كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH
MARRAKECH
جامعة القاضي عياض
UNIVERSITÉ CADI AYYAD

Année 2024 Thèse N° 425

URGENCES VISCERALES PENDANT LE MOIS SACRE DU RAMADAN : ETUDE DESCRIPTIVE RETROSPECTIVE SUR UNE DUREE DE 4 ANS.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 08/11/2024

PAR

Mme. Maryame MOUSSID

Né le 21/09/1999 à KELLAA DES SRAGHNA

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MEDECIN INTERNE ANCIEN DU CHU MOHAMED VI DE MARRAKECH

MOTS-CLÉS

Urgences chirurgicales- Le jeûne -Ramadan-Péritonite aigue- Appendicite aigue.

JURY

Mr.	R. BENELKHAIAT Professeur de Chirurgie Générale	PRESIDENT
Mr.	Y.NARJIS Professeur de Chirurgie Générale	RAPPORTEUR
Mme.	H.HAMRI Professeur de Chirurgie Générale	JUGES
Mr.	M.KHALOUKI Professeur d'Anesthésie -réanimation	JUGES

بسم الله الرحمن الرحيم

{رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ
لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ}

سورة الأحقاف

بِسۡمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحۡمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

قَالُواْ سُبۡحَٰنَكَ لَا عِلۡمَ لَنَآ إِلَّا مَا عَلَّمۡتَنَآۖ إِنَّكَ أَنتَ ٱلۡعَلِيمُ ٱلۡحَكِيمُ ٣٢

صَدَقَ ٱللَّهُ ٱلۡعَظِيمُ

Serment d'Hippocrate

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

***J**e traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

***J**e pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

***J**e ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

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

***L**es médecins seront mes frères.*

***A**ucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune*

Considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

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

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

***J**e m'y engage librement et sur mon honneur.*

Déclaration Genève, 1948

LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Said ZOUHAIR
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Oualid ZIRAOUI
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

PROFESSEURS

Professeurs de l'Enseignement Supérieur			
ZOUHAIR Said (DOYEN)	Microbiologie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	EL KARIMI Saloua	Cardiologie
KHATOURI Ali	Cardiologie	EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie
NIAMANE Radouane	Rhumatologie	AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	ZYANI Mohammad	Médecine interne
KRATI Khadija	Gastro-entérologie	QACIF Hassan	Médecine interne
SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique	BEN DRISS Laila	Cardiologie
RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie	MOUFID Kamal	Urologie
KISSANI Najib	Neurologie	QAMOUSS Youssef	Anésthésie réanimation
SARF Ismail	Urologie	EL BARNI Rachid	Chirurgie générale
MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMAL Said	Dermatologie	BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	BASRAOUI Dounia	Radiologie
MOUTAJ Redouane	Parasitologie	RAIS Hanane	Anatomie Pathologique

AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	BELKHOU Ahlam	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
CHAKOUR Mohammed	Hématologie biologique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies mé-taboliques
YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation	DRAISS Ghizlane	Pédiatrie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale	EL IDRISSI SLITINE Nadia	Pédiatrie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	RADA Noureddine	Pédiatrie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-vasculaire	BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie
CHELLAK Saliha	Biochimie-chimie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie-réanimation
LOUZI Abdelouahed	Chirurgie-générale	ZIADI Amra	Anesthésie-réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	ANIBA Khalid	Neurochirurgie
GHANNANE Houssine	Neurochirurgie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique	FADILI Wafaa	Néphrologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	ADALI Imane	Psychiatrie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie- virologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique
MAOULAININE Fadl mrabih ra-bou	Pédiatrie (Néonatologie)	BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique
MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire	BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie biologique	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique
AMINE Mohamed	Epidémiologie clinique	BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie-orthopédie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADMOU Brahim	Immunologie	EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale
CHERIF IDRISSI EL GANOUNI Na-jat	Radiologie	AISSAOUI Younes	Anésthésie-réanimation
TASSI Noura	Maladies infectieuses	BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies mé-taboliques
MANOUDI Fatiha	Psychiatrie	ATMANE El Mehdi	Radiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie
NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation	BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale
LAOUAD Inass	Néphrologie	ALJ Soumaya	Radiologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique	EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-virologie	BENALI Abdeslam	Psychiatrie

BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie-chimie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie-orthopédie
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	KADDOURI Said	Médecine interne
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
SORAA Nabila	Microbiologie-virologie	EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale
KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
JALAL Hicham	Radiologie	DAROUASSI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
OUALI IDRISSI Mariem	Radiologie	BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie
ZAHLANE Mouna	Médecine interne	FAKHRI Anass	Histologie-embyologie cytogé-nétique
BENJILALI Laila	Médecine interne	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
NARJIS Youssef	Chirurgie générale	CHRAA Mohamed	Physiologie
RABBANI Khalid	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-réanimation
HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie	AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies mé-taboliques	ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie-réanimation	BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique
SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embyologie cytogé-nétique
LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie	EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plas-tique	EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie mycologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie	ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plas-tique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique		
Professeurs Agrégés			
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-réanimation	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadapta-tion fonctionnelle	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
SEDDIKI Rachid	Anesthésie-réanimation	BELLASRI Salah	Radiologie

ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	DAMI Abdallah	Médecine Légale
REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation	AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation
ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
SEBBANI Majda	Médecine Communautaire	EL FAKIRI Karima	Pédiatrie
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio-vasculaire	NASSIH Houda	Pédiatrie
HAMMOUNE Nabil	Radiologie	LAHMINI Widad	Pédiatrie
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	BENANTAR Lamia	Neurochirurgie
MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie	EL FADLI Mohammed	Oncologie mé0dicale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie
LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie	CHETTATI Mariam	Néphrologie
RHARRASSI Issam	Anatomie-patologique	SAYAGH Sanae	Hématologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie
JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie	CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses
NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plas-tique	ACHKOUN Abdessalam	Anatomie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	DARFAOUI Mouna	Radiothérapie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	EL-QADIRY Rabiy	Pédiatrie
FENANE Hicham	Chirurgie thoracique	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	ELATIQI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plas-tique
BABA Hicham	Chirurgie générale	BENZALIM Meriam	Radiologie
MAOUJOUD Omar	Néphrologie	LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie-virologie
SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de ca-tastrophe	HAJHOUJI Farouk	Neurochirurgie
EL FILALI Oualid	Chirurgie Vasculaire périphé-rique	EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique
EL- AKHIRI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies mé-taboliques
HAJJI Fouad	Urologie		
Maîtres de Conférences			
GEBRATI Lhoucine	Chimie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicolgie envi-ronnementale
FDIL Naima	Chimie de coordination bio-or-ganique	WARDA Karima	Microbiologie
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-or-gannique	SBAI Asma	Informatique
CHEGGOUR Mouna	Biochimie		
Professeurs Assistants			

ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FATH EL KHIR Yassine	Traumato-orthopédie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation	NASSIRI Mohamed	Traumato-orthopédie
BELARBI Marouane	Néphrologie	AIT-DRISS Wiam	Maladies infectieuses
AMINE Abdellah	Cardiologie	AIT YAHYA Abdelkarim	Cardiologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	DIANI Abdelwahed	Radiologie
ROUKHSI Redouane	Radiologie	AIT BELAID Wafae	Chirurgie générale
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	ZTATI Mohamed	Cardiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plas-tique	HAMOUCHE Nabil	Néphrologie
SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie	ELMARDOULI Mouhcine	Chirurgie Cardio-vasculaire
SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie	BENNIS Lamiae	Anesthésie-réanimation
FASSI FIHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale	BENDAOUD Layla	Dermatologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	HABBAB Adil	Chirurgie générale
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies mé-taboliques	CHATAR Achraf	Urologie
SLIOUI Badr	Radiologie	OUMGHAR Nezha	Biophysique
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	HOUMAID Hanane	Gynécologie-obstétrique
YAHYAOUI Hicham	Hématologie	YOUSFI Jaouad	Gériatrie
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	NACIR Oussama	Gastro-entérologie
MOUGUI Ahmed	Rhumatologie	BABACHEIKH Safia	Gynécologie-obstétrique
SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation	ABDOURAFIQ Hasna	Anatomie
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	TAMOUR Hicham	Anatomie
SBAI Asma	Informatique	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Gynécologie-obstétrique
HAZIME Raja	Immunologie	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Psychiatrie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	BOUKIND Samira	Anatomie
RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation	LOUKHNATI Mehdi	Hématologie clinique
ZOUITA Btissam	Radiologie	ZAHROU Farid	Neurochirugie
MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Chirurgie générale
AZIZI Mounia	Néphrologie	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pédiatrie
BENYASS Youssef	Traumato-orthopédie	BARKICHE Samir	Radiothérapie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	ABI EL AALA Khalid	Pédiatrie
YANISSE Siham	Pharmacie galénique	AFANI Leila	Oncologie médicale
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	EL MOULOUA Ahmed	Chirurgie pédiatrique
KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation	LAGRINE Mariam	Pédiatrie

BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	OULGHOUL Omar	Oto-rhino-laryngologie
ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique	AMOCH Abdelaziz	Urologie
IDALENE Malika	Maladies infectieuses	ZAHLAN Safaa	Neurologie
LACHHAB Zineb	Pharmacognosie	EL MAHFOUDI Aziz	Gynécologie-obstétrique
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	CHEHBOUNI Mohamed	Oto-rhino-laryngologie
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	LAIRANI Fatima ezzahra	Gastro-entérologie
LALAOUI Abdessamad	Pédiatrie	SAADI Khadija	Pédiatrie
ESSAFTI Meryem	Anesthésie-réanimation	DAFIR Kenza	Génétique
RACHIDI Hind	Anatomie pathologique	CHERKAOUI RHAZOUANI Ous-sama	Neurologie
FIKRI Oussama	Pneumo-phtisiologie	ABAINOU Lahoussaine	Endocrinologie et maladies mé-taboliques
EL HAMDAOUI Omar	Toxicologie	BENCHANNA Rachid	Pneumo-phtisiologie
EL HAJJAMI Ayoub	Radiologie	TITOU Hicham	Dermatologie
BOUMEDIANE El Mehdi	Traumato-orthopédie	EL GHOUL Naoufal	Traumato-orthopédie
RAFI Sana	Endocrinologie et maladies mé-taboliques	BAHI Mohammed	Anesthésie-réanimation
JEBRANE Ilham	Pharmacologie	RAITEB Mohammed	Maladies infectieuses
LAKHDAR Youssef	Oto-rhino-laryngologie	DREF Maria	Anatomie pathologique
LGHABI Majida	Médecine du Travail	ENNACIRI Zainab	Psychiatrie
AIT LHAJ El Houssaine	Ophtalmologie	BOUSSAIDANE Mohammed	Traumato-orthopédie
RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Chirurgie générale	JENDOUZI Omar	Urologie
EL MOUHAFID Faisal	Chirurgie générale	MANSOURI Maria	Génétique
AHMANNA Hussein-choukri	Radiologie	ERRIFAIY Hayate	Anesthésie-réanimation
AIT M'BAREK Yassine	Neurochirurgie	BOUKOUB Naila	Anesthésie-réanimation
ELMASRIOUI Joumana	Physiologie	OUACHAOU Jamal	Anesthésie-réanimation
FOURA Salma	Chirurgie pédiatrique	EL FARGANI Rania	Maladies infectieuses
LASRI Najat	Hématologie clinique	IJIM Mohamed	Pneumo-phtisiologie
BOUKTIB Youssef	Radiologie	AKANOUR Adil	Psychiatrie
MOUROUTH Hanane	Anesthésie-réanimation	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pédiatrie
BOUZID Fatima zahrae	Génétique	MERBOUH Manal	Anesthésie-réanimation
MRHAR Soumia	Pédiatrie	BOUROUMANE Mohamed Rida	Anatomie
QUIDDI Wafa	Hématologie	IJDDA Sara	Endocrinologie et maladies mé-taboliques
BEN HOUMICH Taoufik	Microbiologie-virologie	GHARBI Khalid	Gastro-entérologie
FETOUI Imane	Pédiatrie	ATBIB Yassine	Pharmacie clinique

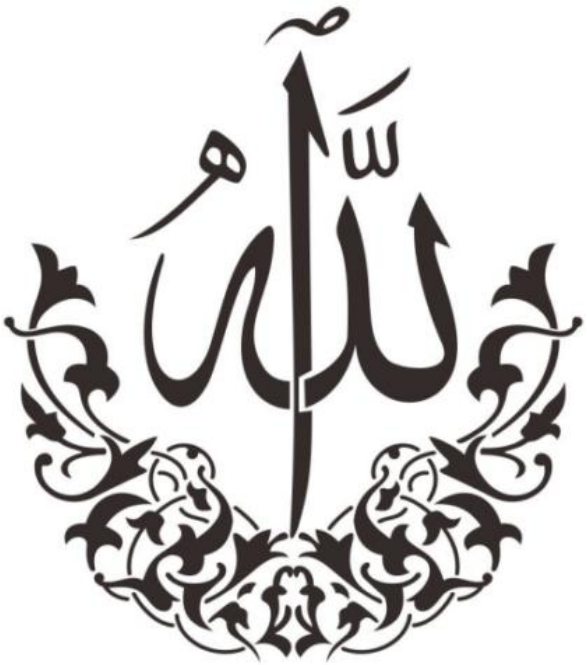
DÉDICACES

« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.

Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenu durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse …



Tout d'abord à Allah,

اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه عدد خلقك ورضى نفسك وزنة عرشك ومداد كلماتك اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك الحمد ولك الشكر عند الرضى ولك الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على نعمتك

Thank you God for all that I was blessed with: the health, the family, the friends and this amazing life

IN LOVING MEMORY of my mother, Khadija BOUACHA,

This thesis is dedicated to you with a heart that aches with both love and longing. Although you are no longer physically here, the absence of your presence has left a profound void that words can scarcely fill.

I miss you more than words can express. Your absence is felt in every achievement and every challenge I face. Your voice, once a source of comfort and guidance, is now a gentle whisper in my memories. The warmth of your embrace and the wisdom of your advice are deeply missed.

In the quiet moments of reflection, I find myself reaching out for the strength you always provided. Your unwavering belief in me continues to be my guiding star, even as I navigate this journey without you by my side. The lessons you taught me and the love you gave me are my greatest treasures, and they carry me through the hardest times.

This work stands as a tribute to the incredible woman you were, a loving mother who gave me everything. I hope that, in some way, it honors your legacy and reflects the profound impact you had on my life.

Though you are gone, your spirit remains with me, and I carry you in my heart always. This dedication is a small token of my endless love and gratitude.

With all my love and a heart full of memories.

À toi cher père, Brahim MOUSSID,

En ce moment unique, alors que je termine ce long voyage académique, je tiens à te rendre hommage avec une gratitude profonde et sincère. Depuis mes premiers pas dans le monde de l'éducation jusqu'à la conclusion de ce projet, tu as été ma boussole, mon mentor, et mon soutien le plus précieux.

Ta sagesse a été une source constante d'inspiration et de réconfort. Les conversations que nous avons eues (quand j'ai perdu tous mes neurones), les conseils que tu m'as donnés, et ta capacité à écouter avec patience et bienveillance ont façonné ma détermination et ma persévérance.

Je me souviens des moments où tu as été là, silencieusement mais fermement, pour m'encourager lorsque les défis semblaient insurmontables. Tu as toujours cru en moi, même lorsque je doutais de moi-même. Ton exemple de travail acharné m'a appris l'importance de la rigueur et de la passion dans tout ce que je fais. Chaque étape de ce parcours a été marquée par ton soutien inébranlable, et je ne pourrais pas être arrivé ici sans toi.

Cette thèse est le reflet non seulement de mon travail et de mes efforts, mais aussi du soutien indéfectible que tu m'as offert. Je te la dédie avec tout mon amour et ma gratitude.

J'espère réaliser ce jour un de tes rêves et être digne de ton nom, ton éducation, ta confiance et des hautes valeurs que tu m'as inculqué. Que dieu, tout puissant, te garde, te procure santé, bonheur et longue vie pour que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin .

إلى الأم الثانية، نادية الخراز:

هذه الأطروحة ليست مجرد ثمرة سنوات من العمل والاجتهاد، بل هي أيضًا تعبير عن امتناني العميق لكِ، لكونكِ سببًا في إضاءة طريقنا بالحب والرعاية.

لقد أسهمتِ بشكل كبير في جعل العائلة أكثر تلاحمًا، وساهمتِ بلمساتكِ الخاصة في تحقيق الاستقرار والفرح في حياتنا. شكراً لكِ على كل ما قدمتِ، ولأنكِ كنتِ الداعم الكبير والملهم في كل مرحلة من مراحل حياتنا.
كل مرحلة من هذا المسار كانت مزينة برعايتكِ واهتمامكِ، ولقد ساهمتِ بشكل كبير في بناء هذه الرحلة الأكاديمية بفضل تفانيكِ وحبكِ الذي لا يقدّر بثمن. تواجدكِ بجانبنا كان له الأثر العميق في تعزيز عزيمتنا وتحقيق أهدافنا.

أهديكِ هذه الأطروحة تعبيرًا عن شكري وامتناني، ولأؤكد لكِ أن تقديري لكِ كبير وعميق. شكراً لكِ على كل ما قدمتِ، ولأنكِ كنتِ دائمًا هناك لدعمنا ومساندتنا
بكل محبة وتقدير.

To Mohamed MOUSSID, the finneas to my billie, and the tom to my jerry,
This thesis is dedicated to you, not only as a testament to the countless hours of hard work and perseverance but also as a reflection of the invaluable role you have played in my life. Your unwavering support, guidance, and encouragement have been my anchor during both the challenges and triumphs of this journey.

From our late-night discussions to your ability to lift my spirits when I needed it most, you have always been my confidant and cheerleader. Your faith in my abilities has pushed me to strive for greatness, even when self-doubt crept in. You've taught me the importance of resilience and the value of pursuing my passions with fervor.

Thank you for believing in me, for celebrating my successes, and for standing by me through the struggles. I am incredibly grateful for your love, friendship, and inspiration. This achievement is as much yours as it is mine.

A mes chers fréres Ilyass, Reda et Nouh,
Vous savez que l'affection et l'amour fraternel que je vous porte sont sans limite. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens de sang qui nous unissent. Puissions-nous rester unis dans la tendresse et fidèles à l'éducation que nous avons reçue. J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur et vous aide à réaliser tous vos vœux.

À tous les membres de ma famille : MOUSSID, BOUACHAA :

A mes grands-mères Khadija et Rabiaa, À travers les liens du sang et les souvenirs partagés, vous êtes les racines qui me nourrissent et les branches qui m'entourent de chaleur et de soutien. À mes chers cousins et cousines, complices de jeux et de rires, vous êtes les éclats de soleil qui illuminent nos réunions familiales. À mes oncles et tantes, gardiens de traditions et de sagesse, vous êtes les guides qui ont façonné notre famille avec amour et dévouement. Votre bienveillance, vos conseils et votre soutien sont des cadeaux précieux qui nous accompagnent à chaque étape de notre vie. Que notre famille continue à être un refuge de bonheur, de complicité et d'amour. Puissent nos liens se renforcer, nos souvenirs se multiplier et notre affection mutuelle grandir au fil des années.

A ma chère Mariame YOUNSI,

À travers les méandres du temps et des expériences partagées. Tu étais devenue bien plus qu'une simple compagne de cette aventure académique, mais une sœur de cœur, sans qui ce parcours n'aurait pas été le même.
Les moments inoubliables de joie, de folies et de soirées partagées ont tissé des souvenirs précieux qui resteront gravés dans nos mémoires pour toujours.
Nous avons ri, sangloté, affronté les tempêtes et célébré les victoires ensemble.
Ton soutien avait été un guide pendant les périodes difficiles et un éclat de lumière dans les instants de bonheur. Nos éclats de rire, nos aventures imprévisibles et nos confidences partagées avaient forgé une amitié distincte.
En souvenir de toutes ces années d'amitié. Notre complicité est un lien indéfectible.
Aujourd'hui, je tiens à te dédier ce témoignage de ma profonde reconnaissance. Ton amitié est inestimable. Que notre complicité perdure, que nos rires résonnent encore longtemps.

A mes chères Wissal NORDINE et Nouhaila NOCAIRI ,

À travers les années, nous avons partagé tant de souvenirs merveilleux, depuis nos premiers jours jusqu'à nos aventures les plus récentes. Notre amitié a été un phare constant dans ma vie, illuminant chaque moment de joie, de rire et de complicité. Que ce soit à travers nos jeux d'enfance insouciants ou nos conversations profondes à l'aube de l'âge adulte, vous avez toujours été là, apportant votre soutien et votre amitié précieuse. Nos liens sont tissés de souvenirs indélébiles et de liens indéfectibles qui continuent de nourrir mon cœur. Que les années avenir soient remplies de nouveaux chapitres d'aventures partagées, de rires contagieux et de moments de bonheur infini. Peu importe où la vie nous mène, sachez que vous resterez toujours dans mon cœur comme des amies chères et des compagnons de route pour la vie.

À Hala KHARMOUDI HIBTI,

À travers les aléas de la vie, un hasard ou plutôt un destin qui a donné naissance à une amitié précieuse (… la plus inattendue au moment le plus inattendu), tu as illuminé mon chemin par ta présence chaleureuse, ta bienveillance et ton soutien. Nos échanges, nos rires et nos confidences ont tissé des liens indéfectibles, transformant des moments simples en souvenirs inoubliables. Ta générosité d'âme et ta sincérité ont été des sources d'inspiration et de réconfort dans les moments de doute et de joie. À toi, qui as su être bien plus qu'une amie, qui as su être une épaule solide et un cœur sincère, je dédie ce travail en témoignage de ma gratitude et de mon affection profonde. Que notre amitié perdure, que nos rires résonnent encore longtemps et que nos chemins se croisent toujours.

A mes chers amis : Assaad BENHAJJOU, Kaoutar ZAKZI, Mariame BENOHOUD , Safaa JAAFAR, Hind DEBBAGH, Hind MANSOURI, Siham KARRATI, Rajae MASQUOURI, Amine NACIRI, Asmae QUIOUCH,Razane AREQTI, Hiba OUTASSI :

On dit que le destin met beaucoup de personnes sur notre chemin, mais que seuls les meilleurs restent. Je suis infiniment reconnaissant d'avoir eu la chance de vous avoir à mes côtés. Votre présence a été un véritable cadeau tout au long de mon parcours, et je sais que sans vous, rien n'aurait été pareil. Merci pour tous ces moments inoubliables : les fous rires, les souvenirs précieux partagés lors de nos prépas, ainsi que toutes les aventures que nous avons vécues ensemble. Je vous souhaite tout ce qu'il y a de mieux dans vos carrières respectives. Puissiez-vous réaliser vos rêves et connaître le succès dans tout ce que vous entreprenez. Que notre amitié perdure et continue à nous apporter joie et bonheur.

*Aux membres **BAHJAOUI,***

Je suis reconnaissant envers chacun d'entre vous pour l'accueil chaleureux, les moments de partage et les nouvelles amitiés que j'ai eu le privilège de découvrir au sein de notre association. Les liens d'amitié et de camaraderie que nous avons forgés sont précieux et perdureront dans le temps. Merci pour ces souvenirs inoubliables et pour votre amitié sincère. Que notre association continue à être un lieu de convivialité et de découverte pour nous tous.

À la 21ème promotion AMIMA ,

C'est une immense fierté de faire partir de cette grande famille. Vos efforts acharnés et vos sacrifices pour en arriver là aujourd'hui sont admirables, et je suis fière de chacun d'entre nous. Je vous souhaite plein de succès et de bonheur dans vos vies et vos carrières.

A Tous Mes collègues. A tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer. A Tous Mes enseignants tout au long de mes études. A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail. À tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.

To myself,

This thesis is dedicated to the person who has been the constant driving force behind every achievement and every challenge. To the one who faced adversity with determination and never lost sight of their dreams. This work stands as a testament to my resilience, my commitment, and my unwavering belief in the pursuit of excellence.

Through countless hours of effort, moments of doubt, and triumphs, I have grown and evolved. This journey was not just about academic achievement but about personal growth and self-discovery. I dedicate this work to the courage and perseverance that has guided me through every step of this journey. To my past self for laying the foundation and to my present self for carrying it forward, To the person who dared to dream, to strive, and to achieve, I dedicate this thesis as a celebration of my own journey. May it serve as a reminder of the strength and resilience that have guided me through this process.
With introspection and gratitude,

And last but not least..

REMERCIEMENTS

À MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

LE PROFESSEUR RIDOUAN BENELKHAIAT,

Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse, ce qui constitue un grand honneur pour nous. Votre enseignement lumineux a enrichi nos années d'études, et nous tenions à vous témoigner notre reconnaissance sincère pour votre générosité et votre engagement envers notre travail. Cher Maître, acceptez s'il vous plaît ce témoignage de notre admiration et de notre respect.

À MON MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE PROFESSEUR YOUSSEF NARJIS,

Ce fut pour moi un grand honneur et un immense plaisir d'avoir préparé ma thèse sous votre guidance. J'ai pour vous cher professeur l'estime et l'admiration qu'imposent vos grandes qualités scientifiques et humaines, votre sagesse, votre patience et surtout votre gentillesse sans limites. Je vous remercie infiniment pour votre confiance, votre grande disponibilité, et vos efforts inlassables afin que ce travail soit élaboré. Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma gratitude, et à quel point je vous suis reconnaissante. En reconnaissance des efforts que vous avez fournis en dirigeant ce travail avec autant de simplicité que de sympathie, et en espérant être digne de votre confiance, et à la hauteur de vos attentes, veuillez trouver ici l'expression d'un très grand respect.

À MON MAITRE ET JUGE DE THESE LE PROFESSEUR ASMA HAMRI ,

Permettez-moi de vous remercier pour la bienveillance et la gentillesse avec lesquelles vous avez dirigé ce travail. Vous avez toujours été à l'écoute et d'une disponibilité irréprochable. Travailler sous votre direction était un réel honneur. Vos qualités humaines, scientifiques et pédagogiques m'inspirent beaucoup d'admiration et de respect. Vous trouverez dans ce travail le témoignage de ma gratitude et ma reconnaissance infinies.

À MON MAITRE ET JUGE DE THESE

LE PROFESSEUR MOHAMED KHALLOUKI,

Je suis honoré de vous accueillir en tant que membre de notre jury, et je vous exprime ma profonde gratitude pour la spontanéité et la bienveillance avec lesquelles vous avez accepté de juger notre travail. Votre participation apporte une dimension précieuse à notre démarche académique. Cher Maître, je tiens à vous adresser mes remerciements sincères et mon admiration pour votre engagement. Votre expertise enrichit notre évaluation, et votre présence contribue grandement à la qualité de notre processus de soutenance. Veuillez agréer l'expression de ma reconnaissance et de mon respect les plus sincères.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations

ADP : Adénopathie

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien

ALAT : Alanine amino transférase.

ASAT : Aspartateamino transférase

ASP : Abdomen sans préparation

ATCDS : Antécédents

CRP : C- réactive protéine

C3G : Céphalosporine 3ème

ECBU : Etude cytobactériologique des urines

FID : Fosse iliaque droite

FOGD : Fibroscopie oeso_gastro_duodénale

GGT : Gamma Glutamyl transpéptidase

HCDt : Hypochondre droit

IPP : Inhibiteurs de la pompe à protons

IR : Insuffisance rénale

IRM : Imagerie par résonnance magnétique

LDH : Lactate déshydrogènase

NFS : Numération formule sanguine

NHA : Niveaux hydroaériques

OIA : Occlusions intéstinales aigues

PA : Pancréatite aigue

PAL : Phostphatase alcaline

PAG : Péritonite généralisée aigue

PNN : Polynucléaire neutrophile

(PPPU) : Péritonite par perforation d'ulcère

SDRA : Syndrome de détresse respiratoire aigue

SIRS : Système inflammatory response syndrome

TDM : Tomodensitométrie

TOGD : Transit oeso-gastroduodénale

TP : Temps de prothrombine

VB : Vésicule biliaire

VBP : Voie biliaire principale

PLAN

PLAN ..... Erreur ! Signet non défini.

INTRODUCTION..... Erreur ! Signet non défini.

MATERIELS ET METHODES ..... Erreur ! Signet non défini.

RESULTATS..... Erreur ! Signet non défini.

DISCUSSION ..... Erreur ! Signet non défini.

CONCLUSION..... Erreur ! Signet non défini.

RÉSUMÉ ..... Erreur ! Signet non défini.

ANNEXES ..... Erreur ! Signet non défini.

BIBLIOGRAPHIE..... Erreur ! Signet non défini.

INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales concernent tous les patients admis en urgence et pour lesquels une décision d'intervention chirurgicale peut s'imposer dans les 24 heures.

L'expression d'urgence chirurgicale est ambiguë ; elle résulte selon DUCOMBIER d'un processus pathologique ou traumatique d'évolution aiguë compromettant à très court terme une ou plusieurs fonctions vitales ou non, et demandant de ce fait une évaluation diagnostique et un traitement chirurgical rapide.

La définition la plus simple est celle d'Etienne : «l'urgence est ce cas nécessitant des soins sans délai».

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.

L'urgence chirurgicale est un problème important de santé publique en termes de morbidité et de mortalité. Elle s'observe à tout âge. Le pronostic dépend de la précocité de prise en charge.

Donc il est important de réaliser un examen méthodique, de prescrire des examens complémentaires ciblés pour pouvoir agir dans les plus brefs délais, et il est par conséquent essentiel que les praticiens possèdent les connaissances théoriques et pratiques indispensables à la réalisation d'une prise en charge rapide et efficace, notamment dans le contexte d'une volonté nationale de réduire la mortalité, la morbidité.

Le mois de Ramadan est le 9ème mois lunaire du calendrier islamique, et comporte 29 à 30 jours. Le Jeûne ou « Siyam » en arabe pendant ce mois correspond au 4ème pilier de l'Islam ; durant cette période, les fidèles s'abstiennent de manger et de boire du lever du soleil jusqu'à son coucher.

La pratique du ramadan est donc une période durant laquelle le mode de vie de ses pratiquants est modifié tant sur le plan de l'alimentation (répartie alors le plus souvent en 2 principaux repas : (iftar et suhur) que sur le plan des rythmes nycthéméraux qui sont inversés.

Le but de notre travail est de mettre en exergue les données épidémiologiques des cas diagnostiqués des urgences chirurgicales digestives pendant le mois du Ramadan dans le service de chirurgie générale du l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech sur une période de 4 ans allant du 06 mai 2019 au 4 juin 2019, du 24 avril 2020 au 23 mai 2020, du 13 avril 2021 au 12 mai 2021, et du 1er avril 2022 au 1er mai 2022, ainsi que de déterminer les différents aspects cliniques et para cliniques , et mieux comprendre l'impact du jeûne religieux sur les pathologies diagnostiquées .

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive d'urgences viscérales admis pendant le mois du Ramadan rapportant une série de 81 patients opérés au sein de service de chirurgie viscérale de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech.

II. Critères d'inclusion :

- Ont été inclus les patients ayant présentés une urgence viscérale admis au service des urgences de l'hôpital Ibn Tofail du CHU Mohammed 6 et dont l'âge était supérieure à 15 ans sur la période étudiée.
- Les patients dont les dossiers sont exploitables.

III. Critères d'exclusion :

- Les urgences urologiques.
- Les patients dont les dossiers sont incomplets.
- Les urgences viscérales admises en dehors de notre période d'étude.
- Les patients dont l'âge est inférieur à 15 ans.

IV. Méthodologie :

- Les renseignements cliniques, para cliniques, et évolutifs ont été recueillis à partir des dossiers des malades au niveau des archives du service de chirurgie viscérale de l'hôpital Ibn Tofail, à l'aide d'une fiche d'exploitation.
- Les données épidémiologiques étudiées incluaient l'âge des patients et leurs ATCDS personnelles.
- Les données diagnostiques retenues concernaient la durée d'hospitalisation, les signes cliniques et para cliniques. Les modalités du traitement médical et chirurgical ont été également revues. L'évolution postopératoire a été appréciée sur la mortalité et la morbidité des patients.

V. Analyse statistique :

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du Microsoft office Excel et le logiciel SPSS.

Les variables ont été exprimées en moyenne et en pourcentage.

VI. Aspects éthiques :

Le recueil des données a été fait en prenant en considération les règles globales d'éthique relative au respect de la confidentialité et la protection des données propres aux patients.

RESULTATS

I. Données Générales :

Notre série comportait 81 cas d'urgences viscérales durant la période d'étude Ramadan 2019 – Ramadan 2022 , dont 26 cas (32%) d'appendicites aigues, 21 cas de péritonites aigues (26%) , 13 cas d'occlusions aigue (16%),11 cas de cholécystites aigues (13.5%), 5 cas de traumatismes abdominaux (6%) ,3 cas de pancréatites aigues (3.7%), , 1 cas d'abcès hépatique(1.23%) , et 1 cas de torsion du kyste ovarien (1.23%).

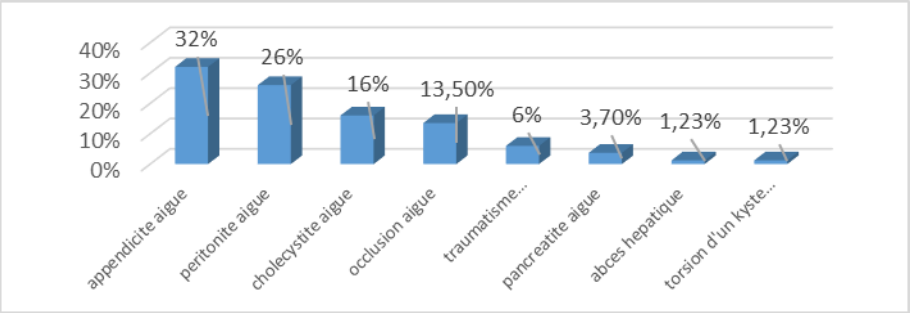


Figure 1 : La répartition des différentes urgences viscérales dans notre étude.

1. L'âge et le sexe :

La moyenne d'âge des patients était de 42 ans avec des extrêmes d'âge allant de 15 à 87 ans.

Nous avons réparti nos patients en tranches d'âges de 15 ans, la tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 15 à 30 ans avec un pourcentage de 39.5%.

On note également dans notre série une nette prédominance masculine. Les hommes ont constitué 63% des cas, avec un sexe- ratio (H/F) de 1,7.

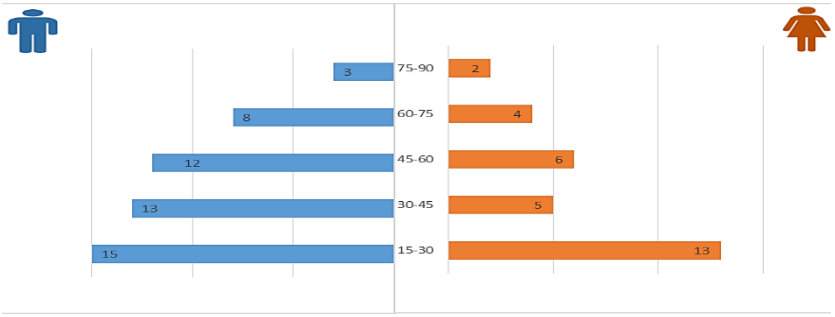


Figure 2 : Répartition du pourcentage des urgences viscérales selon l'âge et le sexe.

2. Les antécédents :

2.1 Antécédents personnels médicaux

Tableau 1 : Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux

Antécédents médicaux	effectif	Pourcentage
Sans antécédents	54	66.6%
Tabagisme	13	16%
Hypertension artérielle	4	4.9%
diabète	2	2.4%
Hypertrophie bénigne de la prostate	2	2.4$
Constipation chronique	1	1.23%
Cardiopathie	1	1.23%
Lithiase vésiculaire	1	1.23%
Allergie a l'aspirine	1	1.23%
Lupus érythémateux dissémine	1	1.23%

Dans notre série le nombre total des antécédents médicaux était de 27 soit 34.6 %, dominés par le tabagisme à un taux de 16%.

2.2 Antécédents personnels chirurgicaux :

Dans notre série les antécédents chirurgicaux sont à type de :

Chirurgie herniaire chez 4 patients 4.8 %.

Cholécystectomie chez 2 patients 2.4 %.

