

REPUBLICQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Université KasdiMerbah Ouargla

Faculté de Médecine

Département de Médecine

Profil clinique et évolutif des urgences chirurgicales abdominales au niveau de l'EPH Ouargla, étude prospective sur une période de 04 mois

Travail de fin d'études pour l'obtention du grade Docteur en Médecine
Présenté par :

ARABA Maroua

SIAGH Djihad

Encadrées par :

Docteur NOUCER Adib

Devant le jury composé de :

Dr SAHRAOUI Saïd

Président

Maitre de conférences en chirurgie générale

Dr NOUCER Adib

Promoteur

Maitre de conférences en chirurgie générale

Dr BENBAKAI Fayçal

Examineur

Maitre-assistant en chirurgie générale

Année universitaire :

2022-2023

REPUBLICQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Université KasdiMerbah Ouargla

Faculté de Médecine

Département de Médecine

Profil clinique et évolutif des urgences chirurgicales abdominales au niveau de l'EPH Ouargla, étude prospective sur une période de 04 mois

Travail de fin d'études pour l'obtention du grade Docteur en Médecine
Présenté par :

ARABA Maroua

SIAGH Djihad

Encadrées par :

Docteur NOUCER Adib

Devant le jury composé de :

**Dr SAHRAOUI Saïd
Dr NOUCER Adib
Dr BENBAKAI Fayçal**

**Président Maitre de conférences en chirurgie générale
Promoteur Maitre de conférences en chirurgie générale
Examineur Maitre-assistant en chirurgie générale**

Année universitaire :

2022-2023

REMERCIEMENT

AU BON DIEU tout puissant qui par sa miséricorde, m'accorda le savoir et le courage nécessaire pour réaliser ce document.

Fasse que je me souvienne toujours de toi en tout lieu et en toutes circonstances et à chaque instant de ma vie.

Nos remerciements très particuliers s'adressent à notre cher maître et superviseur Docteur NOUCER Adib maître de conférences en chirurgie générale et oncologie au niveau de l'EPH Mohamed Boudiaf à Ouargla pour nous avoir dirigés et orientés afin de réaliser ce travail.

Nous tenons à remercier les membres de jury,

Dr SAHRAOUI Saïd, Maître de conférences en chirurgie générale.

DrBENBAKAI Fayçal, Maître-assistant en chirurgie générale.

Dr RAHMI Amine, Maître-assistant en anesthésie-réanimation.

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Merci de l'attention que vous portez à notre projet. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Un grand merci aux personnels de service de chirurgie générale et chirurgie infantile, du bloc opératoire, de service de réanimation et de pavillon d'urgence de l'EPH Mohamed Boudiaf d'Ouargla pour leur accueil et aides.

Enfin, nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

DEDICACES

A mes chers parents : ARABA Bachir et GUETTAFI Aicha

Merci MAMA merci PAPA pour tous vos efforts consentis pour notre réussite. Vous avez toujours été là pour nous donner votre amour, nous éduquer, nous donner l'espoir et la force. Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance pour tous ce que vous avez fait pour moi. Voici le fruit de tous vos efforts consentis à mon égard. Que Dieu le tout puissant puisse vous garder longtemps auprès de nous.

A cher maitre docteur **NAAMANI SALAM AICHA** un très grand merci pour votre enseignement et vos nombreux services, merci pour les moments inoubliables passés ensemble, pour les mots de motivation gravés dans ma mémoire.

A mon frère et mes sœurs : Abd El Kahar, Sara, Hiba, Rahma.

Ce travail est le vôtre également ; si je suis là aujourd'hui c'est quelque part grâce à vos encouragements et vos soutiens. Merci pour l'accompagnement tout au long de ce cycle.

Un grand merci également à **mon beau-frère**, Abderraouf.

M. Arigue, Merci pour tout le soutien que vous m'aviez apporté, votre encouragement et accompagnement dans les moments difficiles.

Ma chère Radia, merci pour ton support durant les 7 ans d'étude tu étais toujours ma grande sœur.

Mes chers oncles, vous étiez toujours derrière moi,

Un spécial merci à mon oncle le professeur ARABA El hadj.

Mes petites cousines et mes nièces : Maisam, Hanine, Wafa, Takoua, Abderrahmane, Raid, Islam, Moatassem, Kaouther.

A mes chères amies, Maroua, Hana.

A mes **camarades internes**: surtout mes deux chères internes Dr KHECHANA, Dr OUCIF merci énormément pour votre aide dans la collecte des informations, DrSiagh, Dr Aidane, Dr Benhammouda, Dr Bentabbal, DR Moulay omar, Dr Bekkouche, Dr Ghaya, Dr Soudani et Dr Guehef. J'ai passé des moments fabuleux avec vous.

Je dédie ce travail à ma mère, pour le modèle qu'elle représente à mes yeux, sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui

ARABA Maroua

Je dédie ce modeste travail

A mon cher père **Siagh Larbi**, ma chère mère **LoukrizKhira** ;

Qui m'ont soutenu et encouragé durant ces années d'études, pour ses sacrifices et la confiance qu'il m'a accordée.

A mes chers frères **Ahmed** et **Mohammed Cherif**, mes belles sœurs **Basma** et **Ritadj** ;

Source de bonheur, d'espoir et de motivation.

A mon cher cousin, **KhairEdinne**.

A ma chère amie avant d'être binôme **Araba Maroua**.

A tous mes amis et mes collègues, tout particulièrement Oucif, Khachana, Benseddik, Benhmmouda, Aidène, Si lekbir, Belamoudi, Bendouma.

A toute personne qui occupe une place dans mon cœur.

SIAGH Jihad

Liste des abréviations

OMS	Organisation Mondiale de santé.
FC	Fréquence Cardiaque.
FR	Fréquence Respiratoire.
TA	Tension Artérielle.
T°	Température.
OIA	Occlusion Intestinale Aigüe.
NFS	Numération Formule Sanguin.
TP	Taux de Prothrombine.
CRP	C-Réactive Protéine.
ASP	Abdomen Sans Préparation.
NHA	Niveaux Hydro-Aérique.
TDM	Tomodensitométrie.
IPP	Inhibiteur de la Pompe Protéine.
SNG	Sonde Nasogastrique.
EPH	Etablissement Publique Hospitalière.
CCI	Chirurgie Infantile.
J	Jour.
Sem	Semaine.
N	Normale.
h	Heure.
FID	Fosse Iliaque Droite.
HCD	Hypochondre Droite.
HCG	Hypochondre Gauche.
PA	Pancréatite Aigüe.
A/P	Abdomino-Pelviennne.

Liste des tableaux

<i>Tableau 1: Les données générales sur la willaya d'Ouargla selon les dernières statistiques 2022</i>	17
<i>Tableau 2 Répartition des urgences chirurgicales</i>	23
<i>Tableau 3 Répartition des patients hospitalisés selon leurs adresses</i>	25
<i>Tableau 4 Répartition des patients selon l'état général à l'admission</i>	30
<i>Tableau 5 Répartition des patients selon la coloration cutanéomuqueuse</i>	30
<i>Tableau 6 Répartition des patients selon la présence de fièvre</i>	31
<i>Tableau 7 Répartition des patients selon la fréquence cardiaque</i>	31
<i>Tableau 8 Répartition des patients selon la fréquence respiratoire</i>	31
<i>Tableau 9 Répartition des patients selon les valeurs de la tension artérielle</i>	32
<i>Tableau 10 Répartition des patients selon l'IMC</i>	32
<i>Tableau 11 Répartition des patients selon le type d'anesthésie</i>	44
<i>Tableau 12 Répartition des patients selon la voie d'abord</i>	44
<i>Tableau 13 Répartition des patients selon l'évolution à J10</i>	54
<i>Tableau 14 Répartition des patients selon l'évolution à 1 mois</i>	54
<i>Tableau 15 La fréquences des urgences chirurgicales digestives</i>	56
<i>Tableau 16 Tranche d'âge la plus touchée</i>	57
<i>Tableau 17 Répartition des urgences chirurgicale digestives par sexe</i>	57
<i>Tableau 18 Répartition des urgences chirurgicales digestives selon délai de consultation</i>	58
<i>Tableau 19 Apport de TDM dans les OIA</i>	60
<i>Tableau 20 Comparaison des étiologies des urgences chirurgicales digestives</i>	60
<i>Tableau 21 Comparaison selon l'évolution</i>	63

Liste des figures

Figure 1:anatomie de l'appareil digestif (9)	4
Figure 2:anatomie de l'estomac et duodénum (10)	5
Figure 3: Anatomie de gros intestin (11)	6
Figure 4:Une occlusion intestinale grêlique (image à droite), colique (les 2 images à gauche) sur l'ASP (22)	11
Figure 5:Les croissants gazeux montrent une pneumopéritoine au cours de péritonite (23)	12
Figure 6 Répartition des patients selon le service d'hospitalisation	23
Figure 7 Répartition des patients hospitalisés selon le sexe	24
Figure 8 Répartition des patients hospitalisés selon la tranche d'âge	24
Figure 9 Répartition des patients hospitalisés selon le niveau scolaire	25
Figure 10 Répartition des patients selon les antécédents médicaux	26
Figure 11 Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux	26
Figure 12 Répartition des patients selon le motif de consultation	27
Figure 13 Répartition des patients selon la survenue de vomissements	27
Figure 14 Répartition des patients selon le siège de la douleur	28
Figure 15 Répartition des patients selon le mode de début des symptômes	28
Figure 16 Répartition des patients selon l'intensité des douleurs	29
Figure 17 Répartition des patients selon l'irradiation de la douleur	29
Figure 18 Répartition des patients selon le mode d'évolution des douleurs	30
Figure 19 Répartition des patients selon les mouvements abdominaux	33
Figure 20 Répartition selon la distension abdominale	33
Figure 21 Répartition des patients selon la douleur à la palpation	34
Figure 22 Répartition des patients selon la présence d'une défense	34
Figure 23 Répartition des patients selon la contracture abdominale	35
Figure 24 Répartition des patients selon le résultat de la percussion	35
Figure 25 Répartition des patients selon la réalisation de TR	36
Figure 26 Répartition des patients selon le résultat de la formule sanguine	36
Figure 27 Répartition des patients selon le résultat de CRP	37
Figure 28 Répartition des patients selon le résultat de lipasémie	37
Figure 29 Répartition des patients selon la natrémie	38
Figure 30 Répartition des patients selon la kaliémie	38
Figure 31 Répartition des patients selon le résultat de l'ASP	39
Figure 32 Répartition des patients selon le résultat de l'échographie	39
Figure 33 Répartition des patients selon le résultat de TDM	40
Figure 34 Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire	40
Figure 35 Répartition des patients hospitalisés selon le délai de consultation	41
Figure 36 Répartition des patients hospitalisés selon le délai de pose diagnostic	42
Figure 37 Répartition des patients selon le traitement avant l'admission	42
Figure 38 Répartition des patients selon le traitement préopératoire	43
Figure 39 Répartition des patients selon le traitement per opératoire	43
Figure 40 Répartition des patients selon les gestes effectués	45
Figure 41 Répartition des patients selon la durée d'intervention	45
Figure 42 Répartition des patients selon les complications peropératoires	46
Figure 43 Répartition des patients selon la présence de drain	46
Figure 44 Répartition des patients selon le type de drain	47
Figure 45 Répartition des patients selon l'endroit de mise de drain	47
Figure 46 Répartition des patients selon la nature de liquide de drainage	48

<i>Figure 47 Répartition des patients selon la quantité de liquide</i>	48
<i>Figure 48 Répartition des patients hospitalisés selon le délai entrée-intervention</i>	49
<i>Figure 49 Répartition des patients selon la déambulation</i>	50
<i>Figure 50 Répartition des patients selon la reprise de transit</i>	50
<i>Figure 51 Répartition des patients selon le délai de l'autorisation de l'alimentation</i>	51
<i>Figure 52 Répartition des patients selon le séjour post opératoire</i>	51
<i>Figure 53 Répartition des patients selon le mode de sortie de l'établissement</i>	52
<i>Figure 54 Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation</i>	53
<i>Figure 55 Répartition des patients selon la consultation post opératoire</i>	53

Table des matières

REMERCIEMENT	II
DEDICACES.....	III
LISTE DES ABREVIATIONS	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES FIGURES	VII
TABLE DES MATIERES.....	IX
INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE	3
1. Généralité :.....	4
2. Rappel anatomique de l'appareil digestif :.....	4
2.1. L'œsophage :.....	5
2.2. L'estomac :.....	5
2.3. L'intestin grêle :	6
2.4. Colon- rectum- canal anal :.....	6
2.5. Glandes Annexes :.....	7
3. Pathologie abdominale d'urgence :.....	7
3.1. Définition :	7
3.2. Epidémiologie :	8
3.3. Diagnostic d'une urgence chirurgicale digestive :.....	9
3.4. Traitement :.....	13
METHODES ET MATERIELS	15
1. Type et période d'étude :	16
2. Cadre d'étude :.....	16
3. Présentation de la Wilaya d'Ouargla :	16
4. Présentation de l'Etablissement Public Hospitalier Mohamed Boudiaf Ouargla :	17

4.1.	Repères Historiques :	17
4.2.	Présentation du service de la chirurgie :	18
4.3.	Présentation du service de la chirurgie infantile:	19
5.	Echantillonnage :	20
5.1.	Critères d'inclusion :	20
5.2.	Critères de non inclusion :	20
6.	La collecte des données :	20
7.	Les variables étudiées :	20
8.	Saisie et analyse des données :	21
9.	Considérations éthiques :	21
RESULTATS		22
1.	Répartition des patients selon le service d'hospitalisations :	23
2.	Répartition des patients selon le sexe :	24
3.	Répartition des patients selon la tranche d'âge :	24
4.	Répartition des patients selon l'adresse :	25
5.	Répartition des patients selon le niveau scolaire :	25
6.	Répartition des patients selon les antécédents :	26
7.	Répartition des patients selon le motif de consultation:	26
8.	Répartition des patients selon les caractéristiques de la douleur :	28
9.	Répartition des patients selon le résultat de l'examen général :	30
10.	Répartition des patients selon le résultat de l'examen clinique :	32
11.	Répartition des patients selon le résultat d'examens biologiques:	36
12.	Répartition des patients selon le résultat de radiologie :	38
13.	Répartition des patients selon les pathologies :	40
14.	Répartition des patients selon le délai de consultation :	41
15.	Répartition des patients selon le délai de pose diagnostic :	41
16.	Répartition des patients selon résultat de traitement :	42
17.	Répartition des patients selon le délai de chirurgie :	49

18.	Répartition des patients selon l'évolution post opératoire :	49
19.	Répartition des patients selon le séjour post opératoire :	51
20.	Répartition des patients selon le mode de sortie :	52
21.	Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation :	52
22.	Répartition des patients selon l'évolution :	53
DISCUSSION.....		55
1.	Fréquence des urgences digestives :	56
2.	Les données sociodémographiques :	56
2.1.	Age :	56
2.2.	Sexe :	57
3.	Délai de consultation :	58
4.	Délai de diagnostic	58
5.	Les données cliniques :	58
6.	Les données para cliniques :	59
6.1.	Interprétation des données biologiques :	59
6.2.	Interprétation des données radiologiques :	59
7.	Fréquence des principales étiologies :	60
Selon la littérature, la perforation d'ulcère gastroduodénale est la première cause de péritonite généralisée.....		61
Dans notre étude et celui de Marrakech et contrairement aux données de la littérature, la péritonite appendiculaire a occupé la première place ce résultat du a un retard de prise en charge des appendicites.		61
8.	Traitement chirurgical :	61
9.	Le délai de chirurgie :	61
10.	Le séjour post opératoire :	62
11.	Le mode de sortie :	62
12.	L'évolution :	62
13.	Force de l'étude :	63
14.	Limite de l'étude :	63
RECOMMANDATION.....		64

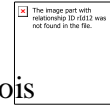
CONCLUSION.....	66
BIBLIOGRAPHIE.....	68
ANNEXES.....	72

RESUMES

ARABA Maroua

SIAGH Djihad

Profil clinique et évolutif des urgences chirurgicales abdominales
au niveau de l'EPH Ouargla, étude prospective sur une période de 04 mois
Travail de fin d'études pour l'obtention du grade Docteur en Médecine



RESUME

Introduction : les urgences chirurgicales abdominales désignent un processus abdominal pathologique d'évolution aiguë compromettant à très court terme une ou plusieurs fonctions vitales et demandant de ce fait une évaluation diagnostique et un traitement chirurgical rapide.

Les urgences digestives occupent une place importante dans la pathologie chirurgicale d'urgence.

Objectif principal : Décrire les aspects cliniques et évolutifs des urgences chirurgicales digestives à l'EPH MOHAMMED BOUDIAF d'Ouargla.

Matériel et Méthode : il s'agissait d'une étude prospective descriptive réalisée sur un délai de 04 mois (01 Novembre 2022 à 28 Janvier 2023, répartis en 3mois de recrutement et un mois de contrôle) portant sur 143patients ayant été prise en charge pour des urgences chirurgicales au niveau de services de chirurgie générale et chirurgie infantile de l'EPH Mohammed Boudiaf d'Ouargla.

Résultats et discussion : 143 cas d'urgences chirurgicales digestives donnant ainsi une fréquence d'environ 30% parmi l'ensemble des urgences. L'échantillon était composé de 85 hommes et 58 femmes avec un sexe ratio H/F de 1,46. L'âge moyen des patients était de 23 ans avec des extrêmes de 04 mois et de 83ans. Les trois principales étiologies étaient les appendicites aiguës 104 cas (72,7%), les occlusions intestinales aiguës 12 cas (8,4%) et les péritonites aiguës généralisées 08 cas (5,6%). La voie d'abord chirurgicale était classique dominées par les incisions de Mc Burney 102 cas (71,3%), la voie cœlioscopique n'est pratiquée que chez 05 descas. Les suites opératoires étaient favorables dans 93,9% des cas, tandis qu'elles ont été émaillées de complications dans 8cas (6,3 %) faites de sepsis de paroi dans 2 cas (1,5%), 06 patients soit 4,6% étaient décédés dans les suites opératoires

Conclusion : les urgences chirurgicales digestives sont fréquentes à l'hôpital d'Ouargla et affectent majoritairement la population jeune. Des étiologies multiples avec des tableaux cliniques variés. Les complications postopératoires sont faibles avec un taux inquiétant de décès dû au retard diagnostique et de prise en charge qui sont les facteurs déterminants de pronostic.

Mots clés : urgence, chirurgicale, digestif, clinique, évolution, Ouargla.

Encadrant : **NOUCER Adib**
L'année universitaire : 2022/2023

ARABA Maroua
SIAGH Jihad

Clinical and evolutionary profile of the digestif surgical emergencies of
EPH-Ouargla-, prospective study over a period of 04 months
Dissertation submitted to obtain Degree in Doctor of Medicine

ABSTRACT

Introduction: Abdominal surgical emergencies can be defined as pathological abdominal process of acute evolution that jeopardize the very short term of one or more vital functions. Therefore, a diagnostic evaluation and a surgical treatment must be made quickly.

Primary Objective: To describe the clinical and evolutionary aspects of digestive surgical emergencies at EPH Mohamed Boudiaf-Ouargla-.

Material and Method: This was a prospective descriptive study over a period of 3 months (from November 1st, 2022 to January 31st, 2023). Our study involves 143 patients who had undergone digestive surgical emergencies at the Departments of General Surgery and Pediatric Surgery of EPH Mohamed Boudiaf –Ouargla-

Discussion and Results: 143 cases of digestive surgical emergencies accounted for 17% of all emergencies. The sample was composed of 85 males and 58 females with a sex ratio M/F of 1.46. The mean age of patients was 23 years old with extremes of 4 months and 83 years old. The three main etiologies were acute appendicitis 104 cases (72.7%), acute intestinal obstruction 12 years old (8.4%) and acute generalized peritonitis 8 cases (5.6%). The surgical approaches were dominated by Mc Burney's incisions 102 cases (71.3%). The Mc Burney's incision rate is proportional to the frequency of appendicitis in the series.

The postoperative course was complicated by parietal suppurations in 2 cases (1.4%) followed by 6 cases (4.2%) of death. The average length of hospital stay was 80.45 hours with extremes between 14h and 18 days.

Conclusion: Digestive surgical emergencies are frequent at Ouargla hospital and they mainly affect young people.

Multiple etiologies with varied clinical pictures. The postoperative complications are low with a death rate due to delayed diagnosis and treatment which are regarded as the determining factors of prognosis.

Keywords : emergency, surgical, digestive, clinic, evolution, Ouargla.

Supervisor: **NOUCER Adib**
Universitar year: 2022/2023

عرابة مروة

صياغ جهاد

الخصائص السريرية و التطورية لحالات الطوارئ البطنية بمستشفى محمد بوضياف ورقلة لمدة 4 أشهر
أطروحة نهاية الدراسة لنيل درجة دكتور في الطب

ملخص

مقدمة:

تعد حالات الطوارئ الجراحية في الجهاز الهضمي عملية بطنية مرضية من التطور الحاد الذي قد يؤثر على المدى القصير لإحدى الوظائف الحيوية أو أكثر. ويقتضي هذا الأخير تقييما تشخيصيا وعلاجا جراحيا سريعا.
الهدف الرئيسي:
تهدف هذه الدراسة إلى وصف الجوانب السريرية والتطورية لحالات الطوارئ الجراحية في الجهاز الهضمي في مستشفى محمد بوضياف-ورقلة.

المواد والأساليب:

كان بحثنا عبارة عن دراسة وصفية مستقبلية والتي دامت لمدة 3 أشهر (من الفاتح نوفمبر 2022 إلى 31 جانفي 2023). تضمنت دراستنا 143 مريضا والذين تعرضوا لحالات الطوارئ الجراحية في مصلحتي الجراحة العامة -. وجراحة الأطفال بمستشفى محمد بوضياف-ورقلة.

المناقشة والنتائج:

تضمنت دراستنا 143 مريضا والذين قدرنا بنسبة 17% من مجموع الحالات الاستعجالية الجراحية. شملت العينة 85 إنثاء و 58 ذكورا. كما قدرت نسبة الجنسين ذ/ إ ب 1,46. كما بلغ متوسط العمر لدى المرضى 23 سنة والذين تراوحت أعمارهم من 4 أشهر إلى 83 ربيعا. تمثلت أهم أسباب هذا المرض في الزائدة الحادة بمعدل 104 مريضا (72,7%) والامتداد المعوي الحاد 12 سنة (8,4%) وحالات التهاب الصفاق الحاد بمعدل 8 حالات (5,6%). تمثلت أهم مضاعفات مرحلة ما بعد العملية الجراحية في حالتين تعفن الجرح و 6 حالات وفاة (4,2%). واعتمدت أغلبية الأساليب الجراحية على شقوق ماك برني بمعدل 102 حالة (71,3%) نظرا لانتشار الزائدة الدودية، فيما بلغت مدة الإقامة بالمستشفى 80,45 ساعة والتي تتراوح ما بين 14 ساعة و 18 يوما.

الخاتمة:

تعتبر حالات الطوارئ الجراحية في الجهاز الهضمي شائعة في مستشفى ورقلة لاسيما الفئة الشبانية، ويعد شق ماك بارني الأكثر اعتمادا. كما سجلت نسبة ضئيلة لمضاعفات ما بعد العملية وحالات الوفاة.

الكلمات المفتاحية: طوارئ، جراحية، هضمية، سريري، تطور، ورقلة.

المشرف: د. نويصر أديب

الموسم الجامعي 2022/2023

INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales représentent selon Mondor, les affections qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours.(1)

Selon Etienne : «l'urgence est ce cas nécessitant des soins sans délai».(2)

Les urgences chirurgicales digestives sont des pathologies qui occupent une place importante en chirurgie par : leur fréquence élevée, leur prise en charge difficile, leur taux de mortalité et de morbidité élevé.(3)

Aux USA, 19 étiologies dont 06 chirurgicales (l'appendicite, la cholécystite aigue, l'occlusion intestinale aigüe, la torsion du kyste de l'ovaire, l'anévrisme) ont été retrouvées chez 1000 malades ayant un abdomen aigu.(4)

En France, en 2003 ; sur 636 urgences chirurgicales opérées 272 étaient abdominales soit 42,75%. (5)

Au Mali selon BERTE I. D, les urgences chirurgicales ont constitué 19,32% de l'activité globale du service de chirurgie « A » du CHU du Point G(6).FONGORO a eu 21,57% au centre de référence de SAN 2021.(7)

Au Maroc, les urgences digestives viennent en 1er rang parmi l'ensemble des urgences chirurgicales avec un effectif de 1267 cas parmi 3454, soit 36,68%.(5)

Ces données montrent l'importance et la fréquence des urgences chirurgicales digestives.

