



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

Année 2018

Thèse N° 017

Urgences viscérales et cœliochirurgie

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/02/2018

PAR

Mr. Abdelkarim AIT YAHYA

Né le 09 août 1991 à Béni Mellal

Médecin interne du CHU Mohamed VI

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Cœliochirurgie – urgences viscérales.

JURY

M.	R. BENELKHAÏAT BENOMAR Professeur de chirurgie générale	PRESIDENT
M.	A. EI KHADER Professeur agrégé de chirurgie générale	RAPPORTEUR
M.	R. EL BARNI Professeur agrégé de chirurgie générale	} JUGES
M.	A. MEJDANE Professeur agrégé de chirurgie générale	
M.	R. SEDDIKI Professeur agrégé d'Anesthésie – réanimation	

سُبْحَانَكَ يَا عَزِيزًا
وَقَدْ نَزَّلْنَا عَلَيْكَ
الْقُرْآنَ بِاللُّغَةِ الْعَرَبِيَّةِ
لَعَلَّكَ تَفْهَمُ

سبحانك لا علم لنا الا ما علمتنا انك انت العليم الحكيم

سُبْحَانَكَ يَا عَزِيزًا

وَقَدْ نَزَّلْنَا عَلَيْكَ
الْقُرْآنَ بِاللُّغَةِ الْعَرَبِيَّةِ
لَعَلَّكَ تَفْهَمُ



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.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUY YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ADMOU Brahim	Immunologie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASRI Fatima	Psychiatrie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale

BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MAHMAL Lahoucine	Hématologie – clinique
BOUAÏTY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHABAA Laila	Biochimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRÏSSI EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A

ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie– réanimation	FAKHRI Anass	Histologie– embryologie cytogénétique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	GHOUNDALE Omar	Urologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Imane	Psychiatrie	HADEF Rachid	Immunologie
ADALI Nawal	Neurologie	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– vasculaire péripherique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo– phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation

BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo–phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo–phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie–obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie–réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato–orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto–Rhino – Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto–rhino–laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie–générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo– phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro– entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERHANE Hind	Pneumo– phtisiologie
EL HAOURY Hanane	Traumato–orthopédie A	SORAA Nabila	Microbiologie – virologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie– clinique
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAHLANE Mouna	Médecine interne

EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
FADILI Wafaa	Néphrologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	KADDOURI Said	Médecine interne
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	LALYA Issam	Radiothérapie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino – Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MOUHADI Khalid	Psychiatrie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENHADDOU Rajaa	Ophthalmologie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie

BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatologie)	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto–Rhino – Laryngologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie– patologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio– organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo– phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
Hammoune Nabil	Radiologie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– Vasculaire
HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique		

LISTE ARRÊTÉE LE 05/10/2017



DÉDICACES



*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 mes très chers parents :

Sí Mouloud Aít Yahya et Habiba Ibn Tofaíl

Vous nous avez donné des fondations solides pour bâtir nos vies en nous donnant « une liberté dans un cadre ». Vous avez toujours su manifester votre amour inconditionnel, votre soutien sans faille dans les épreuves et votre joie émue dans les moments heureux,

Voilà une belle occasion pour vous en remercier,

Votre fierté serait aujourd'hui ma plus belle récompense.

Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez pour toujours mon protecteur qui ensoleille ma vie.

A mon grand frère sí Mohammed AIT YAHYA

Mon estime pour ta personne est sans limite, tu es l'exemple du frère parfait... merci pour ton grand soutien qui ma toujours rendu plus fort.

Que mon travail soit témoignage de mon grand amour et respect.

A mon très cher frère Hicham, son épouse

Khadija Et leurs petits fils

Mon cher frère qui m'est le père et la mère, les mots ne suffisent guère pour exprimer l'attachement, l'amour et l'affection que je porte pour vous.

mon fidèle compagnant dans les moments les plus délicats de cette vie mystérieuse. Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

A mon très cher frère Jaouad et son épouse

Mon cher frère présent dans tous mes moments difficile par son soutien moral et ses belles surprises. Je te souhaite un avenir plein de joie, de bonheur, de réussite et de sérénité.

Je t'exprime à travers ce travail mes sentiments de fraternité et d'amour.

A ma très chère sœur Merieme , son mari et leurs enfants.

En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous.

Malgré la distance, vous êtes toujours dans mon cœur. Je vous remercie pour votre hospitalité sans égal et votre affection si sincère.

Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur de santé et de réussite

A MA SOEUR FATIMAEZZAHRA, SON EPOUX Hicham ET Leur enfant

Vous qui m'avez toujours soutenu et encouragé.

Voilà le jour que vous avez

Attendu plus impatiemment que moi et sera l'occasion de partager une joie avec votre complicité habituelle.

J'ai le grand plaisir de dédier à vous ce modeste travail

Que Dieu vous apporte bonheur et satisfaction.

*A MES CHÈRES TANTES, LEURS EPOUX ET LEURS
ENFANTS, A MES CHÈRES ONCLES, LEURS EPOUSES ET
LEURS ENFANTS*

*Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la
reconnaissance sincères que j'ai pour vous.*

*Que ce travail soit un témoignage de mon affection, je vous le dédie pour tous
Les moments que nous avons passé ensemble. Je prie Dieu le tout puissant
de vous accorder*

Santé, bonheur et succès

A mon très cher frère Oussama Nacir

*Tu étais toujours là pour moi. La richesse de tes conseils et ton soutien
m'ont toujours aidé.*

Ton amour et ton affection m'ont toujours comblé.

Que tu trouves dans ce travail l'expression de mon profond amour.

Je t'aime énormément

A HASSAN OULAYA

*Pour les moments de joie et de complicité que nous avons partagée
Avec tout mon amour et mon affection*

A Abdelghafour Jaïfi

Avec toute mon affection et mon respect.

A hassouni ayoub

*Nous avons partagé la même résidence pour plus de 7 ans et maintenant
nous allons être collègue dans la même spécialité ca ne peut que me
rendre heureux et honoré.*

A Marouane Maslik

Un ami que je trouve exceptionnel par son raisonnement, son humeur et surtout sa gentillesse et sa générosité sache que je t'admire et je te respecte.

A Aïssam Griche

Quelqu'un de gentil, aimable, serviable et surtout très drôle sache que je t'aime mon ami.

A Aassim Benbahia

Avec toute mon affection et mon respect.

A Abdelhakim Moutayamine

Avec tout mes souhaits de bonheur et de réussite

A Loukhnati Mehdi, choukri Ahmanna et yassine Meghraoui

Mes compagnants dans mes aventures les plus fous

A mes amis

Chihabe bouyaali, yassine chaouqui, Othmane Benlafquih, Kamal Ahtitich, hamouche Nabil, Rachid Ait Ouali, Haouan amine, Yassmine Malky, Ajdir Loubna, Ait benlaassel Oumnia, Issam Azzahiri, Wafae Quidi, Jaafari Fadwa, mohssine Assamadi, yahya el Atiqui, Salmane Maadoune, Adil mansoury, Fayrouze Debbagh, Abdlwahed Soleh, Chadi Rahmani, Aboutarik FZ, Amrani Salma, Rania Aissa,

Merci pour votre amour, votre amitié. Vous étiez toujours là pour me soutenir, m'aider et m'écouter. Merci pour les bons moments que nous avons passés ensemble, de votre soutien et de votre serviabilité. Que Dieu vous protège et vous procure joie et bonheur et que notre amitié reste à jamais

*A L'HONNEUR DE LA 15^{ème} PROMOTION DES INTERNES DE
MARRAKECH*

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon
affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs et des amis sur
qui je peux compter.*

*En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments
que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite
une vie pleine de santé et de bonheur. Que notre fraternité reste éternelle.*

*A tout mes amis DE LA 14^{ème} et la 16^{ème} PROMOTION DES INTERNES
DE MARRAKECH*

*Au membre de comité de l'AMIMA et son président Mohamed-anas
Khouchab*

*Merci pour cette expérience, avec vous j'ai appris le sérieux, le
dévouement et le respect.*

A

Mes très chers amis et collègues Amimiens :

*J'ai toujours senti que vous êtes ma deuxième famille que j'aime et je
respecte. Je vous remercie pour tous ce que vous m'avez apportés. Avec
tout mon respect et toute mon affection.*

A

L'équipe de pneumologie de CHU Med 6 de Marrakech

L'équipe de neurochirurgie de l'hôpital IBN TOFAIL

L'équipe de chirurgie Viscérale de l'HMA

L'équipe d'urgence pédiatrique

A

Tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer.

A

Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR R. BENELKHIAT BENOMAR
Professeur de l'Enseignement Supérieur De chirurgie générale
CHU MOHAMMED VI de Marrakech

*Nous sommes très honoré de vous avoir comme président
Du jury de notre thèse.*

*Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités
humaines vous valent l'admiration et le respect De tous.*

*Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de
droiture dans l'exercice de la profession.*

*Veillez, cher Maître, trouvé dans ce modeste travail
l'expression de notre haute considération, de notre sincère
reconnaissance et de notre profond respect.*

A mon maître et rapporteur de thèse
Pr. AHMED EL KHADER
Professeur agrégé en chirurgie générale
HOPITAL MILITAIRE AVICENNE MARRAKECH

Pour avoir accepté de diriger ce travail.

*Votre bonté, votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos qualités
professionnelles ne peuvent que susciter ma grande estime.*

*Vous m'avez toujours épaulée, soutenue et encouragée en tant que
médecin interne dans votre service.*

Vous êtes un exemple à suivre, mon exemple.

Je vous remercie d'avoir partagé cette épreuve avec moi.

*Veillez trouver ici, l'assurance de mon profond respect, ma profonde
admiration et ma sincère gratitude pour avoir guidé les premiers pas de
ma carrière.*

A notre maître et juge de thèse

Pr. RACHID EL BARNI

Professeur agrégé en chirurgie générale

Hôpital militaire Avicenne Marrakech

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de vous associer à notre jury de thèse. J'ai eu le privilège de travailler sous votre direction et j'ai eu auprès de vous le guide qui m'a reçue en toutes circonstances avec sympathie, sourire et bienveillance. Vous représentez pour nous l'exemple du professeur aux grandes qualités humaines et professionnelles. Votre compétence et votre dévouement sont pour nous un exemple à suivre dans l'exercice de la profession médicale. Veuillez croire, chère Maître, à l'expression de notre sincère reconnaissance et notre grand respect.

A Notre Maître et juge de thèse

Professeur ABDELHADI MEJDANE

Professeur agrégé en chirurgie générale

Hôpital militaire Avicenne Marrakech

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant aimablement de faire partie de notre jury de thèse. Homme de grandes valeurs, vous nous avez toujours marqué par votre compétence, votre charisme et votre humilité. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre haute considération et de notre sincère respect.

A Notre Maître et juge de thèse
Professeur RACHID SEDDIKI
Professeur agrégé d'anesthésie-réanimation
Hôpital militaire Avicenne Marrakech

Nous vous remercions de la spontanéité et de la gentillesse avec lesquelles vous avez bien voulu accepter de faire partie de notre jury. Vous avez toujours suscité notre admiration par votre charisme et votre notoriété. Votre présence est un grand honneur pour nous. Veuillez accepter, cher Maître, l'expression de notre grand respect et de notre profonde reconnaissance.

A mon maître Lahkim Mohamed
Professeur assistant en chirurgie générale
Hôpital militaire Avicenne Marrakech

*Merci infiniment pour votre aide, votre temps précieux et votre soutien.
Je vous exprime à haute considération mon respect.*

A DOCTEUR AHMED ELGUZZAR
RESIDENT AU SERVICE DE CHIRURGIE VISCÉRALE
Hôpital militaire Avicenne Marrakech

*Un grand remerciement pour votre disponibilité et vos efforts afin
De réussir ce travail
En toute modestie, gentillesse et spontanéité
Veuillez accepter, docteur, mes sincères- expressions de gratitude*



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

CRP	: protéine C réactif
GB	: globules blancs
ASP	: abdomen sans préparation
TDM	: tomodensitométrie
ACFA	: arythmie complète par fibrillation auriculaire
IRCT	: insuffisance rénale chronique terminale
FID	: fosse iliaque droite
PPU	: péritonite par perforation d'ulcère
GEU	: grossesse extra utérine



PLAN



INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	3
I. Matériels d'étude	4
1. Période de l'étude	4
2. Recueil des donnés	4
3. Critères d'inclusion	4
4. critères d'exclusion	4
II. Méthode d'étude	5
1. Variables étudiées	5
2. analyse des donnés	5
RÉSULTATS	6
I. Généralités concernant notre série.....	7
1. Le nombre des patients	7
2. Le sexe des patients	8
3. L'âge des patients	9
4. La répartition des différentes interventions laparoscopiques urgentes	10
5. Le taux de conversion	11
II. donnés spécifiques	12
1. Première catégorie : les Cholécystites aiguës	12
2. Deuxième catégorie : les appendicites aiguës	18
3. Troisième catégorie : les péritonites aiguës généralisées.....	24
4. cinquième catégorie : les traumatismes abdominaux	29
5. sixième catégorie : les urgences gynécologiques	31
6. sixième catégorie : les urgences gynécologiques	33
DISCUSSION	35
I. rappels	36
1. Définition et terminologie	36
2. Rappel historique de la cœliochirurgie	37
3. Matériels de la laparoscopie	39
II. généralités.....	44
1. L'exploration en laparoscopie urgente	46
2. La laparoscopie a un rôle diagnostique et thérapeutique	48
III. Analyse catégorie par catégorie	51
1. première catégorie : Les cholécystites aiguës	51
2. Deuxième catégorie : Les appendicites aiguës	55
3. troisième catégorie Les péritonites aiguës généralisées	58
4. cinquième catégorie : Les occlusions intestinales aiguës	60
5. cinquième catégorie : les traumatismes abdominaux.....	61
6. sixième catégorie : les urgences gynécologiques	62

CONCLUSION.....	64
ANNEXES.....	67
RÉSUMÉS.....	69



INTRODUCTION



La laparoscopie ou cœlioscopie est née en France dans les années quarante.

La cœlioscopie (prononcer cé-lío- : de « coelio- » ventre, et « -scopie » regarder : « regarder dans le ventre »), appelée également laparoscopie (de « laparo- » paroi, et « -scopie » = regarder à travers la paroi) est une technique chirurgicale mini-invasive de diagnostic (cœlioscopie proprement dite) et d'intervention (cœliochirurgie) sur la cavité abdominale, cette technique est de plus en plus utilisée en chirurgie viscérale, en gynécologie et en urologie. [1]

Actuellement, la liste des interventions digestives pratiquées sous cœlioscopie s'allonge rapidement. Le champ d'application de cette technique, surtout dans le cadre des urgences, devient de plus en plus vaste. Selon une étude sur l'évolution de la laparoscopie, l'abord cœlioscopique devrait au cours de la prochaine décennie se stabiliser aux alentours de 70 à 75% des interventions de chirurgie digestive. [2]

L'application dans le cadre des urgences ne fait que croître au fil des années. L'utilisation de la laparoscopie dans ce cadre est reconnue par différentes organisations et sociétés savantes.

Plusieurs auteurs ont déjà démontré l'intérêt diagnostique de la cœlioscopie dans la prise en charge des douleurs abdominales aiguës d'origine indéterminée. [3]

D'autres publications ont mis en exergue la possibilité à traiter par la seule voie laparoscopique plusieurs types d'urgences abdominales : appendicites aiguës, cholécystites aiguës, perforation d'ulcère gastroduodéal...

Notre travail a pour objectif d'étudier l'intérêt de l'abord cœlioscopique dans la prise en charge des urgences viscérales, et d'évaluer sa faisabilité dans notre contexte.



MATÉRIELS
&
MÉTHODES



I. Matériels d'étude :

1. Période de l'étude :

Notre étude est descriptive et rétrospective portant sur une période de 3 ans allant du mois de Juin 2014 au juin 2017.

2. Recueil des donnés :

Nous avons exploité 95 dossiers de malades ayant subi une laparoscopie en urgence, au service de chirurgie générale à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, et couvrant la période de notre étude.

3. Critères d'inclusion :

- Tous les malades opérés par cœlioscopie (exclusive ou convertie) pour une urgence viscérale.
- Prise en charge complète à l'hôpital militaire Avicenne
- Dossier médical exploitable sur le plan clinique ; paraclinique ; compte-rendu opératoire et suivi postopératoire

4. critères d'exclusion

- les malades opérés par cœlioscopie pour une intervention programmée.
- Dossier médical incomplet

II. Méthode d'étude :

1. Variables étudiées :

– les renseignements anamnestiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs ont été recueillis à partir des dossiers des malades au niveau des archives du service de chirurgie générale de l'hôpital militaire Avicenne, à l'aide d'une fiche d'exploitation (annexe).

Les données recueillies sont :

- L'âge ;
- Le sexe ;
- Les antécédents pathologiques ;
- Le diagnostic suspecté à l'admission ;
- Les signes cliniques
- Les résultats des bilans biologiques : Protéine C Réactif (CRP), Globules Blancs (GB)
- Les résultats des examens radiologiques : Abdomen sans préparation (ASP) ; échographie abdominale ; la Tomodensitométrie (TDM)
- Le compte rendu opératoire (en notifiant si une conversion a eu lieu)
- Le diagnostic retenu après laparoscopie ;
- Les suites opératoires

2. analyse des données :

Les données ont été recueillies manuellement sous forme de tableaux sur Microsoft Excel, puis elles ont été saisies et traitées sur le logiciel SPSS 20.0.



RÉSULTATS



I. Généralités concernant notre série.

1. Le nombre des patients :

Durant la période d'étude nous avons recensé 564 patients qui ont subi une intervention chirurgicale cœlioscopique pour divers affections abdominale. Parmi eux 95 patients (soit 17%) ont été opérés dans un contexte d'urgence. Cette proportion des patients fera l'objectif de notre étude (figure 1)

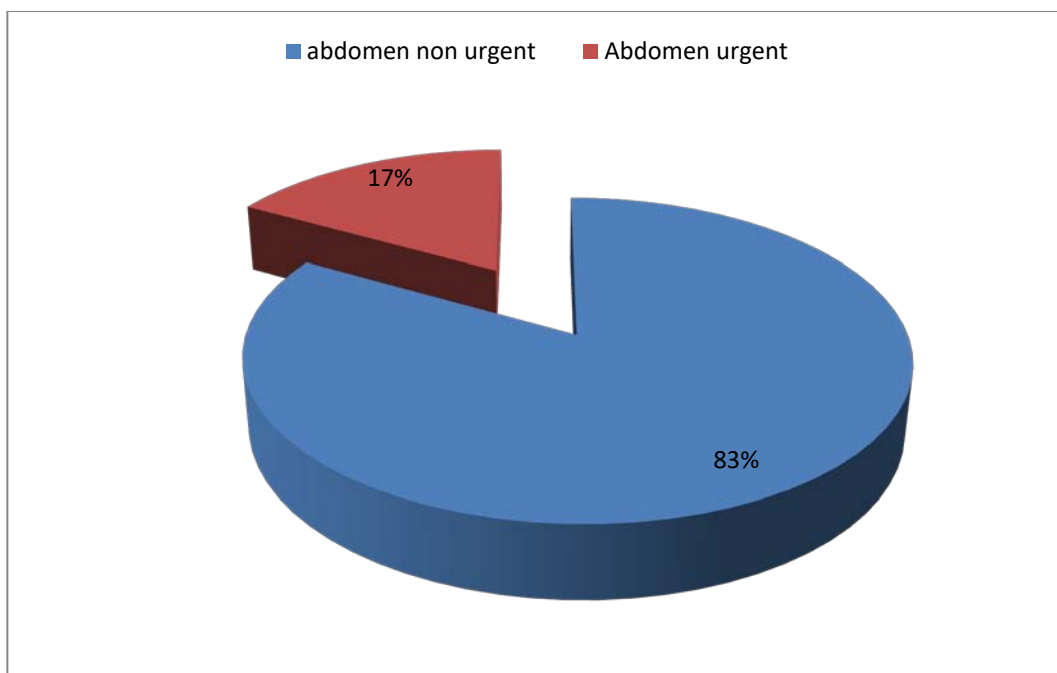


Figure 1 répartition des patients selon le contexte opératoire de la cœlioscopie(en urgence ou en différé).

