

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

ECOLE SUPERIEURE DES SCIENCES DE LA SANTE
(E.S.S.S.A.)

ANNEE UNIVERSITAIRE 1981-1982

N°



LES ABDOMENS AIGUS CHIRURGICAUX EN HAUTE-VOLTA

BILAN DE 7 ANS D'ACTIVITÉ D'UN SERVICE
DE CHIRURGIE GÉNÉRALE

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1^{er} MARS 1983

Par

Monsieur **BAMOUNI Yomboé Abel**

Né le 5 Août 1955 à Kyon Sous-Préfecture de Ténado (Haute-Volta)

1514

JURY :

Président :

Prof. M. W. VOVOR

Membres :

Prof. R. M. OUIMINGA

Prof. A. SANOU

DIRECTEUR DE THESE
Prof. A. SANOU

Année Universitaire 1981-1982

ADMINISTRATION

Directeur	M. Rambré Moumouni OUIMINGA
Directeur des Etudes	M. Hilaire TIENDREBEOGO
Directeur des Stages	M. Amadou SANOU

ENSEIGNANTS

Enseignants permanents

Maîtres de Conférences

M. Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie organogénèse
M. Hilaire TIENDREBEOGO	Pneumophtisiologie
M. Amadou SANOU	Chirurgie

Enseignants non-permanents

Professeurs

M. Gérard BROUSSAL	Génétique
--------------------	-----------

Maîtres de Conférences

M. Clément OUEDRAOGO	Biophysique
M. Bernard Laou KAM	Chimie

Maîtres Assistants

M. Laya SAWADOGO	Physiologie
Mme Odile NACOULMA	Biochimie
M. Gontibo OUEDRAOGO	Physique
M. Alfred TRAORE	Biochimie

Assistants

M. Gérard KIENTEGA	Mathématiques
Mme Fatoumata PALE	Biologie.

.../...

Enseignants missionnaires

Professeurs

M. Daniel LAURENT

Physiologie

Chefs de travaux

Mlle Evelyne WIRQUIN

Biophysique

M. Jean Claude KOUYOUMDJIAN

Biochimie

Enseignants vacataires

Docteur Christian KIRSCH

Histologie-Embryologie

Docteur Raphaël DAKOURE

Anatomie

Mme Henriette BARRY

Sciences Sociales

M. Peter GAUMOND

Anglais.

DEDICACES

A MON PERE

Ta longue carrière d'enseignant et d'éducateur à l'image de ta vie de famille, m'ont tracé la voie à suivre, que jamais je n'y manque.

Reçois ce modeste travail comme l'expression de mon attachement filial.

A MA FAMILLE

La grande ambiance qui a été entretenue au milieu de nous a grandement contribué à mon épanouissement et à me faire découvrir la "TOLERANCE". Puisse-je ne jamais l'oublier.

Mes félicitations à mes frères (Bruno - Remi - René) qui m'ont devancé sur la voie du Doctorat et mes encouragements à ceux et celles qui m'y suivent.

A MES NEVEUX ET NIECES

Dont les rires si innocents ont tant égayé mon coeur.

AUX BELLES FAMILLES

- | | |
|------------|------------|
| - MAHU | - GUISSOU |
| - KIBORA | -- COTY |
| - OUATTARA | - TRAORE |
| - BASSOLET | - ILBOUDO |
| - BANADI | - DELBEGGO |
| - RATIONO | - SANOU. |
| - NAPON | |
| - DAH | |

À V. FAMILLES

- BADO Augustin
- BARRY Jean
- BANGOUNI Maurice : "L'OBSERVATEUR"
- BIGNAN Arouna
- GNOUNOU Faustin
- BONZI Jacques
- BONZI Joseph

À Mlle YARO Fatoumata Micheline

Pour tout ce qui nous lie depuis toujours

Aux Docteur OUARA BINDI et MAMA

Docteur BICABA Abel et Céline

Pour ce que nous avons construit au delà de l'amitié.

Aux Amis et Amies de LOME

- SANOU Charles
- SANOU Siaka
- SOLKAM
- Mère Kossi MESSAM
-
- Docteurs - DAMIBA Alain
 - SANOU Sculeyman
 - COULIBALY Boubacar
 - BONZI Tamou
 - NEBIE Paul
 - LAWSON Anani

À toute la promotion de stagiaires 1981 - 1982

- BICABA Abel
- COULIBALY Boubacar
- KANE Amadou
- KOUYATE Bocar
- SANOU Joachim
- WARE Adrien
- ZERBO Feti-Jean.

La route a été longue avec ses joies et ses moments difficiles, puisse t-elle affermir toujours plus cet élan de solidarité qui nous a toujours animé.

REMERCIEMENTS

A NOS PERES DE LOPE

Vous avez guidé nos premiers pas dans l'art de la Médecine et sans relâche vous nous avez encadré.

Toute notre profonde gratitude.

AU TOGO

Notre pays hôte

A NOS AINES

Après de vous, nous avons appris et espérons continuer d'apprendre soyez en remercier.

AU PERSONNEL DU BLOC OPERATOIRE.

Pour la chaleur et la franche collaboration que nous avons trouvées dans ce service.

AU PERSONNEL DES DIFFERENTS SERVICES DE L'H.Y.C.

A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE A L'ELABORATION DE CE TRAVAIL

A Mlle WINDIGA Félicité

Pour son dévouement à effectuer ce travail.

A NOS PÈRES ET JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DU JURY : MONSIEUR LE PROFESSEUR M.M. VOYER

C'est un très grand honneur et un sujet de réelle satisfaction pour nous que l'Éminent Professeur que vous êtes, ait accepté de faire le voyage afin de présider notre jury ceci malgré vos nombreuses charges.

En effet, votre dimension scientifique, votre vaste culture générale font de vous une source inépuisable de connaissances où l'on ne saurait jamais suffisamment puiser.

Nous avons eu l'occasion d'y goûter et nous sommes fiers d'avoir été de vos élèves.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE R.M. QUIRINGA DIRECTEUR
DE L'F.S.S.Sa

CHEF DES SERVICES CHIRURGICAUX DE L'HOPITAL

YALANDI

Vous nous avez accueilli avec chaleur dans votre service de Chirurgie et nous avons bénéficié de vos conseils et encouragements dans le sens de la technique chirurgicale dont vous avez la maîtrise.

Vous avez la lourde charge de diriger la nouvelle - née - qui est l'Ecole Supérieure des Sciences de la Santé ; malgré les difficultés certaines inhérentes à tous premiers pas, nous sommes assurés que vous menerez cette mission à bon port.

Croyez à notre gratitude et à tous nos vœux de réussite.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE, LE PROFESSEUR ABECE A. SANGU

Au delà de vos qualités pédagogiques et scientifiques, votre disponibilité, votre contact humain simple nous ont fortement impressionné.

Vous avez accepté de mettre à notre disposition tout votre temps pour l'élaboration de ce travail sur "les Abdoens ligus Chirurgicaux" et votre bistouri pour notre propre cas "l'appendicite".

Puisse ce travail être pour nous l'occasion de vous renouveler notre attachement et notre profonde reconnaissance.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE, LE PROFESSEUR AGPECE A. SANOU

Au delà de vos qualités pédagogiques et scientifiques, votre disponibilité, votre contact humain simple nous ont fortement impressionné.

Vous avez accepté de mettre à notre disposition tout votre temps pour l'élaboration de ce travail sur "les Abdoens Ligus Chirurgicaux" et votre bistouri pour notre propre cas "d'appendicite".

Fuisse ce travail être pour nous l'occasion de vous renouveler notre attachement et notre profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ H. TIENDREBROGO DIRECTEUR
DES ETUDES (E.S.S.Sa)
CHEF DU SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES

Nous avons découvert à travers l'enseignant qui instruit et éduque , un trait de philosophie qui force notre admiration respectueuse.

Veillez accepter ce travail comme le témoignage de notre reconnaissance.

PLAN GENERAL

Introduction.....

Première partie : DONNEES GENERALES

Chapitre I : Matériel et Méthodes d'étude.....

- A) - Présentation du service des urgences chirurgicales
- B) - Mode de recrutement.....
- C) - Matériel d'étude.....

Chapitre II : Importance des abdomens aigus dans le
service de Chirurgie.....

- A) - Par rapport aux hospitalisations.....
- B) - Par rapport aux autres urgences.....
- C) - Par rapport aux affections non urgentes.....

Chapitre III : Répartition des abdomens aigus selon
l'âge, le sexe et les étiologies.....

- A) - selon le sexe.....
- B) - Selon l'âge.....
- C) - Selon les étiologies.....

Chapitre IV : Aspects cliniques, thérapeutiques
et évolutifs.....

- A) - Aspects cliniques.....
- B) - Aspectsthérapeutiques et évolutifs.....

.../...

Deuxième partie : ÉTUDE ANALYTIQUE

Chapitre I : Hernies étranglées.....

Chapitre II : Appendicites.....

Chapitre III : Occlusions.....

Chapitre IV : Véricolites.....

Chapitre V : Traumatismes abdominaux.....

Chapitre VI : Urgences Gynécologiques.....

Chapitre VII : Hémorragies digestives Hautes et
Divers.....

Troisième partie : COMMENTAIRES.....

Conclusions Générales.....

Bibliographie.....

I N T R O D U C T I O N

"Urgences abdominales chirurgicales" "abdomens aigus chirurgicaux" "abdomens urgents", "Ventre aigus chirurgicaux" que de dénominations pour cet ensemble d'affections abdominales qui ont en commun de "ne pouvoir souffrir aucun retard" dans leur traitement. "Cet état s'installent en quelques heures ou quelques jours et caractérisé par des signes localisés ou diffus d'irritation péritonéale" (quelle qu'en soit la cause)" et dont l'évolution dépend essentiellement de la rapidité de mise en oeuvre du traitement" (2), demeure le dilemme pluriquotidien tant du médecin généraliste que du chirurgien.

Si l'abdomen aigu constitue une entité, la complexité des formes, le grand nombre de ces formes, accroissent la difficulté de diagnostic, de la thérapeutique et même du pronostic.

En Haute-Volta, où à tous les niveaux, le sous-équipement est une réalité certaine, le problème des Abdomens Aigus est d'autant plus crucial que à l'absence de moyens de diagnostic paraclinique s'ajoutent les insuffisances de la réanimation, facteur déterminant de la thérapeutique et surtout de l'évolution ; aussi aucune étude sur ce sujet n'ayant encore jamais été effectuée à notre connaissance en Haute-Volta, nous nous sommes proposés de combler cette lacune.

Comme toute étude pionnière, nous avons procédé à un bilan statistique suivi d'une approche analytique. Nous avons été guidés par les objectifs suivants :

- définir la place des Abdomens Aigus dans l'activité du service de chirurgie de l'Hôpital Yalgado Ouédraogo.

.../...

- Résumer les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs trouvés dans le service.
- Etablir une ébauche analytique afin de définir les différents éléments épidémiologiques qui concourent à particulariser le profil évolutif de ces différentes affections.

Pour ce faire ces objectifs ont été séparés en trois parties d'importance inégale :

- Une première partie qui après avoir présenté le service des Urgences chirurgicales de l'Hôpital Valgado Quédraogo, a traité de la place de la pathologie abdominale aigue.
- Une deuxième partie, la plus vaste, qui s'est portée sur l'approche analytique des diverses affections abdominales aigues.
- Une troisième partie contenant nos commentaires et réflexions à la suite de nos résultats et enfin une conclusion générale qui achève ce travail.

PREMIERE PARTIE

DONNEES GENERALES

-:-:-:-

CHAPITRE I

Matériel et Méthodes d'étude

A) - Présentation du service des Urgences chirurgicales.

Le cadre de l'étude entreprise a été le service des Urgences chirurgicales de l'Hôpital Valgado Ouédraogo (H.Y.O.).

Ce service s'identifie à celui de toute la chirurgie générale puisque utilisant ses moyens tant humain que matériel. Sa genèse se confond à celle de l'Hôpital Valgado Ouédraogo qui, créé en Juin 1958 pour pallier à la vétusté et à l'exiguïté du "poste sanitaire avancé" de l'armée coloniale française, est mis en activité en Décembre 1961, prenant le nom du Médecin Valgado Ouédraogo, Président de l'assemblée nationale de ce temps (4). Abritant aussi les services de Médecine Générale, de Pédiatrie, de Gynécologie, obstétrique, des Maladies Infectieuses, de l'Oto-Rhino-Laryngologie, de l'Ophthalmologie, de la Psychiatrie, les services administratifs et hôteliers, l'Hôpital Valgado Ouédraogo, hôpital du département du centre, est l'un des 2 hôpitaux nationaux, le second étant celui de Bobo-Dioulasso.

Le service des Urgences comprend :

- Une salle de triage où le malade est vu en premier par l'infirmier de garde. Celui-ci juge de l'opportunité de l'hospitalisation, auquel cas il est fait appel au chirurgien.

- Une salle de Réanimation, improprement appelée P.O (Post-Opéré) puisque la réanimation y est tant pré-opératoire que post-opératoire. C'est elle qui fait office de salle de réveil post-opératoire.

Le service de chirurgie est doté en plus :

- d'un bloc opératoire constitué de :
 - . Une salle de réveil
 - . Trois salles d'intervention dont une dite "aseptique" destinée aux opérations sur les os.
 - . Une salle de stérilisation.
- de 4 blocs d'hospitalisation avec ~~181~~ lits (sur les 683 de tout l'hôpital) repartis comme suit :
 - la Chirurgie A avec ses 30 lits, accueille les fonctionnaires et les salariés ; elle est mixte.
 - La Chirurgie B compte 36 lits et reçoit exclusivement les femmes indigentes.
 - La Chirurgie C avec ses 48 lits et la Chirurgie D avec ses 28 lits logent les indigents.

Les équipes chirurgicales qui y ont travaillé depuis, ont été hétérogènes, avec tant des chirurgiens de longue expérience que des jeunes faisant " leurs premières armes". L'équipe de garde a toujours été constituée d'un chirurgien, d'un ou de deux infirmiers aides-opérateurs, d'un infirmier anesthésiste.

Le service des urgences a bénéficié à tout moment de la permanence de la Banque de sang, des laboratoires d'hématologie et de Chimie, du service de radiologie.

L'évolution du service s'est faite de 1975 (année où commence notre étude) jusqu'en 1981 sans élément nouveau hormis l'acquisition de l'autonomie d'un nouveau bloc opératoire pour la Gynéco-obstétrique en 1980, décongestionnant ainsi le service de chirurgie générale dont elle dépendait.

F) - Mode de recrutement

Cette étude retrospective s'est intéressée à tous les malades hospitalisés (d'urgence ou non) dans le service de chirurgie générale du 1er Janvier 1975 au 31 Décembre 1981. Nos sujets sont en majorité de race noire avec quelques cas relevés d'Européens.

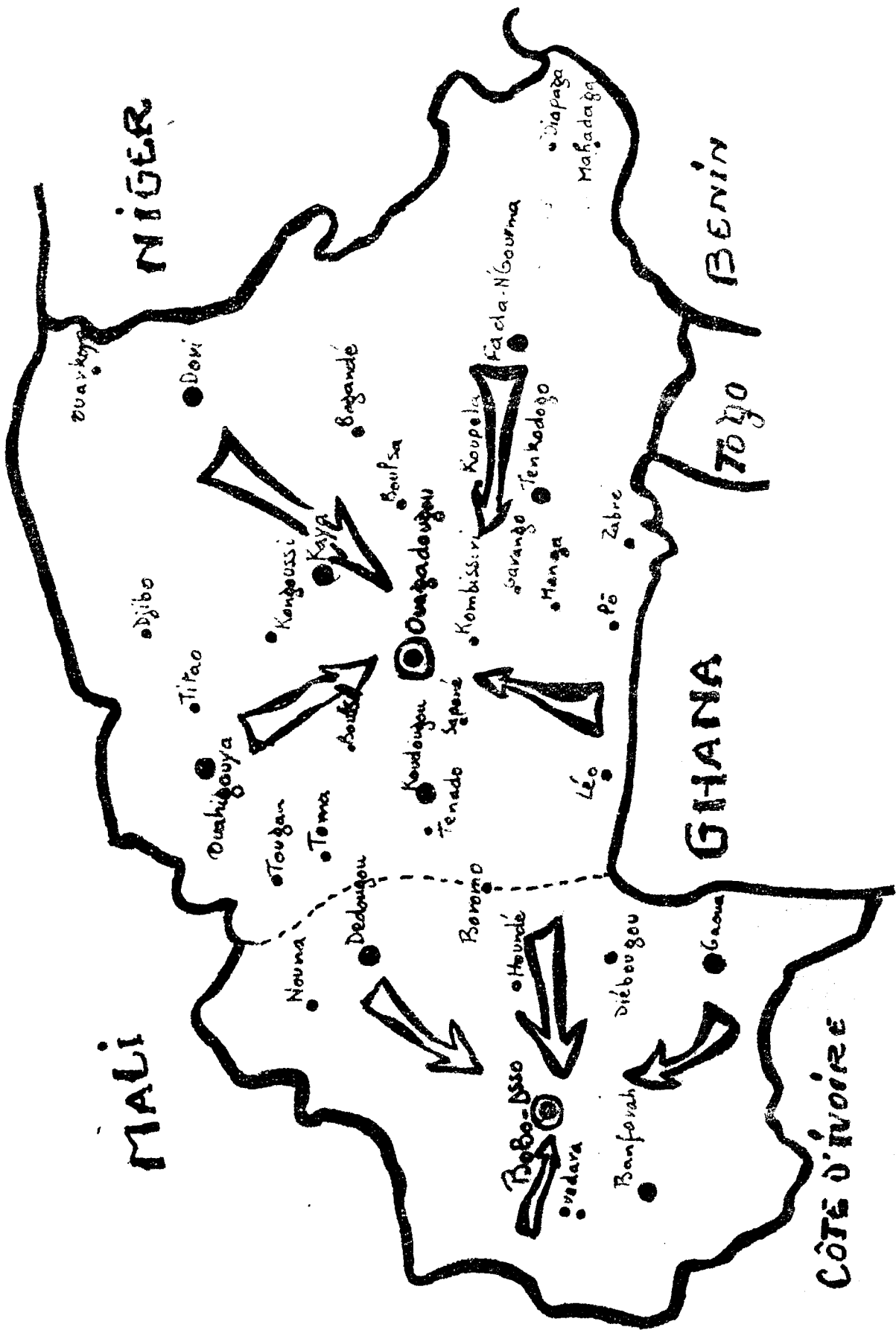
La provenance de nos sujets est double :

- Ceux résidant dans la ville de Ouagadougou
- ceux des formations sanitaires avoisinantes que draine l'Hôpital Valgado Ouédraogo du fait que tout le pays sur le plan des évacuations sanitaires intérieures, se divise en deux zones d'influence dont les moyeux sont les Hôpitaux nationaux de Ouagadougou (H.Y.O.) et de Bobo-Dioulasso qui sont relativement les mieux équipés.
(cf. carte I).

Depuis Janvier 1975, suite à la restructuration administrative du pays en Département, le découpage de la carte sanitaire s'est effectué de telle manière qu'à chaque département corresponde un secteur, certains secteurs possèdent des sous-secteurs. Au nombre de 10 d'abord, les secteurs ont été portés à 11 avec la promulgation du sous-secteur de Banfora en secteur N° 11, du Département de la Comoé. (cf. tableau I).

Cette infrastructure dispose en établissements et centres sanitaires de :

- 3 hôpitaux régionaux : Ouahigouya, Fada, Gaoua
- 11 centres médicaux
- 28 centres de santé de sous-préfecture



Delimitation schématique des 2 grandes
zones d'influence des grands Nourouss

Carte N

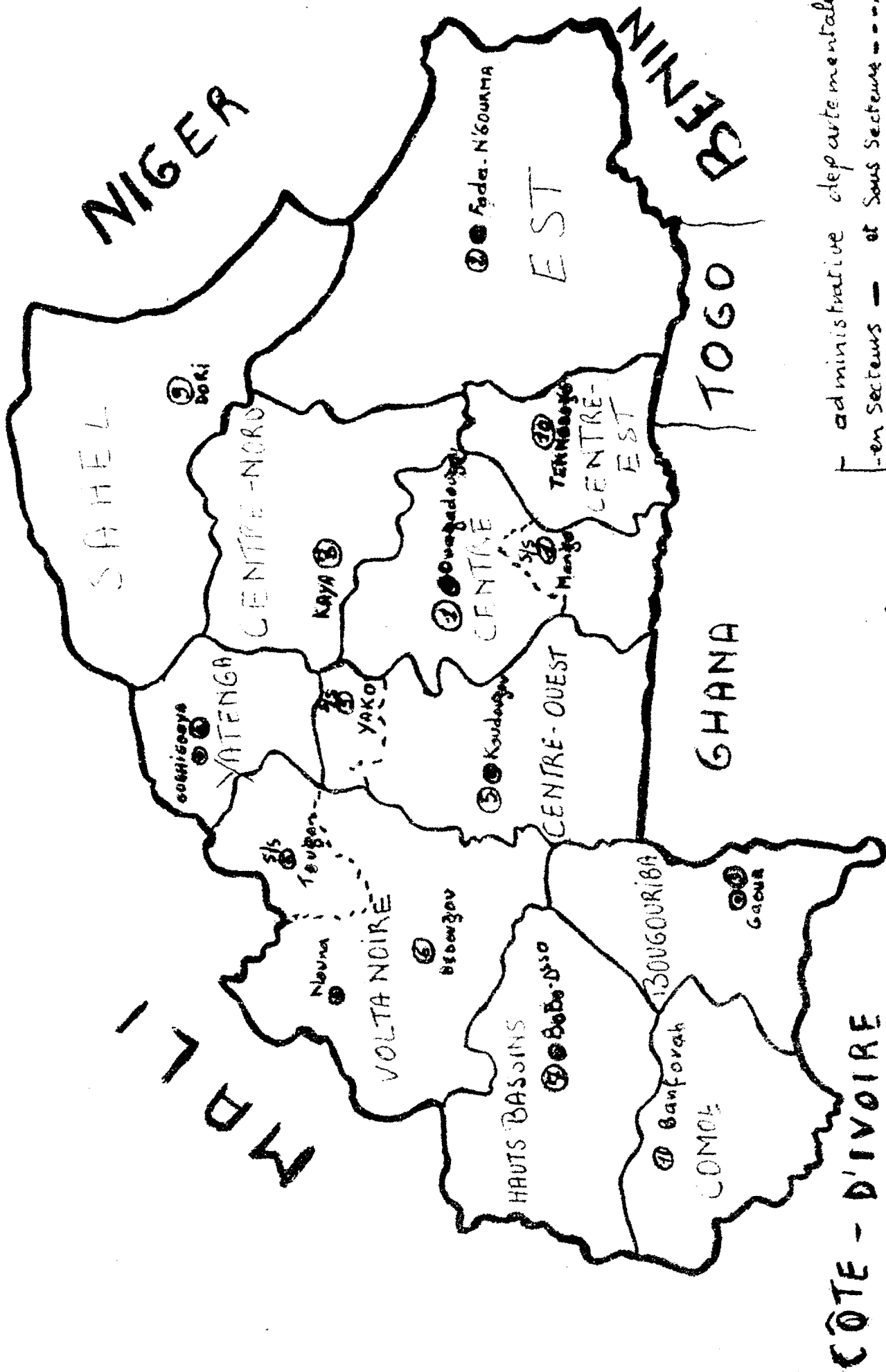
- 37 centres d'arrondissement
- 119 dispensaires avec maternités
- 135 dispensaires seuls
- 24 maternités seules
- 48 formations spécialisées dont 13 hygiène - leproserie - des P.M.I - des centres antituberculeux - des services d'hygiène - des centres d'éducation sanitaire - des centres Médico-sociaux - des dispensaires Ophtalmologiques.

En y comptant les 2 hôpitaux nationaux on obtient une capacité d'hospitalisation de 1 lit pour 1680 habitants (38).

Sur la carte chirurgicale, on ne compte que Sept antennes chirurgicales périphériques qui d'ailleurs, évacuent assez souvent sur les centres nationaux, par défaut de personnel et/ou de matériel (cf. carte II).

DEPARTEMENTS	Secteurs	Chef-lieu	Sous-Secteurs
Centre	N° 1	Ouagadougou	Manga
Est	N° 2	Fada N'Gourma	
Bougouriba	N° 3	Gaoua	
Yatenga	N° 4	Ouahigouya	
Centre-Ouest	N° 5	Koudougou	Yako
Volta Noire	N° 6	Dédougou	Tougan
Hauts-Bassins	N° 7	Bobo-Dioulasso	
Centre Nord	N° 8	Kaya	
Sahel	N° 9	Dori	
Centre Est	N° 10	Tenkodogo	
Comoé	N° 11	Banfora	

Tableau I : Répartition en départements - secteurs et sous-secteurs.



- administrative départementale -
 - en Secteurs - - - - de Secteur - - - - de Secteur
 - des antennes chirurgicales -

C) - Matériel d'étude

Pour le recensement de nos malades, divers éléments ont été exploités : ce sont les registres, les dossiers des malades

1°) - Les registres

Les registres d'entrées des post-opérés (où passent nécessairement tous les malades hospitalisés en urgence et/ ou opérés) qui renferment outre l'état civil, la date d'entrée, le diagnostic présumé de la maladie, la date et le lieu de transfert secondaire du malade ou la date de sortie, guéri ou décédé, si l'évolution ne dépasse pas le post-opéré.

Les registres des compte-rendus opératoires contenant l'état civil, le diagnostic pré-opératoire, l'acte opératoire accompli, le nom des chirurgiens, aide (s) et anesthésiste.

Relativement bien tenus et conservés, ces registres ont pu être facilement retrouvés. Il s'est imposé quelques fois des rectificatifs et d'autres fois, nous n'avons pu que déplorer l'absence de certains compte-rendus opératoires.

2°) - Les dossiers des malades.

Chaque dossier est constitué :

- de la feuille de clinique avec les nom - prénom - âge - sexe - ethnie - profession du malade. Elle devrait en principe comporter le détail clinique et l'évolution de la maladie. Hormis de rares observations "complètes", cet élément a été difficilement exploitable, car l'aspect clinique y est résumé d'emblée en syndrome et l'aspect évolutif quasiment inexistant.

- Des résultats des examens d'analyse et paracliniques.
Ces examens souvent réduits au maximum du fait de l'urgence et de ce que les tableaux sont souvent patents.
- De la feuille des constantes où devraient se trouver en outre en plus du traitement médical, la température, la tension artérielle, le pouls et la diurèse. En fait, cette feuille des constantes est comme on l'appelle d'ailleurs une feuille de température puisqu'elle ne porte que cette courbe.
- En plus de ce que les dossiers soient peu fournis, leur conservation, qui s'est faite par bloc d'hospitalisation a été plutôt déficiente. C'est ainsi qu'un grand nombre de dossiers n'ont pu être retrouvés, soit qu'ils aient été emportés par le malade, soit qu'ils aient été perdus ou qu'ils aient été détruits par souci de se "faire de la place".

Par ailleurs la difficulté et voire même parfois l'impossibilité de faire le lien entre certains dossiers et les radiographies correspondantes a été aussi un handicap entravant notre travail.

CHAPITRE II

Place et Importance des Abdomens Aigus dans le service de Chirurgie

A) - Par rapport aux hospitalisations :

De Janvier 1975 à Décembre 1981, sur 16179 hospitalisations recensées dans le service de chirurgie, nous avons relevé 5020 cas d'abdomens aigus soit un pourcentage de 31,02 %.

B) - Par rapport aux autres urgences :

Urgences	Nbre de cas	% d'urgences	% des hospitalisations
Abdominales	5020	35,70 %	31,02 %
Traumatologiques	6542	46,54 %	40,43 %
Obstétricales	1969	14,00 %	12,17 %
Urologiques	212	1,50 %	1,32 %
Diverses	318	2,26 %	1,96 %
TOTAL	14061	100 %	86,90 %

Tableau II : Les Abdomens Aigus par rapport aux autres Urgences.

Nous avons colligé de Janvier 1975 à Décembre 1981, 14061 cas d'urgences chirurgicales de toutes natures, représentant 86,90 % des hospitalisations du service de chirurgie.

.../...

