urgence	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Masculin
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Masculin
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Masculin
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Masculin
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Masculin</b>

Le sexe masculin est le plus atteint dans toutes les séries

### 4. Affection prédominante des urgences chirurgicales viscérales :

**Tableau 59 : Affection prédominante selon les études**

Série	Affection prédominante
CHRU Montpellier France 2003 (12)	Appendicite aigue
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Péritonite aigue
CHU Dakar 2016 (14)	Occlusion intestinale
CHP du Rhône France 1994 (15)	Appendicite aigue
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Appendicite aigue
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Appendicite aigue
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Appendicite aigue
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Appendicite aigue</b>

L'affection la plus fréquente dans notre série est l'appendicite, Elle a été également la fréquemment notée dans les pays développés. Par contre dans les séries africaines, les étiologies retrouvées étaient : l'occlusion intestinale et la péritonite aigue

### 5. Répartition des 4 premières pathologies par ordre de fréquence décroissante :

**Tableau 60 : Urgences viscérales par ordre décroissant**

Etude	Rhône France 2003	Williamsburg USA 2004	Dakar 2016	Bougouni Mali 2009	Béni Mellal Maroc 1995-1997	Tiznit Maroc 2004-2005	Notre étude 2014-2015
<b>Pathologies par ordre décroissant</b>	Appendicite aigue Cholécystite aigue Occlusion intestinale Péritonite	Appendicite aigue Cholécystite aigue Occlusion intestinale Péritonite	Occlusion Intestinale Péritonite aigue Appendicite aigue Traumatisme abdominal	Péritonite aigue Occlusion intestinale Appendicite aigue Hernie étranglée	Appendicite aigue Cholécystite aigue Occlusion intestinale Péritonite	Appendicite aigue Cholécystite aigue Occlusion intestinale Péritonite	<b>Appendicite aigue Cholécystite aigue Occlusion intestinale Péritonite</b>

Les étiologies des urgences abdominales chirurgicales sont variées dans les séries africaines, à Bougouni, la péritonite aiguë occupe la première place, à Dakar, elle constitue la deuxième cause après les occlusions intestinales aiguës contrairement aux séries menées aux USA, en Europe et au Maroc où l'appendicite aiguë a été la première cause des urgences chirurgicales suivie de la cholécystite, puis les occlusions intestinales et la péritonite en dernier lieu.

Cette différence est liée au lieu de réalisation de l'étude et à la fréquence de ces pathologies (péritonites aiguës, appendicites aiguës, occlusions intestinales aiguës et traumatismes abdominaux).

### III. Comparaison des appendicites aiguës :

#### 1. Fréquence des appendicites aiguës :

**Tableau 61 : Fréquence des appendicites aiguës selon les études.**

Série	Nombre total des urgences viscérales	Nombre de cas d'appendicite aigue	Pourcentage Des appendicites aiguës
CHRU Montpellier France 2003 (12)	272	158	58,08%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	103	23	22,33%
CHU Dakar 2016 (14)	161	27	16,8%
CHP de Rhône France 1994 (15)	400	282	70,5%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	312	169	54,16%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	660	391	59,24%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	1131	659	58,26%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>1267</b>	<b>550</b>	<b>43,41%</b>

L'affection la plus fréquente dans notre série est l'appendicite, Elle a été également la fréquemment notée dans les pays développés. Par contre dans les séries africaines, l'appendicite aigue a occupé le 3eme rang avec 23 cas soit 22,33% de l'ensemble des urgences viscérales au CSREF de Bougouni et 27 cas soit 16,8% de l'ensemble des urgences viscérales au CHP de Dakar (14).

## 2. Comparaison des appendicites aiguës selon l'âge :

**Tableau 62: Tranche d'âge la plus touchée  
au cours des appendicites aiguës des différentes études**

Série	Nombre total des appendicites	Age le plus touché	Nombre de cas	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	158	20-30	68	43,03%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	23	20-40	11	47,82%
CHU Dakar 2016 (14)	27	20-40	14	51,85%
CHP du Rhône France 1994 (15)	282	15-20	170	60,28%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	169	15-20	81	47,92%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	391	15-20	192	49,10%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	659	15-20	247	37,49%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>550</b>	<b>15-20</b>	<b>290</b>	<b>52,72%</b>

La population jeune est la plus touchée dans l'ensemble des études avec une prédominance au niveau de la tranche d'âge située entre 15 et 20 ans dans les séries américaine et marocaine et entre 20 et 40 ans dans les séries africaines

### 3. Selon le sexe :

**Tableau 63: Répartition des appendicites aigue par sexe dans différentes études**

Série	Nombre total des appendicites	Sexe le plus touché	Nombre de cas	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	158	Masculin	83	52,53%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	23	Masculin	13	56,52%
CHU Dakar 2016 (14)	27	Masculin	19	70,37%
CHP du Rhône France 1994 (15)	282	Masculin	169	59,92%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	169	Masculin	114	67,45%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	391	Masculin	219	56,01%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	659	Masculin	384	58,27%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>550</b>	<b>Masculin</b>	<b>321</b>	<b>58,36%</b>

Selon la littérature, le sexe masculin est le plus affecté par les appendicites aiguës. ( 4-10-11-12-14-15-16)

### 4. Délai de consultation :

**Tableau 64: Délai de consultation au cours des appendicites des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Délai de consultation	%
Appendicite Aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	1-2	75,94%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	<1	95,85%
	CHU Dakar 2016 (14)	4-6	74,04%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	4-6	59,62%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	4	84,91%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	1-3	67,83%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>1-3</b>	<b>64,40%</b>

Dans notre étude et celle de Tiznit, la plupart des patients a consulté entre le premier et le 3eme jour, dans la série française la majorité des patients a consulté entre le 1<sup>er</sup> et le deuxième jour, dans les séries africaines le nombre maximal de consultants est retenu entre le 4eme et le 6eme jour, cependant dans la série américaine la majorité des patients a consulté avant 24h

## 5. Motif de consultation :

**Tableau 65: Motif de consultation le plus fréquent au cours des appendicites des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Signe fonctionnel le plus fréquent	Nombre de cas	%
Appendicite Aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Douleur abdominale	145	91,77%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Douleur abdominale	282	100%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Douleur abdominale	167	98,81%
	CHU Dakar 2016 (14)	Douleur abdominale	23	85,18%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Douleur abdominale	16	69,56%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Douleur abdominale	344	87,97%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Douleur abdominale	641	97,26%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Douleur abdominale</b>	<b>543</b>	<b>98,72%</b>

La douleur abdominale est le premier motif de consultation en cas d'appendicite aigue.

## 6. Signe physique :

**Tableau 66: Signe physique le plus fréquent au cours des appendicites des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Signe Physique le plus fréquent	Nombre de cas	%
Appendicite aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Défense de la FID	145	91,77%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Défense de la FID	282	100%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Défense de la FID	167	98,81%
	CHU Dakar 2016 (14)	Sensibilité de la FID	23	85,18%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Défense de la FID	16	69,56%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Défense de la FID	344	87,97%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Défense de la FID	641	97,26%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Défense de la FID</b>	<b>543</b>	<b>98,72%</b>

Hormis l'étude de Dakar où la sensibilité de la fosse iliaque droite prédomine, dans toutes les autres études y compris la nôtre, la défense de la fosse iliaque droite était le signe fonctionnel prédominant

## 7. Fréquence de l'hyperleucocytose:

**Tableau 67 : Fréquence de l'hyperleucocytose au cours des appendicites des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Hyperleucocytose > 10000/mm <sup>3</sup>	%
Appendicite aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	120	75,94%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	248	87,94%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	162	95,85%
	CHU Dakar 2016 (14)	20	74,04%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	13	59,62%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	332	84,91%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	447	67,83%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>322</b>	<b>64,40%</b>

L'hyperleucocytose était fréquente retrouvée chez plus de 60% des patients de chaque série

## 8. Echographie abdominale :

**Tableau 68 : Aspect échographique fréquent au cours des appendicites des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Aspect échographique prédominant	Nombre de cas	%
Appendicite Aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Paroi appendiculaire épaissie	134	84,81%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Echographie normale	112	39,71%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Paroi appendiculaire épaissie	118	69,82%
	CHU Dakar 2016 (14)	Appendicite + agglutination des anses	15	55,55%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Epanchement + agglutination des anses	11	47,82%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Paroi appendiculaire épaissie	148	37,85%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Paroi appendiculaire épaissie	288	43,70%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Paroi appendiculaire épaissie</b>	<b>176</b>	<b>32%</b>

Dans notre étude, dans celles de Tiznit et de Béni Mellal ainsi que l'étude américaine, l'aspect échographique le plus fréquemment retrouvé est une paroi appendiculaire épaissie, dans l'étude de Bougouni l'épanchement péritonéal était fréquent avec 11 cas soit 47,82%, dans l'étude de Dakar une paroi appendiculaire épaissie associée à une agglutination des anses étaient fréquemment présentes chez plus de la moitié des cas. Par contre dans la série de Rhône l'échographie abdominale est revenue normale dans 39,71% des cas

## 9. Traitement :

**Tableau 69 : Geste thérapeutique au cours des appendicites des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Geste thérapeutique	Nombre de cas	%
Appendicite Aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Appendicectomie	134	84,81%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Appendicectomie	124	79,71%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Appendicectomie	118	69,82%
	CHU Dakar 2016 (14)	Antibiothérapie+ chirurgie à froid	15	55,55%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Appendicectomie+ toilette péritonéale + Drainage	11	47,82%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Appendicectomie	148	37,85%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Appendicectomie	288	43,70%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Appendicectomie</b>	<b>176</b>	<b>32%</b>

L'appendicectomie en urgence était le geste thérapeutique le plus fréquemment réalisé dans les séries américaine, française et marocaines, cependant une toilette péritonéale avec drainage se sont avérés nécessaires au cours de la série de Bougouni et une antibiothérapie suivie d'une appendicectomie en différé dans l'étude de Dakar.