2. Le sexe des patients :

Sur les 95 patients de notre étude (opérés par cœlioscopie en urgence), 48 sont de sexe féminin (soit 51%) et 47 de sexe masculin (soit 49%). (Figure 2).

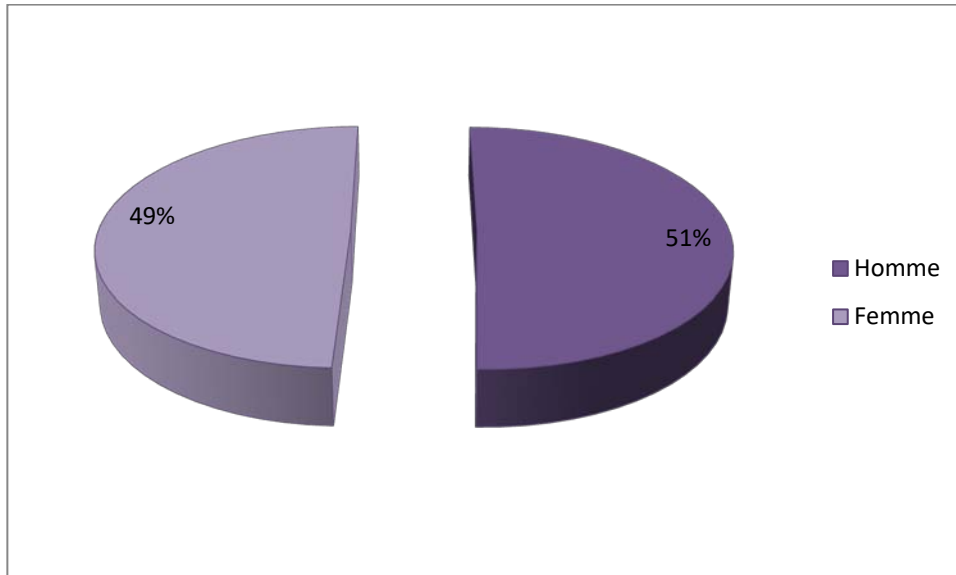


Figure 2 : répartition des patients selon le sexe. (N=95)

3. L'âge des patients :

L'âge moyen des patients est de 48 ans avec des extrêmes allant de 16 ans à 88 ans.

La tranche d'âge modale est celle des [40-49] (figure 3).

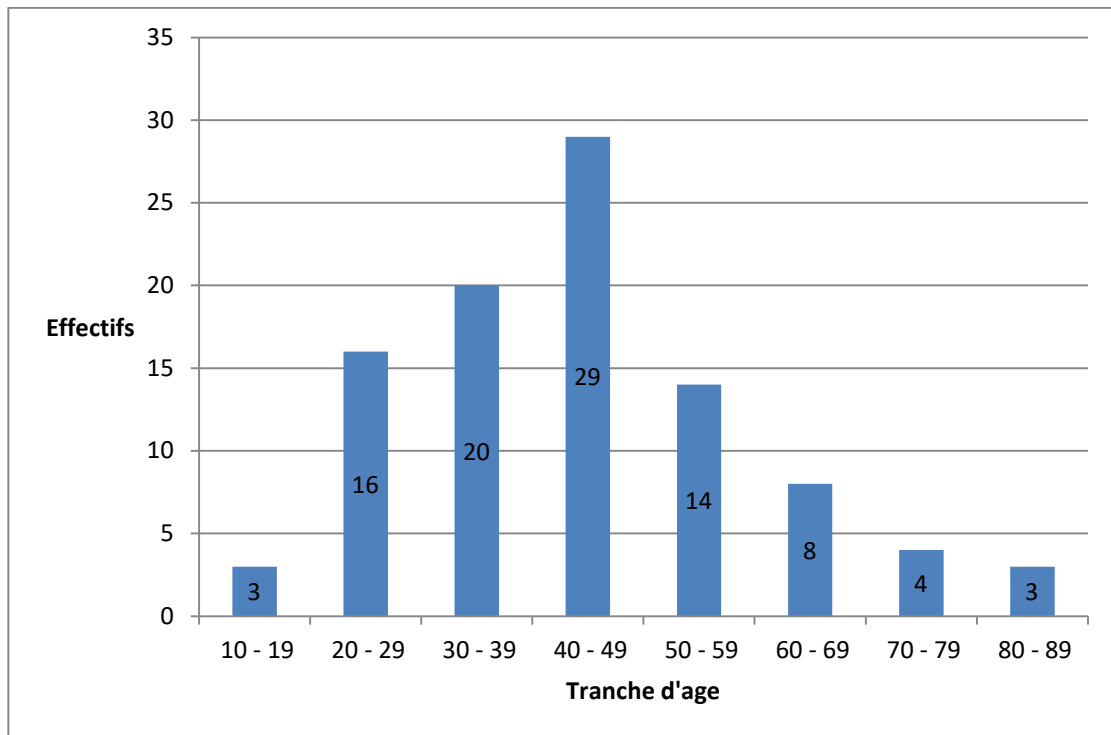


Figure 3 : répartition des patients de notre étude selon l'âge.(N=95)

4. La répartition des différentes interventions laparoscopiques urgentes :

Notre série comporte 95 cas de patients opérés pour une urgence abdominale durant la période comprise entre juin 2014 et juin 2017 au service de chirurgie générale à l'hôpital militaire Avicenne dont 56 cas (59%) de cholécystite aiguë , 31 cas (33%) d'appendicite aiguë , 4 cas (4%) de péritonite aiguë généralisée , 2 cas (2%) d'occlusion intestinale aiguë , 1 cas (1%) de métrorragie sur fibrome utérin et enfin 1 cas (1%) de plaie abdominale pénétrante par arme blanche . (Figure 4)

Tableau 1 : les différentes urgences viscérales dans notre étude

Affection	Nombre de cas	Pourcentage
Cholécystite aiguë	56	59
Appendicite aiguë	31	33
Péritonite aiguë	4	4
Occlusion intestinale aiguë	2	2
Métrorragie sur fibrome	1	1
Plaie pénétrante par arme blanche	1	1
Total	95	100

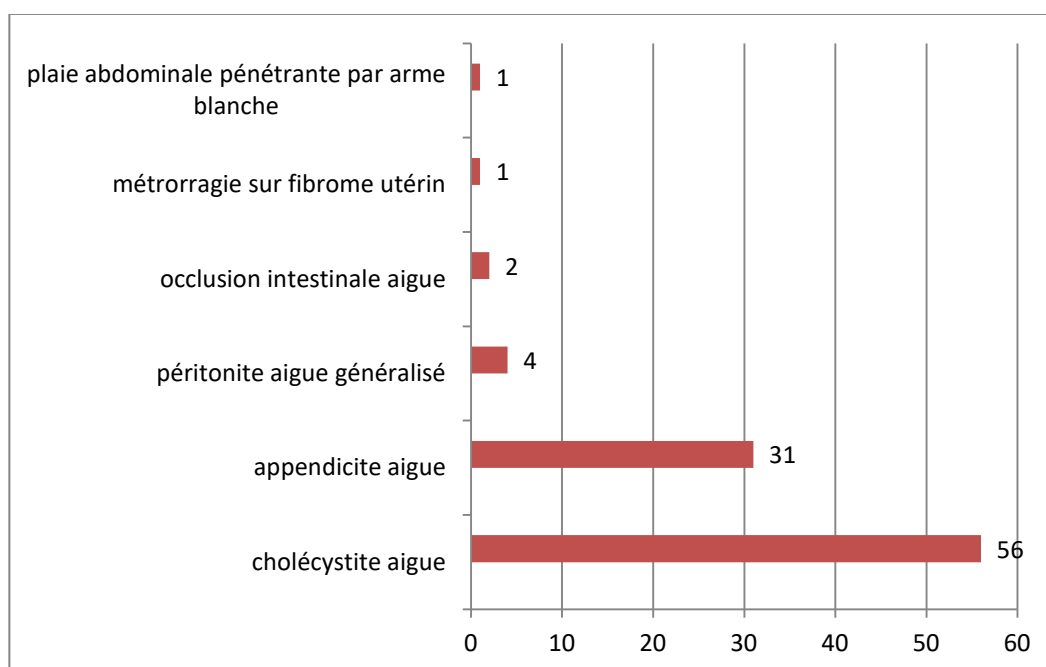


Figure 4 : les différentes urgences viscérales dans notre étude (N=95)

5. Le taux de conversion :

Sur l'analyse des interventions cœlioscopique réalisés (95 cas), le recours à une conversion en chirurgie classique était nécessaire chez 10 patients soit un taux de conversion de 10,5% (figure 5a)

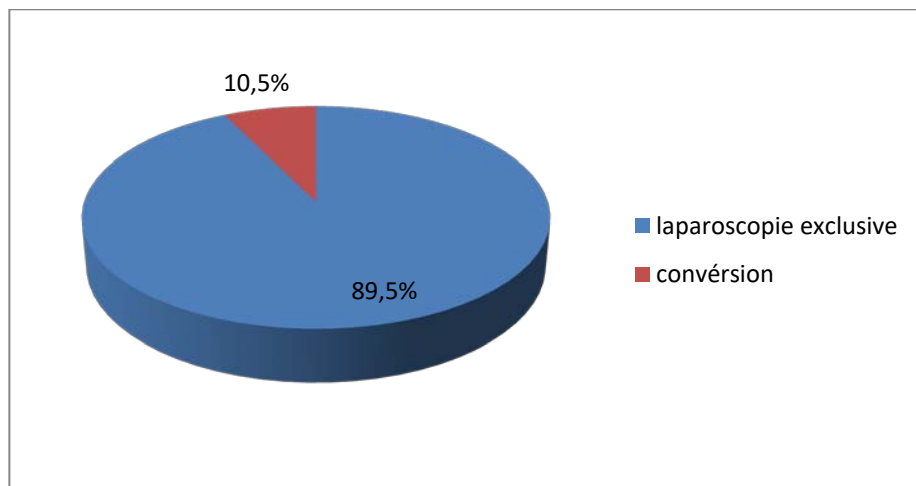


Figure 5 a la proportion de conversions par rapport aux laparoscopies exclusives (N=95)

Les situations de conversions ont intéressés 5 cas de cholécystite aiguë 2 cas d'appendicite aiguë, 2 cas de péritonite aiguë généralisé, 1 cas d'occlusion intestinale aiguë. (Figure 5b)

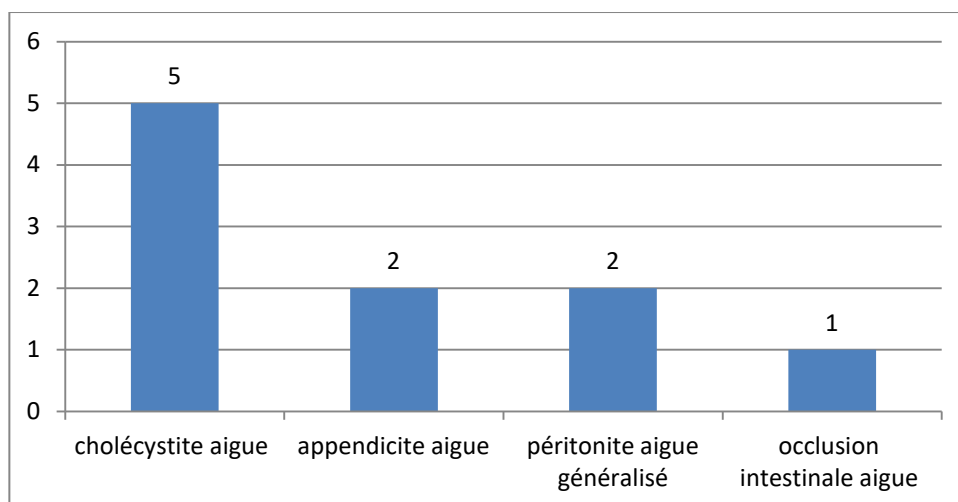


Figure 5b : répartition des cas de conversion selon l'affection causale (n=11)

II. donnés spécifiques :

1. Première catégorie : les Cholécystites aiguës :

– 56 patients ont eu l'indication d'une laparoscopie **en urgence** pour cholécystite aiguë.

1.1. Epidémiologie :

a. L'âge :

L'âge moyen des patients de cette catégorie était 50 ans avec des extrêmes variant entre 22 et 82ans.

b. Le sexe :

Sur les 56 patients de cette catégorie, 32 sont de sexe féminin (soit 58%) et 23 sont de sexe masculin (soit 42%). (Figure 6).

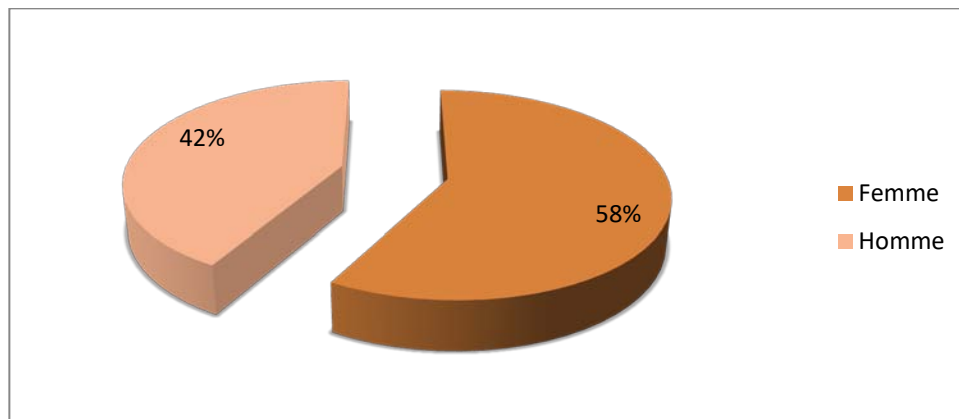


Figure 6 : répartitions des patients de cette catégorie selon le sexe. (n=56)

c. Les antécédents pathologiques : (figure 7)

Parmi les patients colligés, nous avons noté les antécédents suivants :

- 7 patients diabétiques
- 6 patients hypertendus
- Un patient en arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA)

- Un patient opéré pour appendicite,
- Une patiente césariée

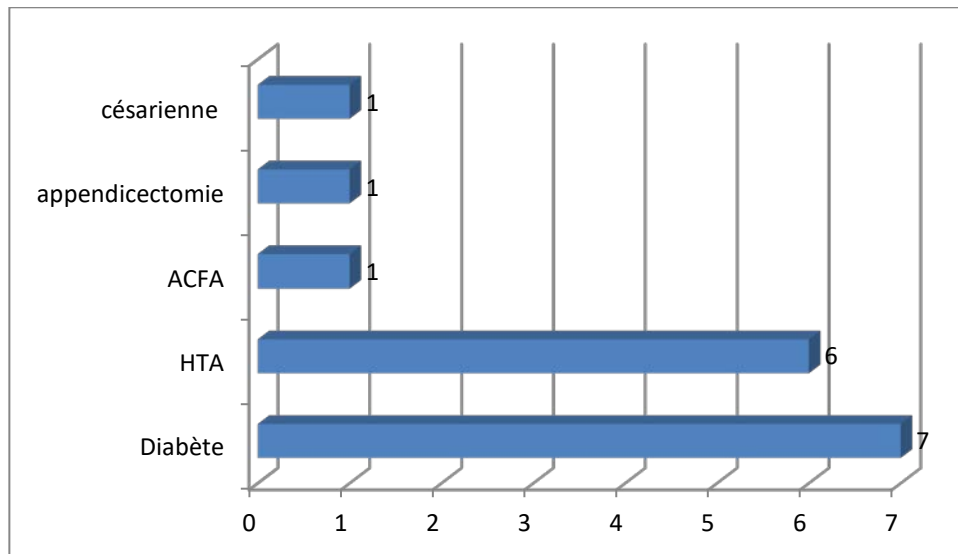


Figure 7 : antécédents des patients opérés pour cholécystite aiguë dans notre série (n=56)

1.2. Les Signes cliniques :

a. Signes généraux :

Onze patients de cette catégories étaient fébriles au moment du diagnostic soit 21% des cas

b. signes fonctionnels :

- Pratiquement tous les patients présentaient une colique hépatique.
- 18 patients présentaient des nausées et /ou vomissement

c. Signes physiques :

Lors de l'examen clinique :

- 36 patients présentaient une défense de l'hypochondre droit, avec signe de Murphy positif.
- 13 patients présentaient une sensibilité épigastrique.
- 7 patients présentaient une sensibilité abdominale diffuse. (Figure 8)

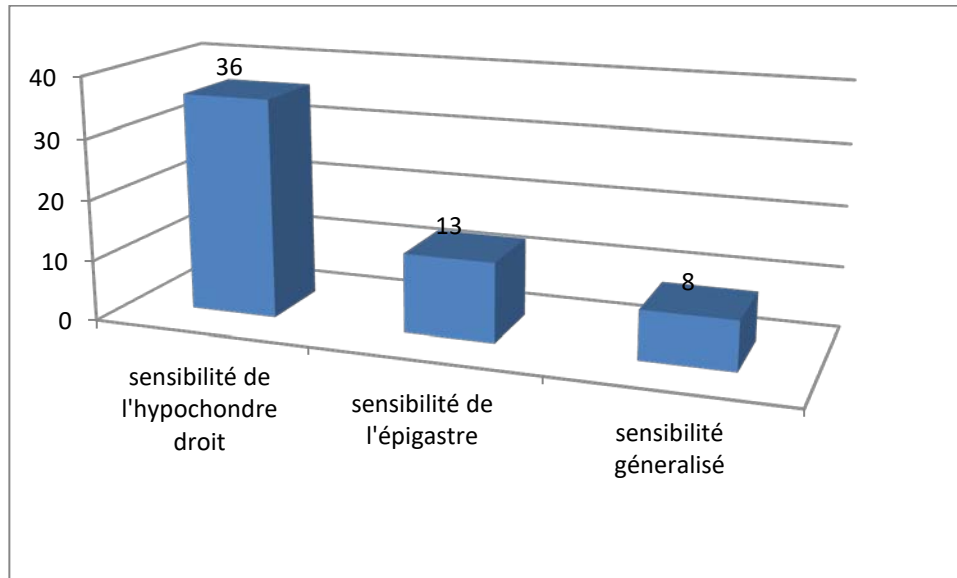


Figure 8 : répartition des cas selon les données de l'examen clinique. (n=56)

1.3. les examens complémentaires :

a. La biologie :