Chirurgie appendiculaire chez 2 patients 2.4 %.

Chirurgie gynécologique à type de césarienne chez 1 patiente 1.2 %.

2.3 Antécédents personnels gynécologiques :

Dans notre série 2 patientes avaient un antécédent gynécologique a type de

-fausse couche à J -20

-césarienne il y a 30 ans.

3. La durée d'évolution de maladie :

Tableau 2 : Répartition des patients selon le délai de consultation aux urgences.

délai	Nombre de cas	pourcentage
< ou égal à 2 jours	10	12.34%
3 jours	18	22.22%
4 jours	31	38.27%
5 à 7 jours	11	13.58%
>7 jours	10	12.34%
Non précis	1	1.23%
Total	81	100%

- On constate que la durée moyenne d'admission aux urgences était de 2 à 3 jours soit 60.49 %.

II. Données cliniques spécifiques :

1. Appendicite aigue :

Le délai écoulé entre le début des signes cliniques et la 1ère consultation est une notion très importante à préciser, en raison des complications qui peuvent survenir au cours des formes évoluées.

Tableau 5 : Nombre de cas en fonction du délai de consultation.

Délai de consultation	Nombre de cas	pourcentage %
12h	3	11.53
24h	9	34.61
48 h	11	42.3
72h	3	11.53

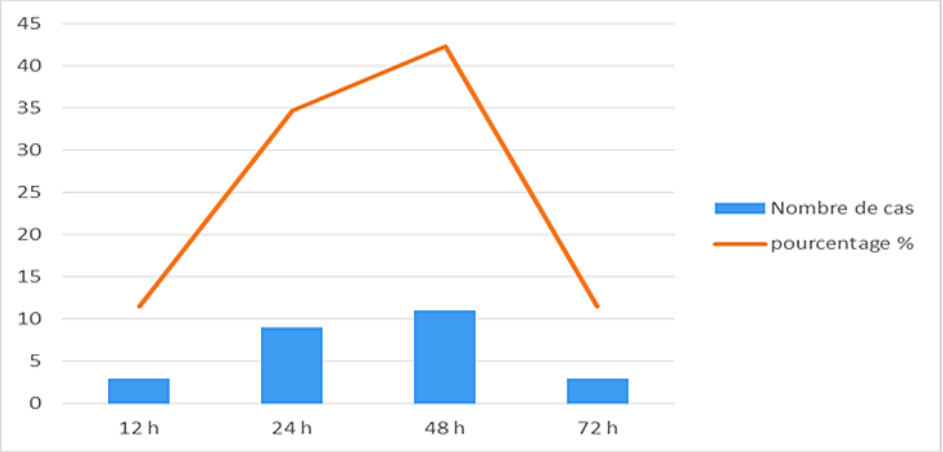


Figure 8 : Répartition des patients en fonction du délai de consultation aux urgences.

1.1 Signes fonctionnels :

a) L'hyperthermie et apyrexie :

La majorité de nos patients étaient fébriles n=24 (92.3%).

b) La douleur abdominale :

Dans notre série 19 cas avaient une douleur de la fosse iliaque droite (73%), 5 cas avaient une douleur abdominale diffuse (19,23%), 2 cas avait une douleur du flanc droit (7.6 %).

c) Signes associés :

Dans notre étude 18 patients avaient des vomissements (69.23%), 1 patient avait des troubles de transit a type de diarrhées (3.84 %).

1.2 Signes physiques :

La défense de la fosse iliaque droite était présente dans 15 cas (57.6%), une sensibilité de la fosse iliaque droite dans 5 cas (19.23%) une sensibilité abdominale diffuse chez 5 patients (19.23%), la sensibilité du flanc droit était présente chez un seul cas (3.84%).

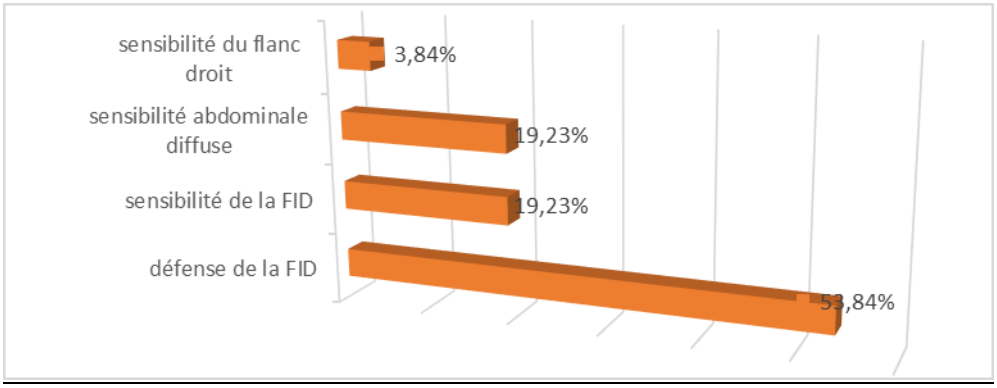


Figure 9 : Les résultats de la palpation abdominale.

2. Péritonite généralisé aigue :

Dans notre série 21 patients ont présenté une péritonite généralisée dont 16 cas étaient péritonites par perforation d'ulcère (76.19%), 4 cas de péritonites appendiculaires (19.04%), et un seul cas de péritonite par perforation biliaire (4.76%).

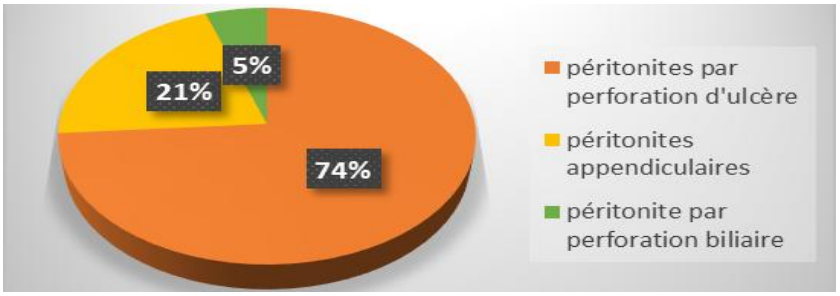


Figure 10 : répartition des cas de péritonite selon l'étiologie.

2.1 Signes cliniques :

a. Signes généraux :

a.1. Température :

Tous les patients de notre série étaient fébriles (100%).

a.2. Etat de choc :

2 malades ont présenté un état de choc (9.52 %), avec un pouls rapide, et une tension artérielle systolique < 100 mm Hg.

b. Signes fonctionnels :

Les circonstances de découverte étaient dominées par des douleurs abdominale diffuse avec des vomissements dans 13 cas soit (61.9%) et troubles du transit a type d'arrêt des matières et/ou des gaz dans 7 cas (33.33).

2.2 Signes physiques :

L'examen clinique avait retrouvé :

A l'inspection :

- Abdomen distendu dans 15 cas (18.51%)
- Abdomen cicatriciel dans 9 cas (11.11%)

A la palpation :

Une défense abdominale généralisée chez 10 cas des patients (47.61%), une contracture abdominale chez 5 patients (23,8%), une défense de la fosse iliaque droite dans 4 cas (19%), et une défense épigastrique et de l'hypochondre droit dans 2 cas (9.52%).

Tableau 6 : Constatations de la palpation abdominale.

Palpation abdominale	Nombre de cas	pourcentage
Défense abdominale généralisée	10	47.61%
Contracture abdominale	5	23.8%
Défense de la fosse iliaque droite	4	19%
Défense épigastrique et de l'hypochondre droit	2	9.52%
Total	21	100%

- Le toucher rectal :

Les données du toucher rectal ont été retrouvées chez 23 patients. Il a objectivé une douleur du cul-de-sac de Douglas dans 3 cas (3.7%).

Tableau 7 : Résultats du toucher rectal chez nos patients.

Toucher rectal	Nombre de cas	pourcentage
Douloureux	3	14.28%
Fécalome	7	33.33%
Ampoule rectale vide et parois libres	13	56.52
Total	23	100%

3. Lithiase vésiculaire et complications :

Dans notre série 11 patients présentaient une cholécystite aigue.

3.1 Signes généraux :

Dans notre série touts nos patients étaient fébriles (100%), dont 3 patients étaient ictérique avec signe de cholestase clinique (27.27%).

3.2 Signes fonctionnels :

Les circonstances de découverte étaient dominées par des coliques hépatiques prolongées (douleur de l'hypochondre droit) qui irradie le plus souvent vers l'épaule droite dans 82.45 % des patients, et douleur de l'hypochondre droit et épigastrique dans 19.28 % des cas, associé à des vomissements sans troubles du transit dans 76.2% des cas.

3.3 Signes physiques :

L'examen clinique a trouvé :

Une sensibilité de l'hypochondre droit présente chez 6 cas (54.54%) et une défense de l'hypochondre droit a été décrite dans 3 cas (27.27%), et une sensibilité épigastrique et de l'hypochondre droit chez 1 cas (9%).

Le signe de Murphy était positif chez 7 malades et négatif chez les 4 autres malades.

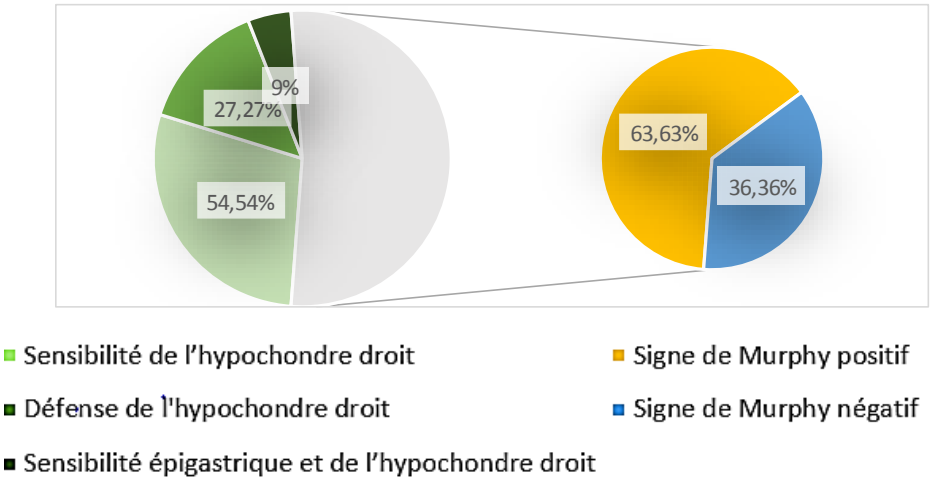


Figure 12 : Les résultats de la palpation abdominale.

4. Occlusion intestinale aigüe :

4.1 Etiologies :

- 6 patients avaient une occlusion aigue par hernie de la paroi abdominale étranglée (46.15%), dont 3 hernies inguinales étranglées, 2 hernies ombilicales étranglées, et une hernie étranglée de la ligne blanche.
- 5 patients avaient une occlusion aigue sur bride (38.46%).
- 1 patient avait une occlusion aigue sur volvulus du sigmoïde (7.69%).
- 1 patient avait une occlusion aigue sur un volvulus du caecum (7.69%).

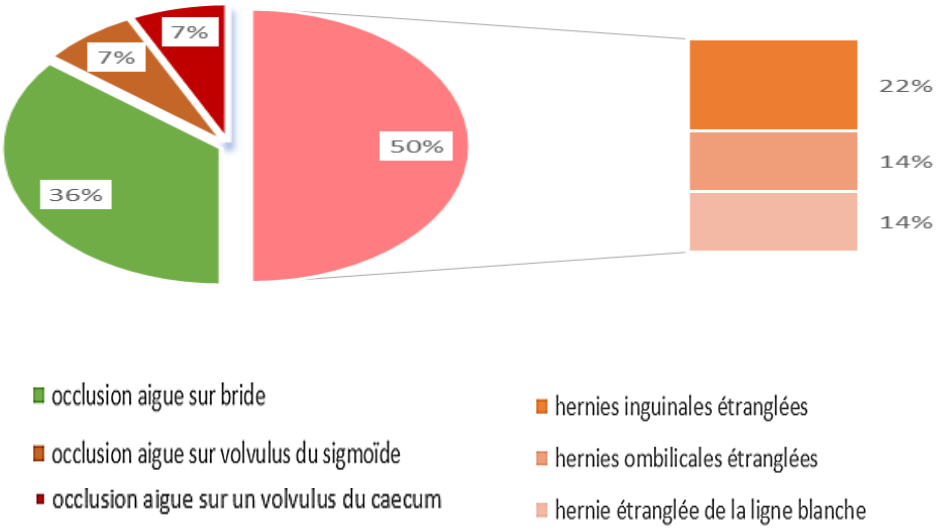


Figure 13 : Les différentes étiologies d'occlusion intestinale aigüe dans notre série.

4.2 Signes cliniques :

a. Signes généraux :

Dans notre série un seul patient était admis en état de choc (7.69%) ayant nécessité une mise en condition initiale en réanimation.

b. Signes fonctionnels :

b.1. Douleur

Elle était présente chez 10 cas soit 83.33% des malades, la douleur était diffuse chez 8 cas soit 75%.

b.2. Vomissements

Ils sont retrouvés chez 11 patients soit 84.61 %. Ces vomissements étaient alimentaires dans 5 cas soit 45.45 %, bilieux dans 3 cas soit 27.27 %, fécaloïdes dans 3 cas soit 27.27 %.

Tableau 8 : Nombre et type de vomissements dans notre série.

Vomissements	Nombre de cas	pourcentage
Alimentaire	5	45.45%
Bilieux	3	27.27%
Fécaloïdes	3	27.27%

Total	11	100 %

b.3. Arrêt des matières et des gaz :

L'arrêt de matières et des gaz était présent chez 5 patients (38.46 %), absent chez 8 patients (61.53%).

b.4. Rectorragie

Il y n a pas eu de rectorragie dans notre série.

c. Signes physiques :

L'examen abdominal dans notre série a révélé : un météorisme abdominal dans 10 cas soit 76.92%, une masse abdominale dans 6 cas soit 46.15%, une sensibilité dans 6 cas soit 46.15 % et défense abdominale dans 5 cas soit 38.46 %, comme on schématise sur le diagramme suivant :

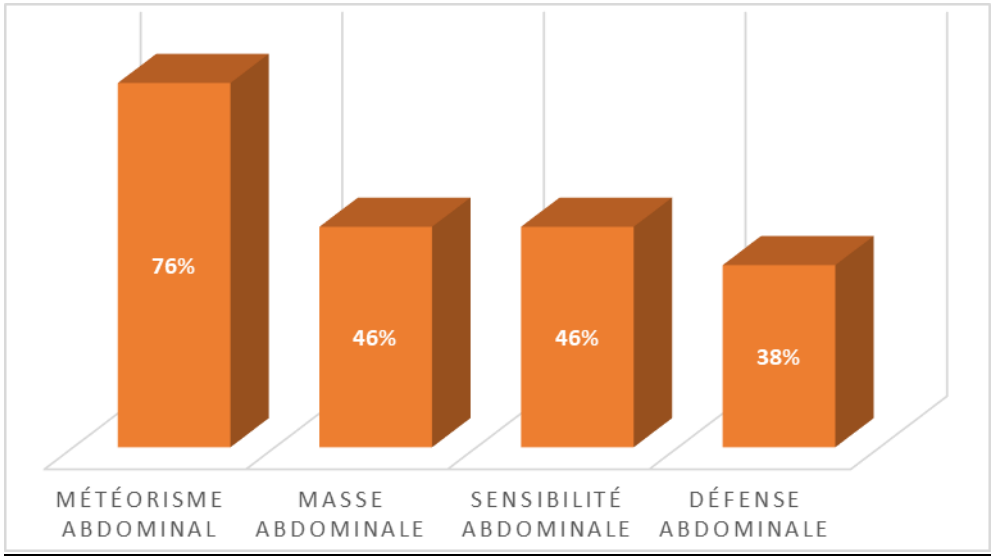


Figure 14: Résultats de la palpation abdominale.

- Les orifices herniaires étaient libres dans 7 cas soit 53.84 %, 6 cas soit 46.15 % présentaient une hernie étranglée dont 3 cas étaient inguinale, 2 d'elle étaient ombilicale et l'autre était de la ligne blanche.
- Le toucher rectal était douloureux dans 1 cas (7.69%), il était normal dans 12 cas (92.31%)

5. Traumatisme abdominal :

Dans notre série 5 patients se sont présentés aux urgences pour un traumatisme abdominal (6.17%), dont 3 patients ont été victime d'AVP ayant occasionner un traumatisme fermé, et 2 patients ont été victime d'agression par arme blanche occasionnant une plaie thoraco abdominale pénétrante dans les 2 cas.

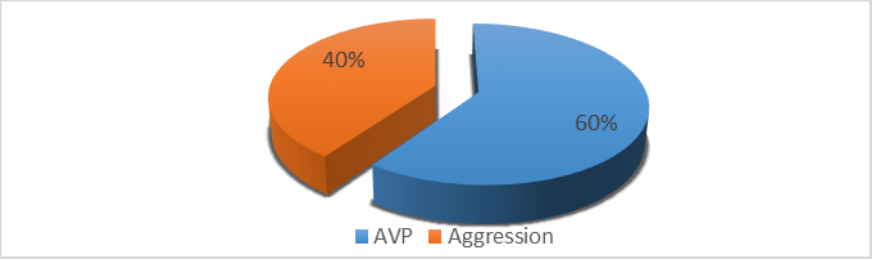


Figure 15 : Le mécanisme du traumatisme.

5.1 Signes fonctionnels :

- **L'hyperthermie et apyrexie** :

Tous nos patients étaient apyrétiques n=5 (100%)

- **L'état hémodynamique :**

2 patients de notre série ont été tachycardes FC à 100 BPM, sans signe de choc hémodynamique.

- **La douleur abdominale :**

Dans notre série tous les patients avaient une douleur abdominale (100%).

- **la plaie thoraco abdominale :**

Elle a été présente chez les 2 patients victimes d'agression physiques.

Une de 6 cm et l'autre de 2 cm.

5.2 Signes physiques :

- Signes abdominaux :

Une sensibilité abdominale diffuse était présente chez 3 patients (60%).

La défense du flanc gauche était présente chez 1 patient (20%), et la défense abdominale généralisée était présente chez un autre patient (20%).

6. Pancréatite aigüe :

Dans notre série 3 patients ont présenté une pancréatite aigüe de l'ensemble des urgences viscérales soit 3.7%.

6.1 Signes cliniques :

a. Signes généraux :

Dans notre série un seul patient était fébrile (33.33%).

Dans notre série de cas, on n'a pas noté d'instabilité hémodynamique.

b. Signes fonctionnels :

Les circonstances de découverte étaient dominées par une douleur qui est présente chez tous nos patients, soit 100%. Son mode d'installation a été brutal et intense dans tous les cas. La douleur a été épigastrique transfixiante dans 2 cas (66,66%), en barre dans un seul cas (33,33%).Les vomissements alimentaires épisodiques ont été retrouvés chez tous les patients soit 100 %, sans troubles du transit.

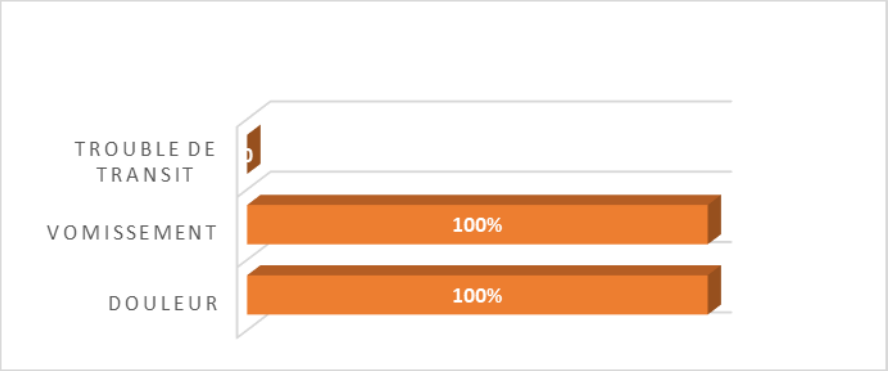


Figure 16 : Répartition des signes fonctionnels rapportés par nos patients.

6.2 Signes physiques :

Il s'agissait d'une sensibilité épigastrique dans 2 cas (66,66%), d'une sensibilité de l'hypo-chondre droit dans 1 cas (33.33%), d'un météorisme abdominal dans 1 cas (33,33%).

7. Abcès hépatique :

7.1 Signes fonctionnels :

Le patient s'est présenté aux urgences pour une fiévre (T°=38,5) et une douleur abdominale de l'hypochondre droit associée à des vomissements et une altération de l'état général, le tout évoluant depuis 15 jours.

7.2 Signes physiques :

La sensibilité abdominale de l'hypochondre droit a été présente chez notre patient.

8. Torsion du kyste ovarien :

Dans notre série la patiente était âgée de 38 ans.

8.1 Signes cliniques :

a) Signes généraux :

On note une altération de l'état général fait d'anorexie et asthénie profonde.

La patiente était stable sur le plan hémodynamique, apyrétique.

b) . Signes fonctionnels :

La patiente s'est présentée aux urgences par une douleur abdominale de la fosse iliaque droite associée à des vomissements alimentaires et arrêt des matières évoluant depuis 3 jours

8.2 Signes physiques :

La défense abdominale de la fosse iliaque droite a été présente chez notre patiente.

L'examen gynécologique n'a pas été réalisé chez notre patiente.

9. Données para cliniques :

9.1 Biologie :

- Appendicite aigue :

- Sur le plan biologique une numération formule sanguine a été réalisée chez tous nos patients montrant une hyperleucocytose (>10000/ mm3) parallèlement à la CRP qui a été augmenté dans la totalité de nos patients.
- 5 femmes de notre série en âge de procréation ayant bénéficié d'un dosage de beta human chorionique gonadotrophine (β-HCG) pour retard des règles, ce dosage était négatif.

❖ Péritonite généralisée aigue

Sur le plan biologique une NFS a été réalisée chez tous nos patients montrant une hyperleucocytose (>10000/mm3). L'anémie n'a pas été notée chez nos patients.

❖ Lithiase vésiculaire :

- Dans notre série tous les patients présentaient une hyperleucocytose > 10000/mm3 (100%).
- Le bilan hépatique était normal chez 4 patients (36.36%), une augmentation des PAL chez 2 patients (18.18%), et 4 patients ont présente une augmentation des transaminases > 2 fois la normale soit (36.36%) dont 2 entre eux avaient une hyper bilirubinémie à prédominance directe (18.18%).
- Dans le cadre des troubles hydro électrolytique, on note une hypokaliémie à 1.8 mmol/l chez un de ses patients.

❖ Occlusion intestinale aigüe :

- Un bilan biologique de retentissement a été réalisé chez tous nos patients fait de:
  - Numération formule sanguine, CRP.
  - Ionogramme.
  - Urée, créatinine.
  - Glycémie.

Tableau 9 : Anomalies biologiques trouvées chez nos malades.

Anémie	Bilan infectieux positif	Hyperkaliémie	Fonction rénale perturbée
0 cas (0%)	3 cas (23%)	1 cas (7.69%)	2 cas (15.38%)

❖ Traumatisme abdominal :

- Sur le plan biologique une NFS a été réalisée chez tous nos patients montrant une anémie hypochrome microcytaire chez tous les patients 100%, associé à une hyperleucocytose > 10000/mm3 chez 4 patients 80%.
- On a eu recours à une 2 ème NFS 12 heures après la réalisation du bilan biologique d'admission chez tous nos patients, et qui a objectivé une déglobulisation à 0.5 g/dl en moyenne.

❖ Pancréatite aigüe :

-Une lipasémie : A été dosée chez tous les malades

- Avant 48h chez 2 malades soit 66,66%, et
- Au-delà de 48h chez 1 seul cas soit 33,33 %
- Elle a été supérieure à 3 fois la normale dans les 3 cas soit 100%, et d'une valeur moyenne de 60 fois la normale chez un seul patient.

  La lipasémie a été recontrôlée chez tous les patients et s'est normalisée à leur sortie.
- L amylasémie : n'a pas été dosée chez nos patients.
- Numération formule sanguine : Elle a été demandée chez tous les patients : une hyperleucocytose à prédominance polynucléaire neutrophiles (PNN) a été retrouvée chez un seul patient (33.33%).
- Protéine C réactive : Elle a été dosée chez tous les patients : un taux augmenté de la protéine C réactive (CRP) a été retrouvé dans la totalité des patients avec une valeur moyenne de 177 mg/L.

- La fonction hépatique : Elle a été demandée chez tous les patients, comprenant un dosage des transaminases, Gamma glutamyl transférase, Phosphatase alcaline, bilirubinémie totale et conjuguée.
- Un seul patient de notre série avait un bilan hépatique perturbé à type de cytolyse hépatique à 3 fois la normale, associée à une cholestase hépatique avec un TP correct à 86%.

➢ Syndrome de réponse inflammatoire systémique : Un SIRS a été observé chez un seul cas, soit 33.33 %.

❖ Abcès hépatique :

✓ Sur le plan biologique une NFS a été réalisée chez notre patient montrant une hyperleucocytose > 10000/mm3 avec une anémie hypochrome microcytaire à 9 g/dl.

✓ La CRP était positif à 69.45 mg/L.

✓ La sérologie hydatique était négative.

✓ Le bilan hépatique était légèrement perturbé fait d'une cholestase biologique avec un TP correct.

✓ On note une légère hyperkaliémie à 4.9 mmol/L.

❖ Torsion du kyste ovarien :

- Sur le plan biologique une NFS a été réalisée chez notre patient montrant une hyperleucocytose > 10000/mm3 à prédominance neutrophile avec une CRP positif à 230 mg/L.
- L'hémoglobine était correcte à 13.4 g/dl
- Une grossesse évolutive était écartée par la négativité de la gonadotrophine chorionique humaine (BHCG).
- L'examen cytobactériologique des urines n'objectivait pas une infection urinaire.

9.2L 'échographie abdominale :

- Dans notre série 44 patients (54.32%) ont eu une échographie abdominale. Elle a montré un épanchement péritonéal chez 13 patients soit (29.54%), associé à un abcès de la fosse iliaque droite chez 4 patients (8%), et un seul cas avec la présence de multiples collections intra hépatique (2.27%).
- L'échographie abdomino-pelvienne était en faveur d'une appendicite aigue chez 20 patients (45.45%) et en faveur d'abcès appendiculaire chez 6 patients (13.63%).

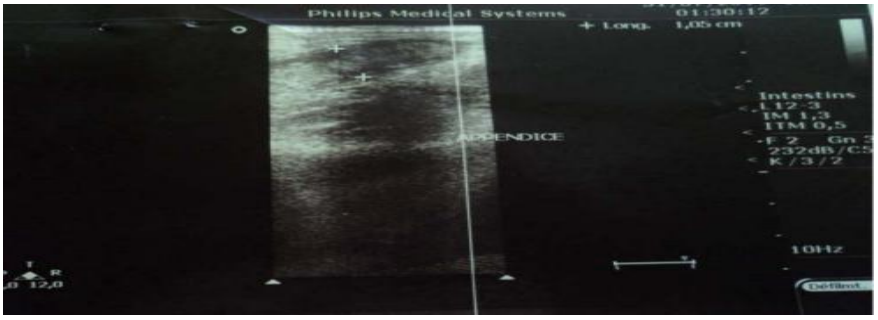


Figure 17 : Echographie montrant l'image en faveur d'une appendicite aigue (1).

Figure 18 : Echographie montrant l'image d'un abcès appendiculaire chez un de nos patients (1).

- Elle montrait une angiocholite dans 4 cas (9%), une cholécystite aigue lithiasique dans 3 cas (6.81%), un hydrocholécyste aigu dans 2 cas (4.54%), un pyocholécyste dans 1 cas (2.27%), et une cholécystite gangreneuse dans 1 cas (2.27%).

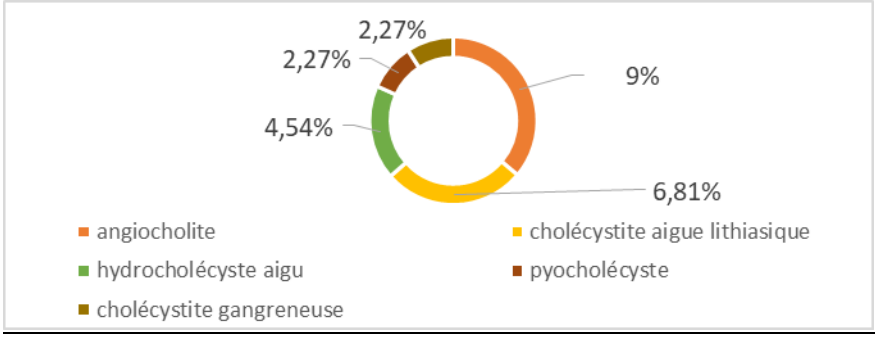


Figure 19 : La répartition des résultats de l'échographie abdominale.

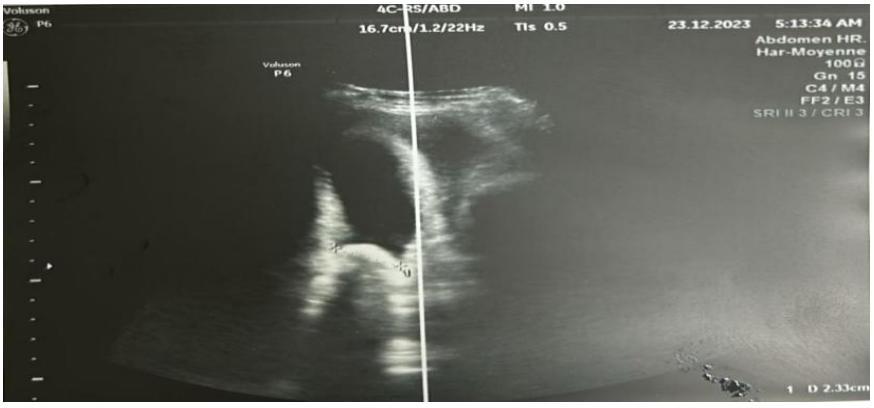


Figure 20 : Aspect échographique d'une cholécystite aigue lithiasique. Cette image montre une vésicule biliaire pleine à paroi épaissie (6mm), siège d'un macro calcul enclavé (grand axe=2.3 cm).[2]

Figure 21 : Aspect échographique d'une hydro cholécystite aigue lithiasique. Cette image montre une vésicule biliaire distendue (grand axe=12cm), siège d'un calcul enclavé dans l'infundibulum [1].

- En ce qui concerne la pancréatite aigüe lithiasique, cet examen a visualisé au niveau de :
  - La vésicule biliaire :
    - Une lithiase vésiculaire multi lithiasique dans 1 cas (2.27%) et sludgique dans 2 cas (4.54%).

- La voie biliaire :

- VBP dilatée sans lithiase dans 1 seul cas soit 2.27%.

- Le pancréas :

- Tête de pancréas tuméfié avec infiltration de la graisse péri pancréatique dans un des cas (2.27 %).

- Autres :

- Stéatose hépatique homogène dans 1 cas (2.27 %).

Figure 22 : VB semi vide lithiasique. VBP et pancréas non explorés à cause des gaz [1].

Figure 23 :tuméfaction de la tête du pancréas dans le cadre d'une pancréatite aigüe biliaire [3].

- Elle a objectivé multiples abcès hépatiques sur des plages de nécrose au niveau du foie droit chez un de nos patients (2.27 %).

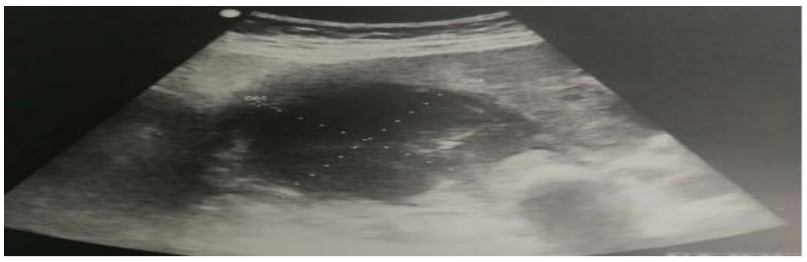


Figure 24: Image échographique montrant une collection hypoéchogène hétérogène, intéressant le segment IV du foie [4].

- L'échographie abdominale était l'examen de 1 ère ligne chez toutes les patientes en période d'activité génitale, faisant évoquer une torsion d'un kyste ovarien chez une de ses patientes 2.27 %.

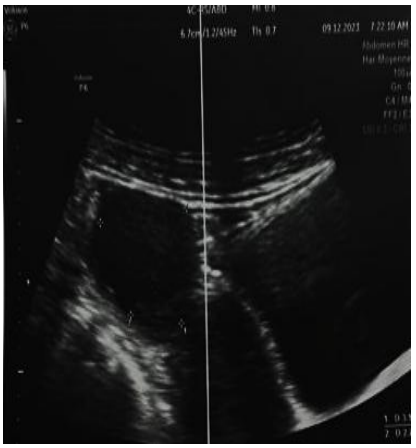


Figure 25 : Image échographique montrant un kyste ovarien non vascularisée au doppler sans signe de tourbillon évident avec lame d épanchement péritonéal visible au niveau de la fosse iliaque droite.[5]

- Dans le cadre des traumatismes abdominaux, 4 patients ont bénéficié d'une échographie abdominale en 1 ère intention, objectivant un épanchement avec une contusion hépatique dans 2 cas (4.54%), une fracture pancréatique chez 2 patients de notre série (4.54%), et une contusion splénique associée à une fracture rénale dans un cas (2.27 %).

9.3 Tomodensitométrie abdominale

Elle a été pratiquée chez 40 cas dans notre série, ou elle a objectivée une occlusion intestinale aigüe dans 13 cas, une péritonite par perforation d ulcère dans 11 cas, 2 cas de péritonite appendiculaire dont l'échographie était non concluante, une appendicite aigue chez 5 patients dont l'âge était supérieur à 50 ans, une pancréatite aigüe dans 3 cas, 1 cas d'abcès hépatique, un traumatisme abdominale chez 5 patients.

- ✓ Cet examen radiologique est un examen clé et essentiel pour confirmer le diagnostic de la perforation ulcéreuse après une anamnèse détaille et un examen clinique bien conduit.
- ✓ La TDM abdominale a objectivé la présence de pneumopéritoine et de l'épanchement liquidien intra péritonéal suggérant la localisation de la perforation.

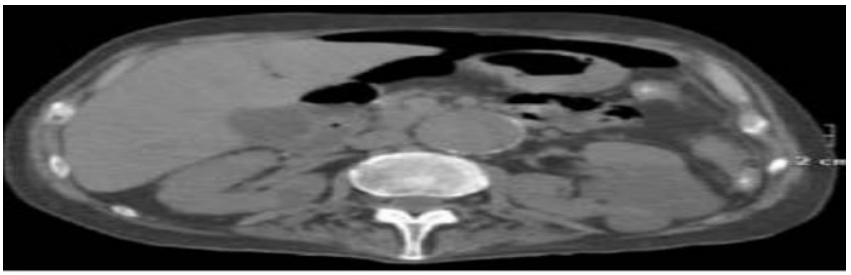


Figure 26 : aspect scanographique d'un PNP de grande abondance [6].

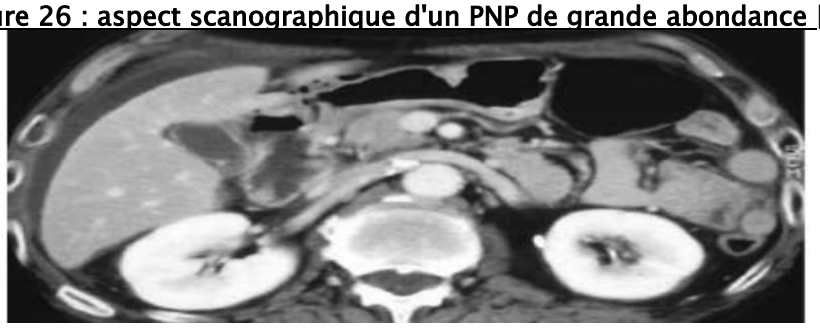


Figure 27 : aspect scannographique des bulles gazeux pré antrales et pré duodénales [6].