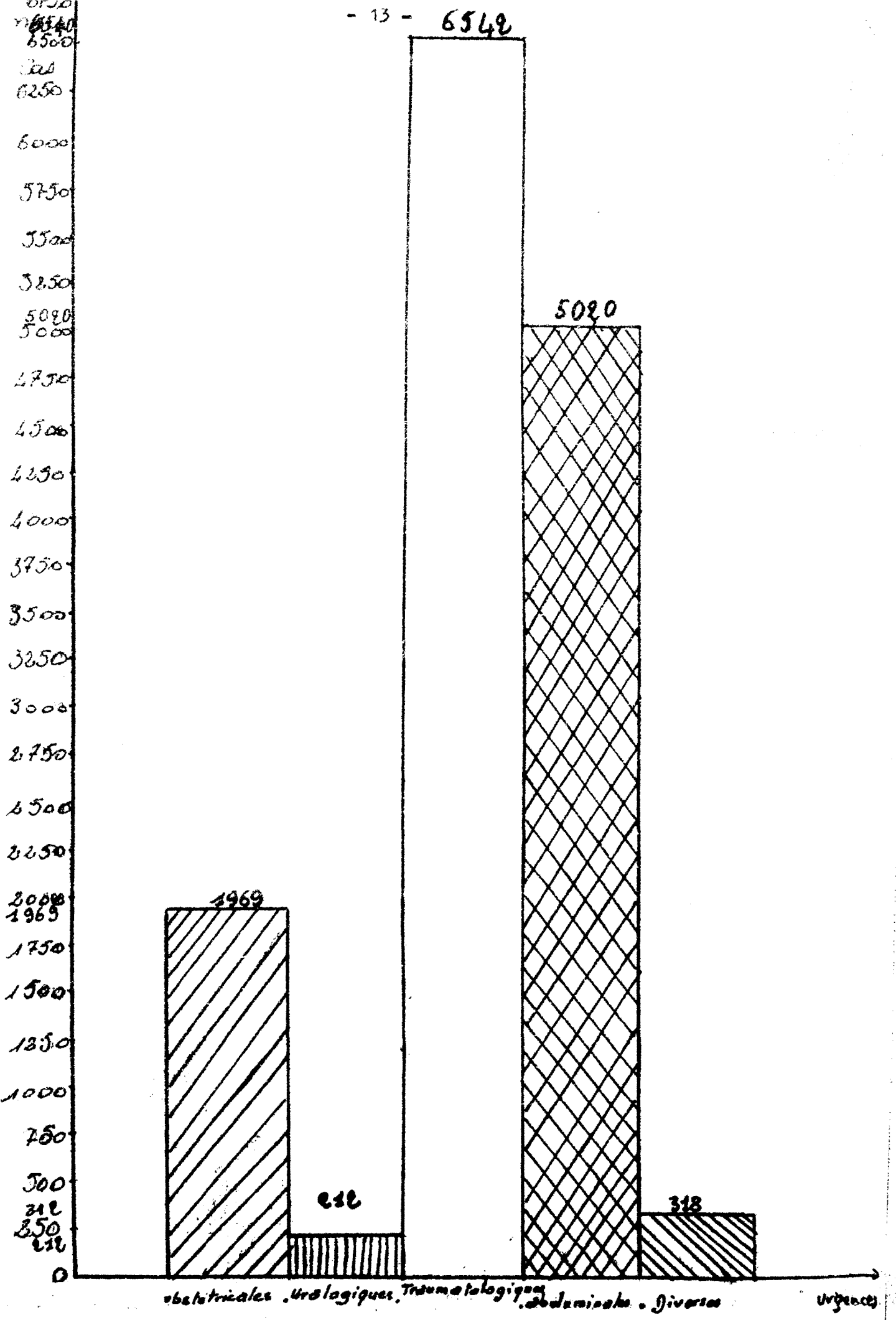


Diagramme I Répartition des urgences dans le service de chirurgie de (1975) (1981)

On y retient 5020 urgences abdominales soit un pourcentage de 35,70 % qui se placent en seconde position après les urgences traumatologiques desquelles sont exclus, bien entendu, les traumatismes abdominaux.

Les urgences abdominales qui font l'objet de notre étude ont une grande fréquence qui s'explique surtout par le caractère souvent très bruyant de la symptomatologie qui oblige toujours le malade à consulter, et ensuite par la configuration anatomique de l'abdomen qui présente une vaste étendue et renferme un grand nombre de viscères tant pleins que creux.

Les urgences traumatologiques avec 6542 cas représentant un pourcentage de 46,54 % de toutes les urgences sont alimentées surtout par les accidents de la voie publique, suivis par les accidents de travail et les rixes à un moindre degré. Tout traumatisme en lui-même étant une urgence, ajouté au nombre d'organes exposés (crâne - thorax - appareil locomoteur...) font la forte incidence de ce lot.

Les urgences obstétricales constituées des césariennes et des hémorragies de la délivrance représentent 14,00 % des urgences et 12,17 % des hospitalisations avec 1969 cas. Ces chiffres ne sont pas le reflet fidèle de l'activité obstétricale d'urgence étant donné qu'ils ont été amputés de deux années, période depuis laquelle la maternité s'est dotée de son bloc opératoire.

Dans les urgences diverses sont regroupées ; les brûlures - les noyades - les électrocutions - les corps étrangers intra-oesophagien ou trachéal - les intoxications médicamenteuses et toutes les autres formes de tentative d'autolyse.

Elles représentent un pourcentage de 2,26 % des urgences et 1,96 % des hospitalisations avec 318 cas. Ces pourcentages sont peu indicatifs étant la somme de tant d'affections d'incidence mineure.

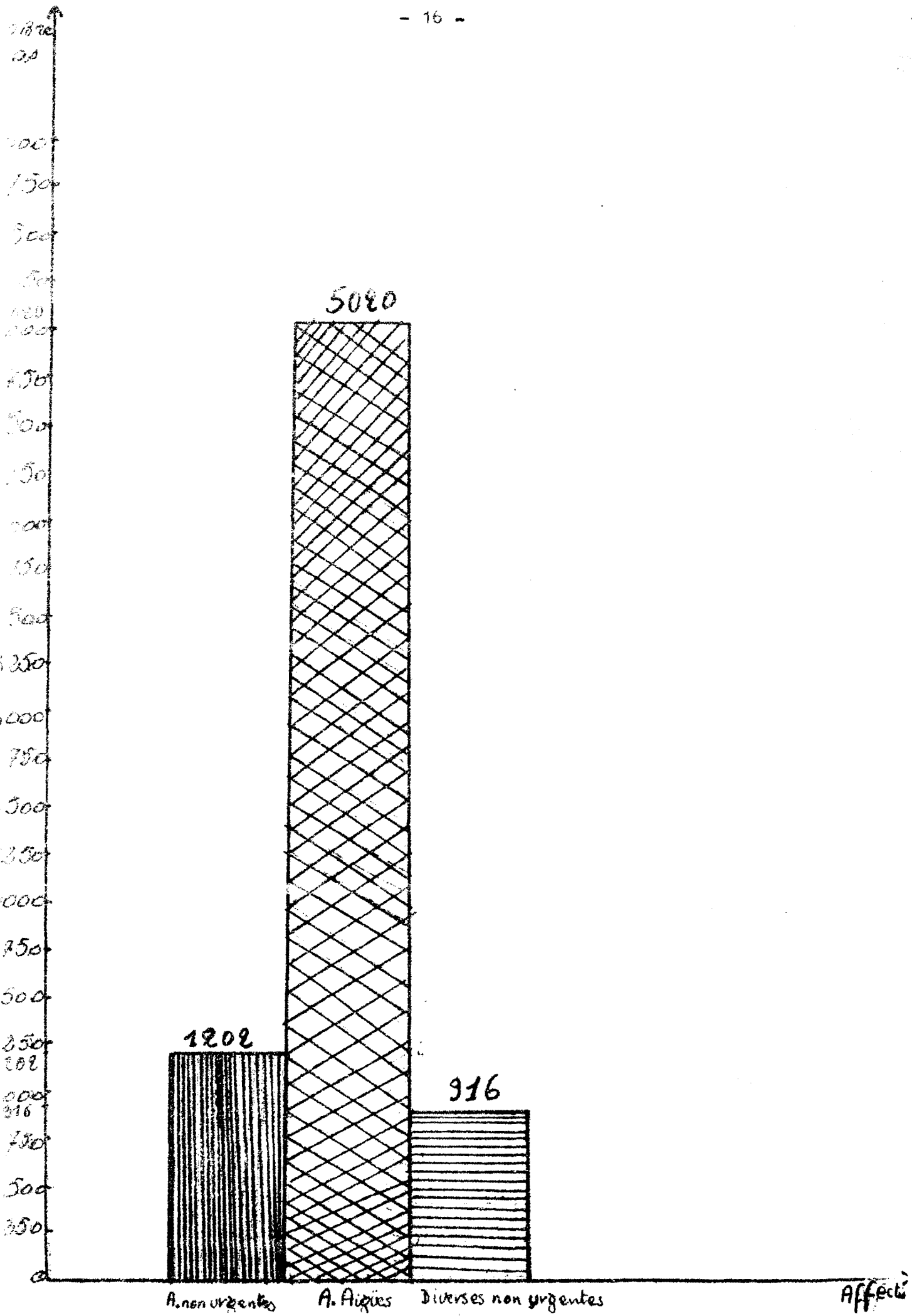
Enfin les urgences urologiques avec les retentions aiguës d'urines, les lithiases urétérales et urétrales se situent en dernière position n'étant que 1,50 % des urgences et 1,31 % des hospitalisations avec 212 cas. (cf. Histogramme I).

C) - Par rapport aux affections non urgentes

Affections	Nombre de cas	% des hospitalisations
Abdomens aigus	5020	31,02 %
Abdomens non urgents	1202	7,40 %
Autres affections non urgentes	916 cas	5,70 %

Tableau III : Les Abdomens Aigus par rapport aux affections non urgentes.

La pathologie chirurgicale abdominale non urgente présente 1202 cas soit un pourcentage de 7,40 % des hospitalisations ; ce qui constitue 4,17 Abdomens Aigus pour 1 abdomen non urgent. Cet écart important trouverait une explication en ce que, les abdomens non urgents n'ayant souvent pas de manifestation fonctionnelle indisposant sérieusement le malade et l'obligeant à consulter, ne sont vus qu'à la phase compliquée, donc en urgence, grossissant le nombre des Abdomens Aigus.



stogramme II les abdomens aigus par rapport aux affections non urgentes de (1975-1981)

Les autres affections non présentées où sont rassemblées tout le reste des affections gynéco-obstétricales, urologiques et diverses totalisent 916 cas soit un pourcentage de 5,70% des hospitalisations. (cf. Histogramme II).

CHAPITRE III

Répartition des Abdomens Aigus selon le sexe, l'âge et les étiologies

A) - Répartition des Abdomens Aigus selon le sexe.

	nombre de cas	fréquence relative
Hommes	3159	62,93 %
Femmes	1860	37,06 %
Sexe non précisé	1	0,01 %
TOTAL	5020	100 %

Tableau IV : Répartition des Abdomens Aigus selon le sexe.

Sur l'effectif de 5020 Abdomens Aigus, nous ~~comptons~~ comptons 3159 hommes soit 62,93 % pour 1860 femmes soit 37,06 % et un cas où le sexe n'a pas été précisé et à propos duquel l'ambiguïté du prénom n'a pas permis de départager.

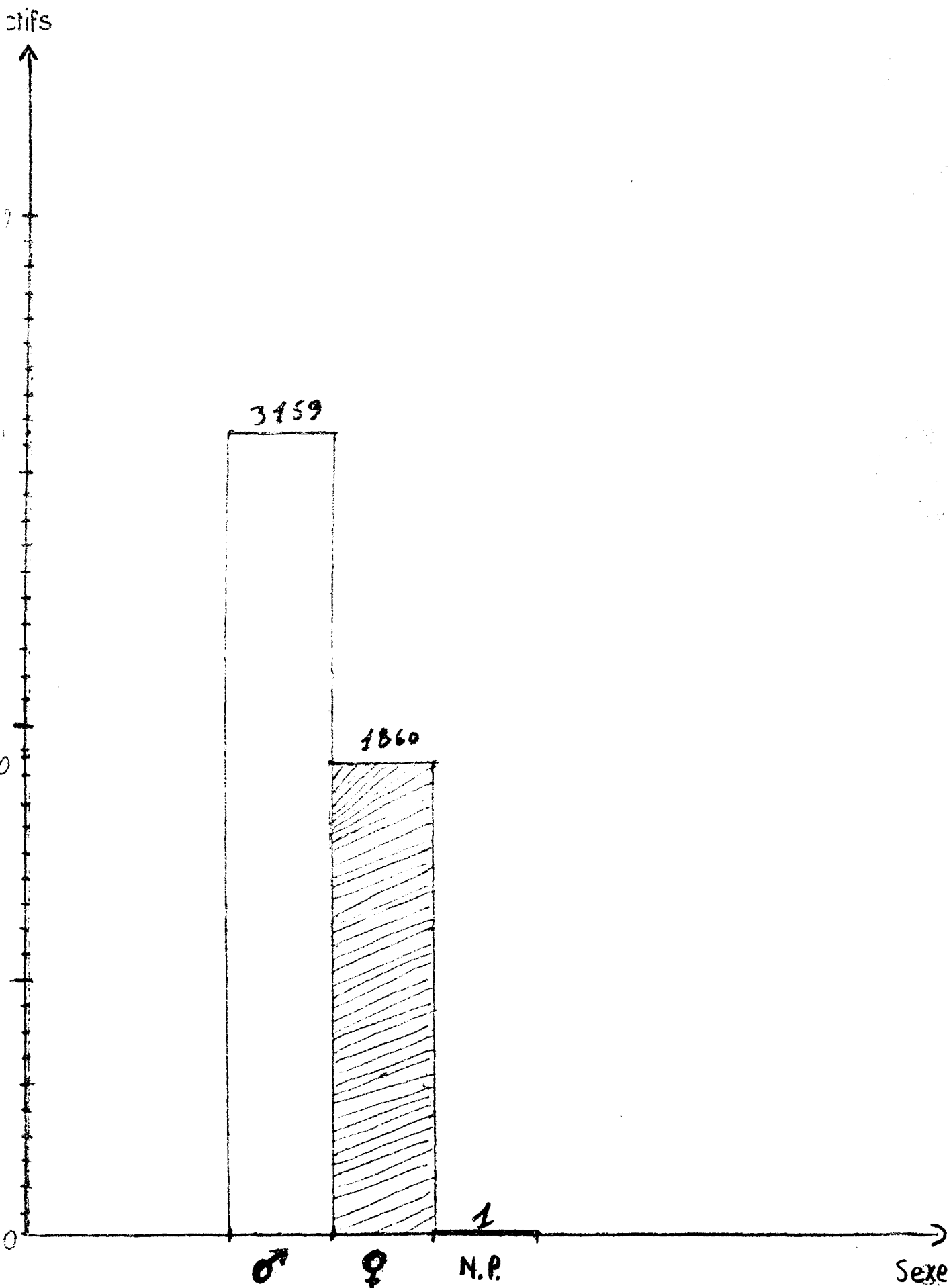
Il se dégage donc une nette prédominance masculine dans la proportion de 1,70 hommes pour 1 femme. (cf. Histogramme III)

B) - Répartition des Abdomens Aigus selon l'âge

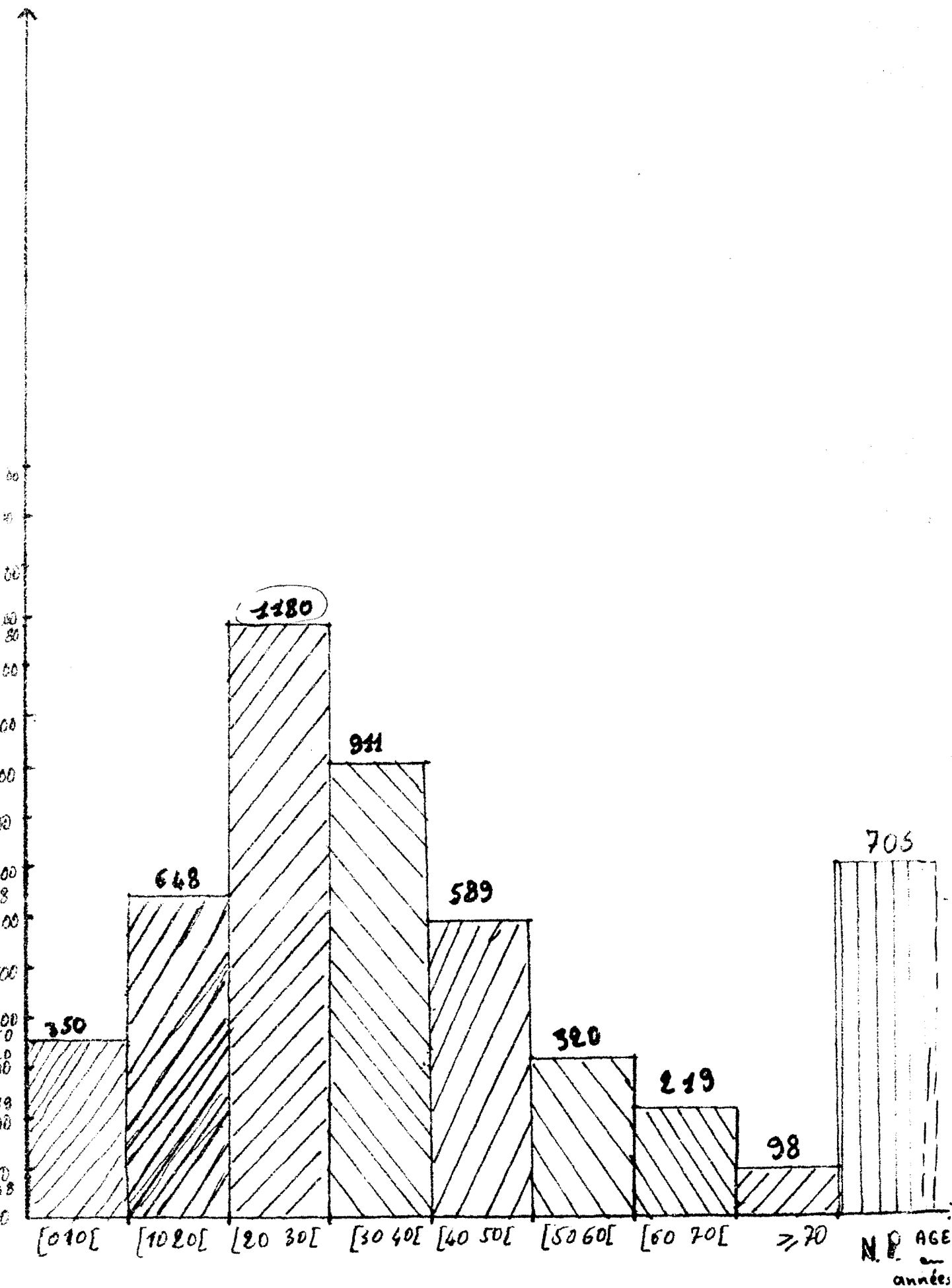
âge	010	1020	2030	3040	4050	5060	6070	70	N.I.
Nombre de cas	350	648	1180	911	589	320	219	98	705
fréquence relative	6,97 %	12,91%	23,51%	18,15%	11,73%	6,37 %	4,36%	1,95%	14,05%

Tableau V : Répartition des Abdomens Aigus selon l'âge.

.../...



Histogramme III Répartition des A.A selon le Sexe



Histogramme IV. Répartition des A.A. selon l'AGE

D'abord, à noter un nombre relativement élevé de cas (705 CAS) soit un pourcentage de 14,05 %, où l'âge n'a pas été précisé (NP)

Le plus jeune de nos sujets est âgé de quelques heures venant de la maternité et le plus âgé a environ 89 ans.

La répartition par tranches d'âge (cf. Histogramme IV) indique une croissance rapide des fréquences avec un taux maximum (23,51 %) dans la tranche de [20-30[et ^{une} regression plus lente jusqu'à atteindre dans la tranche de 77-90 le taux minimal (1,95 %).

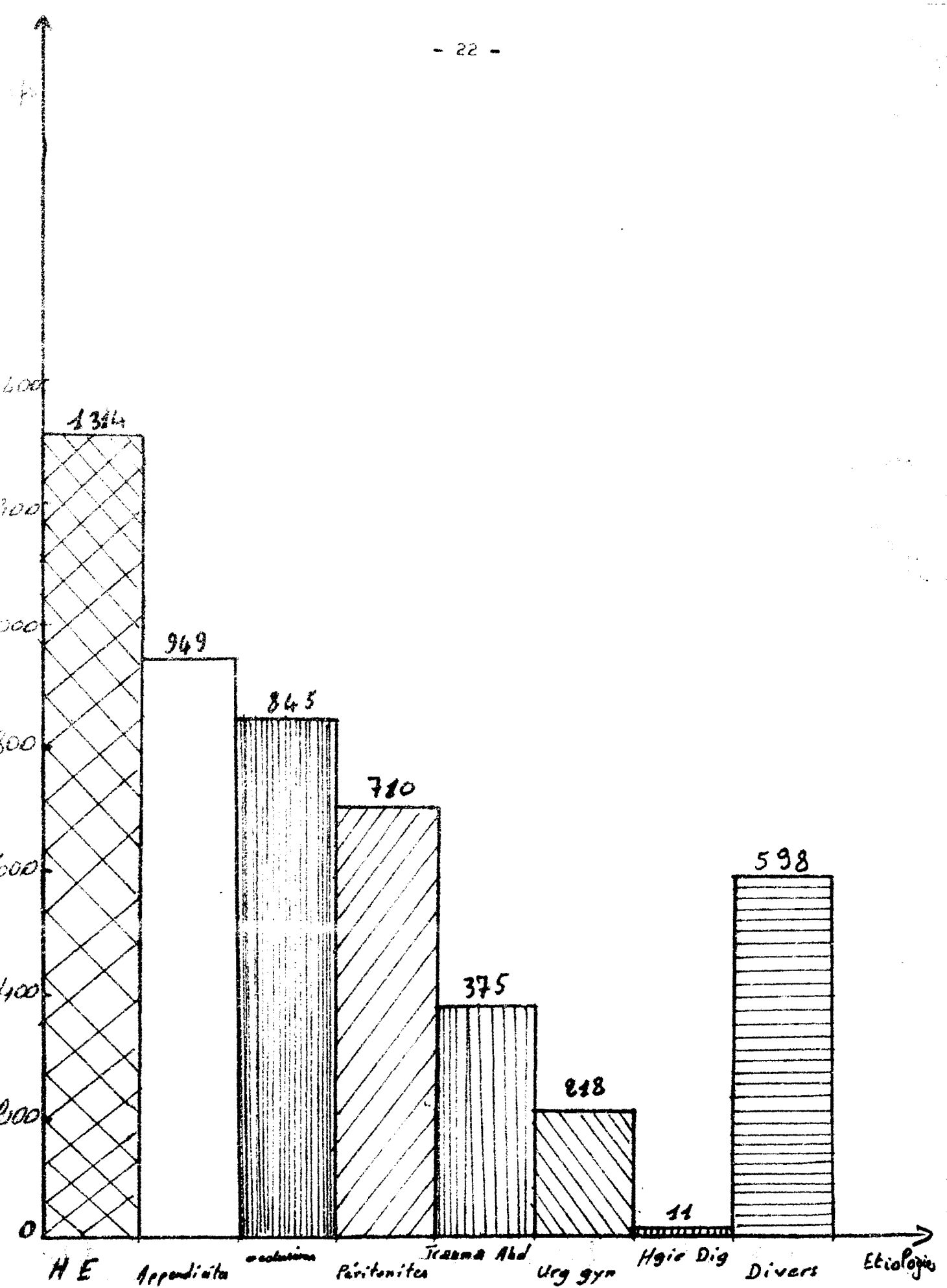
C) - Répartition selon les étiologies

- Le tableau ci-dessous nous situe la hiérarchie des urgences abdominales.

Affections	Nombre de cas	Fréquence
Hernies étranglées	1314	26,18 %
Appendicites	949	18,91 %
Occlusions	845	16,83 %
Péritonites	710	14,14 %
Traumatismes abdominaux	375	7,47 %
Urgences Gynécologiques	218	4,34 %
Hémorragies digestives hautes	11	0,22 %
Divers	598	11,91 %

Tableau VI : Répartition selon les étiologies des urgences abdominales à l'Hôpital Yalgado Ouédraogo (1975 - 1981).

.../...



Histogramme V: Répartition des A. A selon les Etiologies

- Les hernies étranglées s'imposent pour plus du 1/3 de l'activité du service de Chirurgie générale en matière d'urgences abdominales avec une fréquence de 26,18 %.
(cf. Histogramme V).

A la suite nous avons une répartition relativement équilibrée entre les appendicites (18,91 %) les occlusions (16,83%) et les péritonites (14,14 %).

A des taux plus faibles les traumatismes abdominaux (7,47%) et les urgences Gynécologiques (4,34 %) viennent avant les hémorragies digestives (0,22 %) plutôt rares puisque traitées dans le service de Médecine.

Le taux élevé des divers (11,91 %) est preuve de la multiplicité des affections qui n'ont pu être classées dans une étiologie précédente.

Au vu de certaines autres statistiques, notre répartition selon les différentes étiologies est relativement uniforme, en ce sens que les écarts ne sont pas si importants d'une cause à l'autre. Ce n'est pas le cas chez Chalbot (7) ni de l'Université de Ziehl (8) ni de l'Université de Hambourg (9) (cf. tableau VII).

Il paraît en fait que partout comparatif qu'en Europe, les appendicites sont les plus fréquentes avec un pourcentage toujours supérieur à 50 % des Abdomens Aigus, cependant que la faiblesse du taux des divers (3,8 % et 3,4 % c'est-à-dire environ 3 fois moins que le nôtre) montre que les moyens paracliniques mis en jeu, déjà en ce temps, ont permis de poser nombre de diagnostics que nous, dans notre étude ne pouvons répertorier nulle part.

La nette prédominance des obstructions intestinales (hernies étranglées et occlusions) qui se dégage de nos résultats est retrouvée par le University Teaching Hospital^s de Lusaka. ^(ZAMBIE) À propos d'une revue de 77 observations, il situe l'obstruction intestinale comme syndrome le plus fréquent, suivi par l'appendicite ~~et~~ et de la rupture traumatique de viscères (44).

L'École de Lomé de notre maître le professeur Kekeh classe en priorité les appendicites suivies des occlusions, des perforations du grêle, des traumatismes abdominaux, des péritonites primitives ou d'étiologie indéterminée (23).

La divergence des différents résultats, si elle dépend des critères de classement pourrait avoir comme autre cause l'incidence des éléments de l'environnement. Une étude sur les différentes conditions sociales de ces populations permettrait éventuellement de la confirmer.

(1954) Univertité de Hambourg	Université de Kiel (1961)	Chanot (1962)	Hôpital Yalgado Ouédraogo (1975 - 1981)
Appendicites 55,2 %	Appendicites 66,6%	Appendicites 52 %	Hernies étranglées 26,18%
Occlusions 11,1 %	Cholecystites 12,2%	Occlusions 27 %	Appendicites 18,91%
Perforations gastriques 8,8 %	Occlusions 10,1%	Traumatisme Abd. 6 %	Occlusions 16,83%
Péritonites variées 6,6 %	Pancréatites aigües 3,1%	Urgences gynéco. 4 %	Péritonites 14,14%
Cholecystites aigües 4,9 %	Hémorragies diges- tives hautes 3,0%	Péritonites par perforation 4,2%	Traumatismes abdominaux 7,47%
Hémorragies digestives hautes 2,2 %	Perforations gastriques 2,1%	Hémorragies digestives hautes 3 %	Urgences Gynécologiques 4,34%
Traumatismes abdominaux 2,8 %	Traumatismes abdominaux 1,5%	Divers 3,7 %	Hémorragies digestives hautes 0,22%
Pancréatites aigües 1,7 %	Péritonites variées 1,2%		Divers 11,91%
Invaginations 1,5 %			
Divers 3,4 %			

Tableau VII Comparatif de la répartition des urgences abdominales en Chirurgie selon les étiologies.

CHAPITRE IV

Aspects cliniques - thérapeutiques et évolutifs

A) - Aspects cliniques.

Le tableau clinique des abdomens aigus n'est pas univoque. Polymorphe, il varie selon les étiologies et pour une même étiologie selon l'individu et le délai d'évolution. Cependant il est des éléments communs à tous les Abdomens Aigus.

La douleur a été ^{le} principal motif de consultation. Elle est constante et retrouvée chez tous les sujets.

Diffuse, vague et généralisée, elle est mentionnée 2154 fois.

Localisée, aiguë ou suraiguë sur un fond permanent, elle est citée 2866 fois, la localisation est le siège exquis de la douleur, elle a été la fosse iliaque droite, l'hypoconche droit, l'épigastre, le pelvis, le trajet inguino-scrotal selon les cas.

Les signes d'accompagnement jouent un rôle important tant sur l'aspect clinique que sur le pronostic en modifiant l'état général.

- Les vomissements ont été signalés 1635 fois

- L'Arrêt des gaz et des matières existe 1724 fois tandis que la constipation seule figure 787 fois remplacée par la diarrhée dans 8 cas. Il serait hasardeux d'attacher une grande valeur semiologique à la constipation qui est presque permanente dans nos régions.

- Les Antécédents d'intervention chirurgicale abdominale ont été signalés 184 fois.

Les signes généraux

- la fièvre variable (modérée ou élevée) a été indiquée 1254 fois
- l'état général a présenté une altération + à type d'amaigrissement avec déshydratation évoluant parfois jusqu'au choc dans 3272 cas
- + à type d'anémie intense avec état de choc dans 240 cas.