En raison de l'absence d'étude réalisée au niveau de l'établissement hospitalier d'Ouargla ni au niveau des établissements régionaux et nationaux et de la fréquence des pathologies chirurgicales digestives d'urgence nous avons initié ce travail.

Objectif principal :

- Décrire les aspects cliniques et évolutifs des urgences chirurgicales digestives à l'EPH MOHAMMED BOUDIAF-Ouargla-.

Objectifs secondaires :

- Apprécier la prévalence des urgences chirurgicales digestives
- Décrire la prise en charge des urgences chirurgicales abdominales digestives.

REVUE DE LA
LITTERATURE

1. Généralité :

L'abdomen (du mot latin abdomen qui signifie ventre), chez l'être humain est la partie du tronc délimitée en haut par le thorax et en bas par le petit bassin, contenant la plus grande partie des organes digestifs.

L'existence de la séreuse péritonéale qui entoure les viscères divise la cavité abdominale en deux parties qui sont :

- Une partie intra péritonéale, en avant, contenant les viscères digestifs péritonisés.
- Une partie rétro péritonéale qui contient le pancréas, les organes urinaires, les surrénales, les axes vasculo-nerveux.

La cavité abdominale est essentiellement occupée par les organes digestifs.

2. Rappel anatomique de l'appareil digestif :

On divise les organes du système digestif en deux grands groupes :

Les organes du tube digestif : le tube digestif, appelé aussi canal alimentaire, est un tube musculéux continu qui parcourt une bonne partie de l'organisme entre la bouche et l'anus. Il assure la digestion de la nourriture, ainsi que l'absorption des éléments qu'il a transformés en leur faisant traverser sa muqueuse pour entrer dans le sang ou la lymphe. Ses organes sont la bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin, qui se termine par un orifice, l'anus.(8)

Les organes annexes sont les dents, la langue, la vésicule biliaire et un certain nombre de grosses glandes digestives (les glandes salivaires, le foie et le pancréas). Les dents et la langue sont situées dans la bouche, ou cavité orale, alors que les glandes digestives et la vésicule biliaire sont extérieures au tube digestif et y sont reliées par des conduites. Les glandes digestives annexes produisent des sécrétions qui aident à dégrader les aliments.(8)



Figure 1: anatomie de l'appareil digestif(9)

2.1. L'œsophage :

C'est un tube musculueux d'environ 25cm de long qui s'étend du pharynx à l'estomac dans lequel véhicule les aliments. Il traverse successivement la partie inférieure du cou, le médiastin du thorax à peu près en ligne droite puis le diaphragme par l'hiatus œsophagien, et entre dans l'abdomen, où il débouche dans l'estomac par l'orifice de cardia.(8)

2.2. L'estomac :

Il s'agit d'un réservoir temporaire interposé entre l'œsophage et le duodénum. Il se trouve dans le quadrant supérieur gauche de la cavité abdominale presque caché par le foie et le diaphragme.

L'orifice d'entrée est le cardia ou orifice cardinal au niveau duquel se trouve un système anti reflux formant l'angle de HISS.

L'orifice de sortie est le pylore où il existe un sphincter pratiquement fermé en permanence qui ne s'ouvre que par intermittence lors de la digestion.

L'estomac comporte une portion verticale surmontée d'une grosse tubérosité (fundus où siège la poche à air) et une portion horizontale : l'antrum qui aboutit au pylore. Son bord droit s'appelle petite courbure et son bord gauche, grande courbure.

Dans la cavité gastrique se passe un temps important de la digestion sous l'action d'un double phénomène : mécanique dû aux contractions des muscles de l'estomac (péristaltisme) et chimique dû au suc gastrique sécrété par les glandes.

Ces deux phénomènes aboutissent à la formation du chyme.(8)

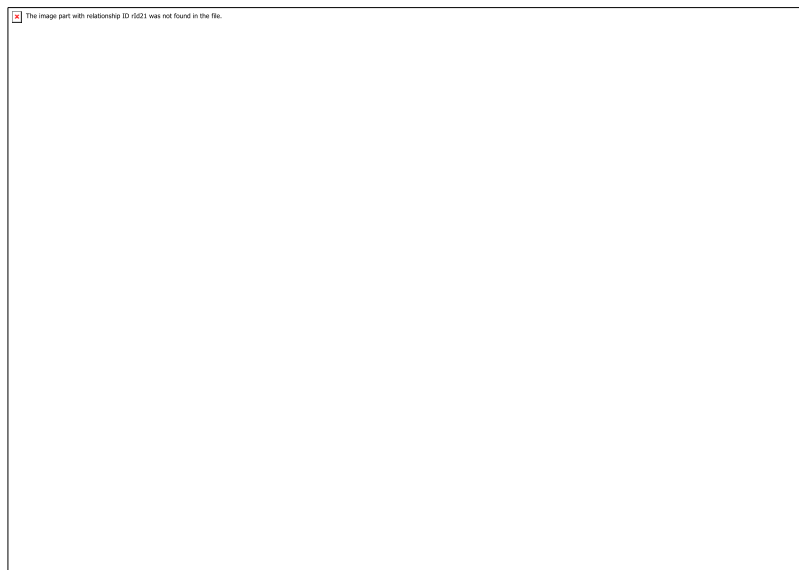


Figure 2: anatomie de l'estomac et duodénum(10)

2.3. L'intestin grêle :

C'est un tube cylindrique, musculo-membraneux, qui va du muscle sphincter pylorique à la valvule iléo caecale (valvule de Bauhin), ou il rejoint le gros intestin.

L'intestin grêle comprend trois segments : le duodénum, qui est surtout rétro péritonéal, puis le jéjunum et l'iléon, des organes intra péritonéaux.

- 4ème portion, elle monte obliquement en haut et à gauche jusqu'à l'angle duodéno-jéjunale à partir des vaisseaux mésentériques.(8)

2.4. Colon– rectum– canal anal :

C'est la partie terminale du tube digestif. Le colon fait suite dans la fosse iliaque droite à l'iléon. Il présente à ce niveau un cul de sac ou cæcum auquel est appendu l'appendice puis traverse tout l'abdomen décrivant une grande boucle à concavité inférieure. Il comprend successivement le colon ascendant, le colon transverse, le colon descendant dans la fosse iliaque gauche le colon sigmoïde puis descend dans le petit bassin où il présente une portion dilatée (rectum) puis il traverse le plancher du périnée et s'ouvre à l'extérieur par le canal anal. Sa longueur moyenne est de 1,5m.(8)



Figure 3: Anatomie de gros intestin(11)

2.5. Glandes Annexes :

2.5.1. Foie :

Le foie est la plus grosse glande de l'organisme. Avec sa forme en coin, il occupe la plus grande partie des régions hypochondriaque droite et épigastrique.

Il est placé sur le trajet de la veine porte, et destiné à de multiples fonctions physiologiques (stockage du glucose sous forme de glycogène, fonction de détoxification, élaboration de la bile, etc....).

Il joue un rôle important dans la digestion, puisque tout ce qui est élaboré au niveau de la grêle lui parvient par le système porte.

La bile rejoint l'intestin grêle par les voies biliaires : Sécrétée en permanence par le foie, elle est stockée dans la vésicule biliaire et excrétée au moment de la digestion.(8)

2.5.2. Pancréas :

Est une glande mixte, à texture lisse, rétro péritonéal. On lui décrit trois portions : la tête, isthme, le corps et la queue. La tête est inscrite dans le cadre duodénal, dont elle est indissociable. C'est à ce niveau que sa sécrétion externe se déverse dans l'intestin grêle par l'intermédiaire du canal de Wirsung et du canal de Santoroni. (8)

2.5.3. Vésicule biliaire :

La Vésicule biliaire est une poche musculieuse verte à paroi mince, de 08 à 10 cm de longueur, logée dans une fossette peu profonde de la face inférieure du foie.

Elle a la forme d'une poire. Elle est formée d'un fond, d'un corps et d'un col.

Elle emmagasine la bile qui n'est pas immédiatement nécessaire à la digestion puis l'expulse dans le conduit cystique. La bile se déverse ensuite dans le conduit cholédoque.(8)

3. Pathologie abdominale d'urgence :

3.1. Définition :

Selon l'OMS, ce sont des douleurs abdominales évoluant depuis quelques heures ou quelques jours (moins de trois jours) et qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicale, nécessitant un traitement en urgence. Bref, c'est tout désordre non traumatique dans la sphère abdominale requérant une intervention chirurgicale urgente.(12)

Parmi les activités chirurgicales, les urgences digestives occupent une place importante. Ces urgences englobent des pathologies aiguës variées qui posent beaucoup de problèmes de prise en charge.

La chirurgie intra péritonéale est à risque intermédiaire élevé en matière de la morbi-mortalité partout dans le monde, s'ajoute à cela le caractère urgent. La mortalité après une chirurgie urgente reste très élevée dans les pays en voie de développement où l'insuffisance en équipement, l'insuffisance en ressources humaines qualifiées et l'indisponibilité des médicaments constituent un véritable handicap dans le processus de la prise en charge.(5)

3.2. Epidémiologie :

3.2.1. Incidence :

En France, en 2003 ; sur 636 urgences chirurgicales opérées 272 étaient abdominales soit 42,75% avec pic de fréquence chez le sujet jeune (20 à 30 ans) de sexe masculin.(13)

L'appendicite aiguë est l'urgence chirurgicale la plus fréquente. L'incidence est de 150 nouveaux cas /100.000 habitants/an en Europe occidentale.(14)

En Afrique, au Nigeria, en 2005, sur 902 urgences chirurgicales 25,6% étaient abdominales.(3)

En Burkina Faso, en 2019, sur 2360 patients présentant urgence chirurgicale 16,7% étaient abdominales. Le taux de mortalité a été de 8,12%.(15)

Au Maroc, les urgences digestives viennent en 1er rang parmi l'ensemble des urgences chirurgicales avec un effectif de 1267 cas parmi 3454, soit 36,68%. Avec 43,41% d'entre eux des appendicites aiguës occupant ainsi le premier rang, suivi par la cholécystite aiguë en 2nd rang (32,75%) puis l'occlusion intestinale (5,52%). (13)

En Algérie, selon la société algérienne de chirurgie (SAC), environ 8% de la population générale aura une appendicite aiguë au cours de la vie.(16)

3.3. Diagnostic d'une urgence chirurgicale digestive :

3.3.1. Clinique :

A. Signes fonctionnels :

De nombreux signes cliniques relèvent du « syndrome abdominal aigu », traduisant une affection d'un organe digestif qui peut nécessiter une prise en charge chirurgicale en urgence, on cite :

- Douleur abdominale : signe cardinal, localisée (FID, HCD, HCG, péri ombilicale) ou diffuse ; seul ou associé à d'autres symptômes ;
- Vomissements ;
- Troubles de transit intestinal ;
- Arrêt des matières et gaz ;
- Saignements digestifs.(17)

B. Examen général :

Permet d'évaluer l'état général du patient, indicateur précieux pour évaluer le degré d'urgence, et comporte :

- Prise de tension artérielle et autres constantes hémodynamiques (FC, FR, TA, T°...).
- Les signes de choc : marbrure, oligurie, état de conscience.
- La coloration cutanéomuqueuses (pâleur, ictère...), le faciès altéré.
- Signes de déshydratation.

C. Examen clinique :

La sensibilité de l'examen clinique est améliorée par un bon relâchement de la musculature abdominale qui est obtenu par un positionnement optimal du patient (légère surélévation de la tête et du tronc, les bras le long du corps, les jambes repliées). Le patient doit être déshabillé de manière à ce que tout l'abdomen soit visible.(18)

➤ Inspection :

La première étape de l'examen clinique doit permettre de regarder la couleur de la peau, des muqueuses conjonctivale et palmaire à la recherche d'une anémie, d'un ictère. On regardera également l'abdomen à la recherche d'une saillie faisant craindre une hernie ou une éventration avec les complications dont la plus sévère est la strangulation, une cicatrice d'intervention chirurgicale évocatrice de brides ou d'adhérences.

On recherchera également le météorisme (ballonnement) abdominal et les ondulations péristaltiques de lutte en cas d'OIA.

Les mouvements abdominaux lors des mouvements respiratoires.(19)(20)

➤ **La palpation** :

On palpe avec douceur, loin de la zone de douleur pour commencer. En dernier on s'intéresse à la zone douloureuse. On apprécie la dépressivité de la paroi abdominale. S'il y a une contraction réflexe des muscles abdominaux, soit une contracture (ventre de bois), s'il y a présence de foyer infectieux : appendicite (fosse iliaque droite), sigmoïdite (fosse iliaque gauche), cholécystite (hypocondre droit).

On apprécie aussi la présence d'une ou de plusieurs masses, d'une tumeur maligne ou bénigne, et on précisera l'étendue de cette masse.

Recherche des points douloureux particuliers (signe de Mac Burney, signe de Murphy).

Palpation des orifices herniaires à la recherche d'une hernie étranglée.(19)

➤ **La percussion** : elle s'attachera à rechercher :

- Un tympanisme.
- Une disparition de la matité pré hépatique.(19)

➤ **L'auscultation** : peu de renseignements ;

- La présence et l'accentuation de bruits hydro-aériques.(19)

➤ **Les touchers pelviens**: rechercher :

- Toucher douloureux ; signe d'une irritation péritonéale.
- Un fécalome.(19)

3.3.2. Examens complémentaires :

A. Biologie:

Les tests biologiques disponibles peuvent être séparés en spécifiques et généraux. Les tests généraux permettent d'évaluer l'existence ou non d'un état sans préjuger de son origine abdominale ou non : marqueurs de l'inflammation (CRP, VS), d'infection (les polynucléaires éosinophiles, neutrophiles et basophiles), de déshydratation et d'hypoxie cellulaire. Ces marqueurs sont souvent sensibles, mais leur caractère systémique leur confère une absence de spécificité.

Les tests spécifiques permettent d'évaluer un organe ou une pathologie : pancréas (lipasémie, amylasémie, trypsinogène), cytolyse hépatique (transaminases) et cholestase

(phosphatase alcaline et GGT). Ils auront donc tendance à être plus spécifiques que les marqueurs généraux.(20)

B. Radiologie :

➤ ASP :

Il n'a pas un grand intérêt dans le diagnostic sauf :

- En cas de syndrome occlusif en mettant en évidence des NHA.
- En cas de perforation d'un organe (image de pneumopéritoine).(21)

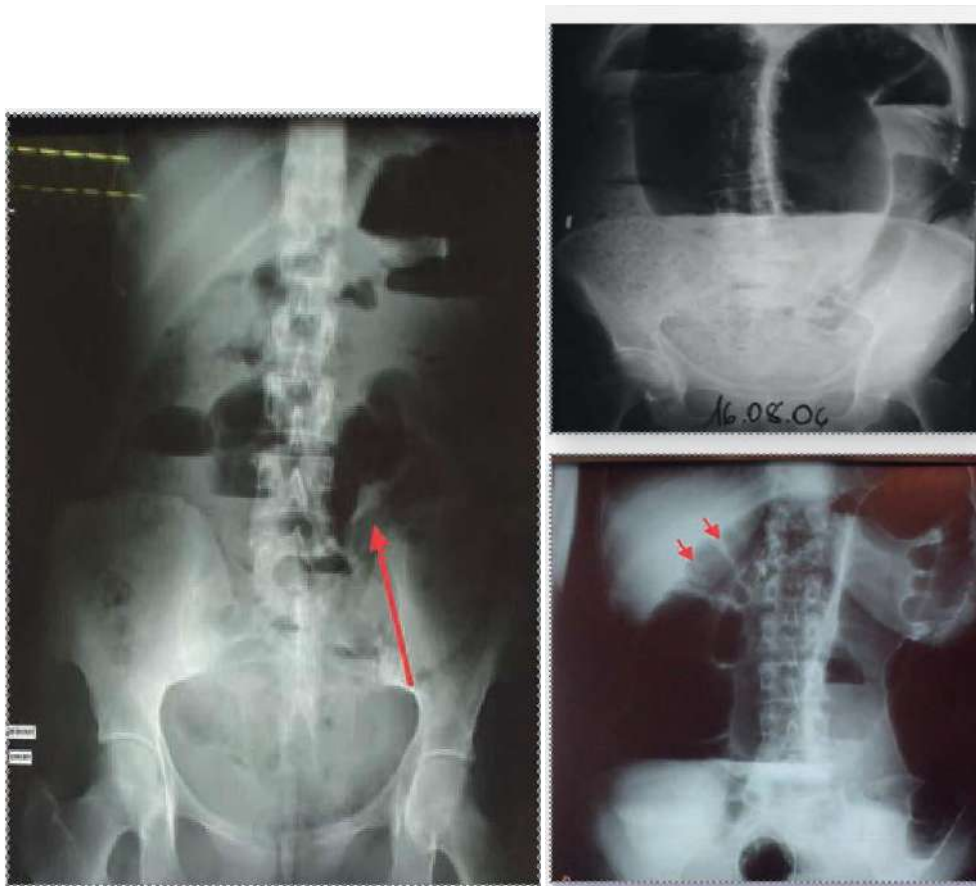


Figure 4: Une occlusion intestinale grêle (image à droite), colique (les 2 images à gauche) sur l'ASP(22)

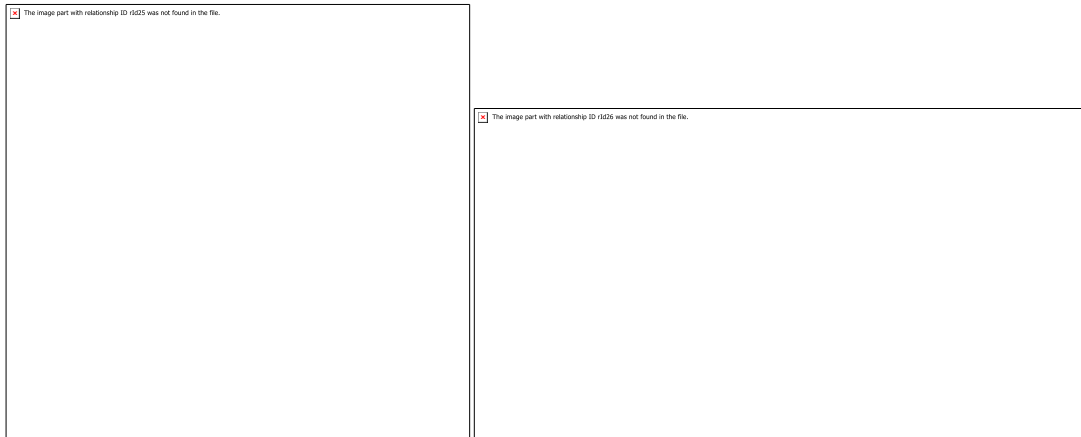


Figure 5:Les croissants gazeux montrent une pneumopéritoine au cours de péritonite(23)

➤ **Echographie abdominopelvienne :**

L'échographie est l'examen de première intention pour l'exploration de la vésicule biliaire et des voies biliaires intra- et extra hépatiques. Il trouve donc son intérêt en cas de: cholécystite aiguë, angiocholite aiguë et la recherche d'une lithiase biliaire en cas de suspicion clinique de pancréatite aiguë, iléus biliaire.

En première intention en cas d'appendicite aiguë.(24)

➤ **TDM abdominale :**

Il est l'examen de choix dans le diagnostic et le bilan de sévérité d'une pancréatite aiguë. Ses indications dans la PA sont bien codifiées.

En cas d'appendicite aiguë c'est l'examen de référence mais non pratiqué qu'en cas d'échographie non contributive. Il pourrait être réalisé d'emblée si tableau clinique grave pour lequel une appendicite compliquée est suspectée. (25)

Dans les syndromes occlusifs le scanner est intéressant à plusieurs titres : il peut affirmer le siège de l'obstruction et même le mécanisme, permet de préciser le degré et l'étendue des lésions au cours d'une occlusion ischémique et peut guider la conduite opératoire, servant de bilan d'extension dans certains processus tumoraux (métastase).(26)

Si suspicion de péritonite, la TDM est l'examen de première intention pour le confirmer et pour en déterminer la cause, il permet de mettre en évidence un pneumopéritoine ou un épanchement liquidien intra abdominal.(21)

3.4.Traitement :

3.4.1. Appendicite aigue :

L'approche principale pour traiter l'appendicite a été chirurgicale.

Voie d'abord : une laparotomie d'urgence et une incision connue sous le nom d'incision de Mc Burney. Au fil des ans, la gestion chirurgicale est passée d'une appendicectomie ouverte à une appendicectomie laparoscopique.

Récemment, la prise en charge non opératoire de l'appendicite aiguë non compliquée, à l'aide d'antibiotiques seulement, mais aucun protocole antibiotique établi pour cette prise en charge. En revanche une méta-analyse récente recommande un protocole basé sur le carbapénème.

Pour une appendicite aiguë compliquée avec plastron ou abcès, prise en charge non opératoire avec antibiotiques ou drainage percutané comme complément. Les antibiotiques sont recommandés comme traitement de première intention. L'appendicectomie laparoscopique précoce est recommandée afin de réduire les interventions supplémentaires et les réadmissions.(27)

3.4.2. Cholécystite aigue :

Le traitement chirurgical est le traitement curatif de la cholécystite aiguë lithiasique (CAL), car il permet la prise en charge en un temps de la cause la lithiasie et de la conséquence l'infection et il est préférable de réaliser la cholécystectomie précocement.

La cholécystectomie par cœlioscopie est devenue le traitement de référence. Dans les CAL de gravité faible (grade 1 de Tokyo guidelines), la prise en charge doit être une cholécystectomie cœlioscopique précoce. Cette prise en charge est identique pour les CAL de gravité modérée (grade 2).

En sachant que les CAL peuvent se présenter sous une forme gangréneuse ou emphysemateuse avec un risque plus important de conversion et de morbidité postopératoire. Dans ce groupe de patients à haut risque chirurgical avec une ou plusieurs défaillance(s) viscérale(s) associée(s), la chirurgie est un facteur de risque important de complications et de mortalité. Un traitement du foyer septique est indispensable, et c'est probablement le drainage de la vésicule biliaire par voie percutanée qui paraît être le traitement le plus efficace avec la plus faible morbidité.

Il semble préférable de débiter les antibiotiques dès que le diagnostic de cholécystite aiguë lithiasique est posé, sauf dans les formes de gravité légère (grade 1) paucisymptomatiques.(28)

3.4.3. Occlusion intestinale aigüe :

Voie d'abord : laparotomie.

Réanimation pré, per et post opératoire.

En cas d'occlusion par obstacle, il est nécessaire de traiter la cause (réséquer une tumeur, d'une partie rétrécie de l'intestin...)

En cas d'étranglement herniaire, l'intervention chirurgicale vise à réduire la hernie, à éventuellement réséquer la partie de l'intestin nécrosé, et à réparer l'orifice créé par la

hernie.

Section des adhérences si OIA sur bride.

Dans les occlusions basses par volvulus du colon, la détorsion est, le plus souvent, réalisée par voie endoscopique, la chirurgie n'étant indiquée qu'en cas d'échec ou de récives.(29)

3.4.4. Péritonite aiguë :

Une réanimation est nécessaire, elle comporte la réhydratation hydro électrolytique qui doit être instituée jusqu'à l'amélioration de l'hémodynamie qui devra être maintenue en équilibre. Elle est poursuivie en per et en post opératoire. L'antibiothérapie probabiliste par voie IV, le repos digestif et la pose de sonde urinaire font partie de cette réanimation.

Le traitement chirurgical par laparotomie mais de plus en plus souvent par cœlioscopie, traite la cause et permet de réaliser des prélèvements microscopiques.

Le traitement de l'organe impliqué dans la péritonite consiste soit en une exérèse (appendice, vésicule biliaire ou du colon sigmoïde) soit une réparation dans le cas de l'estomac, du duodénum ou de l'intestin grêle. Associée à un grand lavage du péritoine jusqu'à l'obtention d'une cavité propre et met ensuite en place des drains.

Il peut effectuer des stomies temporaires en cas de lésions colorectales et d'impossibilité de réaliser une anastomose, selon son appréciation au moment de l'intervention.