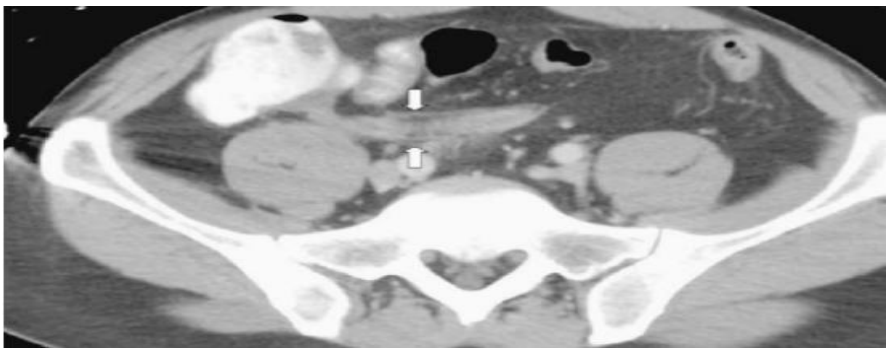


Figure N°28 : image scannographique d'une appendicite aigue [7]

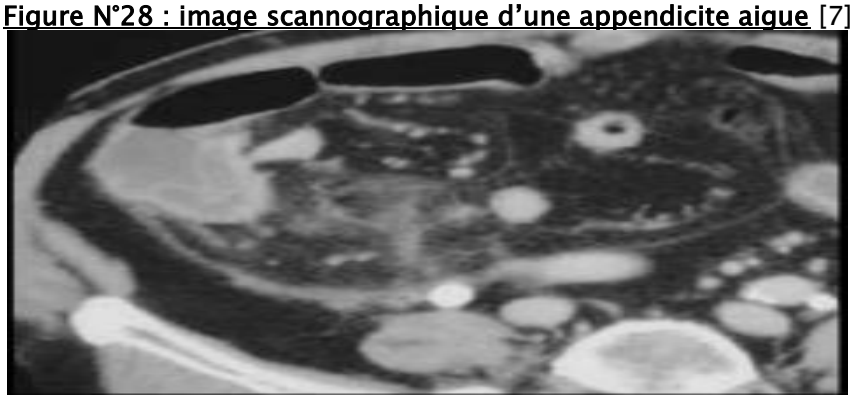


Figure N 29 : scanner abdomino-pelvien montrant une appendicite gangréneuse perforée avec réaction péritonéale limitée [8]

Figure 30 : aspect scannographique d'occlusion colique sur volvulus du sigmoïde mésentérique avec signe de souffrance.[9]

- ✓ Dans notre série, 13 patients consultants pour une occlusion intestinale aigüe ont bénéficié d'une TDM abdominale. Cette dernière a objectivé une hernie de la paroi abdominale étranglée, dont 3 hernies inguinales, 2 hernies ombilicales, et une hernie de la ligne blanche. 5 patients avaient une occlusion aigue sur bride, et un seul patient avait une occlusion aigue sur volvulus du sigmoïde (7.69%).

- ✓ Une TDM abdominale a été réalisé chez tous nos patients victimes d'un traumatisme abdominal, et a montré :
  - Deux cas de contusions hépatiques, avec un épanchement péritonéal de moyenne abondance.
  - Une contusion splénique dans un cas.
  - Plaie diaphragmatique associé à une plaie gastrique dans 1 cas.
  - Plaie thoracoabdominale droite dans 1 cas.

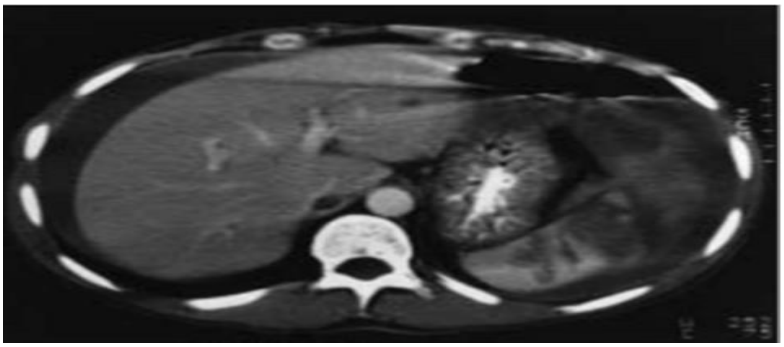


Figure 31 : Tomodensitométrie abdominale chez un patient avec un traumatisme fermé, hémodynamiquement stable: hémopéritoine modéré ; lésion splénique de grade III; traité avec succès de façon non opératoire [10].

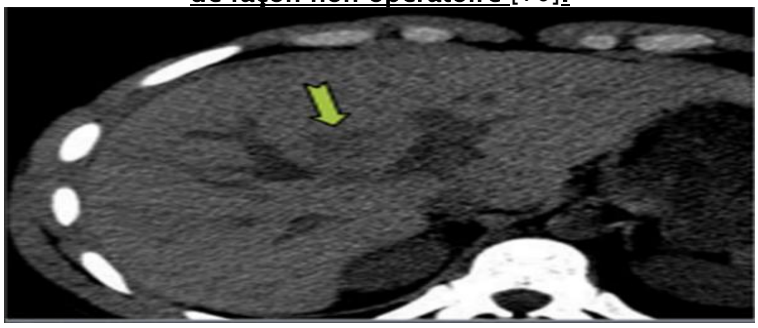


Figure 32: contusion hépatique lésion hypodense avant IV [10].

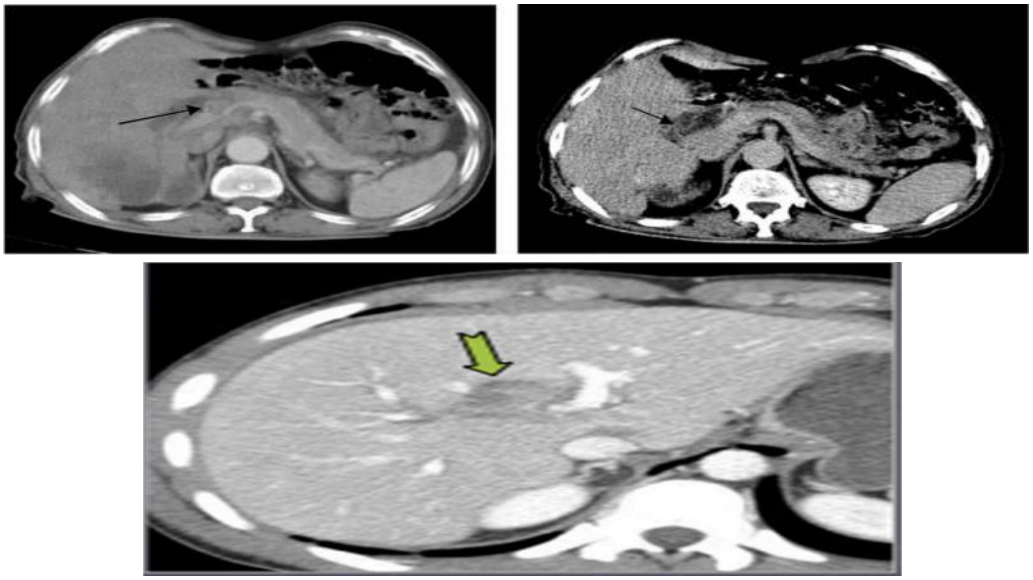


Figure 33 : la même lésion hépatique toujours hypodense après IV [10].

- ✓ Le scanner a été réalisé chez tous les patients au-delà de 48-72h d'admission pour une pancréatite aigüe, et a objectivé une pancréatite stade C lithiasique dans 2 cas (66.66%), une pancréatite stade E lithiasique dans 1 cas (33.33%)

Figure 34 : Images scannographiques qui montrent une voie biliaire dilatée. Le pancréas est tuméfié avec infiltration de la graisse péri pancréatique: stade C [1].

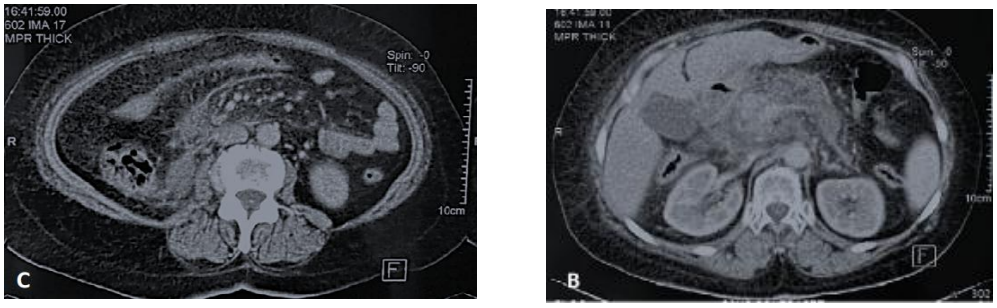


Figure 35 : coupes de TDM en faveur d'une PA stade E de balthazar : pancréas tuméfié associé à une importante infiltration de la graisse péri pancréatique , avec individualisation de coulées de nécrose au niveau de l'espace para-rénal droit et en arrière cavité des épiploons sans signe de surinfection [3].

- ✓ Après le refroidissement de la pancréatite, la bili IRM était demandé systématiquement.
- ✓ La TDM abdominale a montré des collections hépatiques intra parenchymateuses et sous capsulaires associé à un épanchement pleural et péricardique minime dans le cas d abcès hépatique.

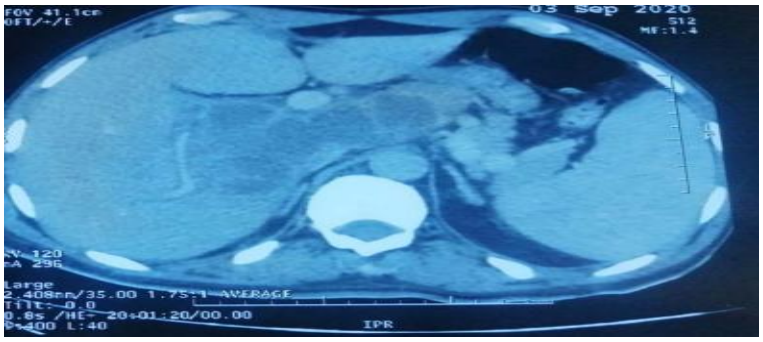


Figure 36 : Image scannographique abdominale en coupe axiale injectée montrant des abcès hépatiques multiples [4].

9.4 La bili IRM

Elle est systématique chez les malades qui avaient une pancréatite aigüe.

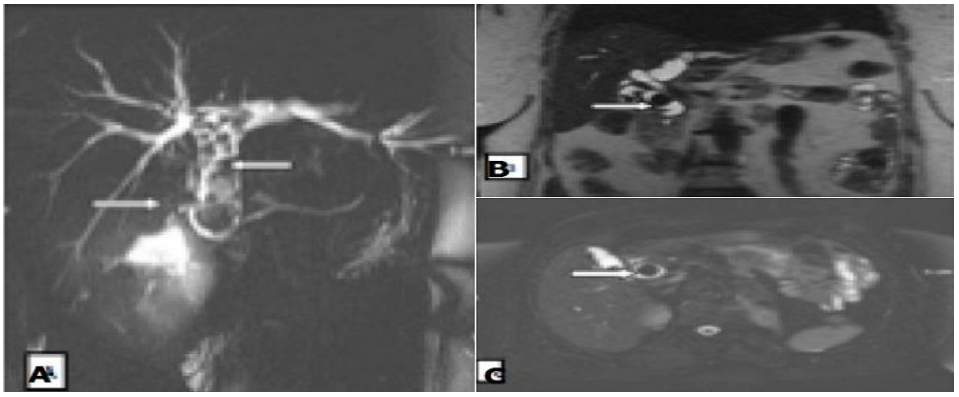


Figure 37: Lithiase de la voie biliaire principale: A) bili-IRM, séquence 2D montrant un empierrement cholédoque avec dilatation des voies biliaires intra hépatiques ; B, C) coupes coronale et axiale montrant une lithiase enclavée dans le bas cholédoque. [11]

9.5 Radiographie de l'abdomen sans préparation :

Il a été demandé également chez les patients présentant un arrêt des matières et des gaz ou tableau évocateur de péritonite par perforation d'ulcère.

Dans notre série il a été demandé chez 6 patients. Un pneumopéritoine (PNP) a été retrouvé chez 1 patient soit (4.76%), des niveaux hydro-aériques ont été retrouvés chez les 4 patients restants (19.04%), tandis que l'abdomen sans préparation était normal chez un seul patient soit (4.76%).

- Un aspect en double jambage évocateur d'un volvulus du sigmoïde chez un de nos patient (7.69%).
- Des niveaux hydro-aériques de type grêlique chez 6 patients (46.15%).

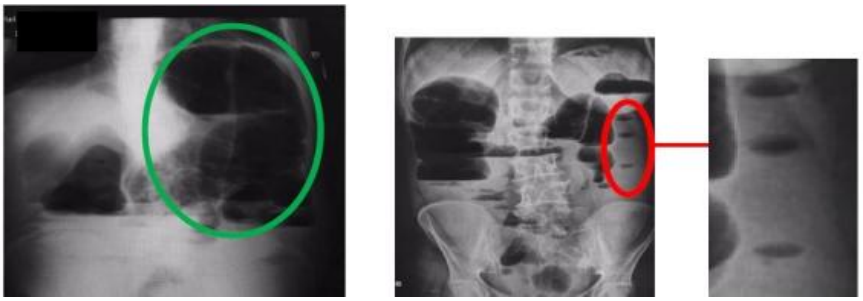


Figure 38 : aspects radiographiques des NHA [6]

Figure 39 : ASP montrant l'aspect en double jambage évoquant un volvulus du sigmoïde chez un de nos patients.[12]

9.6 Autres explorations :

D'autres explorations ont été réalisées pour les patients de notre étude en urgence.

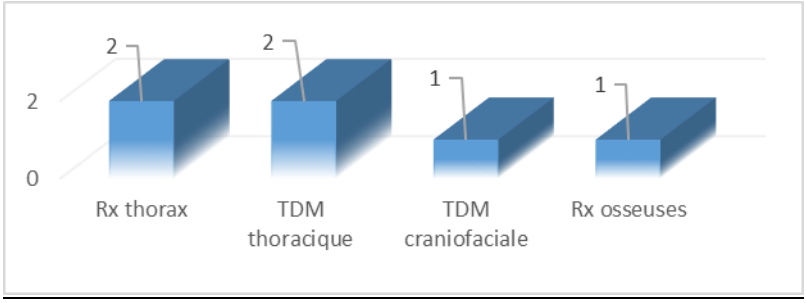


Figure 40 : Répartition de différentes explorations réalisées chez nos patients victimes d'un traumatisme abdominal.

Figure 41 : hémopneumothorax droit post traumatique (3).
La radiographie thoracique centrée sur les coupoles diaphragmatiques, garde un intérêt, essentiellement dans la recherche d'un épanchement pleural. Elle avait objectivé une pleurésie gauche minime chez 1 malade.

Figure 42 : Epanchement pleural gauche minime au cours d'une pancréatite aigüe[3].

10. Prise en charge thérapeutique :

10.1 Mise en condition :

La prise en charge immédiate consistait en une mise en place de :

- 01 ou 02 voies veineuses périphériques selon la stabilité hémodynamique du patient ;
- Réanimation hydro électrolytique avec remplissage par du sérum salé ;
- Monitorage continu ;
- Antalgique à base de paracétamol (1g/6h) ;
- Traitement anti sécrétoire à base d'IPP, antispasmodique et anti émétique ;
- Mise au repos du tube digestif et nutrition parentérale à l'aide d'une sonde nasogastrique ;
- Un arrêt de l'alimentation chez tous les malades diagnostiqués d'une pancréatite aigüe avec support nutritionnel à raison d'une pochette/48H si le jeune dépassait les 3-4 jours ;
- Repos strict ;
- Réchauffement externe.
- 1 patient a été hospitalisé en réanimation pour état de choc hémorragique dans le cadre d'un polytraumatisme.
- On note une nette amélioration clinique de deux cas d'occlusion sur bride après la mise en condition et la sonde nasogastrique.

10.2 Antibiothérapie :

Une bi - antibiothérapie intraveineuse à large spectre à base d'amoxicilline acide clavulanique (3 g/24 h) a été utilisée chez la majorité de nos patients, suivie d'une antibiothérapie orale après 48 heures à base d'amoxicilline + acide clavulanique (3 g/24 h) pour une durée totale de 1 à 4 semaines selon l'étiologie.

On a eu recours à la céphaline de 3 ème génération + imidazolés chez les patients admis pour une péritonite généralisée aigue et l'abcès hépatique.

- -L'antibiothérapie a été au début probabiliste, adaptée ensuite en fonction des résultats de l'antibiogramme.
- -Aucune antibiothérapie n'a été administrée dans nos cas de pancréatite aigüe.

10.3 Prévention contre la maladie thromboembolique :

Tous nos patients ont bénéficié d'une prévention contre la maladie thromboembolique par l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) à dose prophylactique pendant 6 jours.

10.4 transfusion

La transfusion per opératoire de culots globulaires était nécessaire chez 2 patients soit 9.52% qui ont été admis en état de choc, à moyenne de 01 culot globulaire.

10.5 La prévention antitétanique:

Le sérum antitétanique était administré chez les 2 patients présentant une plaie abdominale dont le statut vaccinal était inconnu ou incomplet.

10.6 Traitement chirurgical :

- **Péritonite généralisée aigue :**
  - *Traitement de la péritonite :*

Le traitement de la péritonite aigue généralisée a nécessité une prise en charge chirurgicale chez la totalité de nos patients.

La voie d'abord de préférence était médiane à cheval sur l'ombilic, ce qui a permis une exploration totale de la cavité abdominale.

Une évacuation du liquide d'épanchement ainsi qu'un lavage abondant de la cavité péritonéale ont été réalisés suivant un procédé de lavage aspiration, jusqu'à obtention d'un liquide clair avec mise en place d'un drain aspiratif à la fin du geste opératoire.

Le liquide péritonéal était franchement purulent chez 19 patients soit 90,47 %. Il était fait d'un hémopéritoine dans 2 cas soit 4,16%. Le prélèvement du liquide péritonéal est systématique.

Figure 43 : Traitement chirurgical d'une péritonite par perforation d'ulcère [6].

- *Exploration et traitement étiologique :*

  - Péritonite par perforation d'ulcère : (n=16).

La perforation était de siège antrale pré pylorique dans la totalité des cas ayant bénéficié d'un traitement par des sutures simples d'ulcère par des points séparés.

  - Péritonite appendiculaire : (n=4).

Une appendicectomie rétrograde a été réalisée chez tous les patients présentant une péritonite appendiculaire.

  - Péritonite par perforation biliaire : (n=1).

Les collections purulentes étaient de siège inter hépato diaphragmatique et sous – hépatique infiltrant la vésicule biliaire lithiasique.

Le traitement étiologique consistait en une cholécystectomie rétrograde et drainage large.

❖ **Appendicite aigue :**

- *Voie d'abord :*

Quatorze patients (54%) ont été opérés par laparotomie avec incision de Mac Burney, tandis que 12 cas (46%) étaient par voie cœlioscopique.

- *Exploration :*

• Appendicite aigue simple non compliquée : 76%

• Une appendicite abcédée avec des micro-abcès au sein de la paroi : 24%

Figure 44: Une appendicite ulcéreuse et suppurée [1].

Figure 45 : Une appendicite abcédée [1].

- *Gestes :*

L'intervention chirurgicale a consisté en une appendicectomie dans 100% des cas, associée à une toilette péritonéale dans 40% des cas surtout lorsque l'épanchement péritonéal est purulent, associé à un drainage par lame de Delbet chez tous les patients présentant un abcès appendiculaire dans 24% des cas.

❖ **Lithiase vésiculaire et complications :**

- *Voie d'abord :*

- La laparotomie sous costale droite a été indiquée chez 6 cas (54.54%), dont deux était admis pour une cholécystite aigüe, et 4 cas d'angiocholite.
- La cœlioscopie a été réalisée chez 5 patients (45.45%).

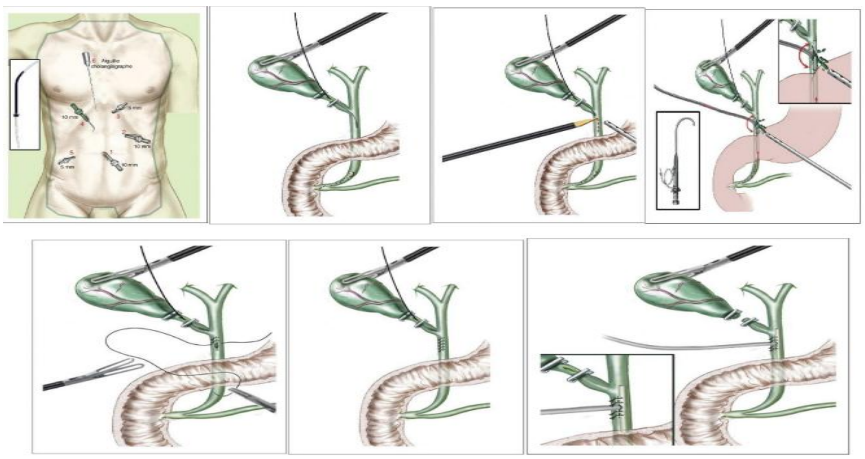


Figure 46: Les étapes du traitement cœlioscopique da la lithiase de VBP [6].

- *2. Exploration :*
  - 7 cas de cholécystite aigue,
  - 2 cas d hydrocholecyste,
  - Un seul cas de pyocholecyste,
  - un seul cas cholécystite gangreneuse.
- *Geste :*

Une cholécystectomie a été réalisée chez la totalité de nos patients (100%), avec une dérivation cholédocoduodenale dans 2 cas (18.18%), et une dérivation externe par drain de Kehr dans 2 autres cas (18.18%).

Le drain au contact du moignon cystique et / ou de la dérivation biliodigestive est systématique.

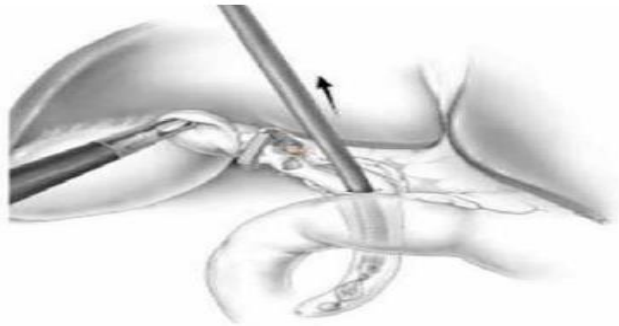


Figure 47 : extraction des calculs par voie canalaire (cholédocotomie) [6].

❖ **Occlusion intestinale aigüe :**

- *Voie d'abord :*

11 patients (84.61%) ont été abordés par une laparotomie médiane.

- *L'exploration chirurgicale : avait montré :*

Une distension grélique en amont d'une bride grêlo pariétale situé au niveau du grêle moyen qui n'est pas souffrant, multiples adhérences grêlo-gréliques et grêlo pariétales surtout au niveau de la fosse iliaque droite chez 3 patients (23%).

Une occlusion sur la ligne blanche étranglée avec défect de 4 cm avec un ligament rond viable.

Un cas d occlusions sur hernie ombilicale étranglée à contenu grélique souffrant mais viable avec défect.

Un cas d'occlusion sur hernie ombilicale étranglée à contenu grélique nécrosé

3 cas d occlusions sur hernie inguinale étranglée à contenu epiploique souffrant mais viable avec défect.

Un cas d'occlusion sur volvulus du ceocum.

Un cas d'occlusion sur volvulus du sigmoïde.

- *Le geste chirurgicale : avait consisté en:*

- Une aspiration de l'épanchement péritonéal avec libération des adhérences, débridement, avec entéro vidange chez 5 patients (38.46%).
- Une détorsion chirurgicale et résection différée chez un patient (7.69%).
- Une résection du sac herniaire, ouverture et résection du sac (une cure en paletot) chez 6 patients (46.15%), avec résection grélique et confection d'anastomose grêlo-gréliques sur hernie ombilicale à contenu grélique nécrosé.
- Une résection du dolichosigmoide avec résection de l'anse sigmoïde et confection d'une colostomie en Hartmann.

Figure 48: Laparotomie révélant un volvulus du sigmoïde[1].

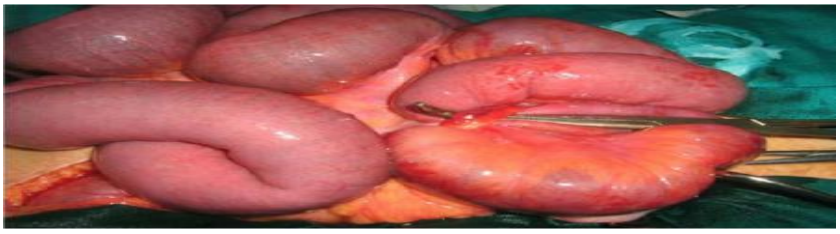


Figure 49: débridement des Brides grélo-gréliques [6].

❖ **Traumatismes abdominaux :**

- *Traitement conservateur :*

Dans notre série tous nos patients ont bénéficié de traitement non opératoire dans le cadre du traumatisme fermé sans retentissement hémodynamique et respiratoire, on s'est contenté d'une surveillance étroite de l'état hémodynamique et de la NFS.

- *Chirurgie :*

La laparotomie d'emblée était le choix thérapeutique pour 2 patients présentant une plaie thoraco abdominale pénétrante.

Patients	Exploration chirurgicale	Gestes effectues
Patient 1 : plaie thoraco abdominale	Hémoperitoine de grande abondance, plaie diaphragmatique, et plaie gastrique hémothorax de grande abondance	Suture diaphragmatique par points séparés au fils non résorbable Suture de la plaie gastrique au fil non résorbable Hémostase assurée ; Lavage et drainage ;
Patient 2 : plaie thoraco abdominale	Hémoperitoine de faible abondance, plaie diaphragmatique, plaie hépatique	Suture diaphragmatique par points séparés Hémostase assurée ; Lavage et drainage

- L'évolution était favorable pour la totalité des patients.

❖ **La pancréatite aigüe :**

Les 2 patients présentant une pancréatite aigüe stade C (66.66%) ont été opérés au cours de la même hospitalisation, afin d'éviter la récidive de la pancréatite. Ceci après la disparition de la douleur abdominale.

Le délai moyen pour l'intervention était de 5 jours après l'admission.

Le traitement chirurgical était différé pour la pancréatite aigüe stade E après refroidissement de celle-ci avec un délai moyen de 6 semaines.

Au cours de l'exploration chirurgicale, 2 patients avaient une vésicule biliaire sludgique et micro-lithiasique , comparé à un seul cas qui avait une vésicule biliaire siège de macro lithiase en cholécystite.

Deux malades ont bénéficié d'une voie d'abord cœlioscopique, tandis que le 3ème malade a été abordé par voie sous costale avec drainage après extraction d'un calcul de la voie biliaire.

❖ **L'abcès hépatique :**

Dans notre série, notre patient a bénéficié d'un drainage per cutané écho guidé. La quantité de pus retiré était de 400 ml. La durée du drainage était de 6 jours.

❖ **La torsion du kyste ovarien :**

- *Voie d'abord :*

Notre patiente a été opérée par laparotomie avec incision médiane élargie en sus ombilicale.

- *Exploration :*

- Un ovaire droit œdématié avec multiples plages de nécrose étendu à la trompe homolatéral évoquant une torsion d annexe (2 tours de spires) sans signes de revascularisation après détorsion.
- Une lame d épanchement séro-hématique.
- Les annexes controlatérales étaient sans particularités.

- Un appendice Suppuré.

- *Gestes :*

L'intervention chirurgicale a consisté en une annexectomie droite intéressant l'ovaire et la trompe, puis une appendicectomie rétrograde avant la mise en place d'un drain de Redon.

10.7 Suites opératoires :

a) La péritonite aigue généralisée :

- Les suites post opératoires ont été simples chez la majorité des patients (89,55%).
- La mortalité était nulle, tandis que la morbidité était représentée par de 3 cas de suppurations pariétales (14,28%), qui ont bien évolué sous soins locaux et une antibiothérapie.
- La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours avec des extrêmes allant de 5-14 jours.

b) L'appendicite aigue :

- L'étude anatomopathologique était en faveur d'une appendicite aigue sans aucun signe de malignité chez 92,6% des patients de notre série, tandis que 10% était en faveur de mucocèle appendiculaire sans signes de malignité.
- La morbidité était représentée par 2 cas de suppuration pariétale (7.69%), qui ont été mis sous antibiothérapie pendant 10 jours avec des soins locaux biquotidiens, avec une mortalité qui est nulle.
- La durée moyenne d'hospitalisation était de 2 jours avec des extrêmes de 1-4 jours.
- L'évolution après traitement était satisfaisante chez tous les patients.

c) La lithiase vésiculaire :

- La durée d'hospitalisation moyenne était de 4 jours avec des extrêmes allant de 3 à 8 jours.
- Les suites post opératoires ont été simples chez 10 patients (90.9%). Un seul patient a présenté une suppuration pariétale (9%), qui a bien évolué sous soins locaux et une antibiothérapie pendant 7 jours.

d) l'occlusion intestinale aigüe :

- Les suites post op immédiates étaient simples (100%).
- Le seul patient qui a été admis en état de choc a bénéficié d'une mise en condition initiale et a bien récupéré.
- La mortalité était nulle.

e) le traumatisme abdominal :

-Le séjour d'hospitalisation : la durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours, avec des extrêmes allant de 3-8 jours.

La durée moyenne de séjour des patients admis pour un traumatisme ouvert est entre 02 et 04 jours environ.

La durée moyenne de séjour des patients admis pour un traumatisme fermé est entre 03 et 08 jours environ.

f) la pancréatite aigüe :

Les suites post opératoires étaient simples chez tous nos patients (100%).

g) L'abcès hépatique :

La surveillance de notre patient était basée sur des critères cliniques, biologiques et écho-graphiques :

- Clinique : douleur de l'hypochondre droit, la fièvre et le drain (débit
- quotidien, épaisseur du pus, présence de séquestres).
- Biologique : hémogramme, CRP
- L'échographie était le principal examen morphologique utilisé pour le contrôle de l'ab-cès résiduel.
- La durée d'hospitalisation était de 10 jours.
    - L'évolution était favorable dans notre cas

h) La torsion du kyste ovarien :

La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours.

La patiente était sous antibiothérapie à base d'amoxicilline – acide clavulanique (3 g/24 h) pendant une semaine, et une prévention contre la maladie thromboembolique par l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM).

- L'évolution était favorable dans notre cas.

DISCUSSION

I. Rappel anatomique et définitions :

1. Œsophage :

1.1 Définition :

La partie abdominale de l'œsophage est la partie comprise entre le hiatus œsophagien et le cardia. Elle fait suite à l'œsophage thoracique.

1.2 Situation :

Elle est infra diaphragmatique, profonds et rétro péritonéale.

Elle est située en regard de T10 et T11, à gauche de la ligne médiane.

1.3 Dimensions :

Sa longueur varie de 2 à 4cm.

Son calibre varie de 2 à 3cm.

1.4 Moyens de fixité :

Le fascia diaphragmatique se prolonge sur l'œsophage pour former la gaine œsophagienne.

Elle adhère à l'adventice œsophagien :

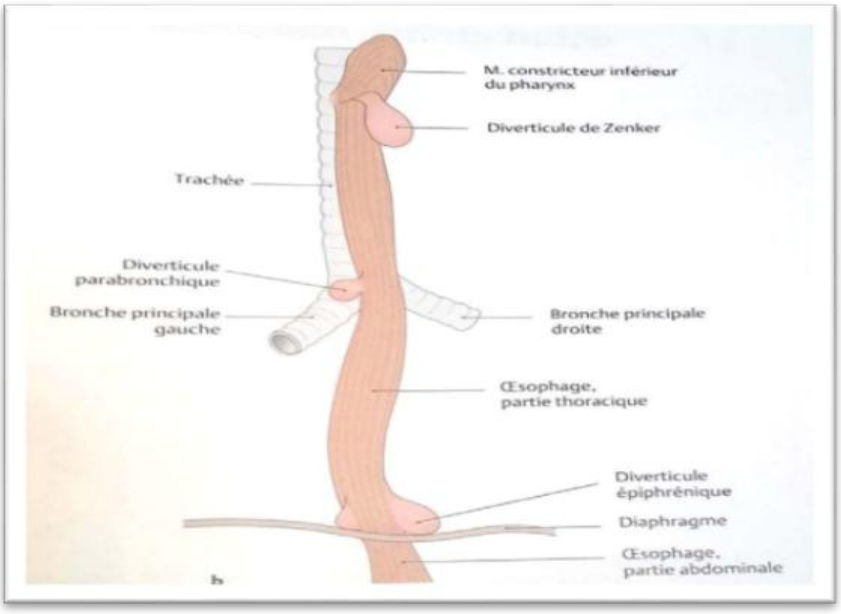
- Au niveau du cardia
- Et en haut, à travers le hiatus œsophagien, à deux centimètres environ du cardia.

Entre cette gaine fasciale et l'œsophage, existe un espace celluleux permettent le glissement de l'œsophage au cours de la respiration.

L'œsophage abdominal dans sa membrane phréno œsophagienne, soumis à une pression positive, par opposition à l'œsophage thoracique entouré de plèvres et soumis à une pression négative, constitue un sphinctère fonctionnel : sphincter inférieur de l'œsophage.

La contraction du diaphragme et l'augmentation de la pression intra gastrique entraînent l'occlusion de l'œsophage abdominal.

Cette occlusion associée au rôle des piliers et du SOI constituant un système anti-reflux.



2. Estomac :

2.1 Définition :

L'estomac est la portion la plus dilaté du tube digestif, intermédiaire à l'œsophage et au duodénum ; c'est un organe réservoir pourvu d'une musculature puissante et d'une muqueuse sécrétant abondamment.

2.2 Situation :

L'estomac est presque entièrement situé dans la loge sous phrénique gauche

- Ses 2/3 supérieurs sont dans l'hypochondre gauche.
- Son 1/3 inférieur est dans l'épigastre.

Il ne dépasse pas, en général, le plan surcostal.

2.3 Grande courbure :

- Son segment fungique est fixé par le ligament gastro-phrénique.
- Son segment vertical est uni à la rate, par le ligament gastro-splénique.
- Son segment horizontal est uni au côlon transverse par le ligament gastro-colique qui se continue caudalement par le grand omentum.

2.4 Petite courbure :

Elle est unie au foie par le ligament gastro-hépatique. Elle circonscrit la région cœliaque.

Elle présente l'incisure angulaire qui sépare les segments vertical et horizontal.

2.5 Cardia :

Il répond en arrière au pilier gauche du diaphragme, et en avant au lobe gauche du foie.

2.6 Pylore :

C'est un véritable canal dont la musculeuse est organisée en sphincter. Il fait communiquer l'antre gastrique et le 1er duodénum, oblique en haut, en arrière, et à droite. Il constitue un étranglement annulaire. Il se projette sur L1. Profondément situé, il répond :

- En avant : au lobe carré du foie et le col de la vésicule biliaire.
- En arrière : au pancréas par l'intermédiaire de la bourse omentale.
- En haut : au petit omentum.
- En bas : à l'extrémité droite du ligament gastrocolique.

2.7 Morphologie :

En position debout, l'estomac a la forme d'un J majuscule avec :

- Une portion verticale, constituant les deux tiers de l'organe.
- Et une portion horizontale.

En position couchée, l'estomac est étalé transversalement, présentant l'aspect d'une corne-muse.

On distingue à l'estomac les parties suivantes (de haut en bas)

- Le cardia :

Il représente la jonction avec l'œsophage. Il est situé à 2cm à gauche de la ligne médiane ; au niveau du corps de D11. Il se projette sur le 7ème cartilage costal.

- Le fundus gastrique :

Pôle supérieur de l'organe, il est séparé du cardia par l'incisure cardiale (angle de his). Il a pour limite inférieure horizontale passant par le bord supérieur du cardia. Il correspond à la poche d'air radiologique.

- Le corps :

Il correspond à la partie moyenne, verticale.

- La partie pylorique :

Elle comprend l'antre, point déclive de l'estomac, et le canal pylorique qui se dirige en haut, à droite et en arrière.

2.8 Dimensions :

Elles sont variables, en raison de la compliance importante de l'estomac.