L'examen physique a révélé outre la douleur provoquée

- Une contracture localisée ou généralisée dans 639 cas
- Un météorisme abdominal dans 1927 cas
- Un cri de Douglas lors des touchers pelviens dans 87 cas
- Une ponction du Douglas et/ou ponction péritonéale positives dans 245 cas.

Le regroupement des divers éléments cliniques nous permet d'aboutir à plusieurs syndrômes sans tenir compte de l'étiologie :

- le syndrome appendiculaire caractérisé par la douleur localisée dans la fosse iliaque droite, une fièvre modérée, des vomissements et à l'examen physique une défense pariétale et un toucher pelvien douloureux à droite.

- Le syndrome occlusif ou sub-occlusif associant une douleur diffuse généralisée, un arrêt des gaz et des matières, des vomissements, l'examen physique y note une altération de l'état général à type d'amaigrissement et de déshydratation avec un météorisme abdominal.

.../...

- Le syndrome péritonéal caractérisé par une douleur diffuse, une fièvre souvent élevée, une altération de l'état général, à la palpation une contracture généralisée ou localisée et au toucher pelvien un cri du Douglas.

- Le syndrome hémorragique regroupant en plus de la douleur une altération de l'état général à type d'anémie profonde avec état de choc.

- Le syndrome douloureux abdominal isolé.

Ces divers syndrômes ont orienté les examens complémentaires qui d'ailleurs ont été très limités : nous avons fait nôtre, contre mauvaise fortune, cette réflexion de Mondor : " le seul examen complémentaire indispensable est l'examen clinique" (35). Dans les examens effectués nous avons distingué :

- ceux à **visée** diagnostique :

+ la radiographie sans préparation de l'abdomen qui a été systématique dans les tableaux occlusifs, péritoneaux et les traumatismes abdominaux ; mais comme signalé dans le chapitre **I**, les résultats n'ont pu être exploités ; il en va de même pour la radiographie de l'abdomen après préparation à la bouillie barytée.

+ La numération et formule sanguine dans lesquelles nous n'avons retrouvé que 204 cas d'hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

.../...

+ La disparité des autres examens complémentaires dépendant de l'étiologie présumée et la faible fréquence de leur exécution ont fait que nous n'y sommes attachés que pour les citer : ce sont les examens bactériologiques et parasitologiques du sang, des selles, du pus.

- "aux dits " de routine ".

C'est le bilan préopératoire systématique constitué,

+ par le groupe sanguin et le Rhesus

+ par le dosage de l'urée sanguine et de la glycémie

+ par la recherche d'une protéinurie et d'une glycosurie.

La détermination du syndrome clinique joint aux éléments paracliniques ont permis d'évoquer une étiologie imposant ou non l'acte chirurgical, et compte tenu de l'état général du patient, du moment de l'intervention.

B) - Aspects thérapeutiques et évolutifs

Éléments fondamentaux de la définition des abdomens aigus, la thérapeutique et l'évolution de ces derniers sont liées, en effet un abdomen aigu livré à lui-même évolue inexorablement vers la mort ; aussi cette évolution ne peut se concevoir qu'après traitement.

Aspects thérapeutiques

Deux attitudes ont été observées pour ~~toutes~~ les malades :

- soit ils subissent une intervention chirurgicale après une réanimation
- soit ils ne bénéficient que de la réanimation et d'un traitement médical.

Nos résultats sont consignés dans le tableau ci-dessous.

sexe \ traitement	Opérés	Non opérés
Hommes	2372	948
Femmes	1053	646
R.P.	0	1
Total	3425	1595
Fréquence	68,23 %	31,77 %

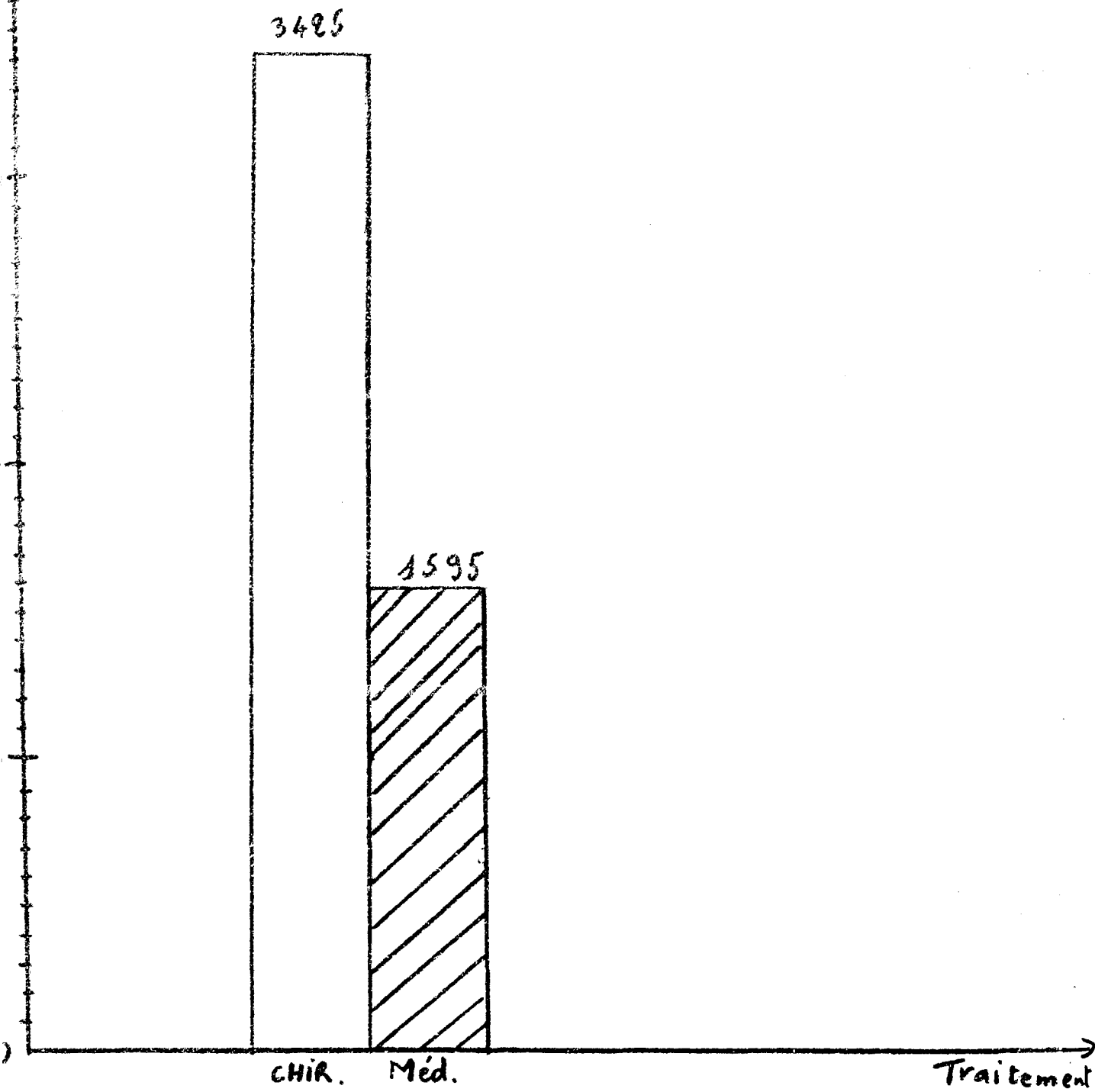
Tableau VIII : Répartition de la thérapeutique

Il ressort de nos résultats un pourcentage plus élevé d'interventions chirurgicales (68,23 %) par rapport à celui des sujets non opérés (31,77 %) ; 2 malades sur 3 sont opérés dans notre série d'abdomens aigus. (cf. Histogramme VI).

Dans tous les cas, la prédominance masculine reste permanente résultant du grand nombre d'hospitalisations masculines.

Le traitement qualitatif en lui même est stéréotypé. Il procède d'abord de la réanimation : impératif inéluctable du fait que, comme relevé auparavant, l'altération de l'état général est très fréquemment retrouvée ; cette réanimation a pour bases :

.../...



STOGRAMME VI

Therapeutique des Abdomens Aigus

- CHIR. = chirurgical
- Méd. = Médical

la correction et le maintien de la volémie par perfusions de solutions (serum salé, serum glucosé iso-tonique), par transfusions de sang total iso-groupe, iso-rhésus.

- Le maintien de l'équilibre hydro-électrolytique par administration d'électrolytes (chlorure de potassium). Cette recherche de l'équilibre hydro-électrolytique se fait par "titrages", les ionogrammes sanguins et urinaires ne se font que très rarement en urgence.

Pendant cette réanimation, le malade est prévu pour l'intervention chirurgicale en fonction du diagnostic, ou pour la poursuite du traitement médical s'il existe des arétements de ses signes abdominaux.

Ce traitement médical est essentiellement fondé sur l'administration d'antispasmodiques, d'antalgiques et selon la présence de signes infectieux, d'antibiotiques.

Le traitement chirurgical associé au geste opératoire variable selon l'étiologie, une réanimation per et post-opératoire avec les mêmes éléments qu'en pré-opératoire.

Aspects évolutifs

Nous avons distingué trois modes d'évolution chez nos sujets :

- la guérison simple ou après complication.
- L'évasion du malade avant résolution totale de son affection
- Le décès du malade dont nous allons nous essayer par la suite de déterminer les différents aspects.

1) Evolution selon le traitement

Les résultats globaux de l'évolution des abdomens aigus sont inscrits sur les tableaux ci-dessous.

Evolution	Guérison	Evasion	décès	Non précisée
Nombre de cas	4142	106	661	111
Fréquence relative	82,50 %	2,12 %	13,16 %	2,22 %

Tableau IX : Evolution globale des Abdomens aigus.

evolution traitement.	Guérison	évasion	décès	non précisée
Chirurgical	3075	5	307	38
Médical	1067	101	354	73
Totaux	4142	106	661	111
Fréquence relative	82,50 %	2,12 %	13,16 %	2,22 %

Tableau X : Evolution selon la thérapeutique.

Nous constatons un nombre heureux de guérisons (82,50 %) guérisons plus fréquentes dans le cas de traitement chirurgical que dans celui du traitement médical (89,78 % des sujets opérés, contre 66,89 % des sujets non opérés), ceci malgré les difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

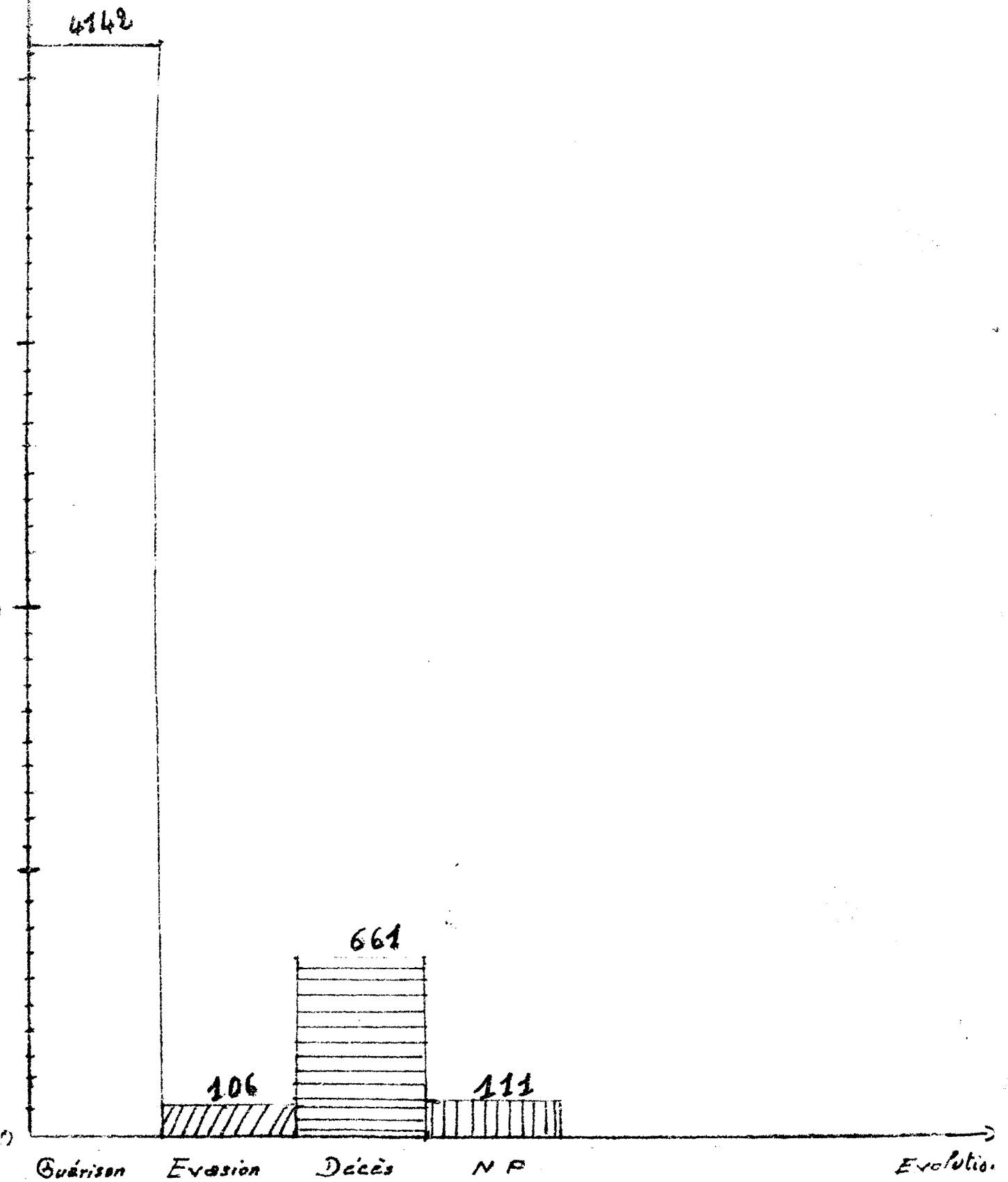
L'effectif des évasions avant résolution totale de l'affection (106 cas avec une fréquence accrue dans le cas de traitement médical) traduit la hantise de l'hospitalisation dans notre milieu d'une part, et d'autre part l'insuffisance de la surveillance des patients du fait du nombre réduit du personnel. Ces évasions surviennent le plus souvent lors de ^{la} réanimation préopératoire dès que le malade ressent un certain mieux être. On serait tenté pour raison de les classer dans le lot déplorable des décès recensés.

Il a été relevé 111 cas où l'évolution n'a pas été précisée. (cf. Histogramme VII).

2) - Evolution selon le délai entre l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale dans les cas opérés

Le délai entre la date d'hospitalisation et le moment de l'intervention varie selon la complexité du problème diagnostique

- selon la durée de la réanimation pré-opératoire dépendant de l'état général du patient.



Histogramme VII Evolution globale des A.A.

Les résultats obtenus sont dans le tableau XI

évolution délai	Guéris- sons	Fréquence propre	Décès	Fréquence propre	Evasions	Non précisée	Total
0-1j	2384	90,53 %	206	7,99 %	0	-	2590
2-3j	818	88,08 %	43	11,91 %	0	-	861
4-7j	215	87,39 %	31	12,6 %	0	-	246
7j	208	86,66 %	27	11,25 %	5	-	240
Total	3075		307		5	38	3425

Tableau XI : Répartition de l'évolution selon le délai avant l'intervention.

Nous constatons effectivement au niveau des guérisons une décroissance progressive de leur fréquence allant de 90,53 % à 86,66 % confirmant l'assertion selon laquelle "l'évolution dépend essentiellement de la rapidité de la mise en oeuvre du traitement". (2)

3) - La mortalité

Il a été enregistré 661 cas de décès soit une mortalité globale de 13,16 %.

.../...

- Selon le sexe

Sexe	Effectif	% relatif
Hommes	469	70,96 %
Femmes	162	29,04 %

Tableau XII : Répartition des décès selon le sexe

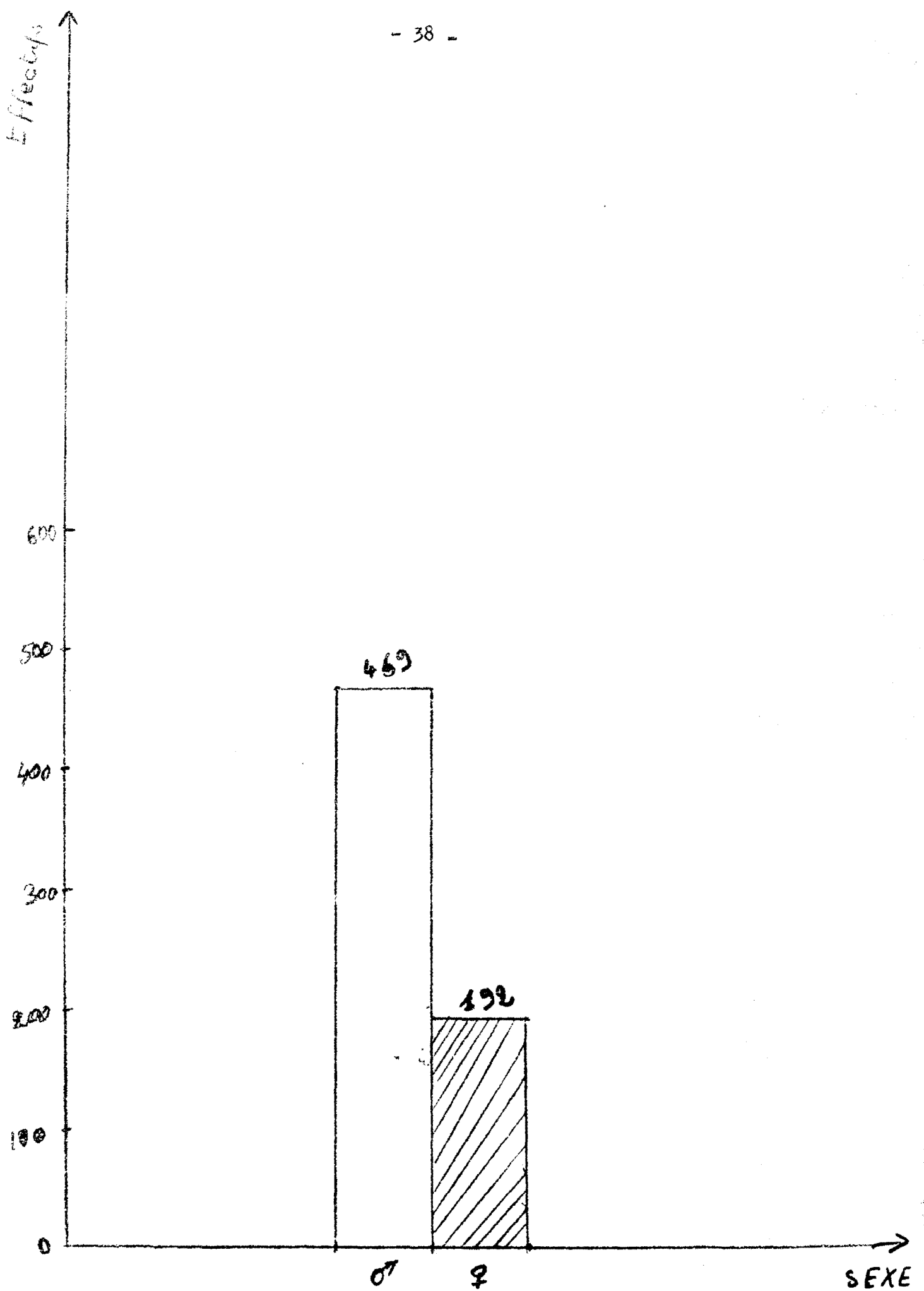
Il s'agit donc 2,44 fois plus d'hommes que de femmes par abdomens aigus chirurgicaux (cf. Histogramme VIII) ce qui est en rapport avec la répartition globale de nos Abdomens aigus.

âge	[0 10[	[10 20[	[20 30[	[30 40[	[40 50[	[50 60[	[60 70[	≥ 70[	N.F.
Nombre de cas	84	55	91	117	102	58	38	19	97
Fréquence relative	12,70%	8,32%	13,77%	17,71%	15,44%	8,78%	5,74%	2,87%	14,67%

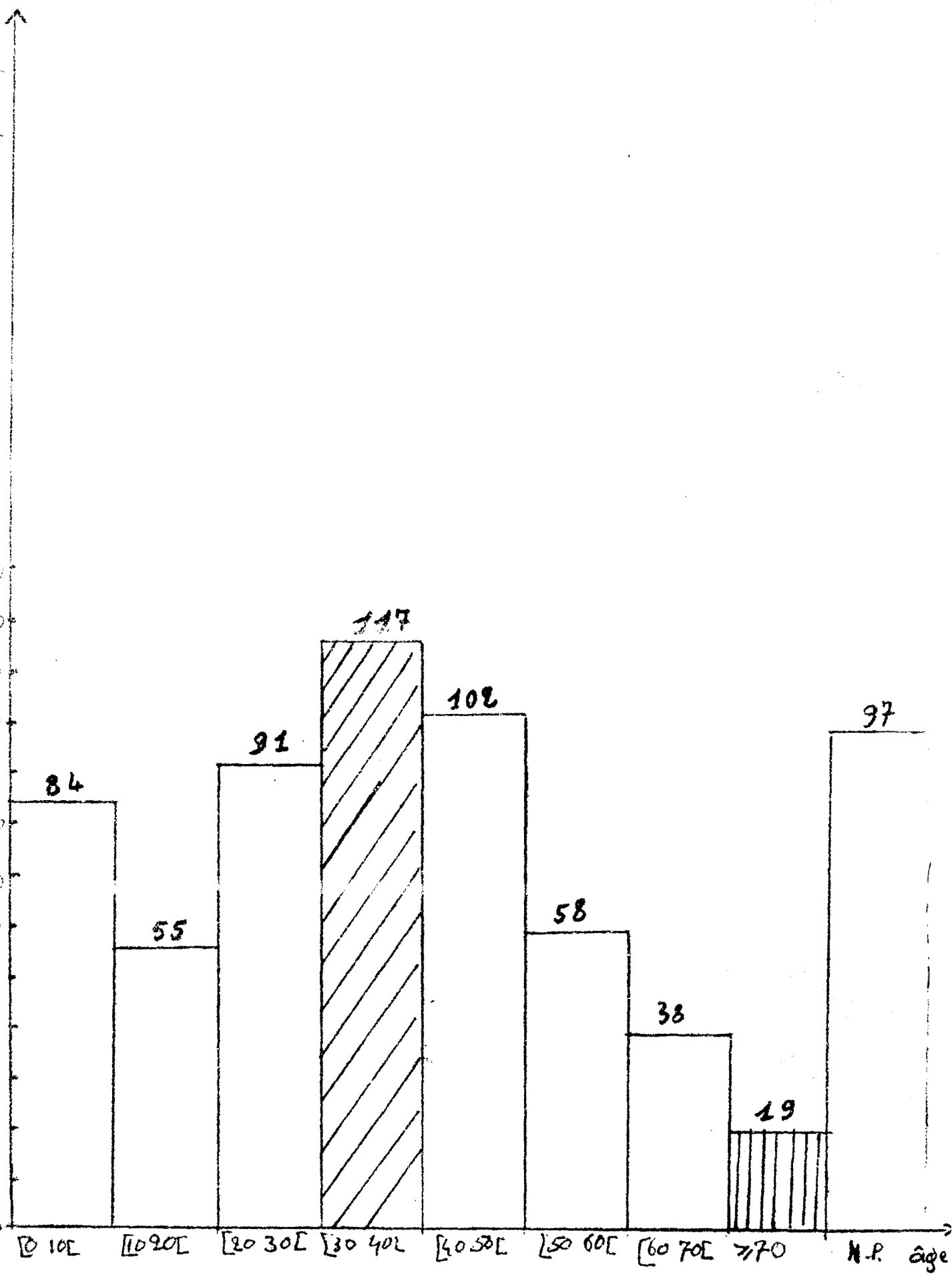
Tableau XIII : Répartition des décès selon l'âge

Le sujet le plus jeune décédé avait 1 jour tandis que le plus âgé avait 89 ans.

L'incidence de la mortalité, la plus élevée 17,71 % se situe dans la tranche d'âge de [30-40[tandis que la plus faible est dans la tranche des ≥, 70. (cf. Histogramme IX) . Ceci est en rapport avec la répartition des Abdomens aigus.



Histogramme VIII Mortalité selon le SEXE



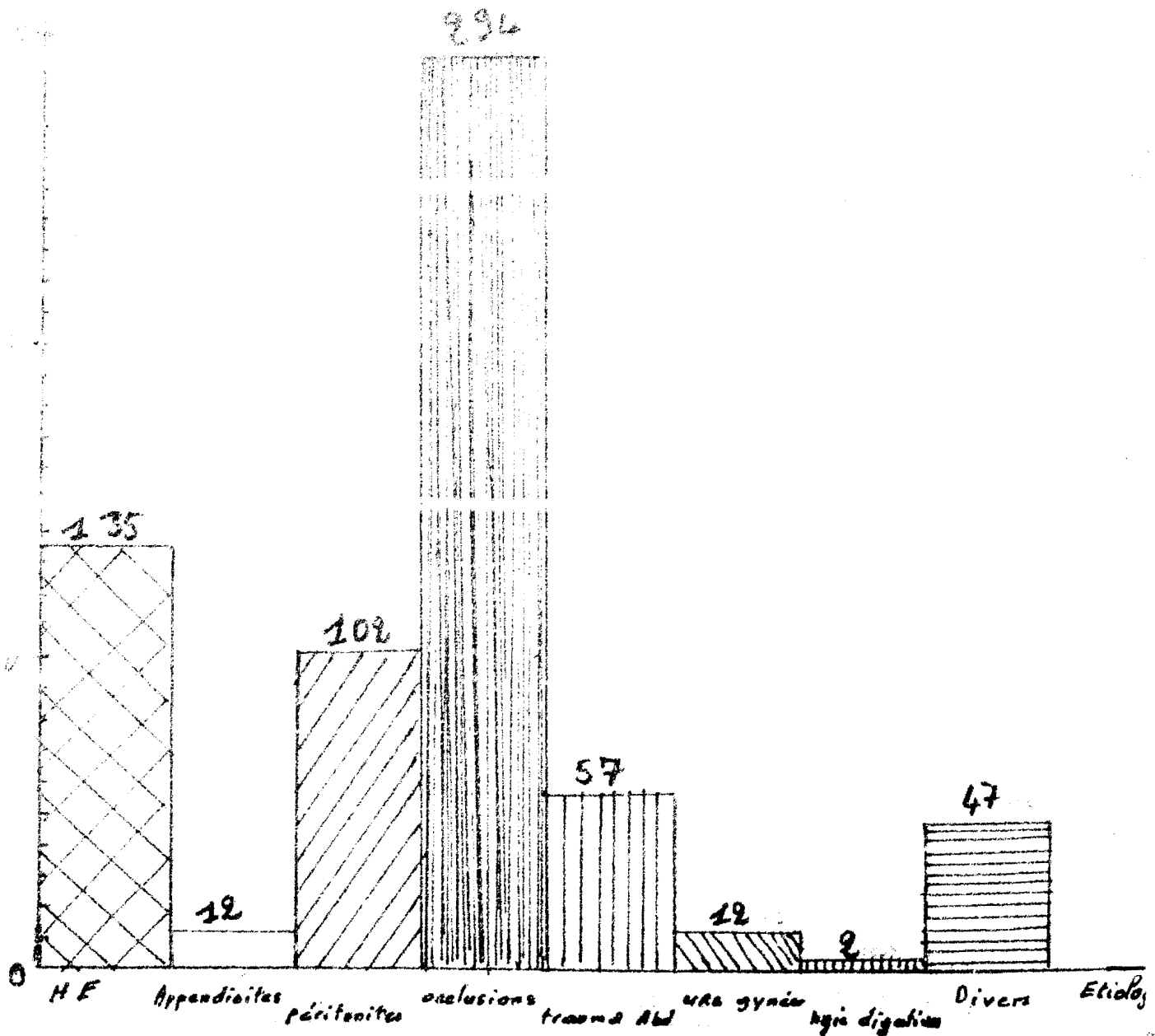
Histogramme IX Mortalité selon l'âge

- Selon les Etiologies

La mortalité est fonction de l'étiologie de l'abdomen aigu comme le montre l'histogramme dont les données sont sur le tableau ci-dessous.

Etiologies	Nombre de décès	Mortalité	Taux de létalité
Occlusions	294 cas	5,86 %	34,79 %
Hernies Étranglées	135 cas	2,69 %	10,27 %
Péritonites	102 cas	2,03 %	14,36 %
Traumatismes Abdominaux.	57 cas	1,14 %	15,20 %
Urgences Gynécologiques	12 cas	0,24 %	5,50 %
Appendicites	12 cas	0,24 %	1,26 %
Hémorragies digestives	2 cas	0,04 %	18,18 %
Divers	47 cas	0,94 %	7,85 %
Total	661 cas	13,16 %	

Tableau XIV : Mortalité et létalité selon les étiologies.