Au cours des péritonites par perforation d'ulcère, et si le diagnostic est certain et la perforation n'est pas trop ancienne, on peut proposer un traitement médical substitutif : il comprend l'aspiration gastrique, des anti sécrétoires injectables, des antibiotiques et des antalgiques non opiacés. Il est parfois suffisant. Ce traitement est désigné sous le nom de méthode de Taylor. Dans ce cas, l'évolution clinique, en particulier de la douleur est un élément important de la surveillance de ces malades.(21)

3.4.5. Pancréatite aiguë :

Equilibre hydroélectrique : pour prévenir l'hypovolémie et l'hypo perfusion des organes, la prévention de la nécrose pancréatique ou la diminution du taux de défaillance persistante d'organes multiples. Il est également très important de reconnaître les conséquences de la réanimation excessive, notamment le développement du syndrome du compartiment intra-abdominal.

L'alimentation entérale si elle est tolérée est fortement préférée à l'alimentation parentérale. Il existe toutefois des preuves claires démontrant que la nutrition entérale est supérieure à la nutrition parentérale totale (NPT) puisqu'il est associée à un risque réduit de nécrose péri pancréatique infectée et de défaillance d'organes multiples.

La cholécystectomie est recommandée pour les personnes atteintes de pancréatite aiguë lithiasique et elle est pratiquée lors de la même admission.

Les antibiotiques prophylactiques ne sont pas recommandés pour la pancréatite aiguë et ne devraient pas être administrés dans les 24 premières heures de l'épisode, sauf s'il existe une suspicion clinique d'infection extra pancréatique concomitante.(30)(31)

METHODES ET

MATERIELS

1. Type et période d'étude :

Ce travail est une étude épidémiologique descriptive prospective sur le profil clinique et évolutif des urgences chirurgicales abdominales au niveau de l'EPH Mohammed Boudiaf de Ouargla durant la période allant du 01^{er} Novembre 2022 au 31 Janvier 2023.

2. Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée au niveau de services urgences chirurgicales, service de chirurgie générale femme, chirurgie générale homme et chirurgie infantile de l'EPH d'Ouargla.

3. Présentation de la Wilaya d'Ouargla :

La wilaya d'Ouargla est l'une des plus grandes villes sahariennes en Algérie, elle est située à près de 800 Km au sud-est de la capitale Alger. Sa fondation remonte au tout début du VIII^{ème} siècle. Composée d'abord de quelques bourgades voisines les unes des autres, celles-ci finirent par se réunir et former une ville déjà importante pour l'époque.

Elle est la partie la plus active du Sahara algérien et se considère comme le cœur économique de l'Algérie grâce à ses ressources minières notamment le pétrole.

La wilaya de Ouargla est composée aujourd'hui (Après le nouveau découpage administratif de 21 Février 2021) de 05 daïras qui sont : El Borma ; Hassi Messaoud ; N'Goussa ; Ouargla et Sidi Khouiled. Chacune comprenant plusieurs communes, pour un total de huit communes.

Sur le plan social, elle se caractérise par une population estimée en 2022 à 382 391 Habitants, une densité de 2,80 habitants par km².

Tableau 1: Les données générales sur la wilaya d'Ouargla selon les dernières statistiques 2022

(Centre de statistiques d'Ouargla)

Libellés Daïra / Circonscriptions et Communes	Superficie Km ²	Densité de population	Population		
			Urbaine	Rurale	Total
Daïra 1 / Ouargla	10 218	23,81	234 744	8 569	243 313
Ouargla	2 887	56,36	162 621	2 527	165 148
Rouissat	7 331	10,50	72 123	6 042	78 165
Daïra 2 / Sidi-Khouiled	5 164	10,72	00	55 362	55 362
Sidi-Khouiled	131	143,79	00	19 853	19 853
Ain-Beida	1 973	13,82	00	28 024	28 024
Hassi-B-Abdallah	3 060	2,37	00	7 485	7 485
Daïra 3 / N'Goussa	2 907	7,74	15 290	7 196	22 486
N'Goussa	2 907	7,57	15 290	7 196	22 486
Daïra 4 / Hassi-Messaoud	71 237	0,74	52 129	489	52 618
Hassi-Messaoud	71 237	0,73	52 129	489	52 618
Daïra 5 / El-Borma	47 261	0,18	00	8 612	8 612
El-Borma	47 261	0,17	00	8 612	8 612
Total Wilaya	136 787	2,80	302 163	80 228	3821

4. Présentation de l'Etablissement Public Hospitalier Mohamed Boudiaf Ouargla :

4.1. Repères Historiques :

Battue sur une superficie de 18 199 m², au centre de la commune d'Ouargla ; régi par le décret exécutif de N° 466 de 02/12/1997, qui précise les règles de création, d'organisation et de gestion des secteurs de la santé ; il a ouvert ses portes le 22/03/1989 ; il a été inauguré par l'ancien premier ministre **KASDI MERBAH**.

Il est composé des services d'hospitalisations suivants :

- Un service de chirurgie générale ; 30 lits pour les hommes et 30 lits pour les femmes ;
- Un service de médecine générale ; 30 lits pour les hommes et 30 lits pour les femmes ;
- Un service de chirurgie infantile 30 lits ;
- Un service de pédiatrie 30 lits ;
- Un service de chirurgie orthopédique et traumatologie 30 lits;
- Un service de réanimation 17 lits ;
- Un service d'ORL 15 lits;
- Un service de pneumologie 30 lits ;
- Un service de maladies infectieuses 30 lits;
- Un centre anticancéreux 90 lits ;
- Et les annexes suivantes : hôpital ophtalmique amitié Algérie Cuba-Ouargla ; hôpital des maladies psychiatrique.

4.2. Présentation du service de la chirurgie :

Le service de chirurgie est situé au 01^{er} étage, il est composé de deux unités d'hospitalisation :

Une unité femme : d'une capacité d'accueil de 30 lits

- 07 chambres d'hospitalisation.
- une salle de soins.
- un bureau de chef de service.
- une chambre de garde d'infirmières.
- une chambre de garde d'internes.

Une unité homme : d'une capacité d'accueil de 30 lits

- 11 chambres d'hospitalisation.
- une salle de soins.
- un bureau de chef de service.
- une chambre de garde d'infirmiers.
- une chambre de garde d'internes.

Les personnels du service :

Médical :

- Chirurgie générale : 09 spécialistes.
- Urologie : 04 spécialistes.

- Chirurgie thoracique : 03 spécialistes.
- Chirurgie vasculaire : 01 spécialiste.
- Chirurgie neurologique : 03 spécialistes.
- Les internes : 10 internes en médecine.

Paramédical :

- 06 infirmiers dans chaque unité.

Chaque unité est coordonnée par un surveillant médical, celui - ci travaille en collaboration avec les infirmiers et les infirmières du service, qui aident aux soins et à l'accomplissement des différentes tâches. Le tout est coordonné par le médecin chef de service.

Le fonctionnement :

Les interventions chirurgicales se font dans le cadre d'urgence immédiatement après avoir posé l'indication opératoire (bloc d'urgence ouvert 24/24).

La visite est journalière.

Au niveau organisationnel : une permanence de l'activité est assurée par une équipe de garde composée de :

- un chirurgien ;
- deux interne ;
- un infirmier / unité.

4.3. Présentation du service de la chirurgie infantile:

Service de chirurgie infantile est situé au 2^{ème} étage, c'est une unité d'hospitalisation d'une capacité d'accueil de 30 lits :

- 07chambres d'hospitalisation
- une salle de soins
- un bureau de chef de service
- une chambre de garde d'infirmières

Les personnels du service :

- Les chirurgiens infantiles : 07 chirurgiens.
- Les infirmiers : 06 infirmiers.

Le fonctionnement:

Les interventions chirurgicales se font dans le cadre d'urgence immédiatement après avoir posé l'indication opératoire (bloc d'urgence ouvert 24/24).

La visite est journalière.

Au niveau organisationnel: une permanence de l'activité est assurée par une équipe de garde composée de :

-un chirurgien,

-un infirmier.

5. Echantillonnage :

On a recruté 143 patients pendant notre période d'étude, qui répondaient aux critères d'inclusion.

5.1. Critères d'inclusion :

- ✓ Tout patient ayant été admis durant la période de 01 Novembre 2022 au 31 Janvier 2023 pour une urgence chirurgicale abdominale digestive.

5.2. Critères de non inclusion :

- ✓ Tout patient présentant une urgence chirurgicale abdominale non digestive.
- ✓ Tout patient présentant une urgence chirurgicale abdominale digestive d'origine traumatique.
- ✓ Les patients de nationalité étrangère.

6. La collecte des données :

Les supports utilisés étaient : les fiches d'enquêtes individuelles, les dossiers médicaux des malades, les registres consignants les comptes rendus opératoires et le protocole d'anesthésie.

7. Les variables étudiées :

On a étudié les variables suivantes :

- Caractéristique démographique des patientes (sexe des patientes, âge, antécédents personnels et familiaux, et indice de masse corporelle (IMC) et l'adresse).
- Variables qui concernent les délais de consultation, de pose diagnostic, d'admission, de séjour post opératoire.
- Variables qui concernent l'état du patient à l'admission (constantes hémodynamiques, les signes généraux, les signes fonctionnels, les signes physiques).
- Variables qui concernent les examens complémentaires (lancement des bilans biologiques et la demande des examens radiologiques et leurs contributions au diagnostic).
- Variables qui concernent le diagnostic évoqué et la nature de traitement approprié

(médical, chirurgical, voie d'abord des chirurgies et les gestes effectués, la mise de drain).

-L'évolution des patients à J10 et à 1 mois post opératoire.

8. Saisie et analyse des données :

L'analyse des données a été faite sur SPSS version 21.

La présentation des résultats a été faite par Word, PowerPoint et Excel.

L'organisation et présentation des références par Zotero.

9. Considérations éthiques :

La collecte des données a été effectuée après le consentement oral des patients, l'anonymat et la confidentialité des patientes sont respectés.

RESULTATS

Au cours de notre étude nous avons enregistré 143 cas d'urgences chirurgicales digestives. Cette dernière vient en 2nd rang après les urgences orthopédiques avec un taux de 30,17% de l'ensemble des urgences chirurgicales.

Tableau 2 Répartition des urgences chirurgicales

Le type d'urgence	Nombre des cas	Pourcentage
Urgences traumatolo-orthopédiques	182	38,4%
Urgences digestive	143	30,17%
Urgences neurochirurgicales	31	6,5%
Urgences urologiques	27	5,60%
Urgences thoraciques	11	2,32%
Urgences vasculaires	1	0,21%
Autres	79	16,66%

1. Répartition des patients selon le service d'hospitalisations :

Pour un total de 143 patients hospitalisés à l'EPH durant la période d'étude pour un tableau d'urgence abdominale digestive ; 58 patients d'entre eux ont été hospitalisé en chirurgie homme soit 40,56% de la population d'étude, le reste des patients ont été hospitalisés en chirurgie femme et CCI avec des pourcentages presque égaux (30,07% et 29,37% successivement).

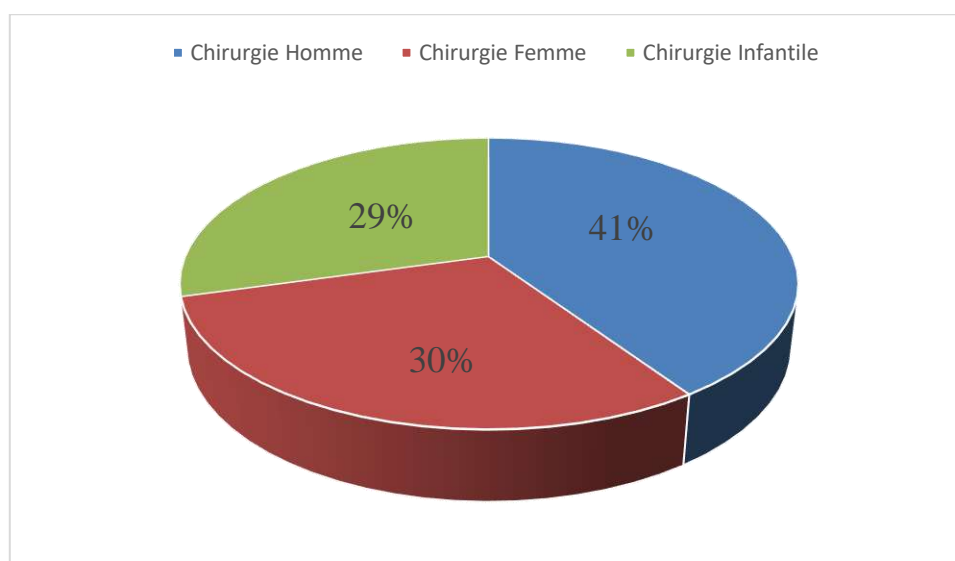


Figure 6 Répartition des patients selon le service d'hospitalisation

2. Répartition des patients selon le sexe :

Parmi les 143 patients hospitalisés; 59,4% (85 patients) sont de sexe masculin avec sex-ratio de 1,46.

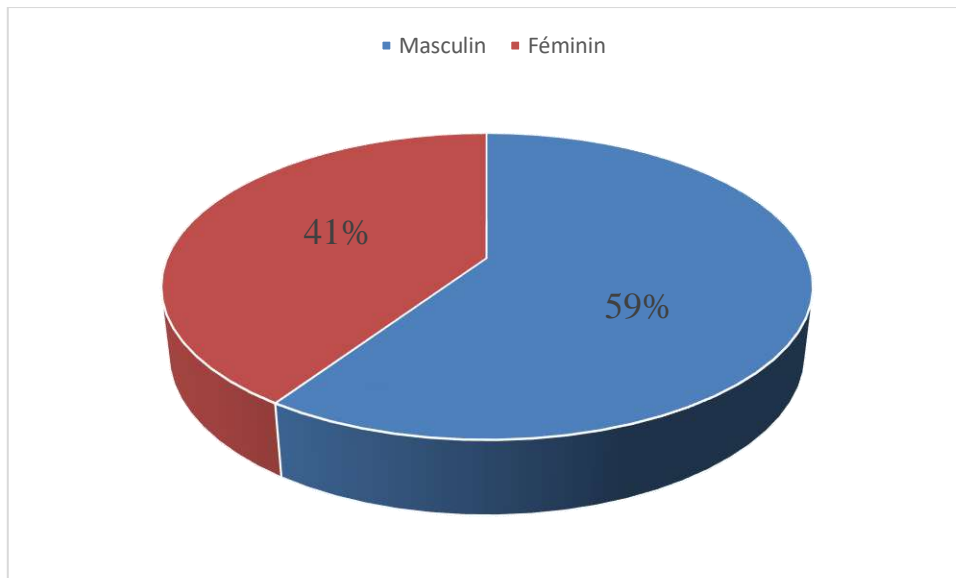


Figure 7 Répartition des patients hospitalisés selon le sexe

3. Répartition des patients selon la tranche d'âge :

-L'âge médian était de 23 ans (extrêmes : 4 mois- 83ans).

-l'écart type était de 18,1.

-La répartition de la population par tranche d'âge montrait que l'effectif était globalement jeune avec la majorité de l'effectif qui était âgé de moins de 60 ans (136 patients soit 93,7%).

-La tranche d'âge [15- 30ans] représente la catégorie la plus hospitalisée (40,6%) des patients, suivi par la tranche <15 ans (29,4%).

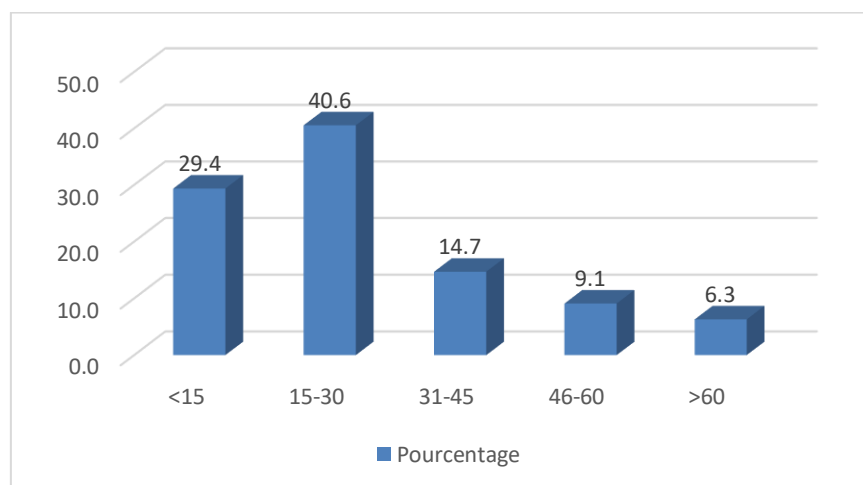


Figure 8 Répartition des patients hospitalisés selon la tranche d'âge

4. Répartition des patients selon l'adresse :

55,2% de notre population d'étude sont des habitants de la ville d'Ouargla ; 31,5 % vit dans la banlieue de la ville d'Ouargla. Les 13% restants viennent des autres daïras, HassidMessaouden et El Bora.

Tableau 3 Répartition des patients hospitalisés selon leurs adresses

Adresse	Effectifs	Pourcentage
La ville Ouargla	79	55,2
Banlieue	45	31,5
Hors wilaya	12	8,4
HassidMessaouden	6	4,2
El Bora	1	,7
Total	143	100,0

5. Répartition des patients selon le niveau scolaire :

32,9% des patients ont un niveau scolaire moyen.

Les niveaux primaire, secondaire et universitaire ont presque la même proportion (19,6% ; 20,3% et 17,5% successivement).

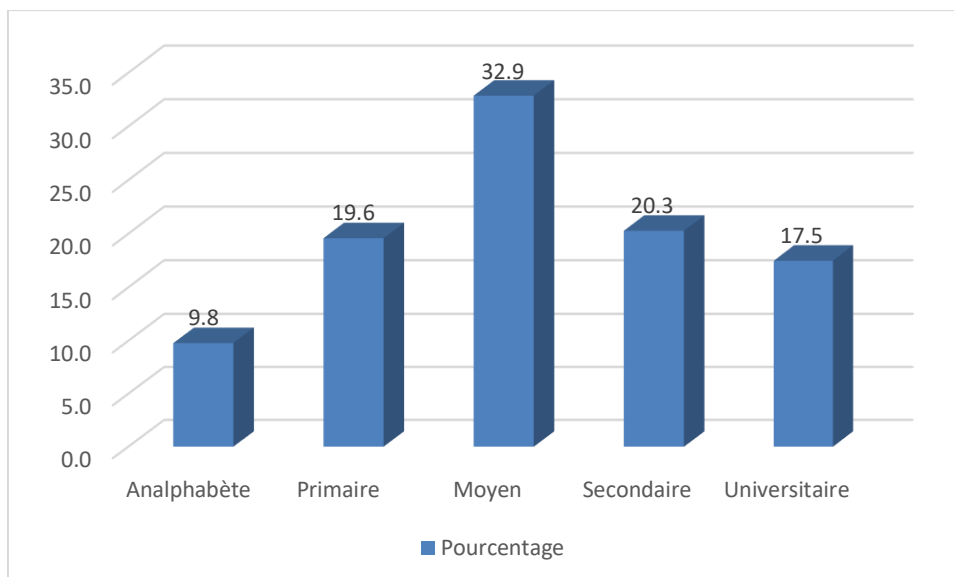


Figure 9 Répartition des patients hospitalisés selon le niveau scolaire

6. Répartition des patients selon les antécédents :

18,18% ont des antécédents médicaux.

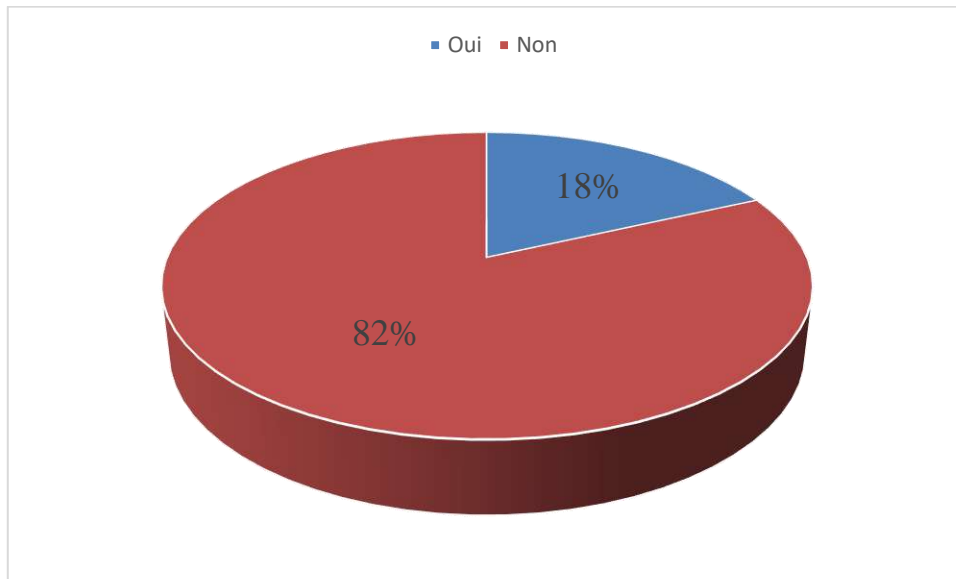


Figure 10 Répartition des patients selon les antécédents médicaux

11,9% des patients présentant un ATCD d'une laparotomie.

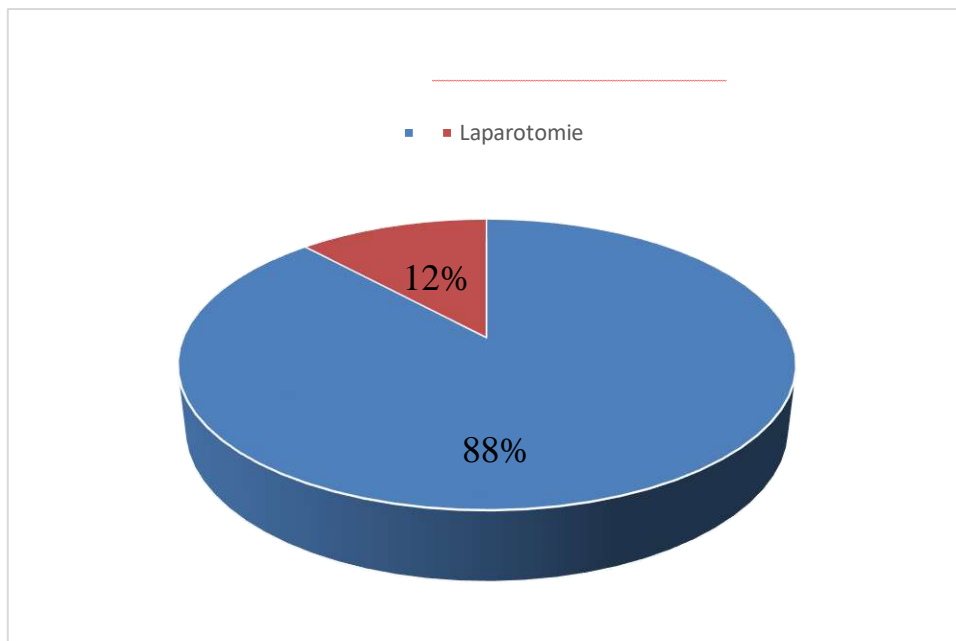


Figure 11 Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

7. Répartition des patients selon le motif de consultation:

La douleur abdominale a été le maître symptôme avec un taux de 97,2%, isolé (57,34%) ou associée avec d'autres signes, suivi par l'arrêt des matières et gaz 1,4%. Les autres symptômes représentent un taux <1% pour chacun.

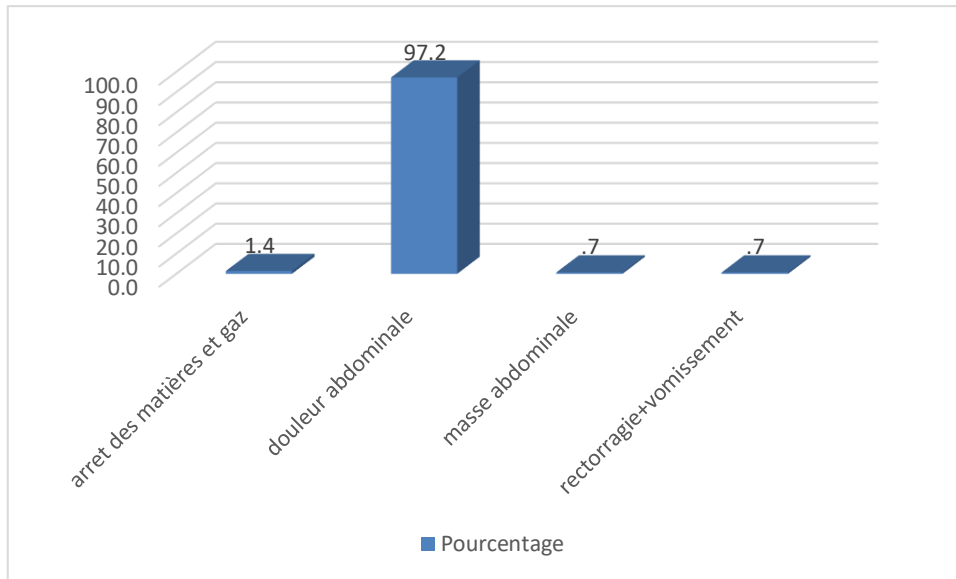


Figure 12 Répartition des patients selon le motif de consultation

Les vomissements font partie de tableau clinique de l'urgence chirurgicale digestive chez 81,82% des patients.