## 10. Répartition des appendicites selon l'aspect macroscopique :

**Tableau 70 : Aspect macroscopique prédominant des appendicites des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Aspect macroscopique	Nombre de cas	%
Appendicite aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Appendicite catarrhale	134	84,81%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Appendicite catarrhale	124	79,71%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Appendicite catarrhale	118	69,82%
	CHU Dakar 2016 (14)	Plastron appendiculaire	15	55,55%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Péritonite appendiculaire	11	47,82%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Appendicite catarrhale	148	37,85%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Appendicite catarrhale	288	43,70%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Appendicite catarrhale</b>	<b>176</b>	<b>32%</b>

L'appendicite catarrhale est l'aspect le plus fréquent, cependant les séries africaines ont enregistré des résultats différents avec prédominance de la péritonite appendiculaire à Bougouni et du plastron appendiculaire à Dakar

#### IV. Comparaison des urgences hépatobiliaires :

##### 1. Fréquence des urgences hépatobiliaires

**Tableau 71 : Fréquence des urgences hépatobiliaires selon les études.**

Série	Nombre total des urgences viscérales	Nombre de cas d'urgences hépatobiliaires	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	272	57	20,95%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	103	0	0%
CHU Dakar 2016 (14)	161	0	0%
CHP de Rhône France 1994 (15)	400	36	9%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	312	74	23,71%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	660	125	18,94%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	1131	248	21,93%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>1267</b>	<b>415</b>	<b>32,75%</b>

Au Maroc, en France et en Amérique, les affections hépatobiliaires d'urgence venaient en deuxième lieu après les appendicites aiguës avec 415 cas durant notre étude soit 32,75% de l'ensemble des urgences viscérales, 248 cas dans l'étude de Tiznit soit 21,93%, 125 cas dans l'étude de Béni Mellal soit 18,94%, 36 cas dans l'étude menée à l'hôpital de Rhône soit 9% et 57 cas dans l'étude de Montpellier soit 20,95%. L'étude américaine a enregistré 74 cas soit 23,71% de l'ensemble des urgences viscérales. Les séries africaines n'ont pas rapporté de cas d'urgences hépatobiliaires.

## 2. Comparaison des urgences hépatobiliaires selon l'âge :

**Tableau 72 : Tranche d'âge la plus touchée  
au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études**

Série	Nombre total des urgences hépatobiliaires	Age le plus touché	Nombre de cas	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	57	41-50	24	42,10%
CHP de Rhône France 1994 (15)	36	41-50	14	38,88%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	74	41-50	28	37,83%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	125	31-40	51	40,80%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	248	31-40	99	39,92%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>415</b>	<b>31-40</b>	<b>165</b>	<b>39,75%</b>

La tranche d'âge la plus touchée dans les séries marocaines est celle comprise entre 31 et 40 ans, dans les séries étrangères était celle comprise entre 41 et 50 ans.

### 3. Selon le sexe :

**Tableau 73 : Sexe le plus touchée au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études**

Série	Nombre total des urgences hépatobiliaires	Sexe le plus touché	Nombre de cas	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	57	Féminin	41	71,92%
CHP de Rhône France 1994 (15)	36	Féminin	21	58,33%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	74	Féminin	51	68,92%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	125	Féminin	78	62%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	248	Féminin	185	74,60%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>415</b>	<b>Féminin</b>	<b>309</b>	<b>74,46%</b>

Dans toutes les séries, les urgences hépatobiliaires touchent les femmes plus que les hommes.

### 4. Délai de consultation :

**Tableau 74 : Délai de consultation au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Délai de consultation (Jour)	%
Urgences hépatobiliaires	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	1-2	79,34%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	1	85,35%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	2	64,85%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	2-3	76,23%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>2-3</b>	<b>80,24%</b>

Dans les séries marocaines, la majorité des patients a consulté entre le deuxième et le 3ème jour, dans la série française la majorité des patients a consulté entre le 1<sup>er</sup> et le deuxième jour, cependant dans la série américaine la majorité des patients a consulté avant 24h

## 5. Motif de consultation :

**Tableau 75 : Motif de consultation le plus fréquent  
au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Signe fonctionnel le plus fréquent	Nombre de cas	%
Hépatobiliaire	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Colique hépatique	52	91,22%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Colique hépatique	31	83,78%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Colique hépatique	74	100%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Colique hépatique	108	86,4%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Colique hépatique	238	96,26%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Colique hépatique</b>	<b>408</b>	<b>98,31%</b>

La colique hépatique est le motif de consultation le plus fréquent dans toutes les séries

## 6. Signe physique :

**Tableau 76 : Signe physique le plus fréquent  
au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Signe Physique le plus fréquent	Nombre de cas	%
Hépatobiliaire	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Signe de Murphy	18	31,57%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Signe de Murphy	14	38,88%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Ictère	50	67,57%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Signe de Murphy	72	57,60%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Signe de Murphy	117	47,17%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Signe de Murphy</b>	<b>87</b>	<b>20,96%</b>

Le signe de Murphy était prédominant dans toutes les séries à l'exception de l'américaine où l'ictère, le signe physique le plus prédominant

## 7. Biologie :

**Tableau 77 : Signe biologique prédominant  
au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Bilan biologique prédominant	%
Hépatobiliaire	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Hyperleucocytose	75,94%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Anémie hypochrome microcytaire	87,94%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Cholestase	65,85%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	NFS normale	84,91%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Hyperleucocytose	67,83%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>NFS normale</b>	<b>28,91%</b>

L'hyperleucocytose était fréquente dans l'étude de Tiznit et de Montpellier avec respectivement 67,83% et 75,94% de l'ensemble des signes biologiques, l'anémie hypochrome microcytaire était au premier plan dans l'étude de Rhône soit 87,94%, la NFS était fréquemment normale dans notre étude et celle de Béni Mellal, la cholestase hépatique était présente chez plus de la moitié des patients colligées au cours de l'étude de Williamsburg.

## 8. Echographie abdominale :

**Tableau 78 : Aspect échographique fréquent  
au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Aspect échographique prédominant	Nombre de cas	%
Hépatobiliaire	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Paroi vésiculaire épaissie	36	63,15%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Echographie normale	21	58,33%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Lithiase+ Dilatation de la VBP	48	64,86%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Calcul vésiculaire unique	83	66,40%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Lithiases vésiculaires multiples	186	75%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Lithiases vésiculaires multiples</b>	<b>263</b>	<b>63,37%</b>

Dans notre étude, dans celles de Tiznit et de Béni Mellal, l'échographie hépatique a mis en évidence la présence de lithiases vésiculaires multiples, cet examen était revenu normal chez plus que la moitié des patients de l'étude de Rhône, la paroi vésiculaire épaissie est l'aspect échographique le plus fréquent de l'étude de Montpellier, l'étude américaine a rapporté des résultats échographiques plus fréquemment en faveur de lithiase et dilatation de la VBP.

## 9. Traitement :

**Tableau 79 : Geste thérapeutique au cours des urgences hépatobiliaires des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Geste thérapeutique	Nombre de cas	%
Hépatobiliaire	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Cholécystectomie	53	92,98%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Cholécystectomie	31	86,11%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Cholécystectomie + Cholécotomie+ extraction du calcul+ drainage de la VBP	53	71,62%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Cholécystectomie	148	37,85%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Cholécystectomie	288	43,70%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Cholécystectomie</b>	<b>405</b>	<b>97,59%</b>

La cholécystectomie en urgence était le geste thérapeutique le plus fréquemment adopté dans les séries française et marocaines, cependant une cholécotomie avec extraction des calculs et drainage de la VBP y était associée fréquemment dans la série américaine.

## 10. Etiologie prédominante des urgences hépatobiliaires :

**Tableau 80 : Etiologies des urgences hépatobiliaires des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Etiologie	Nombre de cas	%
Hépatobiliaire	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Cholécystite aigue	53	92,98%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Cholécystite aigue	31	86,11%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Angiocholite aigue	53	71,62%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Cholécystite aigue	116	92,80%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Cholécystite aigue	240	96,77%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Cholécystite aigue</b>	<b>405</b>	<b>97,59%</b>

Il s'agissait d'une angiocholite dans la série américaine, mais la cholécystite aiguë était la principale étiologie dans toutes les autres séries

## V. Comparaison des occlusions intestinales aiguës :

### 1. Fréquence :

**Tableau 81 : Fréquence des occlusions intestinales aiguës selon les études.**

Série	Nombre total des urgences viscérales	Nombre de cas d'occlusion intestinale	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	272	30	11,09%
CSREF Bougouni Mali 2009 (11)	103	29	28,15%
CHU Dakar 2016 (14)	161	93	57,56%
CHP de Rhône France 1994 (15)	400	26	6,5%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	312	25	8,01%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	660	41	6,21%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	1131	80	7,07%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>1267</b>	<b>70</b>	<b>5,52%</b>

L'occlusion intestinale a occupé le 3ème rang dans les séries marocaine française et américaine, dans l'étude de Dakar l'occlusion intestinale occupe la première place touchant 93 patients soit 57,56%, dans la série de Bougouni, elle est en deuxième rang avec 29 cas soit 28,15% de l'ensemble des urgences viscérales.