Les dimensions moyennes sont :

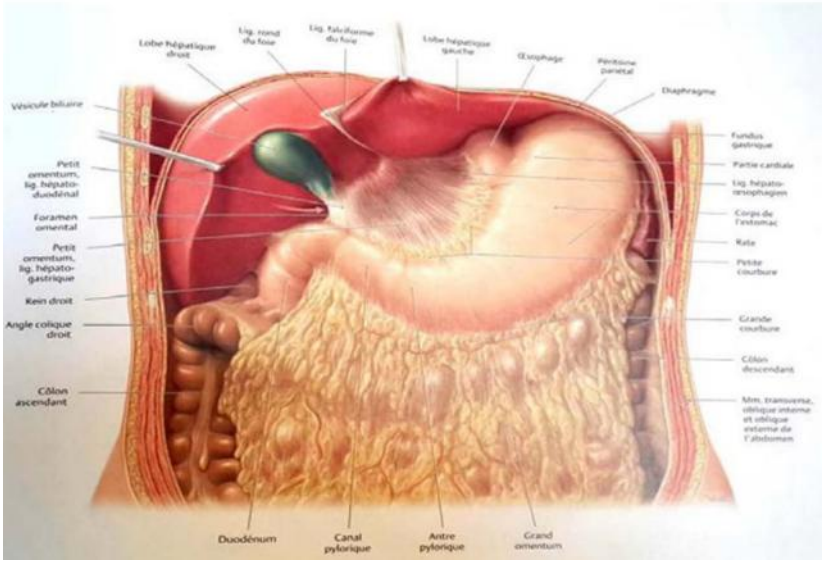
- Longueur : 25cm
- Epaisseur : 8 à 12cm
- Capacité : 30 ml à la naissance, et 1 à 2 litre chez l'adulte.

2.9 Moyens de fixité :

Enveloppé de péritoine dans sa totalité, l'estomac est un organe mobile. D'où la possibilité rare de volvulus gastrique. L'estomac est fixé par :

- Le ligament gastro-phrénique qui unit le fundus au diaphragme
- Et accessoirement, les ligaments gastro-hépatique, gastro-splénique, gastro co-lique et les pédicules.
- Le duodénum, à son extrémité inférieure.

-



3. Duodénum et pancréas :

Le duodénum et le pancréas sont deux organes étroitement solidaires par leur situation leurs rapports et leurs connexions intimes.

Le duodénum et la partie droite du pancréas constituent une entité particulière à la fois anatomique, physiologique, pathologique et chirurgicale appelée duodéno-pancréas.

3.1 Situation :

Le duodénum et le pancréas sont deux organes profondément situés dans la partie moyenne de la cavité abdominale dans une loge péritonéale appelée la loge duodéno pancréatique et qui est limitée par :

- En arrière : à droite le fascia de treitz l'accolant au plan postérieur et que l'on peut décoller chirurgicalement.
- En avant : le péritoine pariétal postérieur.

3.2 Duodénum :

- Anatomie descriptive :

Segment initial de l'intestin grêle, le duodénum fait suite à l'estomac au niveau du pylore et se termine au niveau de l'angle duodéno-jéjunal. Il dessine un trajet en forme d'anneau appelé cadre duodénal ouvert en haut et à gauche et on lui distingue quatre segment :

- Le premier duodénum D1 :

Fait suite au pylore au niveau du flanc droit de la première vertèbre lombaire. Il se dirige en arrière, en haut et à droite. Son origine est repérable par l'épaississement bien papable du sphincter pylorique. D1 se termine contre la paroi abdominale postérieure en formant avec le deuxième duodénum un angle aigu appelé genu supérius.

- Le deuxième duodénum D2 :

Descend verticalement de L1 à L4, un genu superius au coude qu'il forme avec le troisième duodénum, appelé genu inferius. Dans sa paroi interne s'abouchent les canaux biliaires et pancréatiques.

- Troisième duodénum D3 :

Il est horizontal, concave en arrière et il embrasse la quatrième vertèbre lombaire sur laquelle il peut être écrasé dans un traumatisme abdominal.

- Quatrième duodénum D4 :

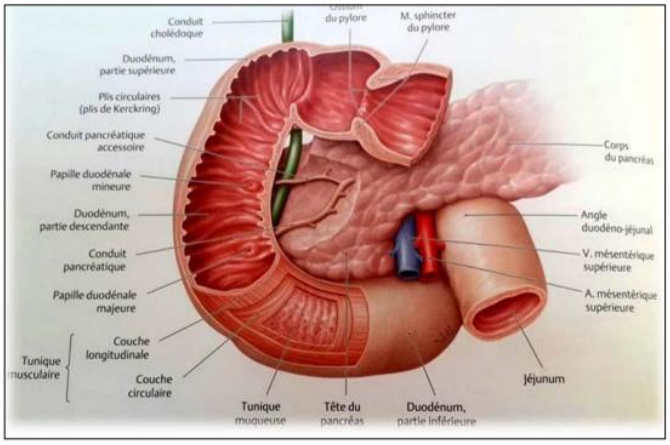
Il monte presque verticalement à gauche du rachis de L4 à L2 se termine à l'angle duodéno-jéjunal.

- Fixité :

Le duodénum est un organe rétro péritonéal remarquablement fixe. Seule sa partie initiale appelée bulbe duodénal, entièrement péritonisée est mobile. La limite entre partie mobile et partie fixe est marquée par le passage de l'artère gastro-duodénal. Le duodénum est fixé par :

- Ses connexions pancréatiques et biliaires.
- Les vaisseaux et les nerfs
- Le plan d'accolement du fascia de treitz le fixant au plan postérieur
- Le péritoine pariétal postérieur

- La racine du méso colon transverse
- La racine du mésentère et le muscle de treitz.



3.3 Pancréas :

Le pancréas est à la fois une glande endocrine et exocrine, étroitement liée au cadre duodénal et à la voie biliaire principale.

- Anatomie descriptive :

Le pancréas est d'une couleur blanc rosé, d'aspect finement lobulé, richement vascularisé, de consistance ferme mas friable. Sa forme est en général triangulaire à base droite et à sommet gauche. Le pancréas est allongé dans le sens transversal, aplati d'avant en arrière et on lui distingue quatre parties :

La tête : la partie la plus volumineuse, sous forme de quadrilatère encastré dans la concavité de l'anse duodénale. A sa partie inférieure et à gauche, la tête du pancréas émet un prolongement plus ou moins volumineux qui s'engage en arrière des vaisseaux mésentériques appelé le processus uncinatus ou petit pancréas de Winslow.

- L'isthme : ou col du pancréas, c'est un segment rétréci reliant la tête au corps, situé immédiatement en avant des vaisseaux mésentériques supérieurs.
- Le corps : situé plus à gauche, c'est un segment allongé en avant de la colonne vertébrale.
- La queue : plus ou moins effilée et légèrement incurvée en avant.

Dimensions :

- Longueur : 18 à 20 cm
- Hauteur : 4 à 6 cm au niveau de la tête.
- à 4 cm au niveau du corps
- Epaisseur : 2cm
- Poids : 80 grammes

Situation et orientation :

Le pancréas est un organe profond, allongé transversalement et concave en arrière devant les première et deuxième vertèbres lombaires.

Son grand axe est oblique en haut et à gauche, de 30°environ sur l'horizontal.

• Fixité :

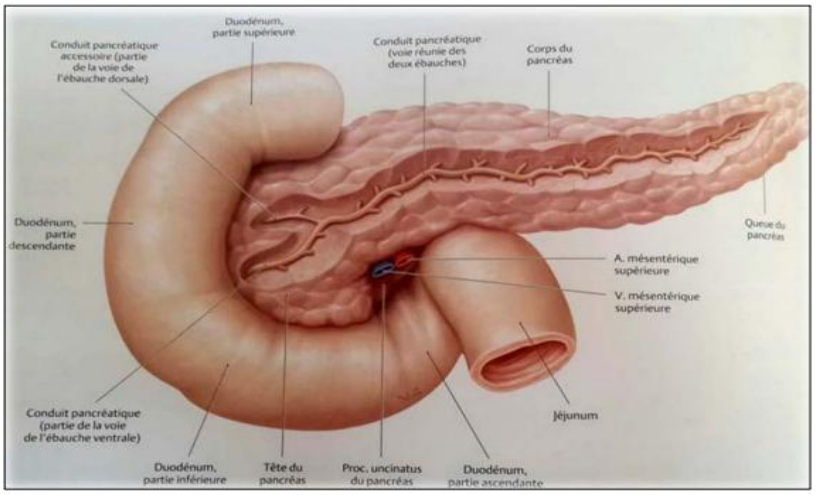
• Partie droite du pancréas :

Le duodénum et la partie droite du pancréas intimement liés, constituent une entité particulière en raison de leur :

- Communauté de situation dans la même loge péritonéale formée en arrière par le fascia de treitz et en avant par le péritoine pariétal postérieur.
- Relation de continuité : les canaux pancréatiques s'abouchent dans le deuxième duodénum.
- Synergie physiologique.
- Rapports et vascularisation communs.

• Partie gauche du pancréas :

Le corps et la queue du pancréas sont entièrement sus-mésocoliques et contenus dans une loge péritonéale formée par le mésogastre postérieur qui les fixe au plan postérieur et par le péritoine pariétal postérieur en avant.



4. Le foie :

Le foie est un organe très important, aussi bien par sa taille (la plus volumineuse des glandes annexes du tube digestif) que par son rôle qu'il assure au niveau physiologique, il occupe une position stratégique dans le maintien de l'homéostasie de l'organisme.

Sa situation lui permet d'accomplir des fonctions indispensables à la vie : il est placé sur le trajet du courant sanguin qui provient de l'intestin, de telle sorte qu'il peut contrôler tout l'apport alimentaire.

Il se caractérise aussi par son appareil excréteur représenté par les canaux biliaires.

Situation :

C'est un organe thoraco abdominal situé dans l'étage sus mésocolique de l'abdomen, il occupe toute la loge sous phrénique droite, traverse obliquement l'aire épigastrique et occupe une partie de la loge sous phrénique gauche.

La limité supérieure se projette sur le 4 ème espace intercostal.

La limite inférieure longe le rebord costal et le déborde en dedans.

• Poids – dimensions – consistance : le foie pèse 800 à 900 grammes. Il mesure 28 cm transversalement, 16 cm en antéropostérieure, et 8 cm d'épaisseur. Il est de couleur rouge brun. Sa consistance est ferme, mais friable ne résistent pas aux chocs violents.

• moyens de fixité :

Le foie est solidement fixé par :

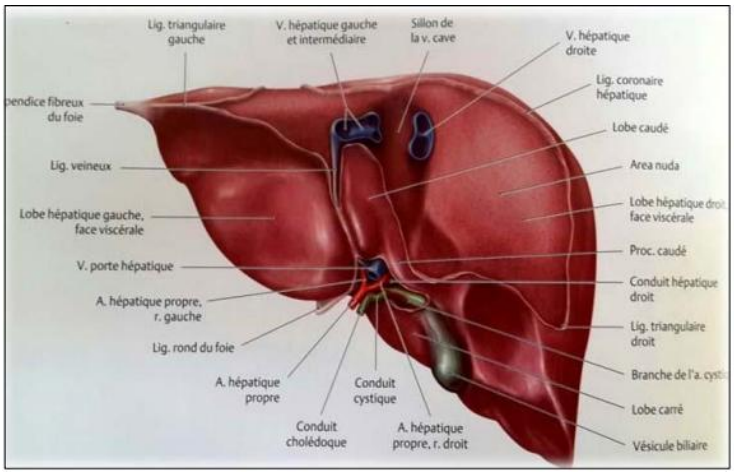
- L'adhérence à la veine cave inférieure dont le moyen de fixité principal est représentée par les veines sus hépatiques
- Le ligament hépatique : zone de feutrage à la face postérieure du foie dans l'aire du ligament coronaire.

Les ligaments péritonéaux :

• Le ligament coronaire

• Le petit omentum

• Le ligament cystico duodénal



5. L'intestin grêle :

C'est la partie mobile du tube digestif qui fait suite au duodénum au niveau de l'angle duodéno-jéjunal et se termine au niveau du caecum au niveau de l'orifice iléo-caecal.

C'est l'organe de l'absorption alimentaire.

4.1 Situation :

Le grêle occupe l'étage sous méso colique, encadré par le colon.

4.2 Configuration :

C'est un tube de 6m de long en moyenne, sa partie initiale de 3cm de diamètre correspond au jéjunum (2/5 de la longueur), sa partie distale de 2 cm de diamètre correspond à l'iléon (3/5 de la longueur).

Du fait de sa longueur et pour pouvoir être contenu dans la cavité abdominale il est disposé en plicatures = anses intestinales.

Les anses jéjunales sont horizontales, les anses iléales sont verticales.

4.3 Moyens de fixité :

L'intestin grêle est mobile appendu à la paroi postérieure par le mésentère.

- Forme et constitution :

Le mésentère est une double lame péritonéale à la forme d'un éventail qui présente à décrire :

- Un feuillet droit antérieur.
- Un feuillet gauche postérieur
- Un bord libre sinueux qui donne attache à l'intestin grêle.
- Un bord fixe ou racine mésentère. Cette racine est oblique de haut en bas et de gauche à droite, depuis le bord gauche de L2 jusqu'au bord droit de L5.

4.4 Dimensions :

- La racine mesure 15-20cm
- Le bord intestinal correspond à la longueur du grêle de 6 m
- La hauteur croit des extrémités pour atteindre un maximum de 20 cm
- L'épaisseur varie avec l'adiposité, maximum à la partie moyenne de 2 cm puis décroît jusqu'au bord intestinal.

6. Caecum :

C'est le cul de sac initial du gros intestin. Il est limité par le plan transversal passant au-dessus de la jonction iléo-caecal. Il mesure 6 cm de hauteur et 6 à 8 cm de largeur.

10.8 Situation :

Il est situé dans la fosse iliaque droite. Il peut être pelvien, sous hépatique voire à gauche.

10.9 Fixité :

Il est entièrement péritonisé, faiblement maintenu par deux plis péritonéaux unissant les ténias postérieurs à la paroi abdominale postérieure, délimitant le récessus rétro-caecal.

7. Appendice :

7.1 Mesure :

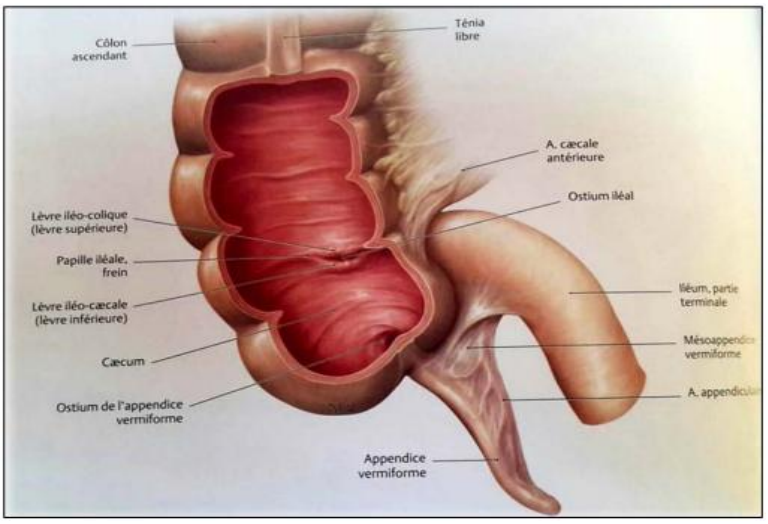
Sa longueur moyenne est de 8cm ; son calibre est de 4 à 8mm

7.2 Implantation :

Il est situé à la face postéro-médiale du caecum, à la convergence des trois ténias coliques.

7.3 Situation :

Habituellement, il est médio-caecal uni à la terminaison de l'iléon par le méso appendice. Cette situation peut être variable : sous caecal, rétro caecal, latéro caecal externe ou antéro caecal. Sa pointe peut être entre les anses intestinales = appendice mésocolique ou atteindre le petit bassin et être en contact avec les organes pelviens.



8. Le colon :

❖ Colon ascendant :

Il s'étend du caecum à l'angle colique droit.

- Situation :

Situé dans le flanc droit, il monte verticalement en devenant de plus en plus profond.

- Fixité :

Le colon ascendant et son méso sont accolés au péritoine pariétal postérieur formant le fascia de toldt droit. Il délimite avec la paroi abdominale la gouttière pariéto-colique droite.

- Configuration externe :

Long de 10 cm et de diamètre de 6cm, il est parcouru de trois ténias coliques, un antérieur deux postérieurs médial et latéral.

Le colon descendant :

- Situation :

Il est profondément situé dans les fosses lombaires et iliaque gauches. Il est descend verticalement et se dirige en avant.

- Mesure :

Il est long de 25 cm et de 4 cm de diamètre.

- **Fixité :**

Il est fixé à la paroi postérieure par l'accolement du mésocolon descendant au péritoine pariètal ; c'est le fascia de toldt gauche.

Il délimite avec la paroi abdominale latérale la gouttière pariéto-colique gauche.

Le colon transverse :

- **Situation :**

Il s'étend de l'hypochondre droit, traverse la région supra-ombilicale jusqu'au niveau de l'hypochondre gauche.

- **Dimensions :**

Sa longueur moyenne est de 50cm et son diamètre est de 5cm.

- **Fixité :**

Mobile et entouré de péritoine, le colon transverse est maintenu par le mésocolon transverse. C'est une double lame péritonéale large de 10 cm environ qui présente :

- Un bord antérieur libre sur lequel se fixe le colon transverse
- Un bord postérieur fixe à la paroi postérieure = racine du méso colon transverse. Elle est oblique en haut et à gauche. Elle croise successivement le 2 ème duodénum et la face antérieure de la tête du pancréas, surcroise l'angle duodéno jéjunal, longe le bord inférieur du corps du pancréas et se termine au-dessous de la rate en se confondant avec le ligament phrénico-colique gauche.
- Une face antérieure qui forme la limite inférieure de la bourse omentale.
- Une face postérieure qui repose sur les anses grêles.

- Colon sigmoïde : pelvien

- **Situation :**

Il fait suite au colon descendant en regard des vaisseaux iliaques gauches et se termine par le rectum en regard la 3ème vertèbre sacrée.

Il a la forme d'une boucle, sa longueur est variable en moyenne de 40cm

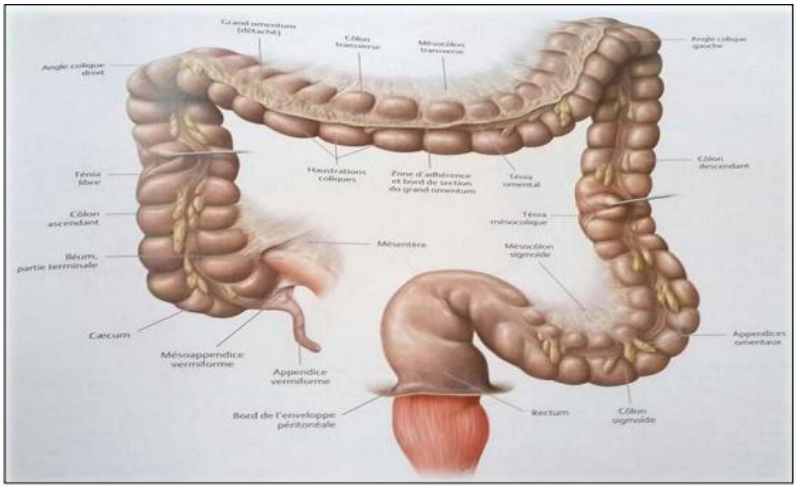
- Fixité :

Entièrement péritonisé, il est mobile et maintenu à la paroi postérieure par le mésocolon sigmoïde.

C'est une double lame péritonéale en frome de V inversé et qui présente 2 racines :

- La racine droite ou primaire : médiane verticale, et rejoint le rectum
- La racine gauche ou secondaire : oblique en bas et à gauche et suit le bord supérieur des artères iliaques commune et externe gauches.

Ces 2 racines délimitent entre elles et le péritoine pariétal postérieur le récessus inter sigmoïdien.



9. Le rectum :

Le rectum est la partie terminale du tube digestif. Il fait suite au colon sigmoïde en regard de la 3 ème vertèbre sacrée e se termine par l'orifice anal.

Il joue un rôle important dans la défécation et la continence fécale.

Situation générale :

Le rectum est situé dans le petit bassin.

Il comprend deux parties distinctes :

- Un segment pelvien ou ampoule rectale situé à la partie postérieure du pelvis.
- Un segment périnéal ou canal anal situé à la partie postérieure du périnée.

Trajet :

Le rectum est médian avec :

- Une partie pelvienne : oblique en bas et en avant.
- Une partie périnéale : oblique en bas et en arrière

Entre ces deux segments, le rectum fait un angle ouvert en arrière, appelé coude ou cap du **rectum.**

Dimensions :

La longueur moyenne du rectum est de 15cm

- Rectum pelvien : 12cm
- Rectum périnéal : 3cm

Fixité :

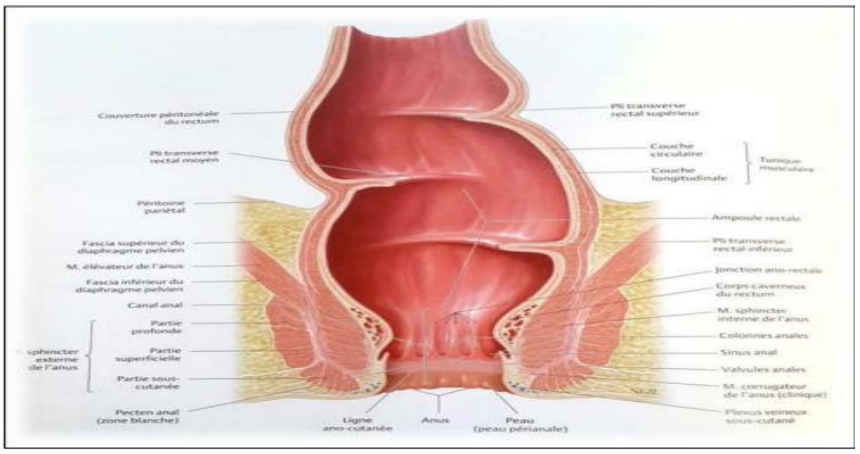
1.1 Le rectum pelvien est rétro péritonéal. Le péritoine recouvre seulement la partie supérieure des faces antérieure et latérales du rectum.

- En avant : le péritoine se réfléchit pour se continuer sur le vagin et l'utérus, formant ainsi le cul de sac de douglas.
- Sous le péritoine : il est séparé des organes génitaux par la cloison recto vaginale.

1.2 Le rectum périnéal est fixe, entouré par un « manchon musculo aponévrotique entre :

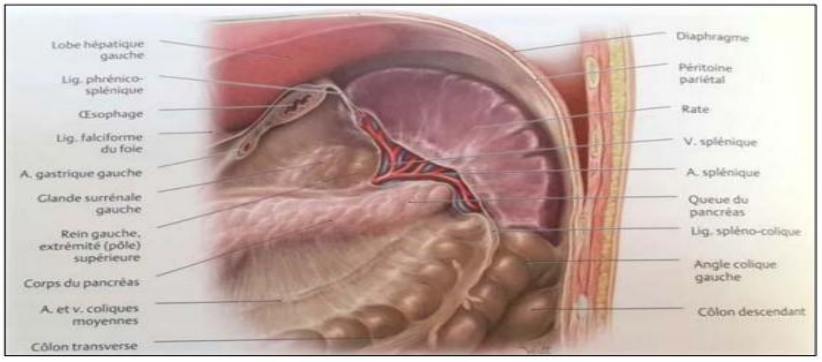
- En avant : le centre tendineux du périnée
- En arrière : le ligament anococcygien (=raphé)
- Latéralement : les fosses ischio rectales.

10. Canal anal :



11. Les glandes annexes :

11.1 La rate :



La rate est un organe lymphoïde qui produit des lymphocytes, épure le sang, détruit les globules rouges et fabrique l'hémoglobine.

Situation :

Elle est située dans l'hypochondre gauche au niveau de la loge sous phrénique gauche, entre le fundus de l'estomac et le diaphragme.

La rate est un organe thoraco-abdominal.

Forme :

Elle a la forme grossièrement d'une pyramide et présente à décrire : *deux faces : externe diaphragmatique et interne viscérale

*deux bords : antérieur crénelé et postérieur

*deux pôles : supérieur et inférieur colique

• Couleur et consistance :

Sa couleur est pourpre foncée. Sa consistance est ferme et sa cohésion est faible.

- Dimensions et poids :

Elle mesure environ : 12 cm de longueur 7 cm de largeur 4 cm d'épaisseur

-Son poids est d'environ 200 gr chez l'adulte.

De face la rate ne dépasse pas le rebord costal gauche.

De profil elle se situe entre la 9 ème et 11 ème côte.

• Moyens de fixité :

Entièrement péritonisée, la rate est fixée par son pédicule vasculaire et deux replis péritonéaux :

Le ligament gastro splénique est tendu entre la grosse tubérosité gastrique et le bord antérieur du hile splénique, il contient les vaisseaux courts de l'estomac et l'artère gastro omentale gauche.

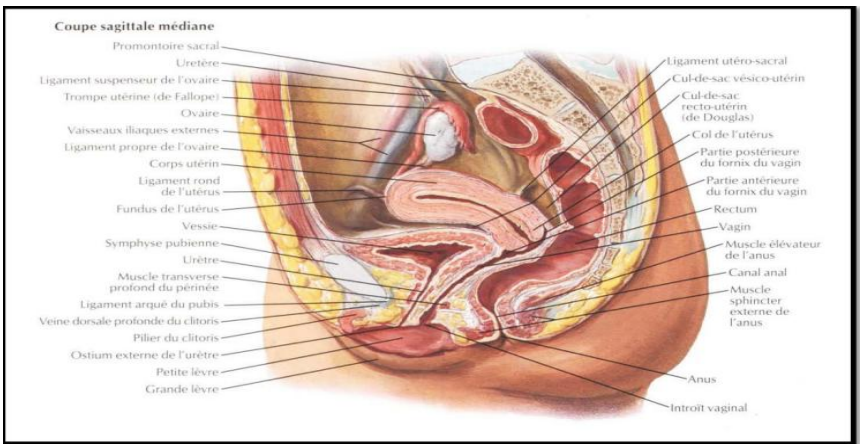
Le ligament pancréatico-splénique entre le péritoine pariétal postérieur et la queue du pancréas d'une part, et le bord postérieur du hile splénique d'une autre part. C'est par ce dernier ligament que le pédicule splénique gagne le hile de la rate.

11.2 Les ovaires :

Les ovaires ou gonades féminines sont 2 glandes paires intra péritonéales assurant une double fonction : D'une part, une fonction endocrinienne par l'élaboration d'hormones sexuelles (œstrogènes et progestérone), et d'autre part, la production des gamètes femelles.

• Situation :

Les ovaires sont des organes pelviens mobiles de siège intra péritonéal dont la situation est variable dans la fossette para-utérine, fixés à la face postérieure du ligament large, sous les pédicules vasculaires iliaques externes et en avant des uretères pelviens.



Forme :

De couleur blanc-rosé, l'ovaire est de forme ovoïde et légèrement aplati. Sa surface est irrégulière et mamelonnée parcourue par des sillons correspondant aux cicatrices consécutives à la rupture des follicules ovariens. L'ovaire présente :

- 2 faces : latérale et médiale.
- 2 bords : postérieur (libre) et antérieur (mésovarique).
- 2 extrémités : supérieure (tubaire) et inférieure (utérine).

Fixité :

Les moyens de fixités sont d'une efficacité relative : l'ovaire est libre dans la grande cavité péritonéale, mais en connexion étroite avec la trompe utérine et avec la face postérieure du ligament large par :

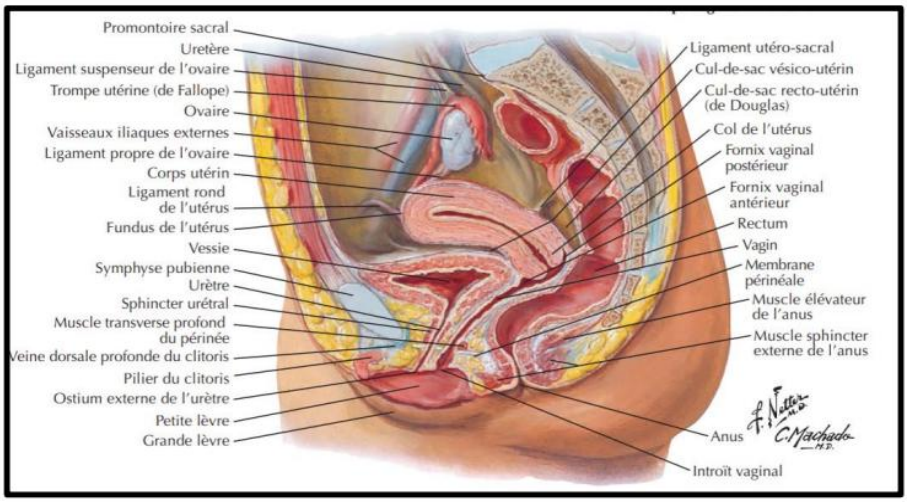
Le ligament propre de l'ovaire : (ligament utéroovarien)

Le ligament suspenseur de l'ovaire (Ligament lombo-ovarien) : C'est le moyen de fixité le plus solide

Le ligament « tubo-ovarique » : représentant, en fait, le faisceau latéral du ligament suspenseur de l'ovaire.

Le mésovarium, ou méso de l'ovaire : qui se fixe au pourtour du hile de l'ovaire ou le péritoine s'interrompt brutalement faisant suite à l'épithélium ovarique.

- L'ovaire est donc presque entièrement libre dans la cavité péritonéale.



12. Mois du Ramadan :

Ramadan, le neuvième mois du calendrier hégirien, occupe une place particulière pour les musulmans en tant que "mois saint par excellence", étant l'un des cinq piliers de l'islam. Pendant ce mois, les musulmans, notamment les adultes en bonne santé et les enfants ayant atteint la puberté selon les interprétations islamiques, observent le jeûne (ou syam). Ce jeûne implique de s'abstenir de manger et de boire dès avant l'appel à la prière de l'aube jusqu'à la quatrième prière de la journée, al-Maghrib. Le début du jeûne est traditionnellement déterminé soit par le crépuscule astronomique, lorsque les étoiles de magnitude 6 disparaissent mais qu'il n'y a pas de lueur sur l'horizon, soit par un angle de -15°, soit par le début du crépuscule nautique, marquant l'apparition des premières lueurs de l'aube, en accord avec le Coran. Le jeûne prend fin au coucher du Soleil (iftar), après quoi les musulmans peuvent manger et boire jusqu'à l'appel à la prière d'Al-Fajr le lendemain, amorçant ainsi un nouveau cycle pour la journée suivante.[13]

II. Données Générales :

Notre série comportait 81 cas d'urgences viscérales opérées durant le mois du ramadan sur 4 ans. Ces urgences chirurgicales exigent non seulement un diagnostic de présomption, mais aussi une intervention chirurgicale rapide.

Elle constitue une préoccupation pour le chirurgien par leurs fréquences et leurs prises en charge.

1. La fréquence :

Nos résultats ont montré une réduction significative de -2 % des passages aux urgences par jour en période Ramadan, indépendamment des facteurs météorologiques et de l'année d'admission. Il existait également une modification significative du flux des passages aux urgences en période ramadan : une réduction des passages de midi à minuit associée à une augmentation des passages de minuit à six heures.

Ainsi nous n'avons pas montré d'augmentation statistiquement significative des pathologies viscérales pendant le ramadan.

2. Le sexe :

Plusieurs études rapportent que la péritonite survient plus fréquemment chez l'homme que chez la femme [14,15] . Cet aspect a été retrouvé dans notre étude bien que le sexe ne soit un facteur de risque. Le sex-ratio était de 1.7 en faveur des hommes.

3. L'âge :

Dans notre série, la moyenne d'âge est de 42 ans avec une fréquence plus importante chez la tranche d'âge qui varie entre 15 et 30 ans, cette donnée étant très variable en fonction du profil démographique de l'échantillon étudié. Une étude prospective similaire rapporte à peu près la même moyenne, avec une tranche d'âge la plus représentée est celle entre 20 et 35 ans dans la série de l'enquête de l'AFC de 2004 [16].

4. Les antécédents :

Ils font partie intégrante de l'enquête diagnostique. Citons la recherche d'antécédents de pathologies infectieuses notamment la tuberculose, de maladie inflammatoire intestinale chronique, d'un terrain vasculaire, d'une pathologie néoplasique. L'interrogatoire recherche aussi la notion de constipation chronique, et de prise médicamenteuse.

Devant toute occlusion intestinale aigüe les antécédents chirurgicaux doivent être recherchés vu la fréquence des brides et adhérences post opératoires .Dans notre série 9.6 % de patients avaient des antécédents chirurgicaux avec une prédominance de la chirurgie herniaire.

Des facteurs de risque intervenant dans la formation et récidive des brides sont identifiés par plusieurs études faites sur des occlusions sur brides et adhérences [17] [18] [19]:

- Le nombre des interventions antérieures ;
- Les complications post-opératoires ;
- L'existence des brides préalables ;
- Maladies inflammatoires non traitées.

III. Données spécifiques:

1. Appendicite aigue :

1.1 Age :

La moyenne d'âge de notre échantillon est de 26 ans avec des extrêmes entre 15 et 51 ans, Cette donnée reste très variable selon le profil démographique de l'échantillon étudié.

Selon Patel [20] , l'appendicite aiguë survient avec prédilection dans les premières décennies de la vie sans être rare chez les sujets âgés.

Selon Harisson [20], le pic de fréquence de l'appendicite aiguë se situe entre la deuxième et troisième décennie.

Pour l'étude de D. Sangaré [21], l'âge moyen des patients était de 29 ans, avec des extrêmes de 10 et 70 ans.

Pour la série de N'GUESSAN Alexandre [22], l'âge est compris entre 11 et 68 ans pour une moyenne de 34,7 ans.

Pour l'étude F. Thomas [23], l'âge moyen des patients était de 31 ans avec des extrêmes de 18 et 85 ans.

Tableau 10 : Résumé de la moyenne d'âge selon les études.

Séries	Age moyen
Notre étude	29
D.Sangaré	29
N'GUESSAN Alexandre	34,7
F.Thomas	31

1.2 Le délai d'admission :

La principale complication tant redoutée par les équipes médicales est la perforation appendiculaire, car la morbidité et la mortalité associée à une perforation appendiculaire reste élevé. Le taux de perforation varie dans la littérature entre 11 et 32 %.

Cet article de Clyde [24] permet d'affirmer qu'une courte hospitalisation pour un syndrome appendiculaire n'augmente pas le taux de perforation d'appendice. Cette dernière notion est reprise par Yardeni dans son article [25] répondant ainsi à tous ceux qui préconisent une appendicectomie dans les appendicites douteuses pour éviter l'évolution vers la perforation.

Pour Hannah G [26] la réduction du pourcentage des perforations appendiculaire passe par un diagnostic posé dans les 24 premières heures qui suivent l'apparition des premiers symptômes.

1.3 Les signes fonctionnels et généraux :

Dans une étude prospective menée par Birkhahn [27] sur 439 syndromes douloureux de la fosse iliaque droite, il n'existe pas de signe fonctionnel ou physique au sein de la clinique du

syndrome appendiculaire, qui à lui seul permettrait, de manière significative, de poser le diagnostic d'appendicite devant un syndrome douloureux abdominal de l'adulte.

- D'autre part, l'appréciation des signes cliniques et de l'anamnèse des patients dépend beaucoup de l'expérience du médecin chez qui consulte le malade ce qui explique la fréquence des diagnostics.

a) La douleur abdominale :

- 92.3 % des patients présentent une douleur abdominale, avec une localisation au niveau de la fosse iliaque droite de 73 %, ce qui semble similaire aux données retrouvées dans la littérature [28] ;[29] ;[30].

b) La fièvre :

- Une température supérieure à 38°C a été retrouvée chez 24 patients (92.3 %).
- L'absence de ce signe peut engendrer un doute diagnostique.
- Dans d'autres études, la température corporelle était comprise entre 37.5 et 38.5 degrés [20] ; [31] ; [32].

c) Les nausées et vomissements :

- Dans notre série 69.23% soit 18 cas, présentaient des nausées et vomissements.
- Bangyl et Coll. [33], constatent que les vomissements sont un excellent signe objectif et fréquent puisqu'ils sont présents dans 84% de vraies appendicites et 27% seulement des fausses.
- Anhoury et Coll. [33], trouvent que les vomissements sont présents dans 70% des appendicites vraies.