Ces vomissements ont réparti de façon presque égale entre la survenue post prandial tardif (41,96%) et précoce (39,86%).

Le type de vomissement le plus fréquent a été le type alimentaire dans 64,34% des cas, suivi par type alimentaire puis bilieux de 11,89% et en dernier lieu les vomissements bilieux (5, 59%).

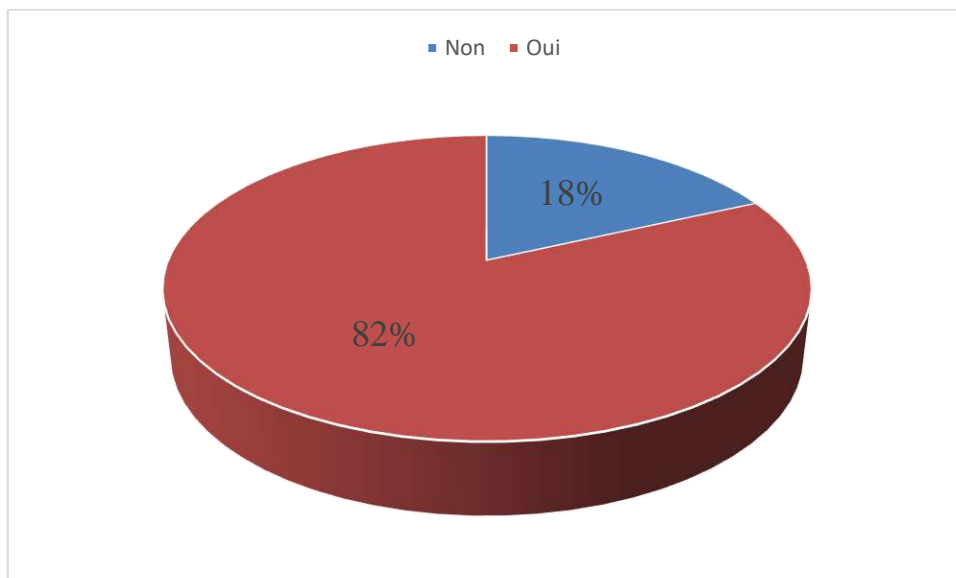


Figure 13 Répartition des patients selon la survenue de vomissements

8. Répartition des patients selon les caractéristiques de la douleur :

Les douleurs abdominales ont été localisées chez 90,2% des cas.

La fosse iliaque droite a été le siège le plus fréquent soit 72%, l'épigastre, péri ombilicale, hypogastre, HCD/G et FIG avec taux de 7% ; 4,9% ; 2,8% ; 1,4% ; 0,7% respectivement.

Les douleurs diffusées ont représenté par taux de 7,7% et indéterminée chez 2,1%.

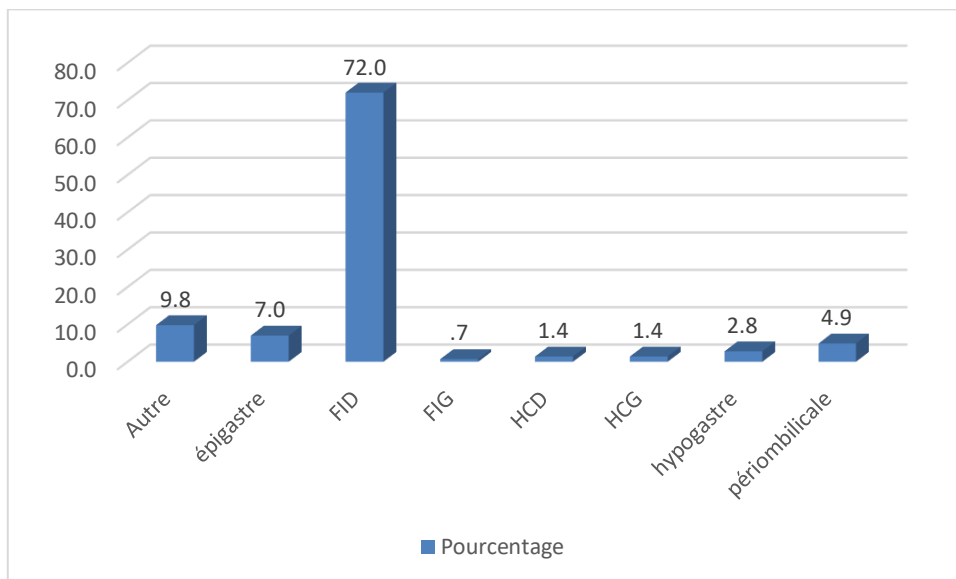


Figure 14 Répartition des patients selon le siège de la douleur

La symptomatologie a été brutale chez 65% des cas, 32,9% progressive et le reste a été indéterminé.

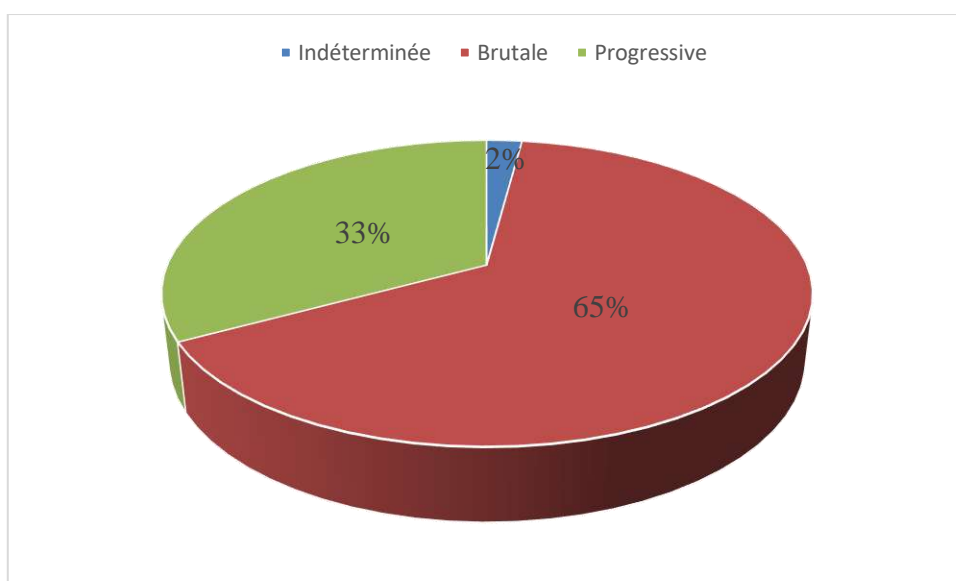


Figure 15 Répartition des patients selon le mode de début des symptômes

L'intensité de douleur été modérée chez 65,7% des cas ; intense chez 30,8%.

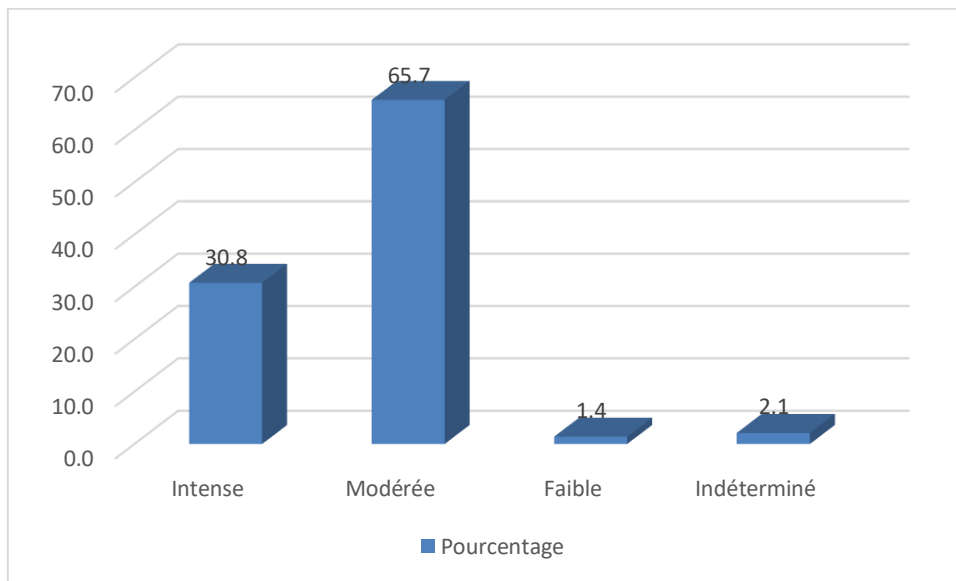


Figure 16 Répartition des patients selon l'intensité des douleurs

La majorité des cas n'a présenté aucune irradiation des douleurs soit 73,4%.

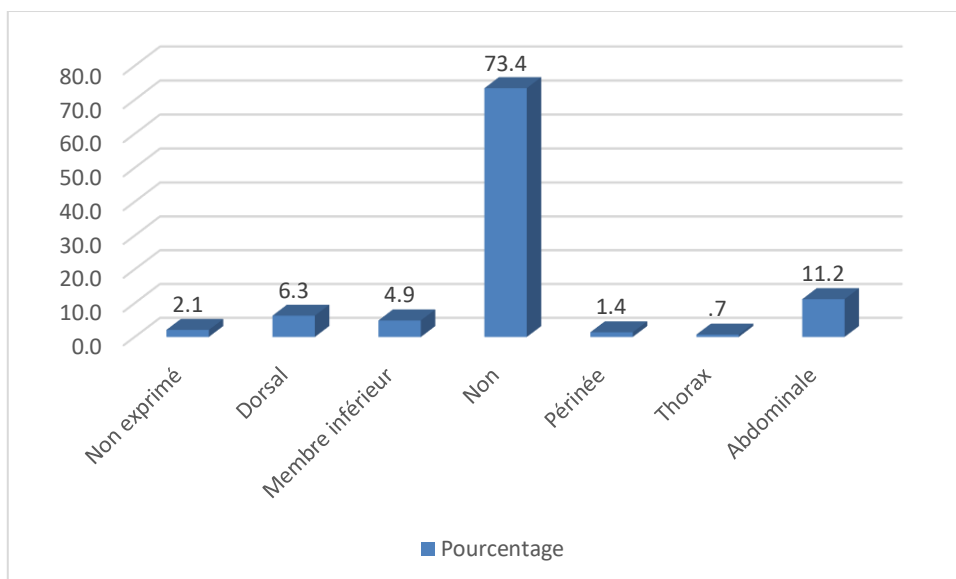


Figure 17 Répartition des patients selon l'irradiation de la douleur

Les douleurs ont été permanentes chez 83,2% ; intermittentes chez 11,9% et indéterminée pour 4,9%.

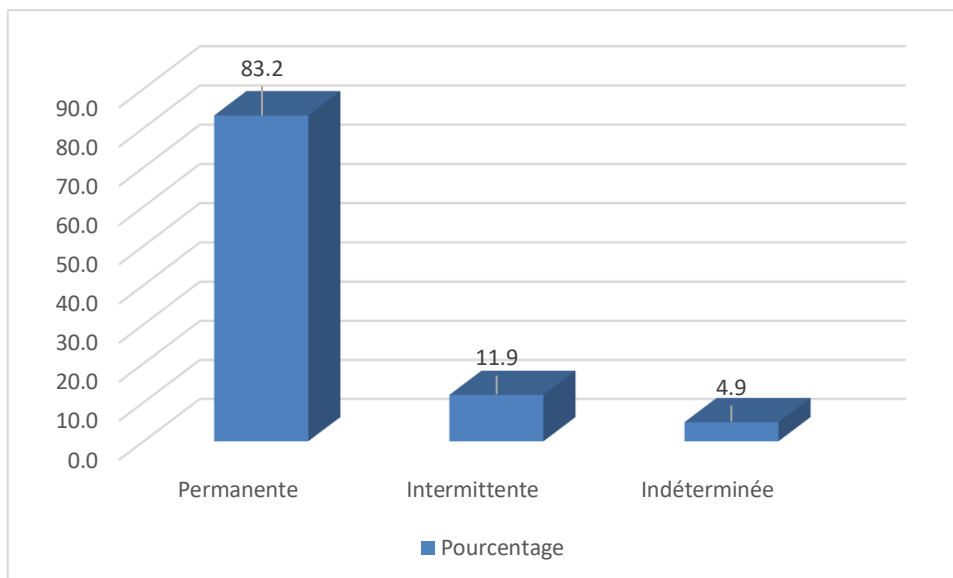


Figure 18 Répartition des patients selon le mode d'évolution des douleurs

9. Répartition des patients selon le résultat de l'examen général :

L'état général des patients était conservé chez 88,8% des cas, moyen chez 8,4% et seulement 2,8% altéré.

Tableau 4 Répartition des patients selon l'état général à l'admission

	Effectifs	Pourcentage
Conservé	127	88,8
Moyen	12	8,4
Altéré	4	2,8
Total	143	100,0

La majorité des patients été bien colorés 89,51%, le reste présentait une pâleur cutanéomuqueuse.

Tableau 5 Répartition des patients selon la coloration cutanéomuqueuse

	Effectifs	Pourcentage
Bien coloré	128	89,5
Pale	15	10,5
Total	143	100,0

La fièvre fait partie du tableau clinique d'une urgence chirurgicale abdominale dans 14,7% des cas, alors que 85,3% des patients ont été apyrétiques.

Tableau 6 Répartition des patients selon la présence de fièvre

	Effectifs	Pourcentage
Apyrétique<38C	122	85,3
Pyrétique	21	14,7
Total	143	100,0

Le pouls était normal chez 91,6% ; 4,9% en tachycarde et 3,5% en bradycardie.

Tableau 7 Répartition des patients selon la fréquence cardiaque

	Effectifs	Pourcentage
Bradycardie	5	3,5
Normal	131	91,6
Tachycardie	7	4,9
Total	143	100,0

La fréquence respiratoire était normale chez 87% des patients, tachypnée chez 12% et bradypnée chez 1,4%.

Tableau 8 Répartition des patients selon la fréquence respiratoire

	Effectifs	Pourcentage
Bradypnée	2	1,4
Normal	124	86,7
Tachypnée	17	11,9
Total	143	100,0

91,6% des patients ont eu une tension artérielle normale, 4,9% avec hypotension artérielle et 3,4% avec hypertension artérielle.

Tableau 9 Répartition des patients selon les valeurs de la tension artérielle

	Effectifs	Pourcentage
Hypotension artérielle	7	4,9
Tension artérielle correcte	131	91,6
Hypertension artérielle	5	3,5
Total	143	100,0

Parmi le total de population ; 46,9% ont eu un poids normal, 25,2% en excès de poids et 21% maigres, alors que 7% obèses.

Tableau 10 Répartition des patients selon l'IMC

	Effectifs	Pourcentage
Maigre IMC 13- 18,4	30	21,0
Normale 18,5-24,9	67	46,9
Surpoids IMC 25-29,9	36	25,2
Obésité IMC 30-54	10	7,0
Total	143	100,0

10. Répartition des patients selon le résultat de l'examen clinique :

Les mouvements abdominaux ont été conservés chez 89,5% et absents chez 10,5% des patients.

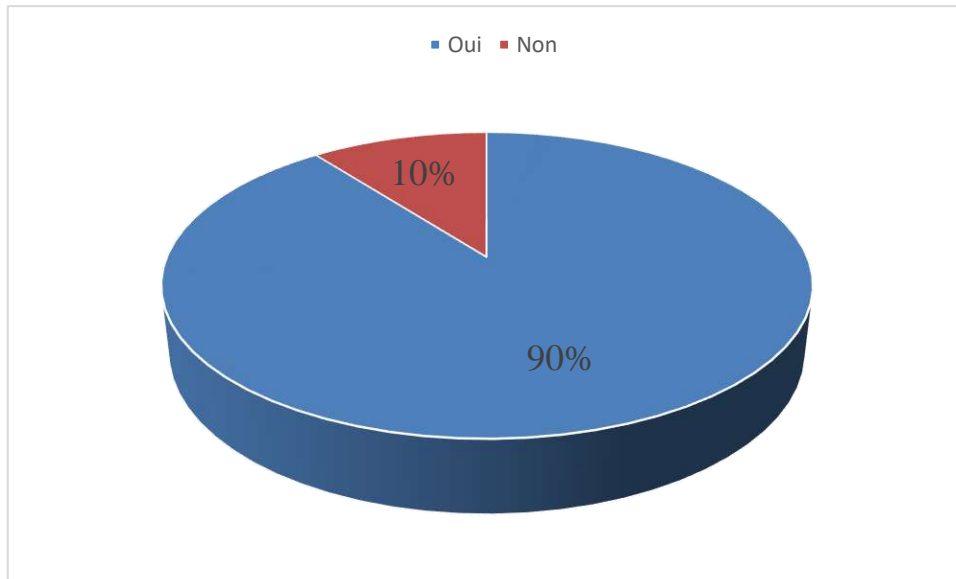


Figure 19 Répartition des patients selon les mouvements abdominaux

L'abdomen a été distendu chez 11,2% des cas soit 16 patients parmi 143 patients.

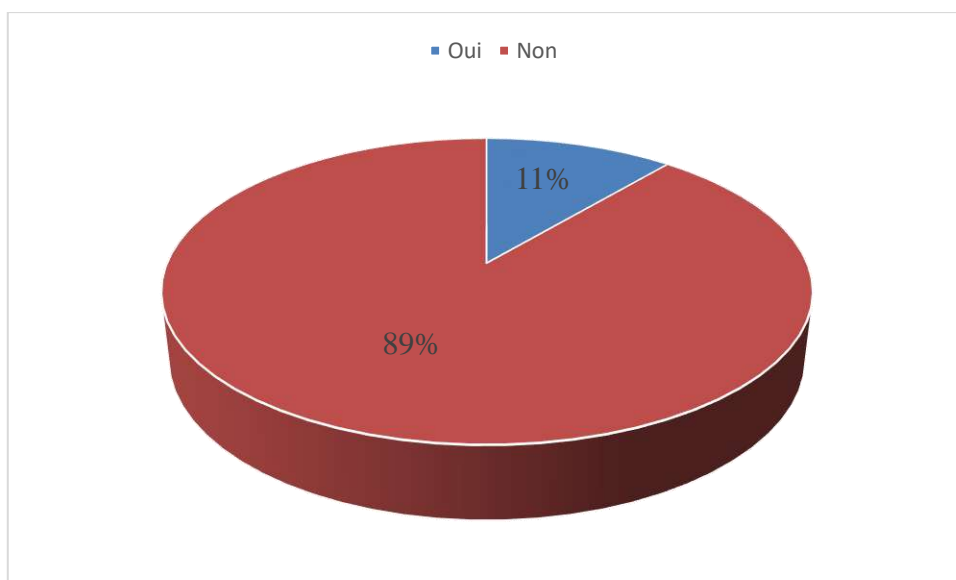


Figure 20 Répartition selon la distension abdominale

La palpation a été douloureuse dans la majorité des cas soit 97,2% et non douloureuse chez 2,8%.

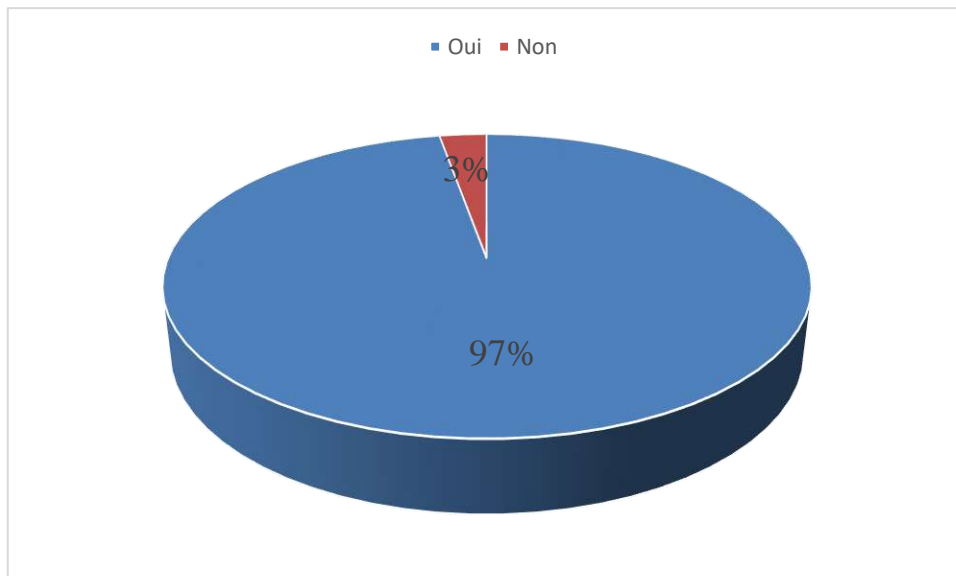


Figure 21 Répartition des patients selon la douleur à la palpation

Elle a révélé d'une défense chez 70,6% (soit 101 patients), au niveau de FID avec un taux de 68,5%, HCD, HCG et hypogastre avec un taux de 0,7% pour chacun.

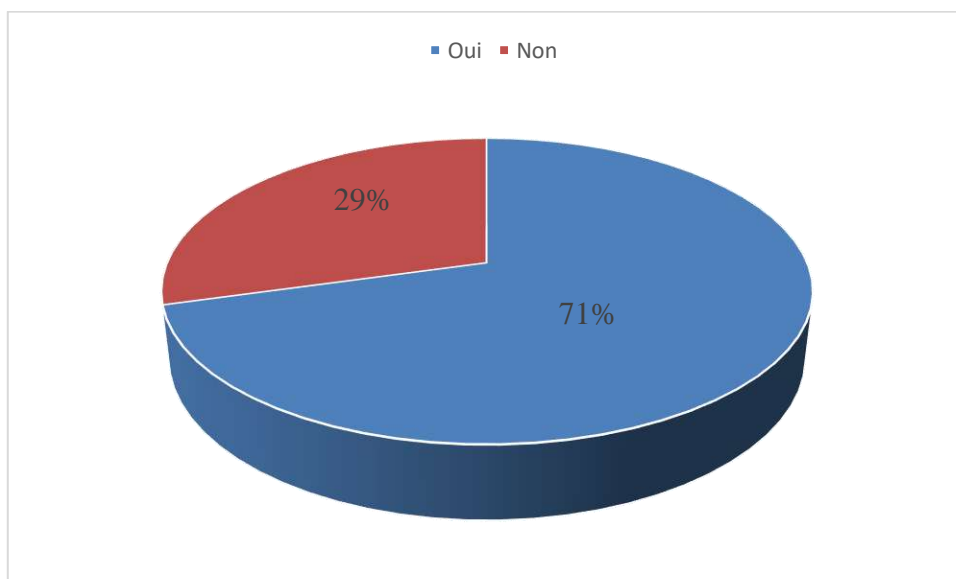


Figure 22 Répartition des patients selon la présence d'une défense

Elle a retrouvé une contracture abdominale chez 5,6% (8) des cas.