## 2. Comparaison des occlusions intestinales aiguës selon l'âge :

**Tableau 82 : Tranche d'âge la plus touchée  
au cours des occlusions intestinales des différentes études**

Série	Nombre total d'occlusions intestinales	Age le plus touché	Nombre de cas	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	30	31-40	9	30%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	29	31-40	12	41,37%
CHU Dakar 2016 (14)	93	41-50	28	30,10%
CHP du Rhône France 1994 (15)	26	41-50	7	26,92%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	25	31-40	9	36%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	41	31-40	11	26,82%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	80	31-40	15	18,75%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>70</b>	<b>31-40</b>	<b>23</b>	<b>32,85%</b>

La population âgée entre 31 et 40 ans est la plus touchée, cependant dans l'étude de Dakar et de Rhône, les patients atteints d'occlusion intestinale était ceux âgés entre 41 et 50 ans

### 3. Selon le sexe :

**Tableau 83 : Répartition des occlusions intestinales aiguës par sexe dans différentes études**

Série	Nombre total des occlusions intestinales	Sexe le plus touché	Nombre de cas	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	30	Masculin	16	53,33%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	29	Masculin	18	62,06%
CHU Dakar 2016 (14)	93	Masculin	58	62,36%
CHP de Rhône France 1994 (15)	26	Masculin	17	65,38%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	25	Masculin	16	64%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	41	Masculin	22	53,65%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	80	Masculin	61	76,25%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>70</b>	<b>Masculin</b>	<b>53</b>	<b>75,71%</b>

Le sexe masculin est majoritairement concerné par les occlusions intestinales.

#### 4. Délai de consultation :

**Tableau 84 : Délai de consultation au cours des occlusions intestinales des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Délai de consultation (Jour)	%
Occlusion intestinale	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	1-2	75,14%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	1	85,85%
	CHU Dakar 2016 (14)	2-3	54,04%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	3-4	79,62%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	2-3	64,91%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	2-3	57,83%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>&gt;3</b>	<b>65,71%</b>

65,71% de nos patients a consulté après le 3<sup>ème</sup> jour. Dans la série de Tiznit et de Béni Mellal, la plupart des patients a consulté entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> jour, dans la série française la majorité des patients ont consulté entre le 1<sup>er</sup> et le deuxième jour, dans les séries africaines le nombre maximal de consultants est retenu entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> jour pour Dakar et entre le 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> jour pour Bougouni, concernant la série américaine la majorité des patients a consulté le premier jour.

5. Motif de consultation :**Tableau 85 : Motif de consultation le plus fréquent au cours des occlusions intestinales des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Signe fonctionnel le plus fréquent	Nombre de cas	%
Occlusion intestinale	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	AMG	27	90%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	AMG	17	65,38%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Douleur abdominale	23	92%
	CHU Dakar 2016 (14)	Douleur abdominale	19	63,33%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Douleur abdominale	23	79,31%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Vomissements	22	53,65%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	AMG	54	67,50%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>AMG</b>	<b>61</b>	<b>87,14%</b>

L'arrêt des matières et des gaz est le signe fonctionnel le plus fréquent dans les études françaises et marocaines à l'exception de la série de Béni Mellal où on a noté plus de cas présentant des vomissements, la douleur abdominale était marquée comme motif de consultation prédominant dans les séries africaines et américaine.

## 6. Signe physique :

**Tableau 86 : Signe physique le plus fréquent  
au cours des occlusions intestinales des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Signe Physique le plus fréquent	Nombre de cas	%
Occlusion Intestinale Aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Météorisme + hernie étranglée	27	90%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Météorisme	26	100%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Météorisme	19	76%
	CHU Dakar 2016 (14)	Hernie étranglée	53	56,98%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Hernie étranglée	20	68,96%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Météorisme+ Hernies étranglées	23	56,09%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Météorisme+ Hernies étranglées	50	62,50%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Météorisme+ Hernies étranglées</b>	<b>37</b>	<b>52,85%</b>

D'après la littérature, les deux signes physiques les plus fréquemment retrouvés sont le météorisme abdominal et les hernies étranglées

## 7. Examens paracliniques :

Un bilan biologique standard préopératoire est réalisé chez tous les patients afin d'évaluer le retentissement de l'occlusion intestinale sur l'état général du patient. (17)

L'abdomen sans préparation est l'examen fondamental, qui a bien évidemment été réalisé 97,14% de nos patients et dans 100% des cas dans les autres séries (14), où il a objectivé des niveaux hydro-aériques chez plus de la moitié des patients.

**8. Traitement :****Tableau 87 : Geste thérapeutique au cours des occlusions intestinales des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Geste thérapeutique	Nombre de cas	%
Occlusion intestinale aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Débridement + entéro-vidange rétrograde + résection	12	40%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Cure de la hernie	15	57,69%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Débridement + entéro-vidange rétrograde + résection	9	36%
	CHU Dakar 2016 (14)	Cure de la hernie étranglée	40	43,01%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Cure de la hernie étranglée	21	51,21%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Cure de la hernie étranglée	39	48,75%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Cure de la hernie étranglée	31	38,75%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Cure de la hernie étranglée</b>	<b>24</b>	<b>35%</b>

Dans la majorité des cas, le traitement chirurgical a nécessité à la fois une cure de l'occlusion et de la hernie par résection du sac et réfection pariétale, notamment dans les séries marocaines et africaines, dans les séries étrangères française et américaine le traitement a consisté majoritairement en un Débridement avec entéro-vidange rétrograde et résection.

## 9. Etiologies :

**Tableau 88 : Etiologies des occlusions intestinales des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Etiologie	Nombre de cas	%
Occlusion intestinale aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Occlusion sur brides	12	40%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Hernie étranglée	15	57,69%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Occlusion sur brides	9	36%
	CHU Dakar 2016 (14)	Hernie étranglée	40	43,01%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Hernie étranglée	21	51,21%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Hernie étranglée	39	48,75%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Hernie étranglée	31	38,75%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Hernie étranglée</b>	<b>24</b>	<b>35%</b>

La cause principale des occlusions rencontrées dans nos séries était l'étranglement herniaire, cependant la série de Montpellier et de Williamsburg ont rapporté plus fréquemment d'occlusions sur brides

## VI. Comparaison des péritonites :

### 1. Fréquence des péritonites :

**Tableau 89 : Fréquence des péritonites selon les études.**

Série	Nombre total des urgences viscérales	Nombre de cas péritonite	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	272	11	4,04%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	103	43	41,74%
CHU Dakar2016 (14)	161	29	18%
CHP de Rhône France 1994 (15)	400	23	5,75%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	312	19	6,09%
CHP Béni-Mellal 1995–1997 (11)	660	47	7,12%
CHP de Tiznit 2004–2005 (4)	1131	102	9,01%
<b>Notre étude2014–2015</b>	<b>1267</b>	<b>69</b>	<b>5,44%</b>

La péritonite occupe la troisième place dans les séries marocaine, française et américaine, néanmoins elle vient au premier plan dans la série de Bougouni et au deuxième plan dans la série de Dakar.

## 2. Comparaison des péritonites aiguës selon l'âge :

**Tableau 90 : Tranche d'âge la plus touchée  
au cours des péritonites aiguës des différentes études**

Série	Nombre total des péritonites	Age le plus touché	Nombre de cas	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	11	20-30	5	45,45%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	43	20-30	20	46,51%
CHU Dakar 2016 (14)	29	20-30	15	51,72%
CHP de Rhône France 1994 (15)	33	21-30	19	57,57%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	19	21-30	7	36,84%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	47	21-30	27	57,44%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	102	21-30	53	51,96%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>69</b>	<b>21-30</b>	<b>36</b>	<b>52,17%</b>

La population jeune dont l'âge est compris entre 21 et 30 ans est la plus touchée dans l'ensemble des études

### 3. Selon le sexe :

**Tableau 91 : Répartition des péritonites aiguës par sexe dans différentes études**

Série	Nombre total des péritonites	Sexe le plus touché	Nombre de cas	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	11	Masculin	7	63,63%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	43	Masculin	28	65,11%
CHU Dakar 2016 (14)	29	Masculin	20	69%
CHP de Rhône France 1994 (15)	33	Masculin	23	69,70%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	19	Masculin	16	84,21%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	47	Masculin	35	74,46%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	102	Masculin	85	85,29%
Notre étude 2014-2015	69	Masculin	59	85,50%

Les hommes sont plus touchés par la péritonite que les femmes, c'était le cas dans notre étude et dans la littérature à laquelle on a pu accéder

#### 4. Délai de consultation :

**Tableau 91 : Délai de consultation au cours des péritonites aiguës des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Délai de consultation (Jour)	%
Péritonite aiguë	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	1-3	75,94%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	1-2	74,23%
	CHU Dakar 2016 (14)	>3	64,10%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	>3	59,42%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	3-4	82,71%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	3-4	59,81%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>&gt;4</b>	<b>86,95%</b>

Dans notre étude, 86,95% ont consulté après le 4<sup>ème</sup> jour, dans les études de Tiznit (4) et de Béni Mellal (11), la majorité a consulté entre le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> jour, soit respectivement 52,42% et 82,71%, dans les séries africaines plus que la moitié des patients a consulté après le 3<sup>ème</sup> jour (13-14), en Europe et en Amérique le délai de consultation n'a pas dépassé le 3<sup>ème</sup> jour en cas de péritonite (15-16)

## 5. Motif de consultation :

**Tableau 92 : Motif de consultation le plus fréquent  
au cours des péritonites des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Signe fonctionnel le plus fréquent	Nombre de cas	%
Péritonite Aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Douleur abdominale	10	90,90%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Douleur abdominale	43	100%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Douleur abdominale	16	84,21%
	CHU Dakar 2016 (14)	Douleur abdominale	28	96,55%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Douleur abdominale	40	93,02%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Douleur abdominale	41	87,23%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Douleur abdominale	99	97,05%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Douleur abdominale</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

La douleur abdominale est le motif de consultation retrouvé en premier plan chez tous les patients. (18-19)

## 6. Signe physique :

**Tableau 93 : Signe physique le plus fréquent  
au cours des péritonites aiguës des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Signe Physique le plus fréquent	Nombre de cas	%
Péritonite aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Contracture abdominale	7	63,63%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Contracture abdominale	22	66,66%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Contracture abdominale	14	73,68%
	CHU Dakar 2016 (14)	Contracture abdominale	27	93,10%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Contracture abdominale	38	88,37%
	CHP Béni-Mellal 1995–1997 (11)	Contracture abdominale	40	85,10%
	CHP de Tiznit 2004–2005 (4)	Contracture abdominale	64	62,74%
	<b>Notre étude 2014–2015</b>	<b>Contracture abdominale</b>	<b>37</b>	<b>53,62%</b>

La contracture abdominale a été retrouvée chez la plupart des patients soit 53,62% dans notre série et 89,47% dans la série de Bougouni.