Une hyperleucocytose (>1000 éléments/mm³) avec une élévation de taux de protéine C réactif (CRP) a été retrouvé chez la totalité des patients de cette catégorie.

b. L'imagerie :

L'échographie abdominale a été réalisée chez 51 malades de cette catégorie, elle était en faveur d'une Cholécystites aiguë lithiasique chez 48 patients et non concluante chez 3 patients, elle n'était pas réalisée chez 5 malades. (Figure 9)

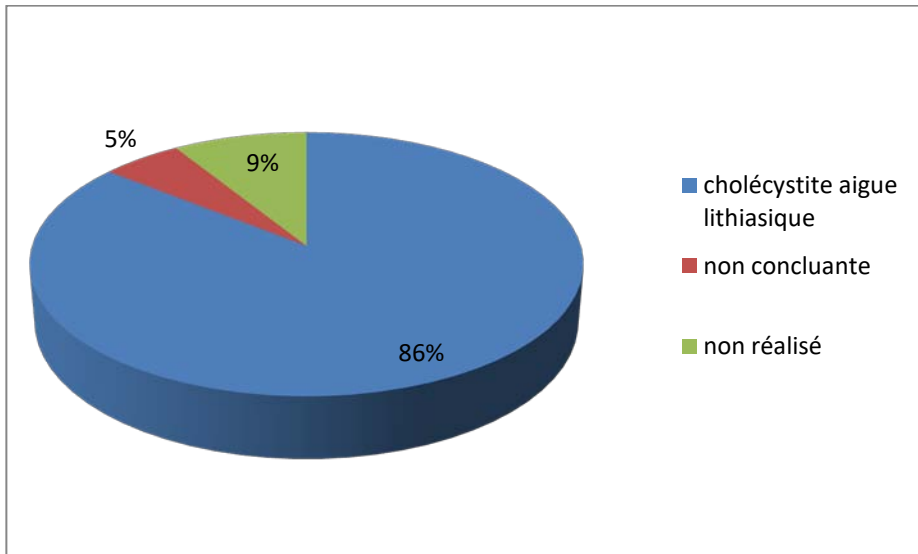


Figure 9 : les résultats de l'échographie abdominale dans notre série. (n=56)

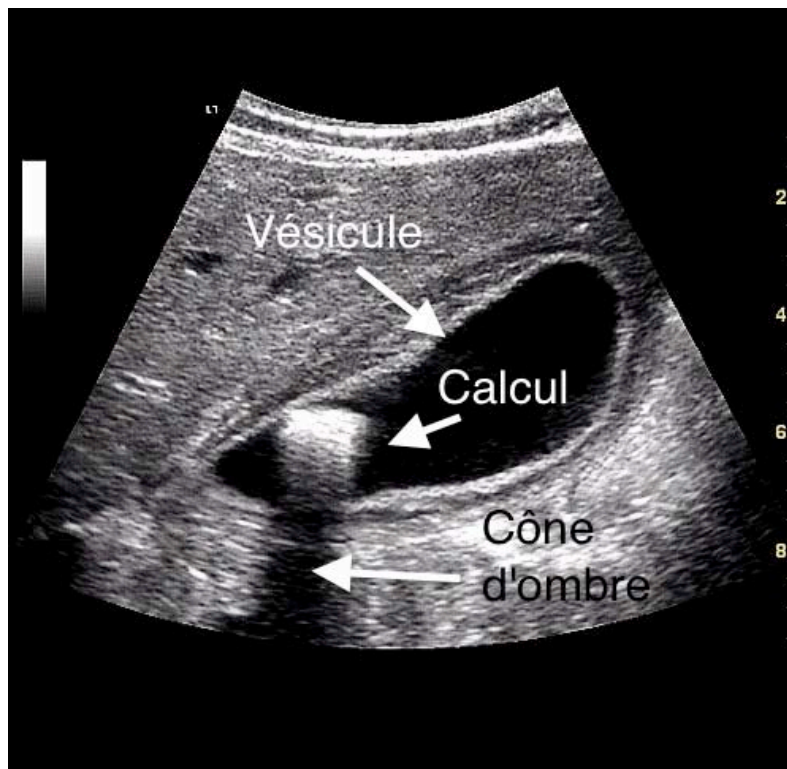


Figure 10 : aspect échographique d'une cholécystite aiguë lithiasique. []

La TDM abdominal a été réalisée d'emblé chez 5 patients et en deuxième intention pour 3 patients pour lesquels l'échographie abdominale était non concluante, elle a permis de confirmé le diagnostic chez les 8 cas.

1.4. Le traitement :

a. Le traitement médical :

Tous les patients ont reçu un traitement antalgique et une antibiothérapie à base d'amoxicilline+acide clavulanique (3 g/24 h) par voie intraveineuse durant les premières 48 heures, avec relais en per os pendant une semaine.

b. chirurgie :

b.1. Voie d'abord :

51 de nos patients ont été opérés par laparoscopie exclusive alors que pour les 5 patients restant une conversion en laparotomie sous costale droit s'avérait nécessaire.

b.2. Gestes :

- Sous anesthésie générale, french position, sonde naso-gastrique
- Open cœlioscopique sus-ombilical et mise en place d'un trocart de 10mm
- Création du pneumopéritoine avec une pression de 14 mm Hg
- Introduction de l'optique et mise en place sous contrôle visuel d'un trocart de 5mm en para
- ombilical droit puis d'un trocart de 10/5mm au niveau de l'hypochondre gauche
- Exploration
- Exposition du triangle de calot
- Dissection et section entre clips du canal cystique puis de l'artère cystique
- Cholécystectomie rétrograde et hémostase du lit vésiculaire
- Extraction de la pièce de la cholécystectomie par l'orifice sus-ombilical
- Drainage sous hépatique selon les données per-opératoire.
- exsufflation et retrait des trocarts.
- Fermeture des orifices de trocarts
- Pansement.

La pièce de cholécystectomie a été envoyée au laboratoire d'anatomo-pathologie pour examen histologique.

b.3. conversion :

Une conversion en laparotomie sous costale droite a été nécessaire chez 5 cas soit 9% de nos patients (Figure 11)

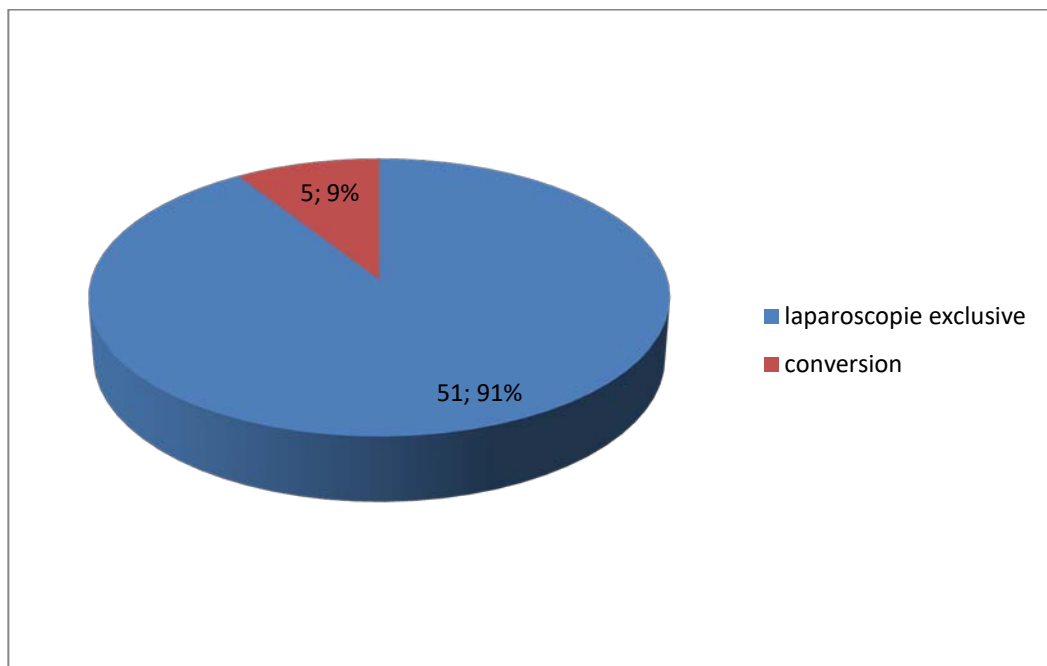


Figure n°11 le nombre de conversions par rapport aux laparoscopies exclusives, concernant les cholécystites aiguës (n=56)

Cette conversion a été nécessaire pour les raisons suivantes:

- 3 cas de plastrons vésiculaires avec adhésiolyse laborieuse.
- 1 cas de saignement per opératoire de l'artère cystique de contrôle cœlioscopique difficile.
- 1 cas de vésicule biliaire très distendu de préhension difficile avec pédiculite.

b.4. suites opératoires :

Suites opératoires étaient simples chez 100% de nos patients.

La durée moyenne de l'hospitalisation était de 2 jours.

2. Deuxième catégorie : les appendicites aiguës :

Trente et un patients ont eu l'indication d'une laparoscopie en urgence pour suspicion d'appendicite aiguë simple

2.1. Epidémiologie :

a. âge :

L'âge moyen de cette catégorie était 36,28 ans avec des extrêmes variant entre 21 et 70 ans.

b. Le sexe des patients :

Sur les 31 patients de cette catégorie, 13 sont de sexe féminin (soit 42 %) et 18 sont de sexe masculin (soit 58%). (Figure 12).

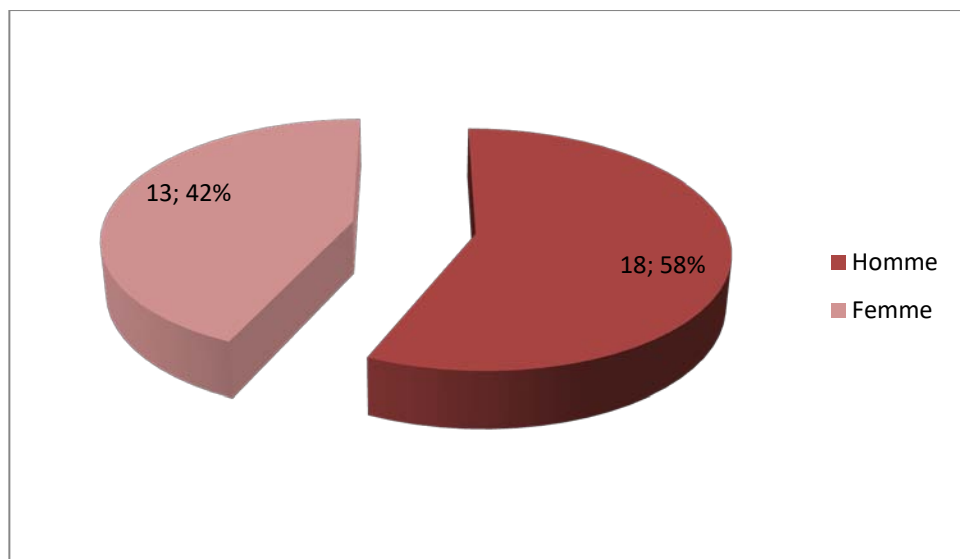


Figure 12 : répartition des patients de cette catégorie selon le sexe. (n=31)

c. Le motif de consultation :

Le motif de consultation aux urgences, chez tous les patients, était une douleur abdominale localisée au niveau de la fosse iliaque droite, d'apparition récente (moins de 48h).

d. Les antécédents pathologiques :

Parmi les patients colligés, nous avons noté :

- 15 patients tabagiques chroniques.
- 3 patients diabétiques,
- 2 patients hypertendus
- Un patient suivi pour insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) sous hémodialyse. (Figure 13)

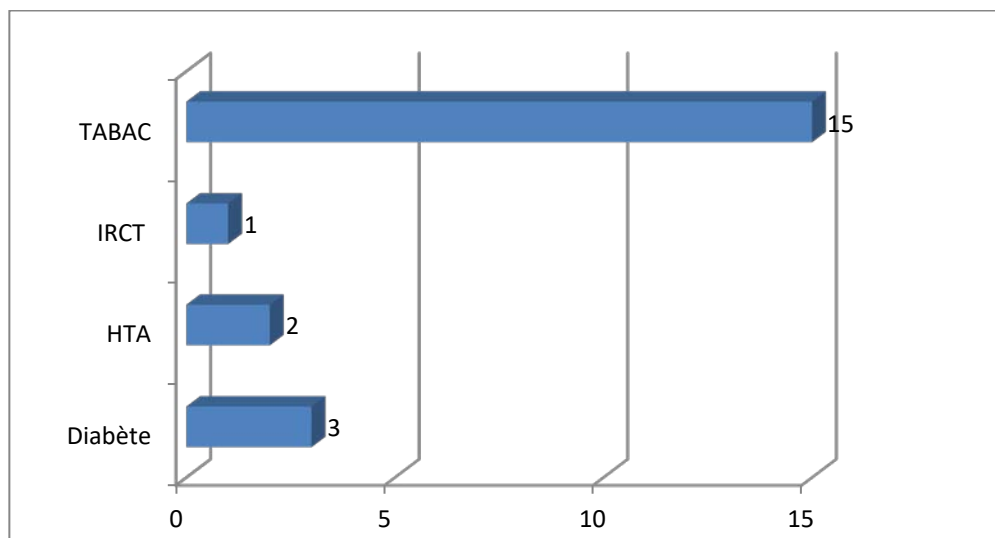


Figure 13 : antécédents des patients opérés dans notre série pour appendicite aiguë (n=31).

2.2. Signes cliniques :

a. Signes généraux :

Quinze patients de cette catégorie étaient fébrile au moment du diagnostic soit 48% des cas

b. Signes fonctionnelles :

- Pratiquement tous nos patients présentaient une douleur abdominale de la fosse iliaque droite (FID)
- vingt-deux patients (soit 71% de nos patients) présentaient des vomissements
- Un patient présentait un arrêt de matière sans gaz.

c. Signes physiques :

La défense de la FID était présente chez 3 patients (9,68 %), une sensibilité de la FID et flanc droit dans 26 cas (83,87%) et une sensibilité abdominale diffuse dans deux cas (6,45%). (Figure 14)

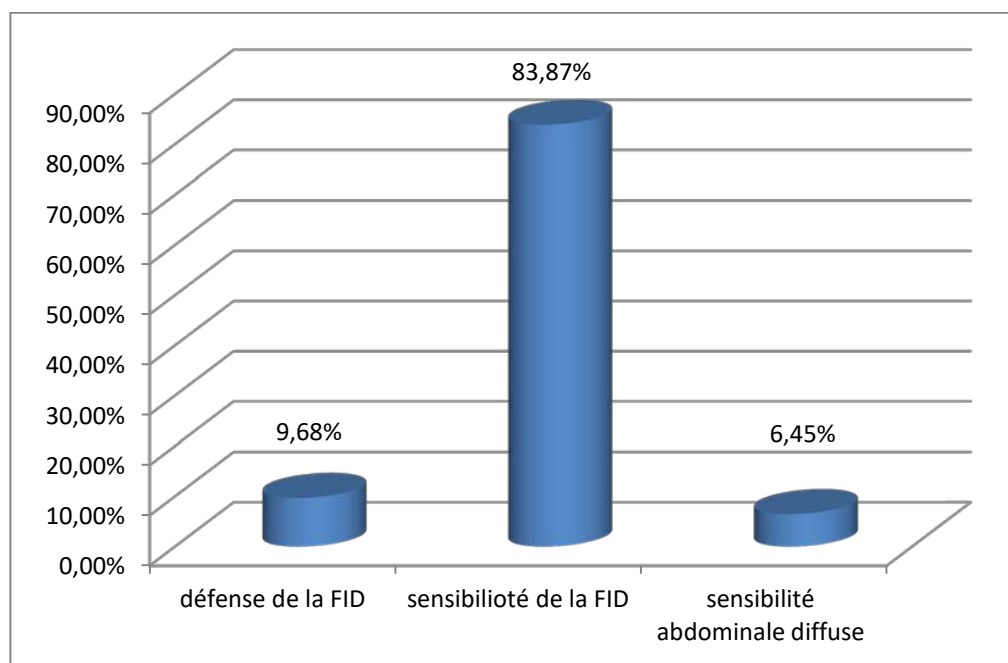


Figure 14 : répartition des cas de cette catégorie selon les signes de l'examen abdominal (n=31)

2.3. les examens complémentaires :

a. La biologie :

– une hyperleucocytose a prédominance polynucléaires neutrophiles a été retrouvé dans 27 cas de cette catégorie soit 87,1%. (Tableau IV)

Tableau II : le nombre de globules blancs chez les patients de cette catégorie

Globules blancs	Nombre de patients	Pourcentage
Normal	4	12,9%
Augmenté	27	87,1%
Total	31	100%

– Une CRP a été réalisée chez tous nos patients montrant une élévation du taux de CRP

b. L'imagerie :

L'échographie abdominale a permis de poser le diagnostic d'appendicite aiguë simple chez 21 patients de cette catégorie (soit 67,7%).

Une TDM abdominale a été réalisé chez 8 cas chez qui l'échographie abdominale était non concluante et a permis de poser le diagnostic positif.

Remarque : les 2 cas restants (vue la forte probabilité clinico-biologique d'appendicite aiguë et L'imagerie non concluante) ils ont bénéficié d'une cœlioscopie diagnostique

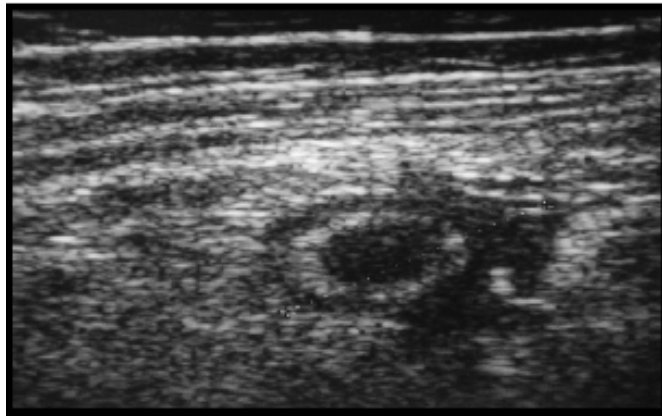


Figure 15a: aspect échographique d'une appendicite aiguë (coupe transversale). [4]

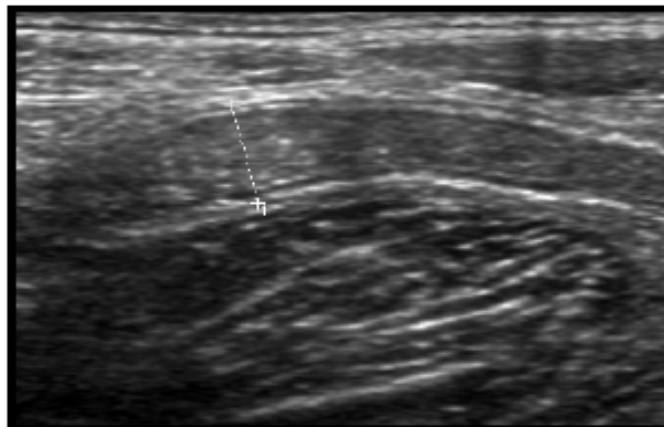


Figure 15b : aspect échographique d'une appendicite aiguë (coupe longitudinale). [4]

c. Le traitement :

c.1. Le traitement médical :

Tous les patients ont reçu un traitement antalgique et une antibiothérapie à base d'amoxicilline+acide clavulanique (3 g/24 h) par voie intraveineuse durant les premières 48 heures, avec relais en per os pendant une semaine.

c.2. La chirurgie :

❖ **Voie d'abord :**

Vingt neuf de nos patients ont été opérés par laparoscopie exclusive alors que pour les 2 patients restant une conversion en laparotomie Mc Burney s'avérait nécessaire.