Séries	Pourcentage
Notre série	69.23%
Bangyl et coll.	84%
Anboury et coll	70%
Thèse Najat Fz	73.2%

Tableau 11 : présence des nausées et vomissements selon les études.

d) Les troubles de transit :

Les troubles de transit étaient présents dans 3.84% des cas essentiellement sous forme de diarrhées.

Dans la plupart des publications, c'est plutôt la constipation qui prend le dessus et elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme [[34],[29]].

e) Les signes urinaires et gynécologiques :

Les signes urinaires peuvent se voir en matière d'appendicite surtout lors des localisations pelviennes. Ils peuvent également constituer un piège diagnostique, d'où la nécessité de bien les caractériser en raison du diagnostic différentiel avec la pathologie annexielle.

1.4 Signes physiques

Signes abdominaux :

La défense pariétale ainsi que la douleur provoquée de la FID secondaire à l'irritation de la séreuse péritonéale par l'inflammation appendiculaire sont deux éléments importants du diagnostic [29] . Ils ont concerné au total 73 % des patients de notre série comme dans la plus part sinon tous les articles de la littérature.

1.5 Scores clinico-biologiques prédictifs d'appendicite aigue :

A partir de critères cliniques et biologiques sélectionnés sur leur forte valeur prédictive pour le diagnostic d'AA, un score a été défini pour isoler des groupes de patients à risques différents d'AA.

L'un des premiers scores décrits a été celui d'Alvarado [35] basé sur 8 critères prédictifs (tableau): trois symptômes (anorexie, nausée vomissement, migration de la douleur) trois signes physiques (la fièvre, la douleur en FID, la défense) et deux signes biologiques (élévation des GB et des PNN).

L'application de ce score par une autre équipe [36] a permis de trouver une spécificité de 95 % et une VPP de 93 % avec une précision diagnostique de 87 %.

Tableau 1 Score d'Alvarado.	
Douleur migratrice vers la fosse iliaque droite	0/1
Anorexie	0/1
Nausées/vomissements	0/1
Température ≥ 37,3 °C	0/1
Défense en fosse iliaque droite (FID)	0/2
Défense à la percussion en FID	0/1
GB ≥ 10 000/mm³	0/2
Neutrophiles > 75 %	0/1
Total	10

Tableau 12 : score d ALVRADO.

- score inférieur ou égal à 4 : exclusion du diagnostic et retour à domicile sans suivi,
- score 5-7 : surveillance rapprochée avec antibiothérapie (une dose intraveineuse de métronidazole et de gentamicine, puis amoxicilline-acide clavulanique per os pendant sept jours),
- score 8-10 : chirurgie en urgence.

1.6 Biologie :

a) La Numération formule sanguine NFS :

- Une NFS réalisée aux urgences peut mettre en évidence une hyperleucocytose globale (plus que 10000/mm3) à polynucléaires neutrophiles PNN (75%, 90% et même 95% de PNN).
- En présence des signes cliniques d'appendicite, une leucocytose à 12000/mm3 est un sérieux appoint au diagnostic si ce chiffre dépasse les 20000/mm3, et doit fait craindre une perforation ou un abcès.
- Une leucocytose normale se retrouve dans 20 à 30% des cas d'appendicite aigue, et par conséquent elle n'autorise jamais à l'expectative si les signes cliniques sont évocateurs.

b) La CRP :

- La CRP est souvent augmentée, mais avec un décalage avec le début des signes cliniques. Ces deux critères biologiques sont surtouts intéressants lorsqu'ils sont négatifs [37].

c) Comparaison entre NFS/CRP et l'échographie :

Dans son article intitulé « Utility of white cell count and ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis », Fergusson [38] rapporte la supériorité du dosage des GB sur l'échographie abdominale dans son étude, mais cet échec de l'échographie est selon lui lié au fait qu'un nombre considérable de ses patients n'avaient pas été opérés, et donc en l'absence d'examen histologique ,il n'y avait pas de moyen concret pour réfuter ou retenir les résultats de l'échographie. Il reconnaît effectivement que le manque de données dans son étude ne donne pas une idée réelle sur la capacité de l'échographie abdominale en matière de diagnostic d'appendicite.

Kessler, dans son article « Appendicitis: evaluation of sensitivity, specificity, and predictive values of US, Doppler US, and laboratory findings » [39], rapporte par contre que la sensibilité, la spécificité, la VPP et la VPN sont tous de 98 %, ce qui dépasse de loin les résultats de la NFS et de la CRP réunis, puisque leur VPP est de 71 % et leur VPN est de 84 %.

1.7 Radiologie :

a) L'échographie abdominale :

- L'échographie abdominale notamment appendiculaire est un examen peu couteux et non invasif. Elle individualise les différentes couches de la paroi digestive (la muqueuse, la sous muqueuse, la musculeuse et la séreuse), évalue le péristaltisme, et explore avec précision la zone douloureuse. La pression doit être douce pour dégager les anses grêles et l'air digestif, et pour éviter une contracture qui gêne ensuite la visualisation de l'appendicite.
- Pour un opérateur entrainé, l'appendice normal n'est visualisé que dans 50 à 75 % des cas.
- L'appendice pathologique est facilement identifiable avec les critères suivants :

- Un appendice dilaté de plus de 6 à 8 mm de diamètre avec une paroi de plus de 3 mm, non compressible et dédifférenciée
- Une douleur provoquée par les manouvres de compression
- Un stercolithe appendiculaire peut être visible sous forme d'une image hyperéchogène fixe avec un cône d'ombre postérieure.

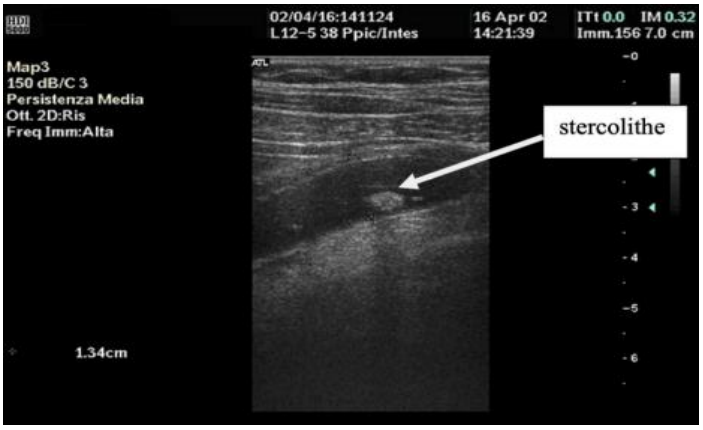


Figure 50 : image échographique d'un appendice avec aspect de stercolithe.

Les signes extra-appendiculaires à rechercher sont :

- Une infiltration hyperéchogène de la graisse péri-appendiculaire et péri- caecale, une collection abcédée hypo échogène, un œdème sous-muqueux de la paroi caecale (typhlite réactionnelle avec inflammation transéreuse), et des adénomégalies mésentériques.

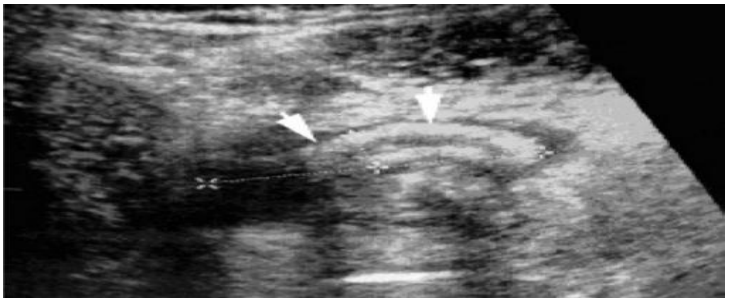


Figure 51 : image échographique d'un appendice tuméfié entrant dans le cadre d'une appendicite aigue.

- Pourtant cet examen présente certaines limites :

- La nécessité d'un opérateur dépendant, la morphologie du patient (Obésité), la distension aérique liée à l'iléus qui gêne la visualisation des structures digestives l'appendicite ectopique, perforée ou distale (La pointe de l'appendice).
- Cependant, dans la plupart des études, il est clairement démontré que l'échographie a permis d'augmenter la fiabilité diagnostique des scores clinico- biologiques.
- Ainsi, lorsqu'il existait une forte probabilité d'appendicite aigue, l'échographie a permis d'éviter une appendicectomie inutile chez 35% des patients, 25% d'entre eux étant des hommes jeunes.
- Dans l'étude de Gallindo-Gallego et all, l'échographie a permis d'augmenter la sensibilité et la spécificité du score clinico-biologique de 60 à 82% et de 73 à 96% [40].
- De plus dans une étude randomisée, la réalisation de l'échographie couplée au score d'Alvarado a permis de réduire significativement le délai avant l'intervention et de réduire le pourcentage des appendicectomies inutiles [40].
- Une méta-analyse récente incluant 31 études et 4341 patients rapportait pour l'échographie, une sensibilité de 83% et une spécificité de 93%. Mais la pratique courante est moins séduisante puisqu'une étude canadienne montrait que près de 75% des chirurgiens ne recouraient plus à cet examen [40].
- Aucune étude ne démontre clairement la supériorité de l'échographie dans le diagnostic d'une appendicite aigue. Mais la majorité des auteurs s'accordent pour reconnaître que cet examen complémentaire constitue une aide appréciable en augmentant la précision diagnostique de l'examen clinique. Cela est surtout vérifié pour les cas cliniques atypiques ou suspects. L'association de l'échographie et d'un score clinique permettant d'obtenir des résultats meilleur.

- Il faut rappeler qu'une échographie appendiculaire normale n'élimine pas le diagnostic d'appendicite et que cet examen est un excellent outil d'investigation pour mettre en évidence les diagnostics différentiels surtout gynécologiques de l'appendicite.

b) Le scanner abdomino-pelvien :

- Il est réalisé en coupes millimétriques après un examen tomodensitométrique abdomino-pelvien : injection de produit de contraste iodé. Une acquisition sans injection peut aussi être réalisée pour voir un stercolithe appendiculaire, mais aussi des diagnostics différentiels comme un calcul rénal ou un hématome. Selon les équipes, une opacification par voie basse est parfois utilisée en particulier chez les sujets maigres.
- Le diagnostic de l'appendicite repose sur [41] : La présence d'un appendice dilaté visible comme une structure tubulaire augmenté de taille, mesurant plus de 6 mm avec une paroi épaissie de plus de 3 mm, une prise de contraste anormal de l'appendice et une distension liquidienne. Cette distension traduit l'obstruction de l'appendice. L'absence de l'air ou de produit de contraste au sein de l'appendice.
- Les coprolithes sont mieux visibles qu'en échographie.
- Les signes extra-appendiculaires sont identiques à ceux de l'échographie [41] : une infiltration de la graisse péri-appendiculaire dont la densité est spontanément négative et anormalement augmentée, et qui devient largement hétérogène.
- Les complications doivent être systématiquement recherchées [41] : Une perforation apparait sous la forme de bulles d'air extradigestifs et extra appendiculaires, localisée le plus souvent au contact de l'appendice. Un abcès est visible sous la forme d'une collection liquidienne hypo dense avec des parois prenant le contraste. Et enfin, une péritonite est responsable d'un épaississement et d'une prise de contraste des feuillets péritonéaux associé à une infiltration de la graisse péritonéale, localisée ou diffuse selon l'étendue de la péritonite. Les modifications du caecum secondaires à une appendicite aigue sont visualisées sous la forme

d'un épaississement réactionnel localisé et asymétrique du caecum (signe de la barrière caecale, signe de la tête flèche) [41].

- Dans une méta-analyse [42], les auteurs concluaient à une sensibilité et une spécificité de 94%. De plus une étude américaine a montré que la réalisation systématique d'une TDM devant toute suspicion d'une appendicite aigue permettait d'éviter une chirurgie dans 13% des cas et une hospitalisation pour une surveillance inutile dans 39% des cas [42].
- Pourtant, à l'inverse, Flum et al montraient que le taux des appendices sains opérés demeurait stable (15%) avant et après l'utilisation de la TDM [43].

c) Comparaison entre le scanner et l'échographie abdominale:

Avec l'avènement de la TDM, plusieurs études ont été réalisées afin de la comparer avec le seul examen radiologique qui se faisait avant. La supériorité du scanner abdominal fait l'unanimité dans plusieurs publications , parmi elle celle de Horton [44].

- Keyzer [45] par contre estime que l'échographie abdominale a les mêmes capacités diagnostiques que la TDM et garde une utilité et des avantages non négligeables dans quelques situations.

La différence entre les résultats de l'échographie abdominale et du scanner semble plus importante dans la série de Horton, puisque le scanner l'emporte largement dans toutes les valeurs diagnostiques. En effet, La sensibilité semble être supérieure à celle de l'échographie alors que la spécificité est la même pour ces deux examens. Les résultats de Keyzer [45] suggèrent que, chez les patients suspects d'appendicite aigue, la performance de ces deux examens complémentaires est similaire. Il y'a également un nombre plus important d'examens non concluants dans l'échographie plutôt que dans le scanner spiralé. Il reste à privilégier l'échographie pour les enfants, les femmes enceintes, les femmes en âge de procréer et les sujets maigres de sexe masculin. Le scanner est à utiliser chez les patients obèses ou lorsque l'échographie n'est pas contributive [46]. Ce choix entre ces deux examens est illustré dans ce tableau :

Tableau 13 : Choix des différents examens d'imagerie échographie ou scanner.

Echographie abdominale	Scanner spiralé
* Enfant * Adulte jeune * Femme enceinte * Symptomatologie ≤ 24 heures	* Adulte * Obèse * Symptomatologie > 24 heures * Relecture des images * Suspicion d'appendicite rétro caecale * Tableau péritonéal * Douleurs diffuses * Echographie non concluante

Les avantages ainsi que les inconvénients des deux examens complémentaires ont été rapportés dans la littérature [86, 87] et sont illustrés dans ce tableau :

Tableau 14 : Avantages et inconvénients de l'échographie et du scanner.

	Echographie abdominale	Scanner spiralé
Avantages	*Simple et accessible * Non invasif * Interactif (douleur au passage de la sonde) * Réalisable sur enfant et femmes enceintes.	*Plus précis * Abcès et phlegmon mieux vus * Appendice sain mieux vu * Relecture des images
Inconvénients	* Opérateur dépendant * Non interprétable si gaz ou sujet obèse * +/- douloureux * Moins sensible et moins spécifique	* Coût * Irradiant * Produit de contraste * L'accessibilité

d) Autres :

- La cœlioscopie diagnostique : Actuellement, l'avènement de la cœlioscopie a modifié le protocole de prise en charge. Elle n'impose pas l'appendicectomie si l'appendice est jugé macroscopiquement sain et permet aussi de redresser le diagnostic par la découverte d'une autre pathologie. Il n'est cependant pas raisonnable de placer cet examen

au même rang que les autres examens complémentaires car il se situe après la décision d'intervenir.

- La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) : très peu spécifique, peut aider en montrant la présence d'un stercolithe appendiculaire et/ou d'un iléus du carrefour iléo-caecal [47].
- Ainsi, certains auteurs recommandent de faire l'économie de l'ASP dans les formes typiques d'appendicite aigue. L'intérêt de l'ASP réside surtout dans le diagnostic différentiel à la recherche d'autres causes de syndromes douloureux abdominaux.

1.8 Prise en charge thérapeutique :

Dans notre étude, tous les patients ont été tous opérés (100%).

a. Hospitalisation en milieu chirurgical :

Le diagnostic différentiel entre l'appendicite et les douleurs abdominales non spécifiées demeure souvent délicat après un premier examen clinique en urgence. La prise en charge traditionnelle des patients suspectés d'appendicite implique leur observation dans un environnement spécialisé. Cette approche, soutenue par des études telles que celle de Y Dani [48], démontre une augmentation de la probabilité de diagnostic de 50 à 65% chez les patients présentant une appendicite, grâce à une période d'observation. Des résultats similaires ont été corroborés par d'autres études, soulignant également la réduction des appendicectomies non nécessaires et la justification améliorée des interventions chirurgicales. Cependant, des critiques émergent, mettant en avant l'urgence de la chirurgie dans les cas d'appendicite compliquée, où le délai préopératoire joue un rôle crucial.

b. Faut-il opérer systématiquement une appendicite aigue ?

Une appendicite peut se résoudre spontanément selon le Dr Cobben [49]. A partir d'une étude rétrospective sur 10 ans, l'auteur a recueilli 106 dossiers de patients hospitalisés pour un

tableau d'appendicite aiguë. En l'espace de 24 à 48 heures, les signes cliniques et échographiques qui justifiaient la mise en observations des patients, avaient spontanément disparu. Seuls 60 patients ont été traités médicalement avec conservation de l'appendice, ce qui représentait 8 % de l'échantillon. Le suivi des patients a permis d'observer une récurrence du tableau d'appendicite pour 38 % des cas essentiellement pendant la première année.

Pour Tsai [50], il n'existe pas de signes cliniques ou radiologiques qui permettent de prédire une récurrence des symptômes .Un groupe à risque a été isolé. Les facteurs associés à un fort risque de récidive étaient:

- L'antécédent familial d'appendicite.
- La présence d'un stercolithe à l'analyse scannographie. Pour ce groupe de sujet à risque, l'auteur recommande une appendicectomie afin d'éviter une évolution vers la perforation appendiculaire.

c. Technique opératoire, Laparotomie ou cœlioscopie ?

La cœlioscopie présente plusieurs avantages par rapport à la laparotomie pour le traitement des appendicites aiguës, néanmoins, elle demeure un sujet de controverse. Parmi les points, sujets de polémique, on peut citer :

- Une durée d'intervention plus longue en cœlioscopie d'environ 15 min, ce qui rejoint plusieurs méta- analyses [51],[52]. La longueur de l'opération par cœlioscopie, dépend beaucoup de l'expérience du chirurgien qui contribue à sa rapidité, et elle s'explique par les étapes additionnelles que comporte la laparoscopie.
- La fréquence des abcès de paroi est moins importante pour les malades opérés par cœlioscopie mais la fréquence des abcès profonds pourrait être augmentée, notamment en cas d'appendicite compliqué [53].
- Le coût direct de la cœlio-appendicectomie (consommables, durée d'intervention, durée d'hospitalisation) est supérieur ou semblable à celui de l'appendicectomie par laparotomie. Le coût indirect, prenant notamment en compte la durée de l'arrêt de

travail, et le coût total de l'appendicectomie par cœlioscopie, est par contre inférieur à celui de l'appendicectomie par laparotomie, notamment pour les patients ayant une activité professionnelle [54].

- Pour les patients âgés souffrants d'appendicite, la laparoscopie est associée à moins de mortalité et de complications postopératoires, moins d'infection des plaies, un séjour hospitalier plus court. En plus l'utilisation de la laparoscopie est sûre et faisable pour la population âgée [51].
- Le choix de la voie de Mac Burney dans la prise en charge des appendicites aiguës dans notre hôpital n'est pas critiquable, la voie classique garde ses indications chez le sujet de sexe masculin et dans les formes compliquées. La cœlioscopie trouve son intérêt chez le sujet obèse et les malades de sexe féminin, cependant l'utilisation de cette technique opératoire pose un problème de disponibilité.

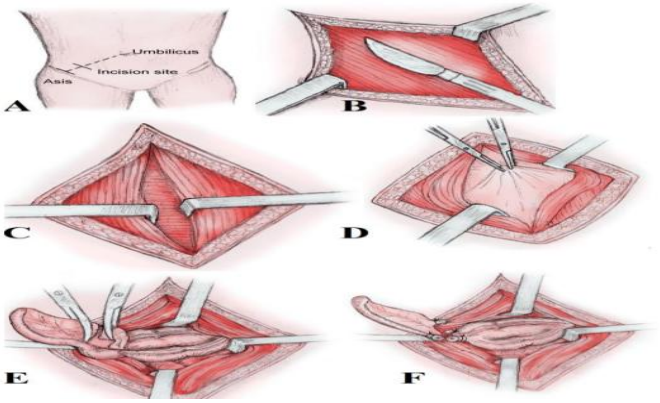


Figure 52: Les étapes de l'appendicectomie par laparotomie [6].

A : Incision classique de Mac Burney.
B : plan aponévrotique.
C : .plan musculaire
D : Ouverture péritonéale.
E : Contrôle vasculaire puis section du méso appendiculaire.
F : Section appendiculaire.

La durée hospitalisation après une appendicectomie était en moyenne de 2 jours ceci quel que soit le type d'appendicite enlevé lors de l'opération. Ce taux est presque le même dans la

littérature, (2 à 5 jours) tout en sachant que cette moyenne correspond à une appendicectomie pour appendicite non compliquée.

2. La péritonite aigue généralisée :

2.1 La fréquence :

Les péritonites aiguës ont représenté 26% des urgences chirurgicales opérées durant cette étude, et ont constituée ainsi la 2ème cause des urgences chirurgicales en chirurgie viscérale contre 32% des appendicites aiguës.

Cette fréquence est comparable à celle de DISSA BA [55] au Mali et HAROUNA Y.D. au Niger [56] avec une fréquence respective de 21.14% et 28.8%. Par contre elle est nettement supérieure à celle de LORAND I [57] en France avec une fréquence de 3%. Cette différence pourrait être liée à la fréquence élevée des maladies infectieuses d'une part et d'autre part à un retard dans la consultation, de diagnostic et la prise en charge en amont des principales affections en cause.

2.2 Le sexe :

Plusieurs études rapportent que la péritonite survient plus fréquemment chez l'homme que chez la femme [58],[59],[60] . Cet aspect a été retrouvé dans notre étude bien que le sexe ne soit un facteur de risque. Le sex-ratio était de 2,3 en faveur des hommes.

2.3 L'âge :

L'âge moyen de nos patients était de 42 ans, avec des extrêmes d'âge allant de 17 ans à 69 ans. Il pourrait s'expliquer par la fréquence de certaines pathologies chez le sujet jeune en Afrique (l'appendicite les ulcères gastroduodénaux et les IST chez les jeunes femmes). Cet âge moyen est comparable à celui de COUGARD P [61] en France qui est de 48 ans, mais statistiquement différent de celui de OUENGRE E. [62] qui est de 24 à 34 ans, et de DISSA B.A. [55] de 24ans.

2.4 ETUDE CLINIQUE :

* Signes Fonctionnels

Tableau 15 : Répartition des principaux signes fonctionnels selon les auteurs.

	MALLE O	DISSA B.A	RAHMAN G.A	Notre série
Douleur abdominale	**100%**	**96%**	**90.6%**	**100%**
Vomissements	53%	78%	60%	61.9%
Arrêt de matières et de gaz	-	40%	-	33.33%

La fréquence des signes fonctionnels est différente selon les auteurs [63]. Cette différence pourrait être liée aux différentes étiologies, au retard de consultation et au stade d'évolution de la maladie. La douleur abdominale demeure le symptôme dominant selon plusieurs études, présente chez 100% des patients de notre série, caractérisée par son intensité, sa permanence et son début brutal [64], [65], [66]. Les autres caractéristiques de la douleur, comme le siège, l'irradiation et le type ont une valeur dans l'orientation diagnostique [67]. Près de 2/3 de nos malades (87.5 %) ont présenté des vomissements (alimentaires, bilieux ou fécaloïdes). Ces vomissements étaient statistiquement comparables à ceux de MALLE O. [14], RAHMAN G.A. [68] , avec une fréquence respectivement 53%, et 60%. Ces vomissements reflètent souvent un iléus paralytique, contribuant à la déshydratation et aux déséquilibres électrolytiques. L'arrêt des matières fécales et des gaz indique une paralysie intestinale, qui peut se manifester précocement ou tardivement, parfois masquée par une fausse diarrhée réflexe initiale. [69].

* Examen clinique :

La défense abdominale, la douleur à la palpation du cul- de- sac de Douglas au toucher rectal ou la douleur vive lors de la décompression brutale d'une fosse iliaque ont la même valeur sémiologique que la contracture et signe une irritation péritonéale [70]. Elle a été notée chez 14.28 % des patients ; statistiquement inferieur au 70% de MALLE O. [14]. Dans certaines situations, la péritonite est peu évidente avec une symptomatologie atypique, le diagnostic est délicat, ce qui retarde la prise en charge avec toutes ses conséquences pronostiques [71]. Dans notre série, la contracture abdominale est retrouvée chez 23.8 %, la défense abdominale dans 47.61 %.

2.5 Les examens complémentaires :

Les examens complémentaires, tels que l'imagerie médicale et les analyses biologiques, sont bénéfiques pour détecter les origines ou les éventuelles complications de la péritonite. Cependant, ils ne devraient en aucun cas retarder l'intervention chirurgicale nécessaire.

Tableau 16 : Répartition en fonction des résultats de l'ASP et selon les auteurs.

Résultats de l'ASP selon différents auteurs	MALLE O. Mali [14] 2015 N= 40	HAROUNA Y.D.Niger [56] 2001 N=160	HOSOGLU S. Et coll [59]Turquie 2004 N=40	Notre série N=21
Niveaux hydro-aérique	7.5%	24%	-	19.04%
Pneumopéritoine	2.5%	47.5 %	70%	4.76%

A La radiographie de l'abdomen sans préparation, les péritonites aiguës par perforation digestive réalisent un pneumopéritoine qui est visible sur le cliché sous forme de croissant (gazeux) interhépatodiaphragmatique [66]. Dans notre série cette radiographie a été réalisée chez 6 patients. Le pneumopéritoine a été objectivé dans 4.76 % des cas ; ce taux varie entre 8 % et 71 % dans la littérature [56] , [72]. Cette différence pourrait être liée à l'étiologie. Toutefois, l'absence de pneumopéritoine n'élimine pas une perforation digestive [59] car l'organe creux peut être vide de gaz et /ou la perforation peut être obstruée par un viscère voisin. 19.04 % de nos patients avaient présenté des signes radiologiques d'occlusion intestinale (niveaux hydro-aériques). Ce résultat diffère statistiquement des 47.5 % de HAROUNA Y.D. [56] au NIGER en 2001 ,mais comparable au 7.5% de MALLE O. [14] au MALI en 2015. Cette différence peut être liée à l'évolution de la maladie et à la limitation de la réalisation de l'ASP chez les patients dans notre série.

Echographie abdominale : L'échographie abdominale est devenue un examen anodin courant dès lors que le diagnostic clinique n'est pas typique ou pour éliminer certains diagnostics différentiels [73].

Elle a permis d'objectiver un épanchement péritonéal en faveur d'une péritonite appendiculaire chez 29.54 % des cas. Ce résultat est comparable aux 35.29% de MALLE O. [14] au Mali en 2015. Par contre ce résultat est nettement inférieur à ce trouvé par DISSA B.A. [55] au Mali 45%.

2.6 ETIOLOGIE :

Tableau 17 : Répartition des péritonites en fonction des étiologies selon les auteurs.

	1	2	3
MALLE O. Mali 2015	Appendicite	Gynécologique	Ulcère gastroduodénal
J.L.KAMBIRE Burkina Faso 2017	Perforation d'UGD	Perforation iléale non traumatique	Péritonite appendiculaire
POMATA M. Italie 2002	Péritonite appendiculaire	Perforation d'UGD	Péritonite colique
Notre étude	Perforation d'UGD	Péritonite appendiculaire	Perforation biliaire

En Europe, les principales étiologies des péritonites aiguës sont représentées par les perforations digestives (appendicite, UGD, diverticulose intestinale, lithiase biliaire, traumatisme abdominal, et les tumeurs digestives) [74]. Ces mêmes pathologies sont notées dans les séries africaines [56], sauf la diverticulose intestinale qui est rarement diagnostiquée chez les africains. Par contre, la fièvre typhoïde et ses complications digestives sont très fréquentes en Afrique mais rares en Europe [66].

La première étiologie dans notre série était la perforation d'ulcère gastroduodénal 74% contrairement à celle de MALLE O. [14] au Mali et POMATA M. [75] en Italie ou la péritonite appendiculaire était en première position.

2.7 Traitement

a) Traitement médical pré opératoire

*La réanimation :

Dans notre série, elle a été faite en pré per et postopératoire, faite (essentiellement un remplissage avec du sérum glucosé, salé isotonique, ringer lactate).

L'antibiothérapie : Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre les bactériémies ou la septicémie. Les molécules utilisées sont de large spectre avec une bonne pénétration intra péritonéale. Souvent utilisée, l'association béta-lactamine et imidazoles, éventuellement complétée par un aminoside. Dans notre série nous avons utilisé les associations (Ceftriaxone 1000mg + Métronidazole 500 mg + la Gentamicine 80 mg). Ultérieurement elles étaient modifiées et adaptées selon l'évolution clinique. Ces associations ont été utilisées par d'autres auteurs [76].

Les antalgiques- antipyrétiques : Pour la maîtrise de la fièvre et de la douleur en pré et post opératoire immédiat, le Perfalgan ® 1000 mg (Paracétamol injectable) a été la plus utilisée et rarement l'acupan.

b) Traitement Chirurgical :

* La voie d'abord :

L'incision la plus fréquemment utilisée a été xypho-pubiennes à cheval sur l'ombilic. Le choix de cette voies d'abord se justifie par la nécessité du lavage et du drainage aussi larges que possibles de la cavité péritonéale [14], [77].

*Technique opératoire :

Tableau 18 : Répartition de techniques opératoires selon les auteurs.

	MALLE O. Mali 2015 [14]	TRAORE L.S Mali 2014 [66]	Notre série
Appendicectomie rétrograde	52.5	47	4
Cholécystectomie rétrograde et drainage large	-	1	1
Lavage péritonéal + Drainage	20	100	21

Exérèse des berges et Suture en 2 plans	-	27.5	16

La technique opératoire d'une péritonite aiguë dépend de la constatation per opératoire faite par le chirurgien.

En suite c'est l'appendicectomie qui a été le geste chirurgical le plus pratiqué dans notre série avec 50% des cas, puis l'exérèse-suture. La toilette péritonéale et le drainage ont été effectués chez tous nos patients. Ceci est compréhensible car les péritonites par perforation appendiculaire ont représenté l'étiologie la plus fréquente. Notre résultat est comparable à celui de MALLE O. [14] et de TRAORE L.S. [66] qui ont respectivement trouvé (52.5%) et (47%) des cas. L'exérèse-suture est particulièrement efficace pour les perforations uniques, arrondies ou punctiformes vues tôt [78]. Aucune vagotomie tronculaire n'a été réalisée au cours du traitement des perforations gastriques dans notre série.

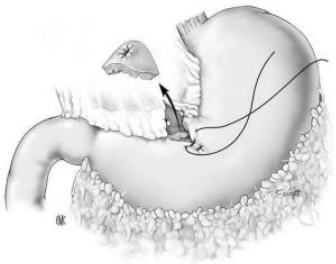


Figure 53 :Ulcère de la petite courbure gastrique : résection cunéiforme de la paroi gastrique et suture directe [6].

c) Evolution et Pronostic

En Afrique comme en Europe, le taux morbidité varie entre 13,5% et 46% [68], [79]. La procédure opératoire peut avoir un impact prédictif sur les suites post opératoires. Le taux de morbidité postopératoire a été de 14.28 % dans notre série qui est statistiquement comparable aux 13,5 % de MALLE O. [14] au Mali mais nettement inférieur au 46% de KOUAME B. [80] en Côte d'Ivoire. Cela pourrait être lié à la taille de l'échantillon et au stade évolutif des malades. Le contexte chirurgical de la péritonite aiguë qui est une chirurgie sale (Classe IV d'Altemeier) pourrait

expliquer cette fréquence élevée. La suppuration pariétale a été la complication la plus fréquente avec un taux variant entre 17% et 27% dans les séries africaines [56],[80],[78]. Elle a été de 14.28% dans notre série.

d) Durée d'hospitalisation :

La morbidité influence le séjour hospitalier qui a été de < 7 jours en moyenne dans notre série et 8 jours dans les séries européennes [14],[81].

La mortalité des péritonites aiguës dépend de leur étiologie [65]. Dans les séries africaines [14], [56]; cette mortalité varie entre 11.11% et 15.7%. Nous n'avions pas enregistré des cas de décès dans notre série. Les principaux facteurs pronostics rapportés dans toutes les études africaines seraient :

- le retard dans la prise en charge lié à certaines pratiques de la médecine traditionnelle et aux erreurs diagnostiques.
- Le manque des moyens diagnostiques précoces.
- Le manque de moyens financiers.

3. La lithiase vésiculaire et ses complications:

3.1 Age :

L'âge moyen dans notre série était de 26,5 ans ce qui rejoint les résultats des séries internationales.[82]

3.2 Cholécystite aigue :

La cholécystite aiguë est une inflammation de la vésicule biliaire causée généralement par un calcul bloquant le canal cystique [83]. Cette obstruction entraîne une distension rapide de la vésicule et une élévation de la pression inter-vésiculaire (hydrocholécyste), conduisant à une inflammation et un gonflement de sa paroi dus à des acides biliaires et des phospholipides toxiques [83] . Une infection secondaire par des bactéries intestinales peut survenir (cholécystite purulente), ainsi qu'une nécrose de la paroi d'origine ischémique (cholécystite gangréneuse), pouvant aboutir à une perforation dans la cavité péritonéale ou dans l'intestin.

Le premier symptôme est une douleur biliaire qui se manifeste généralement dans l'hypochondre droit, causée par le contact entre la vésicule et le péritoine innervé par les nerfs intercostaux. Cette douleur dure souvent plus de 6 heures et est accompagnée de nausées et de vomissements. La température est élevée, atteignant 38°-39 °C, et la respiration devient rapide et superficielle, aggravant la douleur à chaque inspiration.

À l'examen clinique, on observe une sensibilité dans l'hypochondre droit, avec une palpation douloureuse parfois révélant une grosse vésicule. Il n'y a habituellement pas d'ictère. Toutefois, un subictère peut être observé dans 10 à 20 % des cas. Dans la majorité des cas, l'évolution se fait spontanément vers la régression du fait du déblocage du calcul, mais les récidives sont fréquentes. Cependant, des complications graves telles que la cholécystite suppurée ou gangréneuse peuvent survenir, caractérisées respectivement par une fièvre à 40°C, des frissons, une augmentation des globules blancs, voire un collapsus cardiovasculaire, ou par des douleurs abdominales discrètes accompagnées de symptômes généraux sévères.

Les fistules biliodigestives, conséquences de la perforation de la vésicule dans le duodénum (fistule cholécystoduodénale) ou dans le côlon (fistule cholécystocolique ou cholécysto-entérique), sont rares mais peuvent survenir dans environ 0,3 à 0,5% des cas de cholécystite [84]. Après leur formation, les symptômes cliniques régressent et le calcul migre souvent dans l'intestin, bien que la plupart du temps il passe sans provoquer d'obstruction. Seulement 6% des cas développent une obstruction intestinale, appelée iléus biliaire.

Il est intéressant de noter que dans notre étude, on n'avait observé que des cas de cholécystite aiguë, sans présence de fistules ni d'iléus biliaire.

3.3 Examens paracliniques :

a) Examens biologiques :

En cas de cholécystite aiguë, on observe généralement une augmentation du nombre de globules blancs (10 à 20 000 globules blancs/mm3) avec une prédominance de polynucléaires. Les taux de bilirubine, d'aminotransférases et de phosphatases alcalines sont généralement dans

les limites normales ou légèrement élevés. Dans 5 à 10 % des cas, les niveaux d'aminotransférases peuvent dépasser 10 fois la limite supérieure de la normale, ce qui est souvent associé à une obstruction de la voie biliaire principale par un calcul. De plus, on peut observer une élévation de l'amylasémie.

b. L'échographie abdominale :

L'échographie reste la méthode privilégiée pour confirmer le diagnostic de cholécystite aiguë lithiasique [85] [86] [11] , qui repose principalement sur la clinique. Cet examen confirme le diagnostic en mettant en évidence des caractéristiques spécifiques de la cholécystite aiguë lithiasique, notamment :

* La présence d'un calcul coincé dans le collet de la vésicule avec une distension de celle-ci.

* Une distension de la vésicule de plus de 40 mm, ainsi qu'un épaississement de sa paroi dépassant 3 mm, parfois avec un aspect feuilleté. Cependant, ce dernier signe n'est pas constant et n'est pas spécifique, car d'autres conditions telles que l'ascite, une hépatite aiguë, une hypertension portale, une hypoalbuminémie, une insuffisance cardiaque ou hépatique peuvent également entraîner un épaississement de la paroi vésiculaire.

* Le signe de Murphy échographique, qui se traduit par une douleur ressentie lorsque la sonde est déplacée sur la zone de la vésicule, entraînant une pause respiratoire.