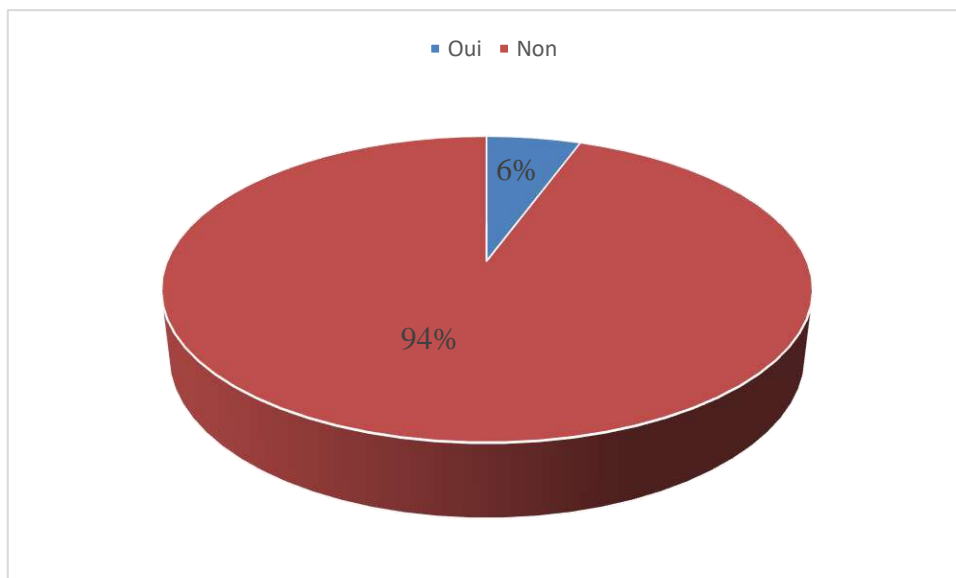


Figure 23 Répartition des patients selon la contracture abdominale

La sonorité abdominale a été normale dans 85,4% ; suivie par 13,3% présente un tympanisme et une matité dans 1,4% des cas.

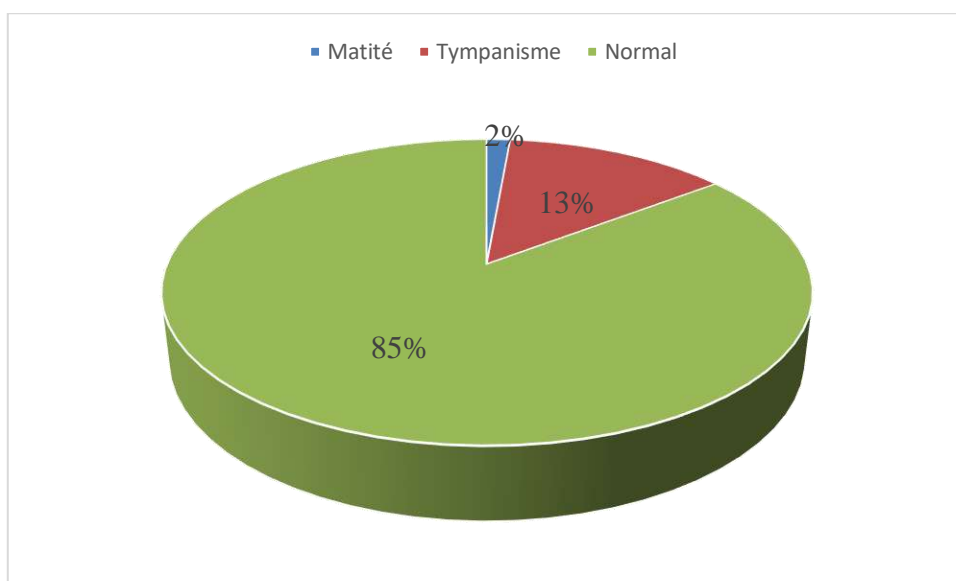


Figure 24 Répartition des patients selon le résultat de la percussion

Le toucher rectal a pratiqué seulement dans 3,5% des cas.

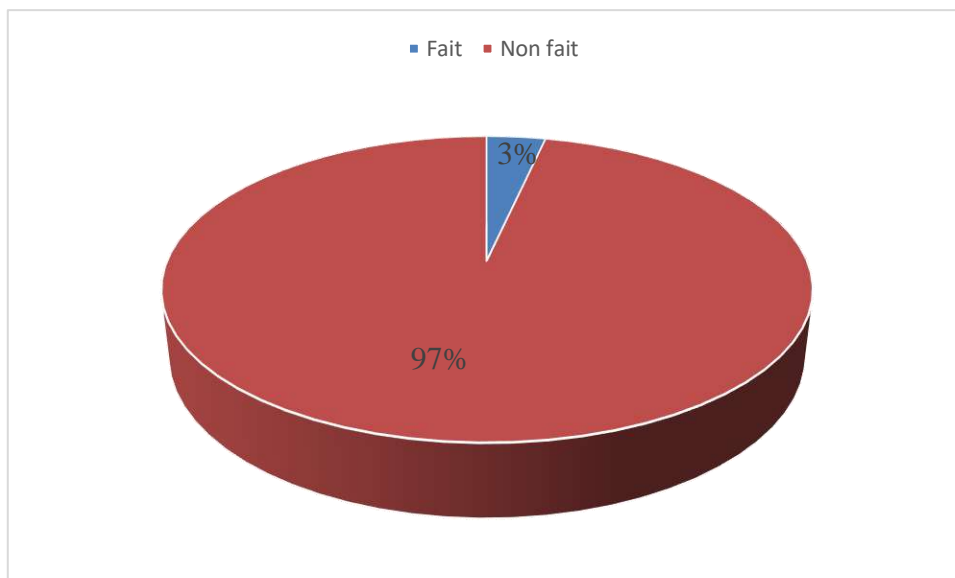


Figure 25 Répartition des patients selon la réalisation de TR

11. Répartition des patients selon le résultat d'examens biologiques:

Une numération formule sanguine a été faite chez la totalité des patients hospitalisés ; elle a retrouvé une hyperleucocytose dans environ 70% des cas.

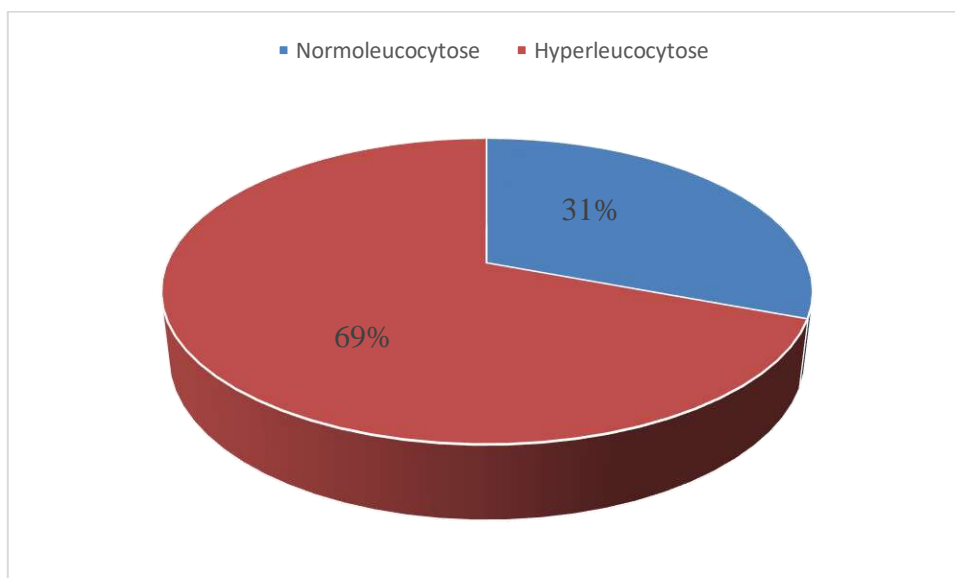


Figure 26 Répartition des patients selon le résultat de la formule sanguine

Parmi les 143 patients, le dosage de CRP a été demandé pour 12 malades seulement (8,39%) ; le résultat est revenu positif chez 8 patients soit 6,29%.

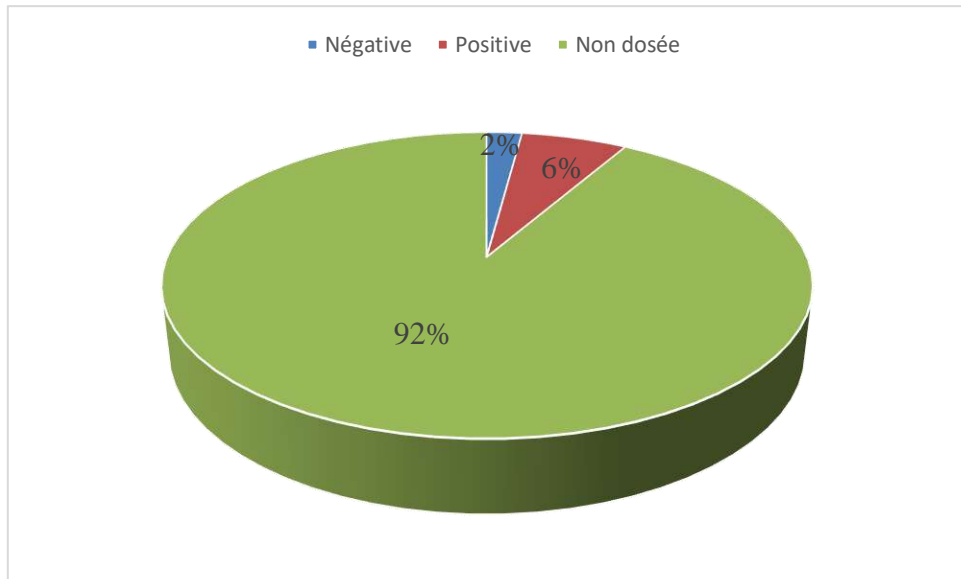


Figure 27 Répartition des patients selon le résultat de CRP

Le dosage de la lipasémie est revenu significatif (3N) chez 03 parmi les 05 patients pour lesquels on a réalisé ce dosage, soit dans 60% des cas où elle a été dosée.

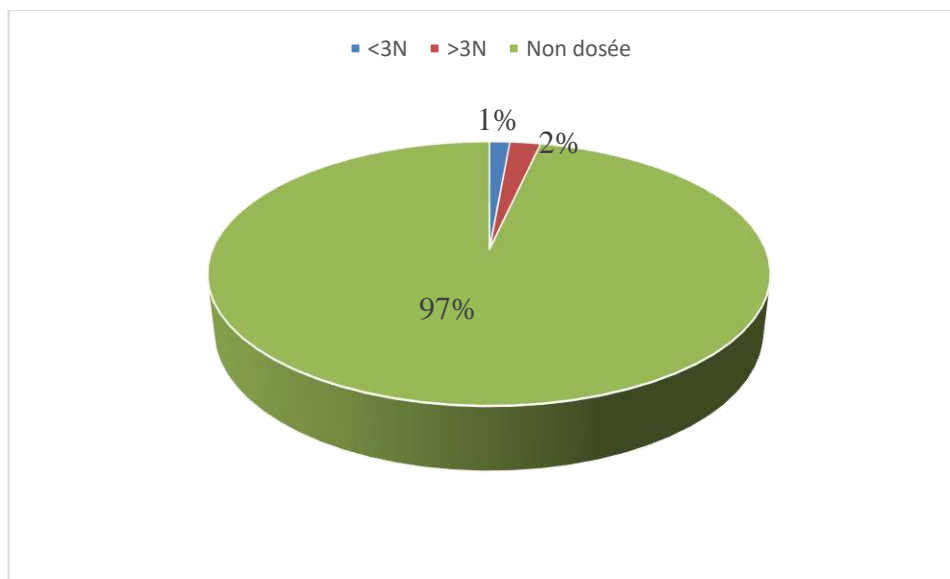


Figure 28 Répartition des patients selon le résultat de lipasémie

Un ionogramme sanguin a été fait chez 34 patients, il a montré une hyponatrémie chez environ 30% d'entre eux ; pour la kaliémie, le résultat a retrouvé hypokaliémie dans 3% des cas et hyperkaliémie chez environ 21%.

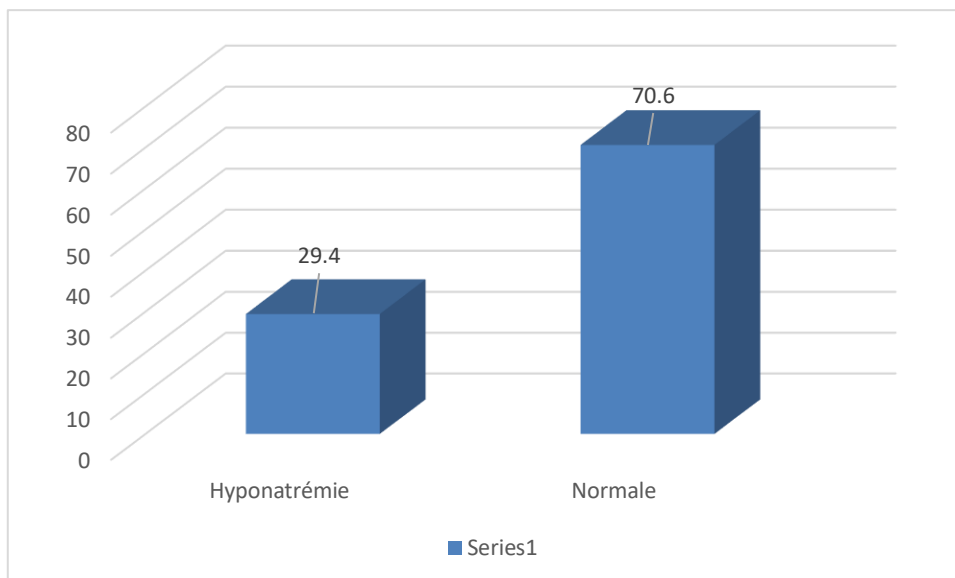


Figure 29 Répartition des patients selon la natrémie

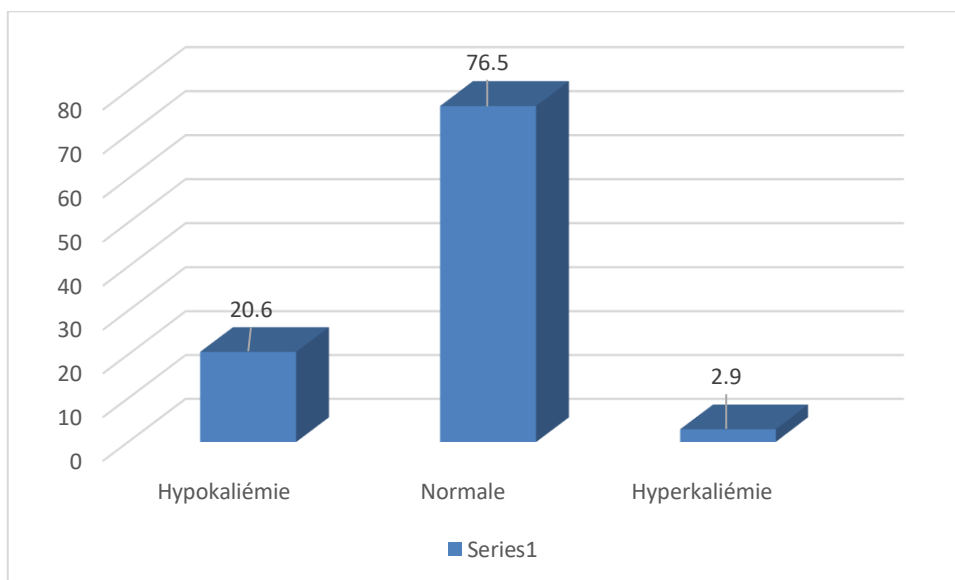


Figure 30 Répartition des patients selon la kaliémie

12. Répartition des patients selon le résultat de radiologie :

Un ASP a été fait chez 11,9%, dont il contribue au diagnostic dans 5,6% des cas.

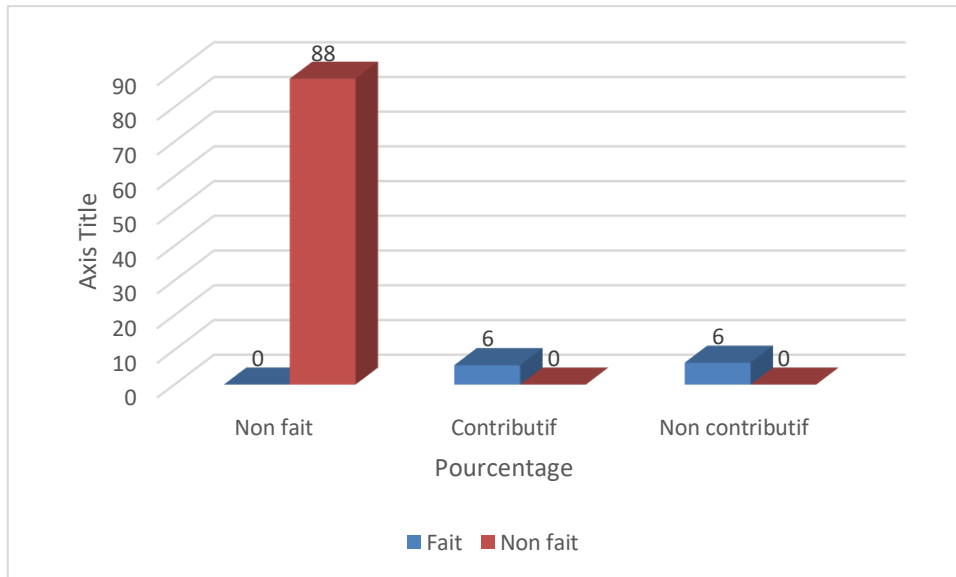


Figure 31 Répartition des patients selon le résultat de l'ASP

Parmi les 143 patients inclus, 93,7% font une échographie abdominopelvienne à leur admission, dont il contribue au diagnostic dans 83,9% des cas.

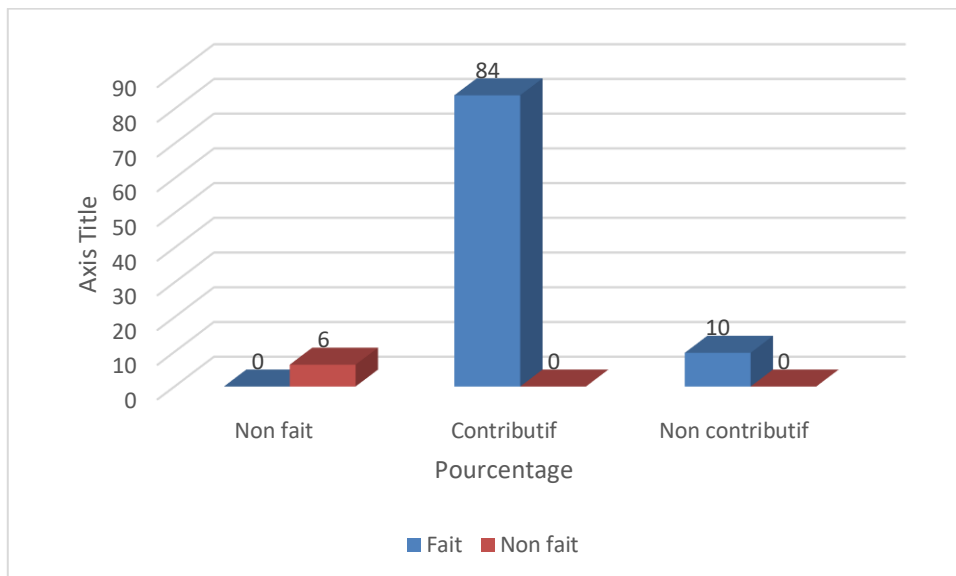


Figure 32 Répartition des patients selon le résultat de l'échographie

19,6 % des patients font un TDM, dont il a été contributif au cours 18,9% des cas.

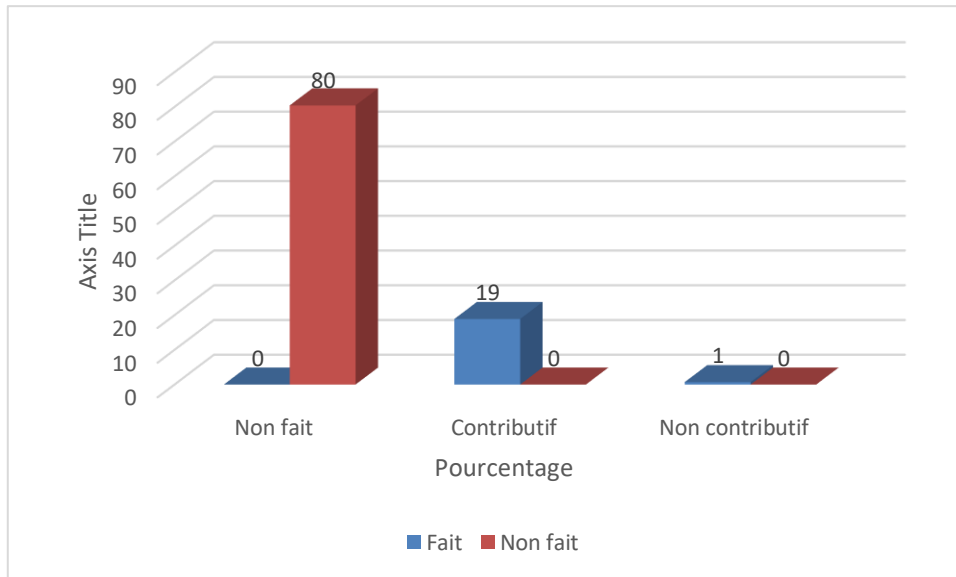


Figure 33 Répartition des patients selon le résultat de TDM

13. Répartition des patients selon les pathologies :

La pathologie appendiculaire a été l'urgence la plus fréquente avec taux de 74,1%, suivie par la pathologie occlusive avec taux de 9,8% et en 3ème rang les péritonites aiguës (7,7%).

La pathologie biliopancréatique dans dernier lieu avec taux de 3,5% pour la cholécystite aiguë et 1,4% pour la pancréatite aiguë.

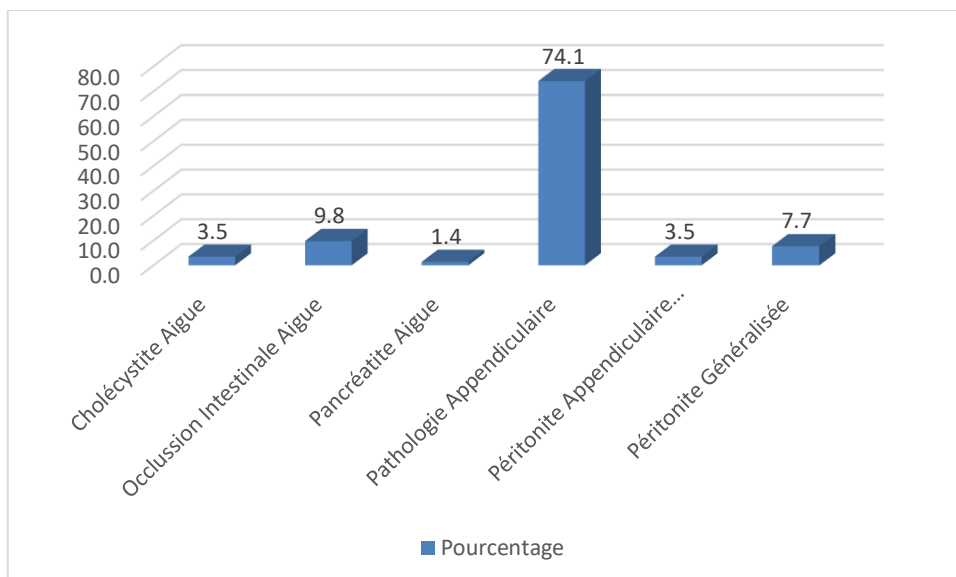


Figure 34 Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire

14. Répartition des patients selon le délai de consultation :

Le délai moyen de consultation est 18 heures, et le délai médian est 7 heures.

Pour un total de 143 patients ; 78 d'entre eux (soit 54,5%) ont consultés dans les [0 à 10h] suivant le début de symptomatologie.

21% ont consulté dans les [10- 24H] et 19,6% dans les 72 h.

Finalement ; seulement 3,5%(soit 5 cas) ont consultés après 72h de début de symptômes.