❖ **en per opératoire :**

- 24 appendices en position iléo-caecale
- 5 appendices en position rétro-caecale
- 2 appendices en position pelvienne. (Tableau III)

Tableau III : la position de l'appendice retrouvé en per-opératoire.

Position de l'appendice	Fréquence	Pourcentage
Iléo-caecale	24	77,41%
Rétro caecale	5	16,12%
Pelvienne	2	6,45%
Total	31	100%

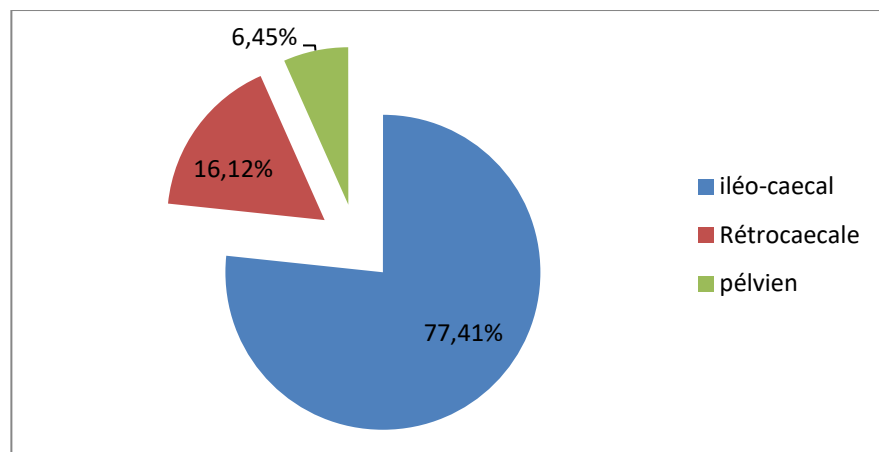


Figure 16 : montrant la position de l'appendice retrouvé en per-opératoire. (n=31)

❖ **conversion :**

Une conversion en laparotomie Mc Burney a été nécessaire chez 2 de nos patients soit 6,45% de nos patients (Figure 17).

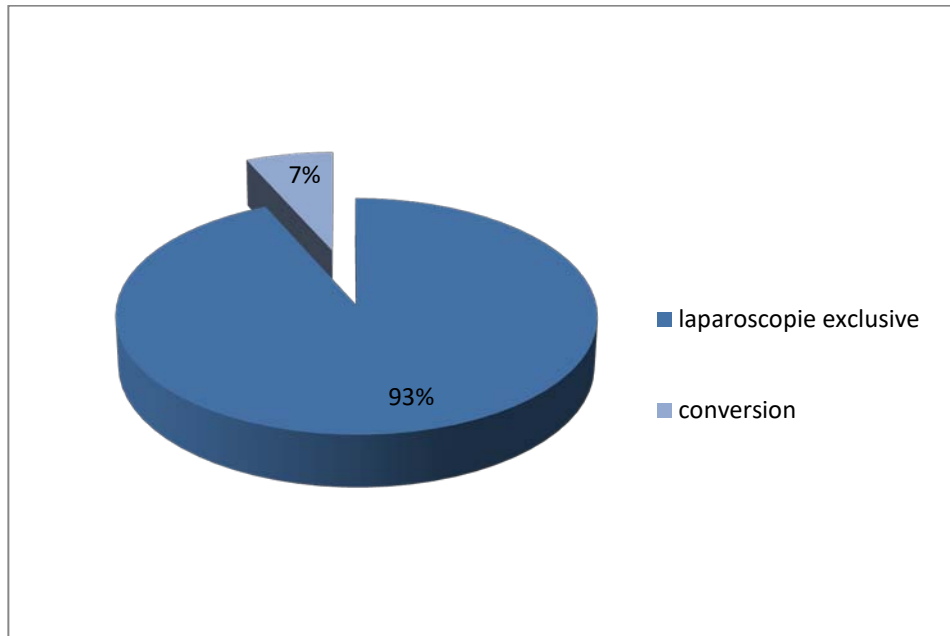


Figure n°17 montrant le nombre de conversions par rapport aux laparoscopies exclusives. (n=31)

Les raisons de conversion étaient les suivantes :

- Un cas en raison de la position rétro-caecale de l'appendice nécessitant un décollement du caecum qui paraissait difficile.
- L'autre cas une conversion été nécessaire pour contrôler un saignement du méso-appendice.

c.3. suites opératoires :

Suites opératoires : dans l'ensemble les suites opératoires étaient satisfaisantes, une seule patiente s'est présentée 3 jours après sa sortie dans un tableau d'hémopéritoine et a été reprise par cœlioscopie avec bonne évolution.

La durée d'hospitalisation était comprise entre 1 jour et 5 jours, avec une Moyenne de 2,32

3. Troisième catégorie : les péritonites aiguës généralisées.

Quatre patients, soit 4,21% des patients opérés par laparoscopie pour abdomen urgent dans notre étude, ont eu l'indication d'une laparoscopie en urgence pour péritonite aiguë.

3.1. Epidémiologie :

a. L'âge :

Leur âge varie entre 19 ans et 55 ans, pour une médiane de 39,25 ans.

b. Le sexe :

Sur les 4 patients de cette catégorie 3 patients de sexe masculin, et une seule patiente de sexe féminin (figure 18)

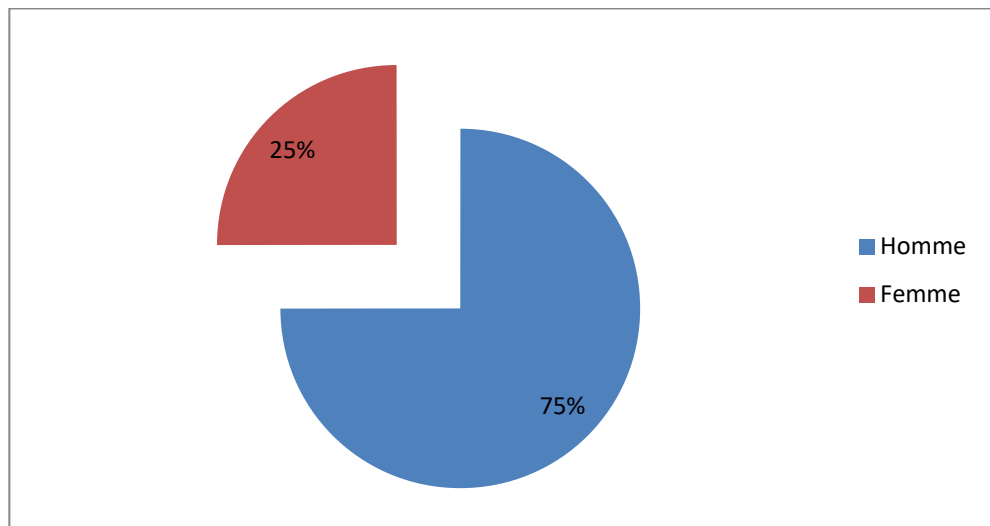


Figure 18 : répartition des patients de cette catégorie selon le sexe. (n=4)

c. Le motif de consultation :

Le motif de consultation principal était une douleur abdominale diffuse.

d. Les Antécédents :

– Un cas d'ulcère non traité.

3.2. Les examens cliniques :

Lors de l'examen clinique une défense abdominale généralisé est retrouvé chez tous les patients de cette catégorie, la défense était maximale au niveau épigastrique chez 3 patients et au niveau de la FID chez un patient

3.3. la biologie :

Chez 2 patients on a trouvé une hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles avec une CRP augmentée.

3.4. L'imagerie :

Chez 2 patients la radio thorax centré sur les coupes a objectivé un pneumopéritoine.

Chez un patient l'échographie abdominale a objectivé des signes d'appendicite aiguë avec un épanchement péritonéale de moyenne abondance.

Pour le dernier patient vue la forte probabilité clinique de péritonite le recours à des explorations radiologiques s'avéraient non nécessaire.

3.5. Le traitement :

a. Le traitement médical :

- mise en condition
- un traitement antalgique associé à une antibiothérapie à base d'amoxicilline+acide clavulanique (3 g/24 h) par voie intraveineuse durant les premières 48 heures, suivie d'une antibiothérapie orale à base d'amoxicilline + acide clavulanique (3 g/24 h) pendant une semaine.

b. La chirurgie :

b.1. Voie d'abord :

Les 4 patients de cette catégorie ont été opérés en urgence par abord cœlioscopique, l'exploration per opératoire était en faveur d'une péritonite par perforation d'ulcère (PPU) dans 3 cas et d'une péritonite appendiculaire dans un cas.

Une conversion en laparotomie médiane était nécessaire pour 2 patients (celui de la péritonite appendiculaire et un cas de PPU)

b.2. Gestes :

– **le premier patient : péritonite appendiculaire**

- Sous anesthésie générale, sonde urinaire, open cœlioscopique, introduction d'un trocart de 10 mm en para ombilical pour l'optique puis insufflation. L'exploration trouve un épanchement purulent abondant cloisonné et intéressant tous les cadrans de l'abdomen. L'appendice n'est pas visible.
- Décision de conversion en laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic, aspiration du pus. Appendicectomie après section ligature du méso appendice. Le moignon est traité par un point transfixiant au vicryl 2/0.
- Toilette de tous les cadrans de l'abdomen, mise en place d'un drainage par un lame de Delbet au niveau de la fosse iliaque droite et un drains de Redon au niveau du cul de sac de Douglass.

– **Le deuxième patient : PPU (cœlioscopie exclusive)**

Sous anesthésie général, décubitus dorsal, french position, open cœlioscopie et création du pneumopéritoine

Les trocarts sont introduits en respectant la triangulation.

Aspiration de quelques CC de liquide digestif

L'exploration trouve une perforation d'un ulcère de la face antérieure du bulbe

Suture de la perforation par un point en X au vicryl 2/0

Toilette, drainage par un drain de Redon placé en sous hépatique.

Exsufflation et fermeture des orifices.

– **Le troisième patient : PPU(cœlioscopie exclusive)**

SOUS anesthésie général, décubitus dorsal, french position, open cœlioscopie et création du pneumopéritoine

Les trocarts sont introduits en respectant la triangulation.

Aspiration de quelques CC de liquide digestif

L'exploration trouve une perforation d'un ulcère de la face antérieure du bulbe

Suture de la perforation par un point en X au vicryl 2/0

Toilette, drainage par un drain de Redon placé en sous hépatique.

Exsufflation et fermeture des orifices.

– **Le quatrième patient : PPU (cœlioscopie convertie)**

– Sous anesthésie générale, sonde naso-gastrique, french position en pro cubitus. Open cœlioscopie et introduction d'un trocart 10mm pour l'optique puis de 2 trocarts opérateurs sous contrôle de la vue.

– L'exploration trouve une perforation d'ulcère de la face antérieure du bulbe avec quelques fausses membranes en sous hépatique. Toilette par irrigation aspiration réalisation de 2 points séparés au vicryl 2/0 sur la perforation qui continue à ramener de la bile. Par mesure de précautions on décide de convertir.

– Incision médiane sus ombilicale, réalisation d'un point au vicryl 2/0 fermant un orifice entre les points précédents, toilette+drainage par 2 drains.

b.3. en per opératoire :

– 3 Cas de péritonite par perforation d'ulcère ;

– 1 Cas de péritonite appendiculaire.

c. Conversion :

Le taux de conversion dans notre série était de 50%

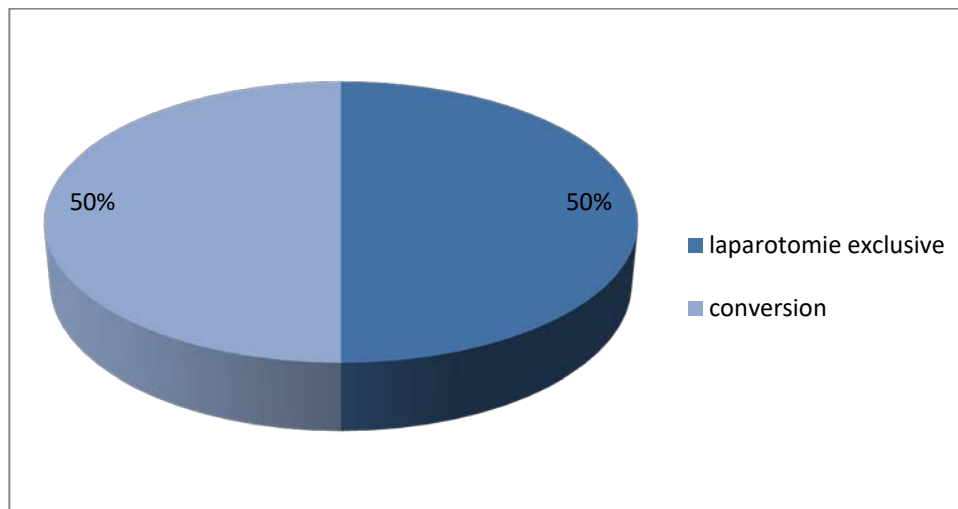


Figure 19 le nombre de conversions par rapport aux laparoscopies exclusives. (n=4)

d. suites opératoires :

Les suites opératoires étaient simples, sans autres complications.

La durée d'hospitalisation était comprise entre 3 jours et 7 jours, avec une moyenne de 4,75 jours et une médiane de 5 jours.

4. cinquième catégorie : les traumatismes abdominaux

Deux patients ont été opérés dans notre série par cœlioscopie pour syndrome occlusif.

4.1. Le premier patient :

Patiente âgée de 42 ayant comme antécédent une appendicectomie par Mac Burney qui se présente pour un syndrome occlusif évoluant depuis 5 jours.

a. Examen clinique :

Abdomen distendu avec cicatrice d'intervention antérieur.

Toucher rectal : ampoule rectal vide

b. L'imagerie :

- **ASP** : niveau hydro-aérique grêliques
- **TDM** : occlusion grêlique probablement sur bride.

c. L'intervention chirurgicale:

Anesthésie générale. Décubitus dorsale. Sondes gastrique et vésicale.

Création du pneumopéritoine par introduction d'une aiguille de Palmer au niveau de l'hypochondre gauche. Introduction de 3 autres trocarts respectivement un trocart de 10 mm en ombilical pour l'optique et 2 autres trocarts de 5 mm au niveau des 2 flancs.

L'exploration retrouve des anses grêliques très dilatées en amont d'un segment grêlique volvulé avec nécrose intestinale.

On décide de convertir : l'exploration confirme la présence d'anses grêliques très dilatées en amont d'un obstacle fait d'une boucle grêlique nécrosé avec une zone de striction secondaire à une bride .Résection de ce segment grêlique.

Réalisation d'une double stomie grêlique sortie par une contre incision droite. Drainage par 2 gros drains placés derrière la stomie. Fermeture plan par plan.

d. Les suites opératoires:

Les suites opératoires ont été simples.

4.2. Le deuxième patient :

Il s'agit d'un patient âgé de 62 ans, connu hypertendu, présentant sur trois jours, des douleurs de la fosse iliaque droite, ainsi qu'un arrêt des matières et des gaz datant de 2 jours.

a. Examen clinique :

Une sensibilité de la fosse iliaque droite avec un abdomen distendu et tympanique.

Toucher rectal : ampoule rectal vide.

b. Biologie :

On a trouvé une hyperleucocytose à prédominance Polynucléaire neutrophiles avec une CRP élevé.

Ionogramme sanguin normal.

c. Radiologie :

- ASP : niveaux hydro-aériques grêliques.
- Echographie abdominale non concluante.

d. Intervention chirurgicale :

Sous anesthésie générale, décubitus dorsal, open Cœlioscopie et création du pneumopéritoine.

Introduction d'un trocart de 5 mm en sus pubien et d'un autre de 10 mm au niveau du flanc gauche,

Découverte d'un appendice inflammé. Section du méso appendice. Ligature de la base appendiculaire, appendicectomie.

Extraction de la pièce dans un sac en plastique, toilette, drainage, exsufflation et fermeture des orifices.

e. Les suites opératoires:

Les suites opératoires ont été simples.

5. sixième catégorie : les urgences gynécologiques

Durant la période d'étude nous avons colligé un seul cas d'un patient victime d'une plaie abdominale pénétrante par arme blanche.

Patient âgé de 32 ans sans antécédents pathologique particulier victime d'une agression par arme blanche occasionnant chez lui une plaie en regard du flanc gauche de l'abdomen.

4.1. Examen clinique :

a. Examen générale :

Patient conscient stable sur le plan hémodynamique et respiratoire.

- Tension artériel : 11 /7 Fréquence cardiaque : 88 battements par minute
Fréquence respiratoire : 20 cycles par minute

b. Examen abdominale :

Plaie en regard du flanc gauche de 3 centimètre de largeur, d'allure profonde.

Sensibilité abdominale généralisée.

4.2. Radiologie :

- ASP : sans particularité
- Echographie abdominale : épanchement péritonéale de moyenne abondance.

4.3. Traitement :

a. Mise en condition du patient :

Voie veineuse périphérique de grand calibre

Pansement compressif

Bilan biologique : NFS, bilan rénal, bilan d'hémostase et groupage

Surveillance des fonctions vitales

b. traitement chirurgical :

- Sous anesthésie générale, patient en décubitus dorsal, bras droit le long du corps
- Open cœlioscopique para-ombilical droit et mise en place d'un trocart de 10 mm
- Création du pneumopéritoine avec une pression de 15 mmHg, Introduction de l'optique et mise en place sous contrôle visuel de deux trocarts de 5 mm de part et d'autre du premier trocart sur la ligne para-rectale droite
- Exploration :

Présence d'un hémopéritoine de moyenne abondance avec de gros caillots sanguins en regard de l'orifice interne de la plaie du flanc gauche

Foyers de contusion de la corne gauche du grand épiploon

Pas de plaie colique, grêlique ni gastrique

Rate, foie : sans particularités

- Aspiration d'un litre d'hémopéritoine
- Toilette péritonéale abondante
- Drainage du Douglas par un drain multiperforé en siphonage
- Extraction des trocarts sous contrôle visuel et exsufflation du pneumopéritoine
- Fermeture des orifices de trocarts
- Pansement.

c. suites opératoires

Les suites opératoires ont été simples.

6. sixième catégorie : les urgences gynécologiques

Dans notre série une seule patiente avait l'indication d'une intervention cœlioscopique pour une urgence gynécologique.

Elle s'agit d'une patiente âgée de 62 ans, hypertendus sous traitement depuis 10 ans, qui présente depuis 6 jours des métrorragies de moyenne abondance.

5.1. L'examen clinique :

a. L'examen général :

Patiente consciente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire.

Tension artérielle : 13 / 9 Fréquence cardiaque : 92 battements par minute Fréquence respiratoire : 18 cycle par minute

b. L'examen abdominale :

Sensibilité hypogastrique.

Touchers pelviens : pas de masse individualisable.