## 7. Biologie :

**Tableau 94 : Fréquence de l'hyperleucocytose au cours des péritonites des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Hyperleucocytose > 10000/mm <sup>3</sup>	%
Péritonite aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	4	36,36%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	15	45,45%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	6	31,57%
	CHU Dakar2016 (14)	10	34,48%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	13	30,23%
	CHP Béni-Mellal1995-1997 (11)	9	19,14%
	CHP de Tiznit2004-2005 (4)	32	31,37%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>10</b>	<b>14,49%</b>

L'hyperleucocytose n'a pas été fréquente chez nos patients atteints de péritonite, de même dans les séries étrangères avec un maximum enregistré dans la série de Montpellier soit 36,36% de cas d'hyperleucocytose ont été retenus.

## 8. ASP :

**Tableau 95 : Aspect de l'ASP prédominant au cours des péritonites des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Aspect échographique prédominant	Nombre de cas	%
Péritonite aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Pneumopéritoine	4	36,36%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Pneumopéritoine	19	57,57%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Pneumopéritoine	13	68,42%
	CHU Dakar2016 (14)	Pneumopéritoine + NHA	15	51,72%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Pneumopéritoine + NHA	22	51,16%
	CHP Béni-Mellal1995-1997 (11)	Pneumopéritoine	15	31,91%
	CHP de Tiznit2004-2005 (4)	Pneumopéritoine	44	43,13%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Pneumopéritoine</b>	<b>25</b>	<b>36,23%</b>

Dans toutes les études, l'ASP a objectivé chez plus que la moitié des patients la présence de croissants gazeux inter hépato-diaphragmatiques. (20-21)

## 9. Traitement :

**Tableau 96 : Geste thérapeutique au cours des péritonites**

Nature de l'urgence	Etude	Geste thérapeutique	Nombre de cas	%
Péritonite aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	ulcérectomie + toilette péritonéale + drainage	4	36,36%
	CHP de Rhône France 1994 (14)	ulcérectomie + toilette péritonéale + drainage	19	57,57%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Appendicectomie + toilette péritonéale	13	68,42%
	CHU Dakar 2016 (14)	Réséction de l'anse perforée ou stomie + toilette péritonéale + drainage.	15	51,72%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Réséction de l'anse perforée ou stomie + toilette péritonéale + drainage.	22	51,16%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Appendicectomie + toilette péritonéale	15	31,91%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Appendicectomie + toilette péritonéale	44	43,13%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Appendicectomie + toilette péritonéale</b>	<b>25</b>	<b>36,23%</b>

Dans notre série, celle de Tiznit et de Béni Mellal ainsi que celle de Williamsburg le traitement chirurgical a nécessité chez la majorité des patients une appendicectomie avec toilette péritonéale et drainage large. Dans les séries françaises le traitement a consisté en une ulcérectomie avec lavage et drainage de la cavité péritonéale. Les études menées en Afrique ont rapporté chez la plupart des patients un traitement chirurgical reposant sur la résection de l'anse perforée avec lavage et drainage péritonéal. (13-14)

## 10. Etiologies :

**Tableau 97 : Etiologie des péritonites au cours des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Etiologie	Nombre de cas	%
Péritonite aigue	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Péritonite par perforation d'ulcère	4	36,36%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Péritonite par perforation d'ulcère	19	57,57%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Péritonite appendiculaire	13	68,42%
	CHU Dakar 2016 (14)	Péritonite par perforation intestinale	15	51,72%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Péritonite par perforation intestinale	22	51,16%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Péritonite appendiculaire	15	31,91%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Péritonite appendiculaire	44	43,13%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Péritonite appendiculaire</b>	<b>25</b>	<b>36,23%</b>

La perforation appendiculaire est la cause la plus fréquente de péritonite retenue dans la littérature. (22) C'était le cas dans les séries marocaine et américaine, néanmoins la perforation intestinale dans les séries africaines et la perforation d'ulcère dans les séries françaises étaient la cause principale des cas de péritonites colligés.

## VII. Comparaison des traumatismes abdominaux :

### 1. Fréquence :

**Tableau 98 : Fréquence des traumatismes de l'abdomen selon les études.**

Série	Nombre total des urgences viscérales	Nombre de cas de traumatisme abdominal	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	272	10	3,67%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	103	3	2,91%
CHU Dakar 2016 (14)	161	7	4,34%
CHP de Rhône France 1994 (15)	400	21	5,25%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	312	15	4,80%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	660	29	4,39%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	1131	18	1,59%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>1267</b>	<b>43</b>	<b>3,40%</b>

Excepté l'étude de Dakar où le traumatisme abdominal vient en troisième position avec 7 cas atteints soit 4,34%, ce dernier occupe la 4<sup>ème</sup> place dans les études restantes.

## 2. Comparaison des péritonites aiguës selon l'âge :

**Tableau 99 : Tranche d'âge la plus touchée au cours des traumatismes abdominaux des différentes études**

Série	Nombre total de traumatisme abdominal	Age le plus touché	Nombre de cas	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	10	21-30	4	40%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	3	21-30	2	66,66%
CHU Dakar 2016 (14)	7	21-30	4	57,14%
CHP de Rhône France 1994 (15)	21	21-30	9	42,85%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	15	21-30	5	33,33%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	29	21-30	13	44,82%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	18	21-30	7	38,89%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>43</b>	<b>15-20</b>	<b>17</b>	<b>39,53%</b>

D'après les données de la littérature, la tranche d'âge la plus exposée au traumatisme abdominal est celle comprise entre 21 et 30 ans, (23) néanmoins dans notre étude, les sujets âgés entre 15 et 20 ans étaient majoritairement victimes de traumatisme abdominal.

### 3. Selon le sexe :

**Tableau 100 : Répartition des traumatismes abdominaux par sexe dans différentes études**

Série	Nombre total des traumatismes abdominaux	Sexe le plus touché	Nombre de cas	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	10	Masculin	7	70%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	3	Masculin	2	66,66%
CHU Dakar 2016 (14)	7	Masculin	4	57,14%
CHP de Rhône France 1994 (15)	21	Masculin	16	76,14%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	15	Masculin	12	80%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	29	Masculin	21	72,41%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	18	Masculin	15	83,33%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>43</b>	<b>Masculin</b>	<b>36</b>	<b>83,72%</b>

Le sexe masculin est le plus touché dans notre série et celles regroupées de la littérature.

(24-25-26)

#### 4. Motif de consultation :

**Tableau 101 : Motif de consultation le plus fréquent au cours des traumatismes abdominaux des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Signe fonctionnel le plus fréquent	Nombre de cas	%
Traumatisme abdominal	CHRU de Montpellier France 2003 (67)	Douleur abdominale	6	60%
	CHP du Rhône France 1994 (71)	Douleur abdominale	15	71,42%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (72)	Douleur abdominale	13	86,66%
	CHU Dakar 2016 (70)	Douleur abdominale	7	100%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (68)	Douleur abdominale	2	66,66%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (69)	Douleur abdominale	26	87,23%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (10)	Douleur abdominale	15	83,33%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Douleur abdominale</b>	<b>42</b>	<b>97,67%</b>

La douleur abdominale est le motif de consultation retrouvé en premier plan chez tous les patients. (27-28-29)

## 5. Signe physique :

**Tableau 102 : Signe physique le plus fréquent  
au cours des traumatismes abdominaux des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Signe Physique le plus fréquent	Nombre de cas	%
Traumatisme abdominal	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Défense abdominale	7	63,63%
	CHP de Rhône France 1994 (15)	Défense abdominale	13	61,90%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Défense abdominale	8	53,33%
	CHU Dakar 2016 (14)	Défense abdominale	5	71,42%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Défense abdominale	2	66,66%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Défense abdominale	24	82,57%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Défense abdominale	11	61,11%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Défense abdominale</b>	<b>30</b>	<b>69,76%</b>

Dans notre étude et celles de la littérature, la défense abdominale a été retrouvée chez la plupart des patients. (30-31)

## 6. Biologie :

### 6.1. NFS :

Tous les auteurs recommandent sa réalisation en urgence, afin de rechercher une baisse de l'hémoglobine, l'hématocrite et des globules rouges en faveur d'un choc hypovolémique, ainsi une hyperleucocytose orientant vers une surinfection d'épanchement péritonéal. (32)

Dans notre étude, elle a été réalisée chez 38 patients soit 88,37% :

Une anémie a été retrouvée chez 2 patients soit 4,65%, Une hyperleucocytose a été retrouvée dans un cas soit 2,32%

### **6.2. Bilan hépatique :**

Il a peu d'intérêt dans le diagnostic des lésions hépatiques, l'élévation sérique des enzymes hépatiques n'est pas corrélée à la présence ou à la sévérité des lésions. (33)

Ce bilan a été réalisé pour 7 cas soit 16,27%. Il a montré une cytolyse dans 3 cas soit 6,97%

### **6.3. Bilan pancréatique :**

L'interprétation de l'amylasémie et de la lipasémie est difficile en urgence. Bien qu'il n'existe pas de corrélation entre les taux de ces enzymes et une pancréatite aiguë traumatique, des valeurs supérieures à 5 fois la normale dès l'admission doivent faire évoquer le diagnostic. (34)

Dans notre série, une lipasémie a été demandée chez 6 patients soit 13,95% et revenue supérieure à 3 fois la normale dans deux cas soit 4,65%.