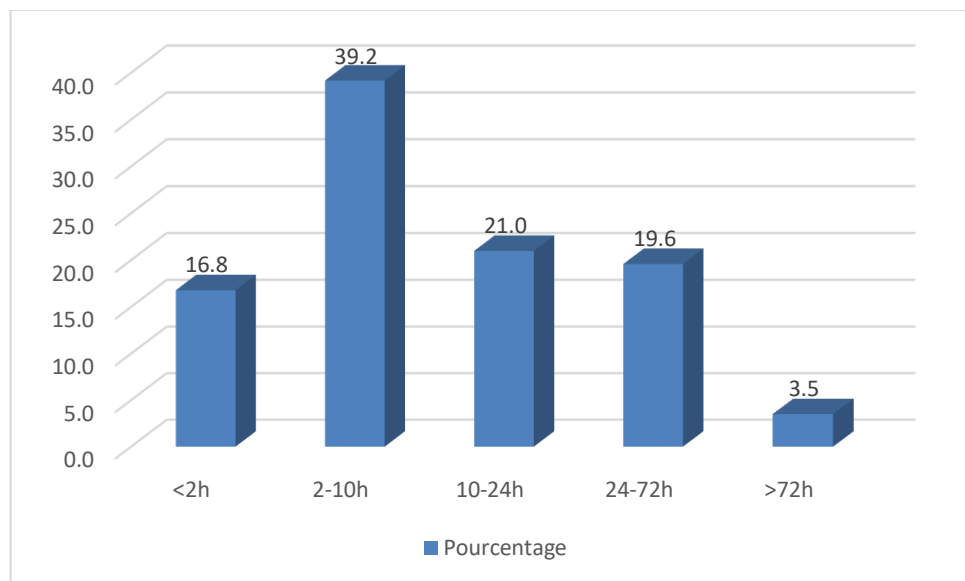


Figure 35 Répartition des patients hospitalisés selon le délai de consultation

15. Répartition des patients selon le délai de pose diagnostic :

Le délai moyen de pose diagnostic est 34,9 heures.

Délai médiane de pose diagnostic est 12 heures.

44,8% des patients ont un délai de pose de diagnostic <10h. Seulement 5,6% ont un délai de plus de 5 jours.

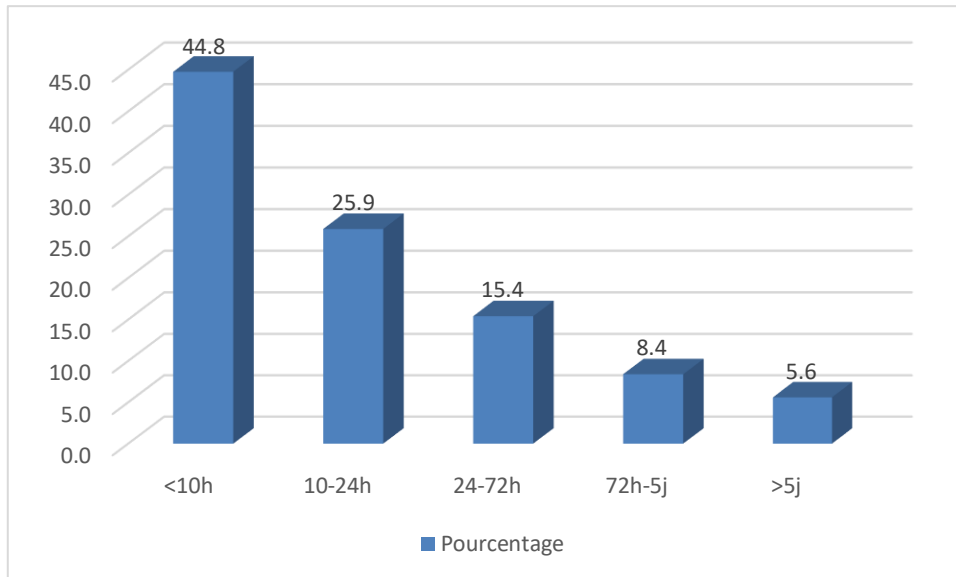


Figure 36 Répartition des patients hospitalisés selon le délai de pose diagnostic

16. Répartition des patients selon résultat de traitement :

38,5% de total des patients a reçu un traitement avant l'admission soit a prescrit par le médecin traitant ou par automédication, ce traitement a été à base d'antibiotique, anti-inflammatoire, antispasmodique, antalgique, antiémétique, anti diarrhéique, laxatif ou phytothérapie. Alors que 61,5% n'ont rien reçu.

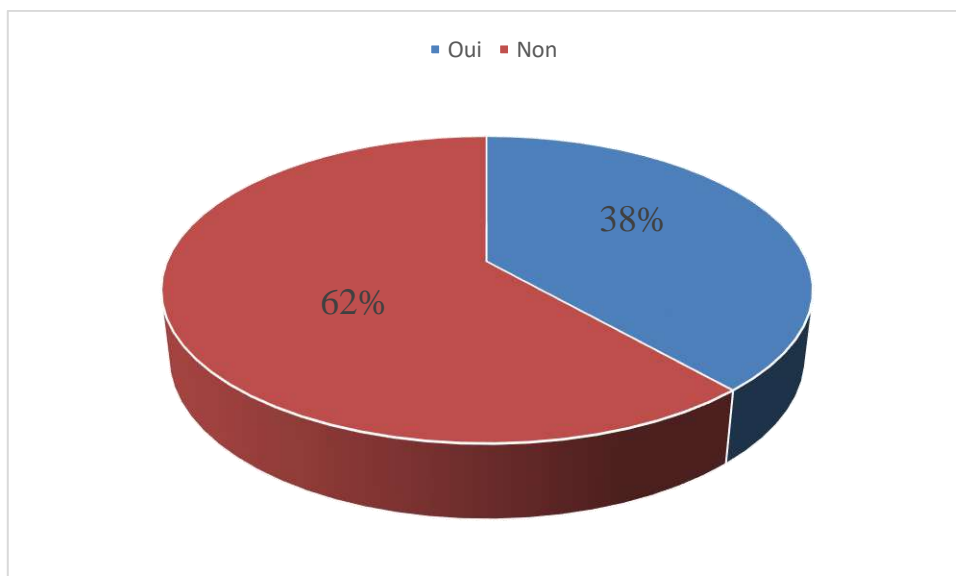


Figure 37 Répartition des patients selon le traitement avant l'admission

Parmi le total des patients, 51,1% ont été bénéficié de traitement préopératoire soit pendant le délai entre admission-intervention ou au service d'hospitalisation pour les patients qui ont bénéficié d'un traitement médical.

Le traitement a été à type d'antalgique, antispasmodique, antibiotique, antiémétique.

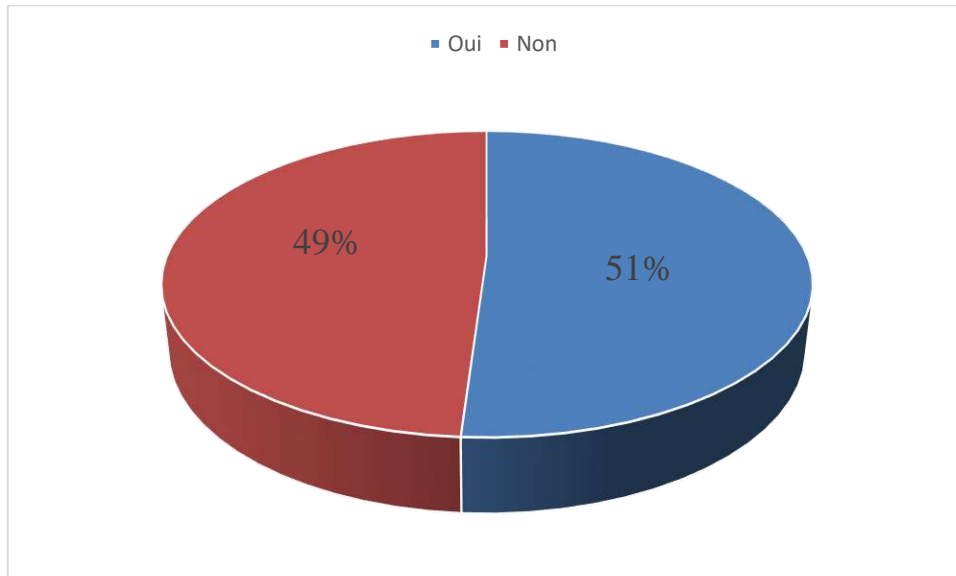


Figure 38 Répartition des patients selon le traitement préopératoire

134 patients parmi les 143 ont été opérés, 74% a été bénéficié de traitement per opératoire de type antibiotique (céfazoline=C1G) associée ou non à la corticothérapie et 26% des patients n'ont pas reçu de traitement ou a été manqué de remplissage des fiches d'anesthésie.

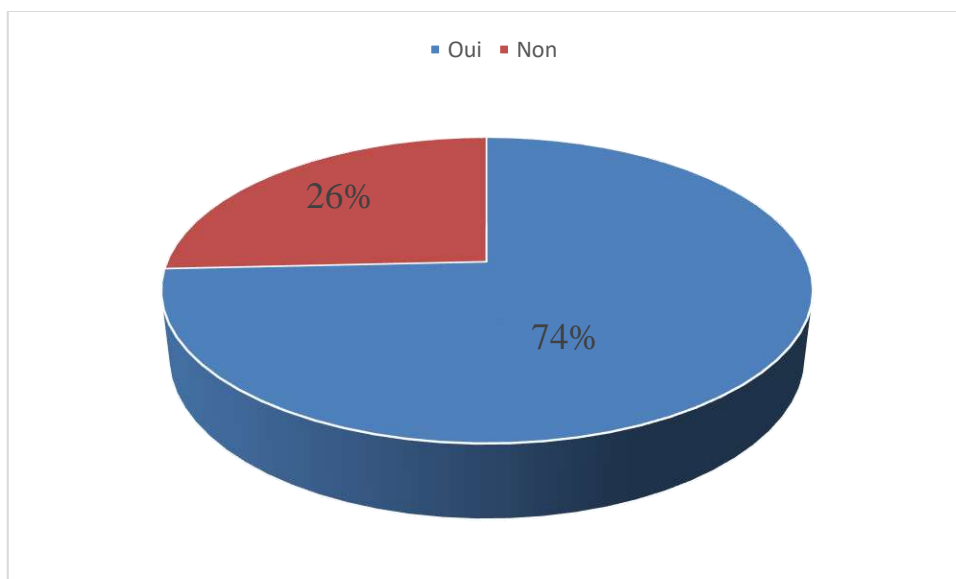


Figure 39 Répartition des patients selon le traitement per opératoire

Le traitement post opératoire est systématique chez tous les patients avec mono/bi ou tri antibiothérapie associé à l'antalgique, avec autre mesures thérapeutique spécifique à chaque patient (par exemple : Albumine, réhydratation...).

Au cours de l'acte chirurgicale généralement les patients ont mis sous anesthésie générale avec pourcentage de 94,4%, et une seule patiente opérée avec anesthésie locorégionale type rachianesthésie.

Tableau 11 Répartition des patients selon le type d'anesthésie

	Effectifs	Pourcentage
Locorégionale	1	,7
Générale	135	94,4
Total	136	95,1

La voie d'abord été classique chez quasi-totalité des patients opérés, soit 97,8%.

Le type d'incision le plus fréquent a été Mc Burney avec taux de 75% ; suivi par laparotomie médiane à cheval de l'ombilic avec taux de 13,9% et 3,6% pour les opérations été effectués sous cœlioscopie.

Les autres types d'incision : Jalaguiet, laparotomie médiane sous ombilicale, laparotomie transversal et laparotomie médiane sus ombilicale présentent par les taux suivants respectivement 2,9% ; 2,2% ; 1,5% ; 0,7%.

Tableau 12 Répartition des patients selon la voie d'abord

	Effectifs	Pourcentage
Cœlioscopie	5	3,6
Jalaguiet	4	2,9
Laparotomie médiane à cheval de l'ombilic	19	13,9
Laparotomie médiane sous ombilicale	3	2,2
Laparotomie médiane sus ombilicale	1	,7
Laparotomie transversal	2	1,5
Mc Burney	102	75
Total	143	100,0

Le geste chirurgical le plus fréquent a été l'appendicectomie ; 80,9% des gestes effectués.

Les autres gestes tels que: Adhésiolyse (4,4%), cholécystectomie (2,9%), suture de perforation (2,9%), herniorraphie(2,2%) et taux de 1,5% pour les laparotomies exploratrices.

Les autres gestes spécifiques pour chaque pathologie été présentés 5,1% de totale des actes comme : désinvagination, dévolvulus, moignonectomie appendiculaire, résection des anses nécrosés, colostomie...

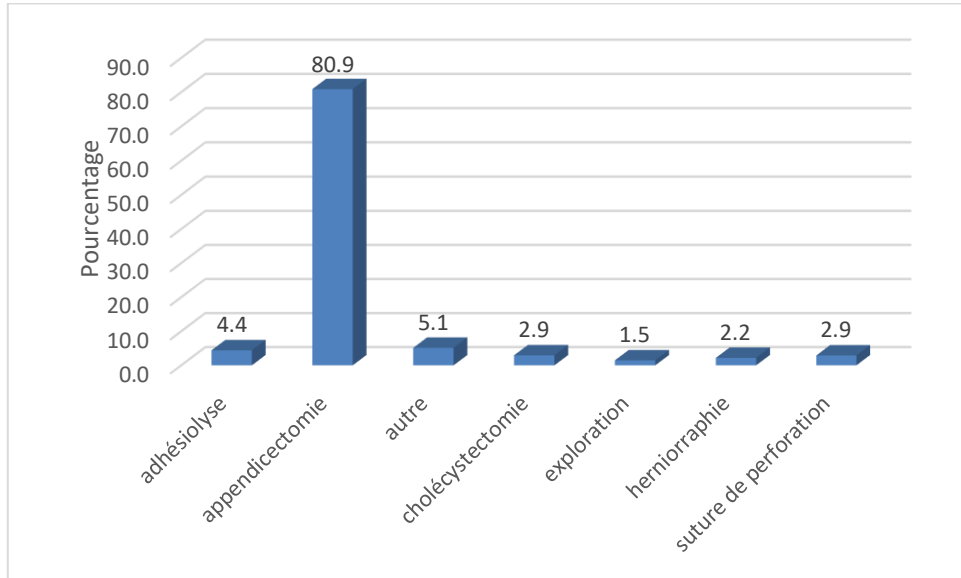


Figure 40 Répartition des patients selon les gestes effectués

L'acte chirurgical a pris 1h de temps dans 38,9% des cas ; suivie par une durée entre 1-2h dans 34,5%.

19,1% des opérations a une durée <1h le reste 7,4% pour une durée supérieure à 2h.

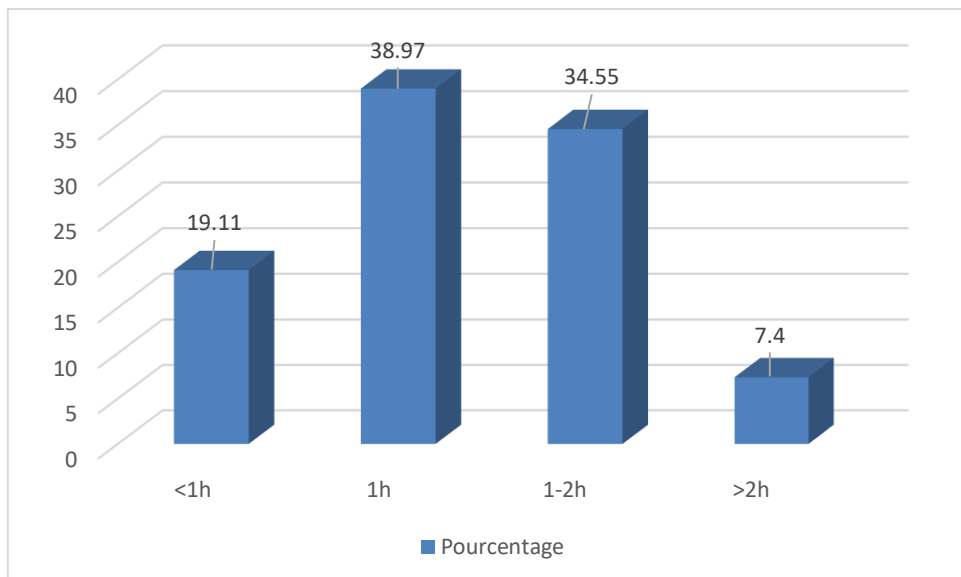


Figure 41 Répartition des patients selon la durée d'intervention

Toutes les opérations effectuées ne présentent aucune complication per opératoire.

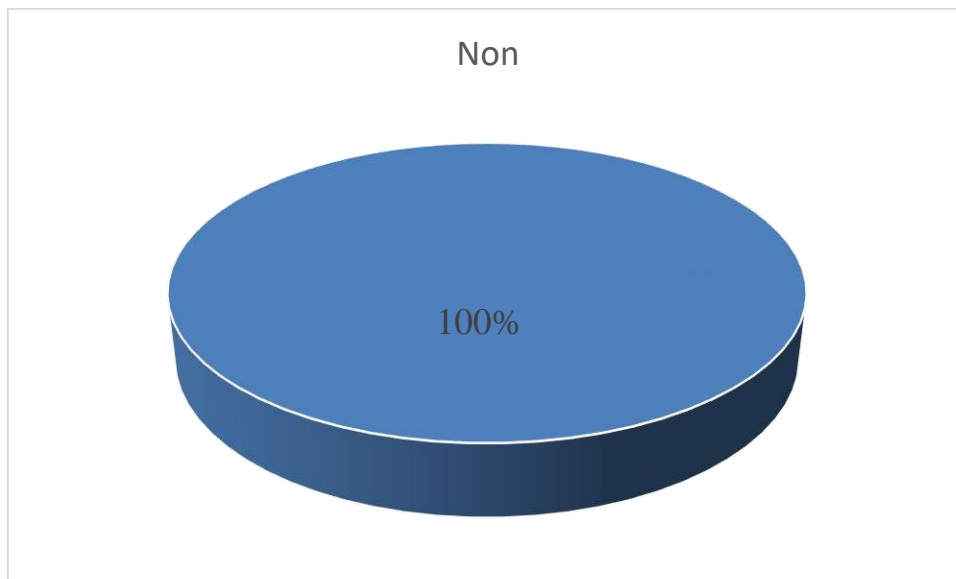


Figure 42 Répartition des patients selon les complications peropératoires

Le drain a été utilisé dans 12,6% des cas, répartie entre 38,9% de type lamellaire, 44,4% type tubulaire et 16,7% les deux à la fois.

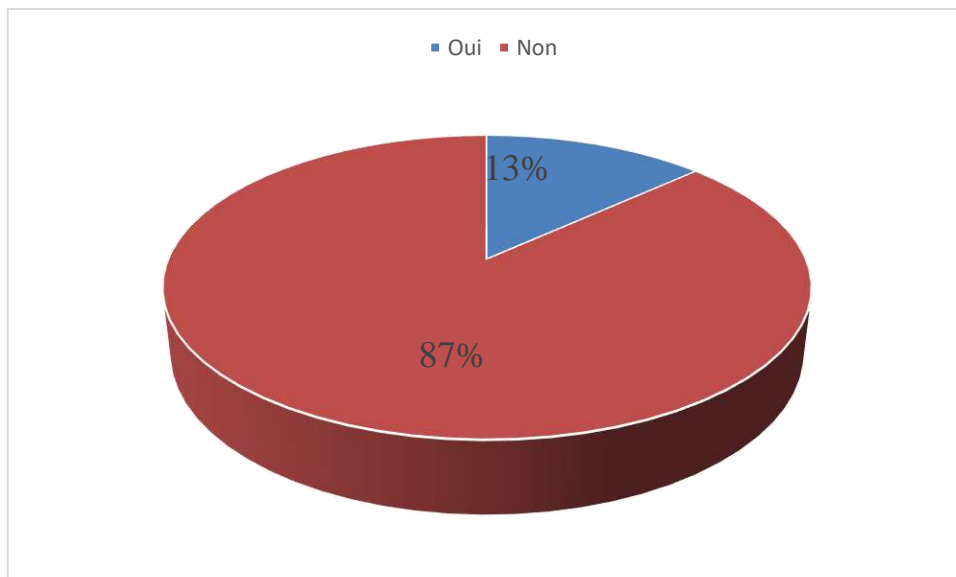


Figure 43 Répartition des patients selon la présence de drain

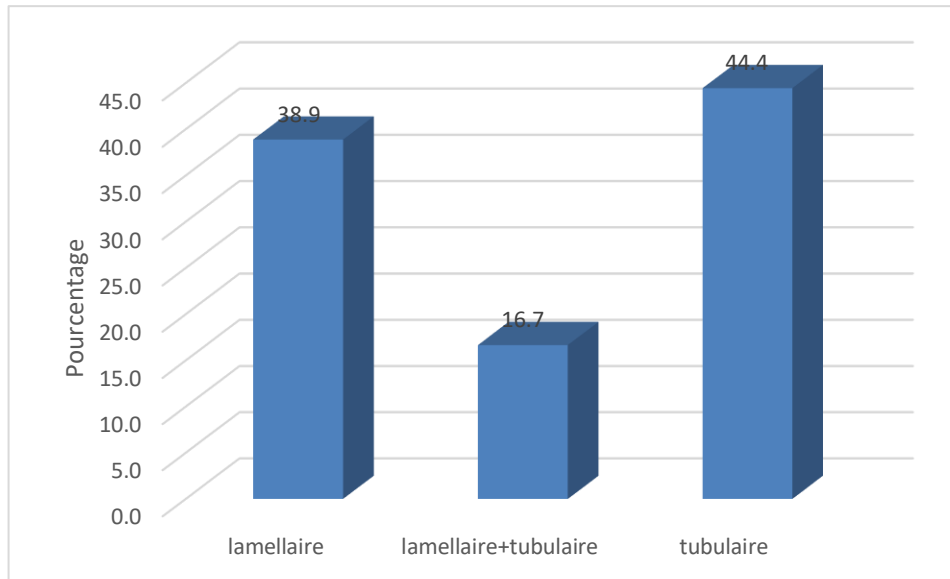


Figure 44 Répartition des patients selon le type de drain

Ces drains été posés au niveau de cul de sac de Douglas, FID ou en sous hépatique.

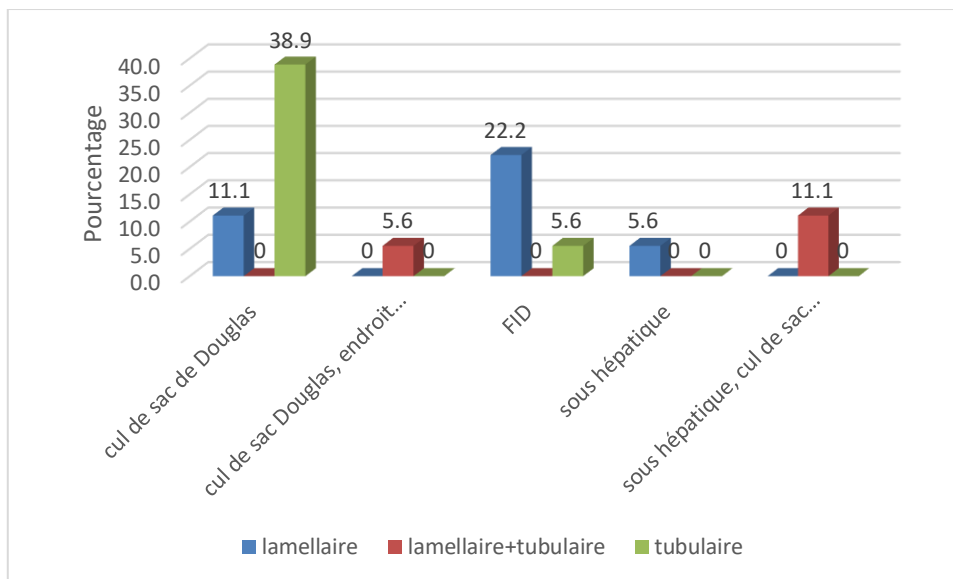


Figure 45 Répartition des patients selon l'endroit de mise de drain

Parmi le total des cas où on a mis un drain, la nature de liquide a été 88% séro-hématique et 12% des liquides hématiques.