3.4 Traitement :

Le traitement de la cholécystite aigue repose sur 2 volets thérapeutiques importants :

* Traitement médical : refroidissement de la cholécystite aigue

*Traitement chirurgical : cure de la cholécystite aigue

a) Traitement médical :

Le traitement de la cholécystite aiguë repose principalement sur la gestion de la douleur et l'administration d'antibiotiques. Étant une infection clinique nécessitant souvent une intervention

chirurgicale, une thérapie antibiotique empirique est généralement initiée. Cette thérapie est ensuite ajustée en fonction des résultats des tests microbiologiques effectués après l'intervention chirurgicale, comme l'antibiogramme, les hémocultures et les bilicultures.

Pour prévenir les résistances bactériennes et minimiser la sélection de germes, il est recommandé d'utiliser une combinaison synergique d'antibiotiques, par exemple, une association de béta-lactamines, d'imidazolés et d'aminosides en cas d'absence d'insuffisance rénale, ou de lincomycine ou clindamycine avec des aminosides pour les patients allergiques aux béta-lactamines. Dans certains cas spécifiques, une céphalosporine de troisième génération combinée à un imidazolé peut être indiquée.

Dans notre série de cas, l'administration d'antibiotiques a été initiée après l'intervention chirurgicale. Les agents antibiotiques couramment utilisés incluent : l'ampicilline, l'amoxicilline associée à l'acide clavulanique, le métronidazole et les aminosides.

L'objectif principal de l'antibiothérapie est de traiter l'infection associée aux calculs biliaires et de réduire le risque d'infections post-opératoires, qui peuvent entraîner des complications graves.

Il est important d'éviter l'utilisation d'anti-inflammatoires et d'antibiotiques néphrotoxiques dans ce contexte.

b) La cholécystostomie décompressive :

La cholécystostomie implique l'insertion d'un drain dans la vésicule biliaire pour drainer la bile infectée, entraînant ainsi une décompression rapide du système biliaire et une résolution de l'inflammation vésiculaire [87] . Cette réduction du sepsis contribue à améliorer les fonctions vitales du patient, et le prélèvement de bile effectué pendant le drainage permet d'adapter au mieux l'antibiothérapie. Ce procédé peut être réalisé soit de manière percutanée (sous guidage échographique ou scannographique), soit chirurgicalement.

c) Traitement chirurgical [88],[89] :

Avant l'avènement de la laparoscopie, la laparotomie était la méthode chirurgicale privilégiée. Elle permettait un accès direct et simple au pédicule hépatique et aux voies biliaires, bien que son champ d'action soit limité à la région hépato-biliaire. Si nécessaire, l'incision sous costale droite pouvait être étendue vers la gauche pour effectuer des anastomoses bilio-digestives ou des hépatotomies. Comparativement, elle présentait un risque moindre d'éviscération et d'éventration.

* Traitement de la lithiase vésiculaire : La cholécystectomie :

Elle comprend deux temps :

- Un temps pédiculaire de dissection de l'artère et du canal cystique.
- Et un temps d'extirpation de la vésicule selon 2 techniques :
- Directe dite cholécystectomie antérograde ou sous séreuse
- Indirecte dite cholécystectomie rétrograde.

d) La coelio-chirurgie [90], [91] :

Aujourd'hui, elle est largement reconnue comme le traitement de référence pour la lithiase de la voie biliaire principale symptomatique. Le processus opératoire suit les mêmes étapes que la chirurgie traditionnelle ou ouverte.

e) Facteurs prédictifs de la conversion du traitement laparoscopique.

Le taux de conversion dans la littérature varie entre 11 et 31 % selon les séries [92].Ces séries ont étudié les facteurs prédictifs de conversion:

- L'âge avancé,
- Le sexe masculin,
- La présence d'une comorbidité (diabète, hypertension artérielle, ou cardiopathies), la durée d'évolution des symptômes avant la chirurgie,
- La fièvre,

- La défense à la palpation abdominale,
- Le taux des globules blancs,
- L'épaississement de la paroi vésiculaire ou la présence d'un épanchement péri-vésiculaire à l'échographie abdominale

*Le grade de la cholécystite selon la classification de Tokyo 2013, semble être selon plusieurs auteurs un important facteur prédictif de conversion [93]. Parmi les facteurs de risque de conversion, aucun n'est une contre-indication à la chirurgie laparoscopique, mais la connaissance de ces facteurs peut aider à prévoir les difficultés opératoires. Ceci pourrait aider les chirurgiens à bien informer les patients d'un éventuel échec du traitement laparoscopique et éventuellement mettre en place des stratégies spécifiques afin de minimiser le risque de conversion (sélection de l'opérateur, diminution de la durée d'évolution préopératoire. . .).

4. Occlusion intestinale aigüe :

4.1 L'âge :

L'âge moyen des malades d'occlusion intestinale aigüe diffère selon les études :

Tableau 19 : Age moyen selon la littérature

Auteurs	Age moyen (ans)
Harouna (Niger) [15]	32
Sinha (Inde)[94]	39.46
Moussa (Niger)[95]	29.1
El hila (Maroc)[96]	47.8
Bedioui (Occident)[97]	55
Roscher(RFA) [98]	55
Notre série	41

On constate que pour les études nationales l'âge moyen est entre 40 et 50 ans. Pour les études internationales ; en Afrique, l'occlusion intestinale aigüe est l'apanage du sujet jeune [15],

alors qu'en occident elle survient chez les plus âgés [97]. Ceci étant expliqué selon plusieurs études par la fréquence des brides et des étranglements herniaires en Afrique et les tumeurs en occident.

4.2 Antécédents chirurgicaux :

Tableau 20 : Fréquence et prédominance de chirurgie antérieure dans la littérature.

Auteurs	Sourkati (Khartoun-[99])	El hila (Maroc-[96])	Moussa (Niger-[15])	Notre série
Antécédents chirurgicaux en %	60	25.45	20.83	10.8
Prédominance	appendiculaire	appendiculaire	herniaire	herniaire

Devant toute occlusion intestinale aigüe les antécédents chirurgicaux doivent être recherchés vu la fréquence des brides et adhérences post opératoires .ils varient de 20.83% à 60% Dans les différentes études avec prédominance de la chirurgie appendiculaire sauf pour [95] ou il y avait une prédominance de la chirurgie herniaire, dans notre série 11% de patients avaient des antécédents chirurgicaux avec une prédominance de la chirurgie herniaire.

4.3 Diagnostic :

a) Etude clinique :

i. Signes fonctionnels :

¬ Douleur :

Elle est le maître symptôme et motive toujours la consultation. Comme dans d'autres séries, la majorité de nos malades ont eu une douleur abdominale ([95]-[96]-[15]). C'est le symptôme auquel le malade attache la plus grande importance. Elle est brutale, très intense, fixe, continue à type de torsion(191). Elle a été diffuse dans la plupart des cas 55.46% [96] et 83.33% dans notre série.

¬ Vomissements :

Les vomissements sont inconstants. Ils peuvent être alimentaires, bilieux, fécaloïdes et parfois hémorragiques [97].Dans notre série, 11 malades (84.61%) ont présenté ce signe. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature.

¬ Arrêt des matières et des gaz :

C'est le symptôme fonctionnel par excellence. L'arrêt du transit est complet et définitif dans 40% des cas dans notre série, ceci rejoint les résultats de la littérature [15],[96].

ii. Signes physiques :

¬ Palpation abdominale :

Tableau 21 : Examen abdominal selon les auteurs

Auteurs	Adesunkami	El hila	Moussa	Notre série
	(Nigeria-[99])	(Maroc-[96])	(Niger-[95])	
Météorisme abdominal	57.7%	80%	55.8%	79.92%
Défense abdominale	54.9%	5.45%	55.8%	38.46%
Sensibilité abdominale	-	-	-	46.15%
Masse abdominale	-	15.45%	5%	46.15%
Tuméfaction herniaire	19.7%	-	46.6%	46.15%

-Météorisme abdominal :

Il est fonction du siège et de la cause de l'occlusion. Dans notre série il a été retrouvé dans 79.92% des cas où elle rejoint les résultats de el hila [96]. Ceci est dû à un taux élevé d'occlusion colique dans cette série.

- Défense abdominale :

Elle a été retrouvée dans 38.46% des cas. Ce taux diffère de celui de la série nationale d'el hila [96] .Par contre, elle a été bien présente avec plus de la moitié dans les 2 études[95],[99].

- sensibilité abdominale :

Elle a été retrouvée dans 46% des patients de notre série.

- Tuméfaction herniaire :

L'exploration minutieuse des orifices herniaires a permis d'avoir des éléments cliniques en faveur du diagnostic de présomption. Dans notre série la tuméfaction herniaire a été retrouvée dans 46.15 % des cas. Ce taux est supérieur à celui de Adesunkanmi (Nigeria-[99]) qui est de 19.7%,mais proche à celui de Moussa (Niger- [95] qui est de 46.6%. Cette supériorité est due à un taux élevé des hernies inguinales étranglées.

b) Etude paraclinique :

i. Radiographie de l'abdomen sans préparation :

L'examen radiologique est capital car c'est la constatation de niveaux hydro-aériques qui va affirmer l'occlusion intestinale aigüe.

Tableau 22 : Résultats de l'ASP dans notre série et dans la littérature

Auteurs	El hila (Maroc-[96])	Moussa (Niger-[95])	Harouna (Niger-[15])	Notre série
Fréquence de l'ASP	82.27%	64.2%	80%	92%

Cet examen a été réalisé dans la majorité des cas. Chez les malades où les radiographies de l'abdomen sans préparation ont été demandées le diagnostic d'occlusion intestinale aigüe a été posé entre 64,2% à 98% dans les différentes séries. Les niveaux hydro-aériques ont été les plus fréquemment retrouvés. Parmi tous les auteurs, nous avons un taux de réalisation de radiologie augmenté (100 %) et le taux le plus faible c'était dans la série de Moussa (Niger-[95]) qui explique ça :

- Par la non disponibilité de la radiographie de l'ASP lors des gardes,
- Au manque de moyens financiers des malades,
- Contentement d'un diagnostic clinique pour les cas d'étranglements herniaires.

ii. TDM [100] :

Réalisée dans notre série dans 100%. Actuellement la TDM est de plus en plus demandée car elle présente des avantages majeurs :

- Elle assure une exploration complète de la cavité abdomino-pelvienne en un temps record, permettant une attitude thérapeutique rapide.

- Elle fournit des images parfaitement analysables sans caractère opérateur dépendant ou interprétation subjective ;

- Particulièrement utile dans les tableaux cliniques atypiques, et tend à remplacer les examens d'opacifications digestives [101].

Contrairement à l'ASP, la TDM permet de distinguer une occlusion mécanique d'un iléus paralytique, de déterminer, le siège et la nature de l'obstacle.

- Récemment décrit dans la littérature radiologique, le feces sign peut être considéré comme le premier critère positif de non gravité d'une occlusion du grêle sur bride ou adhérences péritonéales [102].

4.4 Traitement :

a) Principes :

Lutter contre les troubles physiopathologiques

Lever l'obstacle et rétablir le transit

Prévenir les récidives

b) Moyens thérapeutiques :

i. Traitement médical :

Il comporte la rééquilibration hydro – électrolytique par voie veineuse, la mise en place d'une aspiration gastrique, la surveillance régulière du pouls, de la pression artérielle, de la température et de la diurèse.

- L'antibioprophylaxie :

Une antibiothérapie prophylactique est indiquée en cas de prise en charge chirurgicale. Les bactéries cibles sont Escherichia coli, Staphylococcus aureus méti-sensible et les bactéries anaérobies.

ii. traitement endoscopique

- Stent si occlusion tumorale colique :

Palliative définitive si le patient est inopérable ou curative temporaire (pont à la chirurgie)

- Coloscopie avec exsufflation : Volvulus sigmoïde

iii. Traitement chirurgical :

- Voie d'abord :

Tableau 23 : Type de voies d'abord dans la littérature et notre série

Auteurs	El hila	Moussa	Notre série
	(Maroc-[96])	(Niger-[95])	
Inguinale	15.45%	32.5%	15.39%
Médiane	84.54%	67.5%	84.61%
Mac burney	-	-	-
Médiane sus ombili-cale	-	-	-

La médiane à cheval sur l'ombilic était la voie d'abord la plus fréquente dans notre série et sur les 2 études suivies de celle inguinale.

- Exploration chirurgicale :

O siège de l'occlusion :

Tableau 24 : Siège de l'occlusion selon les auteurs

Auteurs	Roscher	Wysocki	El hila	Moussa	Notre série
	(RFA-[98])	(Pologne-[103])	(Maroc-[96])	(Niger-[95])	
Grêle	58.5%	75.2%	57.27%	74.2%	61.53%
Colon	41.4%	24.7%	42.72%	25.8%	38.46%

Le siège grélique est prédominant par rapport à celui colique dans notre série et aussi dans la littérature et qui peut représenter jusqu'à 75% des occlusions intestinales.

O Etiologies (préopératoire) :

- Occlusion sur brides et adhérences :

Les occlusions sur brides et adhérences sont notées à des taux différents (13,3% à 48,4%) dans les différentes séries. Elles dépendent surtout du taux de laparotomie chez les malades et des pathologies initiales opérées.

- L'étranglement herniaire :

Il représente la principale cause de l'occlusion intestinale aiguë mécanique en Afrique avec un taux qui varie entre 20 et 63.2% ([15],[95],[96]) .Contrairement en Europe [98]. Cette différence peut s'expliquer par la prise en charge précoce de la hernie inguinale simple en Europe. Dans ces pays la hernie inguinale est opérée avant qu'elle ne se complique.

- Tumeurs intestinales :

Personne n'a présenté une occlusion intestinale sur tumeur intestinale dans notre série.

- Volvulus intestinal :

- Le volvulus du grêle et du côlon se voit surtout :
- dans les défauts d'accolement du mésentère (mésentère commun) ou sur diverticule de Meckel,
- lorsque l'anse est mobile, avec un méso court et étroit,
- et dans les cas de dolichocôlon sigmoïde.

C'est pour cela que sa prévalence parmi les occlusions intestinales aiguës mécaniques est élevée dans les séries Africaines ([95],[96]). En Europe, le taux de 4,4% de Roscher [98] est inférieur au notre. Cela peut s'expliquer dans les séries africaines par un régime alimentaire pauvre en fibres ajouté à une méconnaissance des anomalies anatomiques évoquées ci-dessus.

Dans notre série une seule patiente a présenté une occlusion aigue par volvulus du sigmoïde 7.69%.

- Invagination intestinale :

Dans notre série aucun cas n'a été décrit.

- Infarctus du mésentère :

Dans notre série, aucun cas d'infarctus du mésentère n'a été décrit, vu le problème de diagnostic, qui n'est établi qu'en peropératoire et pas avant.

c) Technique opératoire :

i. Toilette péritonéale :

En présence d'une péritonite, il est nécessaire de réaliser une première toilette au sérum physiologique réchauffé. Dans le but d'éviter une contamination pariétale prolongée pendant l'adhésiolyse et de diminuer les risques d'abcès de paroi, de contrôler un éventuel choc septique évolutif et d'augmenter l'efficacité de l'antibiothérapie administrée en cours d'intervention. [104]

ii. Entérovidange :

Cette manœuvre consiste à vidanger un intestin grêle très dilaté en amont de l'obstacle, responsable d'un troisième secteur séquestrant parfois plusieurs litres de sécrétions digestives qu'il faut quantifier pour assurer la compensation liquidienne. Elle n'est réalisable que par laparotomie. L'entérovidange permet :

- d'assurer la décompression de l'intestin qui peut souffrir d'une ischémie de distension ;
- de traiter plus facilement la cause de l'occlusion ;
- d'explorer de façon plus fiable l'ensemble de la cavité abdominale ;
- de fermer la paroi abdominale plus facilement et sans tension en fin d'intervention ; • de réduire les risques de complications respiratoires postopératoires liés au ballonnement abdominal et aux risques d'inhalation.

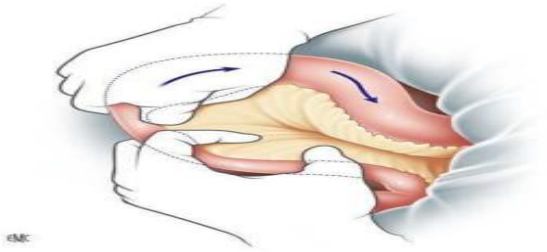


Figure 54 : Entéro vidange rétrograde [6].

5. Traumatisme abdominale fermé :

5.1 Age :

L'âge moyen dans notre étude était de 25 ans. Dans la littérature il est compris entre 27 et 32 ans. Ceci est dû en grande partie à leur exposition aux accidents de la voie publique. [105]

5.2 Répartition selon la nature et le mécanisme du traumatisme.

Les accidents de la voie publique représentent la première cause des traumatismes fermés surtout hépatique, rénale et splénique, avec une fréquence qui varie de 45,2% à 80%. Ceci se trouve confirmé dans notre série, puisque les AVP viennent en première position avec 3 cas (60%), tandis que les agressions physiques étaient en deuxième position avec 2 cas (40%).

5.3 Clinique :

a) Etat hémodynamique :

On a défini le choc hypovolémique par une pression artérielle systolique inférieure ou égale à 90 mm Hg conformément à la littérature. PAS≤ 90 mm Hg Aucun patient de notre série n'a été dans un état de choc hypovolémique à l'admission. Dans la littérature, le pourcentage des patients en état de choc hypovolémique variait entre 55% dans la série de A.R.Srivastava (inde)[105] et 18% dans la série de T.E.Madiba réalisée en Afrique du sud [106].

Devant un patient victime d'une contusion de l'abdomen, la décision thérapeutique doit être prise en urgence. Celle-ci est d'autant plus difficile que l'examen clinique est peu contributif. Elle va tenir compte des lésions et de l'état hémodynamique, surtout si le patient est admis dans le cadre d'un polytraumatisme.

b) Les signes fonctionnels :

La douleur a été le signe majeur prédominant chez les patients de notre groupe avec un pourcentage de 100 % (5 cas).

c) Les signes cliniques :

- ✓ Défense du flanc gauche et généralisée chez 2 patients (40%).

- ✓ Sensibilité abdominale diffuse chez 3 patients (60%).

- Les polytraumatismes :

5.4 Paraclinique :

a) Biologie :

La réalisation à l'entrée d'une numération formule sanguine, d'un bilan de la crase, d'un ionogramme et du groupe sanguin avec recherche d'agglutinines irrégulières est systématique. Cependant ils ne servent pas directement au diagnostic mais permettent de guider la réanimation et de suivre l'évolution des traumatisés. Le taux de l'hématocrite ou de l'hémoglobine couplé aux données cliniques permet de guider les indications transfusionnelles et opératoires. Ainsi un taux d'hémoglobine inférieure à 9g confirme la déglobulisation, ce qui contribue fortement à la décision thérapeutique [107]. Cet examen a été réalisé à l'admission chez tous nos patients. Tous les patients de notre série avaient une anémie hypochrome microcytaire avec une déglobulisation à 0.5 g/dl en moyenne.

b) Radiologie :

Aujourd'hui l'exploration radiologique des traumatismes hépatiques a bénéficié des progrès de l'imagerie, dont l'apport au diagnostic et au traitement est actuellement incontournable.

i. La radiologie standard :

La radiographie d'abdomen sans préparation (ASP)

Un iléus reflexe est une constatation fréquente mais peu spécifique [108]. L'existence d'une grisaille diffuse peut traduire un hémopéritoine et la disparition de l'ombre d'un psoas est en rapport avec un hématome rétro péritonéal.

ii. Echographie :

Elle reste l'examen para clinique, le plus facile et le plus rapide à réaliser chez tout traumatisé abdominal [109]. Elle est particulièrement intéressante chez les polytraumatisés à l'état hémodynamique instable, permettant de porter immédiatement l'indication opératoire [108].

Les lésions parenchymateuses, sont de détection difficile à la phase aigüe du traumatisme. Il s'agit le plus souvent de plages mal définies discrètement hyperéchogènes. L'échostructure de ces lésions est variable dans le temps, devenant progressivement plus hypoéchogene.

Les limites de l'échographie sont liées à l'emphysème sous cutané , l'iléus reflexe, l'impossibilité de poser le diagnostic de rupture d'organe creux, d'étudier le rétro péritoine [110] .

• L'échographie permet de mettre en évidence également :

- La présence et la forme des reins : les contours des reins sont habituellement normaux ou légèrement épaissis ;

- Une fracture rénale : bande linéaire hétérogène rompant la continuité.

- Un bilan lésionnel précis des organes, en particulier les lésions spléniques ou hépatiques, mais pas pour celles du pancréas et de l'intestin grêle. En effet, elle ne reconnaît les lésions des viscères creux et les lésions du mésentère, que par leurs signes indirects.

L'échographie a été largement utilisée dans la prise en charge de nos patients, mais son efficacité est limitée par son caractère dépendant de l'opérateur et les conditions d'urgence dans lesquelles elle est réalisée.

iii. La tomodensitométrie (TDM) :

C'est l'examen de choix pour réaliser un bilan précis des lésions présentées par le patient à condition qu'il soit stable sur le plan hémodynamique et que la réalisation de l'examen ne retarde pas un éventuel geste chirurgical urgent [105], [106], [111].

La TDM permet une bonne fiabilité de détection de l'hémopéritoine, toutefois légèrement inférieure à l'échographie. La quantification de l'hémopéritoine reste subjective mais le suivi est plus facile en comparant les différents examens. Contrairement à l'échographie, la TDM permet d'affirmer la nature de l'épanchement : sang frais, hématome, saignement actif ou urine voire bile.

L'hématome et les lacérations parenchymateuses qui sont les 2 grandes lésions hépatiques, peuvent être classés en superficiels [à moins de 3cm de la capsule] ou profonds [à plus de 3cm] sur la TDM. Leur étendu par rapport à la surface du foie doit être notée ainsi que leur extension vers le lit vésiculaire et les gros vaisseaux (veine sus-hépatique, veine cave inférieure, tronc porte).

Les temps vasculaires permettent de rechercher une hémorragie persistante par image d'extravasation, qui doit faire décider une artériographie et une embolisation [112],[113].

La TDM permet également de faire le bilan lésionnel le plus complet et le plus rapide chez le polytraumatisé. Outre l'abdomen, elle offre la possibilité d'une exploration thoracique, cranio-céphalique, rachidienne et pelvienne au cours du même examen. Dans notre série la TDM a été réalisée chez la totalité des malades (100%) au moins une fois, afin de détailler le bilan lésionnel, ainsi que pour assurer une surveillance des lésions.

5.5 Prise en charge thérapeutique :

Devant tout traumatisme abdominal fermé et suivant l'état du patient et de l'importance de ses lésions, nous disposons de différents moyens thérapeutiques allant du traitement conservateur, au traitement chirurgical.

a) Buts :

Les lésions traumatiques abdominales sont susceptibles d'engager le pronostic vital du patient. Par conséquent, la prise en charge optimale ne peut être envisagée qu'au prix d'une évaluation précise des lésions (grade, étendue) ; de ce fait, le recours à l'imagerie médicale est donc primordiale et plus spécialement à la tomodensitométrie.

b) Prise en charge initiale et réanimation :

Dès l'arrivée dans un centre hospitalier, la prise en charge du traumatisé de l'abdomen débute par le monitorage hémodynamique, la mise en place de voies veineuses pour le remplissage, un sondage vésical et parfois une assistance respiratoire. La réanimation vise à rompre le cercle vicieux acido-hypothermie-hypocoagulabilité en priorisant le remplissage vasculaire, le réchauffement du patient et la correction de l'acidose.

Le remplissage vasculaire peut être étendu pour maintenir une hémodynamique stable et éviter le choc décompensé, nécessitant souvent de nombreux produits sanguins. La correction de l'hypothermie est cruciale, impliquant des méthodes de réchauffement externes et internes. L'acidose et la coagulopathie ne peuvent être traitées efficacement tant que la température est <35°C [114].

L'analgésie est principalement assurée par des antalgiques de classe I (paracétamol) [115]. Les effets sur la coagulopathie prennent du temps, et l'utilisation de produits sanguins frais est recommandée. Le facteur VII recombinant montre des résultats prometteurs mais nécessite davantage de validation en traumatologie [116] .

Lors d'une contusion abdominale grave sans rupture d'organe creux et traitée de façon conservatrice, il n'existe pas dans la littérature d'arguments permettant de recommander une antibiothérapie systématique.

- Lors d'une contusion abdominale traitée par packing, une antibiothérapie suivant les protocoles recommandés parait logique, sans preuves bibliographiques fortes [108] .

Une fois la réanimation commencée, on peut différencier deux types de malades :

¬ Ceux dont l'hémodynamique se stabilise ce qui permet l'utilisation de méthodes de diagnostic pour préciser la gravite des lésions (scanner, laparoscopie).

¬ Ceux dont le saignement en cours ne permet pas une compensation hémodynamique malgré le remplissage ce qui impose une laparotomie dans un court délai.

c) Traitement opératoire :

Dans le cadre de traumatisme hépatique : Les « manœuvre » chirurgicales les plus importantes sont la compression hépatique manuelle, le clampage pédiculaire, et le tamponnement péri-hépatique, ou dans le stade ultime le recours à des résections hépatiques.

d) Les modalités de surveillance :

Cette surveillance a pour but la recherche de la poursuite de l'hémorragie, de fuites biliaires, de perforations intestinales, ou d'autres complications. Les premiers jours, la clinique et les bilans biologiques priment, avec une surveillance régulière de la température, du pouls, de la

tension artérielle, l'appréciation de la qualité de la ventilation, la diurèse, la recherche d'ictère, et la palpation de l'abdomen à la recherche d'une recrudescence des douleurs, du météorisme, ou des signes d'irritation péritonéale.

Le suivi biologique est assuré en parallèle par des mesures répétées de l'hémoglobine (avec un seuil de 100 g/L) et de l'hématocrite (un seuil de 30%), de la numération formule sanguine (recherche d'une leucocytose) et du bilan hépatique (recherche d'une cholestase et de cytolyse).

Dès la fin de la première semaine d'hospitalisation, la surveillance morphologique devient essentielle. Elle peut être assurée par échographie ou par TDM abdominale tous les dix à quinze jours.

La pratique d'une surveillance systématique par TDM n'est pas justifiée si la clinique est satisfaisante [117]. Ainsi un traumatisme hépatique isolé, avec des lésions de type 3 à 5 selon Mirvis, peut faire décider du passage en secteur de soins intensifs. En outre le polytraumatisé à lui seul plaide pour ce passage. En milieu de soins intensifs, la surveillance est complétée par le contrôle de l'hématose, par l'appréciation du volume des pertes sanguines attribuables au foie dans le cas où des transfusions ont déjà été déclenchées, et où d'autres lésions plus ou moins hémorragiques existent. La mesure de la pression intra-vésicale, reflet fidèle de la pression intra-abdominale, permettra de détecter précocement une hyperpression abdominale.

Il apparait extrêmement difficile de proposer une séquence particulière de surveillance ou une durée précise d'hospitalisation à partir de donnés de la littérature. Seule la notion du premier contrôle radiologique dans les huit jours après le traumatisme est fréquemment retrouvée.

La durée de la surveillance en milieu hospitalier tient compte de la sévérité radiologique des lésions. Habituellement, sous réserve d'une évolution favorable, elle est maintenue entre 8 et 10 jours [118].

Le sport peut être autorisé à 2 mois, même lorsque les lésions initiales étaient sévères et lorsque les images résiduelles restent impressionnantes [119].

6- La pancréatite aigüe :

9.6 Age :

Dans de nombreuses études [120],[121], l'âge moyen de survenue de la PA est de 54 ans. Cet âge varie, en général, en fonction des étiologies de la PA.

Dans notre étude : l'âge moyen était de 42 ans (19-52 ans). L'Age supérieur à 50 ans s'explique par La prédominance de l'origine biliaire dans notre étude. Lankisch [122] a montré que l'incidence de la PA d'origine biliaire augmente avec l'âge.

9.6 Diagnostic :

a) Diagnostic positif :

Il repose sur :

- Les éléments anamnestiques et cliniques.
- Les arguments biologiques.
- Les arguments morphologiques.

..1.1 Signes fonctionnels : [122],[123],[124],[125], [126]

La pancréatite aigüe se traduit par une douleur abdominale de survenue brutale, le début de la douleur représente le début de l'histoire de la maladie[124]. Cette douleur, violente, permanente et transfixiante, est présente dans plus de 86,66 % des cas [122],[123],[125] et même dans 100 % des cas pour certains auteurs [124]. Elle siège au niveau de la région épigastrique dans 50 % des cas [125]. Dans notre série, la douleur abdominale est le maître symptôme. Elle est présente dans 100 % des cas, décrite comme intense en barre chez 3 patients. Les troubles digestifs, accompagnant le syndrome douloureux, sont représentés par les nausées et les vomissements, aggravent l'état nutritionnel et les désordres hydroélécrolytiques des patients. Ces deux signes sont décrits dans 70 à 90 % des cas [122],[127].

- L'ictère peut être inaugural ou survenir au cours de la maladie et l'arrêt des matières et de gaz peut rarement révéler la maladie [125].

b) Signes généraux : [125]

Dans les pancréatites aigues, la fièvre peut exister. Elle s'explique au cours de la première semaine, par le processus inflammatoire et la libération des cytokines, alors que sa survenue au cours de la deuxième ou la troisième semaine, après le début de l'affection, oriente vers l'infection des coulées de nécrose [128]. Le tableau initial peut être dramatique avec présence des signes de choc et de défaillance viscérale: dyspnée, hypotension, oligurie, troubles neuropsychiques, et d'hémorragie digestive. Ces signes doivent être rechercher dès l'admission et au cours de la surveillance [123]. Dans notre série : l'examen général de nos malades a objectivé, un état fébrile dès l'admission, chez 33,33 % des cas, sans signe d'instabilité hémodynamique.

c) **Signes physiques** : [122], [129],[130]

Dans l'examen clinique on note une sensibilité épigastrique dans 66,66% des cas, et de l'hypochondre droit dans 33,33%, une distension abdominale dans 33,33 %, ça rejoint ceux de la littérature.

b) Diagnostic étiologique : [123],[131]

Dans notre contexte la cause biliaire est l'étiologie la plus fréquente des pancréatites aigues, loin de ces différentes étiologies .Dans notre série toutes les pancréatites aigues étaient d'origine lithiasique.

i. La lithiase biliaire : [132],[133],[134],[135]

Le mécanisme de la PA biliaire n'est pas univoque, mais résulte d'une obstruction plus ou moins prolongée de la jonction bilio-pancréatique par un calcul d'origine vésiculaire et son enclavement au niveau du sphincter d'Oddi. La présence de calcul enclavé au niveau de la papille et/ou, le traumatisme provoqué par la migration calculeuse ainsi que l'œdème post traumatique du sphincter, entraîneraient, un reflux de la bile dans le canal de Wirsung. Ce reflux biliaire serait le principal responsable du processus de la pancréatite aigüe [132], A côté de l'hypertension Canalaire pancréatique, par impaction lithiasique dans la papille. Concernant la taille des calculs, les patients ayant des calculs vésiculaire, mesurant 5mm ou moins, ou ayant plus de 20 lithiases

vésiculaire, développent plus de pancréatites aigues [133],[134]. Finalement, l'origine biliaire de la pancréatite aigüe est à rechercher en priorité, en raison de sa fréquence et de l'existence d'un traitement spécifique [124]. Les critères de BLAMEY sont en faveur de pancréatite biliaire, avec une efficacité diagnostique de 77 %. Ce score regroupe cinq variables pronostiques dont la présence de trois signes est hautement prédictive de pancréatite d'origine biliaire : [136],[126],[137]

- Le sexe féminin ;
- L'âge supérieur à 50ans ;
- L'amylasémie plus de 13N ;
- ALAT à plus de 2N ;
- Les phosphatases alcalines à plus de 2,5

ii. Autres causes :

• Pancréatite aiguë alcoolique : [132]

Les mécanismes des lésions pancréatiques lors d'une pancréatite aiguë ont été largement étudiés, mais ceux liés à la consommation d'alcool restent obscurs. Trois hypothèses principales ont été avancées :

- Le reflux du contenu duodénal dans les canaux pancréatiques ou biliaires, induit par une diminution du tonus du sphincter d'Oddi sous l'effet de l'alcool. Cela favoriserait l'activation des enzymes pancréatiques sur place.
- Une augmentation des sécrétions pancréatiques due à une consommation aiguë d'alcool, associée à une élévation du tonus du sphincter d'Oddi.
- Une toxicité directe de l'alcool ou de ses métabolites sur les cellules pancréatiques, perturbant l'équilibre entre les protéases et les inhibiteurs des protéases et contribuant à fragiliser les granules de zymogène.

Dans notre série, l'alcool n'était responsable d'aucune des pancréatites aigue chez nos patients.

•Pancréatites Hydatiques : [138],[139]

L'hydatidose est rarement à l'origine d'une pancréatite aiguë (PA). Sa pathogenèse implique un mécanisme similaire à la pancréatite aiguë bénigne (PAB), avec le passage de matériel parasitaire à travers une fistule kysto-biliaire, suivie d'une obstruction temporaire de la papille avec reflux de bile. Une hypothèse récente suggère une réaction immunologique locale impliquant les voies biliaires, les ganglions et le pancréas, étayée par la présence d'une infiltration éosinophilique dans le pancréas. Le diagnostic doit être envisagé en cas de kyste hydatique du foie, souvent central, de dilatation des voies biliaires avec contenu échogène, et parfois de mise en évidence d'une fistule bilio-kystique en l'absence de lithiase ou d'alcoolisme.

- Pancréatites Traumatiques [140],[141],[142]

Les lésions post-traumatiques du pancréas sont rares, se produisant dans seulement 12 % de tous les traumatismes abdominaux et représentant 1 % des causes de pancréatites. Elles affectent principalement de jeunes hommes. Le diagnostic peut être posé par tomodensitométrie (TDM) abdominale ou lors d'une laparotomie d'urgence pour hémopéritoine ou péritonite. Les lésions pancréatiques peuvent être diagnostiquées tardivement, avec des complications possibles. Le recours à des examens invasifs pour détecter une lésion du canal de Wirsung est controversé. La priorité est de réduire la morbi-motalité et la durée d'hospitalisation tout en préservant au mieux la fonction pancréatique. Les fractures isthmiques du pancréas sont rares mais graves.

- Les autres étiologies : [125],[143],[144]

Pour les pancréatites idiopathiques: Dans plus de 85 % des cas de PA, une étiologie est retrouvée, tandis qu'environ 10 à 23 % des pancréatites, après un bilan initial sont qualifiées d'idiopathiques si aucune étiologie ne se dessine [1,30]. Mais la découverte de micro lithiases comme cause de pancréatite aigüe, a réduit le pourcentage de ces pancréatites. Apres un bilan initial, aucune étiologie ne se dessine. Les PA non alcoolique non biliaire représentent donc près d'un tiers des PA et sont moins fréquentes dans le groupe de PA sévères [145].

c) Diagnostic de gravité : [123]

L'évaluation de la gravité initiale est essentielle dans cette démarche diagnostique pour de nombreuses raisons. Tout d'abord, ce sont les formes initialement les plus sévères qui vont préférentiellement se compliquer d'infection et de défaillance d'organe. Il faut donc d'emblée apprécier le risque de survenue d'une complication potentielle et rechercher des éléments prédictifs de survenue d'un syndrome de défaillance multiviscérale dont la survenue justifie à elle seule et à tout moment le passage en réanimation [124]. Cette évaluation initiale devrait également permettre de suivre l'évolution des patientes [131]. Les signes cliniques de sévérité sont: la cyanose, le choc, la confusion, l'oligurie, la défaillance viscérale et l'étendue du processus inflammatoire nécrosant rétro péritonéale (masse abdominale, sensibilité, irritation péritonéale, ecchymoses péri ombilicales ou dans les flancs) [146] . Aux 48 heures, la performance pronostique de l'examen clinique atteint une valeur de 80% similaire à celle des scores pronostiques à critères multiples. Cependant, ils n'ont aucune spécificité quant à l'identification d'une surinfection de la nécrose régionale. Concernant notre travail, l'évaluation de la gravité des malades s'était basée sur la présence des signes cliniques de gravité (polypnée, oligurie) et évidemment sur le calcul du score de Ranson chez tous nos malades. Ce score a permis une bonne évaluation ainsi 14 % cas étaient classé comme PA sévères.