## **7. Radiologie :**

L'imagerie occupe aujourd'hui une place prépondérante dans la prise en charge précoce des traumatismes abdominaux. Son objectif est de faire le bilan de toutes lésions et ne doit pas être demandée que si l'état hémodynamique du patient le permet. (35)

### **7.1. ASP :**

Son intérêt principal est de pouvoir mettre en évidence un pneumo ou rétro pneumopéritoine signant une perforation d'un organe creux qui impose l'intervention.

Cependant l'absence de l'épanchement gazeux n'est pas le garant de l'absence de perforation d'un organe creux.

Il a été réalisé chez l'ensemble de nos patients, objectivant un pneumopéritoine dans 3 cas soit 6,97%

## 7.2. Radiographie thoracique :

Dans le cadre d'un traumatisme abdominal, elle recherche un pneumothorax ou hémithorax, une fracture des côtes.

Réalisée chez l'ensemble de nos patients, elle a objectivé :

- Une fracture de côtes dans 2 cas soit 4,65%
- Un foyer de contusion pulmonaire soit 2,32%
- Un pneumothorax dans 2 cas soit 4,65%
- Un épanchement pleural dans un cas soit 2,32%
- Echographie et TDM abdominales :

Actuellement, l'échographie est l'examen de première ligne après l'examen clinique, permettant de faire le diagnostic des collections intra et rétro-péritonéales et celui des lésions d'organes pleins. (36)

La TDM abdominale est aujourd'hui la méthode d'imagerie de choix pour l'exploration de l'abdomen en urgence. Elle permet une étude précise des épanchements et des lésions des organes. (37)

Dans notre série, l'échographie a été réalisée chez tous les patients alors que la TDM abdominale était réalisée chez 25 patients soit 58,13%

- l'épanchement intra-péritonéal était présent dans 20 cas soit 46,51%
- Lésions viscérales :
  - Une lésion hépatique dans 6 cas soit 6,97% dont 3 contusions soit 6,97%, une fracture soit 2,32% et deux hématomes sous capsulaires soit 4,65%
  - 5 lésions rénales dont une contusion rénale dans 3 cas soit 6,97%, un hématome rénal sous capsulaire dans un cas soit 2,32% et une fracture rénale soit 2,32%
  - Une contusion intestinale dans 2 cas soit 4,65%
  - Une contusion gastrique dans 4 cas soit 17,20%

- Lésion splénique dans 3 cas soit 6,97%
- Hématome de la paroi chez 2 cas soit 4,65%

## 8. Traitement :

L'attitude thérapeutique repose d'abord sur une réanimation préopératoire pour le maintien des fonctions vitales ensuite la chirurgie par une voie d'abord médiane à cheval sur l'ombilic avec une exploration complète de la cavité abdominale, une évacuation des épanchements, la réparation des lésions parenchymateuses et un drainage large de la cavité. (38)

Dans notre étude, la prise en charge des traumatismes abdominaux était comme suit :

- Mise en condition :
  - Oxygénothérapie
  - 2 voies veineuses périphériques et remplissage vasculaire chez un patient
  - Immobilisation du membre fracturé
  - Antalgiques + Antibiotiques chez l'ensemble de nos patients
  - Transfusion de 3 culots globulaires chez 2 patients
  - Héparinothérapie préventive chez 7 patients
  - Sérum antitétanique chez 28 patients
- Traitement chirurgical : Après stabilisation de l'état hémodynamique :
  - Laparotomie, exploration complète et systématique de la cavité abdominale
  - Evacuation des épanchements, toilette péritonéale et drainage large
  - Traitement conservateur reposant sur une suture des lésions parenchymateuses simples
  - Splénectomie réalisée chez un patient

## VIII. Comparaison des hernies étranglées :

### 1. Fréquence des hernies étranglées :

**Tableau 103 : Fréquence des hernies étranglées selon les études.**

Série	Nombre total des urgences viscérales	Nombre de cas hernies étranglées	Pourcentage des hernies étranglées
CHRU Montpellier France 2003 (12)	272	6	2,20%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	103	5	4,85%
CHU Dakar 2016 (14)	161	5	3,10%
CHP de Rhône France 1994 (15)	400	12	3%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	312	10	3,20%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	660	27	4,1%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	1131	3	0,26%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>1267</b>	<b>24</b>	<b>1,90%</b>

Dans la série de Bougouni les hernies étranglées occupent le 4<sup>ème</sup> rang avec 5 cas soit 3,10% de l'ensemble des urgences viscérales, elle est par contre placée en dernier lieu dans toutes les autres séries avec 24 cas dans notre étude soit 1,90%, Ceci s'expliquerait par la consultation précoce et la cure chirurgicale à froid au stade de hernies simples

## 2. Comparaison des hernies étranglées selon l'âge :

**Tableau 104 : Tranche d'âge la plus touchée  
au cours des hernies étranglées des différentes études**

Série	Nombre total des hernies étranglées	Age le plus touché	Nombre de cas	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	6	51-60	2	33,33%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	5	51-60	3	60%
CHU Dakar 2016 (14)	5	51-60	2	40,00%
CHP de Rhône France 1994 (15)	12	51-60	7	58,33%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	10	51-60	4	40%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	27	51-60	10	37,03%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	3	51-60	2	66,66%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>24</b>	<b>51-60</b>	<b>9</b>	<b>37,50%</b>

La tranche d'âge la plus affectée se situe entre 51 et 60 ans dans toutes les séries. (4-14-15-16-39-40)

### 3. Selon le sexe :

**Tableau 105 : Répartition des hernies étranglées par sexe dans différentes études**

Série	Nombre total des hernies étranglées	Sexe le plus touché	Nombre de cas	Pourcentage
CHRU Montpellier France 2003 (12)	6	Masculin	4	66,66%
CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	5	Masculin	3	60%
CHU Dakar 2016 (14)	5	Masculin	4	80%
CHP de Rhône France 1994 (15)	12	Masculin	8	66,66%
Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	10	Masculin	6	60%
CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	27	Masculin	21	77,77%
CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	3	Masculin	2	66,66%
<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>24</b>	<b>Masculin</b>	<b>18</b>	<b>75%</b>

D'après notre étude et les données de la littérature, le sexe masculin est le plus concerné par les hernies étranglées. (4-14-15-16-40-41)

#### 4. Délai de consultation :

**Tableau 106 : Délai de consultation au cours des hernies étranglées des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Délai de consultation (Jour)	%
Hernie étranglée	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	1-2	62,94%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	<1	75,85%
	CHU Dakar 2016 (14)	3-4	64,04%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	4-5	58,62%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	<3	74,91%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	1-3	67,83%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>&lt;3</b>	<b>79,16%</b>

C'est le temps écoulé depuis le début de l'étranglement herniaire jusqu'à la consultation du malade. C'est un paramètre clé de la prise en charge. Plus, les délais sont longs plus la vitalité des viscères herniés est menacée. La nécrose des tissus emprisonnés conduit à des complications mettant en jeu le pronostic vital du patient. Les difficultés liées à l'accessibilité sont multidimensionnelles associant des problèmes de transport, d'accessibilités financière, géographique, culturelle et psychologique. (43-44)

Dans l'étude de Béni Mellal, 74,91% des cas avaient consulté dans un intervalle de temps inférieur à 3 jours et avaient tous un contenu viscéral viable alors que les 25,09% cas restants ont été vus au-delà de ce délai, et avaient par conséquent un contenu gangrené, sphacélé ou infarci. (11)

Dans la série de Bougouni, dans 58,62% des cas, le délai de consultation variait entre 4 et 5 jours, ceci pourrait expliquer la présence de contenu herniaire nécrosé chez plus de la moitié des patients. (10)

Dans notre étude : 19 cas (79,16%) avaient un délai de consultation inférieur à 72h et la viabilité du contenu intestinale du sac herniaire chez eux était bonne dans 100% des cas, chez les 5 patients qui ont consulté dans un délai supérieur à 72h le contenu intestinal du sac était nécrosé.

## 5. Motif de consultation :

**Tableau 106 : Motif de consultation le plus fréquent au cours des hernies étranglées des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Signe fonctionnel le plus fréquent	Nombre de cas	%
Hernie étranglée	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Douleur inguinale	4	66,66%
	CHP du Rhône France 1994 (15)	Douleur inguinale	7	58,33%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Douleur inguinale	10	100%
	CHU Dakar 2016 (14)	Douleur généralisée	3	70%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Douleur généralisée	3	-0%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Douleur inguinale	26	26,29%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Douleur inguinale	3	100%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Douleur inguinale</b>	<b>23</b>	<b>95,83%</b>

Le motif de consultation qui a été observé dans les études est une douleur inguinale parfois généralisée comme c'était le cas dans les séries africaines.