Histogramme X. Mortalité selon les étiologies

Les obstructions intestinales (occlusions - hernies étranglées) sont plus grandes causes de décès dans notre milieu avec une mortalité de 8,44 %, elles sont responsables de plus de la moitié des décès. Les causes de ces décès sont développées dans leur étude analytique.

Les hémorragies digestives ont le plus faible mortalité 0,04 %. Cependant si les occlusions gardent leur primauté avec un taux de létalité de 34,79%, les hémorragies digestives viennent en second avec 18,18 % alors que les Appendicites ont le plus faible taux de létalité 1,26 %.

- Selon la thérapeutique.

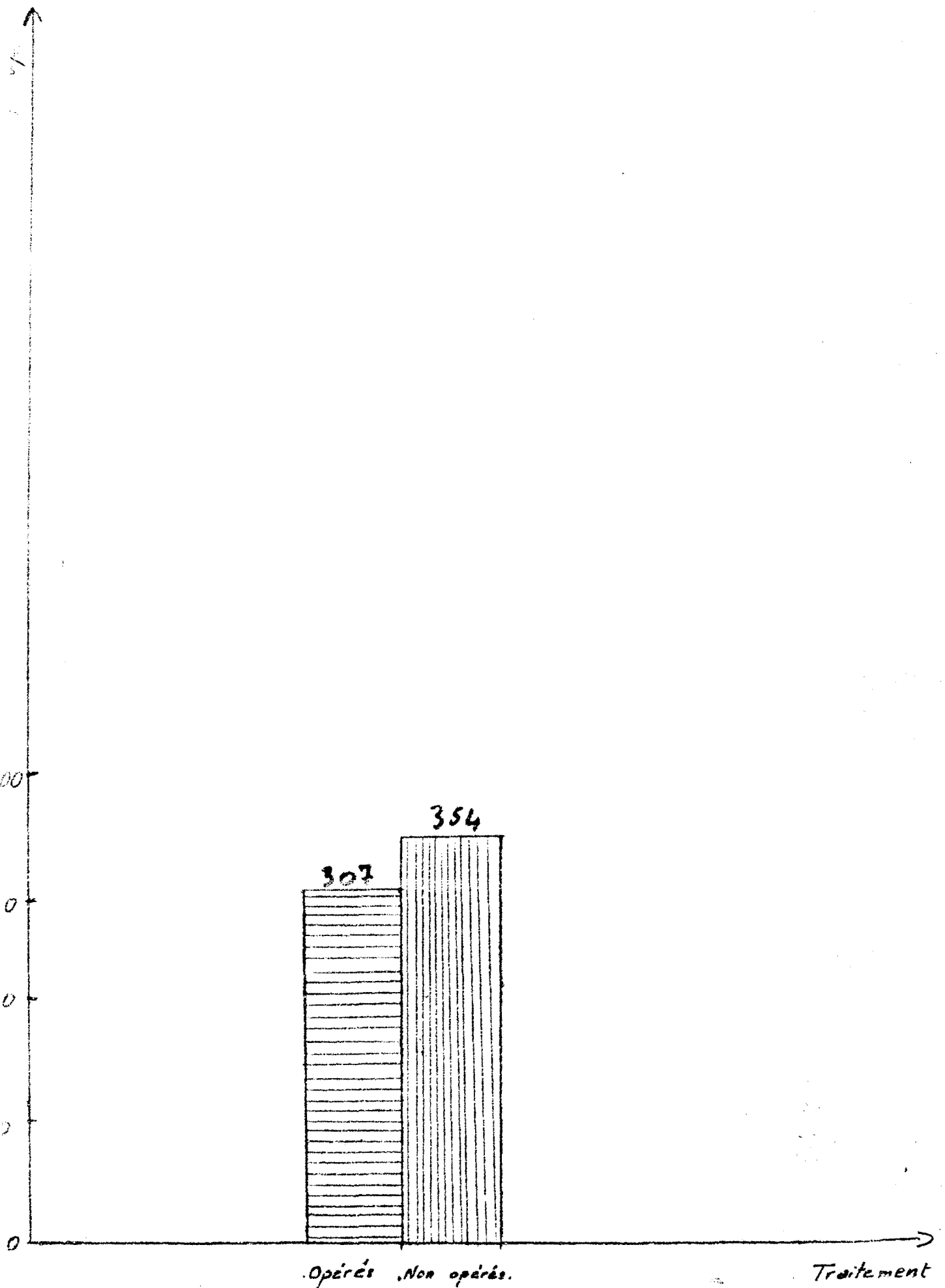
La mortalité dépend surtout de la thérapeutique (cf. tableau XV et Histogramme XI).

Thérapeutique	Chirurgical	Medical
Nombre de décès	307	354
Taux de létalité	8,96 %	22,19 %
Mortalité	6,11 %	7,05 %

Tableau XV : Répartition des décès selon la thérapeutique.

La mortalité à l'issue du traitement médical seul (7,05 %) est plus importante ^{que} lors du traitement chirurgical (6,11 %). Ces décès chez les malades non opérés surviennent dans les délais suivants:

.../...



Histogramme XI Mortalité selon le traitement

décalé	0 - 1j	2 - 3j	4 - 7j	1,7j	Total
nombre de décès	212	59	50	24	354
Fréquence relative	59,89%	16,67%	16,67%	6,7%	100%

Tableau X I : Répartition des décès selon le délai entre l'hospitalisation et le décès dans les cas non opérés.

Il apparaît dans ce tableau que plus de la 1/2 (59,89 %) de ces décès surviennent dans le premier jour de l'hospitalisation, si bien que l'on pourrait affirmer que ces patients ne viennent à l'hôpital qu'en désespoir de cause, pour y mourir.

Les complications

Il n'a été considéré que les complications secondaires à la thérapeutique.

Hormis de rares observations où il est mentionné le type de complications post-opératoires (lâchages de paroi, fistules stercorales) ce n'est que la durée exagérément longue de l'hospitalisation qui nous laisse penser qu'il y a eu complication. Nous n'avons donc pas entrepris une analyse de ces complications.

Sur le plan de la réanimation, nous n'avons pas relevé de complication à type de surcharge hydro-électrolytique ce qui ne signifie pas qu'il n'y en a pas eu surtout si l'on sait que cette réanimation se fait à "tâtons".

Durée d'incubation

Elle a varié de 1 jour à 365 jours. Certains malades, en effet sont exécutés dès le jour même de leur entrée soit après traitement médical ou soit après intervention chirurgicale (appendicectomie, cure de hernie étranglée).

Elle a été étudiée dans chaque cas lors de l'étude analytique.

II ème PARTIE
ETUDE ANALYTIQUE

Les Hernies étranglées

Type classique d'urgences abdominales où " les heures comptent (9), les hernies étranglées constituent l'affection la plus fréquente avec 1314 cas soit 26,18 % de nos abdomens

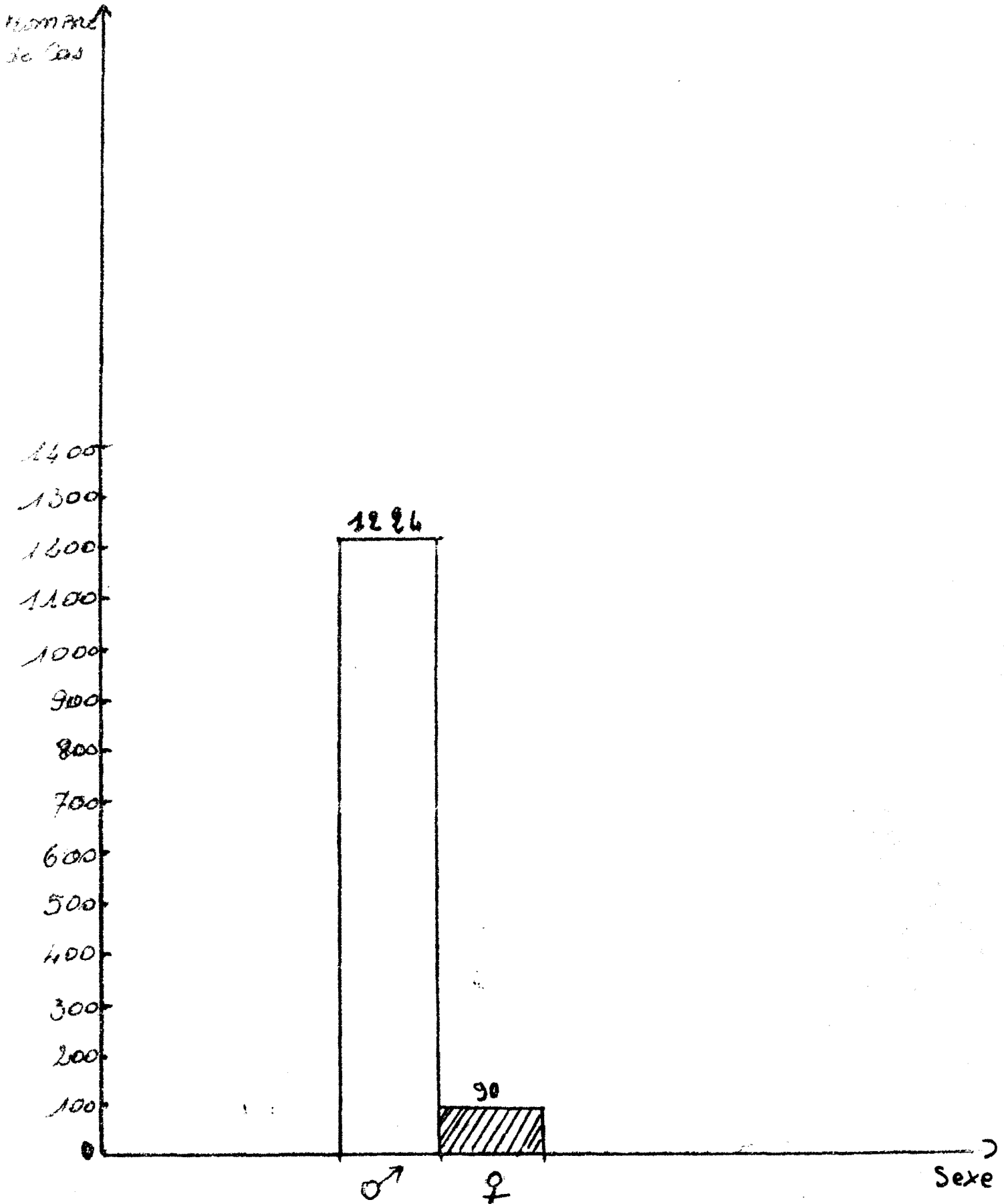
Il est aisé de faire la liaison entre cette fréquence et la condition sociale de nos sujets, pour la plupart des paysans. Chez eux, en effet on retrouve sous 2 formes "le facteur déterminant de l'étranglement herniaire" (43) : - l'effort des travaux de force ; - l'effort nécessaire lors de la défécation, pour vaincre cet état de constipation latente due à une alimentation à base de farineux.

Répartition selon le sexe

Sexe	Nombre de cas	fréquence relative
Hommes	1224	93,15 %
Femmes	90	6,85 %
Total	1314	100 %

Tableau XVII : Répartition des Hernies étranglées selon le sexe.

.../...



Histogramme XII. Répartition des Hernies Etranglées selon le sexe

Il existerait une nette prédominance masculine dans la proportion de 14,60 hommes pour 1 femme. S'il a été dit classiquement que les hernies de la femme s'étranglaient plus fréquemment (43), c'est qu'à nombre égal la femme présente plus de hernies crurales ; or l'orifice crural \times étant plus étroit que le canal inguinal, la striction des éléments herniés est donc plus fréquent ; mais seulement dans notre étude, il a été recensé plus de cas masculins (93,15 % contre 6,85 %). (cf. Histogramme XII).

Répartition selon l'âge

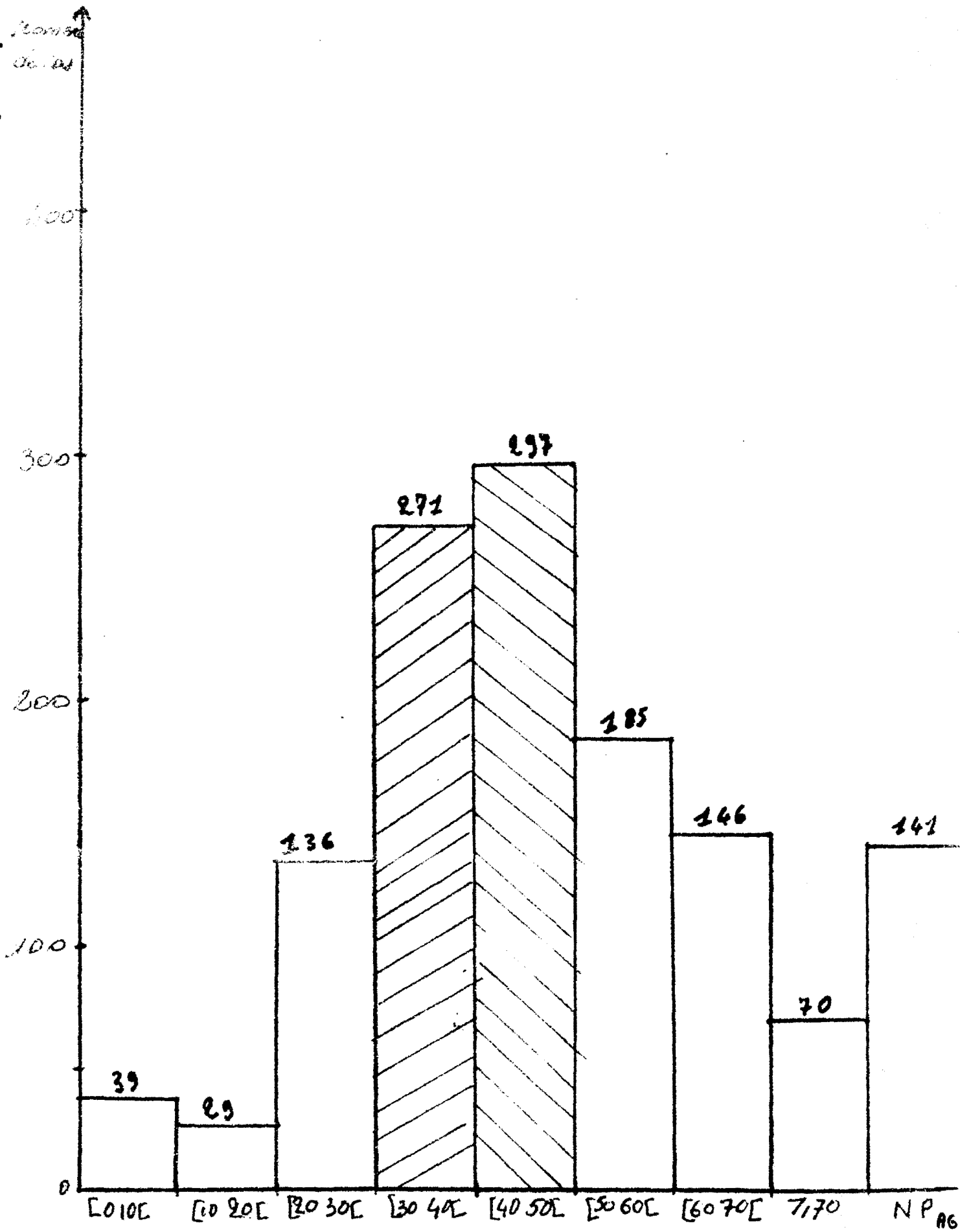
Age	10-10]	10-20]	20-30]	30-40]	40-50]	50-60]	60-70]	≥ 70	N.F.
nombre de cas	39	29	146	271	297	185	146	70	141
Fréquence relative	2,97%	2,20%	10,36%	20,63%	21,61%	14,07%	11,11%	5,32%	10,73%

Tableau XVIII : Répartition des Hernies Etranglées selon l'âge

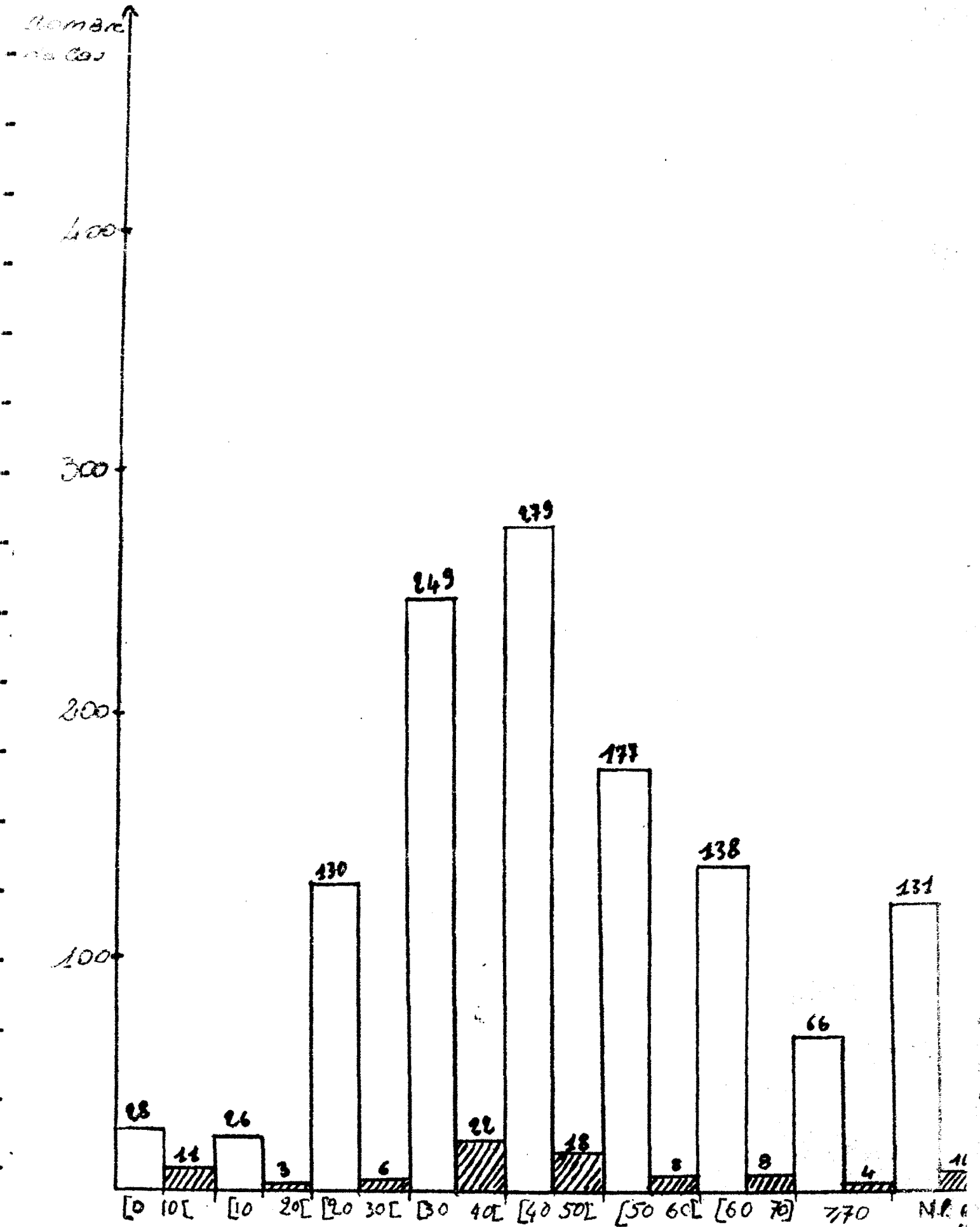
Notre sujet le plus jeune a quelques heures de vie (un nouveau né présentant une éviscération congénitale avec étranglement) tandis que le plus âgé a 89 ans.

L'incidence de l'étranglement herniaire est maximale entre 30 et 50 ans avec une fréquence de 43,24 % soit plus du 1/3 des cas.

Nos résultats (cf. Histogramme XIII) rejoignent ceux de la clinique chirurgicale de A. Diop de Dakar en trouvant "une faible incidence dans les trois premières tranches et une fréquence maximale entre 30 et 50 ans". (39).

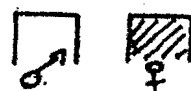


Histogramme XIII Répartition des Hernies étranglées selon l'âge



Histogramme XIV Répartition des HERNIES ETRANGLEES

selon l'AGE et le SEXE



Répartition selon l'âge et le sexe.

Sexe \ âge	[0 10]	[10 20]	[20 30]	[30 40]	[40 50]	[50 60]	[60 70]	7, 70	N.°.
hommes	28	26	130	240	279	177	138	66	154
jeunes	11	3	6	22	18	2	3	4	

Tableau XIX : Répartition des Hernies Strangées selon l'âge et le sexe.

La prédominance de l'incidence est masculine et se situe entre 30 et 50 ans comme le montre l'Histogramme XIV. On peut en retenir donc que l'âge et le sexe sont des facteurs prédisposants comme signalé par THOMASSON (43).

Aspects cliniques

Si le tableau clinique a été classique, il en ressort une accentuation des signes occlusifs, eu égard au retard à la consultation.

Les formes topographiques ont été variables (cf. tableau XV)

.../...

Type de Hernie	Nombre de cas	Fréquence relative	Localisation	
Hernies Crurales étranglées	37	2,81 %	droite	17
			gauche	20
Hernies ombilicales étranglées	44	3,34 %		
Hernies Inguino-Scrotales étranglées (H.I.S.E.)	319	24,27 %	droite	254
			gauche	65
Hernies Inguinales étranglées (H.I.E.)	897	68,29 %	droite	573
			gauche	324
Autres	17	1,29 %		

Tableau XX : Répartition des Hernies Etranglées selon le type.

Avec 897 cas soit un pourcentage de 68,29 %, les hernies *inguinale* étranglées représentent plus des 2/3 de toutes les hernies étranglées, suivies par les hernies inguino-scrotales (24,27%). Nous référant à la clinique Chirurgicale de Dakar, nous relevons une prédominance des H.I.S.E. (169 cas) par rapport aux H.I.E. (64 cas) (39)

Aspects Thérapeutiques et évolutifs

Nos sujets ont bénéficié d'une réanimation pré-per et post-opératoire à base de solutions (serum salé, serum glucosé) et d'électrolytes (Nacl, Kcl).

L'anesthésie a été générale, régionale (rachi-anesthésie) et rarement locale.

A la Kelotomie, on découvre chez les 1093 cas opérés effectivement les aspects suivants (cf. tableau N° XXI).

Élément Hernié	Nombre de cas	Fréquence relative
Grêle	1020	87,18 %
Colon Coeccun	63	5,39 %
Vessie	21	1,79 %
Autres	66	5,64 %

Tableau XXI : Elements herniés dans les Hernies Etranglées

Le total des éléments herniés (1170) est supérieur au nombre de sujets opérés du fait de la possibilité d'association des divers éléments (grêle - coecun, grêle-corne vésicale...).

Le geste opératoire effectué a porté tant sur le contenu que sur la paroi (cf. tableau XXII).

.../...

	geste opératoire	Nombre de cas
Contenu	Resection anastomose ou suture simple	203 cas
	Réintégration simple	890 cas
Paroi	Technique de Bassini	969 cas
	Technique de Forgues	55 cas
	Autres techniques	69 cas

Tableau XXII : Traitement des Hernies Pstranglées

Un geste chirurgical radical ou réparateur sur le contenu a été nécessaire dans 203 cas soit un pourcentage de 18,57 %. Le délai d'ischémie de l'élément hernié étant imprévisible, toute hernie se devra d'être considérée comme " une urgence où les minutes comptent" plutôt que les heures car "l'urgence est incontestable, elle est aussi réelle que celle d'une hémorragie" (43).

Concernant la refexion pariétale, si la technique de Bassini a été la plus utilisée (969 cas) c'est seulement par habitude du service. Aucune étude antérieure n'ayant été réalisée sur la question, il serait hasardeux d'entrer dans " la guerre des techniques" d'ailleurs stérile à notre sens du moment qu'elles aboutissent à une refexion solide de la paroi.

.../...

La durée d'hospitalisation varie de 1 jour à 265 jours avec dans les cas à évolution simple une moyenne de 11 jours. Il a été déploré une létalité de 10,27 %, létalité forte, au regard du geste presque aisé de la cure herniaire.

Si il n'a pas été fait mention des complications des étranglements herniaires c'est qu'ils eurent été classés dans les péritonites d'antérieurement ou post-opératoires.

Pour J. THOMASSON "il est classique de dire qu'on ne devrait pas voir le phlegmon pyostercoral et d'ailleurs, on ne le voit pas" (43) une étude portant uniquement sur les complications herniaires, montrerait la fréquence de ces phlegmons pyostercoraux qui existent bien dans nos milieux où la notion d'urgence n'est pas encore bien perçue.

CHAPITRE II

LES APPENDICITES

Les Appendicites

Urgences abdominales où " les jours comptent" (9) les appendicites occupent avec 949 cas soit un pourcentage de 18,51 % la seconde place dans la hiérarchie de nos urgences abdominales après les hernies étranglées ; cependant qu'en Europe, elles en constituent l'élément principal (7), (9).

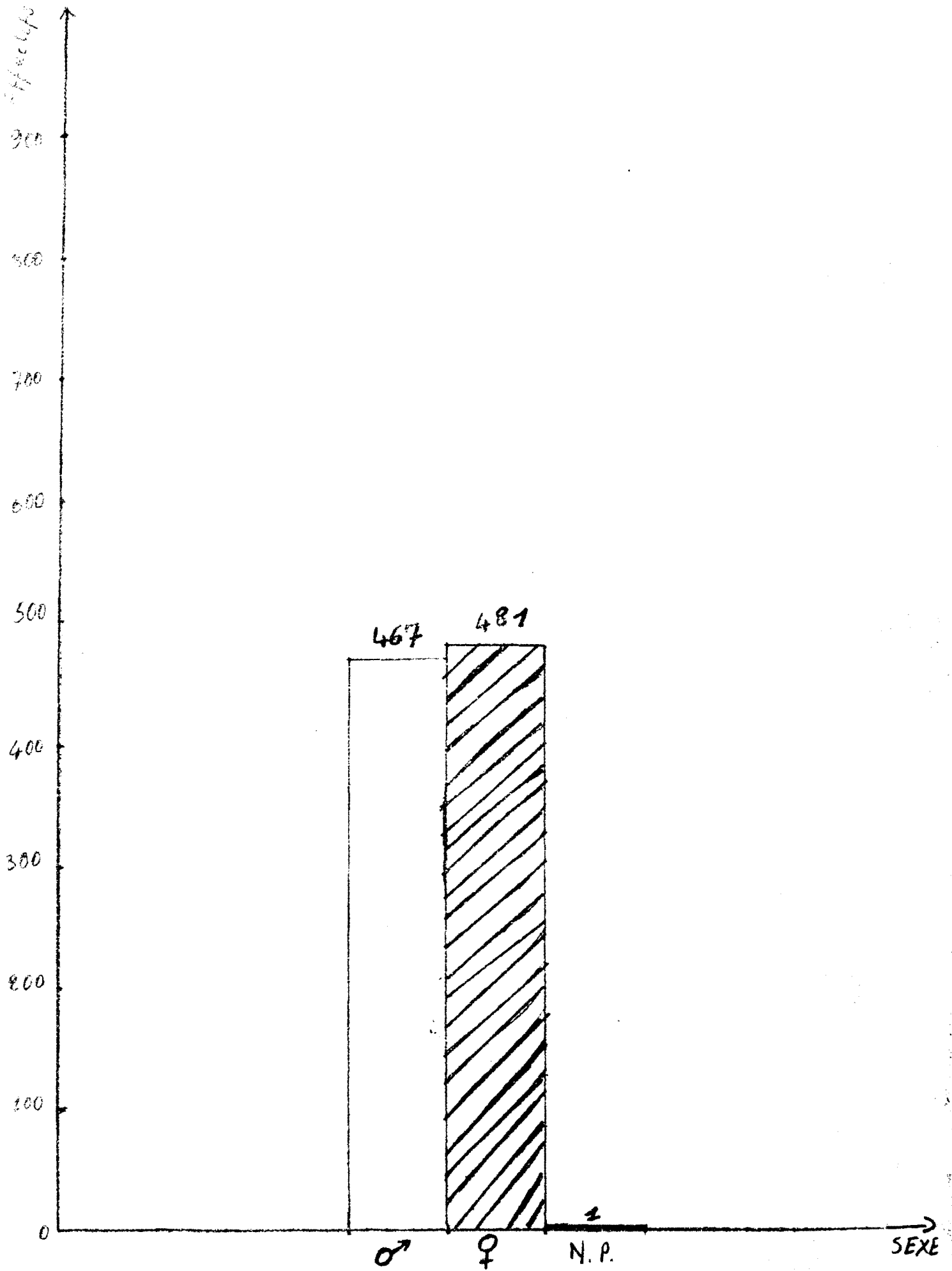
Répartition selon le sexe.

Sexe	Nombre de cas	Fréquence relative
Hommes	467	49,21 %
Femmes	481	50,69 %
Non précisé	1	0,10 %
Total	949	100 %

Tableau XXIII : Répartition des Appendicites selon le Sexe.