Tableau 25 : Score de SIRS (syndrome de réponse inflammatoire systémique).

Température rectale	> 38°C ou < 36°C
Tachycardie	> 90 BPM
Polypnée	> 20 cycles /min ou PaCo2 < 32 mm Hg
Leucocytose	> 12000/mm3 ou < 4000/mm3 ou > 10% de formes immatures

d) Diagnostic biologique :

i. Bilan biologique à visée diagnostique :

Le dosage de la lipasémie a une valeur diagnostique des PA supérieure à celle de l'amylasémie avec une sensibilité de 94% versus 83%, et une spécificité de 96% versus 88% [147],[148].L'élévation de la lipasémie est plus prolongée que celle de l'amylasémie.

Tableau 26 : Caractéristiques de la lipasémie et l'amylasémie en cours de la PA.

	Augmentation	Pic	Normalisation	Sensibilité	Spécificité
Lipasémie	4 à 8 heures	24h	8 à 14 jours	94%	96%
Amylasémie	2 à 12 heures	48h	3 à5 jours	83%	88%

L'intérêt de l'association du dosage de l'amylasémie et de la lipasémie par rapport au dosage isolé de la lipasémie n'est pas démontré. Ainsi dans de nombreuses études, il n'est plus recommandé de doser l'amylasémie, et de doser seulement la lipasémie [149],[150],[151],[149],[152]. Dans notre étude le dosage de la lipasémie était la règle avec une lipasémie ≥ 3 fois la normale dans 100 % des cas.

ii. Bilan de surveillance :

O Numération, plaquettes, hématocrite :

La polynucléose est fréquente et fait partie de certains scores pronostiques. Dans notre série, la NFS a été réalisée chez tous nos malades. Une hyperleucocytose a été observée chez un seul patient (33.33 %).

o Dosage de la CRP : [153]

La C réactive protéine (CRP) est considérée comme un marqueur potentiel de nécrose. La valeur moyenne de la CRP à 48 heures chez les patientes sans coulées de nécrose est de 177 mg/l avec des extrêmes de 13 à 234 mg/l.

e) Diagnostic d'imagerie :

i. Abdomen sans préparation et radiographie thoracique :

L'abdomen sans préparation (ASP) peut montrer des niveaux hydro-aériques, une grisaille, et une anse sentinelle.

La radiographie thoracique réalisée devant toute urgence abdominale peut révéler l'existence d'épanchement ou d'opacités pulmonaires [154]. La radiographie thoracique été faite dans 1 cas soit 33.33%, elle a montré un épanchement pleural.

ii. Echographie abdominale :

L'échographie abdominale a pour principaux avantages sa facilité, son cout modeste, sa disponibilité et sa sensibilité pour évaluer les voies biliaires. L'échographie est un examen intéressant entre les mains d'un praticien entrainé.

Cependant, l'examen est très opérateur-dépendant et ne permet d'explorer le pancréas que dans 55 à 60 % des cas, du fait de la fréquence des gaz digestifs. L'échographie est l'examen le plus sensible pour évaluer les voies biliaires à la recherche d'une lithiase vésiculaire, éventuellement associée à une dilatation de la voie biliaire principale. Elle permet de faire le diagnostic de PA avec une spécifité de l'ordre de 90 %, mais une sensibilité variable de 60 à 90% [164,165]. Sa sensibilité dans le diagnostic d'une lithiase de cholédoque est faible, surtout si les voies biliaires ne sont pas dilatées, et la présence d'un « sludge » vésiculaire est difficile à interpréter chez un patient à jeun depuis plusieurs jours. Une échographie vésiculaire normale ne permet donc pas d'éliminer totalement une étiologie biliaire, ce qui conduit à la répétition de l'examen [125].

Dans notre série, l'échographie abdominale a été réalisée chez 3 patients soit 100 % des cas, elle a permis de diagnostiquer l'atteinte pancréatique chez 33.33 % des cas, et la lithiase vésiculaire chez 3 malades soit 100 % des cas.

iii. Tomodensitométrie abdominale :

L'apport de la tomodensitométrie (TDM) abdominale a été déterminant dans la prise en charge de la pancréatite aigüe .C'est aujourd'hui l'examen de référence pour le diagnostic et l'évaluation de la pancréatite aigüe et de ses complications [155].La TDM abdominale avec injection de produit de contraste est la méthode de choix pour explorer le pancréas. Elle permet d'identifier les zones ne prenant pas le contraste qui correspondent aux territoires nécrosés ou

à risque de nécrose par altération de la microcirculation ;de mesurer l'extension extra pancréatique ;de quantifier l'inflammation péri pancréatique ;de distinguer les collections liquidiennes péri-pancréatique ;les pseudo kystes et les abcès ;et de détecter la présence de bulles gazeuses au sein de la nécrose qui est considérée comme un signe spécifique mais peu sensible de l'infection de la nécrose [156] .Si la TDM est réalisée trop précocement ,un rehaussement normal de densité peut exister, alors que la nécrose pourra être individualisée plus tardivement car celle-ci est habituellement constituée 96 heures après le début des symptômes. Ainsi, la TDM ne semble être justifiée en urgence que si les diagnostics clinique et biologique sont imprécis. Les indications justifiées de la TDM devant une suspicion de pancréatite aigüe sont un doute diagnostique, une distension abdominale, une défense, une fièvre supérieure à 39 °C et une hyperleucocytose, un score de RANSON supérieur à 3 ou un score APACHE II supérieur à 8, une absence d'amélioration après 72 heures de traitement et une aggravation brutale après amélioration initiale [157],[132]. Dans la série de RAU et coll. [158], la TDM a été réalisée chez 153 malades soit 61,44 % des cas. Elle a identifié la nécrose dans 88,88 % des cas. Dans la série de SORAN et coll. [120], la TDM a identifié la nécrose dans 56% des cas. Dans la série de TSIOTOS et coll. [159], la TDM a été réalisée chez 70 patients soit 97,22 % des cas. Elle a montré : des collections péri-pancréatiques dans 9 % des cas, des bulles d'air dans 36 % des cas.

Dans notre série, la TDM a été réalisée chez l'ensemble de nos malades. L'aspect TDM du pancréas a permis la répartition de nos patients, selon la classification de balthazar, comme suit : pancréatite stade C lithiasique dans 2 cas (66.66%), une pancréatite stade E lithiasique dans 1 cas (33.33%)

9.6 Traitement :

Sur le plan thérapeutique, le traitement de pancréatites aiguës bénignes relève d'un traitement symptomatique simple dirigé essentiellement contre la douleur. Alors que les formes graves, deux attitudes ne sont pas actuellement contestées. Une attitude conservatrice dans un

milieu la réanimation sous contrôle multiple des paramètres biologiques et le traitement radical, chirurgical, percutané et/ou endoscopique dans les formes non maîtrisables par le traitement médical ou compliquée. Le traitement de la pancréatite aigüe impose :

a) Le traitement médical : Il comporte les volets suivants :

o Traitement symptomatique standard : [160],[161]

Ce traitement médical standard est le même dans ses principes tant pour la bénigne que la forme sévère, la différence entre ces deux dernières existe au niveau de l'intensité de la thérapeutique et le lieu de sa réalisation. Pour la forme bénigne, une hospitalisation dans un service de médecine ou de chirurgie est possible, avec des soins habituels, alors que le patient atteint d'une forme sévère doit être hospitalisé dans un service de réanimation intensive. C'est un traitement symptomatique qui est toujours de mise. Il comporte les principes suivants :

o Traitement antalgique : [125],[154],[162]

La douleur est un des signes cardinaux de la PA, elle peut être extrêmement intense et prolongée sur plusieurs heures ou jours. Pour soulager cette douleur, l'utilisation des salicylés et des AINS n'est pas recommandée en raison de l'éventuelle nécessité de gestes chirurgicaux, d'endoscopie ou de radiologie interventionnelle. Les dérivés du paracétamol peuvent suffire pour les douleurs modérées. Ils permettre de diminuer ou d'éviter l'utilisation des antalgiques de niveau 3. La morphine est l'antalgique de choix en cas de douleur intense difficile à juguler, recommander malgré les risques de dépression respiratoire, d'iléus digestif et d'augmentation du tonus du sphincter d'Oddi.

Dans notre série, tous les malades ont bénéficié d'un traitement antalgique dès l'admission.

o Correction des troubles hydro électrolytiques : [124]

La compensation des pertes hydro électrolytiques et le rétablissement d'une volémie correcte doivent être effectués le plus rapidement possible, L'apport de cristalloïdes est généralement suffisant pour traiter les pertes en eau et en NaCL. Les macromolécules ne sont nécessaires qu'en cas d'état de choc. Les apports en potassium, magnésium et calcium doivent être effectués selon les déficits rencontrés. Dans notre travail, pour prévenir l'état de choc, on a corrigé les troubles hydro électrolytiques des patients par la perfusion des solutés de remplissages (sérum salé 9 % et sérum glycosé 5%) avec administration des électrolytes.

o Lutte contre le choc : [133]

La séquestration liquidienne, créant un troisième secteur est responsable d'un état de choc hypo volumique .Il s'agit d'un élément majeur au cours des pancréatites aigüe et qui fait partie des signe de gravité de l'affection nécessitant une correction précoce. Le remplissage vasculaire se fera de préférence par des solutés cristalloïdes et de selon les résultats biologique. Dans les formes graves, on peut avoir recours à l'administration d'amine vaso- actifs.

o Le jeune strict et la reprise alimentaire : [128]

L'arrêt de l'alimentation s'impose souvent en raison des douleurs et de l'intolérance digestive et afin de limiter la sécrétion enzymatique du pancréas étant jugée susceptible d'aggraver les lésions de pancréatite. Il ne doit pas être prolongé et une réalimentation orale progressive est possible après 48 heures sans douleur [125]. On a adopté la même conduite pour nos patients avec reprise alimentaire dès la disparition de la douleur.

o L'anti sécrétoire acide gastrique : [132],[128]

Les anti-sécrétoires acides gastriques (Antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine ou inhibiteurs de la pompe à protons) ont deux intérêt théoriques, la prévention des ulcères et hémorragies de stress et la diminution de l'arrivée de liquide dans le duodénum, dans le but de diminuer la sécrétion pancréatique hydro électrolytiques. Ce traitement n'a pas d'intérêt pour les PA bénignes dans notre série.

Traitement des complication systémiques : [143],[163],[164]

Nutrition artificielle : [163],[165],[126],[166]

Les formes graves des pancréatites aigues nécrosantes réalisent des tableaux d'agression sévère. Comme dans toute situation métabolique de ce type, un support nutritionnel est recommandé. Le but initial de la nutrition artificielle est d'apporter suffisamment de calories et d'éléments nutritifs pour permettre au malade de résister au stress métabolique que constitue une PAN [126], d'aider l'organisme à faire face d'une part à l'hyper métabolisme, pour prévenir la dénutrition et d'autre part de moduler la réponse inflammatoire et de prévenir la translocation bactérienne probablement à l'origine de la surinfection de la nécrose.

o Antibiothérapie prophylactique : [165],[126],[167]

La nécrose pancréatique est présente dès l'admission alors que la surinfection apparaît secondairement après un délai d'une ou de deux semaines .Il existe donc une fenêtre au cours de laquelle la prescription d'une antibiothérapie pourrait théoriquement prévenir la surinfection de la nécrose chez les patients ayant une pancréatite aigüe. Les antibiotiques utilisés doivent être efficaces de façon probabiliste sur les germes habituellement en cause et aussi, pénétrer correctement dans le tissu nécrosé. Plusieurs travaux ont montré que les meilleurs antibiotiques pour atteindre une concentration efficace au sein de la nécrose pancréatique étaient l'imipenème, les quinolones et certaines céphalosporines.

Les associations antibiotiques étaient à base de :

- amoxicilline protégée+ imidazolés+aminoside ou
- fluoroquinolone+imidazolés.

b) Traitement étiologique :

• Moment de l'intervention :

- Traitement d'urgence [125],[168],[169]

En urgence la chirurgie biliaire n'a pas de place, seule la sphinctérotomie endoscopique (SE) a été proposée dans le but de traiter l'angiocholite, de prévenir la constitution de la nécrose ou

sa surinfection. Les auteurs concluent que l'obstruction biliaire persistante pendant les 48 premières heures d'une PA biliaire est un facteur de mauvais pronostic, et qu'une désobstruction biliaire spontanée ou provoquée par une CPRE avec SE précoce améliore le pronostic de la PA.

- Traitement différé : [168],[169]

Dans les pancréatites aigues biliaires peu et moyennement sévères, Le traitement de la lithiase doit être fait lors de la même hospitalisation dans les 7 à 10 jours qui suivent un épisode de pancréatite aiguë bénigne, mais après résolution de l'épisode initial : normalisation des anomalies cliniques et du bilan biologique. Toute chirurgie différée exposant au risque de récidive de pancréatite aigüe. Au cours de cette intervention, la vérification de la vacuité de la voie biliaire principale est essentielle, et la méthode de référence est la cholangiographie par canulation du canal cystique. Les limites de cette méthode sont représentées par les échecs de cathétérisme du cystique, plus fréquents qu'en chirurgie ouverte, les faux positifs, ou à l'inverse, les faux négatifs et en en cas de calculs de très petite taille (inférieurs à 4 mm). L'écho laparoscopie biliaire peropératoire pourrait permettre de surmonter ces inconvénients : elle ne nécessite ni dissection, ni cannulation. Elle permet de voir les calculs de très petite taille. L'efficacité semble très similaire pour les deux méthodes.

⟩ Moyens :

- Lithiase biliaire simple : [170]

La cholécystotomie, consistant en l'ablation de la vésicule biliaire et de son contenu après section du canal et de l'artère cystique et décollement du foie au niveau du lit vésiculaire, est l'intervention de choix.

Deux voix d'abord permettent la réalisation de la cholécystectomie : la voix classique par incision abdominale médiane ou sous costale droite et l'abord laparoscopique qui est devenu actuellement le traitement de référence de la lithiase vésiculaire symptomatique. Toutefois, l'inflammation péri vésiculaire et pédiculaire rend l'intervention plus difficile avec pour conséquences des taux de conversion et de complications biliaires plus importants.

- Calculs de la VBP : [170]

Les objectifs du traitement sont d'extraire les calculs, de prévenir leur récidive, d'assurer le drainage de la bile vers le tube digestif et de traiter les conséquences des complications. L'abord laparoscopique de la VBP a tendance à supplanter progressivement la laparotomie. Le taux de conversion en laparotomie est cependant élevé, voisin de 13%. L'abord de la VBP est en règle associé à une cholécystectomie.

- Extraction des calculs : [170]

La voie transcystique évite d'ouvrir la VPP. Elle diminue le risque de fuite biliaire post-opératoire, et prévient les sténoses cicatricielles sur suture. Elle n'est utilisable que si le diamètre du canal cystique est supérieur à 2mm. La choledocotomie, transversale ou longitudinale, est indiquée lorsque la voie précédente n'est pas suffisante. Le taux d'extraction est proche de 100%.

- Vérification de la vacuité de la VBP : [170]

Elle a pour but d'éviter les calculs résiduels. Trois techniques sont utilisables :

⟩ La cholangioscopie souvent appelé choledocoscopie permettant l'extraction des calculs sous contrôle de la vue et assure également le lavage de la VBP.

⟩ La cholangiographie est réalisé soit par voie trancystique après fermeture de l choledocotomie soit par un drain de kher.

⟩ L'échographie peropératoire est une technique non invasive mais rarement utilisée.

7- Abcès hépatique :

7.1 Age

L'âge de survenue des abcès du foie est très variable. Toutefois, il semble que les sujets âgés sont plus susceptibles d'être atteints par cette pathologie. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'âge avancé, associé à certaines comorbidités, affaiblissent le système immunitaire de façon non négligeable. Notre patient avait 39 ans. Par ailleurs, la plupart des séries provenant des

pays développés, les patients étaient des sujets âgés, contrairement aux pays en développement où la plupart des sujets avaient moins de 50 ans. [171],[172],[173],[174],[175,176].

7.2 Sexe

La plupart des auteurs rapportent des séries à population majoritairement masculine avec des ratios H/F variant entre 1,44 et 13,3; ce qui est concordant avec nos résultats.[171],[173],[174],[177].

7.3 Antécédents :

La survenue d'un abcès du foie correspond à un déséquilibre entre la contamination microbienne et les moyens de résistance hépatique à l'infection, comme en cas d'inoculation massive et répétée, en cas de déficit immunitaire et/ou en cas d'anomalie hépatique. Ainsi, certains états morbides sont décrits comme étant fréquemment associés aux abcès du foie et constituent des facteurs favorisants : diabète, cancer, immunodépression, alcoolisme, corticothérapie, cirrhose, foie cardiaque; des antécédents de chirurgie abdominale, en particulier gastroduodénale, sont souvent retrouvés [178].

7.4 Clinique :

Dans la forme typique, la clinique réalise la classique triade de Fontan faite d'une hépatomégalie douloureuse et fébrile d'installation brutale ou progressive. Cependant, ces différents éléments peuvent être isolés ou associés [178],[179]. Les données de la littérature rapportent ainsi la fièvre et la douleur abdominale (précisément au niveau de l'hypochondre droit) chez plus de 95% de leurs patients [171],[173],[174],[180]; ces deux éléments cliniques semblent être les plus constants. L'hépatomégalie est rapportée par les auteurs à des proportions différentes allant de 12,9% à 89% [171],[173],[174]. Notre série concorde avec la littérature en ce qui concerne la douleur abdominale et la fièvre. En plus de la triade de Fontan, d'autres signes accompagnateurs sont retrouvés en cas d'abcès du foie. Il s'agit entre autres de l'ictère, de l'altération de l'état général, des vomissements, des signes pulmonaires et hémodynamiques. Les vomissements sont

aussi assez souvent rapportés dans des proportions avoisinant les alentours de 50% [9, 12]. L'altération de l'état général varie selon les auteurs entre 25% et 40% [171],[174],[175]. Nos résultats rapportent ces signes.

7.5 Etude paraclinique

a) Biologie

Les examens biologiques sont d'un grand apport surtout devant l'absence de spécificité clinique. En effet, ils jouent un rôle important dans l'orientation du diagnostic, l'évolution mais surtout pour l'évaluation du pronostic [181], cependant ces anomalies biologiques ne sont ni constantes ni spécifiques [182] et leur absence ne doit jamais récuser le diagnostic d'abcès du foie. Les anomalies biologiques reflètent un sepsis bactérien. Il existe une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, un syndrome inflammatoire avec une protéine C réactive très élevée, une anémie normocytaire inflammatoire, une hyperplaquetose. La procalcitonine, marqueur d'inflammation systémique sévère, d'infection ou de sepsis peut être élevée, mais ne reflète pas toujours la gravité du sepsis et n'est pas un élément pronostique [183]. Enfin, il existe des perturbations du bilan hépatique variables selon la cause et les caractéristiques des abcès [184]. L'hypoalbuminémie est en partie expliquée par une diminution de la synthèse hépatique de l'albumine au profit d'autres protéines impliquées dans l'inflammation, mais un mauvais état nutritionnel sous-jacent peut également y contribuer.[184],[185]. Une baisse de la concentration de l'albumine sérique et une augmentation de la bilirubine sont classiquement des facteurs de mauvais pronostic [177]. L'hyperleucocytose à prédominance neutrophile est rapportée par la quasi-totalité des auteurs ; les pourcentages varient entre 72% et 91%. [9, 13, 17,19, 20, 22]. Dans notre série, notre patient avait une hyperleucocytose. L'anémie est rapportée par un bon nombre d'auteurs mais dans des proportions très variables allant de 12% à 78%. Cette anémie est secondaire à l'infection et est de type inflammatoire. La CRP positive a été rapportée par toutes les séries à des pourcentages allant de 85 à 100% des cas. Dans notre série, la CRP était positive.

Beaucoup d'auteurs rapportent une procalcitonine positive dans leur série [172],[175],[186],[187] ; celle-ci n'a pas été dosée chez notre patient.

b) Imagerie

Les progrès des explorations morphologiques du foie, notamment, l'échographie et la tomodensitométrie contribuent largement à l'amélioration du diagnostic, de la thérapeutique et par conséquent du pronostic des abcès hépatiques [187],[188]. Si la clinique peut être un élément fort, c'est l'imagerie qui, en mettant en évidence un processus lésionnel intra hépatique dans un contexte infectieux, permettra d'orienter le diagnostic [182].

i. Echographie abdominale

L'échographie est l'examen de première intention. Sa sensibilité est de 85% à 95% [178].La forme et la taille des abcès sont très variables. L'échogénicité des abcès du foie dépend de leur stade évolutif [178]. L'image peut être unique ou multiple. Les contours sont arrondis à parois nettes, multiloculés (cloisons) ou avec une coque épaisse et hétérogène, donnant un aspect « en cocarde ». L'échographie permet également de chercher une dilatation des voies biliaires et doit systématiquement comporter une étude Doppler couleur, afin d'évaluer la perméabilité des structures vasculaires et portales (thromboses adjacentes associées). L'injection de produit de contraste échographique peut aider à différencier un abcès d'une métastase nécrotique [189].

L'examen échographique peut aussi mettre en évidence un épanchement péritonéal associé et orienter le diagnostic étiologique, par exemple, par la mise en évidence de dilatation des voies biliaires, de signe de cholécystite aigue ou de trajet fistuleux entre l'anse intestinale et l'abcès hépatique [182,190]. L'échographie permet également de faire le suivi évolutif des abcès hépatiques. D'ailleurs, sous traitement efficace, les examens échographiques successifs mettent en évidence une régression de l'abcès avec diminution de sa taille. Elle révèle dans 65% des cas une restitution ad integrum du parenchyme hépatique, par ailleurs on peut retrouver une cicatrice lésionnelle sous forme d'une plage régulière hyper-échogène [188].Le rôle principal de l'échographie est de contribuer au traitement en permettant le guidage d'une ponction aspiration ou

drainage percutané [182]. Tous les auteurs indiquent que la plupart de leurs patients sont porteurs d'un abcès unique du foie ; les pourcentages rapportés vont de 64% à 91%. Le pourcentage de patients porteurs de 2 abcès varie entre 6,5% et 11% selon la littérature. Et enfin, environ 20% des sujets sélectionnés sont porteurs de plus de 3 abcès [191]. Ceci est en parfaite concordance avec nos résultats qui rapportent que notre patient était porteurs de plus de 2 abcès. Le lobe droit est de loin le site préférentiel de localisation des abcès du foie, les chiffres de la littérature se situent entre 70 % et 90%. Le lobe gauche est atteint dans des proportions variant entre 4,5% et 28% ; entre 4% et 13% des abcès sont localisés sur les deux lobes. Nos résultats sont en phase avec les données de littérature en ce qui concerne la localisation des abcès.

ii. Tomodensitométrie abdominale

Le scanner a une sensibilité supérieure à celle de l'échographie et permet également une ponction guidée [183]. Le scanner doit être demandé systématiquement et réalisé avec une acquisition sans, puis après injection d'un produit de contraste iodé aux temps artériel et portal. Comme en échographie, l'aspect varie selon la phase évolutive. L'aspect en double cible est plus caractéristique des abcès hépatiques à pyogènes : centre hypodense, périphérie épaisse rehaussée, puis halo de foie sain hypodense (inflammation périlésionnelle). Le foie sain au contact de l'abcès peut avoir une artérialisation segmentaire, soit par compression du parenchyme au contact d'un processus infectieux rapidement croissant, soit par réaction inflammatoire régionale avec shunts artérioportes [192]. La présence d'air est caractéristique des abcès du foie à pyogènes, mais est rarement présent [193],[190]. Le scanner permet le bilan étiologique de l'abcès (diverticulose compliquée, tumeur colique, appendicite.. .) et détecte, avec une sensibilité excellente, les complications de l'abcès, comme un épanchement pleural ou des thromboses vasculaires. Par ailleurs, le scanner permet d'analyser l'ensemble de la cavité abdominale, de faire le bilan des organes abdomino-pelviens à la recherche d'une étiologie d'abcès du foie [194],[195]. Le scanner abdominal a été réalisé dans notre série, donnant plus de précision du diamètre, du nombre et de la localisation des abcès.

7.6 Traitement

Le traitement comprend la prise en charge de l'abcès et l'éradication de la porte d'entrée pour éviter la récidive de l'abcès. L'approche thérapeutique s'est modifiée depuis une vingtaine d'années. Si l'antibiothérapie est systématique et peut parfois suffire, le développement de la radiologie interventionnelle (ponction et drainage percutané) a permis de réduire la place de la chirurgie dans le traitement des abcès du foie. En revanche, la chirurgie garde un rôle important dans le traitement de la pathologie causale [184].

a) Antibiothérapie

Elle est systématique pour tous les abcès, quelle que soit leur cause. Elle doit être instaurée en urgence par voie parentérale, après plusieurs hémocultures, mais avant tout geste percutané [184] pour limiter les effets d'une éventuelle décharge bactérienne systémique. Il s'agit d'une antibiothérapie empirique devant couvrir les bacilles Gram négatif, les streptocoques du genre entérocoque et les anaérobies.

Divers antibiotiques sont utilisés dans différentes séries à des pourcentages différents. Toutefois, il ressort que les céphalosporines de 3ème génération et le métronidazole sont les antibiotiques les plus utilisés .Certains auteurs ont eu recours aux quinolones et/ou aux imipenèmes [173,176,186] . Dans notre série, l'association amoxicilline- acide clavulanique et le métronidazole ont été les antibiotiques les plus utilisés. Nous n'avons administré ni imipenèmes, ni quinolones à nos patients.

b) Drainage percutané

Le drainage percutané d'un abcès du foie est un acte invasif qui doit être réalisé dans les mêmes conditions (notamment d'asepsie) qu'un acte chirurgical. Le drainage peut s'effectuer sous contrôle échographique ou scannographique, mis en place selon une technique bien définie. Il constitue le traitement de première intention des abcès du foie.

Le choix de la technique d'imagerie dépend plus des habitudes du praticien que de réelles différences de performance de la technique elle-même [178,182]. On utilise des drains de 10 à 14 French, multi perforés, à double voie le plus souvent. Le drain est laissé en place jusqu'à évacuation totale de la collection ; une épreuve de clampage est toutefois souhaitée avant ablation du matériel. La régression des signes cliniques et la production de moins de 20 ml sont aussi des critères d'ablation du drain.

Le drainage per cutané, associé à l'antibiothérapie présente un taux de succès estimé à 97 – 98% selon Alvarez et Rintoul [110,196]. Les limites de cette technique sont certaines localisations d'accès difficile comme le dôme hépatique et les abcès profonds. De plus la taille du cathéter ne permet pas d'évacuer du pus épais ou des débris nécrotiques. Le drain est enlevé quand il ne donne plus et que la cavité s'est effondrée ou a disparu sur l'imagerie de contrôle. [197],[198].

Figure 55 : Drain de French multiperforés.

Figure 56 : Ponction Drainage d'un abcès du foie

Figure 57 : Drain en place (noter le caractère nettement purulent du contenu de l'abcès)

Figure 58 : Abcès du foie traité par drainage per cutané [199]

7.7 Evolution

L'apyrexie et la disparition de la douleur sont les principaux éléments cliniques à surveiller dans l'évolution d'un abcès du foie. Les auteurs rapportent une bonne évolution de la température dans des durées très variables pouvant aller de 7 à 32 jours. Une aggravation du tableau clinique peut retarder voire aggraver la fièvre et les douleurs [182,200].

8- La torsion du kyste ovarien :

8.1 L'âge :

L'âge de la patiente de notre série est de 38 ans, l'âge moyen des différentes séries publiées dans la littérature se situe entre 20 et 30 ans [201].

8.2 Signes cliniques :

Le diagnostic est suspecté devant la présence d'un faisceau d'arguments combinant les antécédents de la patiente, les signes cliniques et les résultats échographiques. Huchon et al.[202] ont publié un score prédictif pour le diagnostic préopératoire de torsion, en identifiant cinq critères indépendamment associés à une torsion d'annexe, incluant : la douleur unilatérale, la durée de >8h, les vomissements, l'absence de leucorrhées ou de métrorragies et la présence d'un kyste de plus de 5 cm à l'échographie. Ce score permet l'identification de deux groupes de faible et haut risque. Les résultats de cette étude rétrospective sont intéressants mais nécessitent une confirmation prospective à plus grande échelle pour être retenus.

L'absence de signes cliniques pathognomoniques rend la suspicion clinique difficile.

En période du post-partum, cette difficulté est plus grande vue les complications plus classiques pouvant induire un retard diagnostique. Chez notre patiente, le diagnostic suspecté initialement devant la douleur de la fosse iliaque droite et les vomissements alimentaires dans un cadre d'altération de l'état général fait d'anorexie et asthénie profonde.

8.3 Paraclinique

*La découverte d'une masse ovarienne durant la grossesse est comprise entre 0,3 et 5,4% [203,204] , ce qui impose la recherche d'une grossesse évolutive chez notre patiente.

*L'échographie est l'examen de première intention chez toutes les patientes en période d'activité génitale. L'apport de celle-ci pour le diagnostic positif de la torsion ovarienne reste controversé. La diversité des signes échographiques doivent être corrélés au tableau clinique de la patiente. L'intérêt de l'échographie est la recherche de facteurs favorisant une torsion d'annexe (hypertrophie ovarienne, masse), la recherche de complications (épanchement, pelvipéritonite) et le diagnostic différentiel des autres étiologies de douleurs pelviennes. L'aspect typique de la torsion se manifeste par un élargissement ovarien unilatéral avec œdème et disposition périphérique des follicules [205]. La présence d'aspect en tours de spire a été démontrée comme un signe

augmentant la sensibilité de l'examen [206]. L'absence de flux vasculaire annexiel au doppler est associée à 100% des cas de torsion [207]. Cependant, ce signe présente une faible valeur prédictive négative puisque l'absence totale de flux n'est visible que dans la phase tardive. Dans une étude 60% des torsions confirmées en chirurgie avaient un flux persistant [208]. Dans notre cas, le diagnostic a été posé en échographie après la mise en évidence de la volumineuse masse kystique et la visualisation des tours de spires du pédicule vasculaire. La rapidité du diagnostic a permis une prise en charge avant l'installation de l'ischémie ovarienne. Le recours au scanner pour l'exploration des algies pelviennes aux urgences est fréquent lorsqu'une cause urinaire ou digestive est suspectée. Sa spécificité et sa sensibilité dans le diagnostic des torsions ovariennes sont faibles. Hiller et al. ont montré que seulement 34% des torsions ovariennes confirmées chirurgicalement avaient un diagnostic préopératoire correct basé sur les résultats de la tomodensitométrie (TDM) [203,204]. L'Imagerie par résonnance magnétique (IRM) est un examen non invasif performant dans le diagnostic des algies pelviennes et apporte un complément d'information à l'échographie. C'est un examen dont l'innocuité a été prouvée chez la femme enceinte. Le recours à cette technique en urgence reste limité par son cout important et sa faible disponibilité.

8.4 Traitement

Le recours à la chirurgie est la règle devant la suspicion d'une torsion ovarienne afin de confirmer le diagnostic et d'éviter les dommages ovariens. L'exploration se fait le plus souvent par laparoscopie. La laparotomie est indiquée dans le cas d'une masse ovarienne de plus de 75 mm [209]. Le traitement radical (annexectomie) ou conservateur se fait en fonction de l'aspect de l'annexe après 10min après la détorsion [210]. Pour certains auteurs, le traitement conservateur est justifié malgré une vitalité douteuse de l'annexe [210]. Dans notre cas, le diagnostic radiologique de certitude en préopératoire de la patiente a permis d'instaurer une prise en charge. La laparotomie élargie a été choisie devant le volume important de la masse, et la présence d'ischémie de l'annexe a permis de réaliser une annexectomie droite intéressant l'ovaire et la trompe, puis une appendicectomie rétrograde avant la mise en place d'un drain de Redon.

9- Impact du ramadan sur les pathologies viscérales :

La pratique du ramadan est à l'origine d'une modification des comportements alimentaires et d'une inversion du rythme nycthéméral. Plusieurs études dans les pays du Moyen-Orient et du Maghreb se sont intéressées aux effets de ce jeûne religieux sur la fréquentation des urgences et les pathologies diagnostiquées. Mais la limite principale des travaux déjà publiés était l'absence de prise en compte d'autres facteurs susceptibles d'influencer la fréquentation des urgences pendant le ramadan comme la chaleur.[211]

Dans la littérature, plusieurs études se sont intéressées aux pathologies diagnostiquées pendant le ramadan [212],[213], les résultats ont montré une augmentation significative des passages aux urgences dont le diagnostic principal était en rapport avec des pathologies liées au jeûne et à la chaleur pendant la période ramadan, en analyse univariée. Le diagnostic significativement plus fréquent pendant le ramadan était les troubles hydro-électrolytiques. Aucun de ces résultats n'était confirmé lorsque l'effet du ramadan était ajusté à la température.

9.1 Relation entre la survenue de l'appendicite aigue ET RAMADAN :

Les adultes musulmans jeûnent en restant affamés pendant 11 à 18 heures chaque jour pendant environ un mois pendant le Ramadan. La réduction du nombre de repas et les limitations de la prise alimentaire en liquide et en aliments entraînent certains changements dans le métabolisme pendant cette période [214]. Les effets de ces changements sur le métabolisme humain ont été évalués dans de nombreuses études. Cependant, la relation entre l'appendicite aiguë et la faim à long terme n'a pas été évaluée. Bien que l'appendicite aiguë soit une urgence chirurgicale fréquemment rencontrée, sa cause n'a pas encore été précisément déterminée [215]. Le facteur le plus important est l'hypothèse diététique. Selon cette hypothèse, certains facteurs tels que les routines nutritionnelles quotidiennes et le type d'aliments consommés jouent un rôle dans l'étiologie de l'appendicite en affectant la quantité, la forme et le rythme de passage des selles dans les intestins [216]. Une autre étude a rapporté que la réduction de la contractilité intestinale est efficace dans la formation de l'appendicite aiguë [217]. Brumer [218]

a rapporté que la déshydratation corporelle augmente le risque de blocage dans la lumière de l'appendice et, par conséquent, d'inflammation en provoquant une déshydratation fécale et une stase fécale. Azizi [219] a rapporté qu'une diminution de la contractilité intestinale se produit une fois toutes les 2 heures pendant la faim. Suzuki et al.[220] ont rapporté une augmentation au niveau de la motiline pendant la période de faim. Le niveau accru de motiline augmente le taux d'évacuation de l'estomac et la vitesse de passage de l'intestin grêle en stimulant les contractions [221]. Dans le même article, il a été rapporté que le niveau de motiline qui augmente pendant la période de faim provoque des contractions péristaltiques puissantes une fois toutes les 90 à 120 minutes avec les ondes de migration qu'il crée [221]. L'incidence de l'appendicite aiguë est peut-être affectée positivement par la faim prolongée. Des études révélant que la faim prolongée n'exacerbe pas l'inflammation aiguë [222,223]. Par conséquent, une réduction de l'incidence de l'appendicite aiguë devrait être attendue pendant la période de faim en raison de l'augmentation de la contractilité intestinale, contrairement aux explications d'Azizi[219].

9.6 relation entre maladie ulcéreuse gastro-duodénale et ramadan [224]

Au cours du Ramadan, les variations des conditions d'alimentation et le jeûne augmentent l'acidité intra gastrique, ce qui contribue à l'augmentation significative des complications de l'ulcère notamment la perforation et l'hémorragie. Durant le Ramadan, la fin d'après-midi apparaît comme la tranche horaire la plus acide du nycthémère. Il est possible que des mécanismes vagaux concourent à augmenter l'acidité durant la phase de jeûne, en particulier en fin d'après-midi. L'élévation du pH constatée durant le mois de Ramadan entre 11 et 13 heures, en l'absence de toute prise alimentaire, pourrait, par contre, être en rapport avec un relâchement de cette stimulation vagale ou avec la mise en jeu d'autres mécanismes régulateurs. Mais, il faut souligner qu'actuellement seules quelques modifications physiologiques de la sécrétion acide gastrique au cours du mois de Ramadan sont élucidées.