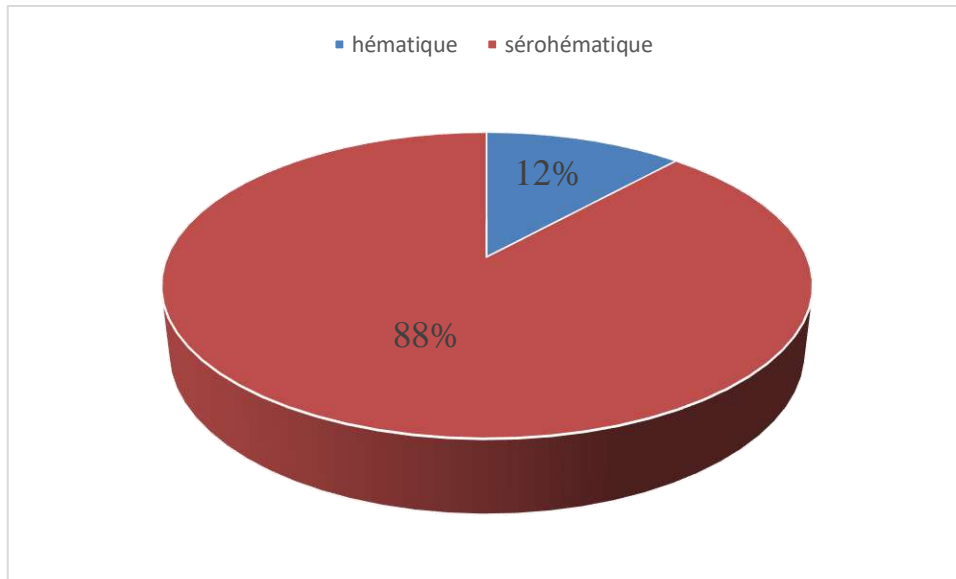


Figure 46 Répartition des patients selon la nature de liquide de drainage

La quantité a variée de quelque cc à 500 cc/ 24h avec moyenne de 194 cc/ 24h.

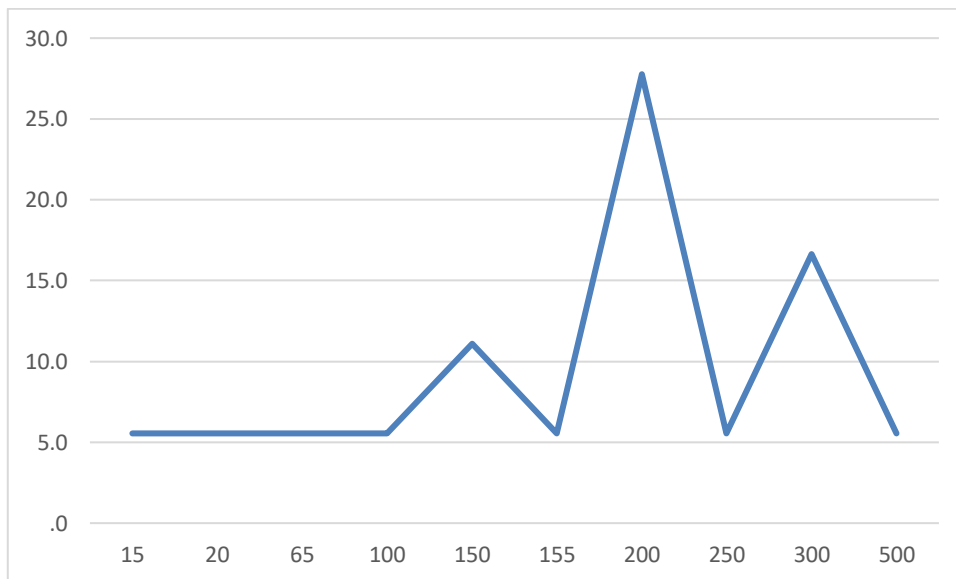


Figure 47 Répartition des patients selon la quantité de liquide

La durée moyenne d'ablation d'un drain est 4 jours avec minimum de 2 jours et maximum de 12 jours.

17. Répartition des patients selon le délai de chirurgie :

Délai moyen : 12,62 heures.

95% des patients hospitalisés ont bénéficié d'une intervention dans le cadre d'urgence.

Parmi les 136 patients opérés, 52,2% des patients opérés dans les 4h suivant l'admission en service d'hospitalisation, ce qui correspond à 71 patients. Environ 40% ont été opérés dans le délai 4-24h.

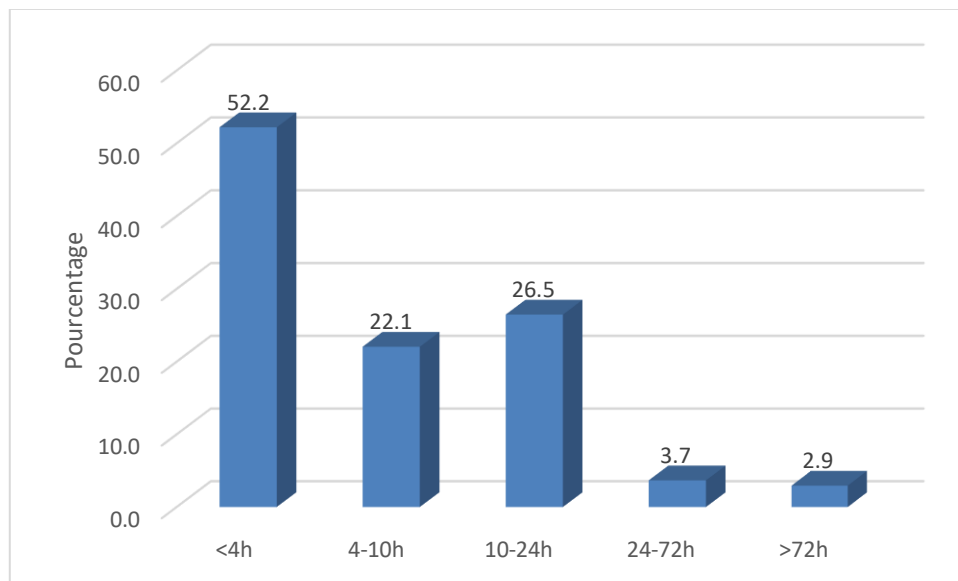


Figure 48 Répartition des patients hospitalisés selon le délai entrée-intervention

18. Répartition des patients selon l'évolution post opératoire :

La majorité des patients présente une déambulation totale à J1 avec taux de 65,7%, suivie par 20,9% pour J0.

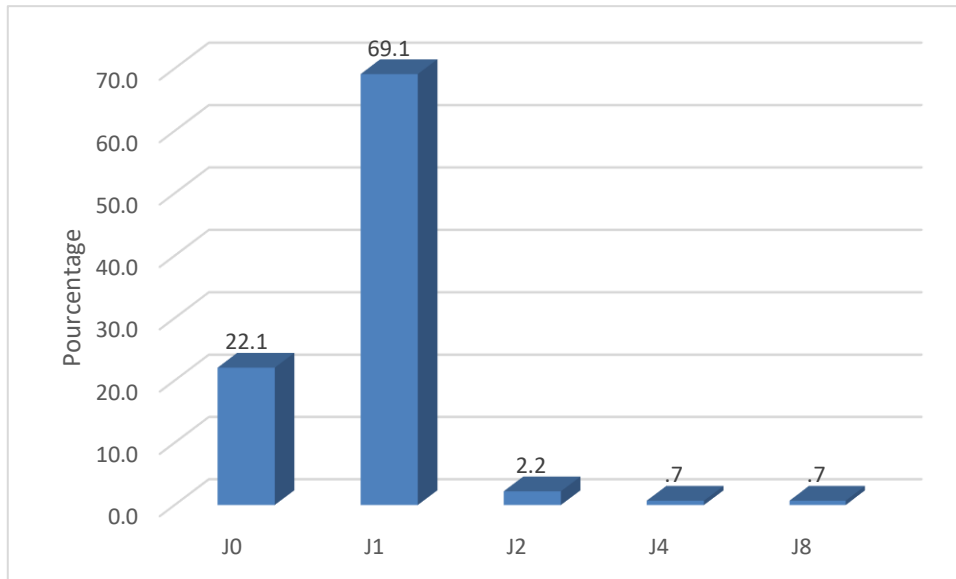


Figure 49 Répartition des patients selon la déambulation

Le transit a été repris le J1 post opératoire pour 69,2% ; suivi par une reprise dans les quelques heures suivant l’opération dans 11,2% et à partir de 3^{ème} jours post opératoire dans 3,5 des cas.

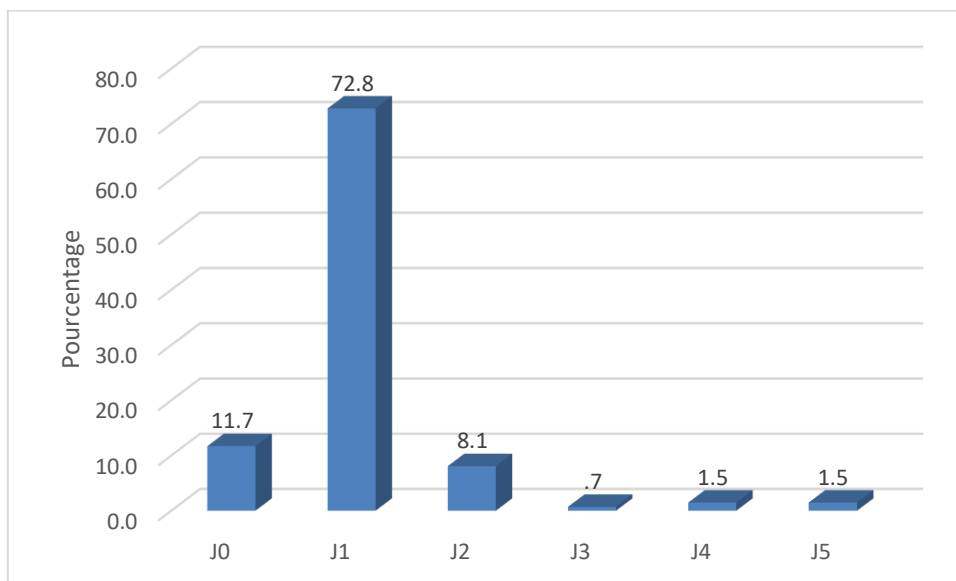


Figure 50 Répartition des patients selon la reprise de transit

L’alimentation a été autorisée chez 67,6% le premier jour post opératoire, 14,7% le même jour à partir de 6^{ème} heure suivi l’opération, puis 5,9% pour J2.

Les autres jours J3, J4 et J5 présentent par les taux 1,4%, 2,2%, 2,9% respectivement.

Chez certains patients l’alimentation (1,4%) n’a été autorisé jusqu’à le 6^{ème} jour.

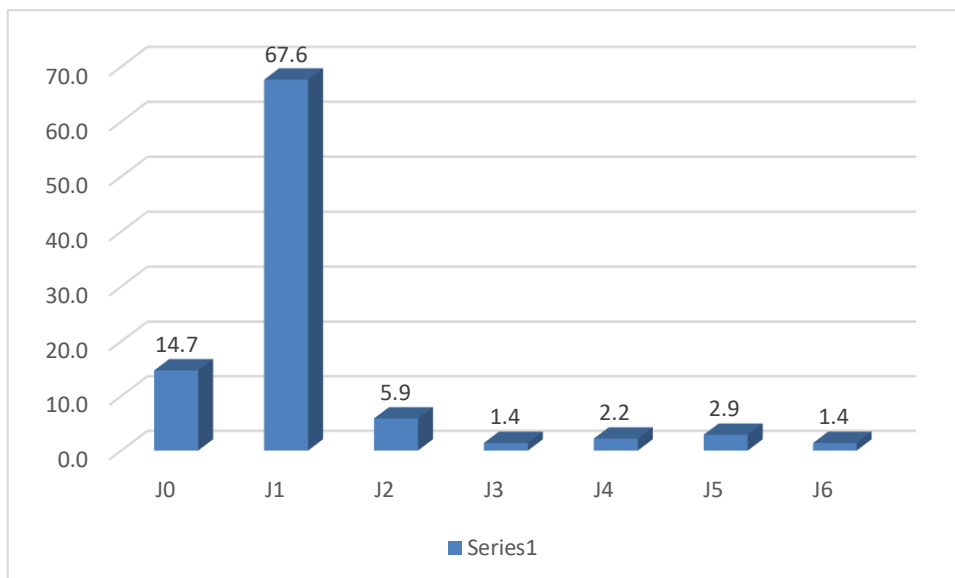


Figure 51 Répartition des patients selon le délai de l'autorisation de l'alimentation

19. Répartition des patients selon le séjour post opératoire :

Délai moyen de séjour post opératoire : 63,74h.

La grande majorité des patients opérés (41,9%) ont séjournés à l'hôpital en post opératoire pendant. 24-48H.

Le reste sont répartis presque équitablement sur les délais de séjour de <24h, 48-72h et 72h-1sem (18,3% ; 16,2% et 19,1% successivement).

Seulement 06 patients (4,4%) ont un séjour post opératoire >1sem.

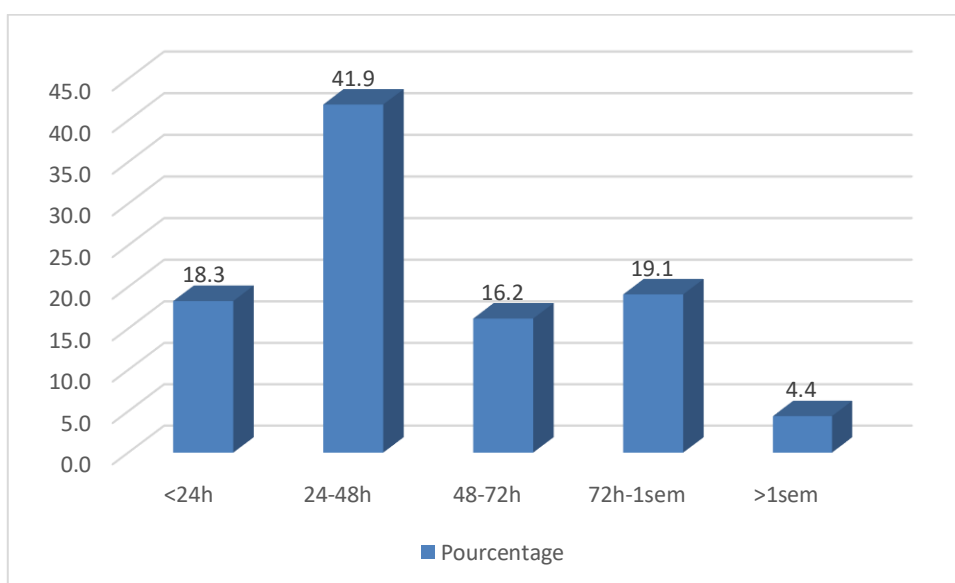


Figure 52 Répartition des patients selon le séjour post opératoire

20. Répartition des patients selon le mode de sortie :

05 patients (soit 3,5%) ont été décédés pendant leur séjour post opératoire.

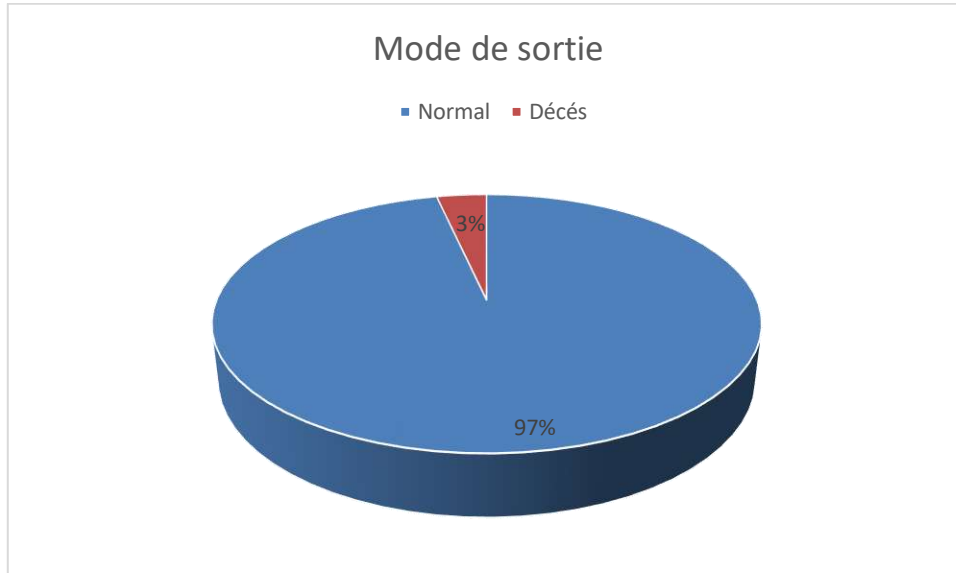


Figure 53 Répartition des patients selon le mode de sortie de l'établissement

21. Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation : 80,45heures avec des extrêmes entre 14h et 18 jours.

La majorité des patients inclus dans l'étude ont été hospitalisés au niveau de service pendant une durée comprise entre 24-72h, ce qui correspond à 79 patients (55,2%).

17,5% ont été hospitalisés pour une durée moins de 24H.

Enfin 10,5% ont hospitalisés pendant plus de 5 jours.

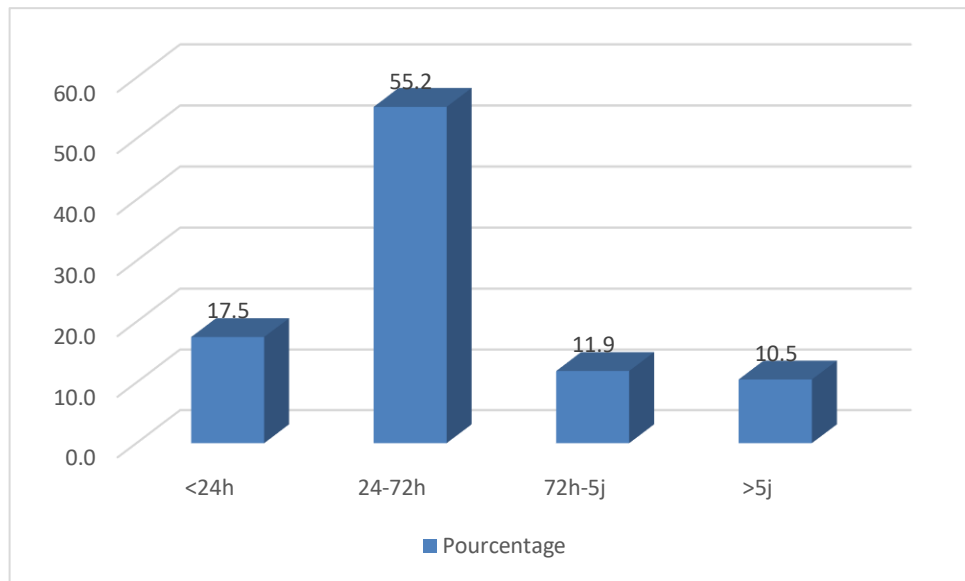


Figure 54 Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

22. Répartition des patients selon l'évolution :

Parmi le total des patients opérés ; 65,7% font leur contrôle post opératoire.

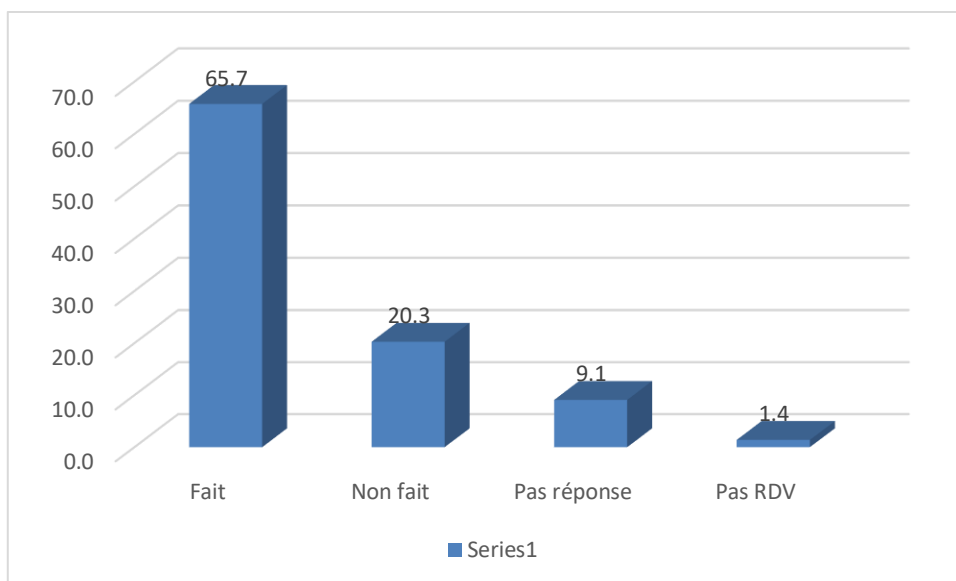


Figure 55 Répartition des patients selon la consultation post opératoire

L'évolution de l'état des patients à 10 jours était favorable dans 86%, et défavorable chez 4,9% par le décès des 5 patients soit 3,5%, sepsis de paroi chez 2 patients soit 1,4%.

Tableau 13 Répartition des patients selon l'évolution à J10

	Effectifs	Pourcentage
Favorable	123	86,01
Défavorable	7	4,89
Perdu de vue	13	9,1
Total	143	100,0

L'évolution à J30 a été favorable dans 85,3% et défavorable chez 0,7% par décès d'un patient.

Tableau 14 Répartition des patients selon l'évolution à 1 mois

	Effectifs	Pourcentage
Favorable	122	85,3
Défavorable	1	,7
	20	14,0
Total	143	100,0

DISCUSSION

1. Fréquence des urgences digestives :

Notre étude montre que l'activité chirurgicale digestive d'urgence représente 30,17% de l'ensemble des urgences chirurgicales.

Des taux proches ont été trouvés dans l'étude de Marrakech portant sur des urgences chirurgicales digestives de l'hôpital préfectoral de l'Inezgane et celui de Montpellier (32) et de Mali avec (36,70%) et (42,63%) et (21,60%) respectivement.

Tableau 15 La fréquences des urgences chirurgicales digestives

Etudes	Données	Période d'étude	Taille de l'échantillon	Pourcentage des urgences digestives
	CHRU de Montpellier France 2003	Une année	272	42,63%
	CHU Ouahigouya Burkina Faso 2019	Une année	394	16,7%
	Centre de santé de SAN Mali 2021	Une année	129	21,57%
	Hôpital d'Inezgane Marrakech Maroc 2014-2015	2 ans	1267	36,68%
	Notre étude	3mois	143	30,17%

2. Les données sociodémographiques :

2.1. Age :

Dans la littérature Africaine, Asiatique, Européenne(33)(34)(35), les urgences chirurgicales digestives est toujours l'apanage de l'adulte jeune de sexe masculin.

Dans notre série, l'âge moyen est de 26,9 ans avec des extrêmes de 4 mois et 83 ans. La tranche d'âge la plus représentée a été de 15 à 30 ans avec 40,6 %.

Ce résultat est proche à celui de FONGORO (2021) au Mali qui a trouvé dans sa série que la tranche d'âge [10- 30ans] est la plus importante avec 43,4% et de Burkina Faso et

Marrakech et de Montpellier qui ont trouvés dans leurs séries que la tranche [15- 30 ans] est la plus importante.

Tableau 16 Tranche d'âge la plus touchée

Etude	Age moyen	Pic de fréquence
Montpellier 2003		21-30 ans
Burkina Faso 2019	33ans	15-30ans
Mali 2021	31,26 ans	10-30 ans
Marrakech 2014-2015	30 ans	15-30 ans
Notre étude	26,9 ans	15 à 30

2.2. Sexe :

Notre résultat montre une légère prédominance masculine dont 59,4% des patients sont de sexe masculin avec sex-ratio de 1,46.

Cette prédominance est plus marquée dans les études de Marrakech(20)avec sex ratio de 2,26 et de Burkina-Faso(15)avec sex ratio de 2,7ainsi que celui de Mali (7)avec sex ratio de 3,6.

Tableau 17 Répartition des urgences chirurgicale digestives par sexe

Etude	Effectifs	Sexe ratio
J.L.Kambiré Burkina Faso 2019	394 patients	2,7
FONGORO Mali 2021	129 patients	3,6
AIT JAJA Marrakech 2014-2015	1267 patients	2,26
Notre étude	143 patients	1,46

3. Délai de consultation :

Le tableau ci-dessous présente les pourcentages des patients qui ont consultés dans les 24 premières heures après début de symptomatologie , on a trouvé que nos délais dans les différentes pathologies sont de loin mieux que ceux trouvés dans la série marocaine, dont plus de moitié ont consultés dans les 24 premières heures.

Tableau 18 Tableau présentant les pourcentages des patients qui ont consultés dans les 24 premières heures après début de symptomatologie

Pathologie	Série marocaine	Notre série
Pathologies appendiculaires	32%	64%
Pathologies occlusives	14%	78%
Pathologies biliopancréatiques	10%	57%
Péritonite	1,5%	54%

4. Délai de diagnostic

Le délai médian de diagnostic est de 12,16 heures.