Sur les 949 cas d'appendicites colligées, 481 sont des femmes soit un pourcentage de 50,69 % alors que 467 cas concernent des hommes soit 49,21 % et 1 cas où le sexe n'a pas été précisé. On a un rapport de 1 femme pour 0,97 hommes qui traduit une faible prédominance féminine ce qui est loin du rapport de 2 hommes pour 1 femme trouvé par la clinique chirurgicale de Dakar (39).

.../...



Histogramme XV Répartition des Appendicites selon le SEXE

Répartition selon l'âge.

Age	[0 10]	[10 20]	[20 30]	[30 40]	[40 50]	[50 60]	[60 70]	> 70	N.P.
nombre de cas	42	216	372	158	48	17	3	1	92
Fréquence relative	4,43%	22,77%	39,19%	16,65%	5,06%	1,79%	0,32%	0,10%	9,69%

Tableau XXIV : Répartition des Appendicites selon l'âge.

Le sujet le plus jeune est âgé de 4 ans tandis que le plus âgé en a 79 . Ce fait ne signifie pas qu'il n'y ait pas d'appendicite chez les tous petits enfants, mais elles sont rares. Nous sommes d'accord avec Robert et Coll. cité par Adjadje (1) qui les estiment à 2 %.

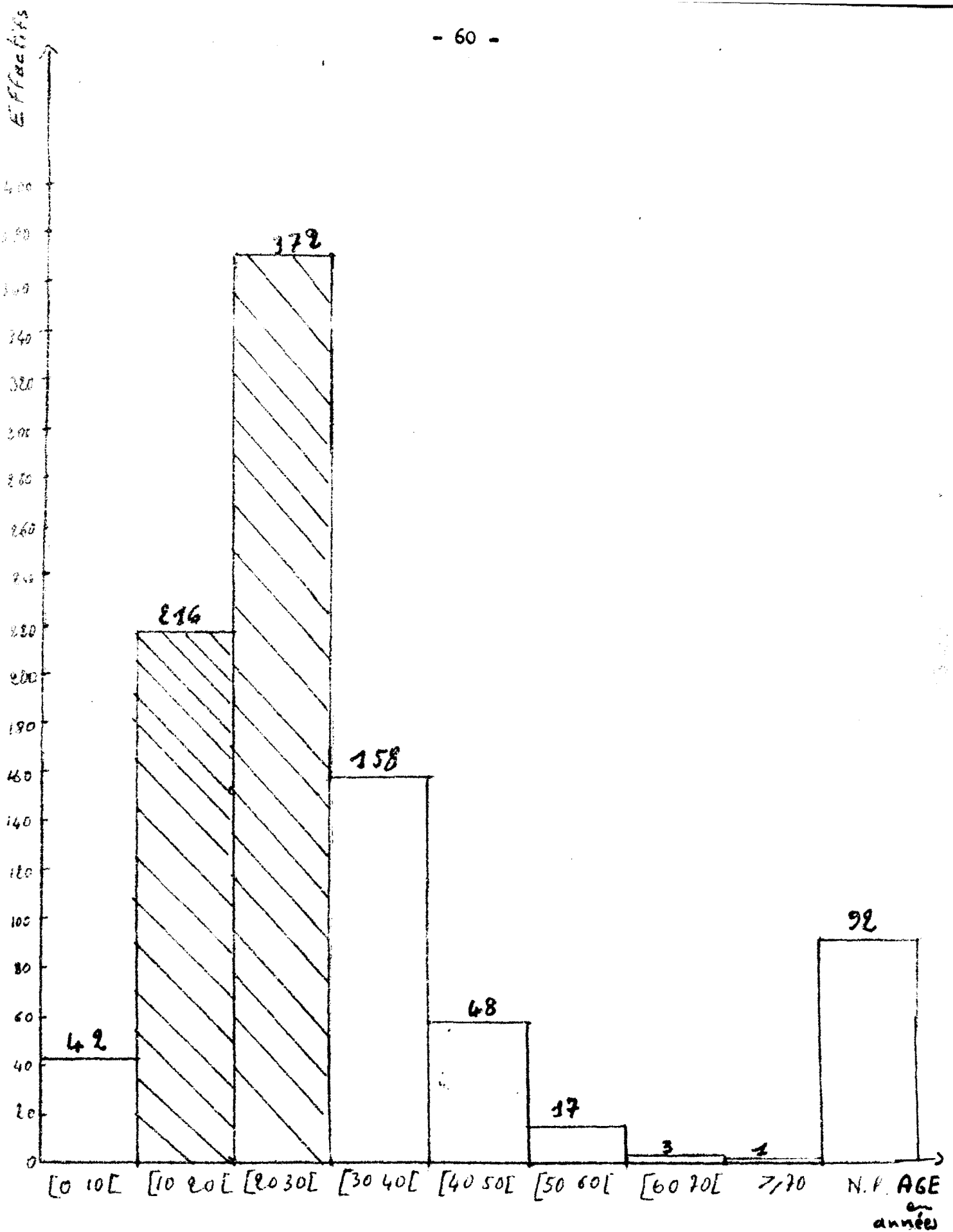
La plus grande fréquence de survenue se situe entre 10 et 30 ans (cf. Histogramme XVI) résultat que trouve l'équipe de A. Diop à Dakar (39).

Aspects cliniques

Le tableau clinique associe souvent au syndrome appendiculaire, une tendance nette à la péritonite.

Il a été relevé une association grossesse-appendicite dans 7 cas soit une fréquence de 7,37 %, association que B. Chiche ne trouve que dans 1% des cas.

.../...



Histogramme XVI Répartition des Appendicites selon l'AGE

Aspects thérapeutiques et évolutifs

26% de nos sujets présent et un syndrome appendiculaire ont bénéficié du traitement médical seul : solutés et électrolytes associés aux antibiotiques et aux antalgiques.

Tous les autres sujets soit 740 cas ont été opérés.

Le tableau ci-dessous en donne les détails (cf. tableau N° XXV).

Aspect de l'appendice	Nombre de cas	Fréquence relative
Inflammatoire	521	70,41 %
Phlegmoneux	82	11,09 %
Absent	59	7,98 %
Sain	22	2,98 %
Perforé	17	2,22 %
Non précisé	39	5,25 %

Tableau XXV : Aspect opératoire des Appendicites.

L'aspect inflammatoire (congestif ou catharral), le plus fréquent avec 70,41 % des cas soit plus des 2/3 des appendicites est heureusement rassurant.

.../...

Le nombre des perforations. (17 cas) des abcès (59 cas) des phlegmons (82 cas) est la conséquence des crises antérieures aiguës ou larvées, qui ont été traitées médicalement. Il demeure donc, plus que jamais, à l'heure où l'antibio-thérapie est à son apogée que l'appendicite n'a pas de traitement médical, elle doit être opérée" (35).

Que compte le risque d'ablation de 22 appendices apparemment sains présentant un syndrome appendiculaire auprès de toute la série de complications sus-citées ? Il faudra cependant aussi, faire bonne mesure pour ne pas tomber dans l'excès toujours nuisible, comme le montrent les statistiques du Saint John's Hospital rapportés par Guivarch et cité par Chiche, où " sur 1642 malades adressés pour appendicite, 25 % n'en avaient pas" (P).

Il a été relevé 147 cas de particularités anatomiques où l'appendice a été retrouvée en position atypique. (cf. tableau XXVI).

Position atypique	Nombre de cas
Position retro-coecale	129 cas
Position Sous-hépatique	14 cas
Position dans la fosse iliaque gauche	1 cas
Position meso-coeliaque	3 cas

Tableau XXVI : Particularités anatomiques des Appendicites.

Geste opératoire	Nombre de cas	Fréquence relative
Appendicectomie	406 cas	54,87 %
Appendicectomie avec enfouissement	236 cas	31,89 %
Appendicectomie + drainage	72 cas	9,72 %
Drainage simple	26 cas	3,52 %

Tableau XXVII : Type de traitement chirurgical des Appendicites.

La nécessité de drainage dans 98 cas soit un pourcentage de 13,24 % signe une fois de plus l'aspect évolué de certaines appendicites et en rapport avec le taux de létalité élevée de 12,6 % ; ~~de~~ mortalité ^{CHICHE} que ~~est~~ située entre 2 et 4 % (8) cependant que la nôtre est de 0,24 %.

La durée d'hospitalisation a des extrêmes entre 1 et 54 jours avec une moyenne dans les cas favorables de 7 jours.

CHAPITRE III

Les Occlusions.

Urgences abdominales où " les heures comptent " (9) non seulement à cause du risque de perforation diastasique mais surtout de la spoliation hydro-électrolytique, les occlusions présentent un aspect évolutif particulier dans notre milieu où la sénescence est peu développée. Elles occupent la troisième place avec 845 cas soit un pourcentage de 16,83 % après les hernies étranglées qui en ont été séparées, et les Appendicites.

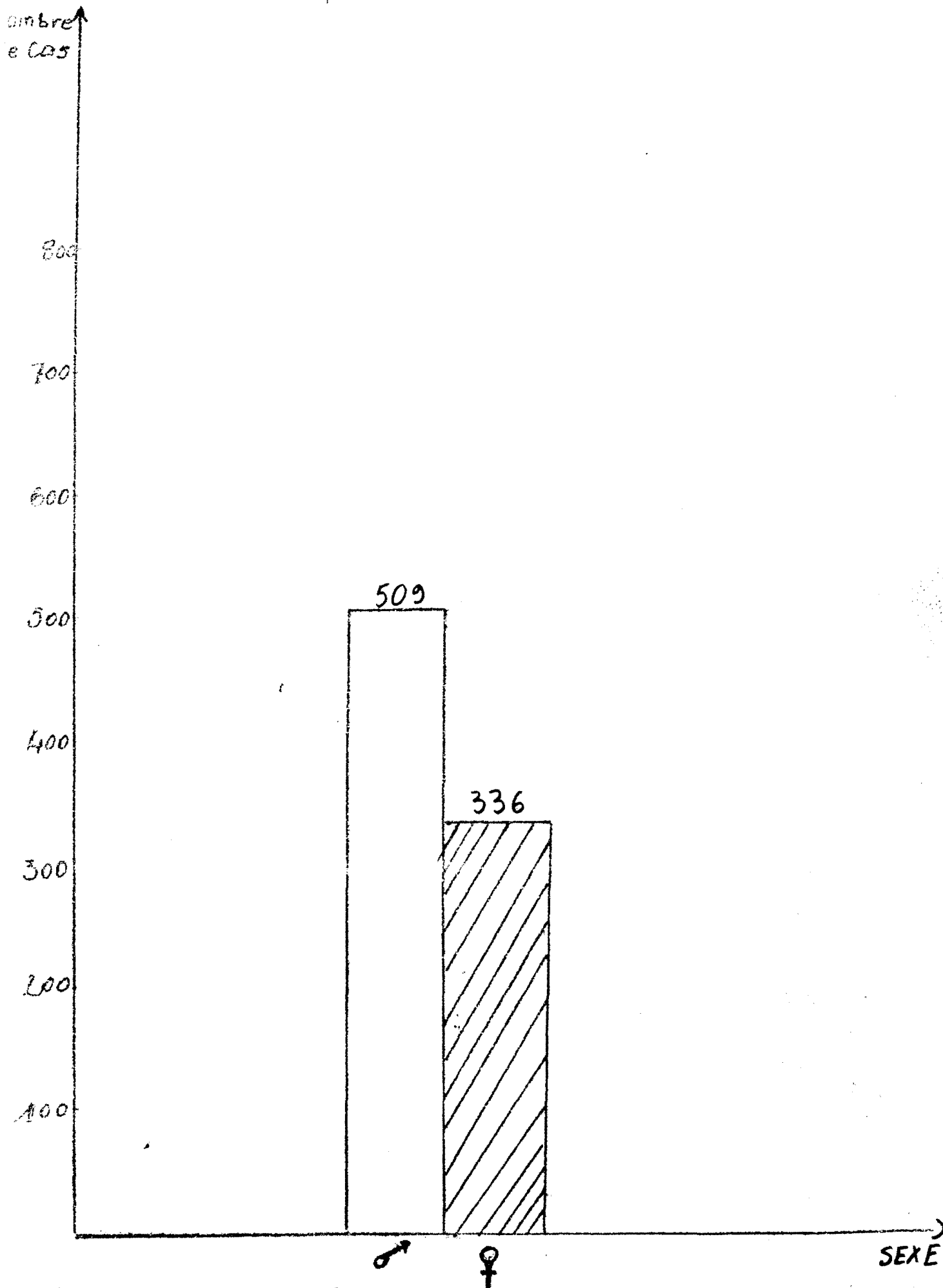
Répartition selon le sexe.

Sexe	Nombre de cas	Fréquence relative
Hommes	509	60,24 %
Femmes	336	39,76 %
Total	845	100 %

Tableau XXVIII : Répartition des occlusions
selon le sexe.

Il en résulte une prééminence masculine nette dans la proportion de 1,5 homme pour 1 femme (cf. Histogramme YVII).

.../...



Histogramme XVII Répartition des OCCLUSIONS selon le SEXE

Répartition selon l'âge

âge	[0 10[	[10 20[	[20 30[	[30 40[	[40 50[	[50 60[	[60 70[	≥ 70	N.P.
Nombre de cas	106	93	152	151	91	47	32	17	136
Fréquence relative	14,92%	11,01%	17,99%	17,87%	10,77%	5,56%	3,78%	2,09%	16,00%

Tableau XXIX : Répartition des occlusions selon l'âge.

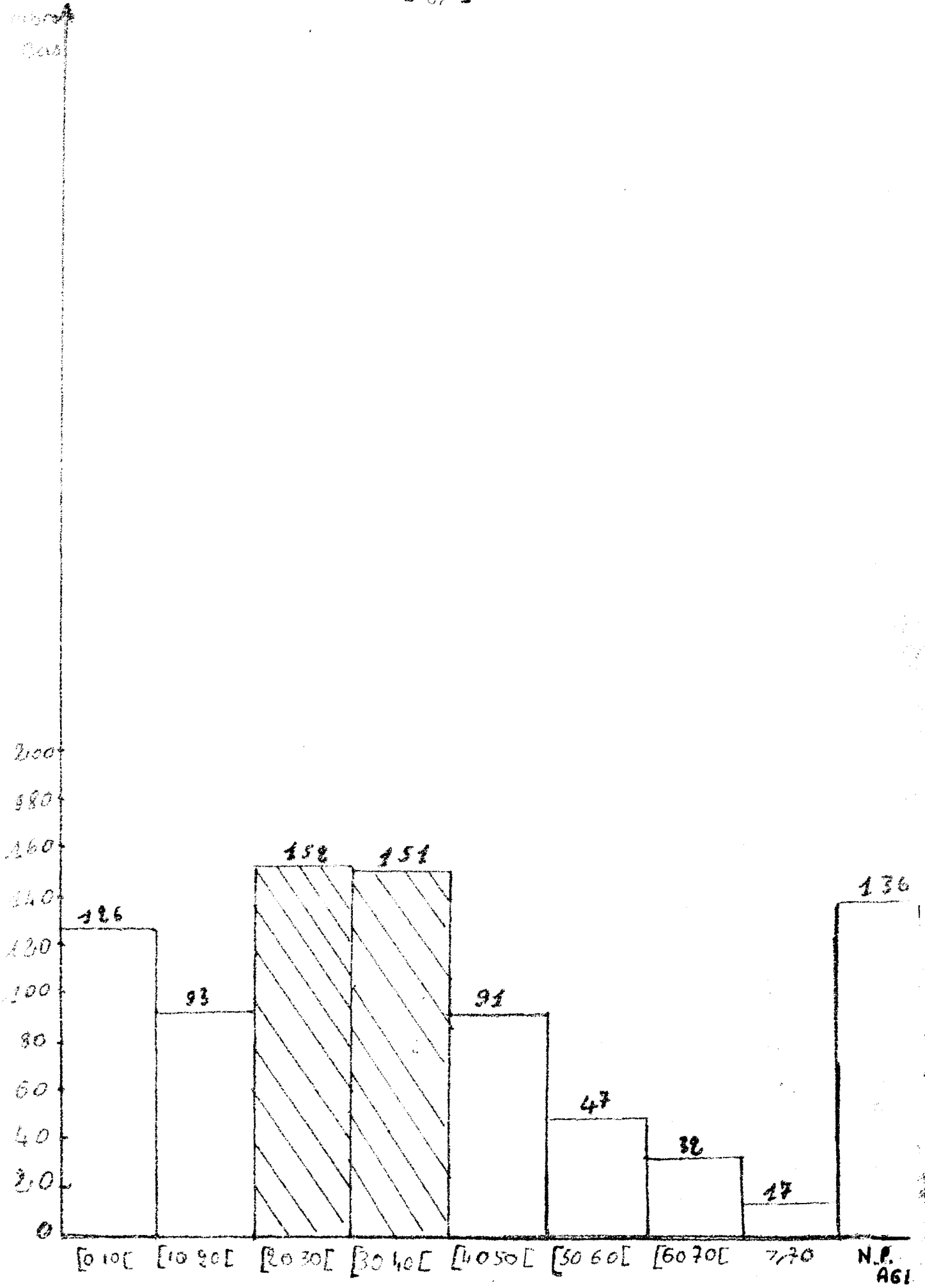
Le sujet le plus jeune est un nouveau né entré pour imperforation anale, le plus âgé a 89 ans. On constate le maximum de fréquence (35,86%) entre 20 à 40 cas cependant qu'on note une élévation de fréquence (14,92 %) dans la 1ère tranche d'âge à cause des imperforations anales (cf. Histogramme XVIII).

Répartition selon le sexe et l'âge.

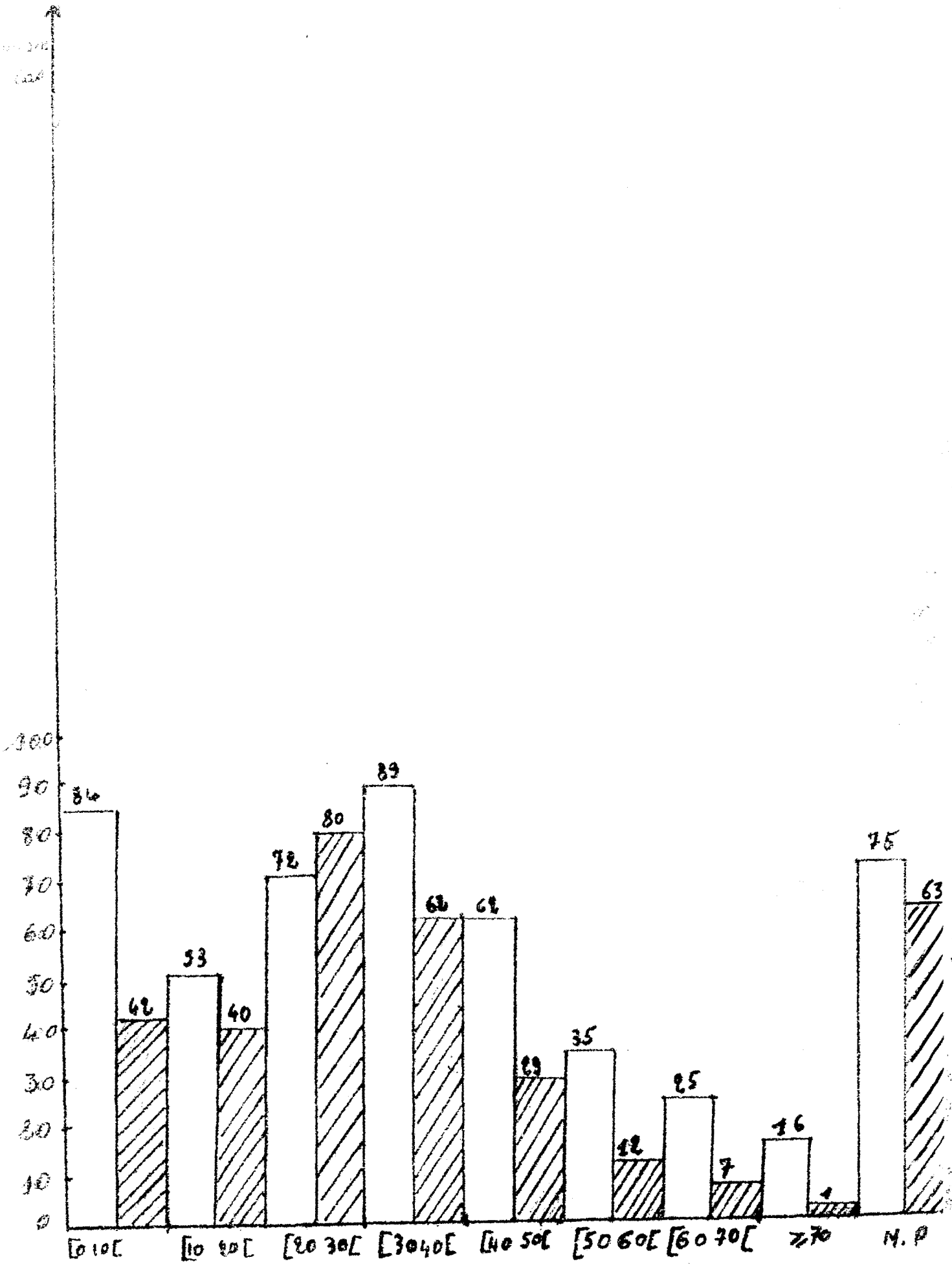
âge \ sexe	[0 10[	[10 20[	[20 30[	[30 40[	[40 50[	[50 60[	[60 70[	≥ 70	N.P.
Hommes	84	53	72	89	62	35	25	16	75
Femmes	42	40	80	62	29	12	7	1	63

Tableau XXX : Répartition selon le sexe et l'âge des occlusions.

.../...



Histogramme XVIII Répartition des OCCLUSIONS selon l'AGE



Histogramme XIX Répartition des OCCLUSIONS selon l'AGE et le SEXE ♂ ♀

La préférence masculine se maintient dans toutes les autres tranches hormis dans celle de 20-30 (cf. Histogramme XIX) ce qui est d'ailleurs superposable à la répartition de toute la population, ^{c'est} car c'est la seule tranche d'âge où le nombre de femmes est supérieure à celui des hommes (22)

Aspects cliniques

Les occlusions se sont présentées sous plusieurs aspects :

- le tableau classique de syndrome occlusif
- la forme de la péritonite occlusive à telle enseigne que l'on ne sait cliniquement laquelle est cause et laquelle effet.
- et une forme évidente qui constituent les imperforations anales dont il a été enregistré 30 cas dans notre étude soit en moyenne 4,29 cas par an, cependant que Roux en a colligé 20 cas de novembre 1979 à décembre 1980. Cela dénote une relative rareté de cette malformation dans notre étude même s'il est tenu compte du fait que celle de Roux s'est déroulée dans un service spécialisé de chirurgie pédiatrique. (41).

L'unique examen paraclinique effectué constamment est la radiographie de l'abdomen sans préparation. Le bilan électrolytique (ionogramme sanguin et urinaire) n'a pas pu être fait en urgence alors qu'il est primordial dans la réanimation pré-opératoire et post opératoire.

Aspects thérapeutiques et évolutifs.

Plus que toute autre urgence abdominale, c'est dans les occlusions que la réanimation pré-opératoire est la plus impérative et nécessite une surveillance intensive.

Les causes de l'occlusion ont été variées:

Causes	Nombre de cas	fréquence relative
les brides	131 cas	41,72 %
les volvulus	59 cas	18,78 %
les invaginations intestinales	27 cas	8,59 %
Les compressions extrinsèques	24 cas	7,65 %
les hernies	14 cas	4,46 %
les causes indéterminées	29 cas	9,24 %
les imperforations anales	30 cas	9,56 %
Total	314	100 %

Tableau XXXI : Répartition des occlusions selon les étiologies.

C'est du fait de la possibilité d'association de plusieurs causes (brides - volvulus, compressions extrinsèques - invagination...) que le total des causes d'occlusion (314 cas) est supérieur à l'effectif des sujets opérés (303 cas).

L'importance des brides comme cause d'occlusion tendrait à confirmer la théorie selon laquelle la race noire avait une forte tendance à la production de tissu conjonctif phénomène que l'on retrouve chez nos patientes sous le nom de "complexe gynécologique africain" où tout l'appareil génital interne est pris dans un magma inextricable.

Les invaginations intestinales siègent surtout sur l'arc de l'écocoecal, parfois sur le grêle, plus rarement sur le colon. La riche pathologie tumorale et inflammatoire de la région iléo cœcale est retrouvée chez Guelliette cité par N'Guessan en constatant 36 % de tumeurs cause de l'invagination tandis que ce dernier lui-même en observe 70 % (37). Il a été noté 9 cas où aucune cause apparente pouvant expliquer l'invagination n'a pu être trouvée, cela ne permet cependant pas de les ranger dans la catégorie des invaginations intestinales dites "essentiellles" sur lesquelles Merle cité par N'Guessan insiste pour en faire "une particularité de l'Africain" d'autant plus qu'aucun examen histologique n'a été effectué dans ces cas. (37).

Les compressions extrinsèques 24 cas ont été essentiellement d'origine tumorale (tumeurs rénale, hépatique, splénique, vésicale, génitale.)

Les bezoars ont été observés dans 14 cas dont :

- 10 d'origine végétale (phytobezoars : grains de haricot, grains de raisin sauvage, gousses du fruit de la liane).
- 4 d'origine parasitaire (ascaridiose et toeniasis massifs).

Ces bezoars seraient, surtout les phytobezoars, une indication de l'usage du fibroscope dans un but non seulement diagnostique mais aussi thérapeutique ainsi que le préconise Mc Laughlin (33) après le traitement d'un cas avec succès. L'avantage évident serait d'éviter la laparotomie et de diminuer ainsi la durée d'hospitalisation ; mais le fibroscope n'est pas encore à la portée de nos centres de santé.

Le geste opératoire s'est soldé par 97 cas de resection intestinale suivi de drainage.

Tous nos patients ont bénéficié d'une tentative de rééquilibration de l'hypovolémie par l'administration de solution + électrolytes (serum salé + chlorure de potassium, serum glucosé isotonique + chlorure de potassium + chlorure de sodium). Pendant ce temps où il leur était installé une sonde naso-gastrique pour respiration continue.

542 des sujets soit 64,14 % des cas n'ont subi que le traitement médical aboutissant à la guérison ou à l'évasion ou au décès.

La réanimation s'est poursuivie en per et post-opératoire pour les patients qui ont été opérés (303 cas) soit un pourcentage de 35,86 %.

On a découvert que le siège de l'occlusion a été

- dans 177 cas sur le grêle
- dans 67 cas sur le colon
- dans 30 cas au niveau de l'anus
(imperforation anales)
- dans 29 cas indéterminé.

Il y a eu par ailleurs selon les cas :

- la création d'anus en 1 ou 2 temps concernant les imperforations anales
- la désinvagination simple sans résection pour certaines invaginations
- la libération de bride avec détorsion des volvulus
- l'ectrostomie de vidange dans les cas de bezoars
- la fermeture simple dans le cas d'exploration négative.

La durée d'hospitalisation très variable à cause des fréquentes complications (lâchage de suture, péritonite post-opératoire...) est de 24 jours pour les cas à évolution simple.

Le taux de mortalité (5,85 %) ainsi que le taux de létalité sont les plus forts de toutes les étiologies dans les Abdomens Aigus. (31,79 %).