Examen sous spéculum : pas de lésions cervicales, saignement endo-utérin

5.2. La biologie :

- Numération de formule sanguine (NFS) : hémoglobine à 7g/dl
- Bilan rénal : normale
- Bilan d'hémostase : normale

5.3. La radiologie :

Echographie pelvienne : utérus myomateux avec des ovaires poly kystiques

5.4. Le traitement :

a. Mise en condition de la patiente :

Voie veineuse périphérique de grand calibre

Transfusion par 2 culots globulaires

Surveillance des fonctions vitales

b. Le traitement chirurgical :

Sous anesthésie générale, sonde urinaire en place.

Open cœlioscopie, création du pneumopéritoine, introduction des trocars de façon modale.

A l'exploration :

Utérus myomateux avec des ovaires poly kystiques.

On décide de réaliser une colpohystérectomie avec extraction de la pièce opératoire par voie basse.

Libération de l'utérus par section des trompes, des ligaments larges et des ligaments utéro-sacrés avec contrôle des artères utérines.

Dissection antérieure utéro-vésicale et postérieure recto-utérine, la dissection continue en bas jusqu'au vagin

Section vaginale par voie basse

Extraction de la pièce de colpohystérectomie par voie basse.

Fermeture du moignon vaginale par vicryl 1

Fermeture des orifices des trocars après exsufflation.

c. Les suites opératoires :

Les suites opératoires ont été simples.



DISCUSSION



I. rappels :

La laparoscopie ou cœlioscopie est née en France dans les années quarante.

1. Définition et terminologie :

La cœlioscopie (prononcer cé-lío- : de « coelio- » ventre, et « -scopie » regarder : « regarder dans le ventre »), appelée également laparoscopie (de « laparo- » paroi, et « -scopie » = regarder à travers la paroi) est une technique chirurgicale mini-invasive de diagnostic (cœlioscopie proprement dite) et d'intervention (cœliochirurgie) sur la cavité abdominale [1], de plus en plus utilisée sur l'appareil digestif (chirurgie viscérale), en gynécologie et en urologie.

2. Rappel historique de la cœliochirurgie [5-7] :

En 1901, George KELLING avait introduit, pour la première fois, un laparoscope à travers la paroi abdominale d'un chien vivant. Après insufflation d'air dans l'abdomen, il a visualisé les viscères ; il a décrit l'instrumentation nécessaire et a envisagé les futures possibilités de cette technique.

En 1910, le mérite de la première application chez l'homme revint au suédois JACOBUS.

C'est en 1911 que le premier diagnostic laparoscopique a été posé par BERNHEIM, aux USA.

En 1913, le Danois NORDENTOEFT réalise la première laparoscopie chez la femme après distension gazeuse de l'abdomen et mise en position de TRENDELENBURG.

En 1929 l'Allemand KALK a développé des instruments optiques pour diagnostiquer des maladies hépatiques.

En 1934, J. RUDDOCK, un interniste américain, a décrit les nouvelles lentilles optiques et le forceps pour biopsie. Il a souligné l'intérêt de la péritonéoscopie en chirurgie.

En 1938, JANOS VERESS a développé une nouvelle aiguille pour induire un pneumothorax.

Cette aiguille de VERESS est fréquemment utilisée pour créer un pneumopéritoine.

Raoul PALMER, chirurgien et gynécologue, en 1944, après avoir créé un pneumopéritoine, introduisait dans l'abdomen une optique rigide et éclairante pour rechercher une pathologie pelvienne. La laparoscopie était alors à visée diagnostique uniquement. En 1947 il a créé un monitoring de la pression intra-abdominale. Il fut le premier à s'intéresser, en 1951, aux libérations per-cœlioscopique des adhérences pelviennes et à faire des biopsies ovariennes et tubaires. Il décrit en 1960 la technique de stérilisation per-cœlioscopique par électrocoagulation et section des isthmes tubaires.

A cette même date, apparaît la thermocoagulation qui expose à moins de risque de brûlures viscérales grâce à KURST SEMM (gynécologue allemand) qui a poussé les gestes per-cœlioscopique jusqu'à faire des ovariectomies, des myomectomies et des salpingectomies. Il a développé un monitoring automatique. Plusieurs techniques et instruments créés par SEMM en 1974 sont encore utilisés de nos jours.

Une deuxième étape décisive survient et c'est sans conteste l'école de Clermont Ferrant avec BRUHAT, MANHES et MAGE qui assoit le concept de cœlioscopie opératoire, avec la mise au point du Triton à trois fonctions (pointe d'électrocoagulation-section, aspiration, lavage), autorisant le traitement conservateur de la grossesse extra-utérine (G.E.U.).

A partir de 1980, les avantages de la chirurgie digestive à ventre fermé se confirment grâce à l'amélioration de l'instrumentation et des techniques d'endovision. L'avènement de la caméra opératoire branchée directement sur l'optique du cœlioscope, a permis une aisance interventionnelle et a autorisé des gestes plus complexes.

L'abord cœlioscopique dans les lésions des organes n'a pas un long passé. Il a longtemps été considéré comme un instrument valable pour le diagnostic et non pas pour la thérapeutique.

Cependant, la libération d'adhérences pelviennes pratiquée en gynécologie a conduit à manipuler les anses intestinales. Ainsi, l'appendice, souvent adhérent aux lésions génitales, devait en être libéré, ce qui amena le gynécologue allemand KURST SEMM à pratiquer pour la première fois, en 1982, une appendicectomie sous cœlioscopie [8].

En 1987 à Lyon, Ph. Mouret terminait, après une intervention de gynécologie chez une femme, par la cure d'une vésicule lithiasique symptomatique, sous cœlioscopie. C'est la première cholécystectomie par laparoscopie pratiquée chez l'être humain.

C'est à François DUBOIS que l'on doit le développement de la technique de la cholécystectomie par cœlioscopie. Il est le promoteur de la cœliochirurgie digestive moderne [9].

Le traitement laparoscopique d'une perforation ulcéreuse duodénale, qui est une urgence, a été rapporté pour la première fois par Philippe Mouret en 1989.

C'est d'ailleurs François DUBOIS qui publiait en 1990 la première série de cholécystectomies laparoscopiques, avec 36 cas [9].

C'est ainsi qu'un nouvel espace chirurgical s'ouvrait à la chirurgie digestive et viscérale, espace qui n'a cessé de s'étendre depuis, dans cette spécialité, mais aussi dans d'autres spécialités chirurgicales comme l'urologie, la chirurgie thoracique, la chirurgie endocrinienne, la chirurgie cardiaque et la chirurgie orthopédique.

Actuellement, la liste des interventions digestives pratiquées sous cœlioscopie s'allonge rapidement. Le champ d'application de cette technique, surtout dans le cadre des urgences, devient de plus en plus vaste.

Plusieurs publications ont mis en exergue sa capacité actuelle à traiter par la seule voie laparoscopique plusieurs types d'urgences abdominales : appendicites aiguës, cholécystites aiguës, perforation d'ulcère gastroduodéal...

3. Matériels de la laparoscopie :

3.1. La chaîne de l'image :

a. La source lumineuse et le câble de lumière :

La source de lumière doit avoir une puissance minimale de 350 watts. Il s'agit le plus souvent de source de lumière blanche munie d'une lampe au xénon. Certaines sources de lumière sont munies de lampes à mercure ou halogène. L'intensité lumineuse est réglée automatiquement par un système couplé à la caméra afin d'éviter une sous ou surexposition. La lumière est conduite jusqu'à l'optique par un câble constitué de fibres optiques muni de raccords mécaniques spécifiques à la source de lumière et à l'optique [10].



Figure 20 : Le câble de lumière [11]

a.1. L'optique :

Il permet de voir à l'intérieur de la cavité abdominale. Il est disponible en différents diamètres celui de 10 mm est le plus utilisé.



Figure 21 : L'optique (10mm) [11]

a.2. La caméra :

Elle est indispensable à la pratique de la cœlioscopie. Elle est raccordée à l'optique et permet la transmission de l'image sur l'écran. Elle peut être stérilisée par immersion, mais il est recommandé pour une plus grande longévité d'employer plutôt une housse stérile. Actuellement, il existe de caméra auto-lavable.

Afin d'être parfaitement orienté au cours de l'intervention il est essentiel de maintenir la caméra à la verticale tout au long de l'intervention.



Figure 22 : le caméra [11]

a.3. Le moniteur :

C'est le dernier maillon de cette chaîne de la vision. Il est important de disposer d'un appareil de bonne dimension et de bonne qualité, limitant les distorsions inévitables dans la restitution de l'image.



Figure 23: Le moniteur [11]

3.2. l'insufflateur :

L'insufflateur permet l'introduction du dioxyde de carbone dans l'espace de travail laparoscopique à flux et à pression contrôlés. Après détente du gaz contenu dans la bouteille, ces paramètres sont contrôlés électroniquement.

L'insufflateur est muni de cadrans qui indiquent :

- La pression intra-abdominale en mm de mercure
- Le flux de CO₂ en litres/minute
- Le volume total insufflé en litres
- La quantité de gaz restant dans la bouteille

L'élément essentiel de l'insufflateur est le régulateur d'insufflation, qui arrête celle-ci dès que la pression intra-abdominale atteint un seuil prédéterminé et réglable. Celui-ci se situe selon les chirurgiens et selon les procédures entre 10 et 15mm Hg. Par ailleurs la vitesse d'insufflation est réglable, soit de manière continue, soit par paliers, généralement entre 0,5 et 10 L/mn [10].

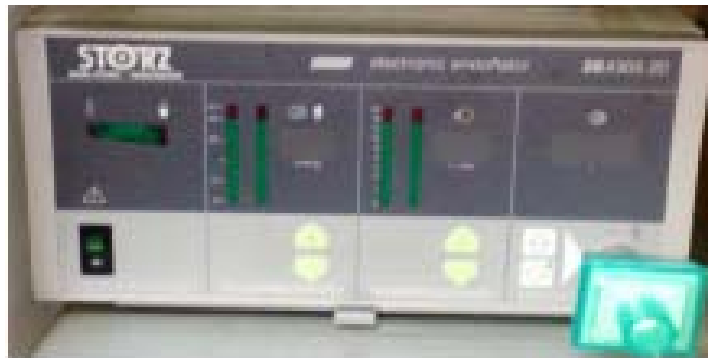


Figure 24 : l'insufflateur [11]

3.3. Système d'irrigation aspiration :

Il permet le lavage et l'aspiration au moment de l'intervention.



Figure 25 : système d'aspiration [11]

3.4. Les instruments :

a. Les trocars :

Ils sont disponibles sous multiples formes.



Figure 26 : trocart (5mm) [11]



Figure 27: trocart (10mm) [11]

- Le bistouri électrique : pour la section et la coagulation.
- Une aiguille de Veress :

Cette aiguille, disponible en matériel réutilisable comme en matériel à usage unique, permet la ponction de la cavité abdominale .Elle est munie d'une gaine mousse protégeant son extrémité pointue. Lors de la traversée des tissus, la gaine est rétractée et laisse apparaître la pointe, mais dès que celle-ci est en péritoine libre, un ressort ramène la gaine en place et rend ainsi l'aiguille mousse. Un témoin sur la poignée de l'aiguille indique la position de la gaine. Ce système ne protège en rien les viscères qui adhèrent à la paroi, car dans ce cas la gaine ne peut revenir en position de sécurité.



Figure 28 : aiguille de veress [11]

- Des clips vasculaires type hém-o-lock
- D'autres instruments à savoir : une pince bipolaire, ciseaux, porte aiguille, une pince fenêtrée, une pince à clips, pince passe fil.



Figure 29 : les différents ciseaux utilisés [11]



Figure 30 : les différents instruments [11]

II. généralités

Dans notre série, 95 patients ont été pris en charge par laparoscopie pour un abdomen urgent. Le sexe ratio était de 0,92; l'âge moyen était de 46 ans.

Selon nos résultats, les différentes pathologies que nous avons prises en charge, dans le cadre des abdomens urgents, diagnostiquées et / ou traitées par laparoscopie sont :

- 56 cholécystites aiguës,
- 31 appendicites aiguës,
- 4 péritonites aiguës généralisées.
- une métrorragie sur un fibrome utérin
- 2 occlusions intestinales aiguës.
- plaie abdominale pénétrante par arme blanche.

La laparoscopie est une technique chirurgicale mini-invasive. Elle nous a permis de poser le diagnostic adéquat de la quasi-totalité des urgences abdominales rencontrées et de proposer le traitement approprié par laparoscopie. Si cela n'était pas possible, elle a permis un abord abdominal orienté par la coelioscopie, c'est ce que l'on appelle une intervention coelio-assistée.

Le développement de la laparoscopie comme technique chirurgicale a permis d'effectuer, comme le montre notre série, la prise en charge croissante d'un grand nombre d'abdomens chirurgicaux urgents, par cette technique.

La laparoscopie a été longtemps considérée comme une technique longue et difficile à acquérir. Actuellement, elle est considérée comme étant un acte de routine pour beaucoup d'urgences chirurgicales abdominales [12].

Cet engouement est expliqué principalement par la précision du diagnostic apportée par la laparoscopie et sa capacité à traiter la pathologie sous-jacente dans le même temps.

Il est à noter que, malgré l'engouement suscité, c'est une technique qui n'a pas encore fait «adhérer» tous les chirurgiens.

En effet, malgré cet indéniable service rendu, elle n'est pas largement utilisée. Comme le montre une étude italienne publiée en 2004, sur 26863 appendicites opérées par laparoscopie [13], seuls 47,3% des chirurgiens interrogés admettent être capables de faire une appendicectomie de routine par cette technique.

Cette étude faite dans le but d'évaluer la pratique de l'appendicectomie par laparoscopie montre que la généralisation de la technique laparoscopique n'est pas encore optimale.

1. L'exploration en laparoscopie urgente [14-18]

L'exploration « type » de la cavité abdominale, dans les abdomens urgents, se déroule comme suit :

Après une mise en condition du patient, la première étape correspond à la mise en place du trocart caméra, le plus souvent mis en position ombilicale.

Une fois l'optique mise en place, l'exploration de la cavité péritonéale doit être complète et minutieuse, car c'est d'elle dont va dépendre le diagnostic de certitude.

Cette exploration n'est pas toujours facile à cause de la dilatation des anses intestinales et des adhérences.

Les autres trocarts seront agencés différemment en fonction de la pathologie identifiée et de la voie d'abord souhaitée.

Ces trocarts supplémentaires seront introduits sous le contrôle de la vue, par l'intermédiaire de l'optique.

Ils vont permettre l'introduction d'un palpeur ou écarteur, d'une pince atraumatique, ou même d'une canule de lavage aspiration.

L'exploration commence par la recherche d'un épanchement intra- péritonéal qui fera l'objet d'un prélèvement pour examen bactériologique.

En présence de péritonite diffuse, la première étape consistera à évacuer les collections purulentes et à effectuer une irrigation des quatre quadrants abdominaux avec une solution saline isotonique à 37°C. Ensuite la cavité pelvienne est explorée

Chez la femme, une exploration minutieuse de l'appareil génital interne (après avoir refoulé le sigmoïde et les anses grêliques) doit être faite, à la recherche principalement d'une inflammation des trompes ou des pavillons, ou à la recherche de kyste ovarien

Le cul de sac de Douglas est exploré.

On se dirige au niveau de la région caecale où l'on va faire défiler l'iléon puis le jéjunum.

Bien entendu, si des adhérences sont rencontrées, elles seront libérées soit par traction douce, soit par section après hémostase.

L'exploration se continue par l'anse sigmoïdienne, le colon gauche, le colon transverse, le colon droit puis l'on revient au niveau du caecum.

La recherche de l'appendice et l'évaluation de son état inflammatoire est l'étape clé

Une fois le diagnostic établi, le traitement se poursuit soit par laparoscopie, soit par chirurgie ouverte (de préférence coelio- assistée).

La recherche de collections purulentes (sous phréniques, sous hépatiques, pariéto-coliques, pelviennes...) doit être systématique. Si tel est le cas, un prélèvement bactériologique sera effectué.

Les organes ou pièces opératoires doivent être extraites par l'intermédiaire d'un sac, ce qui permettra de ne pas disséminer une infection causale.

Le lavage du site opératoire n'est indiqué qu'en cas de présence de collection purulente [15], mais il est toutefois préférable, sans être pour autant trop abondant. Une bonne aspiration du liquide de lavage est nécessaire pour éviter une complication.

En l'absence d'épanchement purulent, l'irrigation sera de faible volume et par petites quantités.

En cas de péritonite, les drains sont mis en place à la fin de l'intervention, en utilisant les orifices des trocars.

Dans les autres cas, la mise en place des drains dépend du déroulement de l'intervention.

L'étage sus mésocolique est ensuite exploré. On examinera le dôme du foie, la vésicule biliaire, la coupole diaphragmatique droite, la première portion du duodénum et la face antérieure du foie.

La face postérieure de l'estomac, ainsi que la face antérieure du pancréas, ne sont pas systématiquement explorées.

Si cela est nécessaire, il suffit de faire une brèche dans le ligament gastro-colique au niveau d'une zone avasculaire en dessous de la partie horizontale de la grande courbure gastrique.

L'endoscope peut pénétrer dans l'arrière cavité des épiploons et explorer la face postérieure de l'estomac et le pancréas. Seule la rate est difficile à explorer complètement sous laparoscopie.

Les changements de position par la télécommande de la table opératoire permettent de faciliter ces différents gestes.

2. La laparoscopie a un rôle diagnostique et thérapeutique :

2.1. Concernant son rôle diagnostique :

Dans notre série, la laparoscopie a confirmé les diagnostics dans 98,94 % des cas opérés.

Elle permet, selon plusieurs études de Cohorte [2,19-24], une précision diagnostique, pour les abdomens urgents, de 83 à 98,4 %. (Tableau IV)

Tableau N° IV : Taux de confirmation diagnostique par cœlioscopie selon les auteurs

Etudes	Nombre de patients	Taux de confirmation diagnostique par cœlioscopie
B. Navez et al [2]	255	93%
Ferdinando Agresta et al [19]	935	85,7%
Morino M et al [20]	35	83,4%
Sozuer EM et al [21]	56	98%
Golash V et al [22]	1320	90%
Al-Mulhim As et al [24]	176	89%
Notre étude	95	98,4%

Ce qui est intéressant à noter est que l'échographie ne permet d'atteindre que des taux compris entre 60 et 89 % de certitude diagnostique [25], alors que la TDM permet d'atteindre des scores compris entre 84 et 98%.

Un des grands avantages de la laparoscopie en urgence est de pouvoir corriger une hypothèse évoquée en préopératoire. Ce taux de correction varie selon les auteurs entre 18% et 30% [19,22].

Cet avantage permet d'entraîner une correction, ou plutôt une modification de la stratégie thérapeutique et ce dans 9% à 11% des cas [2,22].

Ce qui peut amener à une chirurgie moins invasive par cœlioscopie, ou par des incisions plus appropriées.

L'utilité de la cœlioscopie comme moyen diagnostique dans les abdomens aigus a été rapportée par plusieurs auteurs. Paterson Brown a montré que la cœlioscopie pouvait éviter une décision thérapeutique chirurgicale dans 25% des cas de douleur abdominale aiguë avec un doute sur l'indication opératoire [26].

Une autre étude [23], compare l'approche laparoscopique diagnostique précoce à l'exploration paraclinique des abdomens chirurgicaux urgents. Cette étude montre que 34% des patients ayant subi une exploration paraclinique sont restés sans diagnostic posé, alors que dans le groupe exploré par laparoscopie, ce chiffre représente 4,2%.