(44,8%) des patients ont un délai de diagnostic <10h. Seulement 5,5% ont un délai de diagnostic de plus de 5 jours. Les facteurs qui peuvent retarder le diagnostic sont :

- Le tableau clinique parfois trompeur non évocateur.
- La non réalisation des échographies et TDM au niveau de l'établissement et orientation des patients pour les faire aux cliniques privées.

5. Les données cliniques :

La plupart des études concernant les urgences chirurgicales digestives ont retrouvées que la douleur est le motif de consultation le plus fréquent. Y. FANE(36) dans son étude "Urgences chirurgicales digestives : diagnostic et prise en charge. 2017" et BERTHE I. D (37) dans son étude "Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service

de chirurgie «A» du CHU du Point G bamako2008 ont rapporté 100 % des cas de douleur dans leurs études.

Dans nos résultats, la douleur a été le motif de consultation le plus fréquent. Elle était localisée dans FID dans presque 80% des cas, due à la fréquence des pathologies appendiculaires dans notre série.

Cette douleur a permis l'orientation diagnostique dans la majorité des cas.

6. Les données para cliniques :

6.1. Interprétation des données biologiques :

La numération formule sanguine un examen de routine facile, rapide et général permettent d'évaluer l'existence ou non d'infection (les polynucléaires éosinophiles, neutrophiles et basophiles), d'une anémie ou thrombopénie nécessitant une prise en charge préopératoire.(38). Dans notre travail, la totalité patients ont bénéficiés d'une numération formule sanguine.

La lipasémie est un examen spécifique utile au diagnostic des pathologies pancréatiques, en particulier des pancréatites aiguës. les dernières recommandations concernant la stratégie diagnostique devant une pancréatite aiguë ne retiennent que la lipasémie comme examen biologique nécessaire au diagnostic.(39)

Dans notre résultat la lipasémie n'est demandée que chez 5 patients dont elle revient positive dans 60% des cas, ce qui témoigne la prescription raisonnée des examens complémentaires.

6.2. Interprétation des données radiologiques :

L'échographie abdominal, examen simple et rapide à réaliser en urgence et qui a une forte valeur prédictive positive pour le diagnostic des appendicites aiguës ; des cholécystites aiguës, bilan étiologique d'une pancréatite aiguë.(24)

DARGENT et CAILLOT pensent aussi dans leur étude -La place de l'échographie abdomino-pelviennes dans l'urgence chirurgicale- que l'échographie abdomino-pelvienne doit être prioritaire et obligatoire dans les urgences abdominales.

L'échographie abdomino-pelvien était l'examen le plus souvent réalisé dans notre étude (réalisé chez 134 patients soit 93,7% de l'effectif).

71% (10 parmi 14) des patients présentant d'occlusion intestinale ont bénéficiés d'une TDM A/P, cette dernière était contributive dans 90% des cas.

Megion et al.(40) rapportent dans leur étude une sensibilité de 94% et une spécificité de

96% de la TDM dans le diagnostic d'occlusion aiguë. Sinha et al(41) dans leur étude avaient montré que le scanner abdominal porte le diagnostic de l'occlusion avec une sensibilité de 94% à 100% et une spécificité de 90% à 95%.

Tableau 19 Apport de TDM dans les OIA

Apport de TDM	Sensibilité	Spécificité
Megibow et al.	94%	96%
Sinha et al	94% à 100%	90% à 95%.
Notre série	90%	90%

7. Fréquence des principales étiologies :

L'appendicite aiguë est l'étiologie la plus fréquente dans toutes les séries,

Le même résultat est trouvé dans notre série, où l'appendicite était la première cause avec un pourcentage de 73%, en 2nd rang vient l'occlusion intestinale aiguë avec taux de 8% suivi par la péritonite généralisée (5%) ;

Ces résultats ne sont pas comparables à celui de Marrakech où la cholécystite aiguë vient en 2^{eme} lieu avec 32 % et celui de Mali où la péritonite aiguë occupent la 2^{eme} place(29%).

Ceci peut être expliqué par la PEC chirurgical de lithiase vésiculaire symptomatique avant stade de complication et la PEC précoce des appendicites aiguës à notre niveau.

Tableau 20 : Comparaison des étiologies des urgences chirurgicales digestives

Etude	Appendicite aiguë	Occlusion intestinale aiguë	Péritonite généralisée	Cholécystite aiguë
FONGORO Mali2021	63 (48,9%)	08 (6,2%)	38 (29,5%)	
AIT JAJA Marrakech 2014	550 (43,41%)	70 (5,52%)	69 (5,44%)	405 (31,9%)
Notre étude	104 (72,7%)	12 (8,4%)	08 (5,6%)	4 (3,5%)

Selon la littérature, la perforation d'ulcère gastroduodénale est la première cause de péritonite généralisée.

Dans notre étude et celui de Marrakech et contrairement aux données de la littérature, la péritonite appendiculaire a occupé la première place ce résultat du a un retard de prise en charge des appendicites.

Tableau 21:les principales étiologies des péritonites aiguës

Étude	AIT JAJA Marrakech 2014- 2015	Notre étude
Étiologie de péritonite		
Perforations d'ulcères	13,04%	36,36%
Appendiculaires	59,42%	45,45%
Perforations intestinales	10,14%	0%
Autres	17,4%	18,18%

8. Traitement chirurgical :

Sur les 143 patients, 133 soit 93% ont été opérés dans le cadre d'urgence, la voie d'abord chirurgicale était classique, la voie cœlioscopique n'a été pratiquée que chez 0,07% des patients (un seul cas d'appendicite aiguë).

Les patients non opérés en urgence (10) ont bénéficié soit d'un refroidissement et une chirurgie programmée après (5 cas de cholécystite aiguë, 2 cas de pancréatite aiguë, un cas de plastron appendiculaire et un cas d'appendicite subaiguë) ; soit bénéficiés d'un traitement substitutif non chirurgical (un cas de péritonite aiguë par perforation gastrique diagnostiqué en <6 heures a été pris en charge par la méthode de Taylor avec succès).

Une prédominance d'incision de Mc Burney (71,3%). Sans aucun doute, le taux d'incision de Mc Burney est proportionnel à la fréquence des appendicites dans la série.

On notait 01 cas de laparotomie médiane exploratrice ayant conduit au diagnostic d'un cas de péritonite primitive.

9. Le délai de chirurgie :

Le délai médian de chirurgie est de:4 heures avec des extrêmes de 30min- 64heures.

Le délai moyen était de 12,62heures.

Il est proche à celui rapporté au Burkina Faso(42) ou ils ont rapporté que le délai moyen

d'attente avant l'admission au bloc a été de 12,87. Et un peu long par rapport à celui enregistré au Niger (43) ou le délai moyen était de 9 heures.

Les facteurs qui peuvent retarder l'intervention dans notre étude :

- A un facteur dépendant du patient contre indiquant l'intervention temporairement (TP bas, anémie sévère, déséquilibres hydro électrolytiques,).
- La présence d'une seule salle opératoire pour tous types d'urgences pendant la garde de nuit, ce qui fait que les malades arrivés simultanément seront traités par ordre de priorité.

10. Le séjour post opératoire :

Les dernières recommandations concernant le séjour post op de l'appendicite aigüe ont identifiées que la durée d'hospitalisation post opératoire ne doit pas dépasser une journée sauf si complication. (44)

Dans notre résultat, pour la pathologie appendiculaire aigüe, on a enregistré un délai médian de séjour post opératoire de 41 heures.

Ce retard peut être dû aux habitudes de certains chirurgiens qui suivent des recommandations plus anciennes.

Pour la cholécystite aigüe, les dernières recommandations ont limité la durée de séjour post op à une journée; ces données sont compatibles à 100% avec nos résultats.(45)

11. Le mode de sortie :

5 patients (3,5%) sont décédés pendant leur séjour hospitalier, ce résultat est proche à celui de Modibo FONGORO (2021) au Mali qui a trouvé dans sa série 04 cas de décès parmi les 129 patients avec un pourcentage de 3,1% mais il est un peu loin de celui de AIT JAJA qui a trouvé 3 cas de décès parmi les 1267 patients soit 0,23%. La cause de décès est présentée par un choc septique chez 3 patients (un cas post péritonite appendiculaire, le 2ème cas post péritonite primitive et un cas post péritonite vésiculaire) ; un cas de décès est dû à un syndrome de détresse respiratoire suite à un OAP grave chez un vieux de 83 ans. En dernier un cas d'arrêt cardiorespiratoire chez un nourrisson de 4 mois après une chirurgie de désinvagination.

12. L'évolution :

Les suites opératoires étaient favorables dans 93,9% des cas.

Elles ont été émaillées de complications chez seulement 8 patients (soit 6,1%)

représentés par un décès dans 4,6% (6 cas), sepsis de la paroi chez 2 patients (1,5%).
A noter que 13 patients perdus de vue ne sont pas pris en considération dans le statut évolutif.

Tableau 22 Comparaison selon l'évolution

Série	Complications	Décès
Marocaine	Non mentionnés	0,23%
Maliennne	4,6	3,10%.
Notre série	1,5%	4,6%

13. Force de l'étude :

La force de cette étude réside dans son caractère original.

Le caractère prospectif a permis de limiter le maximum des biais.

14. Limite de l'étude :

-Les perdus de vue : 13 patients soit 9%.

-Difficulté de préciser certaines variables comme le siège, irradiation et l'intensité de la douleur chez les nourrissons et les malades comateux.

RECOMMENDATION

Pour une meilleure prise en charge des urgences abdominales non traumatiques,
nous formulons les recommandations suivantes :

A la population :

-La sensibilisation de la population, de la nécessité de consultation sans délais chez
un médecin devant toute douleur abdominale aiguë.

Au système de santé :

-Le renforcement de service des urgences en personnel qualifié et suffisant.
(Personnel médical et paramédical).

-L'amélioration du plateau technique .

CONCLUSION

Les urgences chirurgicales digestives restent un motif fréquent de consultation au niveau du pavillon d'urgence.

Cette étude a permis pour la première fois de décrire le profil clinique, thérapeutique et évolutif des urgences digestives au niveau de l'EPH Mohammed Boudiaf d'Ouargla.

Cette entité est l'apanage de l'adulte jeune avec une prédominance masculine.

Les pathologies les plus fréquemment retrouvées étaient surtout l'appendicite aigue suivie par l'occlusion intestinale aigüe et la péritonite aigüe.

L'examen clinique a été décisif dans l'orientation diagnostique dans la plupart des cas, il guide le choix des examens complémentaires biologiques et surtout radiologiques qui prennent de plus en plus de place et une grande valeur dans l'enquête diagnostique.

L'échographie abdominale a été l'examen radiologique le plus pratiqué et le plus contributif en urgences digestives.

Ce sont généralement des pathologies bénignes mais l'évolution peut être grave. Leur pronostic dépend essentiellement de délai diagnostic et de prise en charge, plus les délais seront brefs, mieux sera le pronostic.

Afin d'améliorer l'état actuel des choses il faut agir à plusieurs niveaux, sur la population par la sensibilisation sur l'importance de la consultation précoce devant un tableau abdominal aigu et le risque de complications liées essentiellement au retard de prise en charge. Et sur le système de santé par le renforcement de service des urgences en personnel qualifié et en effectif suffisant et aussi la fourniture des matériels adéquats nécessaires au diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

1. H.MONDOR. DIAGNOSTIC URGENTS-ABDOMEN. 9^{ème}. MASSON ET CIE; 1974. 3 p.
2. Etienne JC. Diagnostic des urgences chirurgicales. Paris: Enc Med Chir; 1998.
3. Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques des Urgences Abdominales Chirurgicales à l'Hôpital Préfectoral de Siguiri (Guinée).
4. Brower. ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE. Paris; 2004.
5. Ngboko APM, Doui AD, Service MY, Mapouka API, Nghario L. LA MORTALITE SUITE AUX URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES A L'UNITE DE REANIMATION CHIRURGICALE DU CHU DE L'AMITIE SINO-CENTRAFRICAINE DE BANGUI. MORTALITY DUE TO DIGESTIVE EMERGENCIES AT THE SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT OF SINO-CENTRAL AFRICAN FRIENDSHIP UNIVERSITY HOSPITAL IN BANGUI. 2022;9.
6. Mr Issa Diafara BERTHE. PRISE EN CHARGE DES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE «A» DU CHU DU POINT G. Université de Bamako; 2008.
7. Fongoro MM. LES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE SAN.
8. Eliane N.MERIAB, Katja HOEHN. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE HUMAINES. 11th ed. France: Pearson; 2019.
9. Doctissimo. Doctissimo. 2015 [cited 2023 Sep 30]. Système digestif. Available from: <https://www.doctissimo.fr/html/sante/atlas/fiches-corps-humain/systeme-digestif-02.htm>
10. Mennequier DD. Anatomie de l'estomac < monhepatogastro [Internet]. monhepatogastro. 2022 [cited 2023 Sep 30]. Available from: <https://monhepatogastro.net/anatomie-de-lestomac/>
11. PATHOLOGIES COLORECTALES [Internet]. [cited 2023 Sep 30]. Available from: <https://www.ihu-strasbourg.eu/info-patient/pathologies/pathologies-colorectales/>
12. Maïga MAA. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES PATHOLOGIES ABDOMINALES CHIRURGICALES D'URGENCE A L'HÔPITAL DE GAO.
13. M KARIM AJ. Bilan d'activité des urgences chirurgicales digestives de l'hôpital préfectoral d'Inezgane sur 2 ans 2014 - 2015. [MARROC]: UNIVERSITE CADI AYYAD MARRAKECH; 2017.
14. Collectif. Site-LeJournalDuMedecin-FR. 2020 [cited 2023 Sep 30]. Le patient doit se présenter plus rapidement aux urgences. Available from: <https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/le-patient-doit-se-presenter-plus-rapidement-aux-urgences/article-opinion-47389.html>
15. Kambiré JL, Zida M, Ouédraogo S, Ouédraogo S, Traoré SS. Les urgences en chirurgie digestive au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (Burkina Faso) à propos de 394 cas. Science et Technique, Sciences de la Santé. 2018;41(1):53–60.
16. Rapport.SAC.Appendicites.pdf.

17. Chirurgie de l'urgence digestive | Dr Allujami à Morsang (Essonne) [Internet]. [cited 2023 Sep 30]. Available from: <https://www.docteurallujami.com/chirurgie-viscerale-et-digestive/chirurgie-de-l-urgence-chirurgicale-digestive.html>
18. Piqueres S, Staeger P, Pasche O. Examen de l'abdomen : et si nous refaisons nos gammes ? *Rev Med Suisse*. 2016 Nov 2;537:1866–72.
19. Rose-Marie H. Précis de sémiologie. Office des publications universitaires; 368 p.
20. YACOUBA D. PLLACE DE L'IMAGERIE DANS LES URGENCES ABDOMINALES NON TRAUMATIQUES. [MALI]: UNIVERSITE DE BAMAKO; 2007.
21. Péritonite | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cited 2023 Sep 30]. Available from: <https://www.snfge.org/content/peritonite>
22. Zeitoun JD, Chrysostalis A, Lefèvre J. Hépatologie, gastro-entérologie, chirurgie viscérale. 7e éd. Paris: Éditions Vernazobres-Gregg; 2019. (La référence iKB).
23. <https://www.info-radiologie.ch/pneumoperitoine-radiographie.php>.
24. Michel AMOURETTI, Yves MENU, Françoise DESSEIGNE, Gilles GENIN, Philippe GEOFFROY, Francis KUNSTLINGER, et al. ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE (PELVIS EXCLU) EN PREMIÈRE INTENTION : INDICATIONS. Agence Nationale d'acrédition et d'évaluation en santé;
25. Patrice T, Kathia C, Catherine C, Mathieu L, Nicolas M de C, Ingrid Millet. Imagerie des urgences. Elsevier Masson; 2019. 664 p. (Imagerie Médicale Pratique).
26. Sissoko MM. LES OCCLUSIONS INTESTINALES : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE A L'HOPITAL REGIONAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES.
27. Echevarria† S, Rauff† F, Hussain† N, Zaka H, Farwa U e, Ahsan N, et al. Typical and Atypical Presentations of Appendicitis and Their Implications for Diagnosis and Treatment: A Literature Review. *Cureus* [Internet]. 2023 Apr 2 [cited 2023 Sep 30]; Available from: <https://www.cureus.com/articles/147398-typical-and-atypical-presentations-of-appendicitis-and-their-implications-for-diagnosis-and-treatment-a-literature-review>
28. Payen JL, Muscari F. La cholécystite aiguë lithiasique, diagnostic, critères de gravité, traitement. Quand et comment chercher une lithiase de la voie biliaire principale? Comment traiter une lithiase de la voie biliaire principale, associée ou non à une lithiase vésiculaire? In: Lévy P, editor. *Post'U FMC-HGE* [Internet]. Paris: Springer Paris; 2011 [cited 2023 Sep 30]. p. 287–98. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-2-8178-0237-4_38
29. JFHOD | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cited 2023 Sep 30]. Available from: <https://www.snfge.org/content/facteurs-predictifs-de-succes-du-traitement>
30. Janisch NH, Gardner TB. Advances in Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2016 Mar;45(1):1–8.
31. James TW, Crockett SD. Management of acute pancreatitis in the first 72 hours. *Current Opinion in Gastroenterology*. 2018 Sep;34(5):330–5.

32. Engbang JP, Essola B, Moukoury TJK, Chasim CB, Toumaleu GM, Motah M, et al. Diagnosis and Treatment of Digestive Emergencies in Two Hospitals in Douala (Cameroon). *SS*. 2021;12(06):174–86.
33. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger). *Médecine d'Afrique Noire*. 2001;
34. Padonou N, Diagne BA, N'Doye M, Cherbonnel GM, Nussaume O. Urgence abdominales chirurgicales non traumatiques au C.H.U. de Dakar. Statistique de quatre années (1973-1976). *Dakar Med*. 1979;24(1):90–7.
35. Ahmed M, Shah M, Luby S, Drago-Johnson P, Wali S. Survey of surgical emergencies in a rural population in the Northern Areas of Pakistan. *Trop Med Int Health*. 1999 Dec;4(12):846–57.
36. M. Yacouba FANE. Urgences chirurgicales digestives : diagnostic et prise en charge.
37. BERTHE MID. PRISE EN CHARGE DES URGENCES CHIRURGICALES DIGESTIVES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE «A» DU CHU DU POINT G.
38. SRIKANATAIAH HIREMATH, Kishan A V, Kiran Kailas, Mahendra Kumar T. Accuracy of Leukocyte Count and C-Reactive Protein in the Diagnosis of Acute Appendicitis –A Prospective Study. Available from: [https://ijars.net/articles/PDF/2129/10-%2018067_F\(P\)_PF1\(Vsu_Om\)_PFA\(Om\)_PF2\(PVSU\).pdf](https://ijars.net/articles/PDF/2129/10-%2018067_F(P)_PF1(Vsu_Om)_PFA(Om)_PF2(PVSU).pdf)
39. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2013 Jul;13(4):e1–15.
40. Megibow AJ, Balthazar EJ, Cho KC, Medwid SW, Birnbaum BA, Noz ME. Bowel obstruction: evaluation with CT. *Radiology* [Internet]. 1991 Aug 1 [cited 2023 Oct 1]; Available from: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiology.180.2.2068291>
41. Sinha R, Verma R. Multidetector row computed tomography in bowel obstruction. Part 1. Small bowel obstruction. *Clinical Radiology*. 2005 Oct;60(10):1058–67.
42. Ouedraogo S, Kambire JL, Zongo P, Tchangai B, Ouangre E, Zida M. Délai de prise en charge des urgences chirurgicales digestives chez l'adulte au service de chirurgie du centre hospitalier universitaire régional d'Ouahigouya au Burkina Faso. *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*. 2022;24(3–4):23–30.
43. Harissou A, Ibrahim AMM, Oumarou H, Mansour A, Amadou M, Ousseni EA, et al. RETARD DIAGNOSTIQUE ET IMPLICATION PRONOSTIQUE EN MILIEU AFRICAIN. CAS DES URGENCES EN CHIRURGIE DIGESTIVE À L'HÔPITAL NATIONAL DE ZINDER, NIGER. 2015;
44. Appendicite aiguë à Lyon | Urgences chirurgicales Mermoz [Internet]. [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.chirurgie-lyon-mermoz.fr/urgences/appendicite-aigue>
45. Comment se déroule l'intervention ? | Centre Chirurgical Lyon Mermoz [Internet]. [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.chirurgie-lyon-mermoz.fr/coelioscopie/vesicule-biliaire/comment-se-deroule-lintervention>

ANNEXES

Urgences abdominales chirurgicales au niveau de l' EPH Ouargla

Fiche d'enquête

Les données administratives

- 01) Serviced'hospitalisation :.....
02) Numéro dossier :
03) Nom et prénom :.....
04) Age :.....
05) Sexe : M F
06) Adresse : communewilaya.....
07) Niveau scolaire : Analphabète Primaire Secondaire Universitaire
08) Date de consultation :Heure :.....
Si retard motif :
09) Date du début de symptomatologie :.....Heure :.....Si
retard motif :
10) Date de première consultation :Heure :
Si retard motif :
11) Date d'entrée :.....Heure :.....
Si retard motif :
12) Date d'intervention :Heure :
Si retard motif :
13) Date de sortie :.....
Si retard motif :

Antécédents

- 14) Médicaux : Oui Non Si oui à préciser :
15) Chirurgicaux : Oui Non Si oui à préciser :
16) Familiaux : Oui Non Si oui à préciser :
17) Toxiques : Tabac : oui non Alcool : oui non
Médicament : oui non Classe :

Signes cliniques

- 18) Motif de consultation :.....
19) Température en C° :.....
20) Pouls en batt/min :.....
21) Fréquence respiratoire en cyc/min :.....
22) Poids : Taille : IMC :.....
23) Tension artérielle en mmHg :.....

Les signes généraux

- 24) Etat générale : Conservé Moyen Altéré
25) Conjonctives et téguments : Bien colorées Pales Ictériques
26) Fièvre : Oui Non

Les signes fonctionnels

- 27) Douleurs abdominale :
-siège : diffuse localisée
-mode d'installation : brutal progressif
-intensité : intense modérée faible

- les irradiations :.....
- évolution : Permanente Intermittente Indéterminée
- 28) Arrêt de matières et gaz : Oui Non
- 29) Vomissement :
 - Oui Non
 - Post prandial précoce Post prandial tardif
 - Type : Alimentaire Biliaux Fécaloïde Hématique

Les signes physiques

- 30) Abdomen distendu (ballonnement) : Oui Non
- 31) Mouvement abdominal : Oui Non
- Palpation
 - 32) Douleur : Oui Non
 - 33) Défense abdominale : Oui Non
 - Si oui préciser le siège :
- 34) Contracture abdominale : Oui Non
- 35) Percussion : Oui Non
- 36) Toucher rectal : Fait Non fait Si oui à préciser :
.....

Examens complémentaires

Biologie :

- 37) Hémoglobine :
- 38) Hématocrite :
- 39) Leucocytes :
- 40) CRP :
- 41) Lipasémie :
- 42) Ionogramme : Na : K : Cl :

Radiologie :

- 43) ASP :
 - Fait Non fait
 - Contributif Non contributif
 - Résultats :
- 44) Echographie :
 - Fait Non fait
 - Contributif Non contributif
 - Résultats :
- 45) TDM :
 - Fait Non fait
 - Contributif Non contributif
 - Résultats :

Diagnostic

- 46) Diagnostic préopératoire :
- 47) Diagnostic peropératoire :

Traitement

Médical :

- 48) Traitement reçu avant admission : Oui Non Si oui à préciser :

- 49) Traitement préopératoire : Oui Non
 Nature et durée du traitement :
- 50) Traitement peropératoire : Oui Non
 Nature :
- 51) Traitement postopératoire :
 Nature et durée du traitement :

Chirurgical :

- 52) Type d'anesthésie : Locale Locorégionale Générale
- 53) Technique opératoire :
- Nature de l'incision :
- Gestes effectués :
- 54) Pose d'un drain : Oui Non
 Type :
- Endroit :
- 55) Complication peropératoire : Oui Non Si oui à préciser :

- 56) Durée de l'intervention :

Suites opératoires :

- 57) Déambulation : Date et Heure :
- 58) Repris de transit : Date et Heure :
- 59) Repris d'alimentation : Date et Heure :
- 60) Si drainage : Nature du liquide :
- Quantité (cc/24h) :
- Ablation (Date):
- 61) Suites à dix jours (J10) : Favorable Défavorable
 Si défavorable à préciser.....
- 62) Suites un mois (J30) : Favorable Défavorable
 Si défavorable à préciser.....