CHAPITRE IV

Les Péritonites

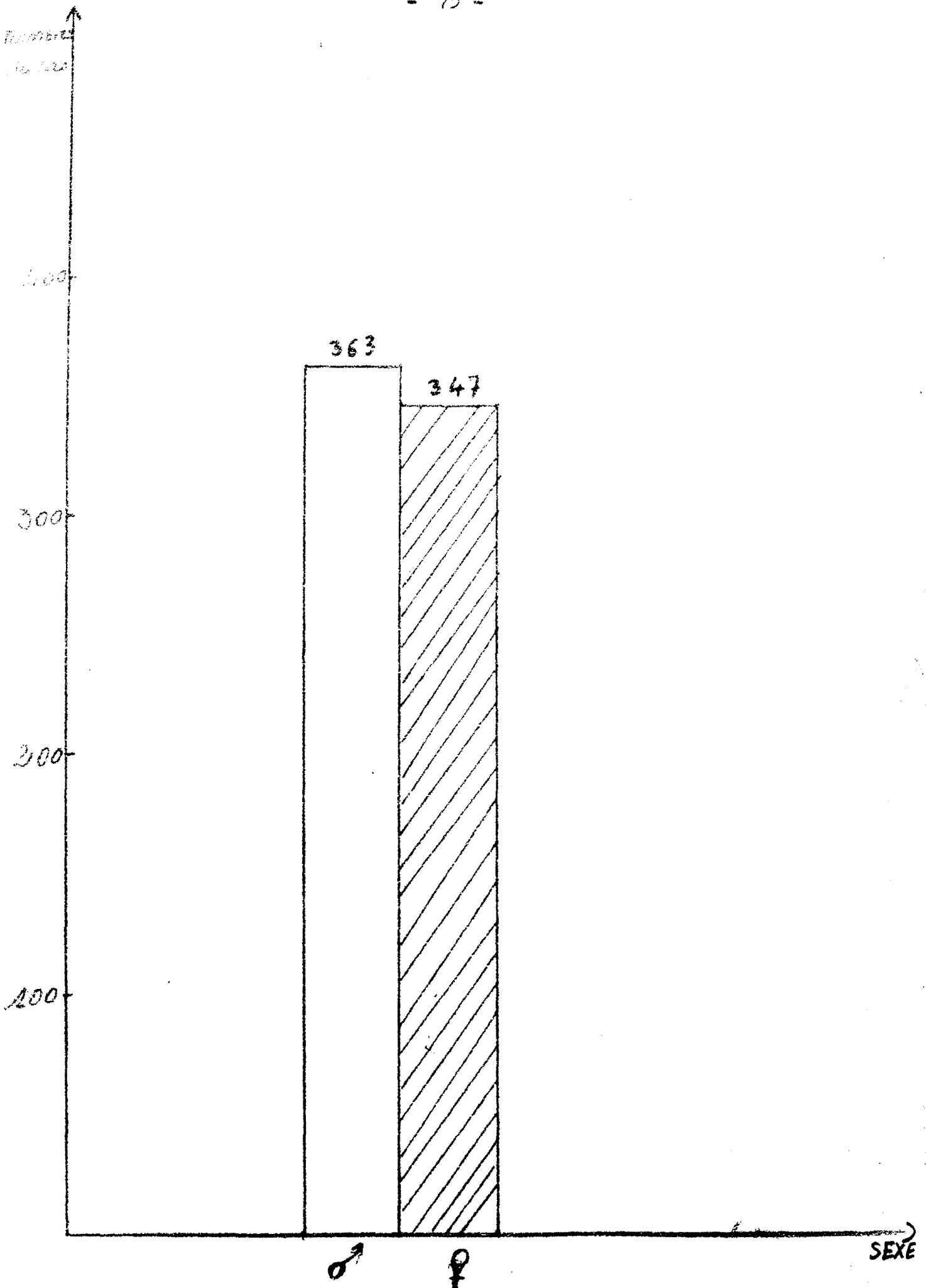
Inflammations aiguës du péritoine, les péritonites constituent un autre type d'abdomens aigus où "les heures" et parfois "les jours comptent". Avec 710 cas soit un pourcentage de 14,1, les péritonites occupent la quatrième place dans l'ordre de fréquence des Abdomens aigus.

Répartition selon le sexe.

Sexe	Nombre de cas	fréquence relative
Hommes	363	51,12 %
Femmes	347	48,88 %
Total	710	100 %

Tableau XXXII : Répartition des péritonites selon le sexe.

L'incidence de l'affection est 1,04 fois plus grande chez l'homme que chez la femme. (cf. Histogramme XX). Ceci semble confirmer la théorie de Kernbaum selon laquelle "la plupart des maladies infectieuses sont plus fréquentes et parfois plus grave dans le sexe mâle. Cette vulnérabilité s'explique surtout par une immunité humorale meilleure dans le sexe féminin et en outre du fait que le nombre de granulocytes circulants est plus élevé chez la femme que chez l'homme à l'âge adulte". (24).



Histogramme XX Repartition des PERITONITES selon le SEXE

Répartition selon l'âge.

âge	[0 10[	[10 20[	[20 30[	[30 40[	[40 50[	[50 60[	[60 70[	≥ 70	N.P.
Nombre de cas	56	139	179	120	57	39	12	6	102
fréquence relative	7,88%	19,57%	25,21%	16,90%	8,02%	5,49%	1,69%	0,81%	14,25%

Tableau XXXIII : Répartition des péritonites selon l'âge.

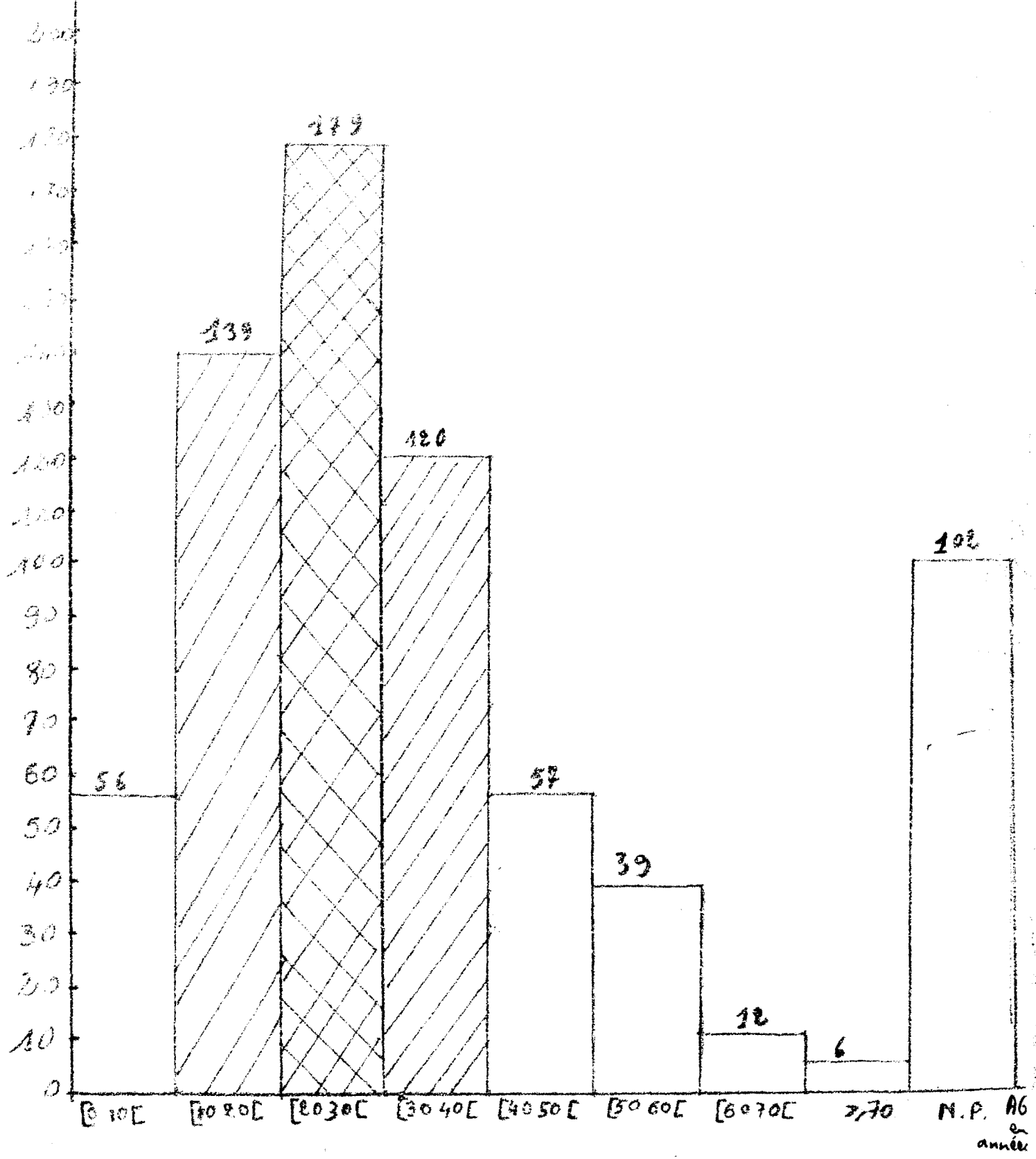
Les péritonites sont présentes dans toutes les tranches d'âge avec une prédominance entre 10 et 40 cas et un pic dans la tranche d'âge de [20 30[avec un pourcentage de 25,21 %.
(cf. Histogramme XXI).

Répartition selon le sexe et l'âge.

âge sexe	[0 10[	[10 20[	[20 30[	[30 40[	[40 50[	[50 60[	[60 70[	≥ 70	N.P.
Hommes	33	67	55	67	48	31	10	6	46
Femmes	23	72	124	53	9	8	2	0	56

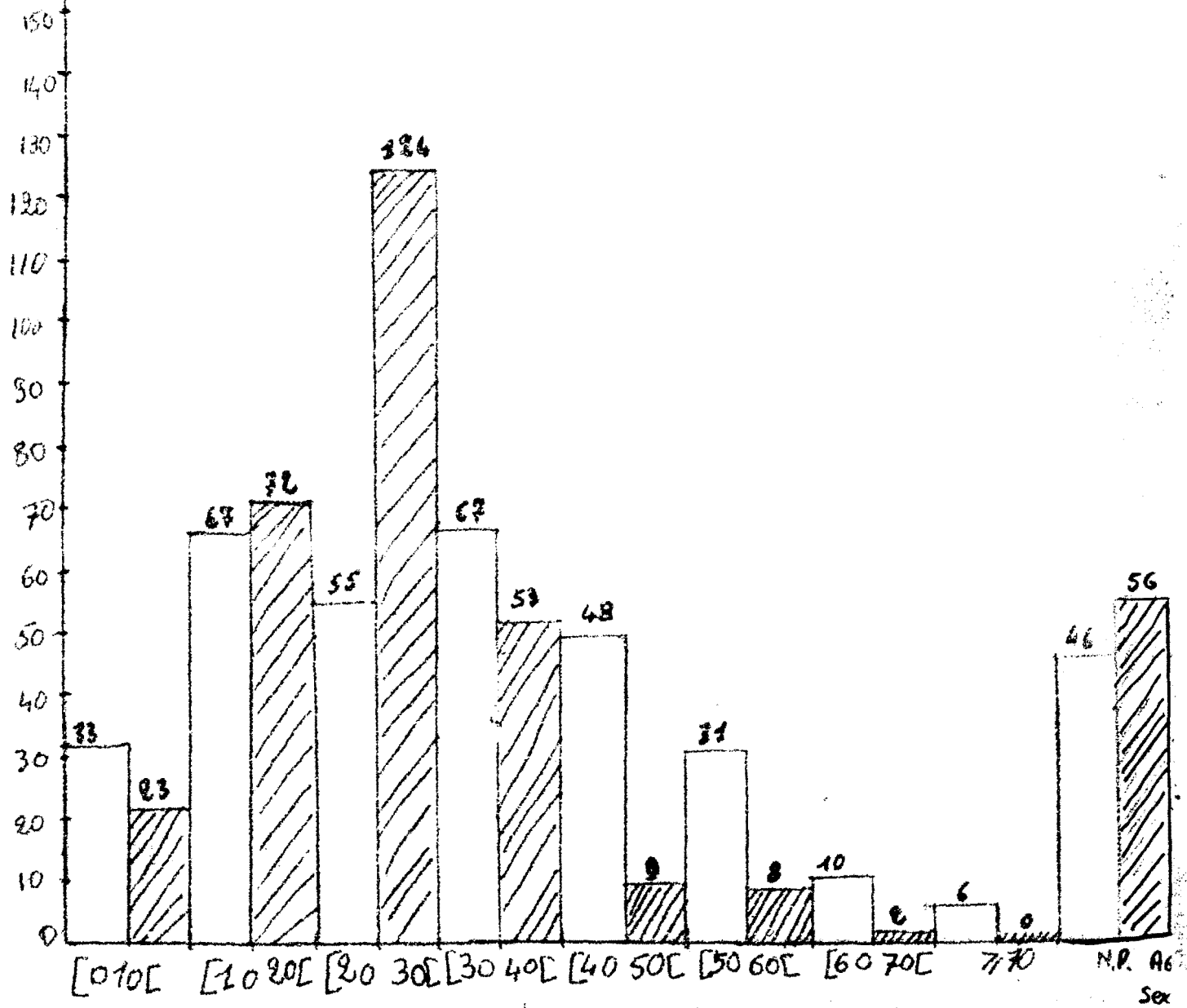
Tableau XXXIV : Répartition des péritonites selon l'âge et le sexe.

Nombre
de cas



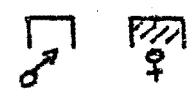
Histogramme XXI Répartition des PERITONITES selon l'AGE

nombre de cas



Histogramme XXII Répartition des PERITONITES selon

l'AGE et le SEXE



De 10 à 30 ans, il ressort une majorité féminine qu'expliquerait le fait que ce soit la période d'intense activité génitale soumettant la femme à certaines contraintes physiologiques dont l'homme est épargné (grossesse avec son évolution : accouchement, avortement, manœuvres intra utérines lors des avortements et surtout aux infections génitales) (cf. Histogramme XXII).

Aspects cliniques

Les tableaux cliniques se sont présentés :

- selon leur étendue en - formes généralisées (71,41%)
avec 507 cas
- formes localisées (28,59%)
avec 203 cas
- selon la résistance du malade en
 - formes asthéniques 73 cas où domine le syndrome occlusif (occlusion par ileus paralytique).
 - formes sthéniques 453 cas où prédomine la contracture sous tous ses aspects comme si bien décrits par Mondor depuis 1930 dans les Diagnostics urgents (35).

Si les examens complémentaires outre le bilan préparatoire associent la numération et formule sanguine à la radiographie de l'Abdomen sans préparation ; il n'en demeure pas moins que la péritonite plus que tout autre abdomen aigu resté tributaire de la main qui palpe" (35). Si le diagnostic positif est relativement aisé ce n'est qu'à ventre ouvert, qu'est posé le diagnostic étiologique. (cf. tableau XXXV).

Etiologie	Nombre de cas	Fréquence relative
Péritonites par perforation du grêle	144 cas	25,45 %
Péritonites appendiculaires	129 cas	22,80 %
Péritonites rétro-urinaires	77 cas	13,61 %
Péritonites primitives	59 cas	10,43 %
Péritonites par rupture d'abcès du foie	48 cas	8,48 %
Péritonites post-opératoires	36 cas	6,36 %
Péritonites par perforation colique	34 cas	6,00 %
Péritonites par perforation d'ulcères gastro-duodénaux	25 cas	4,41 %
Péritonites par affection spléno-pancréatique	10 cas	1,76 %
Péritonites par cholecystite lithiasique	4 cas	0,70 %
TOTAL	566 cas	100 %

Tableau XXXV : Répartition des péritonites selon leur étiologie.

Aspects thérapeutiques et évolutifs

- La réanimation pré-opératoire dans tous les cas a été basée sur le maintien d'une volémie normale, par apport de solutions d'électrolytes associé à une antibio-thérapie.

Dans 143 cas soit 20,14 % des péritonites ce seul traitement médical a été effectué aboutissant soit à la régression des signes péritonéaux soit à l'évasion du patient ou à son décès.

Cette réanimation s'est poursuivie en per et post opératoire pour les sujets opérés. L'Anesthésie a été générale dans tous les cas.

Après la laparotomie médiane, sus et/ou sous ombilicale, il est découvert, après aspiration souvent de pus, l'origine de la péritonite :

Les perforations non traumatiques dominent : avec celles du grêle 25,45 % des péritonites, suivies par celles du colon 6 % et celles d'ulcère gastro duodénal 4,41 %. Cette forte prédominance des perforations digestives se trouve chez Fadonou et Coll (39). N'ayant pu bénéficier de prélèvements systématiques en vue d'un examen cytobactériologique, il a paru hasardeux " d'incriminer comme l'est la tendance" (Seck cité par Adjedja) (1) les causes infectieuses qu'elles soient parasitaires (amibes, ascari~~des~~ toenia) ou microbiennes~~es~~ (surtout les salmonelles typhi, paratyphi) malgré leur grande fréquence dans notre pays.

Les péritonites appendiculaires avec un pourcentage de 22,8 % sont le résultat de l'évolution d'une appendicite négligée ou traitée médicalement. Localisées, elles donnent le plastron à propos duquel Lenriot condamne " l'attentisme car" le plastron appendiculaire est devenu une urgence chirurgicale" (30).

.../...

L'appareil génito-urinaire avec 13,51 % des ca tonites, réalisent le tableau de pelvi-péritonite m. cient la propagation et la diffusion à partir des org. génitoux -xternes le plus souvent, surtout chez la femme

L'origine primitive d'une péritonite est liée au fait qu'à l'intervention chirurgicale, il n'est trouvé aucune lésion pouvant expliquer cette péritonite. Si son mécanisme est toujours controversé "on incrimine actuellement le plus souvent, une diffusion hémato-gène" (30). Notre étude n'a pas porté sur les divers aspects de ces péritonites primitives qui pourraient faire l'objet d'une étude ultérieure.

Cependant nous sommes d'avis avec Lenriot citant Kulmann et Friedland qui ont décrit des observations chez l'adulte, que cette affection n'est pas comme "auparavant, déterminée comme étant l'apanage des enfants" (30).

Les causes hepato-biliaires 9,18 % des cas sont dominées par la rupture d'abcès du foie (8,48%) tandis que plus rares, les causes biliaires n'en font que 0,70 % alors que Gillet cité par Lenriot les estiment à 5 % (30). Les abcès du foie, presque tous catalogués comme amibiens n'ont pu être prouvés par l'examen parasitologique du pus.

- Le pourcentage de péritonites post-opératoires 6,36 % des cas est une preuve de la grande nécessité d'asepsie dans les interventions abdominales surtout chez ces sujets déjà affaiblis par leur affection et une intervention antérieure.

.../...

L'origine spléno-pancréatique est rare (1,76 %) du fait de la rareté des splénites et autres pancréatites.

L'acte chirurgical est associé au traitement de la cause (suture, resection) un traitement de base constitué par la toilette péritonéale grâce à un tampon ou après lavage intrapéritonéal au serum physiologique tiède et du drainage passif à la lame ondulée de Falbet ou au sac de Mikulicz avec sèche. Il n'y a pas de cas de lavage drainage péritonéal actif comme préconisé par nos maîtres Vovor-Kekeh (47). L'instillation d'antibiotiques in situ ne s'est fait que dans la mesure de leur disponibilité au moment voulu.

Le taux global de la mortalité des péritonites est de 9,03 soit un taux de létalité de 14,34 %. N'ayant pas poussé notre étude pour chaque cause nous relevons cependant dans la littérature que les péritonites par perforations coliques ont la plus forte mortalité de 40 % à 80 % (6) suivies par les perforations d'ulcère gastro-duodénal 10 % (ADLOFF - DEBESSE - FRANDI cité par Lenriot) (30) et les péritonites primitives 5% (Golden cité par Hovasse) (30).

CHAPITRE V

Les traumatismes Abdominaux.

Héritage de la civilisation avec l'ère de la vitesse, les traumatismes abdominaux avec 375 cas soit un pourcentage de 7,47 % constitue une entité bien à part "d'abdomens très urgents" . Dans notre situation où le seul moyen diagnostique est d'attendre que le tableau clinique se précise, ce problème des traumatismes abdominaux surtout fermés est d'autant plus crucial que le personnel de surveillance est très réduit.

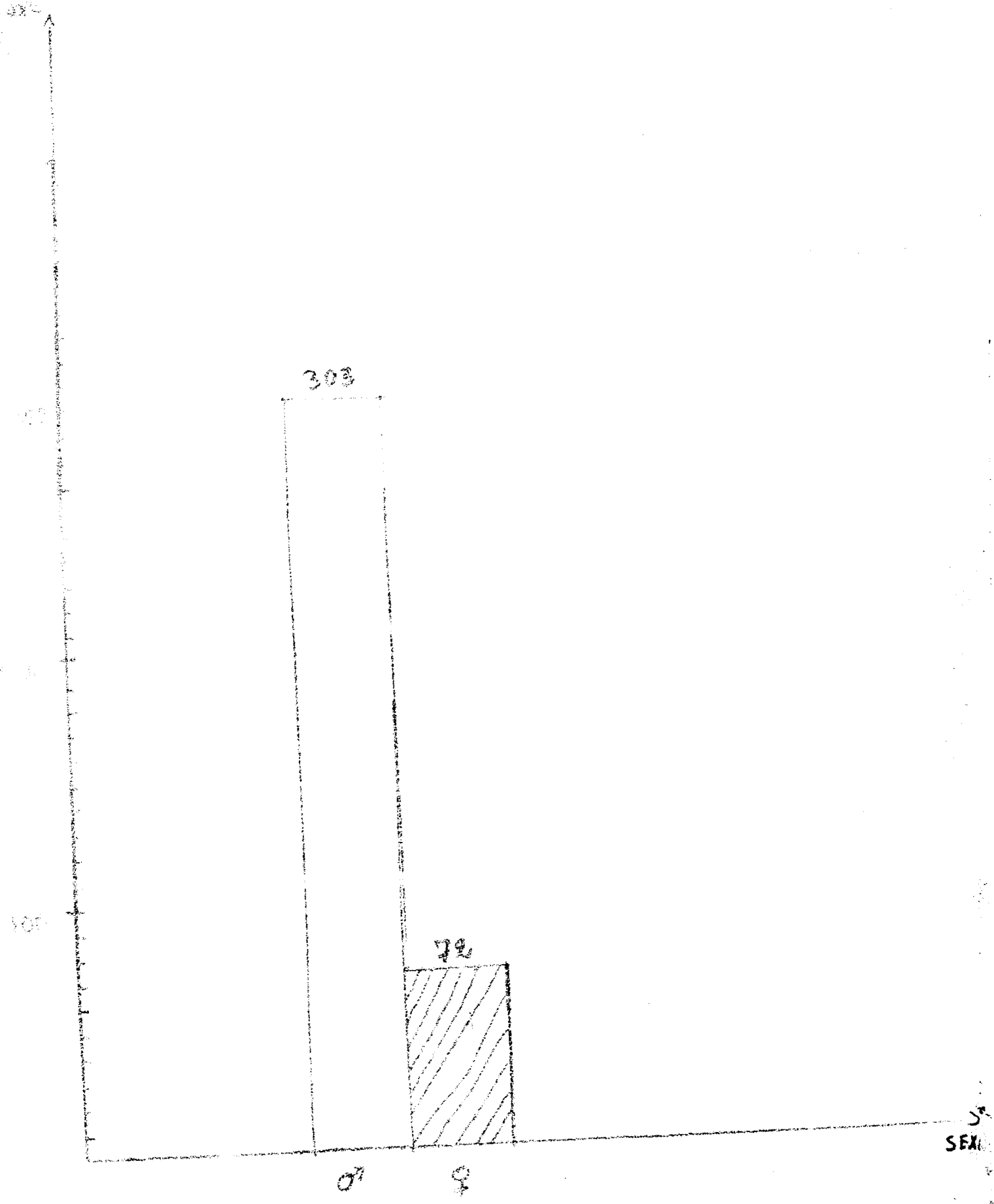
Répartition selon le sexe

sexe	Nombre de cas	Fréquence relative
Hommes	303	80,80 %
Femmes	72	19,20 %
Total	375	100 %

Tableau XXXVI : Répartition des traumatismes
Abdominaux selon le sexe.

L'homme est 4,2 fois plus atteint que la femme comme on le voit sur l'Histogramme XXIII.

.../...



Histogramme ~~XXIII~~ Répartition des TRAUMATISMES ABDOMINAUX selon le SEXE

Répartition selon l'âge.

âge	[0 10[	[10 20[	[20 30[	[30 40[	[40 50[	[50 60[	[60 70[	7, 70	N.P.
Nombre de cas	60	80	79	48	28	13	6	0	61
Fréquence relative	16%	21,59%	21,07%	12,80%	7,47%	3,47%	1,60%	0%	16,27%

Tableau XXXVII : Répartition des traumatismes abdominaux selon l'âge.

Notre patient le plus jeune est un nouveau né de quelques heures (entré pour traumatisme abdominal secondaire à l'arrachement du cordon ombilical lors de l'accouchement à domicile). Le patient le plus âgé a 69 ans.

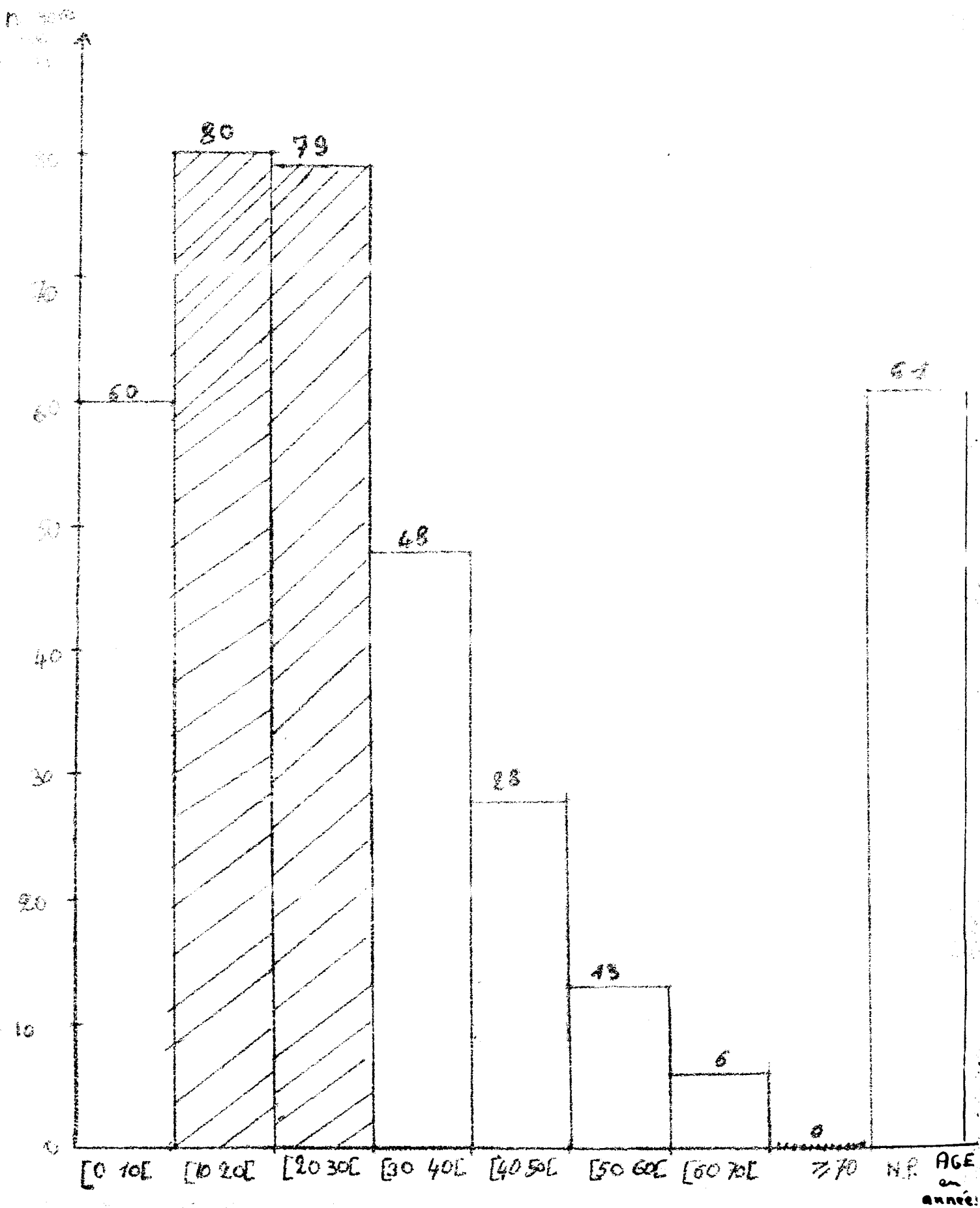
La plus grande fréquence 42,39 % des traumatismes abdominaux se retrouve entre 10 et 30 ans (cf. Histogramme XXIV) Chalnot dans son étude la situe entre 20 - 35 ans. (7).

Répartition selon l'âge et le sexe.