Cette étude montre aussi que cette approche permet de diminuer la morbidité ainsi que le taux de réadmission après traitement. Ainsi, la laparoscopie permet d'éviter le retard d'une intervention chirurgicale, ce qui pourrait être responsable de conséquences désastreuses. Elle permet également d'éviter une laparotomie « blanche » qui est associée à un taux de mortalité de 5 à 22% [23].

2.2. Concernant les options thérapeutiques:

La laparoscopie permet d'effectuer les mêmes procédures que la chirurgie « à ciel ouvert ». C'est la seule technique mini-invasive qui permet, lors de la même intervention, de poser le diagnostic adéquat, de proposer un traitement approprié par cœlioscopie ou, à défaut, une approche chirurgicale optimale.

Dans notre série la laparoscopie diagnostique permet un geste thérapeutique laparoscopique dans 89,5 % de nos cas. Selon M.Shietroma et Coll. , la laparoscopie diagnostique devient, dans sa série, thérapeutique dans 92,6% des cas [23]. D'autres auteurs ont trouvé des valeurs proches de ceux de notre série [24,25]. (Tableau V)

Tableau N°V : taux de cœliochirurgie exclusive selon les auteurs :

Etudes	Nombre de patients	Cœliochirurgie exclusive
Al-Mulhim As et Coll [24]	176	81,4%
M.Shietroma et Coll [20]	522	92,6%
Agresta F et Coll [25]	935	83,2%
Notre étude	95	89,5%

Nous avons converti 10,5% de nos cas. Dans la littérature on trouve des taux de conversion variables comprise entre 2,2% et 20% [22, 23, 25, 27,28]. (Tableau VI)

Tableau N° VI : taux de conversion selon les auteurs

Auteurs	Nombre de patients	Taux de conversion
Agresta F et Al [25]	935	16,3%
Cissé M et Al [27]	100	20%
Golash V et Al [22]	1320	7%
Al Mulhim et Al [23]	176	8%
Karamanakos SN et Al [28]	540	2,2%
Notre étude	95	10,5%

Ces conversions sont principalement dues à des difficultés de dissection ou à des complications per-opératoires dont la réparation par voie cœlioscopique est difficile.

III. Analyse catégorie par catégorie :

1. première catégorie : Les cholécystites aiguës :

Cinquante six patients ont eu l'indication d'une laparoscopie en urgence pour cholécystite aiguë.

La nette prédominance du sexe féminin rapportée par certains auteurs a été aussi retrouvée dans notre série où 57,14 % était de genre féminin. [29–32] (tableau VII)

Tableau VII : pourcentage de femmes opérées pour cholécystite aiguë par cœliochirurgie selon les auteurs :

Auteurs	Nombre de patients	Pourcentage des femmes
Asif Saeed et Al [29]	162	90,47%
Bray Madoué Kaimba et Al [30]	22	91%
AT Diallo et Al [31]	73	80,82%
Bonkougou G et Al [32]	32	84,38%
Notre étude	56	57,14%

L'âge moyen de nos patients était de 50 ans avec des extrêmes variant entre 22 et 82ans. Nos résultats sont superposables à ceux d'AT Diallo et al [31] chez qui, L'âge moyen des patients était de 43 ans, et Bray Madoué et Coll [30] chez qui l'âge moyen des patients était de 42 ans. (Tableau VIII)

Tableau VIII : L'âge moyen des patients opérés pour cholécystite aiguë par cœliochirurgie selon les auteurs

Auteurs	Nombre de patients	Age moyen (ans)
AT Diallo [31]	73	43
Bray Madoué Kaimba et Al[30]	22	42
Notre étude	56	50

Elle représente dans notre série, l'intervention la plus fréquente en urgence, avec 59 % des cas. Actuellement la cholécystectomie est l'intervention de chirurgie digestive, la plus pratiquée en laparoscopie, chez l'adulte [33–35].

Le diagnostic de cholécystite aiguë a été posé dans notre série, avec une spécificité de 100%, sur des critères cliniques, biologique et d'imagerie. Cette démarche diagnostique correspond à ce qui est retrouvé dans la littérature [33,34] d'où le recours limité à la laparoscopie comme outil diagnostique en matière de cholécystites aiguës, cependant la laparoscopie garde son intérêt dans le traitement de la cholécystite aiguë. Elle est même considérée, actuellement comme étant le « gold standard ».

Quatre vingt trois pour cent des centres hospitaliers Italiens en 2004 traitaient les cholécystites aiguës comme étant des urgences laparoscopiques de routine [13].

Concernant le nombre de conversions (abord cœlioscopique convertie en sous costale droite), notre série retrouve 5 cas représentant un taux de 8,92 %. La littérature cite des valeurs comprises entre 0,7% et 40% [31,35-39]. (Tableau IX)

Ces valeurs sont, en général, beaucoup plus élevées que lors du traitement des lithiases vésiculaires simples.

Tableau N° IX : taux de conversion pour cholécystite aiguë selon les auteurs

Auteurs	Nombre de patients	Taux de conversion pour cholécystite aiguë
Catani M et Al [36]	133	0,7%
AT. Diallo [31]	73	4,5%
S. Sauerland et Al [37]		40%
Malla BR et Al [38]	102	3,92%
Pessaux P et Al [35]	168	30,9%
Gourgiotis S et Al [39]	184	10,3%
Notre étude	56	8,92%

Pour rappel des motifs de conversion, il s'agissait de :

- 3 cas de plastrons vésiculaires avec adhésiolyse laborieuse.
- 1 cas de saignement per opératoire de l'artère cystique de contrôle cœlioscopique difficile.
- 1 cas de vésicule biliaire très distendu de préhension difficile avec pédiculite.

Selon la littérature, les principales causes de conversion sont les saignements importants, les cholédocholithiasés, les adhérences péri vésiculaire avec les organes de voisinages et les cholécystites perforées gangréneuses [25].

Certaines études, s'intéressant au contexte du déroulement des cholécystectomies par cœlioscopie, ont permis de mettre en évidence certains facteurs prédictifs de complication et de conversion [40], tels que le sexe masculin, l'âge avancé, l'obésité, le degré d'inflammation de la vésicule, le nombre et la taille des lithiasés vésiculaires et le nombre d'interventions chirurgicales abdominales antérieures. Il nous paraît utile de signaler que ces facteurs sus-cités ne constituent pas des contre-indications à l'abord cœlioscopique, mais seulement des indicateurs de risque élevé de conversion.

La durée de l'hospitalisation moyenne de notre série est de 2 jours avec des extrêmes allant de 1 jour à 4 jours.

Ce constat rejoint celui retrouvé dans la littérature [41, 42] (tableau X)

Tableau X : durée de l'hospitalisation moyenne selon les auteurs

Auteurs	Durée d'hospitalisation moyenne (jours)
C.M. Lam et Al [41]	1
Unger SW et Al [42]	3,3
Notre étude	2

Cette réduction de durée permet une reprise rapide de l'activité sociale et professionnelle, ce qui constitue un des avantages de la laparoscopie par rapport à la chirurgie conventionnelle

De plus une étude française [41] démontre qu'il est tout à fait possible de réaliser des cholécystectomies par cœlioscopie dans le cadre de l'hôpital de jour. Ce protocole en ambulatoire permettrait de réduire le risque d'infection nosocomiale. Cette prise en charge en ambulatoire représente 47% de toutes les cholécystites opérées dans cet hôpital (Antoine Bichêtre Hospital, Clamart, France).

Aucune mortalité n'a été observée dans notre série. Notre résultat est similaire à celui de Pessaux et al. [35]. Il est cependant inférieur à celui de Ludwig et al qui ont rapporté un taux de mortalité de 9% [43]. A Dakar, dans une étude sur les cholécystectomies, PS Diop et al ont rapporté une mortalité postopératoire de 2,38% [44].

Tableau XI : taux de mortalité pour cholécystite aiguë par cœlioscopie selon les auteurs.

Auteurs	Nombre de patients	Taux de mortalité
Pessaux et Al [35]	168	0%
Ludwig et Al [43]	8739	9%
PS diop et Al [44]	84	2,38%
Notre étude	56	0%

Si le risque de perforation biliaire lors de la cholécystectomie a été décrit comme majoré à l'avènement de la laparoscopie, le taux de plaie des voies biliaires a diminué pour se stabiliser entre 0.1 et 0.9% [38,45]. Dans notre étude aucun incident de ce genre n'a été signalé.

2. Deuxième catégorie : Les appendicites aiguës :

L'appendicite aiguë est une urgence chirurgicale très fréquente ; une étude a mis en évidence que 8% de la population américaine et 10% de la population anglaise ont subi une appendicectomie. [46]

Depuis que Kurt Semm, un gynécologue allemand, en 1981, a proposé l'alternative de l'appendicectomie par laparoscopie, le syndrome appendiculaire aigu est devenu une indication de plus en plus courante à la laparoscopie en urgence [47].

La cœlioscopie est devenue de plus en plus une véritable alternative comme voie d'abord de l'appendicectomie [48,49]

Elle constitue un véritable rebond qui a pu révéler les différents types des lésions appendiculaires [50,51].

Dans notre série, 31 patients ont eu l'indication d'une laparoscopie en urgence pour suspicion d'appendicite aiguë, soit 32,63 % de l'ensemble des laparoscopies réalisées en urgence. Ces patients se répartissent entre 18 hommes et 13 femmes

L'âge moyen des patients était de **36,28** ans avec des extrêmes allant de 21 à 70 ans. JABAHGI [52] a rapporté un âge moyen de 34,1 avec des extrêmes d'âges allant de 4 à 54 ans. E. Kelli [53] a eu un âge moyen de 30,6 ans dans son étude. DIOP PS et al [54] ont rapporté des âges compris entre 15 et 55 ans avec une moyenne de 30,2 ans. (Tableau XII)

TABLEAU XII : Age moyen des patients selon les auteurs :

Auteurs	Age moyen	Extrême d'âge
Jabahgi et Al [52]	34,1 ans	4 à 54 ans
E. Kelli et Al [53]	34,7 ans	11 à 68 ans
Diop Ps et Al [54]	30,2 ans	15 à 55 ans
Notre étude	36,28 ans	21 à 70 ans

Concernant l'intérêt diagnostique : la laparoscopie nous a permis d'explorer des appendices en position latéro-caecale, rétro-caecale et pelvienne. Cette technique permet donc une excellente visualisation et exposition de l'appendice quel que soit sa localisation, ce qui est confirmé par d'autres études [55, 56].

Vu la variabilité anatomique de l'appendice, la coelioscopie permet une bien meilleure exploration et une adaptation coelio-assistée de l'incision en cas de difficultés nécessitant une conversion.

La qualité de l'aisance de l'exploration laparoscopique est bien au dessus de ce que permet un abord par incision de Mc Burney

Le taux d'exactitude du diagnostic, dans notre série était de 100%. Ce score varie selon la littérature entre 60 et 100% [57].

Bien que dans notre série le diagnostic était correcte, la laparoscopie permettait de corriger le diagnostic tout en gardant son caractère thérapeutique comme le montre l'étude de J.G. Balique [57] où dans 39% des cas une autre lésion a été découverte en laparoscopie urgente, contre 28% en laparotomie, ou l'étude de Giri S.K [58], où la laparoscopie a permis de redresser le diagnostic dans 18,5% des cas.

L'appendicectomie par coelioscopie constitue une option facile, sûre et bénéfique pour la prise en charge des appendicites aiguës situées dans différentes positions anatomiques [55] (rétrocaecale, pelvienne, subcaecale, préiléale, post-iléale, sous-hépatique, méso-coeliaque du côté gauche, intra-herniaire ou lombaire

Cette technique reste valable en cas d'appendicites compliquées (appendicites perforées, ulcérées, abcès appendiculaire, péritonite appendiculaire [55,59].

C'est une technique encore en développement comme le révèle une étude japonaise qui montre qu'elle permet une récupération rapide, avec une courte hospitalisation [60].

D'autres articles, montrent que la prise en charge des appendicites aiguës en laparoscopie est sûre, avec un temps opératoire qui peut être plus court (55 minutes, contre 70 minutes pour la laparotomie), avec moins de complications comparées à la laparotomie (de l'ordre de 5% de différence), et une réduction de la durée d'hospitalisation [61].

Le taux de conversion des appendicectomies dans notre série était de 6,45 %.

La littérature montre des taux de conversion très variables allant de 2% à 18,6% [41,53,61-63]. (tableau XIII)

Tableau XIII : taux de conversion pour appendicite aiguë selon les auteurs :

Auteurs	Nombre de patients	Taux de conversion pour appendicite aiguë
Pokala N et Al [62]	43	2,1%
L. Napolitano et Al [63]	15	3,1%
E. Keli [53]	150	2%
C. M. Lam et Al [41]	4728	17,1%
Yau KK et Al [61]	175	18,6%
Notre étude	31	6,45%

Ces taux sont en partie dépendants du plateau technique et en autre partie de l'expérience propre du chirurgien. De là est née l'expression anglaise « the learning curve » : soit « la courbe d'apprentissage » qui correspond pour les appendicites aiguës à au moins 20 appendicectomies par laparoscopie. Après quoi, la durée de l'intervention et le taux de conversion se réduisent drastiquement [64].

Dans notre série, la durée d'hospitalisation moyenne était de 2,32 jours ; au niveau international, la durée rapportée est comprise entre 2,5 jours [10] et 4,4 jours [63].

Tableau N°XIV : durée moyenne d'hospitalisation pour appendicite aiguë par coeliochirurgie selon les auteurs :

Auteurs	Durée d'hospitalisation moyenne
Agresta F et Al [10]	2,5 jours
L. Napolitano et Al [63]	4 jours
Notre étude	2,32 jours

Actuellement cette durée d'hospitalisation est vouée à diminuer ; car comme le montre l'étude de A.D.Gilliam et Coll. [46], l'appendicectomie par laparoscopie en hôpital de jour (en ambulatoire) est une technique sûre et efficace (avec une médiane de séjour de l'ordre de 22 heures).

3. troisième catégorie : Les péritonites aiguës généralisées :

Les péritonites peuvent être dues à plusieurs causes ; les plus fréquentes [58] sont les appendicites, les ulcères perforés, les perforations du côlon, les maladies inflammatoires pelviennes, les causes biliaires...

Dans notre série, nous avons colligés trois péritonites par perforation d'ulcère et une péritonite appendiculaire. La cause exacte de la péritonite a été découverte, par la laparoscopie dans 75 % des cas, mais ce chiffre n'est pas pertinent vu le nombre de patients.

Dans la littérature on trouve des taux de confirmation diagnostique variable allant de 84,4% à 100% [64-66]. (Tableau XV

Tableau N° XV : Le taux de confirmation du diagnostique selon les auteurs.

Auteurs	Nombre de patients	Taux de confirmation du diagnostic
Navez B et Al [64]	231	84,4%
Sanna et Al [65]	92	100%
Ahmad Khan Sangrasi et Al [66]	138	88%
Notre étude	4	75%

Les péritonites représentent 4,21% de nos cas d'abdomens urgents.

Il est à noter que l'un des grands avantages de la laparoscopie est la qualité du lavement péritonéal, ainsi que sa facilité d'exécution au niveau des aires abdominales profondes (comme le cul-de-sac de Douglas).

Toujours dans la série de Navez et Coll., concernant 96 péritonites, 79% des patients ont exclusivement été traités par laparoscopie.

Ce chiffre varie selon les séries entre 70 et 97% [64].

Dans notre série 2 patients sur 4 ont nécessité une conversion, soit 50% des cas.

Tableau XVI : taux de conversion pour péritonite aiguë selon les auteurs

Auteurs	Nombre de patients	Taux de conversion
Navez B et Al [65]	231	21%
Sanna et Al [64]	92	11,7%
Ahmad Khan Sangrasi et Al [66]	138	44,73%
Notre étude	4	50%

3.1. Concernant les ulcères perforés :

Notre série présente trois cas de péritonite par perforation d'ulcère.

Les ulcères duodénaux ou gastriques perforés représentent 5 % des urgences abdominales traitées par laparoscopie.

Le premier traitement d'un ulcère perforé par laparoscopie a été rapporté en 1990,

Des études [37,67] ont signalé :

- Un temps opératoire plus court, de l'ordre de 90 min +16,1 ;
- Une douleur postopératoire à moyen et long terme moindre ;
- Un séjour hospitalier moindre.
- Une réduction des complications septiques abdominales par laparoscopie ;
- Une réduction des complications post opératoires.
- Le taux de conversion moyen concernant les ulcères perforés est compris entre 10 et 20%.

The european association of endoscopic surgeons consensus statement, estiment que la laparoscopie est clairement supérieure à la laparotomie concernant la prise en charge des ulcères peptiques perforés. [68]

La technique de choix en cas d'ulcère perforé est la raphie épiplooplastie laparoscopique avec lavage intensif de la cavité péritonéale.

En conclusion l'approche laparoscopique des ulcères perforés est une alternative intéressante par rapport à la laparotomie, et évite les dangers d'un traitement conservateur (méthode de Taylor . De plus cette technique diminue le préjudice pariétal lié à la laparotomie.

Il est à noter que la gestion des péritonites est de meilleure qualité vu la facilité et la performance du nettoyage des zones abdominales profondes.

4. Quatrième catégorie : Les occlusions intestinales aiguës :

Les occlusions intestinales aiguës de toute étiologie peuvent être gérées par laparoscopie.

Il y a eu une controverse quant à la sécurité de la laparoscopie en raison de la préoccupation que l'intestin grêle pourrait être blessé soit avec l'insertion du premier trocart ou avec une manipulation laparoscopique [69,70].

Le nombre de patients présentant une occlusion intestinale aiguë gérée par laparoscopie est en augmentation, selon Pei KY et al le taux de patients opéré par cœlioscopie pour occlusion intestinale a augmenté de 17,2% en 2006 à 28,7% en 2016 [71].

Cela dépend de l'habileté et l'expérience du chirurgien, la plupart des patients avec une occlusion intestinale nécessitant une intervention chirurgicale peut être considérée pour une approche laparoscopique car ils peuvent bénéficier de taux plus faibles de complications [71-73].

Quatorze études comparatives sur 38057 patients, évaluant les résultats chirurgicaux chez les patients subissant une adhésiolyse laparoscopique versus par laparotomie pour occlusion intestinale sur bride ont démontré que l'adhésiolyse laparoscopique entraîne moins de risque de morbidité, de mortalité et d'infections post opératoire. En plus le risque de complications respiratoire, cardiaque, de résections intestinales et de thrombose veineux étaient plus faible avec une hospitalisation plus courte dans le groupe des patients qui ont subi une adhésiolyse laparoscopique. [74]

Dans notre série deux patients ont eu l'indication d'une laparoscopie en urgence pour syndrome occlusif :

- Le premier patient c'était un patient de 42 ans ayant comme antécédent une appendicectomie par Mac Burney et qui s'était présenté pour syndrome occlusif avec à l'imagerie une occlusion grêlique probablement sur bride, dans ce cas la cœlioscopie avait surtout un intérêt diagnostique en mettant en évidence des anses grêliques très dilatés en amont d'un segment grêliques volvulé avec nécrose intestinale mais non thérapeutique.
- Le deuxième patient c'était un patient de 62 ans connu hypertendu qui s'était présenté pour un syndrome occlusif avec douleur de la FID, la biologie a montré une hyperleucocytose avec une élévation du CRP, l'imagerie notamment l'échographie n'était pas concluante. La cœlioscopie avait un intérêt diagnostique (la mise en évidence d'une appendicite inflammé) et thérapeutique (appendicectomie cœlioscopique).