## 6. Signe physique :

**Tableau 107 : Signe physique le plus fréquent  
au cours des hernies étranglées des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Signe Physique le plus fréquent	Nombre de cas	%
Hernie étranglée	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Tuméfaction douloureuse, irréductible, non impulsive à la toux	145	91,77%
	CHP du Rhône France 1994 (15)		282	100%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)		167	98,81%
	CHU Dakar 2016 (14)		23	85,18%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)		16	69,56%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)		344	87,97%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)		641	97,26%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>		<b>543</b>	<b>98,72%</b>

- Schématiquement le tableau clinique peut se présenter sous deux formes différentes (45-46) :
  - Soit qu'il s'agit d'une hernie, connue ou non, qui est devenue brutalement douloureuse et irréductible.
  - Soit il s'agit d'une occlusion intestinale aiguë, qui doit faire rechercher, et de façon systématique, l'existence non signalée d'une hernie. La douleur au collet herniaire est alors un signe de grande valeur. (47-48)
- La hernie apparaît comme une masse globuleuse, tendue, irréductible et ayant perdu son caractère impulsif à la toux. Le diagnostic ne pose souvent pas de problème en dehors des sujets obèses. Il faut rechercher attentivement une autre hernie, en particulier du côté controlatéral. (49)

- Un examen du reste de l'abdomen recherchera des signes d'irritation péritonéale (la défense voire la contracture abdominale).
- L'examen général complet est systématique en appréciant :
  - L'état général, température, pouls, tension artérielle (état de choc), signes de dénutrition.
  - La fonction respiratoire, hépatique et cardiaque
- Un toucher rectal devra être réalisé impérativement, à la recherche de signe de souffrance intestinale (sang dans les selle), un facteur favorisant telle une hypertrophie prostatique, ou encore une ampoule rectale vide allant dans le sens du syndrome occlusif. (50)

Les manifestations cliniques qui ont été observées dans notre étude faites d'une douleur inguinale chez 100% des malades, 41,66% des cas de vomissements et 20,83% des cas d'arrêt des matières et des gaz, se rapprochent de ceux des études française et américaine. (12-15-16)

## **7. Examens complémentaires :**

Le diagnostic d'étranglement herniaire est essentiellement clinique, mais l'imagerie médicale peut constituer une aide. Par ailleurs, les examens biologiques et radiologiques (bilan d'hémostase, groupe sanguin, numération formule sanguine, plaquettes, ionogramme sanguin, radiographie pulmonaire, électrocardiogramme) permettront de réaliser un bilan préopératoire et d'évaluer le retentissement hydro-électrolytique de l'occlusion. (51)

Le cliché d'abdomen sans préparation doit être pratiqué de façon systématique. Il peut visualiser une structure digestive au niveau du site herniaire, une distension gazeuse du grêle (52), voire des niveaux hydro-aériques habituels à l'occlusion du grêle qui sont plus larges que hauts ou du colon qui sont plus hauts que larges, comme il peut revenir normal. (52)

Dans notre série, l'ASP a été fait chez 20 malades soit 83,33%, il nous a paru normal dans 6 cas soit 25%, chez les 14 patients, il a permis de retrouver :

- Des niveaux hydro-aériques dans 8 cas soit 33,33% :
  - Grêliques chez 5 malades (20,83%)
  - Coliques chez 2 malades (8,33%)
  - Et grêlo-coliques chez un patient (4,16%)
- Une distension intestinale dans 5 cas soit 20,83%
- Un pneumopéritoine chez un seul malade

**Tableau 108 : Aspect échographique fréquent  
au cours des hernies étranglées des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	ASP Aspect prédominant	Nombre de cas	%
Hernie étranglée	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	NHA grêliques	134	84,81%
	CHP de Rhône France 1994 (12)	Distension intestinale+ NHA grêliques	112	39,71%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	ASP normal	118	69,82%
	CHU Dakar 2016 (14)	NHA grêliques	15	55,55%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	NHA grêliques	11	47,82%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	NHA grêliques	148	37,85%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	NHA grêliques	288	43,70%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>NHA grêliques</b>	<b>176</b>	<b>32%</b>

## 8. Traitement :

- Toute hernie étranglée doit être opérée en urgence, au risque d'exposer le malade à des complications potentiellement létales. (45)
- Son but est triple :
  - lever la striction
  - faire le bilan des lésions viscérales et les traiter
  - la cure de la hernie
- Une mise en condition s'impose avant tout geste chirurgical par la mise en place d'une voie veineuse, d'une sonde d'aspiration naso-gastrique, d'une sonde vésicale, la correction des désordres hydro électrolytiques et d'éventuels troubles de l'hémostase. (53)
- Lors de l'induction de l'anesthésie, des antibiotiques sont administrés à titre prophylactique. En cas de résection ou de nécrose intestinale, elle doit immédiatement être relayée par une antibiothérapie curative à spectre large, et prolongée pendant plusieurs jours
- A la lumière des données de la littérature, l'anesthésie générale a été la méthode la plus utilisée dans plusieurs études. (54)
- La voie d'abord inguinale est la plus utilisée, convertit en une laparotomie médiane de nécessité, lorsque la hernie étranglée a été vu tard et ayant nécessité une résection intestinale ou lorsque la voie inguinale seule s'avère insuffisante pour faire un bilan lésionnel précis des atteintes viscérales. (55–56)
- Le viscère le plus souvent étranglé est l'épiploon ou l'intestin grêle, plus rarement le colon, parfois l'appendice et chez la fillette l'ovaire. (95)
- Dans les séries marocaine, américaine, françaises et africaines, le grêle a été l'organe étranglé le plus fréquent.
- Traitement du sac herniaire :
  - Contenu épiploïque : résection de la graisse infarctie

- Intestin viable : Réintégration
- Intestin nécrosé : Résection avec rétablissement de la continuité ou la mise en place d'une stomie

- Réparation pariétale :

Il faut noter que dans la littérature, la technique opératoire a varié selon les équipes : méthodes de Bassini, de MacVay et de Shouldice (10-12-14-16). Dans notre étude : La réfection de la paroi a été faite selon le procédé de BASSINI

Dans notre série :

- 5 patients, qui ont une nécrose intestinale, ont subi des résections intestinales et des anastomoses :
  - 3 résections grêliques avec anastomoses grêlo-grêliques terminotermiales :
    - ✓ Par voie inguinale chez 2 patients
    - ✓ Et après conversion de la voie d'abord inguinale en laparotomie chez 1 malade. ·
  - Une résection grêlique avec double iléostomie. ·
  - 1 résection colique avec anastomose iléo-colique, après conversion en laparotomie.
- 2 résections épiploïques par voie inguinale
- Le sac herniaire a été réséqué chez 21 patients (87,5%) et non réséqué chez 3 malades (12,5%).

D'une manière comparative, nos statistiques correspondent à ceux des études menées en Europe. (67-71)

**Tableau 109 : Geste thérapeutique prédominant  
au cours des hernies étranglées des différentes études**

Nature de l'urgence	Etude	Geste thérapeutique prédominant	%
Hernie étranglée	CHRU de Montpellier France 2003 (12)	Réintégration intestinale	62,94%
	Hôpital de Williamsburg USA 2004 (16)	Réintégration intestinale	75,85%
	CHU Dakar 2016 (14)	Résection intestinale avec rétablissement de la continuité	64,04%
	CSREF Bougouni Mali 2009 (10)	Résection intestinale avec stomies	58,62%
	CHP Béni-Mellal 1995-1997 (11)	Réintégration	74,91%
	CHP de Tiznit 2004-2005 (4)	Réintégration	67,83%
	<b>Notre étude 2014-2015</b>	<b>Réintégration</b>	<b>79,16%</b>



---

*CONCLUSION*



---

Le service d'accueil est le contact le plus sensible avec les patients et leurs familles, qui attendent à la fois la rapidité et la qualité des soins.

Il est d'ailleurs classique de dire que les urgences constituent actuellement le véritable visage d'un hôpital, quand un malade en urgence est bien accueilli et bien traité ; il y a satisfaction au sein de la population.

Nous nous sommes donc proposés de faire le bilan de 2 années d'activité des urgences chirurgicales viscérales de l'hôpital provincial d'Inezgane pour exposer certains problèmes relatifs à ce service et pour relever certaines carences en moyens humains, techniques et thérapeutiques dont il souffre.

C'est ainsi que nous avons donné des suggestions et réflexions pour remédier aux difficultés dont souffre le service des urgences.

Dans l'état actuel des choses, une meilleure distribution des tâches, une bonne organisation du travail et une amélioration du rendement des moyens existants conférerait à ce service la possibilité de répondre mieux aux besoins de la population dans le but d'assurer une médecine de bonne qualité.



---

*RECOMMANDATIONS*



---

- **Aux populations:**

- L'éviction de l'automédication et du traitement traditionnel;
- Consultation immédiate en cas de douleur abdominale;

- **Aux centres de santé de la périphérie:**

- L'éviction de l'administration prolongée d'antalgiques;
- La référence en temps opportun des patients et leur préparation pour une bonne évacuation;
- La redynamisation de la caisse de solidarité du système de référence – évacuation ;
- La formation du personnel.

- **Au Centre hospitalier provincial d'Inezgane :**

- La formation continue du personnel ;
- La pérennisation des Kits d'urgence chirurgicale;
- La dotation des salles de pansement des différents pavillons de chirurgie de matériels adéquats de qualité et en quantité.

- **Aux décideurs:**

- La mise en place des moyens logistiques pour la référence – évacuation;
- La dotation des hôpitaux de références en moyens d'investigations et de diagnostics performants et en médecins spécialistes ;
- L'élaboration d'un programme d'information d'éducation et de communication à l'intention des populations sur la gravité et les dangers de l'automédication et du traitement traditionnel en matière d'urgences chirurgicales abdominales.