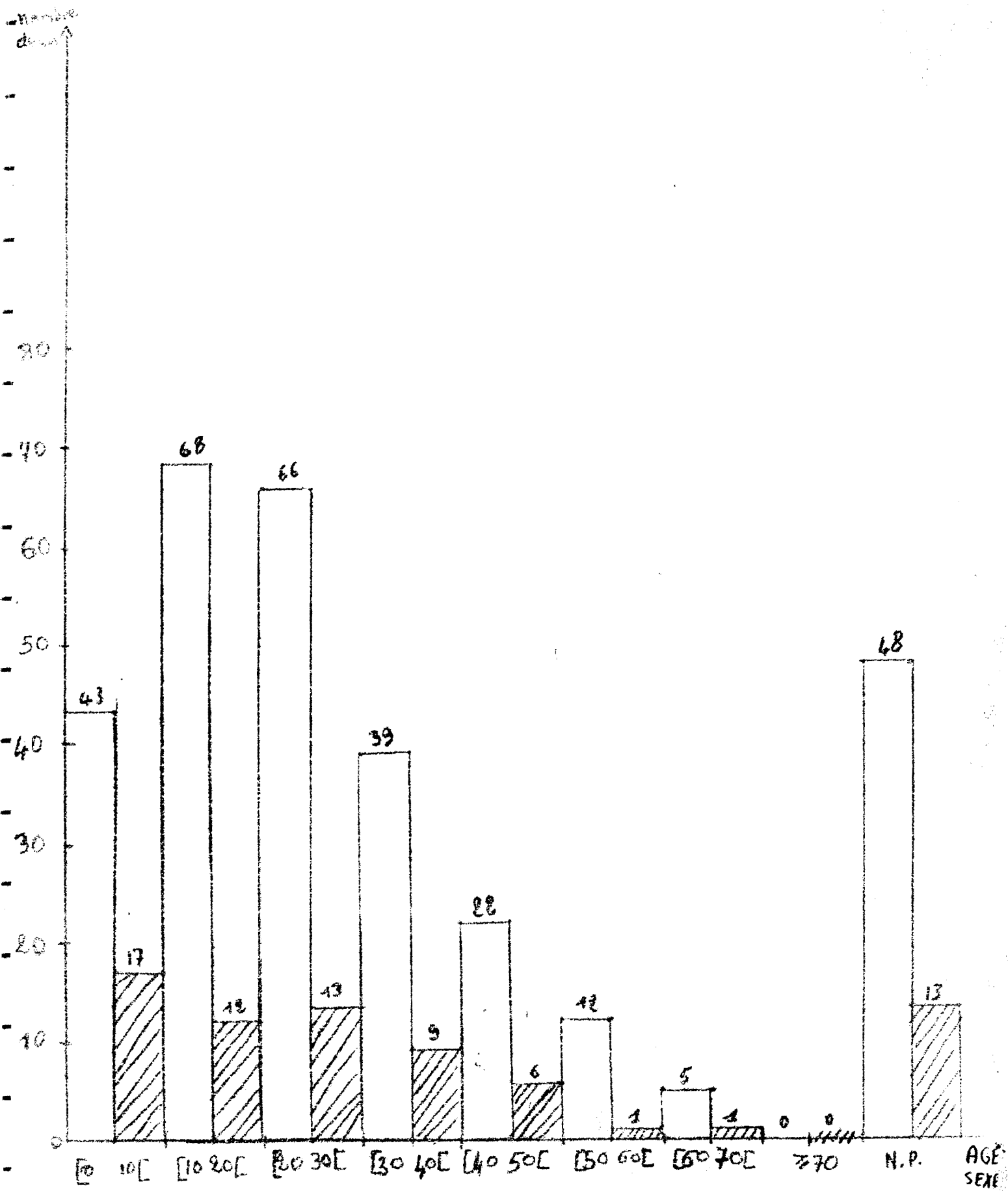
âge sexe	[0 10[	[10 20[	[20 30[	[30 40[	[40 50[	[50 60[	[60 70[	7, 70	N.P.
Hommes	43	68	66	39	22	12	5	0	48
Femmes	17	12	13	9	6	1	1	0	13

Taleau XXXVIII : Répartition des traumatismes selon l'âge et le sexe.

.../...

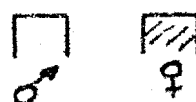


Histogramme XXIV Répartition des TRAUMATISMES ABDOMINAUX selon l'AGE



Histogramme XXV Répartition des TRAUMATISMES ABDOMINAUX

selon l'AGE et selon le SEXE



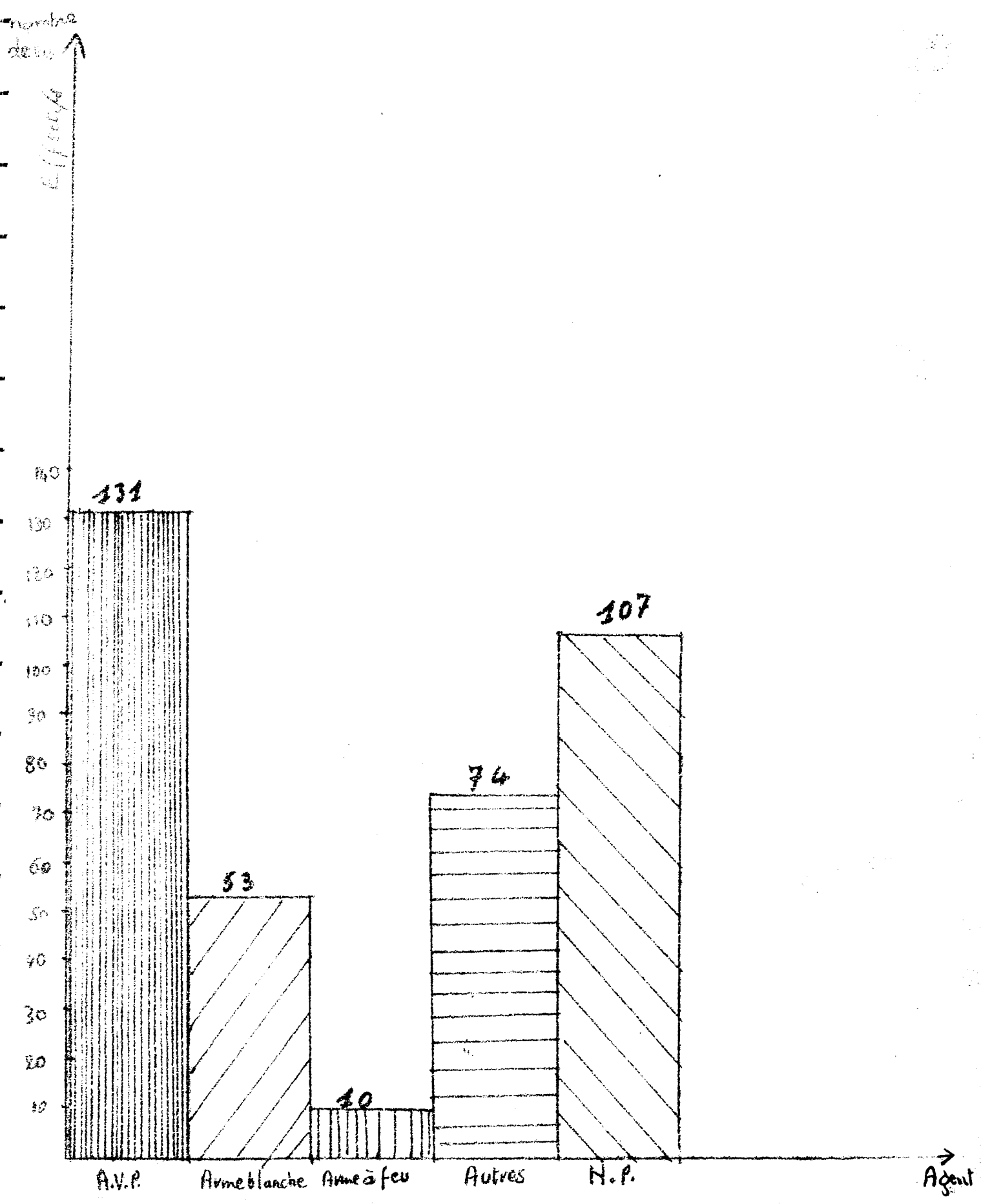
La prédominance masculine est présentée dans toutes les tranches d'âge avec leur maximum entre 10 et 30 ans (cf. Histogramme XXV). L'homme donc dans la phase active de la vie est donc plus sujet aux traumatismes abdominaux parce que certainement beaucoup plus exposé aux agents.

Répartition selon l'Agent vulnérant

Les agents en cause dans les traumatismes abdominaux sont variables. Ils ont été recensés dans le tableau ci-dessous.

Agent	Nombre de cas	Fréquence relative
Accident de la voie Publique	131	34,94 %
Arme blanche	53 cas	14,14 %
Arme à feu	10 cas	2,66 %
Autres	74 cas	19,73 %
Non précisé	107 cas	28,53 %
Total	375 cas	100 %

Tableau XXXIX : Agents responsables des traumatismes Abdominaux.



Histogramme XXVI Répartition des TRAUMATISMES ABDOMINAUX selon l'AGENT Vulnérant

Les accidents de la voie publique restent les plus grands pourvoyeurs (cf. Histogramme XXVI) encore que l'effectif ait pu être amputé des cas de polytraumatisme qui seraient décédés avec une prédominance de traumatisme crânien. Cette prédominance des accidents de la voie publique, PH Clot (11) la retrouve dans une étude faite uniquement sur les contusions en les rendant responsables dans 2/3 des cas.

Le caractère belliqueux de nos populations joint au fait que l'arme blanche (coupe-coupe, poignard, lance, flèche) qui est un outil usuel de travail (culture, chasse...) du paysan donc porté sur lui, font qu'il n'est pas surprenant qu'il s'en serve lors des rixes : c'est ce qui a fourni le pourcentage de 14,14 % des traumatismes abdominaux par arme blanche.

Les cas rares (2,66 %) des traumatismes abdominaux par arme à feu sont surtout accidentels.

les
Il a été relevé dans les "Autres" cas où l'agent traumatisant était un coup de corne ou de sabot d'animaux domestiques, un coup de bâton ou de poing.

Aspects cliniques

Les traumatismes abdominaux se distinguent tout d'abord en traumatismes fermés (contusions) et traumatismes ouverts (plaies) dont les résultats sont dans le tableau XXXX.

.../...

Lesion	Nombre de cas	Fréquence relative
Plaies	162	42,54 %
Contusions	193	51,46 %

Tableau XXXX : Types de traumatismes abdominaux

On trouve plus de traumatismes fermés que de plaies abdominales. Ce constat est à rapporter à l'agent causal dominé par les Accidents de la voie publique.

Si l'aspect clinique est évident dans les plaies abdominales ce n'est point le cas dans les contusions où seule une surveillance intensive "armée" permet sur la courbe de la tension artérielle, du pouls et sur la palpation répétée de l'abdomen de saisir le diagnostic au moment opportun, aidé par la ponction péritonéale. C'est ainsi qu'il a été noté 71 cas de syndrome d'hémorragie interne confirmés par la ponction péritonéale, cependant qu'on trouvait 21 cas de syndrome péritonéal traduisant un retard à la consultation ou au diagnostic. La ponction lavage du péritoine que Chiche et Moullé décrivent comme "un examen paraclinique, simple et fiable, qui a transformé le diagnostic de lésion intrapéritonéale" n'a pas été retrouvée dans nos observations (9).

Aspects thérapeutiques et évolutifs.

127 de nos traumatismes de l'abdomen ont bénéficié de la surveillance uniquement sans aboutir à une intervention chirurgicale, de durée variable allant de 1 à 5 jours, aboutissant au décès, à l'évasion ou à la sortie.

Le reste de nos cas soit 248 a été opéré après une réanimation pré-opératoire à base de transfusion de sang total isogroupe iso-Rhésus pour les cas avec hémorragie interne et de solutés + électrolytes dans les autres cas.

A la laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic, il est mis en évidence un hémopéritoine dans les cas d'hémorragie et après aspiration on découvre la lésion viscérale (cf. tableau XXXXII).

Organe lésé	Nombre de cas	Fréquence relative
Rate	51 cas	17,23 %
Grêle	48 cas	16,22 %
Mesos	36 cas	12,16 %
Foie	20 cas	6,76 %
Colon	15 cas	5,07 %
Vessie	15 cas	5,07 %
Hématomes rétro-péritonéaux	14 cas	4,72 %
Estomac	9 cas	3,04 %
Diaphragme	4 cas	1,35 %
Rein	2 cas	0,67 %
Pas de lésion viscérale	82 cas	27,71 %

Tableau XXXXI : Organe lésé dans les traumatismes abdominaux.

Il ressort du tableau une prédominance des laparotomies blanches (27,71 %) due à l'exploration systématique de toute plaie abdominale mais ce pourcentage demeure loin de celui de 53 % trouvé par Nance F.C. et cité par PH. Clot (11).

A défaut de statistiques globales sur tous les traumatismes abdominaux, nous nous sommes contentés de celles portant spécialement sur les plaies et les contusions (cf. tableau XXXVIII).

Lors des contusions il ressort une plus grande fréquence d'atteinte des organes pleins tandis que les viscères creux sont plus rarement lésés (11). Il apparaît dans nos résultats que les lésions spléniques (17,23%) sont les plus fréquentes. En effet les fractures de rate s'expliquent par la fragilité de cet organe, fragilité accentuée par l'endémie palustre sous nos tropiques. Les lésions rénales, très fréquentes chez Cottrill cité par Clot (11), fréquentes chez Biché et Houllé 10 % (9) sont par contre rares chez nous 0,67 %. Ceci peut s'expliquer par l'insuffisance de recherche dans ce sens, et le pourcentage serait probablement plus important si l'Urographie Intra Veineuse était de mise systématiquement dans les traumatismes abdominaux comme le suggère P. Clot (12). La relative fréquence des hématomes rétro-péritonéaux (4,72 %) ne peut que nous confirmer cette hypothèse.

Le geste opératoire effectué a été radical dans les cas de lésion de la rate soit 51 splenectomies.

Les résections partielles et/ou les sutures intestinales associées à la toilette péritonéale et/ou drainage, souvent ont constitué l'essentiel du traitement.

Cette thérapeutique classique, n'a pas empêché un taux de létalité de 15,20 %, proche de celle de Chalnot qui la situe à 15,62 % (7).

Vouloir faire baisser cette létalité, c'est avant tout diminuer les traumatismes abdominaux, variant tous les traumatismes en prenant des mesures contre le plus grand pourvoyeur qui est les accidents de la voie publique. S'il est certain que la connaissance du code de la route est l'élément indispensable pour éviter les accidents de la voie publique, pourquoi les autorités de l'Éducation ne l'instaureraient-elles pas dans leur programme avec un examen à la sortie ? Pourquoi les autorités compétentes "fermeraient-elles les yeux" sur les usagers de cycles et motocycles circulant sans la permission de conduire si elles constatent les populations de moyens de transport en commun ? Ce préalable indispensable, en enseignant la prudence à chacun assurera la sécurité de tous.

Chiche - Moullé		Cottrell (11)		Hôpital Valgado	
Rate	50 %	Reins	28 %	Rate	17,23 %
Foie	25 %	Rate	24 %	Grêle	16,22 %
Grêle	12 %	Foie	18 %	Mesos	12,16 %
Reins	10 %	Percei	10 %	Foie	6,76 %
Colon	8,5%	Grêle	10 %	Colon	5,07 %
Diaphragme	5,5%	Vessie	5 %	Vessie	5,07 %
Pancrée	5 %	Autres	5 %	H.R.F.	4,72 %
Estomac	4 %			Estomac	3,04 %
Duodenum	3 %			diaphragme	1,35 %
Vessie	3 %			Rein	0,67 %
Origine X	20 à 25 %			Pas lesion viscérale	27,71 %
				H.R.F. = Hématomes retropéritonéaux.	

Tableau XXXXII : Tableau comparatif des lésions viscérales dans les plaies et contusions abdominales.

CHAPITRE VI

Les Urgences Gynécologiques

Urgences abdominales où " les minutes comptent", les urgences gynécologiques avec 218 cas constituent 4,34 % des abdomens aigus. Il a été réuni dans ce cadre : les grossesses extra-utérines rompues ainsi que les torsions des annexes et des tumeurs utéro-annexielles dont la preuve opératoire a été faite, les suspicions de grossesse extra-utérine où le patient aurait succombé.

On a ainsi obtenu

Grossesses extra-utérines (G.E.U.)	211 cas
Torsions annexielles ou de tumeurs utéro-annexielles	7 cas

Tableau XXXXIII : Répartition des urgences gynécologiques

Les grossesses extra-utérines dominent les urgences gynécologiques avec 211 cas dont 205 sont rompues. La suite de l'étude portera en partie sur elles exclusivement.

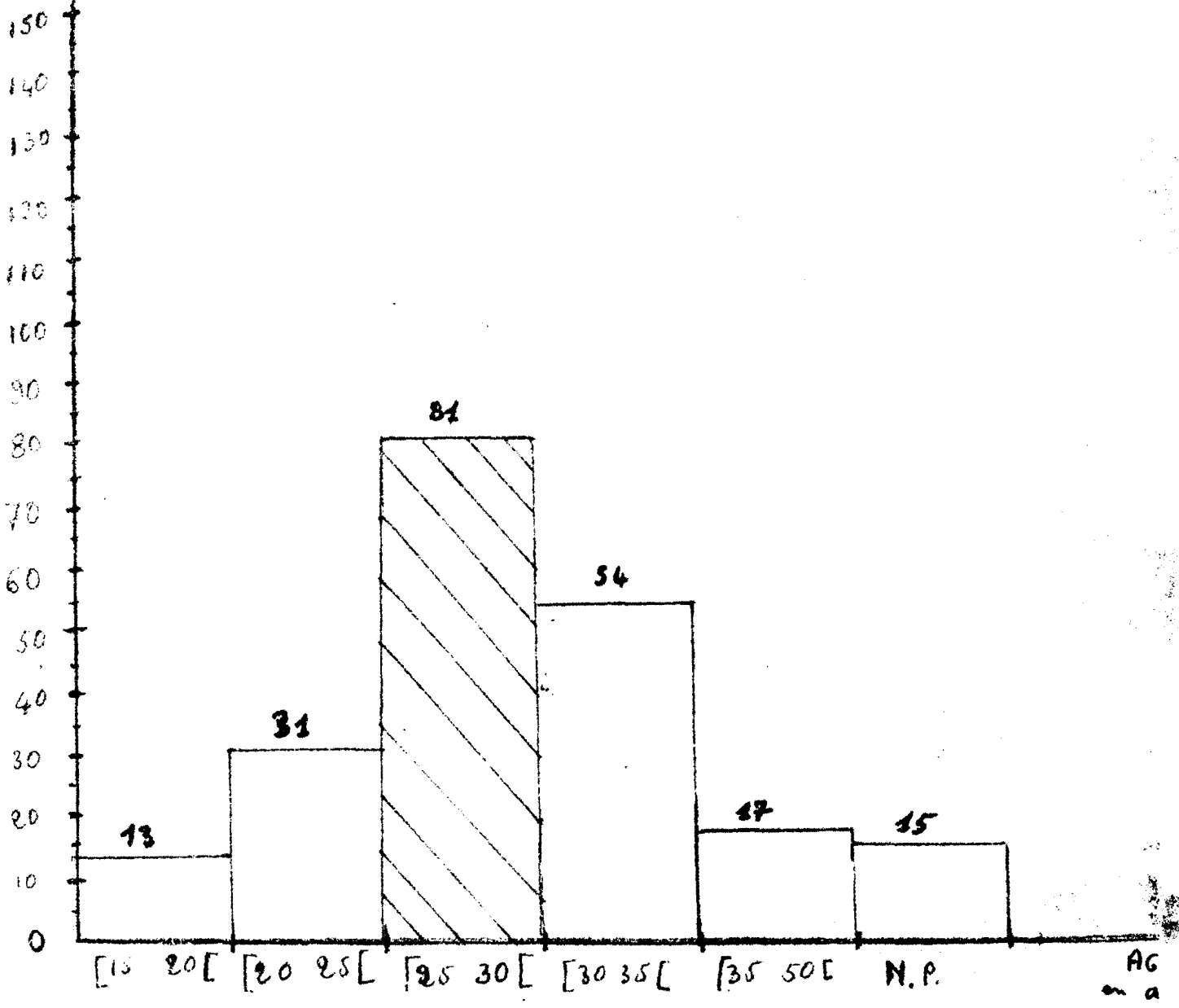
Répartition selon l'âge.

âge	15 20	20 25	25 30	30 35	35 50	N.P.
Nombre de cas	13	31	81	54	17	15
fréquence relative	6,16 %	14,70 %	38,39 %	25,60 %	8,05 %	7,10 %

Tableau XXXXIV : Répartition de grossesses extra-utérines selon l'âge.

.../...

Effectifs



Histogramme XXVII Répartition des G.E.U. selon l'AGE

L'âge de nos patientes varie de 15 ans pour la plus jeune à 48 ans pour la plus âgée. 125 patients soit un pourcentage de 59,25 %, plus de la $\frac{1}{2}$ des cas ont moins de 30 ans.

La tranche d'âge de fréquence maximale (38,39 %) est celle de [25-30] (cf. Histogramme XXVII). Nos résultats corroborent ceux de Zinsou et Coll. citent Breen aux Etats-Unis et Chabert en France qui respectivement sur une étude de 654 et 141 dossiers ont remarqué "que la plupart des nidations ectopiques sont survenues entre 26 ans et 28 ans" (48).

Aspect clinique

La clinique a été dominée par le tableau d'hémorragie interne dans 205 cas, preuve du retard porté au diagnostic de cette affection.

Il faut reconnaître que les examens complémentaires ont été très limités. En l'occurrence la coelioscopie n'a jamais été pratiquée, faute de matériel alors qu'en plus de son intérêt diagnostique, comme l'indique Keller cité par Zinsou et Coll. la coelioscopie présente "un intérêt thérapeutique sur un double plan : elle évite les laparotomies blanches ou inutiles, elle diminue la durée de l'hospitalisation en supprimant les soins et les observations prolongées." (48). A défaut de la coelioscopie, nous sommes d'avis avec l'école de Dekar qui pense "que dans l'état actuel des moyens dont on dispose, la ponction péritonéale complétée si besoin est, par une ponction du Douglas reste le meilleur moyen diagnostique." (48).

Aspects thérapeutiques et évolutifs.

La réanimation pré-opératoire souvent brève, a toujours nécessité en plus des solutions habituelles, des transfusions de sang total iso-groupe, iso-Rhesus.

18 cas ont bénéficié de la réanimation seulement parce qu'ils se sont évanés ou sont décédés avant l'intervention.

L'intervention chirurgicale a mis en évidence dans 166 cas un hémorhagie abondant soit 86,01 % des cas opérés (197 cas). Les différentes localisations des grossesses sont précisées sur le tableau XXXV. La trompe est le siège le plus fréquent (176 cas) surtout sur son segment ampullaire (69 cas) ; ceci expliquerait peut être que les indications conservatrices aient été rares comme l'indique le tableau XXXVI.

Geste opératoire	Nombre de cas
Salpingectomie	145
Annexectomie	18
ovariectomie	3
Salpingectomie partielle	13
decollement simple	16

Tableau XXXVI : Type d'intervention chirurgicale des urgences gynécologiques.

Des urgences gynécologiques.

	Grossesse tubaire					Grossesse abdominale	Grossesse ovarienne	Torsion de tumeurs annexielles
	Interstitielle	Isthmique	Ampullaire	Infundibulaire	Non Précisé			
Côté droit	6	11	35	8	35	4	2	4
Côté gauche	5	15	34	3	25	2	2*	3
Total	11	26	69	11	59	6	4	7

* Grossesse jodominale bilatérale.

ANNEXE XXXIV : Aspects opératoires des urgences gynécologiques

La fréquence des salpingectomies (81,86 %) est celle "généralement trouvée en Afrique : 80 à 95 %" (Koumaré citant Bourneil, Clave, Zinsou) (25) à l'exception du Mali où elle est de 50 % (25).

Les suites évolutives immédiates souvent simples nécessitent une hospitalisation de 11 jours en moyenne.

La mortalité pré-per et post-opératoire des urgences gynécologiques (0,2 %) est inférieure à celle de 1 % trouvée par Zinsou et Coll. (48).

Les suites éloignées n'ont pu être appréciées parce que les patientes sont perdues de vue à leur sortie de l'hôpital. Cependant nous osons croire malgré le nombre de Salpingectomies effectuées, que du fait de l'âge relativement jeune de nos patientes. Leur avenir obstétrical n'est pas compris : Zinsou en a trouvé 30 % qui sont redevenues enceintes tandis que Kucere en recense 36 %, même si le risque de récurrence persiste à 16 % pour Hallat cité par Zinsou. (48).

Nous avons relevé l'observation particulière de Madame Bar... Djen... âgé de 31 ans, entrée dans le service le 10/9/76 pour aménorrhée de 2 mois, douleurs abdomino-pelviennes avec un syndrome sub-occlusif. Elle ne présente aucun antécédent notable. L'examen physique qui n'a pas été notifié aboutit à une suspicion de grossesse abdominale imposant l'intervention. La laparotomie exploratrice découvre un oeuf adhérent aux anses grèles. L'oeuf est simplement décollé et à son ouverture on y trouve deux foetus signant une grossesse gemellaire. De simples points d'enfouissement ont été nécessaires pour les anses grèles qui ont été éraillées. Les suites opératoires ont été simples.

CHAPITRE VII

Les Hémorragies digestives hautes et Divers

A - Les Hémorragies digestives hautes.

Type de "l'extrême urgence", les hémorragies digestives hautes ont une fréquence peu importante (0,22 %) dans le service de Chirurgie du fait qu'elles sont orientées d'emblée vers le service de Médecine. Ce n'est que rarement qu'elles sont envoyées au service de réanimation Chirurgicale.

Répartition selon l'âge.

âge	[0 10[	[10 20[	[20 30[	[30 40[	[40 50[	[50 60[	[60 70[	]70	%
Nombre de cas	0	1	4	2	1	1	1	0	11
fréquence relative	0 %	9,09%	36,37%	18,18%	9,09%	9,09%	9,09%	0 %	9,09%

Tableau XXXVII : Répartition des Hémorragies digestives hautes selon l'âge.

L'âge de nos sujets varie entre 18 ans et 67 ans. L'incidence maximale des hémorragies digestives est entre 20 ans et 40 ans avec un pourcentage de 54,55 %.

Répartition selon le sexe.

Sexe	Nombre de cas	fréquence relative
Hommes	11	100 %
Femmes	0	0 %
Total	11	100 %

Tableau XXXXVIII : Répartition des Hémorragies digestives hautes
selon le sexe.

La totalité de nos sujets sont des hommes. Bien que notre échantillon soit faible, on peut en retenir une prédominance masculine mais sans exclure la possibilité de survenue d'Hémorragies Digestives Hautes chez la femme.

Aspect clinique

Si le diagnostic clinique d'Hémorragies digestives hautes a été évident associé à l'altération de l'état général à type d'anémie aiguë, le diagnostic étiologique lésionnel n'a jamais été effectué d'urgence : " l'examen endoscopique d'urgence étant le seul qui puisse affirmer le caractère hémorragique d'une lésion" (26) (16).

Les perforations d'ulcère gastro-duodéal ont été classées avec les péritonites.

Pour Chiche et Moullé, les hémorragies abondantes sont liées dans 60 % des cas à Ulcère gastro-duodéal, dans 15 % des cas à une Hypertension portale, dans 10 % à une "gastrite" hémorragique ; tumeurs et hernie hiatale ne représentent que 5 % des cas. Les autres étiologies 10 % sont exceptionnelles (Mallory - Weiss, etc)" (9).

Aspects thérapeutiques et évolutifs.

Aucun de nos sujets n'a été opéré d'urgence parce qu'étant pour la plupart des cirrhotiques. Ils ont bénéficié uniquement de la réanimation basée sur la transfusion de sang total iso-groupe iso-Rhesus (indépendamment de l'hématocrite) et l'usage d'hémostatiques par voie générale. Un " petit moyen" souvent utilisé est la succion de glaçons. Cette forme de "Cooling"

serait améliorée en utilisant comme le suggèrent Chiche et Moullé, " en lavage gastrique la solution dite de Levy" feuille à préparer composée de "500 cc d'eau glacée dans laquelle on aura dilué 3 sachets de phoschelugel, 5 ampoules d'hemoceprol, 5 ampoules de thrombase et éventuellement, 1 ampoule de Leverhed" (11).

L'évolution imprévisible, les suites immédiates nous ont donné une létalité de 18,18 % soit 2 décès sur les 11 cas d'hémorragies digestives hautes.

F - Divers

Cette série recense tous les abdomens aigus qui n'ont pu être classés ailleurs. Leur grand nombre 598 cas soit un pourcentage de 11,91 % est indicateur de la complexité de leurs formes et témoigne aussi de la mauvaise tenue des observations.

Répartition selon le sexe.

Sexe	Nombre de cas	Fréquence relative
Hommes	282	47,15 %
Femmes	316	52,85 %
Total	598	100 %

Tableau 14 Répartition des Divers selon le sexe.

Il ressort du tableau 14 une prédominance féminine avec une fréquence de 52,85% pour une fréquence masculine de 47,15% soit une proposition de 1,12 femme pour 1 homme.

.../...

Cette prépondérance s'explique par le nombre important de re-interventions secondaires aux césariennes et surtout aux affections à la limite médico-chirurgicale du petit bassin.

Répartition selon l'âge.

âge	[0 10[	[10 20[	[20 30[	[30 40[	[40 50[	[50 60[	[60 70[	≥ 70	N.P.
Nombre de cas	27	77	146	107	50	18	19	4	11
Fréquence relative	4,51%	12,88%	24,42%	19,90%	8,37%	3,01%	3,17%	0,66%	25,00%

Tableau 4 Répartition des divers selon l'âge.

La tranche où l'âge n'a pas été précisé est la plus importante avec 25,08 % un pourcentage de plus du 1/4 des cas.

On retient cependant que l'âge de 20 à 30 ans est le plus sollicité.

Répartition selon l'âge et le sexe.

âge sexe	[0 10[	[10 20[	[20 30[	[30 40[	[40 50[	[50 60[	[60 70[	≥ 70	N.P.
Hommes	22	31	49	55	29	12	15	3	66
Femmes	5	46	97	52	21	6	4	1	84

Tableau 4-I : Répartition des Divers selon le sexe et l'âge.