5. cinquième catégorie : les traumatismes abdominaux:

Au lieu de la laparotomie ouverte, la laparoscopie peut être utilisée en toute sécurité et efficacement pour le diagnostic et traitement des lésions abdominales traumatiques [75].

Dans une revue de 1 900 patients traumatisés qui ont subi une évaluation laparoscopique pour traumatisme, il a été constaté que 63% des patients évitaient la laparotomie [76].

Avec l'utilisation de la laparoscopie diagnostique dans des groupes similaires de patients, les auteurs ont pu réduire le taux de morbidité à 3% et l'hospitalisation moyenne à 1,4 jour [77]. La laparoscopie a également été considérée comme un outil sensible. Contrairement à l'échographie et la TDM, la laparoscopie a prouvé sa haute performance à détecter les atteintes d'organes creux ou les plaies du diaphragme [78,79]. Chez des patients dont l'hémodynamique est stable, la laparoscopie peut diagnostiquer les lésions parenchymateuses hépatiques ou spléniques, confirmer un hémopéritoine et explorer toute la cavité abdominale, évitant le plus possible le recours à la laparotomie [80–82].

Intervention laparoscopique thérapeutique sous forme de suture, agrafage, résection ou détournement d'une lésion viscérale est faisable. L'hémostase de l'organe solide saignant ou le contrôle du saignement méésentérique peut être tenté [83].

En ce qui concerne les plaies abdominales tous les auteurs [84–88] s'accordent pour dire que la coelioscopie est un bon moyen diagnostique de la pénétration péritonéale. Quant au diagnostic lésionnel, son efficacité est plus souvent controversée; pour cela, plusieurs auteurs se maintiennent encore à l'examen physique et aux données des examens morphologiques comme étant un moyen diagnostique et des éléments de surveillance.

Notre série comporte un seul cas de plaie abdominale pénétrante par arme blanche.

Patient âgé de 32 ans sans antécédents pathologiques particuliers victime d'une agression par arme blanche occasionnant chez lui une plaie en regard du flanc gauche. L'imagerie a mis en évidence un hémopéritoine de moyenne abondance. Dans notre cas la coelioscopie a permis de visualiser la présence d'un hémopéritoine de moyenne abondance avec de gros caillots sanguins en regard de l'orifice interne de la plaie du flanc gauche avec foyers de contusion de la corne gauche du grand épiploon. La laparoscopie a permis également l'aspiration d'un litre d'hémopéritoine avec toilette péritonéale abondante et drainage du Douglas par un drain multi-perforé en siphonage.

6. sixième catégorie : les urgences gynécologiques :

Actuellement, la sécurité et la performance permises par la laparoscopie traitent une grande variété de pathologies gynécologiques. Grâce à son double rôle, diagnostique et thérapeutique, la laparoscopie est devenue la technique chirurgicale préférée des gynécologues. Beaucoup de pathologies gynécologiques peuvent être prises en charge par la laparoscopie. Au niveau des urgences gynécologiques, on utilise le plus souvent la combinaison entre : Un test de grossesse, un examen clinique, Une échographie. A la suite de ces investigations, la laparoscopie peut être d'un grand apport

Cette technique permet de confirmer le diagnostic établi par les examens paracliniques dans 45,4% des cas [89], Elle modifie le diagnostic posé par les examens paracliniques dans 31,8% des cas, Une autre étude [90] a révélé que seul 35,2% des urgences gynécologiques chirurgicales ont nécessité un traitement chirurgical après exploration laparoscopique.

Cette technique permet ainsi de poser un nouveau diagnostic dans 22,7% des cas [89]. D'autres études, comparant la laparoscopie première aux examens paracliniques, obtiennent un diagnostic sûr dans 97% lors de la cœlioscopie diagnostique, contre 28 % lors des examens complémentaires [91]. De plus, elle permet une approche thérapeutique simultanée dans 68% des cas [91] .

Une fois le diagnostic de grossesse extra utérine posé, la laparoscopie permet le traitement rapide, plus conservateur, que la laparotomie [37] . Le lever du lit, les douleurs post opératoires et la durée d'hospitalisation sont beaucoup plus courts comparés à la laparotomie, et permet un développement d'adhérences mineur comparé à la laparotomie [37] .

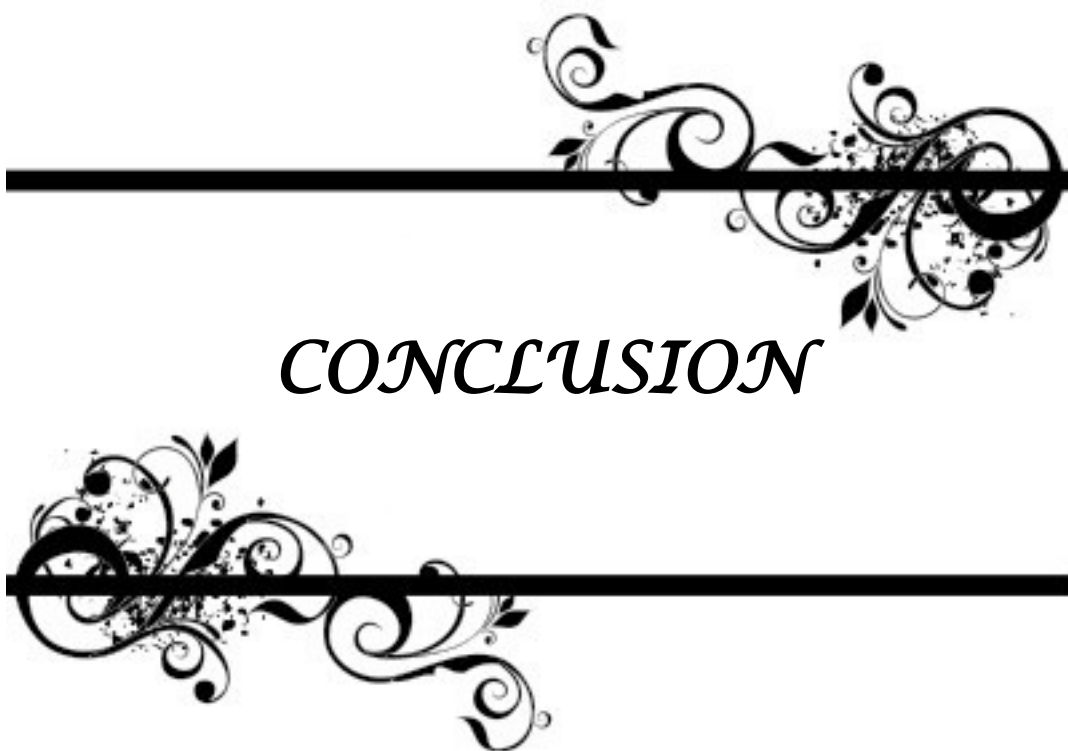
Le traitement laparoscopique des torsions de kyste ovarien est bien supérieur à la laparotomie [37,92]. Concernant les salpingites, cause de douleurs pelviennes aiguës, elles peuvent poser un problème diagnostique, d'où là encore l'intérêt de la laparoscopie. La laparoscopie permet d'exclure les autres pathologies. Lorsque le diagnostic est posé, elle permet le prélèvement d'échantillons microbiologiques, qui permettront une antibiothérapie adaptée. En cas de pyosalpinx, un drainage du pus doit être fait.

Notre série comporte un seul cas de métrorragie sur fibrome utérin.

Elle s'agissait d'une patiente de 62 ans HTA sous traitement, qui s'était présentée pour métrorragie de moyenne abondance.

L'imagerie a mis en évidence un utérus myomateux avec ovaires poly kystiques

Dans notre cas la cœlioscopie a permis de confirmer le diagnostic posé par l'imagerie et concernant le volet thérapeutique elle nous a permis de réaliser une colpohystérectomie avec extraction de la pièce opératoire par voie basse.



CONCLUSION



Les urgences chirurgicales viscérales représentent un éventail de pathologies, dont le diagnostic n'est pas toujours évident. Leur traitement par la chirurgie « classique » comporte trois volets primordiaux :

- Un diagnostic aussi précis que possible ;
- Une stratégie thérapeutique adéquate ;
- L'exécution de l'acte thérapeutique avec le maximum de sécurité et le minimum de complications.

D'après notre étude, la laparoscopie permet de répondre à ces trois impératifs avec une totale satisfaction.

Elle offre de toutes les façons la possibilité d'une chirurgie de conservation à minima avec une précision de dissection incomparable.

La chirurgie laparoscopique a donc un rôle de choix dans la plupart des urgences viscérales à condition d'avoir une équipe entraînée.

Dans la chirurgie des urgences abdominales, les apports diagnostiques et thérapeutiques de la cœlioscopie sont ici conjugués.

Lors du temps diagnostique, la laparoscopie permet de réaliser le bilan lésionnel, de confirmer le diagnostic et d'en préciser la localisation.

En fonction du type de lésion et de l'expérience du chirurgien, le traitement de la pathologie pourra être réalisé par cœlioscopie comme c'est le cas pour l'appendicite, ou l'ulcère perforé par exemple. Si tel n'est pas le cas, les informations laparoscopiques permettent d'optimiser un abord à minima, évitant les grandes laparotomies exploratrices.

Concernant la durée d'intervention, toutes les études récentes montrent qu'elle est la même que pour une intervention par laparotomie. Cela s'explique par l'acquisition d'une expérience par les chirurgiens (Learning curve) et d'autre part par l'amélioration de l'instrumentation utilisée au fil des ans.

Le bénéfice attendu repose aussi sur la réduction du préjudice anatomique et pariétal :

L'absence de larges incisions réduit de façon spectaculaire le risque d'infection. De plus, il s'agit d'une chirurgie moins invasive et donc moins hémorragique (les pertes sanguines sont moins importantes qu'en laparotomie). La réduction du traumatisme pariétal et le peu de manipulation des viscères, induit une diminution des réponses immunitaires. Le caractère mini invasif de l'acte chirurgical permet une reprise plus rapide du transit intestinal, de l'alimentation orale précoce, ainsi qu'un lever du lit plus rapide, permettant de diminuer les risques de phlébite. Par ailleurs le risque d'éventration est réduit au maximum.

Cet avantage permet un sevrage rapide de toute médication générant ainsi des économies substantielles en antalgiques, antibiotiques, solutés de perfusion et anticoagulants.

Les risques d'occlusion intestinale à court et moyen terme sont très réduits. Les organes intra abdominaux ne subissent pas de traumatismes violents comparables à ceux remarqués lors de l'intervention à ciel ouvert.

L'apport de la laparoscopie comme outil de diagnostic de certitude peut être capital si le plateau technique en imagerie sophistiquée est limité (échographie, CT-Scan).



ANNEXES



Fiche d'exploitation :

Nom : Age : N° de fiche :

Motif de consultation :

Antécédents :

Date d'admission :

Durée d'hospitalisation :

Examen clinique à l'admission :

- Signes fonctionnels :
- signes physiques :
 - *Abdominal* :
 - *Autres* :
- Signes généraux :

Examen para cliniques :

Bilans biologiques :

- *NFS-PQ* :
- *CRP* :

Bilans radiologiques :

- *Echographie abdominale*
- *ASP* :
- *TDM* :
- *Autres* :
-

Traitement :

- *Médical* :
 - o *Analgesie* :
 - o Mise en condition :
 - o Antibiothérapie :
 - o Autres :
- *Chirurgical* :
 - o Voie d'abord :
 - o Exploration :
 - o Gestes :

Evolution:

- Suites simples :
- hémorragie :
- fistules digestives :
- Abscesses de paroi :
- décès :
- autres :



RÉSUMÉS



Résumé :

La laparoscopie est de plus en plus utilisée dans la prise en charge des urgences en chirurgie viscérale, tant au niveau diagnostique que thérapeutique. Ce travail a pour but de démontrer l'intérêt de cette tendance en présentant l'expérience du service de chirurgie viscérale à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech en laparoscopie urgente, sur une période de trois ans.

Notre travail consiste en une étude rétrospective basée sur l'exploitation de 95 dossiers de malades ayant subi une laparoscopie en urgence, au service de chirurgie générale à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, durant une période de 3 ans allant du mois de juin 2014 au mois de juin 2017 inclus.

Notre série comporte 95 cas d'urgences viscérales opérées par laparoscopie. Les malades sont répartis en 46 femmes et 42 hommes,. Leur âge varie entre 16 ans et 88 ans pour une médiane à 48 ans. Cette série comporte 56 cas (59%) de cholécystite aiguë, 31 cas (33%) d'appendicite aiguë, 4 cas (4%) de péritonite aiguë, 2 cas (2%) d'occlusion intestinal aiguë ,1 cas (1%) de métrorragie sur fibrome utérin , 1 cas (1%) plaie abdominale pénétrante par arme blanche.

Le diagnostic a été donné par la laparoscopie dans 98,94 % des cas et cette même technique a permis le traitement de 88,42 % de nos cas. Le taux de conversion est de 10,5%. La mortalité opératoire fut de 0% et la morbidité de 1,05% pour les patients ayant été traités.

La laparoscopie est un très bon complément des différents moyens d'investigations cliniques et paracliniques en urgence. Il s'agit d'un atout diagnostique supplémentaire pour le chirurgien confronté à un abdomen aigu. Elle permet de poser un diagnostic et de traiter la pathologie causale dans le même temps opératoire. Nos résultats démontrent la faisabilité de la laparoscopie pour les urgences abdominales en insistant sur le service rendu pour le diagnostic et éventuellement pour le traitement chirurgical de l'étiologie de l'urgence.

Summary

Laparoscopy is more and more used for emergency care in visceral surgery, much at the diagnosis or therapeutic level. This work aims to show the interest of this trend by presenting the experience of visceral surgery service at the Avicenna military hospital in Marrakech in emergency laparoscopy, over one period of three years .

It concerns a retrospective study relating to 95 patients who have been operated in emergency by laparoscopy for an acute abdomen , during a period of 3 years from June 2014 to June 2017, in the general surgery service at the Avicenna military hospital in Marrakech

Our series includes 95 cases of visceral emergencies operated by laparoscopy. The patients are divided into 46 women and 42 men. Their age varies between 6 years to 88 years for a median of 48 years. These 95 patients are distributed as follows: 31 acute Appendicitis (33 %); 56 acute Cholecystitis (59%); 4 cases (4%) of acute peritonitis, 2 case (2%) digestive Occlusions; 1 case (1%) of metrorrhagia on fibroid, 1case (1%) penetrating abdominal wound by stabbing. The diagnosis was given by the laparoscopy in 98,94 % of the cases and this same technique allowed the treatment of 88,42 % of our cases. The conversion rate is of 10, 5%.

Laparoscopy is a very good complement to the various means of clinical and para-clinical investigations in emergency. It is about an additional diagnostic asset for the surgeon confronted to an acute abdomen. It allows to make a diagnosis and to treat causal pathology at the same operational time. Our results prove the feasibility of the laparoscopy for the abdominal emergencies, insisting on the service done to the diagnosis, and possibly to the surgical treatment of emergency etiology.

ملخص

يستعمل تنظير جوف البطن، أكثر فأكثر، فالتكفل بمستعجلات جراحة الأحشاء سواء على مستوى التشخيص أو العلاج و الهدف من هذا العمل إظهار فائدة هذا الإتجاه في التشخيص و العلاج بواسطة تجربة مصلحة الجراحة العامة في مستشفى ابن سينا العسكري في مراكش ، بتنظير جوف البطن و قد استغرقت هذه التجربة مدة 3 سنوات

يتعلق الأمر بدراسة مرجعية تعتمد على 95 حالة مرضية إستعجالية بواسطة منظار البطن لبطن حاد و ذلك ما بين شهر يونيو 2014 و شهر يونيو 2017 بمصلحة الجراحة العامة في مستشفى ابن سينا العسكري في مراكش

وتشمل سلسلتنا 95 حالة مرضية إستعجالية بواسطة منظار البطن وينقسم المرضى إلى 46 امرأة و 42 رجلا. وتتراوح أعمارهم بين 16 و 88 سنة لمتوسط في 48 عاما وتشمل هذه السلسلة 56 حالة (59%) من التهاب المرارة الحاد، 31 حالة (33%) من التهاب الزائدة الدودية الحاد، 4 حالات (4%) من التهاب الصفاق الحاد، 2 حالات (2%) من انسداد معوي حاد، 1 حالة (1%). من غزارة الطمث على الأورام الليفية الرحمية، حالة (1%) اختراق طعن الجرح في البطن. أعطي التشخيص من قبل تنظير البطن في 98.94% من الحالات، وهذه التقنية نفسها سمحت لعلاج 88.42% من حالاتنا. معدل التحويل هو 10.5% وبلغت نسبة الوفيات المنطوق 0% وكانت نسبة الاعتلال 1.05% للمرضى الذين تم علاجهم

تنظير البطن هو تكملة جيدة جدا لمختلف وسائل التحقيق السريري و للبحث بالوسائل التقنية الأخرى في حالة الاستعجال و يتعلق الأمر بربح إضافي في التشخيص يساعد الجراح في حالة مجابته لبطن حاد كما أنه يمكن من التشخيص و المعالجة في آن واحد. و تظهر نتائجنا على صلاحية تنظير جوف البطن في حالات استعجال البطن، كما أنها تؤكد أهميته في التشخيص و المعالجة الجراحية للمرض المفاجئ



BIBLIOGRAPHIE

1. **QUEVAUVILLIERS**
Dictionnaire médical
Masson, 5ème édition ; 2007
2. **P. Mendes Da Costa, Ch. Simoens, D. Smets, Ch. Ngongang, V. Thill**
EVOLUTION OF THE PLACE OF THE LAPAROSCOPIC APPROACH, IN THE LAST 10 YEARS, IN BRUGMANN UNIVERSITY HOSPITAL
Jurnalul de Chirurgie, Iasi, 2006, Vol. II, Nr. 1 [ISSN 1584 - 9341]
3. **Navez B, d'Udekem Y, Cambier E, Richir C, de Pierpont B, Guiot P.**
Laparoscopy for management of non traumatic acute abdomen.
World J Surg. 1995 May-Jun;19(3):382-387.
4. **F. Bretagnola,, M. Zappab, Y. Panis**
Ultrasound and CT imaging in the diagnosis of acute appendicitis
Journal de Chirurgie (2009) **146S**, S8—S11
5. **G.S. Litynsky.**
Hyghtlight in the history of laparoscopy
Fronkfort / Main, B. Bernet Verlag, 1996.
6. **Stellato A.**
« History of laparoscopic surgery »,
Surg Clin North Am, vol. 72, 1992, p. 997-1002.
7. **Presentation: Minimal access – laparoscopic surgery progress from the 1960's.**
The 14th Annual Congress of the International Society for Gunecologic Endoscopy.
The British Society for Gynaecological Endoscopy April 3-6, 2005. London, UK.
8. **SEMM K.**
Endoscopic appendicectomy
Endoscopy 1983; 15 : 59-64
9. **DUBOIS F, ICARD P, BETHELOT G, LEVARD H,**
Coelloscopic cholecystectomy
Ann Surg 1990 ; 211 : 60-62
10. **Rapport en cœlioscopie.**
Matériels de chirurgie laparoscopique.
J. Urol. 2000; 19: 43-60. (www.urofrance.com).