---

## *ANNEXES*



## Fiche d'exploitation

### Identité

Numéro d'entrée

Sexe

Age

### Antécédents

Chirurgie abdominopelvienne :

Aucun

Oui

Médicaux :

Maladie digestive

Maladie métabolique

Maladie cardiovasculaire

Autres

Toxique :

Aucun

Oui

### Niveau socio-économique

#### Le mode d'admission

Malade venu de lui-même

Malade référé

#### Qualité du personnel référent

Aucun

Infirmier

Médecin

#### Motif de consultation

Date de début

Signes fonctionnels :

Douleur abdominale

Ballonnement

Troubles de transit : –constipation :

–diarrhée :

Vomissement

Etat fébrile :

Ictère :

Etat de choc :

Hémorragie digestive :

#### Début des signes et le moment du diagnostic clinique

0-12 Heures

13-24 Heures

J2

J3

J4

J5

Au-delà de J5

**Biologie :**

Nfs ; vs ; TP-TCK ; CRP ; vs ; lipase-amyase ; urée-créatinine ; groupage rhésus ; Bilan hépatique

**RADIOLOGIE:**

1. Echo abdominopelvienne

2. Rx standard :

- ASP

- RX thorax centre sur les coupes

TDM abdominopelvienne :

**Le diagnostic pré opératoire (origine et étiologie) :**

1- Pathologie appendiculaire : - Appendicite aigue

- Abscess appendiculaire

- Plastron appendiculaire

2- Péritonite : -Digestive : Pathologie appendiculaire

Perforation d'ulcère

Perforation grélique : Salmonellose

-Gynécologique : Pelvipéritonite

-Urologique :

3- Traumatique : -Plaie abdominale : Accident de travail

Agression

Balistique

-Contusion abdominale :

4- Occlusion : - Bride :

-infection - inflammation :

-Pancréatite aigüe :

- Cholécystite aigue :

- Péritonite :

- Tumorale : -Tumeur colorectale (occlusion) :

- Torsion : - Volvulus intestinal

5- Hépatobiliaire : - Pancréatite aigue

-Cholécystite aigue

-Angiocholite aigue

-Abscess hépatique

6- Hémorragie digestive :- haute : ulcère

- basse

7- Pathologie pariétale : hernie étranglée



-lâchage de suture :

- hémorragie intra péritonéale :

DUREE D'HOSPITALISATION :

J0-J7

J8-J14

>J15

Surveillance :

Nous avons élaboré une fiche d'enquête dans le but de prendre en charge les questions relatives à nos objectifs. Elle comprend :

Les données socio – administratives

Les données cliniques

Le traitement

L'évolution

La prise en charge



**RÉSUMÉS**

## Résumé :

Ce travail consiste à dresser un bilan statistique des différentes urgences chirurgicales viscérales à l'hôpital provincial d'Inezgane au cours de 2 années, du Janvier 2014 à Décembre 2015 et tenter d'exposer certains problèmes qui s'imposent.

Pendant cette période, 12603 patients ont été admis en urgence, 3454 l'ont été pour une urgence chirurgicale. Parmi ces derniers 1267 abdomens aigus ont été opérés en urgence et constituent l'échantillon qui a fait l'objet de la présente étude qui ne concerne que les urgences en chirurgie digestive.

C'est ainsi que durant notre période d'étude 3454 urgences chirurgicales se sont présentées au service des urgences dont 1267 urgences viscérales soit 36,68% répartis comme suit :

- Les appendicites les plus fréquents avec 550 cas soit 43,41%
- Les urgences hépatobiliaires 415 cas soit 32,75%
- Les occlusions 70 cas soit 5,52%
- Les péritonites 69 cas soit 5,44%
- Les hémorragies digestives 33 cas soit 2,60%
- Les abdomens traumatiques 43 cas soit 3,4%
- Les urgences proctologiques 42 cas soit 3,31%
- Les hernies étranglées 24 cas soit 1,9%
- Les pancréatites 21 cas soit 1,65%

Au terme de cette étude, nous avons comparé nos chiffres avec ceux de certains hôpitaux au Maroc, en Afrique, en Europe et aux USA.

Nous avons exposé certains problèmes qui entravent la bonne marche des services des urgences qui nous ont amené à exprimer nos suggestions pour promouvoir ce service.

## ملخص

هذا العمل هو تقييم إحصائي لمختلف حالات الطوارئ الجراحية للجهاز الهضمي في المستشفى الإقليمي إنزكان في غضون عامين من يناير 2014 إلى ديسمبر 2015، ومحاولة لكشف بعض المشاكل التي تجتأحها في هذه الفترة، تم قبول 12603 مرضى في حالات الطوارئ، كانت لحالات الطوارئ الجراحية ومنها 1267 كانت تخص الجهاز الهضمي وهي التي تخص دراستنا المتعلقة فقط في جراحة الجهاز الهضمي في حالات الطوارئ.

وهكذا، خلال فترة دراستنا تقدمت 3454 حالات الطوارئ الجراحية إلى قسم الطوارئ و1267 هو عدد

حالات الطوارئ المتعلقة بالجهاز الهضمي بنسبة 36.68٪ موزعة على النحو التالي:

• التهاب الزائدة الدودية الأكثر شيوعا مع 550 حالة أي 43.41٪

• الطوارئ الكبدية 415 حالة أي 32.75٪

• التهاب الصفاق 69 حالة أي 5.44٪

• الانسداد المعوي 70 حالة أي 5.52٪

• النزيف الدموي في الجهاز الهضمي 33 حالة أي 2.6٪

• إصابات البطن 43 حالة أي 3.4٪

• الطوارئ الشرجية 42 حالة أي 3.31٪

• الفتق المختنق 24 حالة أي 1.9٪

في خضم هذه الدراسة، قارنا نتائجنا مع نتائج بعض الدراسات التي تمت في مستشفيات متعددة في المغرب،

أفريقيا، أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية.

عرضنا بعض المشاكل التي تعيق سير خدمات الطوارئ مع التعبير عن اقتراحاتنا لتعزيز هذه الخدمة.

## Summary

This work consists in making up a statistical quotient of the different visceral surgical emergencies at the Inezgane provincial hospital during 2 years, and trying to show some problems

During this period, 12603 patients were admitted in emergency, 3454 were admitted for a surgical emergency. Among these, 1267 acute abdomens were operated in emergency and constitute the sample which was the subject of the present study which concerns only the emergencies in digestive surgery.

So during this study period, 3454 surgical emergencies came to the emergency department, whose 1267 visceral urgencies is 36,68% and are divided in to:

- Appendicitis which are the most frequent with 550 cases (43.41%)
- Hepatobiliary emergencies in 415 cases (32.75%)
- Peritonitis in 69 cases (5.44%)
- Bowel obstructions in 70 cases (5.52%)
- Gastrointestinal bleeding in 33 cases (2.60%)
- Abdominal trauma in 43 cases (3.4%)
- Proctological emergencies in 42 cases (3.31%)
- Strangulated hernias in 24 cases (1.9%)
- Pancreatitis in 21 cases (1,65%)

At the end of this study, we compared our results with those of some hospitals in Morocco, Africa, Europe and the USA.

We noticed some problems that constitute an obstacle for the good working of the emergency department, so, we make some necessary suggestions to help this departments



---

***BIBLIOGRAPHIE***



---

1. **HAROUNA Y, ALI L, SEIBOU A, ABDOU I, GAMATIE Y, RAKOTOMALALA J, HABIBOU A, BAZIRA.**  
Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de NIAMEY (NIGER).  
Etude analytique et pronostique.  
2001
2. **SAMOURA LAMINA.**  
Prise en charge des urgences chirurgicales digestives au CSREF de BOUGOUNI.  
2009
3. **CHAQDA M.**  
Urgences digestives au CHU Mohammed VI Marrakech  
2013
4. **SAJRADI BRAHIM.**  
Bilan des urgences chirurgicales viscérales à l'hôpital provincial de TIZNIT au cours de 2 années (2004–2005).  
2013
5. **Ministère de la santé.**  
Santé en chiffres 2014.  
Edition 2015
6. **ADEN ABDILLAHI ALLALEH**  
Renforcement de la sécurité du professionnel de santé par la démarche qualité : cas du CHP d'Inezgane. Mémoire de fin d'études. Cycle de Master en administration sanitaire et sante publique. Mangement des Organisations de Santé.  
2010–2012
7. **Ministère de la santé.**  
Hôpital général Inezgane.  
2014–2015
8. **Royaume du Maroc–Ministère de la Santé–Direction régionale de la santé**  
Délégation Préfectorale Inezgane Aït Melloul  
Monographie, 2014–2015
9. **Royaume du Maroc, développement humain et développement social au Maroc,**  
Données cartographiques et statistiques.  
Septembre 2004, p.10

10. **LASSINA SAMOURA.**  
Prise en charge des urgences chirurgicales viscérales au CSREF de BOUGOUNI.  
JUN 2011
11. **BOUMEDIENE MOHAMMED.**  
Bilan d'activités des urgences chirurgicales à l'hôpital provincial de Béni Mellal.  
2012
12. **ARNAUD J P, TURBELIN J M.**  
Conduite à tenir devant un abdomen aigu.  
EMC. 24939 p10, 3 – 1982.
13. **PADONOU N ET AL.**  
Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au C.H.U de Dakar.  
Dakar Med 2016 ; 24(1) :30–37.
14. **IBRAHIMA GAYE,PAPE ALASSANE LEYE,MAMADOU MOUR TRAORE,PAPE IBRAHIMA  
NDIAYE,EL HADJI BOUBACAR BA, MAMADOU DIAWO BAH**  
Prise en charge péri-opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte du  
CHU Aristide Le Dantec.  
PAN AFR MED J. 2016; 24: 190.
15. **ETIENNE ET AL.**  
Diagnostic des douleurs abdominales aiguës.  
Encycl. Med urgences 1994; 24039010: 27
16. **BROWER.**  
La chirurgie digestive –Encycl.  
Med Chirurgicale. (Paris) 2004;
17. **MOUITEI HASSAN.**  
Guide pratique des urgences chirurgicales viscérales.  
2013
18. **CHICHE L., ROUPIE E., DELASSUS P.**  
Prise en charge des douleurs abdominales aux urgences  
J. Chir. (Paris) 2006 ; 143 : 6–14.
19. **HALL J.C., HEEL K.A., PAPADIMITRIOU J.M., PLATELL C.**  
The pathobiology of peritonitis Gastroenterology  
1998; 114: 185–196