Le plus grand taux reste féminin et toujours dans la tranche de 20 30 : C'est donc la femme en pleine période d'activité génitale qui est la plus atteinte.

.../...

Aspects cliniques thérapeutiques et évolutifs.

L'aspect clinique a été variable selon l'étiologie :

- Les tableaux de "syndrômes douloureux abdominal aigu" ;
tableaux souvent abattardi par un traitement antérieur intempestif qui a voilé certains signes d'accompagnement ne laissant persister que la douleur. il a été recensé 519 cas de syndrômes douloureux abdominaux dont :

- + 16 cas post-opératoires résolutive sous traitement antalgique et anti-spasmodique.
- + 9 cas ayant abouti à une laparotomie blanche et chez lesquels il a été trouvé une hémoglobino~~se~~ S/c qui serait cause d'une crise vasculo-occlusive abdominale.
- + 494 cas ont reçu un traitement médical antalgique et anti-spasmodique avec ou non une antibiothérapie" à l'aveugle".

- Les lâchages de paroi sans péritonite ont toutes (79 cas) bénéficié d'un geste chirurgical consistant à un ravivement des berges et à une suture.

Le taux de létalité de 7,85 % relativement élevé, tout en prouvant l'embaras dans la décision à prendre (faut-il opérer ou non ?) indique que dans le doute il vaudrait mieux opérer.

IIIème PARTIE
COMMENTAIRES.

COMMENTAIRES

Nos résultats nous suscitent des commentaires sur plusieurs plans que nous examinerons au fur et à mesure.

Comme il a été fréquemment souligné, le manque de précision ou même l'absence de renseignements fournis par les observations a entâché tout le long ce travail.

C'est ainsi que si le sexe n'a pas été souvent notifié, il nous a été aisé, en nous référant au prénom de le retrouver, sauf dans un cas où notre référence était ambiguë. Il n'en va pas de même pour l'âge qui n'a pas été signalé dans 70% des cas (soit 14,05 %) ; ceci soit par omission ou soit le plus souvent que les patients l'ignorent. (cf. tableau IV). Cette faiblesse des dossiers transparait également au niveau de la clinique (absence de relevé des signes d'examen, des constantes, insuffisance des examens complémentaires...).

Aussi ne saurait-on trop prôner la rédaction complète de l'observation : l'omission de l'âge et du sexe ne pourra être vaincue que par une rigueur lors de l'interrogatoire pendant qu'une évaluation approximative pourrait résoudre le problème de l'âge dans les cas où ce sont les sujets qui ne le connaissent pas.

Nous espérons qu'avec la création de l'Ecole Supérieure des Sciences de la Santé, la transformation des structures feront de l'Hôpital Yalgado Ouédraogo un centre hospitalier Universitaire où Etudiants hospitaliers et stagiaires internes s'attelant à ces observations permettront à l'avenir de disposer de documents complets dans ce qu'il conviendra d'appeler "une banque de dossiers".

Les Abdomens Aigus en se classant en deuxième position dans les urgences chirurgicales après les urgences traumatologiques (cf. tableau II) se posent en un problème d'une acuité particulière, devenant presque un problème de santé publique ; ceci d'autant plus qu'ils atteignent toutes les tranches d'âge avec des taux supérieurs à 10 % entre 10 et 50 ans, période où les sujets sont le plus soumis aux contraintes socio-économiques, et d'autant plus qu'ils ont une prépondérance masculine, même si cela ne reflète que la répartition globale de la population voltaïque où l'on trouve 1,08 hommes pour 1 femme du fait que la mortalité féminine (32,1%) est supérieure à la mortalité masculine (31,9 %).

En Haute-Volta en effet, la particularité des Abdomens Aigus est leur caractère évolué, évolution vers les complications qui a pour cause principale : le retard à la consultation (presque toujours après 3 jours) et pour causes non moins négligeables :

- L'altération rapide de l'état général due à cet état latent, précaire de malnutrition limite, surtout aux lendemains de cette grande famine résultant de la sécheresse 1972 - 1973,

-et aussi les troubles hydroélectrolytiques accentués par la sudation importante liée à la chaleur.

Les éléments interférant dans le retard à la consultation sont multiples, pour certaines inhérentes au patient, pour d'autres indépendantes de lui.

.../...

Effectivement nos sujets qui sont aux 3/4 des paysans possèdent une grande capacité d'endurance à la douleur, surtout devant ce vaste inconnu qu'est l'abdomen "le ventre".

Il en résulte qu'en cas d'affection abdominale ce n'est qu'après plusieurs jours de souffrance contenue, que le patient aura recours au tradi-praticien en qui il a une confiance totale. Or force nous est de reconnaître l'impuissance de la médecine traditionnelle en matière de diagnostic et de traitement en chirurgie abdominale, du fait peut être que la chirurgie est d'arsane alors que "la médecine non conventionnelle est d'empirisme, d'individu".

À l'heure où la tendance est de chercher une voie d'approche entre la pratique conventionnelle et la pratique traditionnelle, cette foi au tradi-praticien pourrait être exploitée sous forme d'une collaboration dans le sens que le tradi-praticien, initialement "éduqué", orientera d'emblée sur le centre chirurgical les "ventres" qui seront au dessus de ses moyens, au lieu de tenter d'abord son traitement d'épreuve comme il est de coutume.

Ainsi c'est seulement en l'absence totale d'amélioration que le patient consultera ensuite à l'infirmérie ou au dispensaire le plus proche ; c'est à notre sens ce point qui devrait être un des principaux objectifs des différentes campagnes d'éducation sanitaire : inciter les populations tant rurales que citadines à confier leur problème de santé à la formation sanitaire la plus proche.

Les atermoiements souvent fréquents du malade s'expliquent de ce que le dispensaire ou l'infirmérie très demuni l'orientent

.../...

vers le centre national, en l'occurrence l'Hôpital Yalgado Ouédraogo. Cette crainte de l'évacuation se justifie aussi en ce sens que, "le tarif du remboursement de transport des malades est fonction du parcours aller et retour accompli par la voiture sanitaire. Il est fixé à 20 frs CFA le Kilomètre. Il est fait dérogation pour les malades indigents, (présentent un certificat d'indigence établi par l'autorité administrative) ainsi que pour les évacuations impératives" (Sic) (4). C'est ainsi qu'un malade évacué de Kabadava situé dans le Sous-préfecture de Diapaga, département de l'Est, aura dépensé uniquement pour son transport $20 \text{ frs CFA} \times 515 \times 2 = 20\ 600$ et compte tenu du fait que le revenu annuel brut du voltaïque est de 26 750 F per capita, il arrivera à l'Hôpital Yalgado Ouédraogo démuné de toute possibilité pour s'assurer les médicaments nécessaires à son traitement, l'Hôpital ne pouvant lui en fournir.

Aussi, d'autant plus vrai que l'autorité compétente, c'est à dire le Ministre de la Santé ne "dispose par an que de 203 frs CFA per capita comme budget de Santé et de 9 frs CFA per capita pour les médicaments" (38) et surtout à l'heure où la notion de "justice sociale véritable" est un leitmotiv, il devient impérieux de reconsidérer le système des évacuations vers l'Europe :

- Evacuations excessivement coûteuses puisque les frais de transport par avion aller-retour, les frais d'hospitalisation, les frais d'ordonnance, les frais de séjour pour convalescence sont à charge ~~pour~~ le budget de la santé.

- Evacuation de quelques privilégiés pour la plupart des sujets déjà bien mantis donc influents dont l'évacuation parfois frise la complaisance.

Puisqu'il "faut favoriser la médecine de masse par rapport à la médecine individuelle" (12) la suppression pure et simple de ce système n'étant pas possible parce que certains sujets aussi bien indigents que nantis y trouvent la guérison ; ce ne serait que justice si ce système était amendé premièrement en "évacuant que ceux qui doivent l'être c'est à dire dont l'affection n'a pas le personnel spécialisé et les moyens sur place ce qui n'est pas le cas pour les Abdomens Aigus.

- deuxièmement en faisant contribuer pour un certain pourcentage le patient à évacuer, en fonction de son revenu.

C'est alors que grâce à ces moyens économisés, les nombreux évacués internes de nos campagnes pourront bénéficier, dans leur hôpital national qui restera un recours, d'appareils de diagnostic paracliniques plus élaborés (la paroscopes - endoscopes...) et d'appareils pour une réanimation correcte, élément capital et indispensable en chirurgie abdominale (ex : nutripompes pour l'hypernutrition entérale à base de nutriments que l'on pourrait sélectionner sur place dans la réanimation post-opératoire). Si l'hôpital national ne doit rester qu'un recours, une rééquilibrage de la carte chirurgicale s'impose nécessairement : tout d'abord par une exploitation plus rationnelle des antennes chirurgicales déjà existantes et sous exploitées par défaut de moyens matériel et/ou humain.

- Et ensuite par une création de nouvelles antennes chirurgicales fournissant tous les départements, et où les affections les plus fréquentes, les Hernies étranglées qui constitue 26,18 % des cas d'Abdomens Aigus et les Appendicites qui constituent 18,91 % (cf. tableau VI)

pourront être avec le personnel adéquat, opérés presque sur place, faisant économiser de l'argent au patient et surtout faisant gagner au Médecin du temps, principal élément responsable de la forte mortalité (18,48 %) en matière d'abdomens aigus.

Cette politique en réduisant la "distance village - hôpital" incitera les patients à consulter plus tôt et concourra à la sensibilisation des populations sur les problèmes diagnostiques que rencontre le Médecin, afin que libérées de certaines croyances religieuses, elles comprennent et acceptent le but de l'autopsie (qu'elles ont toujours refusée) comme moyen de diagnostic retrospectif dans les cas nombreux de décès inexplicables, ceci dans leur intérêt, dans l'intérêt du Médecin, dans l'intérêt de la Science et de la Société entière.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

A l'issue de cette première étude sur les abdomens aigus s'étendant de 1975 à 1981 nous avons établi certains constats :

- L'insuffisance numérique et la répartition inadéquate des sept centres chirurgicaux qui déséquilibrent la carte chirurgicale du pays, impriment au service de Chirurgie de l'Hôpital Valpardo Ouédraogo une orientation axée sur l'activité d'urgence. Dans cette activité d'urgence, les abdomens aigus avec 5070 cas recensés se situent en deuxième position après les affections traumatologiques. En occupant cette place prépondérante, ils s'érigent en un problème de Santé publique.

Ce problème est d'autant plus important qu'il concerne toutes les tranches d'âge avec un maximum de fréquence dans la tranche d'âge de [20 30[et qu'il concerne 1,70 fois plus d'hommes que de femmes dans une population voltaïque qui est jeune dans son ensemble. (81,3 % de la population } à moins de 40 ans)

Le profil clinique de nos Abdomens Aigus est particularisé par la grande fréquence de l'Alteration de l'état général (3512 cas) résultante d'une malnutrition limite sous-jacente et surtout du caractère souvent avancé de l'affection.

Malgré l'absence de moyens de réanimation adéquate, base du traitement des Abdomens Aigus, il a été opéré 2 abdomens aigus sur 3. Les autres cas n'ont bénéficié que du traitement médical. Ces thérapeutiques ont permis d'obtenir 82,50 %

de guérison contre 13,15 % de mortalité, 2,12 % d'évasion et 2,32 % de cas où l'évolution n'a pas été précisée.

Des différentes étiologies il ressort une nette prédominance des hernies étranglées avec un pourcentage de 26,18 % suivies en seconde position par les Appendicites 18,91 % et ensuite par les occlusions avec 16,63 %, les péritonites 14,14 %, les traumatismes abdominaux 7,47 %, les urcences gynécologiques 4,34 %, les hémorragies digestives hautes 0,32 %, les divers 11,91 %.

- L'analyse de chaque étiologie permet de retenir divers éléments :

Les hernies étranglées ont une prédominance masculine de l'ordre de 13,60 hommes pour 1 femme et une fréquence maximale entre 30 et 50 ans, qu'expliquent les efforts exercés sur les parois abdominales lors des travaux de force et lors de la défécation souvent difficile du fait de la constipation chronique due à une alimentation à base de farineux. La clinique est dominée par l'accentuation du syndrome occlusif pendant que les hernies inguinales ^{sont} est le type de hernie le plus fréquent avec 68,29 %. La thérapeutique s'est soldée ^{par} 203 cas de resection contre 890 cas de réintégration simple concernant le contenu alors que la technique de Bassini a été la plus utilisée pour la refection pariétale.

L'évolution a abouti à une mortalité de 2,69 % avec un taux de létalité de 10,27 % alors que la durée d'hospitalisation varie de 1 jour à 265 jours.

Les Appendicites avec 949 cas atteignent 0,97 hommes pour 1 femme et sont fréquentes entre 10 et 30 ans. Le tableau clinique à une tendance à la péritonite alors qu'à ventre ouvert l'aspect inflammatoire est retrouvé dans 70,11 %. Il a été effectué 54,87 % d'appendicectomie simple sur les 740 cas opérés et dans 13,24 % un drainage a été nécessaire. La mortalité des appendicites est de 0,24 % tandis que le taux de létalité est de 1,26 %.

Les occlusions avec 845 cas occupant la 3^e place. L'homme est 1,5 fois plus atteint que la femme. La fréquence maximale se situe entre [20 40]. L'aspect clinique est dominé par l'altération de l'état général à type de déshydratation avec tendance au choc. Seulement 35,86 % des occlusions ont pu être opérés, permettant de relever les brides comme cause principale d'occlusion (41,72 % des causes). Les insuffisances de la réanimation (qui se fait "par tâtonnements") le retard à l'intervention que corroborent les 97 cas de resection intestinale, sont à la base du taux de létalité de 34,79 %, taux le plus important de tous les Abdomens Aigus, de même que le taux de mortalité de 5,85%.

Les péritonites avec 710 cas ont une incidence 1,04 fois plus grande chez l'homme que chez la femme et des fréquences importantes entre 10 et 40 ans. Les aspects cliniques ont été généralisés dans 71,41 % des cas et localisés dans 28,59 % des cas. Il a été relevé 73 cas de formes asthéniques et 453 cas de formes sthéniques. L'étiologie de ces péritonites est dominée par les perforations non traumatiques qui sont les plus en cause surtout au niveau du grêle (25,45 %).

La thérapeutique chirurgicale a associé au traitement étiologique, la toilette intracavitaire et le drainage passif. La mortalité globale est de 2,03 % avec un taux de létalité de 14,36 %.

Les traumatismes abdominaux avec 375 cas atteignent 4,2 hommes pour 1 femme. Ils sont fréquents entre 10 et 30 ans et leur plus grand pourvoyeur est les accidents de la voie publique avec un pourcentage de 34,94 % suivi par les lésions par arme blanche dans 14,14 %. Les traumatismes fermés (51,44 %) sont plus fréquents que les plaies (42,54%). Les tableaux cliniques d'hémorragie interne ou de péritonite ont permis à la laparotomie de relever que le rate était l'organe le plus atteint (17,23 %) alors que sur le nombre total d'explorations on aboutit à 27,43 % d'explorations négatives. Le traitement étiologique aidé de la réanimation n'a pas empêché une mortalité de 1,14 % avec un taux de létalité de 15,20 % ; ce qui a incité à affirmer que seule une institution du code de la route dans le programme scolaire par les autorités de l'Education pourra en diminuant les accidents de voie publique faire baisser le taux de ces traumatismes abdominaux.

Les urgences gynécologiques, apanage de la femme, avec 218 cas, sont dominées par les grossesses extra-utérines avec 211 cas dont 205 rompues. Ces grossesses extra-utérines ont une fréquence maximale (38,39 %) entre 25 et 30 ans. Le tableau clinique est dominé par l'hémorragie interne. A l'intervention chirurgicale il est découvert que le segment ampullaire de la trompe (176 cas) est le siège le plus sollicité (69 cas) des nidations ectopiques. La thérapeutique chirurgicale a eu des indications conservatrices

reres au fait de la rupture de ces grossesses : c'est ainsi qu'il y a eu 145 cas de ~~sabp~~ingectomie et 18 annexectomies. La durée d'hospitalisation est de 11 jours environ dans les cas d'évolution simple. La mortalité est de 0,24 % tandis que le taux de létalité 5,50 %.

Les hémorragies digestives hautes représentent 0,22 % des abdomens aigus, fréquence peu importante, de fait qu'elles sont orientées d'emblée au service de Médecine Générale. Le tableau clinique est dominé par l'intensité de l'anémie. L'absence de matériel endoscopique n'ayant pas permis le diagnostic lésionnel, seule la réanimation à base de transfusion de sang total iso-groupe et iso-rhésus a été entreprise. Ce traitement a abouti à une mortalité de 0,04 % avec un taux de létalité de 18,18 %.

Les divers, avec l'importance de la fréquence de 11,91 % indiquent la complexité et la difficulté diagnostique de certaines formes d'abdomens aigus. La mortalité de 0,97 % et le taux important de létalité 7,85 % prouvant l'embarras dans la décision thérapeutique à adopter, confirme que dans le doute il vaudrait mieux toujours intervenir.

Cette étude tout en relevant les insuffisances des moyens de diagnostic paraclinique, des moyens thérapeutiques (surtout de réanimation) a noté que le retard à la consultation est une des causes, sinon la principale de la forte mortalité ; aussi a-t-elle proposé qu'une meilleure éducation sanitaire soit entreprise dans le sens de la fréquentation hospitalière qui peut être favorisée :

- d'une part par l'établissement d'une collaboration entre le praticien de la médecine traditionnelle et celui de la médecine conventionnelle.

- D'autre part par la diminution "de la distance village-hôpital" ; donc par la création de nouveaux centres chirurgicaux au moins dans chaque département, ce qui supposerait une gestion plus rationnelle du budget déjà modeste de la santé, en apportant des amendements au coûteux système des évacuations sanitaires vers l'Europe.

Enfin, si l'avenir de notre chirurgie, de notre médecine générale, dépend de l'intérêt que les Médecins portent à la Santé des populations, il n'en demeure pas moins que cet avenir appartient aux autorités politiques qui disposent des moyens et du pouvoir de décision.

Et comme il est ressorti des Xèmes journées médicales de Dakar, c'est seulement par une prise de conscience de ces autorités politiques qui passant le cap où " la Santé n'était considérée que comme un moyen de développement" en feront "un véritable objectif de développement" pour le bien-être de nos populations. (12).

BIBLIOGRAPHIE

- 1) - ADJADJA GEORGES
Contribution à l'étude des péritonites aiguës généralisées
chez l'enfant.
(A propos de 100 observations de la clinique Chirurgicale
de l'U.N.I. de Dakar)
Thèse Méd. Dakar 1980 N° 45.
- 2) - ARNAUD (J.P.) - TURBELIN (J.M.)
Conduite à tenir devant un abdomen aigu
E.M.C. Paris-Urgences 24.039 P 10 , 3-1982
- 3) - AYEVA A. DERRIAN
Traitement chirurgical de la maladie ulcéreuse
gastro-duodénale en milieu Africain au Bénin
Fleidyoyer pour la vagotomie supra-sélective
Afr. Méd. 1979, 18, (171) pp.433-434
- 4) - BANQUE DE SANG DE HAUTE-VOLTA
Revue sur "l'Hôpital YAICADO QUEFRAOGO"
- 5) - CADY (J.) - CLOT (J.P.)
Urgences abdominales pseudo-chirurgicales
E.M.C. Paris Urgences 24.041 A 10 - 1979
- 6) - CARABALONA (P.) (Tableau ronde sous la direction de)
avec la collaboration de DOUTRE (L.P.), FIDELMAN (G.)
GROSDIDIER (J.) LOYGUE (J. et MAHY (P.)
Perforations coliques non traumatiques
Actualités Chirurgicales, 80è Congrès Français de Chirurgie
1979 pp. 21-37 - MASSON et Cie.

7) - CHALBOT (P.) et COLL.

A propos de 1766 cas d'urgences abdominales

Statistiques de 10 ans d'un service de Chirurgie Générale

Ann. Chir. 15, 1-2, 29-34, 1962

8) - CHICHE (P.)

Appendicites aiguës

E.M.C. Paris Urgences 24.050 A1 10 (4.3.04), 1978

9) - CHICHE (B.) - MOULLE (P.)

Urgences chirurgicales

pp. 2-86 MASSON Paris 1980

10) - CHICHE (B.) - MOULLE (P.) - FELIX (G.) - DELAITRE (E.)

Perforations des ulcères gastro-duodénaux

Orientation thérapeutique

J. Chir. 112, pp. 335-346 - 1976

11) - CLOT (PH.)

Contusions et plaies de l'abdomen

Urgences 24.039 A10 11 - E.M.C. Paris 1979

12) - CONTRELLE (P.) - IDIOP MAR

Démographie et Santé

Méd. d'Afr. Noire Mai 1982

X ème; journées médicales de Dakar

13) - COURBIL (J.) et COLL.

Attitude thérapeutique devant les perforations dites

infectieuses de l'intestin grêle en Afrique Noire

Méd. Trop. 1979, 39/4 463-467

- 14) - DETRIE (F.)
Les hernies étranulées in : Chirurgie d'urgences
pp. 338-403 MASSON 1976
- 15) - DETRIE (F.)
Les reinterventions d'urgences en chirurgie abdominale in:
Chirurgie d'urgences 400-404 MASSON 1976
- 16) - DUBARRY et COULBOIS (J.)
Endoscopie d'urgence en gastro-entérologie
Rev. Prat. 1971,21 pp. 2615-2623
- 17) - DUTRANCY (G.)
Kyste de l'ovaire
Supplément A Vie Médicale N° 24-25 Juin-Juillet 1976
- 18) - GROSDIDIER (J.) et ROISSEL (F.)
8 contusions et plaies de l'abdomen
Estomac - Intestin - 4.9007, A10 - E.M.C. Paris 1977
- 19) - GROSDIDIER (J.) et ROISSEL (P.)
Péritonites aiguës
Estomac - Intestin 9045, A10 - E.M.C. Paris 1971
- 20) - GUIVARC'H (M.) et BENHAMIDAF
Appendicites
Rev. Prat. 26,1,84, 1976
- 21) - HOLLFENDER (L.F.) - SAVA (G.) et GILLET (M.)
Les éviscérations aiguës post-opératoires
Ann. Chir. 23,137 - 148, 1969

- 22) - INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE
DE HAUTES-VOLTA
" Recensement général de la population - Décembre 1975"
Vol. I Août 1978
- 23) - KERREH (K.) HOMAWOCH (K.) MENNING (G.) CHABI KENOU -
FLENSIS (J.P.)
Bilan de 452 urgences abdominales observées en milieu
Togolais
Sci. Méd. Tr. 1977, Vol. 8 N° 39 pp. 217-220
- 24) - FERNBAUM (S.)
Eléments de pathologie infectieuse
Spécia. Paris 28-29, 1980
- 25) - KOUMARE (A.K.) - BAYA (S.) et DIALLO (B.)
20 cas de G.E.U. en un an dans un service de chirurgie
digestive au Mali.
Médecine d'Afrique Noire : 1982, 29 (2)
- 26) - LABAYELE (D.) - GAYRAL (F.) - BUFFET (C.) et CHAFFUT (J.C.)
Hémorragies digestives non traumatiques de l'adulte
E.M.C. (Paris) - Urgences fascicule 24039, p. 10, (4-1978)
- 27) - LAGACHE (G.) et FOURLINNIE (J.C.)
Syndrômes occlusifs intestinaux aigus
Estomac-Intestin, 9, A10 - E.M.C. Paris 1968
- 28) - LAHBABI (S.)
Urgence chez les polytraumatisés
Paris - Maloine 1974 , 196p. 163 rdx

- 29) - LAURENCE (G.)
Physiologie du péritoine
Rev. Prat. 1969, 14 (4) : 415 - 431
- 30) - LEBRIOT (J.F.) - HOVASSE (P.)
Péritonites aigues
E.M.C. Paris Urgences, 12, 1975, 24.048 B10
- 31) - LENTENCE (M.) - DUFOUR (N.) - ZEITON (F.)
Abdomens aigus médicaux de l'adulte
Estomac - Intestin - 7, 1975, 9. 042 - A10 E.M.C. Paris
- 32) - LOZACHEMUR (E.)
Eléments d'Epidémiologie Statistique
O.C.C.G.F.
- 33) - MC LAUGHIN (J.C.) and Coll.
Intact removal of phytobezoar using fiberoptic endoscopy
in patient with gastric atony
British Méd. J. 1979 1/6176, 1466
- 34) - MINISTRE DES LA SANTE PUBLIQUE DE HAUTE-VOLTA
Rapport annuel 1975
- 35) - MONDOR (H.)
Diagnostics Urgents (Abdomen)
1940, 4è édition MASSON et Cie
- 36) - MORTINOT (M.)
Torsions des annexes et tumeurs utéro-annexielles
Urgences - 24.058 A10 E.M.C. Paris

- 43) - THOMASSON (J. de)
Complications des hernies abdominales
Urgences, 24060, A10, F.M.C. Paris 1968
- 44) - UMERIF (B.C.) - ORADIYE (G.)
Acute abdomen in the Zambian Africa
East Afr. Méd. J. Kenya 1978 Vol. 55 N° 22 pp. 77-80
- 45) - VILLET (R.) - GERMAIN (A.) FAGNIEZ (P.L.)
Les abcès du foie à pyogènes : Aspects actuels
Rev. Prat. (Paris) 1980, 30, 691-700
- 46) - VOVOR (M.V.) - ODOULANI (H) et DIOF (A.)
A propos du traitement des volvulus du colon sigmoïde :
Chirurgie 72, 98, 724-728 MASSON 1972
- 47) - VOVOR (M.V.) et KEKEH (K.)
Perforations intestinales multiples d'origine typhique
chez l'enfant Africain. Intérêt du lavage péritonéal
Marseille chirurgical, 1959, 11 (3) , 367-370
- 48) - ZINSOU (R.D.) ALIHONOU (E.) SALLA (S.) MENSAH (A.)
SIMAGA (D.) LAWSON (G.) NOUHOUAYI (Y.)
A propos d'une série de 123 G.E.U. chez l'Africaine
à Dakar.
Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Lgue frse 1971
t.XVI (3), 429-435

- 37) - N'GUESSAN (H.A.) F'ORIOT (L.M.) WAOTA (A.C.) KADIO (B.)
ACQUAVIVA (F.) et CORNET (L.)
Invasion intestinale de l'adulte : (A propos de 10 cas)
Méd. d'Afr. Noire : 1981, 28 (12)
- 38) - O.M.S.
Sixième rapport sur la situation sanitaire dans le monde
1973 - 1977 Partie II: exposés par pays et territoires
Genève 1980
- 39) - FADONOU (M) - DIAGNE (B.A.) - N'DOYE (M.) - CHERPONNEL
et NUSSAUME (O.)
Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au
C.H.U. de Dakar Statistique de 4 années (1973-1976)
Dakar Médical Bulletin de la Société Médicale d'Afrique
Noire de Langue Française 1979, 24 1,90-97
- 40) - REYMONDS (J.C.)
Contusions abdominales: Etude clinique
Rev. Prat. Tome XIII N° 22 Septembre 1963
- 41) - BOUY (C.) - KOUAME (J.) - KANGA (D.) - HOUENOU (Y.)
TIMITE (A.M.) DICK (B.) N'GBO (M.L.) et J. ASSI ADOU
Imperforations anales : Expérience clinique et Thérapeutique
Médecine d'Afrique Noire : 1981, 28 (12)
- 42) - TERNON (Y.)
Contusions abdominales : le traumatisme et ses effets
Etude analytique et statistique
Rev. Prat., Tome XIII, N° 22 Septembre 1963

LES ABDOMENS AIGUS CHIRURGICAUX EN HAUTE VOLTA BILAN DE 7 ANS D'ACTIVITE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE

RESUME :

Le centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou est avec l'hôpital national de Bobo Dioulasso, l'hôpital de référence de toute la Haute Volta.

Dans le bilan de son service de chirurgie générale de 1975 à 1981 il a été recensé 5020 cas d'abdomens aigus chirurgicaux se répartissant :

- 20,18 % pour les hernies étranglées
- 18,91 % pour les appendicites
- 16,83 % pour les occlusions
- 14,14 % pour les péritonites
- 7,47 % pour les traumatismes abdominaux
- 4,34 % pour les urgences gynécologiques
- 0,22 % pour les hémorragies digestives hautes
- 11,91 % pour les divers

Le profil de ces abdomens aigus est qu'ils concernent la tranche d'âge la plus active, de 20 à 30ans, atteignant 1,7 fois plus l'homme que la femme et se caractérisant par une importante altération de l'état général du patient (69% des cas) lié au retard à la consultation et à l'état habituel de malnutrition limite.

Malgré la modicité des examens complémentaires para cliniques et des moyens de réanimation le taux de guérison obtenu a été de (82,5% contre 13,16% de mortalité).

Les autorités sanitaires sont interpellées pour réviser les modalités d'évacuation sanitaire vers l'extérieur en privilégiant l'équipement des structures internes et la formation des chirurgiens.

Mots clefs : Chirurgie, abdomen aigu, urgences.

AUTEUR : BAMOUNI YOMBOE ABEL
03 BP 7021 OUAGA 03 BURKINA FASO