11. **Photos prise à l'hôpital militaire Avicenne.**
12. **B. Kirshtein, A. Roy-Shapira, L. Lantsberg, S. Mandel, E. Avinoach, S. Mizrahi**
The use of laparoscopy in abdominal emergencies
Surg Endosc (2003) 17: 1118-1124
13. **Agresta F, De Simone P, Leone L, Arezzo A, Biondi A, Bottero L, Catena F, Conzo G, Del Genio G, Fersini A, Guerrieri M, Illomei G, Tonelli P, Vitellaro M, Docimo G, Crucitti A;**
Laparoscopic appendectomy in Italy: an appraisal of 26,863 cases
J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2004 Feb;14(1):1-8.
14. **De Jorge Cueto-Garcia, Moises Jacobs, Michel Gagner**
Laparoscopic Surgery
Edition The McGraw-Hill Companies 2003
15. **Jean-Louis Dulucq**
Techniques et astuces en chirurgie laparoscopique
Edition springer 2003
16. **M. A. Bruhart**
LA Chirurgie Abdomino-Pelvienne Par Coelioscopie
Springer Verlag, 1993
17. **Maurice E. Arregui**
Principles of Laparoscopic Surgery Basic and Advanced Techniques
Springer-Verlag, Publié 1995
18. **Pierre Testas**
Chirurgie digestive par voie coelioscopique
Maloine, Publié 1991
19. **Ferdinando Agresta, Luigi Francesco Ciardo, Giorgio Mazzarolo, Michelet, Guido Orsi, Giuseppe Trentin and Natalino Bedin Fregona**
Peritonitis: laparoscopic approach
World Journal of Emergency Surgery 2006, 1:9 doi:10.1186/1749-7922-1-9
20. **Mario Morino, MD, Luca Pellegrino, MD, Elisabetta Castagna, MD, Eleonora Farinella, MD, and Patrizio Mao, MD, FACS**
Acute Nonspecific Abdominal Pain A Randomized, Controlled Trial Comparing Early Laparoscopy Versus Clinical Observation
(Ann Surg 2006;244: 881-888) Annals of Surgery · Volume 244, Number 6, December 2006

21. **Erdogan M sozuer EM, Bedirli A, Ulusal M, Kayhan E, Yilmaz Z.**
Laparoscopy for diagnosis and treatment of acute abdominal pain.
J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2000 Aug;10(4):203–7.

22. **V. Golash, P. D. Willson**
Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain
A review of 1320 patients
Surg Endosc (2005) 19: 882–885

23. **Schietroma M, Cappelli S, Carlei F, Pescosolido A, Lygidakis NJ, Amicucci G.**
"Acute abdomen": early laparoscopy or active laparotomic–laparoscopic observation?
Hepatogastroenterology. 2007 Jun;54(76):1137–41.

24. **Abdulrahman S. Al-Mulhim, FRCSI, FICS, FACSMaher A. Nasser, MDMohammad M. Abdullah, MDAdel M. Ali, FRCSILileswar Kaman, MS**
Emergency Laparoscopy for Acute Abdominal Conditions: A Prospective Study
Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. Aug 2008, Vol. 18, No. 4: 599–602

25. **F. Agresta Æ G. Mazzarolo Æ L. F. Ciardo Æ N. Bedin**
The laparoscopic approach in abdominal emergencies: has the attitude changed?
A single–center review of a 15–year experience

26. **Paterson–Brown S;**
Emergency laparoscopic surgery.
Br J Surg. 1993 Mar; 80(3):279–83

27. **M Cissé, I Konaté, O Ka, M Dieng, J Tendeng, B Diop, A Dia, CT Touré.**
Emergency laparoscopy at Aristide Le Dantec hospital: the first 100 cases
e–mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2009, 8 (3) : 78–81

28. **Karamanakos SN1, Sdralis E, Panagiotopoulos S, Kehagias I.**
Laparoscopy in the emergency setting: a retrospective review of 540 patients with acute abdominal pain.
Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2010 Apr;20(2):119–24.

29. **Saeed A, Nawaz M, Noreen A, Ahmad S.**
Early cholecystectomy in acute cholecystitis: experience at DHQ hospital ABBOTTABAD.
J Ayub Med Coll Abbottabad. 2010;22(3):182–4.

30. **Bray Madoué Kaimba,1,& Youssouf Mahamat,1 et Seid Dounia Akouya1**
Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis gallstones: about 22 cases compiled at the Rebirth hospital of Ndjamena
Journal List Pan Afr Med Jv.21; 2015PMC4633810
31. **Diallo AT, Soumaoro LT, Toure A, et al.**
Cholécystite aigue lithiasique: à propos de 73 cas opérés à l'Hôpital National Ignace Deen de Conakry.
Revue africaine de Chirurgie et spécialités. 2010;4(7):26-29.
32. **Bonkougou G, Sanou A, Kabore AF, et al.**
Cholécystectomie laparoscopique au Burkina faso: à propos de 32 cas.
Le journal de Coelio-chirurgie. 2009;71:57-60.
33. **Oliver Warren, James Kinross, Paraskevas Paraskeva* and Ara Darzi**
Emergency laparoscopy – current best practice
World Journal of Emergency Surgery 2006, 1:24 doi:10.1186/1749-7922-1-24
34. **S. Sauerland,1* F. Agresta,2 R. Bergamaschi,3 G. Borzellino,4 A. Budzynski,5 G. Champault,6 A. Fingerhut,7 A. Isla,8 M. Johansson,9 P. Lundorff,10 B. Navez,11 S. Saad,12 E. A. M. Neugebauer1***
Laparoscopy for abdominal emergencies Evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery
Surg Endosc (2006) 20: 14-29
35. **Pessaux P, Tuech JJ, Regenet N, Fauvet R, Boyer J, Arnaud JP**
Cholécystectomie laparoscopique dans le traitement des cholécystites aiguës.
Gastroentérologie Clinique et Biologique. 2000;24:400-403.
36. **Catani M, Modini C.**
Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: a proposal of safe and effective technique.
Hepatogastroenterology. 2007 Dec;54(80):2186-91.
37. **S. Sauerland,1* F. Agresta,2 R. Bergamaschi,3 G. Borzellino,4 A. Budzynski,5 G. Champault,6 A. Fingerhut,7 A. Isla,8 M. Johansson,9 P. Lundorff,10 B. Navez,11 S. Saad,12 E. A. M. Neugebauer1***
Laparoscopy for abdominal emergencies
Evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery Surg Endosc (2006) 20: 14-29

38. **Malla BR, Shrestha RKM.**
Laparoscopic Cholecystectomy Complication and Conversion Rate.
Kathmandu Univ Med J. 2010;9(32):367-9.
39. **Gourgiotis S, Dimopoulos N, Germanos S.**
Laparoscopic Cholecystectomy: a safe approach for management of acute cholecystitis.
JSLS. 2007;11(2):219-24.
40. **DJA Thornton, A Robertson, DJ Alexander**
Patients awaiting laparoscopic cholecystectomy – can preoperative complications be predicted?
Ann R Coll Surg Engl 2004; 86: 87-90
41. **C. M. Lam, A. W. Yuen, B. Chik, A. C. Wai, S. T. Fan**
Laparoscopic surgery for common surgical emergencies
A population-based study
Surg endosc 2005 19: 774-779
42. **Unger SW, Edelman DS, Scott JS**
Laparoscopic treatment of acute cholecystitis
Surg.Laparosc, endosc 1;14-16 1991
43. **Ludwig K, Lorenz D, Koeckerling F.**
Surgical strategies in the laparoscopic therapy of cholelithiasis and CBD stones.
ANZ J Surg. 2002;72(8):547-52.
44. **Diop PS, Ndoye JM, Ka I, Fall B.**
Cholécystectomie par voie laparoscopique: une série dakaraise à propos de 84 cas.
Médecine d'Afrique Noire. 2009;56(11):592-596.
45. **Chuang KI, Corley D, Postlethwaite DA, Merchant MHH.**
Does increased experience with laparoscopic cholecystectomy yield more complex bile duct injuries? Am J Surg. 2012;203(4):480-7.
46. **Gilliam AD, Anand R, Horgan LF, Attwood SE.**
Day case emergency laparoscopic appendectomy.
Surg Endosc. 2008 Feb;22(2):483-6. Epub 2007 Aug 18.
J Infect. 2007 Oct;55(4):317-23. Epub 2007 Aug 6.
47. **Ulrich guller, MD Sheleika hervey, BA, Harriett Pruves.**
Laparoscopic versus open appendectomy: outcomes comparison based on a large administrative database.
Annals of surgery volume 239, number 1, January 2004

48. **Garg CP, Vaidya BB, Chengalath MM.**
Efficacy of laparoscopy in complicated appendicitis.
Int J Surg 2009; 7:250–2.
49. **Vishwanath V, Shindholimath K, Thinakaran T, Narayana R, VeerabhadappaVeerappa Y.**
Laparoscopic management of appendicular mass.
J Min Access Surg 2011; 7:136–40.
50. **Begen G.F.**
Appendicectomie laparoscopique. Techniques chirurgicales.
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Appareil digestif 2008; 40–500.
51. **Andersson RE, Petzold MG.**
Nonsurgical treatment of appendiceal abscess or phlegmon : a systematic review and meta-analysis.
Ann Surg 2007; 246:741–748.
52. **JABAHGI S, LEVY M.**
Coelio-appendicectomie extra abdominale par voie transombilicale au centre Hospitalier Marie Madeline de Forbach ; France.
J Coelio-chirurgie 2001 ; N°40 ; 62–64.
53. **E. KELLI, BLEGOLE, J-M. CASANELLI, B. MOUSSA, J. N'DRI, H.A. N'GUESSAN.**
Appendicectomie coelioscopique : Intérêt diagnostique et thérapeutique à propos de 150 cas au CHU de Treichville Bp v Abidjan.
54. **PS Diop, JM Ndoye, B Fall**
L'APPENDICECTOMIE PAR VOIE LAPAROSCOPIE: Une expérience dakaroise à propos de 29 cas
Médecine d'Afrique noire, 2008 – API DPM
55. **Palanivelu C, Rangarajan M, John SJ, Senthilkumar R, Madhankumar MV.**
Laparoscopic appendectomy for appendicitis in uncommon situations: the advantages of a tailored approach.
Singapore Med J. 2007 Aug;48(8):737–40.
56. **Tanaka S, Kubota D, Lee SH, Oba K, Matsuyama M.**
Effectiveness of laparoscopic approach for acute appendicitis.
Osaka City Med J. 2007 Jun;53(1):1–8.
57. **J.G Balique, R.guinot, CMondesrt, L. Mortier**
Etude comparative retrospective de 600 appendicectomies effectuees par laparotomie ou par laparoscopie
Chir. 1993–1994,119, 504.

58. **Giri SK, Shaikh FM, Sil D, Drumm J, Naqvi SA.**
Our experience with selective laparoscopy through an open appendectomy incision in the management of suspected appendicitis.
Am J Surg. 2007 Aug;194(2):231–3.
59. **William Berrebi**
Hépatologie gastro-entérologie
ESTEM : MED-LINE, ©2003.
60. **G.Champault, N.Rizk, M.Ziol , N Taffinder**
Peut on reconnaître le caractère pathologique de l'appendice en laparoscopie?
J.Chir (paris) 1996, 133, 7 : 320–323
61. **Yau KK, Siu WT, Tang CN, Yang GP, Li MK.**
Laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis.
J Am Coll Surg. 2007 Jul;205(1):60–5.
62. **Pokala N, Sadhasivam S, Kiran RP, Parithivel V.**
Complicated appendicitis—is the laparoscopic approach appropriate? A comparative study with the open approach: outcome in a community hospital setting.
Am Surg. 2007 Aug;73(8):737–41; discussion 741–2.
63. **L. NAPOLITANO, M.WAKU, G. LIDDO, P. INNOCENTI**
L'approccio chirurgico laparoscopico all'addome acuto:
nostra esperienza clinica
G Chir Vol. 29 – n. 1/2 – pp. 47–50
Gennaio–Febbraio 2008
64. **A.Sanna, G.L. Adani, G. Anania, and A. Donini**
The role of laparoscopy in patients with suspected peritonitis : experience of a single institution
Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques Volume 13, number 1, 2003
65. **B. NAVEZ, V. TASSETTI*, J . J . SCOHY, D. MUTTER*, P. GUIOT, S . EVRARD* and J . MARESCAUX***
Laparoscopic management of acute peritonitis
British Journal of Surgery 1998, 85, 32–36
66. **Ahmed Khan Sangrasi, K. Altaf Hussain Talpur , Nandlal Kella, Abdul Aziz Laghari , Mujeeb Rehman Abbasi Jawaid Naeem Qureshi**
PubMed Central, Feb 04, 2014 · License: CC BY 3.0

67. **Siu WT, Leong HT, Law BKB, Chau CH**
Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized trial.
Ann Surg 2002 235:313319
68. **Agresta F, Ciardo LF, Mazzarolo G, Michelet I, Orsi G, Trentin G, Bedin N.**
Peritonitis: laparoscopic approach.
World J Emerg Surg. 2006 Mar 24;1:9.
69. **O'Connor DB, Winter DC.**
The role of laparoscopy in the management of acute small-bowel obstruction: a review of over 2,000 cases.
Surg Endosc. 2012;26(1):12-7. Doi: 10.1007/s00464-011-1885-9. Epub 2011 Sep 5.
70. **Nordin A, Freedman J.**
Laparoscopic versus open surgical management of small bowel obstruction: an analysis of clinical outcomes.
Surg Endosc. 2016. [Epub ahead of print].
71. **Pei KY, Asuzu D, Davis KA.**
Will laparoscopic lysis of adhesions become the standard of care? Evaluating trends and outcomes in laparoscopic management of small-bowel obstruction using the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Project Database.
Surg Endosc. 2016. [Epub ahead of print].
72. **Elnahas A, Kim SH, Okrainec A, Quereshy F, Jackson TD.**
Is laparoscopic repair of incarcerated abdominal hernias safe? Analysis of short-term outcomes.
Surg Endosc. 2016;30(8):3262-6. Doi:10.1007/s00464-015-4649-0. Epub 2015 Nov 5.
73. **Byrne J, Saleh F, Ambrosini L, Quereshy F, Jackson TD, Okrainec**
A. Laparoscopic versus open surgical management of adhesive small bowel obstruction: a comparison of outcomes.
Surg Endosc. 2015;29(9):2525-32. Doi:10.1007/s00464-014-4015-7. Epub 2014 Dec 6.
74. **Sajid MS, Khawaja AH, Sains P, Singh KK, Baig MK.**
A systematic review comparing laparoscopic vs open adhesiolysis in patients with adhesional small bowel obstruction.
Am J Surg. 2016;212(1):138-50. doi:10.1016/j.amjsurg.2016.01.030. Epub 2016 Apr 13.
75. **Y. B. Choi, K. S. Lim**
Therapeutic laparoscopy for abdominal trauma
Surg Endosc (2003) 17: 421-427 DOI: 10.1007/s00464-002-8808-8 Springer-Verlag New York Inc. 2002

76. **Villavicencio RT, Aucar JA.**
Analysis of laparoscopy in trauma.
J Am Coll Surg 1999;189:11-20.
77. **Sosa JL, Baker M, Puente I, et al.**
Negative laparotomy in abdominal gunshot wounds: potential impact of laparoscopy.
J Trauma 1995; 38:194-7.
78. **Ross SE, Dragon GM, O'Malley KF, Rehm CG.**
Morbidity of negative celiotomy in trauma. *Injury*.
1995;26:393-394.
79. **Shih HC, Wen YS, Ko TJ, Wu JK, Su CH, Lee CH.**
Noninvasive evaluation of blunt abdominal trauma: prospective study using diagnostic algorithms to minimize nontherapeutic laparotomy.
World J Surg 1999; 23:265-70
80. **Chen RJ, Fang JF, Lin BC, Hsu YB, Kao JL, Kao YC, Chen MF.**
Selective application of laparoscopy and fibrin glue in the failure of nonoperative management of blunt hepatic trauma.
J Trauma 1998; 44:691-695
81. **Leape LL, Ramenofsky ML.**
laparoscopy in children.
Pediatrics 1980; 66:215-20
82. **T. Hasegawa, Y. Miki, Y. Yoshioka, S. Mizutani, T. Sasaki and J. Sumimura.**
Laparoscopic diagnosis of blunt abdominal trauma in children.
Pediatr Surg Int 1997; 12:132-36
83. **Chen RJ, Fang JF, Lin BC, et al.**
Selective application of laparoscopy and fibrin glue in the failure of non operative management of blunt hepatic trauma.
J Trauma 1998;44:691-5.
84. **CHELLY MR, MAJOR K, SPIVAK J, HUI T, HIATT JR, MARGULIES DR.**
The value of laparoscopy in management of abdominal trauma.
Am Surg 2003 ; 69 : 957-960.

85. **ABIAN P, IANNELLI A, MAZZA D et al.**
Diagnostic and therapeutic laparoscopy for stab wounds of the anterior abdomen.
J Laparo endosc Adv Surg Tech A 2003;13:309-12.
86. **FABIAN T.C, CROCE M.A, STEWART R.M et al.**
A prospective analysis of diagnostic laparoscopy in trauma.
Ann Surg 1993 ; 217 : 557-564.
87. **PORTER JM, IVATURY R.R.**
The role of laparoscopy in the management of penetrating trauma.
Semin Laparosc Surg 1996;3:156-67.
88. **ZANTUT L.F, IVATURY R.R, SMITH R.S, KAWAHARA N.T, PORTER JM, FRY W.R et al.**
Diagnostic and therapeutic laparoscopy for penetrating abdominal trauma : a multicenter experience.
J Trauma 1997;42:825-831.
89. **Aulestia SN, Cantele H, Leyba JL, Navarrete M, Llopla SN.**
Laparoscopic diagnosis and treatment in gynecologic emergencies.
JSLS. 2003 Jul-Sep;7(3):239-42.
90. **K B Lee, S K Wong**
Emergency laparoscopic surgery – the Changi General Hospital Experience
Ann Acad Med Singapore. 2002 Mar;31(2):155-7.
91. **Champault G, Rizk N, Lauroy J, Olivares P, Belhassen A, Boutelier P.**
Right iliac fossa pain in women. Conventional diagnostic approach versus primary laparoscopy. A controlled study (65 cases).
Ann Chir. 1993;47(4):316-9.
92. **Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC**
A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian mass
Am Obstet Gynecol 1997;177:109-114

قسم الطيبج

أقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ

وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِ وَسْعِي فِي اسْتِنْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ

وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،
لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، أَسَخَّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ .. لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أَوْقَرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأَعَلَّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ

مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ

اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 017

سنة 2018

مستعجلات جراحة الأحشاء و جراحة المنظار

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/02/16

من طرف

السيد. أيت يحييا عبد الكريم

المزداد في 19 غشت 1991 ببني ملال

طبيب داخلي بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

مستعجلات جراحة الأحشاء - جراحة المنظار

اللجنة

الرئيس

ر. بن عمر بن الخياط

السيد

المشرف

أستاذ في الجراحة العامة

السيد

أ. الخضر

أستاذ مبرز في الجراحة العامة

السيد

ر. البرني

أستاذ مبرز في الجراحة العامة

السيد

ع. مجدان

أستاذ مبرز في الجراحة العامة

السيد

ر. صديقي

أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير

الحكام

{