20. **MONTRAVERS P., LEPAPE A., DUBREUIL L., GAUZIT R., PEAN Y., BENCHIMOL D., et al.**  
Clinical and microbiological profiles of community-acquired and nosocomial intra-abdominal infections: results of the French prospective, observational EBIA study  
J Antimicrob Chemother 2009 ; 63 : 785–794
21. **STOKER J., VAN RANDEN A., LAMERIS W., BOERMEESTER M.A.**  
Imaging patients with acute abdominal pain  
Radiology 2009 ; 253 : 31–46
22. **VAN RANDEN A., LAMERIS W., VAN ES H.W., VAN HEESEWIJK H.P., VAN RAMSHORST B., TEN HOVE W., et al.**  
A comparison of the Accuracy of Ultrasound and Computed Tomography in common diagnoses causing acute abdominal pain  
Eur Radiol 2011 ; 21 : 1535–1545
23. **PUYLAERT J.B.**  
Ultrasonography of the acute abdomen : gastrointestinal conditions Radiol. Clin. North Am. 2003 ; 41 : 1227–1242.
24. **Maglinte D.D.**  
Small bowel imaging a rapidly changing field and a challenge to radiology Eur. Radiol. 2006 ; 16 : 967–971. 297
25. **PATHE SAMASSEKOU.**  
Urgences chirurgicales digestives au centre de référence Koulikoro.  
2009
26. **BELAHNECH N.**  
Bilan d'activité des urgences chirurgicales à l'hôpital de Safi Durant 2 ans.  
Thèse Med. Casa 1/96.
27. **ZEYNEP OR, RENAUD T.**  
Quel lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France.  
Questions d'économie de la santé n°149 – Décembre 2009.
28. **ASKENASI R., LEHEUREUX P.**  
Influence des examens demandés aux urgences sur le temps de passage des patients dans un service des urgences.  
Rea. Soins intens, 1990, 3 : 201 – 202.

29. **BARON D. TOUSE. M. D.**  
La radiographie pulmonaire et radiographie du crâne, facteurs de performances diagnostiques et thérapeutiques dans un service d'urgence. Rea. Soins intens. Med. Urg. 1990. 6 (6) ; 446 – 448.
30. **RIMI LAARBI.**  
Bilan d'activité des urgences chirurgicales à l'hôpital El GHASSANI de Fès (91).  
Thèse Med. Casa 218/93.
31. **NONNENMACHER & I. KEMPF.**  
Les structures d'accueil d'urgences des traumatisés et leur organisation.  
Conv. Med. 88, 2. 101 – 105.
32. **FLAMENT JB.**  
Contusions de l'abdomen.  
Impact d'internat, 1994, 51.
33. **DONDELINGER RF, KURDLIEL JC.**  
Plaidoyer pour un traitement conservateur sans coeliotomie des contusions hépatiques.  
Ann. Chir., 1991, 45 : 863–76
34. **JOANET H, FASAN JJ, MARMUSE JR, FICAELE SAINT-MARC C, BENHAMOU G, CHARLEUX H.**  
Traumatismes du pancréas : urgence diagnostique et thérapeutique à propos de 35 cas.  
J CHIR., 1991, 128 : 337–342.
35. **MULER L, BENEZET JF, NAUARRO F, ELEDJAM JJ, DE LA COUSSAYE JE.**  
Contusions abdominales graves : stratégie diagnostique et thérapeutique.  
Encycl Méd Chir 2003 ; 36–725–c–10 : 12c.
36. **KAMILI EE.**  
Imagerie des contusions abdominales.  
Thèse Méd Casablanca, 1997 ; n°280
37. **RAHERINANTENIA FANOMEZANTSOA ET AL.**  
Traumatismes fermés et pénétrants de l'abdomen : Analyse rétrospective sur 175 cas et revue de la littérature.  
The pan African médical journal 2015.
38. **RIDEREAU-ZINS C, LEBIGOT J, Bouhours G, CASA C, AUBE C.**  
Traumatismes abdominaux : Les lésions élémentaires.  
J Radiol 2008 ; 89 : 1812–32

- 39. MANET. P. BLEICHNER. G.**  
Enquête sur les services d'accueil des urgences des centres hospitaliers régionaux universitaires.  
Rea. Urg. 1992. 1 (4). 568-577.
- 40. BAHRA ABDELLATIF.**  
Bilan d'activité du service de réanimation de l'hôpital Hassan II d'Agadir. Thèse Med. Casa. 274/92.
- 41. CHEN S.C., LEE C.C., YEN Z.S., LIN G.S., CHEN W.J., LEE P.H., et al.**  
Specific oral medications decrease the need for surgery in adhesive partial small-bowel obstruction Surgery  
2006 ; 139 : 312-316.
- 42. CONSORTI E.T., LIU T.H.**  
Diagnosis and treatment of caecal volvulus Postgrad.  
Med. J. 2005 ; 81 : 772-776.
- 43. REDOUANE AIT BRAHIM**  
Prise en charge des hernies de l'aine étranglées. Expérience du CHU Mohammed VI de Marrakech  
Thèse Marrakech. 2014
- 44. R. LEBEAU**  
Hernies inguinales étranglées à l'hôpital de Mamou en Guinée à propos de 160 cas.  
Journal Africain de chirurgie Digestive Volume 03 -N°2 - 2e Semestre 2003
- 45. D. BRASSIER N. BAPIYINA**  
Comment traiter les complications aiguës des hernies de l'aine de l'adulte ? Service de chirurgie viscérale et thoracique, Hôpital ROBET BALLANGER-Aulnay-sous-Bois.  
2012
- 46. SAGARA ABDOULAYE**  
Prise en charge des hernies inguinales étranglées dans le service de chirurgie B de l'Hôpital Fousseiny Daou de Kayes
- 47. F. BORIE, F GUILLON, S.AUFORT.**  
Occlusions intestinales chez l'adulte : diagnostic.  
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). Gastro-entérologie. 2010 ; 9-044-A-10.

48. **L. CHICHE, G. LEBRETON, V. LE PENNEC.**  
Syndromes occlusifs.  
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). Médecine d'urgence. 2007 ; 25-050-A-30.
49. **E. PELISSIER**  
Traitement des hernies de l'aîne étranglées  
EMC. 2007
50. **V. BENOUAICH**  
La hernie crurale étranglée  
EMC. 2008
51. **DIENG M, EL KOUZI B, KA O, KONATE I, CISSE M**  
Les hernies étranglées de l'aîne de l'adulte : une série de 228 observations.  
MALI MEDICAL. 2003
52. **CHARLES-ANDRE CUENOD**  
Diagnostic des urgences abdominales aiguës d'origine digestive chez l'adulte  
Gastroentérologie clinique & biologique 1999; 23: 1170
53. **CABRIDAIN, MO. G. DE POURVOURVILLE.**  
Aide à l'évaluation des besoins des hôpitaux en spécialistes d'anesthésie réanimation.  
Cahier anesthésie 1987. 35. 5. 345-374.
54. **M'HAMED M.A**  
Les hernies inguinales étranglées de l'adulte : à propos de 118 cas.  
Thèse de Médecine RABAT n° 330. 2003.
55. **A. FINGERHUT, É. PELISSIER**  
Traitement chirurgical des hernies inguinales : choix d'un procédé  
EMC. 2008
56. **M. HAOUAT MOHAMMED AMIN.**  
Les hernies inguinales étranglées de l'adulte.  
Thèse Med Fès 2012
57. **Pétissier E et DAMAS JM**  
Traitement des hernies de l'aîne étranglées,  
EMC techniques chirurgicales – appareil digestif. 40-139, 2000, 5p.
58. **DUCOMBIER A.**  
Ethique de la chirurgie d'urgence en situation précaire.  
Edition PRADEL (Paris) ; 174 p.

# قسم الطب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف  
والأحوال باذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض  
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،  
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة 013

سنة 2017

تقرير نشاط حالات الطوارئ الجراحية  
للجهاز الهضمي في المستشفى الإقليمي إنزكان  
في غضون عامين 2014 - 2015

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 27 / 01 / 2017  
من طرف

السيد كريم آيت جاجا

المزداد في 01 يناير 1990 بورزازات

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

تقرير النشاط – الطوارئ الجراحية للجهاز الهضمي – المستشفى الإقليمي لانزكان

اللجنة

الرئيس	ع. لوزي	السيد
	أستاذ في الجراحة العامة	
المشرف	خ. رباني	السيد
	أستاذ مبرز الجراحة العامة	
الحكام	س. آيت بنعلي	السيد
	أستاذ في جراحة الدماغ والأعصاب	
	ت. أبو الحسن	السيد
	أستاذ مبرز في الانعاش والتخدير	
	ر. البرني	السيد
	أستاذ مبرز في الجراحة العامة	
عضو مشارك	م. ميغيل	
	أستاذ في الانعاش والتخدير	