9.3 Relation Entre la survenue de la cholécystite aigue ET RAMADAN :

Dans leur étude sur l'impact des saisons et du jeûne pratiqué pendant le Ramadan sur l'émergence de la cholécystite aiguë, Hosseini et al.[225] conclus que la cholécystite aiguë induite par des calculs biliaires pourrait présenter différentes caractéristiques saisonnières, mais que cette situation pourrait également découler d'autres facteurs environnementaux et génétiques [226]. Il est en outre suggéré que s'abstenir de boire de l'eau et d'autres liquides tout au long du jeûne du Ramadan pourrait ne pas déclencher l'apparition de la maladie.

9.4 Relation Entre la survenue de l occlusion intestinale aigüe ET RAMADAN :

Le volvulus du mésentère primitif est rare dans les pays développés mais relativement plus fréquent dans certains pays d'Afrique noire et d'Asie .il s'observe principalement chez l'enfant et l'adulte jeune et se produit dans une cavité abdominale normale sans anomalie anatomique. Très probablement en raison de la rareté de ces conditions, la relation entre le jeûne et le volvulus du sigmoïde n'est pas clairement définie[227]. Dans ces cas, le jeûne semble probablement conduire au développement du volvulus du sigmoïde par rapport aux autres obstructions intestinales. Selon une opinion théorique, l'ingestion d'aliments riches en fibres et de liquides après un jeûne prolongé peut provoquer un transport rapide du contenu intestinal dans les intestins grêle et gros et peut les contraindre à se mettre en rotation ou à s'emmêler.[228,229]

9.6 Relation entre la survenue des accidents de la voie publique et ramadan :

La baisse de la vigilance et l'irritabilité peuvent augmenter le risque lié à la circulation routière pendant le ramadan. Elle est due à un rythme irrégulier de travail et a de longues durées de travail [230]. Pour Horn et Reyner, les accidents liés aux endormissements représentaient 16 % des accidents sur route nationale et 20 % sur autoroute [231]. Connor et al. ont retrouvé que chez les sujets se plaignant d'une somnolence élevée, le risque d'avoir un accident de la circulation était multiplié par 8,2 par rapport à un sujet non somnolant [232]. Une étude des admissions aux urgences pour accidents de la circulation dans un hôpital saoudien a indiqué que la fréquentation la plus élevée des victimes était observée pendant le ramadan. Le même constat a été fait au sein des urgences aux Emirats Arabes Unis et dans un hôpital à

Londres ou l'admission, pendant ce mois, parmi les musulmans était plus élevée par rapport aux non musulmans [233,234] [21,22].

9.6 Relation entre pancréatite aigüe et RAMADAN

Les études épidémiologiques décrivent une augmentation de la survenue de pancréatite aiguë ces 15 dernières années, essentiellement associée à celle de l'obésité et des calculs biliaires. Après plusieurs rapports décrivant une association entre l'alimentation excessive et la pancréatite d'une part, et les quelques études de cas décrivant des liens similaires durant la rupture du jeûne et la survenue de pancréatite [235]. Les auteurs proposent un mécanisme sous-jacent : la prise d'alimentation potentiellement excessive durant la rupture nocturne du jeûne favoriserait une dilatation gastrique aiguë. Celle-ci pourrait engendrer une traction sur le pédicule vasculaire de l'intestin grêle et du mésentère, et une obstruction duodénale favorisant le reflux de son contenu vers le canal pancréatique. Des taux élevés de cholécystokinine favorisés par le volume d'alimentation ingéré pourraient aussi jouer un rôle.

CONCLUSION

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place de choix dans la pathologie chirurgicale de part leur fréquence élevée.

Les étiologies les plus fréquentes sont l'appendicite aigue, la péritonite généralisée aigue, la cholécystite aigue, et la pancréatite aigüe.

La prise en charge est onéreuse. Le retard à l'intervention (délais entre le début des symptômes – l'admission – l'intervention) constitue le principal facteur pronostique.

L'examen clinique bien conduit est la clef du diagnostic dans notre contexte.

Les examens complémentaires morphologiques sont parfois difficiles à obtenir ou peu contributifs. Ils ne doivent pas retarder la sanction thérapeutique.

La pratique du ramadan est responsable d'une inversion du rythme nycthéméral et de conséquences cliniques et biologiques liées au jeûne chez les personnes pratiquantes

Nous souhaitons à travers cette étude de démontrer l'impact du Ramadan sur les admissions des patients au service de chirurgie viscérale et les pathologies diagnostiquées.

Cette étude a quelques limites : les styles nutritionnels des patients n'ont pas été étudiés.

La routine nutritionnelle de ces patients et des sujets sains peut être comparée. Les effets des changements dans les facteurs environnementaux (changements climatiques, existence d'agents infectieux, hygiène, etc.) pendant de longues périodes de famine n'ont pas été étudiés, bien que l'importance de ces facteurs ait été signalée dans la littérature.

Étant donné qu'il s'agit d'une étude rétrospective, ces facteurs n'ont pas été suffisamment étudiés.

RÉSUMÉ

Résumé

Les urgences chirurgicales digestives occupent une place de choix dans la pathologie chirurgicale de par leur fréquence élevée.

Les étiologies sont multiples et variées d'où la nécessité d'une étroite collaboration multi-disciplinaire.

Le but de notre travail est de mettre en exergue les données épidémiologiques des cas diagnostiqués des urgences chirurgicales digestives pendant le mois du Ramadan dans le service de chirurgie générale du l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech sur une période de 4 ans allant du 06 mai 2019 a 4 juin 2019, du 24 avril 2020 au 23 mai 2020,du 13 avril 2021 au 12 mai 2021, et du 1er avril 2022 au 1er mai 2022, ainsi que de déterminer les différents aspects cliniques et para cliniques , et mieux comprendre l'impact du jeune religieux sur les pathologies diagnostiquées .

On a exclu de l'étude toutes les femmes enceintes présentant ces urgences viscérales et les patients âgés de moins de 15 ans. Pour ce, nous avons rapporté 81 cas d'urgences digestives colligés au service de chirurgie viscéral du l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech. La moyenne d'âge dans notre étude était de 42 ans. Les antécédents médicaux étaient dominés par le tabagisme à un taux de 16%, tandis que la chirurgie herniaire était l'antécédent chirurgical le plus fréquent chez nos patients.

L'appendicite aigue était l'urgence la plus fréquente (32%) suivie par la péritonite aigue (26%) puis la cholécystite aigue (16%) , l'occlusions aigue (16%),la cholécystites aigues (13.5%), les traumatismes abdominaux (6%) ,la pancréatite aigüe (3.7%), , l'abcès hépatique(1.23%) , et la torsion du kyste ovarien (1.23%).

Certains facteurs tels que la teneur et la quantité des aliments consommés et la contractilité intestinale ont été rapportés pour être efficaces dans le développement des différentes pathologies viscérales.

Le jeûne du Ramadan est une sorte d'exercice religieux dans lequel certains changements sont observés dans ces facteurs.

À la suite de notre étude, nous avons constaté que les changements observés pendant cette période et la faim contrôlée à long terme n'avaient aucun effet négatif sur la fréquence des urgences viscérales diagnostiquées et donc ne constituaient pas un facteur de risque. Toutefois, des études prospectives consistant en des périodes plus longues et plus de patients sont nécessaires.

.

ABSTRACT

Digestive surgical emergencies hold a prominent place in surgical pathology due to their high frequency.
The etiologies are multiple and varied, hence the necessity for close multidisciplinary collaboration.
The aim of our work is to highlight the epidemiological data of diagnosed cases of digestive surgical emergencies during the month of Ramadan in the general surgery department of Ibn Tofail Hospital in Marrakech over a period of 4 years from May 6, 2019, to June 4, 2019, from April 24, 2020, to May 23, 2020, from April 13, 2021, to May 12, 2021, and from April 1, 2022, to May 1, 2022, as well as to determine the different clinical and paraclinical aspects, and to better understand the impact of religious fasting on the diagnosed pathologies.
We excluded from the study all pregnant women presenting these visceral emergencies and patients aged under 15 years. For this, we reported 81 cases of digestive emergencies collected in the visceral surgery department of Ibn Tofail Hospital in Marrakech. The average age in our study was 42 years. The medical history was dominated by tobacco use at a rate of 16%, while hernia surgery was the most common surgical history among our patients.
Acute appendicitis was the most frequent emergency (32%), followed by acute peritonitis (26%), then acute cholecystitis (16%), acute bowel obstruction (16%), acute cholecystitis (13.5%), abdominal trauma (6%), acute pancreatitis (3.7%), hepatic abscess (1.23%), and ovarian cyst torsion (1.23%).
Certain factors such as the content and quantity of consumed foods and intestinal contractility have been reported to be effective in the development of various visceral pathologies.
The fast of Ramadan is a kind of religious exercise in which certain changes are observed in these factors.
Following our study, we found that the changes observed during this period and long-term controlled hunger had no negative effect on the frequency of diagnosed visceral emergencies and therefore did not constitute a risk factor. However, prospective studies involving longer periods and more patients are necessary.

ملخص:

.تشغل الطوارئ الجراحية الهضمية مكانة خاصة في علم الأمراض الجراحية بسبب تكرارها العالي
.الأسباب متعددة ومتنوعة، مما يتطلب تعاونًا وثيقًا بين التخصصات المختلفة
الهدف من عملنا هو تسليط الضوء على البيانات الوبائية للحالات المشخصة من الطوارئ الجراحية الهضمية خلال شهر رمضان في قسم الجراحة العامة بمستشفى ابن طفيل بمراكش على مدى 4 سنوات، من 6 مايو 2019 إلى 4 يونيو 2019، ومن 24 أبريل 2020 إلى 23 مايو 2020، ومن 13 أبريل 2021 إلى 12 مايو 2021، ومن 1 أبريل 2022 إلى 1 مايو 2022، وكذلك تحديد الجوانب .السريرية والجراحية المختلفة، وفهم تأثير الصيام الديني على الأمراض المشخصة بشكل أفضل
لقد استبعدنا من الدراسة جميع النساء الحوامل اللواتي يعانين من هذه الطوارئ الحشوية والمرضى الذين تقل أعمارهم عن 15 عامًا. لهذا، قمنا بتوثيق 81 حالة طوارئ هضمية تم جمعها في قسم الجراحة البطنية بمستشفى ابن طفيل في مراكش. كان متوسط العمر في دراستنا 42 عامًا. كانت السجلات الطبية مهيمنة على التدخين بمعدل 16%، في حين كانت جراحة الفتق هي السجل الجراحي الأكثر شيوعًا بين .مرضانا
كانت الزائدة الدودية الحادة هي الطارئة الأكثر شيوعًا (32%)، تليها التهاب الصفاق الحاد (26%)، ثم التهاب المرارة الحاد (16%)، انسدادات الأمعاء الحادة (16%)، التهاب المرارة الحاد (13.5%)، الإصابات البطنية (6%)، التهاب البنكرياس الحاد (3.7%)، خراج الكبد (1.23%) وتواء المبيض (1.23%).
بعض العوامل مثل محتوى وكمية الأطعمة المستهلكة والانقباض المعوي قد تم الإبلاغ عنها كعوامل فعالة .في تطوير مختلف الأمراض الحشوية
.صيام رمضان هو شكل من أشكال العبادة الدينية حيث يتم ملاحظة بعض التغييرات في هذه العوامل في أعقاب دراستنا، وجدنا أن التغيرات التي لوحظت خلال هذه الفترة والجوع المنضبط على المدى الطويل لم يكن لهما أي تأثير سلبي على تكرار الطوارئ الحشوية المشخصة وبالتالي لم يشكلا عامل خطر. ومع .ذلك، هناك حاجة إلى دراسات مستقبلية تشمل فترات أطول وعددًا أكبر من المرضى

ANNEXES

LA FICHE D'EXPLOITATION :

-**Nom** : N ° d'admission :

-**Age** :

-**Sexe** :

-**Motif de consultation** :-traumatique

-non traumatique

-**Antécédents** : -Médicaux :

-Chirurgicaux :

-gynécologiques :

-**Diagnostic** :

-**délai admission par rapport au début de la symptomatologie** :

-**Examen clinique a l'admission** :

- Signes généraux :
- Signes fonctionnelles :

- Fièvre
- Douleurs abdominales :

-Hypochondre droit

-Fosse iliaque droite

-L épigastre

-Flanc droit

-Flanc gauche

-Diffuse

-Autres

- Arrêt des matières et des gaz
- vomissements

- Signes physiques :
  - Abdominal :-Défense
    -contracture
    - sensibilité
    -normal
  - Localisation
  - Autres :

-**Examens para cliniques** :

❖ Examens biologiques :

- Nfs -pq :
- Bilan inflammatoire : crp, procalcitonine
- Lipasémie :
- Bilan hépatique :
- Bilan rénal :
- Autres :

❖ Bilans radiologiques :

✓ Echographie abdomino-pelvienne :

✓ Asp :

✓ TDM : abdominale, pelvienne ou thoracique

✓ Bili IRM :

✓ Rx thorax centré sur les coupoles

✓ Autres :

- **Traitement** :

- Médical :
    - o Analgésie :
    - o Mise en condition : -Sonde naso-gastrique
      -Sonde urinaire
      -Réhydratation
    - o Antibiothérapie :
    - o Autres : -repas digestif
      -alimentation parentérale

- Chirurgicale :
    - o Délai après admission :
    - o Voie d'abord :
    - o Exploration :
    - o Gestes :

- **Evolution** :
    - o Simples : J ….Post op / Sortie
    - o Complication

BIBLIOGRAPHIE

1. ALVARADO A.

A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med* 1986 ; 15.

2. **JABBAR M.**
   Les traumatismes hépatiques : Profil épidémiologique, clinique, radiologique, thérapeutique et évolutif,N°111
3. **Alvarez** Pérez **JA, González JJ, Baldonedo RF, et al.**
   Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess. *Am J Surg* 2001 ; 181 : 177-186.
4. **Arnbjörnsson E.**
   Acute appendicitis related to faecal stasis. *Ann Chir Gynaecol* 1985 ; 74 : 90-3.
5. **AYONGA NDEBA P, AKONKWA Y, WONE F, et al.**
   Abcès hépatiques à pyogènes secondaires à une perforation gastrique par un corps étranger compliquée de péritonite aiguë : à propos d'un cas à l'Hôpital Principal de Dakar, Sénégal. *Médecine Trop Santé Int* 2024 ; 4 .
6. **Azizi F.**
   Research in Islamic fasting and health. *Ann Saudi Med* 2002 ; 22 : 186-191.
7. **Baghad DI, Bellabah A, Cherkaoui A, et al.**
   Les complications des ulcères gastro-duodénaux au cours du Ramadan 2010.
8. **Baker EH, Showalter VC, Cochran AR, et al.**
   Current treatment of pyogenic liver abscesses: analysis of a multi-modal step-wise algorithmic approach. *J Am Coll Surg* 2015 ; 221 : e93-e94.
9. **Balhara KS, Levin S, Cole G, et al.**
   Emergency department resource utilization during Ramadan: distinct and reproducible patterns over a 4-year period in Abu Dhabi. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med* 2018 ; 25 : 39-45.
10. **Banks PA, Freeman ML, the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology.**
    Practice Guidelines in Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2006 ; 101 : 2379-2400.
11. **Benameur M.**
    LES OCCLUSIONS INTESTINALES CHEZ L'ADULTE INTÉRET DE LA TOMODENSITOMÉTRIE. *SantetropicaleCom* n.d.
12. **Bener A, Derbala MF, Al-Kaabi S, et al.**
    Frequency of peptic ulcer disease during and after Ramadan in a United Arab Emirates hospital. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit* 2006 ; 12 : 105-111.
13. **Beyrout iMohamed I, Gargouri F, Gharbi A, et al.**
    Late post-operative adhesive small bowel occlusions. About 258 cases. *Tunis Med* 2006 ; 84 : 9-15.
14. **Bider D, Mashiach S, Dulitzky M, et al.**

Clinical, surgical and pathologic findings of adnexal torsion in pregnant and nonpregnant women. *Surg Gynecol Obstet* 1991 ; 173 : 363-366.

15. **Bollen TL, van Santvoort HC, Besselink MG, et al.**
The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited. *Br J Surg* 2008 ; 95 : 6-21.
16. **Bolognese A, Muttillo IA, Scopinaro F, et al.**
Biliscintigraphie contre échographie dans le diagnostic étiologique de la pancréatite aiguë. *J Chir (Paris)* 1996 ; 133 : 78-81.
17. **Borie F, Millat B.**
Laparoscopic treatment of common bile duct stones. *Ann Chir* 2003 ; 128 : 722-727.
18. **Bouassida M, Fadhel Chtourou M, Charrada H, et al.**
Cholécystectomies laparoscopiques pour cholécystites aiguës lithiasiques : facteurs prédictifs de conversion incluant le grade de sévérité de Tokyo 2013. *J Chir Viscérale* 2017 ; 154 : 248-252.
19. **Bourgaux J-F, Defez C, Muller L, et al.**
Infectious complications, prognostic factors and assessment of anti-infectious management of 212 consecutive patients with acute pancreatitis. *Gastroenterol Clin Biol* 2007 ; 31 : 431-435.
20. **Bourillon M.**
Impact du jeûne sur le flux de patients aux urgences ainsi que sur les pathologies diagnostiquées , 2018, 210-215.
21. **Brefort JL, Samama G, Roux YL, et al.**
Traitement laparoscopique de la lithiase de la voie biliaire principale. Étude de 56 cas. *Chirurgie* 1999 ; 124 : 38-44.
22. **Büchler MW, Baer HU, Brügger LE, et al.**
Surgical therapy of diffuse peritonitis: debridement and intraoperative extensive lavage. *Chir Z Alle Geb Oper Medizen* 1997 ; 68 : 811-815.
23. **Butt T, Khan HU, Ahmed I, et al.**
Emergency department attendance patterns during Ramadan. *Ann Saudi Med* 2016 ; 36 : 258-264.
24. **Cartier T, Sogni P, Perruche F, et al.**
Normal lipase serum level in acute pancreatitis: a case report. *Emerg Med J EMJ* 2006 ; 23 : 701-702.
25. **Chagneau-Derrode C, Silvain C.**
Abcès bactériens du foie. *Gastroentérologie Clin Biol* 2004 ; 28 : 470-476.
26. **Chong VH.**
Large Pyogenic Liver Abscess. *Ann Surg* 2006 ; 244 : 163.
27. **Clyde C, Bax T, Merg A, et al.**
Timing of intervention does not affect outcome in acute appendicitis in a large community practice. *Am J Surg* 2008 ; 195 : 590-592; discussion 592-593.

28. **Coulibaly Y, Kone O, Amadou I, et al.**

Hospital Acquired Infections at the Service of Pediatric Surgery in Gabriel Tour; Academic Hospital, Bamako, Mali. *Open J Pediatr* 2020 ; 10 : 185-193.

29. **Dembele B M.**
Etude des peritonites aigues generalisees dans les services de chirurgie generale et pediatrique de l'hopital Gabriel Toure 2005 : 115-115.
30. **Department of General Surgery, Ataturk University School of Medicine Erzurum, Turkey, Atamanalp SS, Peksoz R, et al.**
Sigmoid Volvulus and Ileosigmoid Knotting: An Update. *Eurasian J Med* 2023 ; 54 : S91-S96.
31. **Di Saverio S, Podda M, De Simone B, et al.**
Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg WJES* 2020 ; 15 : 27.
32. **Dieng M.**
OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUËS PAR BRIDES ET ADHÉRENCES SPONTANÉES OU INITIALES DE L'ADULTE : A PROPOS DE 17 OBSERVATIONS. ACUTE SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE TO SPONTANEOUS OR INITIAL BANDS AND ADHESIONS IN ADULT: A REPORT OF 17 CASES. *J Afr Chir Dig* 2007 ; VOLUME 07 — N°1 1er Semestre 2007.
33. **Dişçi E, Selçuk Atamanalp S.**
Factors precipitating volvulus formation in sigmoid volvulus. *Turk J Trauma Emerg Surg* 2022 ; 28 : 281-284.
34. **Dissa BA.**
Les péritonites aigues : aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques 2012.
35. **Donnan S.**
Etiology of appendicitis. *Br Med J* 1979 ; 1 : 1215.
36. **Dugernier T.**
Défaillance multiviscérale précoce associée à la pancréatite aiguë : stratégie thérapeutique chirurgicale ou conservatrice, Early multisystem organ failure associated with acute pancreatitis: conservative or surgical therapeutic strategy, *Réanimation* 2003 ; 12 : 401-413.
37. **Faroudy M, Mosadik A, Mouelhi S, et al.**
La pancréatite post-traumatique : à propos de quatre cas. *Ann Fr Anesth Réanimation* 2006 ; 25 : 652-656.
38. **Flum DR, McClure TD, Morris A, et al.**
Misdiagnosis of appendicitis and the use of diagnostic imaging. *J Am Coll Surg* 2005 ; 201 : 933-939.
39. **Frossard J-L, Steer ML, Pastor CM.**
Acute pancreatitis. *Lancet Lond Engl* 2008 ; 371 : 143-152.
40. **Frossard J-L, Von Laufen A, Dumonceau J-M, et al.**
Diagnostic et bilan étiologique d'une pancréatite aiguë. *Med Hyg* 2003 ; 2422 : 229-233.

41. **Gallix BP, Aufort S, Pierredon MA, et al.**

Une angiocholite : comment la reconnaître ? Quelles conduites à tenir ? *J Radiol* 2006 ; 87 : 430-440.

42. **Gulimwentuga FC, Kabakuli AN, Ndechu AB, et al.**
Les urgences chirurgicales néonatales à l'hôpital provincial général de référence de Bukavu en République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J* 2016 ; 24 : 219.
43. **Harouna Y, Yaya H, Abarchi H, et al.**
LES OCCLUSIONS INTESTINALES : Principales causes et morbi-mortalité à l'hôpital national de Niamey - Niger Etude prospective à propos de 124 cas. *Médecine Afr Noire* 2000.
44. **Hosoglu S, Aldemir M, Akalin S, et al.**
Risk factors for enteric perforation in patients with typhoid Fever. *Am J Epidemiol* 2004 ; 160 : 46-50.
45. **Hosseini SV, Torabijahromi M, Mosallaei M, et al.**
The effect of season and Ramadan fasting on the onset of acute cholecystitis.
46. **Huchon C, Fauconnier A.**
Adnexal torsion: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010 ; 150 : 8-12.
47. **Humeau J.**
Péritonites post opératoires: des bactéries multi résistantes mais pour autantlétales?: une étude de cohorte rétrospective monocentrique réalisée au CHU de Caen Normandie .
48. **Humes DJ, Simpson J.**
Acute appendicitis. *BMJ* 2006 ; 333 : 530.
49. **Huwart L, El Khoury M, Lesavre A, et al.**
What is the thickness of the normal appendix on MDCT?. *J Radiol* 2007 ; 88 :385-389.
50. **Ibara J-R, Ikobo LCO, Ibara BIA, et al.**
ABCES DU FOIE A GERMES PYOGENES ASPECTS CLINIQUES, MORPHOLOGIQUES ET ETIOLOGIQUES - A PROPOS DE 38 CAS. *Médecine Afr Noire* 2000.
51. **Jang SO, Kim BS, Moon DJ.**
Application of alvarado score in patients with suspected appendicitis. *Korean J Gastroenterol Taehan Sohwagi Hakhoe Chi* 2008 ; 52 : 27-31.
52. **Jiddou MM, Amar AM, Ahmed M, et al.**
PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES ABCES DU FOIE A PROPOS DE 40 CAS AU SERVICE DE ME-DECINE INTERNE DE LHOPITAL CHEIKH ZAYED. *Int J Adv Res* 2023 ; 11 : 1016-1034.
53. **Keli E, Blegole O, Casanelli J-M, et al.**
APPENDICECTOMIE COELIOSCOPIQUE : INTERET DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE A PROPOS DE 150 CAS 2005.
54. **Kessler N, Cyteval C, Gallix B, et al.**
Appendicitis: evaluation of sensitivity, specificity, and predictive values of US, Doppler US, and laboratory findings. *Radiology* 2004 ; 230 : 472-478.

55. **Keyzer C, Zalcman M, De Maertelaer V, et al.**

Comparison of US and unenhanced multi-detector row CT in patients suspected of having acute appendicitis. *Radiology* 2005 ; 236 : 527-534.

56. **Korkut E, Atamanalp SS.**
Factors triggering knot formation in ileosigmoid knotting. *Pak J Med Sci* 2022 ; 38 : 1714-1716.
57. **Langford EJ, Ishaque MA, Fothergill J, et al.**
The effect of the fast of Ramadan on accident and emergency attendances. *J R Soc Med* 1994 ; 87 : 517-518.
58. **Lankisch PG, Assmus C, Maisonneuve P, et al.**
Epidemiology of pancreatic diseases in Lüneburg County. A study in a defined german population. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP Al* 2002 ; 2 : 469-477.
59. **Laquière A.**
Pancréatite aiguë biliaire : comment et quand traiter la lithiase biliaire, *Acta Endosc* 2014 ; 44 : 388-392.
60. **Laraqui S, Hossini OL, Tripodi D, et al.**
Prévalences et facteurs de risque des troubles de la vigilance chez les routiers professionnels au Maroc. *Santé Publique* 2011 ; 23 : 89-100.
61. **Le Treut YP.**
Acute peritonitis. Physiopathology, etiology, diagnosis, development, treatment. *Rev Prat* 1993 ; 43 : 259-262.
62. **LÉVY P.**
PANCRÉATITE AIGUË : NUTRITION ARTIFICIELLE ET ANTIBIOTHÉRAPIE PRÉVENTIVE. POUR QUI ET COMMENT ? *Gastroentérologie Clin Biol* 2007 ; 31.
63. **Mallé OA.**
Péritonites au CSRéf de la Commune I de Bamako : aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques 2015.
64. **Mallick S, Klein JF.**
Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique: à propos d'une série observée dans l'Ouest Guyanais. *Médecine Trop Rev Corps Santé Colon* 2001 ; 61 : 491-4.
65. **Mangukiya DO, Darshan JR, Kanani VK, et al.**
A Prospective Series Case Study of Pyogenic Liver Abscess: Recent Trands in Etiology and Management. *Indian J Surg* 2012 ; 74 : 385-390.
66. **Martinowitz U, Kenet G, Segal E, et al.**
Recombinant activated factor VII for adjunctive hemorrhage control in trauma. *J Trauma* 2001 ; 51 : 431-438; discussion 438-439.
67. **Masson E.**
Brides et adhérences intrapéritonéales postopératoires : Réalités actuelles et futures. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/28199/brides-et-adherences-intraperitoneales-postoperato.
68. **Masson E.**

Appendicite aiguë. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/299632/appendicite-aigue.

69. Masson E.
Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/1619/appendicite-et-peritonite-appendiculaire-de-l-enfa.
70. Masson E.
Suspicion d'appendicite aiguë. Intérêt de l'examen tomodensitométrique hélicoïdal. Étude prospective chez 100 patients. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/5144/suspicion-d-appendicite-aigue-interet-de-l-examen-.
71. Masson E.
Physiopathologie, épidémiologie et histoire naturelle de la lithiase biliaire. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/1501/physiopathologie-epidemiologie-et-histoire-naturel.
72. Masson E.
Diagnostic de la lithiase biliaire et de ses complications. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/198625/figures/diagnostic-de-la-lithiase-biliaire-et-de-ses-compl.
73. Masson E.
La lithiase biliaire. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/98977/la-lithiase-biliaire.
74. Masson E.
Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/13361/traitement-chirurgical-de-la-lithiase-biliaire-et-.
75. Masson E.
Occlusions aiguës du grêle de l'adulte. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/237016/occlusions-aigues-du-grele-de-l-adulte.
76. Masson E.
Contusions hépatiques : diagnostic et traitement conservateur. EM-Consulte.https://www.em-consulte.com/article/23168/contusions-hepatiques-diagnostic-et-traitement-con.
77. Masson E.
Contusions abdominales graves : stratégie diagnostique et thérapeutique. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/12904/contusions-abdominales-graves-strategie-diagnostiq.
78. Masson E.
Traumatismes fermés du foie. Principes de technique et de tactique chirurgicales. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/1361248/traumatismes-fermes-du-foie-principes-de-technique.

79. Masson E.

Contusions et plaies de l'abdomen. EM-Consulte. n.d. https://www.em-consulte.com/article/61653/contusions-et-plaies-de-l-abdomen.

80. Masson E.
CO.126 La conférence de consensus 2001 sur la pancréatite aiguë (PA) a-t-elle modifié les pratiques professionnelles, 7 ans après la parution des recommandations ? EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/238183/co-126-la-conference-de-consensus-2001-sur-la-panc.
81. Masson E.
Pancréatites aiguës. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/1077378/pancreatites-aigues.
82. Masson E.
Pancréatite aiguë. Conclusions et recommandations du jury - texte court. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/123589/pancreatite-aigue-conclusions-et-recommandations-d.
83. Masson E.
Imagerie des pancréatites aiguës. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/23181/imagerie-des-pancreatites-aigues.
84. Masson E.
Pancréatite aiguë nécrosante. EM-Consulte. n.d. https://www.em-consulte.com/article/8905/pancreatite-aigue-necrosante.
85. Masson E.
Pancréatite aiguë : diagnostic, pronostic et traitement. EM-Consulte. n.d. https://www.em-consulte.com/article/1513/pancreatite-aigue-diagnostic-pronostic-et-traiteme.
86. Masson E.
Traitement endoscopique, percutané et coelioscopique des pancréatites aiguës biliaires. EM-Consulte. https://www.em-consulte.com/article/8755/article/traitement-endoscopique-percutane-et-coelioscopiqu.
87. Masson E.
Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. EM-Consulte. n.d. https://www.em-consulte.com/article/13361/traitement-chirurgical-de-la-lithiase-biliaire-et-.
88. Masson E.
Abcès non parasitaires du foie Diagnostic et conduite à tenir. EM-Consulte. n.d. https://www.em-consulte.com/article/1446/abces-non-parasitaires-du-foie-diagnostic-et-condu.
89. Masson E.
L'abcès du foie vu par le radiologue : du diagnostic au traitement. EM-Consulte. n.d. https://www.em-consulte.com/article/99946/l-abces-du-foie-vu-par-le-radiologue-du-diagnosti.
90. Masson E.

Abcès à pyogènes du foie. Diagnostic et prise en charge. EM-Consulte. n.d. https://www.em-consulte.com/article/196083/abces-a-pyogenes-du-foie-diagnostic-et-prise-en-ch.

91. **Masson E.**
Traitement des abcès du foie. EM-Consulte. n.d. https://www.em-consulte.com/article/22154/traitement-des-abces-du-foie.

92. **Mennecier D, Pons F, Arvers P, et al.**
Incidence and severity of non alcoholic and non biliary pancreatitis in a gastroenterology department. *Gastroentérologie Clin Biol* 2007 ; 31 : 664-667.

93. **Mezhir JJ, Fong Y, Jacks LM, et al.**
Current management of pyogenic liver abscess: surgery is now second-line treatment. *J Am Coll Surg* 2010 ; 210 : 975-983.

94. **Morin SH, Lim AK, Cobbold JF, et al.**
Use of second generation contrast-enhanced ultrasound in the assessment of focal liver lesions. *World J Gastroenterol WJG* 2007 ; 13 : 5963-5970.

95. **Ng W-C, Li W-H, Cheung M-T.**
Audit of management of pyogenic liver abscess in a tertiary referral hospital. *Surg Pract* 2008 ; 12 : 7-10.

96. **Niani PM, Diakité DI, Diallo P G.**
Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT) n.d.

97. **Nikou GC, Arnaoutis TP, Giamarellos-Bourboulis E J, et al.**
The significance of the dosage adjustment of octreotide in the treatment of acute pancreatitis of moderate severity. *Hepatogastroenterology* 2001 ; 48 : 1754-1757.

98. **Oguntola AS, Adeoti ML, Oyemolade TA.**
Appendicitis: Trends in incidence, age, sex, and seasonal variations in South-Western Nigeria. *Ann Afr Med* 2010 ; 9 : 213-217.

99. **Pachter HL, Knudson MM, Esrig B, et al.**
Status of nonoperative management of blunt hepatic injuries in 1995: a multicenter experience with 404 patients. *J Trauma* 1996 ; 40 : 31-38.

100. **Pearce N, Knight R, Irving H, et al.**
Non-operative management of pyogenic liver abscess. *HPB* 2003 ; 5 : 91-95.

101. **Pirro N, Berdah SV.**
Appendicitis: yes or no to laparoscopic approach?. *J Chir (Paris)* 2006 ; 143 : 155-159.

102. **Podevin G, Barussaud M, Leclair M-D, et al.**
Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant. *EMC - Pédiatrie* 2005 ; 2 : 211-219.

103. **Pottecher T, Segura P, Launoy A.**
Abdominal compartment syndrome. *Ann Chir* 2001 ; 126 : 192-200.

104. **PS D, Ba P, Ndoye jean-marc, et al.**

Prise en charge diagnostique des abdomens aigües non traumatiques au service des urgences de l'hôpital général de Grand-Yoff : à propos de 504 cas. *Bull Med Owendo 2011 1337* 2011 ; 13 : 42-46.

105. **Rahman GA, Abubakar AM, Johnson AW, et al.**
Typhoid ileal perforation in Nigerian children: an analysis of 106 operative cases. *Pediatr Surg Int* 2001 ; 17 : 628-630.

106. **Rey P, Andriamanantena D, Carrere C, et al.**
Pancréatite aiguë récidivante idiopathique: Chercher une maladie intestinale chronique inflammatoire. *Presse Médicale* 2004 ; 33 : 1437-1438.

107. **Rh B, M B, Pa D, et al.**
Classifying patients suspected of appendicitis with regard to likelihood. *Am J Surg* 2006 ; 191.

108. **Richards JR, McGahan JP, Pali MJ, et al.**
Sonographic Detection of Blunt Hepatic Trauma: Hemoperitoneum and Parenchymal Patterns of Injury. *J Trauma Acute Care Surg* 1999 ; 47 : 1092.

109. **Röthlin MA, Näf R, Amgwerd M, et al.**
Ultrasound in blunt abdominal and thoracic trauma. *J Trauma* 1993 ; 34 : 488-495.

110. **Sainio V, Kemppainen E, Puolakkainen P, et al.**
Early antibiotic treatment in acute necrotising pancreatitis. *Lancet Lond Engl* 1995 ; 346 : 663-667.

111. **Sogoba G, Katile D, Sangaré S, et al.**
Présentation Clinique, Traitement et Évolution des Péritonites Aiguës Généralisées à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes au Mali. *Health Sci Dis* 2021 ; 22.

112. **Suzuki H, Mochiki E, Haga N, et al.**
Effect of Duodenectomy on Gastric Motility and Gastric Hormones in Dogs. *Ann Surg* 2001 ; 233 : 353-359.

113. **Szatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, et al.**
Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. *Drugs* 2022 ; 82 : 1251-1276.

114. **Tan Y-M, Chung AY-F, Chow PK-H, et al.**
An Appraisal of Surgical and Percutaneous Drainage for Pyogenic Liver Abscesses Larger Than 5 cm. *Ann Surg* 2005 ; 241 : 485-490.

115. **Texier F, Couignoux S, Duval A, et al.**
Pancréatite aiguë alcoolique nécrotico-hémorragique avec signes de Grey Turner et de Cullen. *Gastroentérologie Clin Biol* 2004 ; 28 : 811-2.

116. **Tsai H-M, Shan Y-S, Lin P-W, et al.**
Clinical analysis of the predictive factors for recurrent appendicitis after initial nonoperative treatment of perforated appendicitis. *Am J Surg* 2006 ; 192 : 311-316.

117. **Tsiotos GG, Luque-de León E, Söreide JA, et al.**

Management of necrotizing pancreatitis by repeated operative necrosectomy using a zipper technique. *Am J Surg* 1998 ; 175 : 91-98.

118. **Wang D, Dong T, Shao Y, et al.**
Laparoscopy versus open appendectomy for elderly patients, a meta-analysis and systematic review. *BMC Surg* 2019 ; 19 : 54.
119. **Wysocki A, Krzywoń J.**
Causes of intestinal obstruction. *Przegl Lek* 2001 ; 58 : 507-508.
120. **Wysocki AP, Carter CR.**
Acute pancreatitis. *Surg - Oxf Int Ed* 2007 ; 25 : 49-56.
121. **Yardeni D, Hirschl RB, Drongowski RA, et al.**
Delayed versus immediate surgery in acute appendicitis: do we need to operate during the night? *J Pediatr Surg* 2004 ; 39 : 464-469; discussion 464-469.
122. **Zazzo JF.**
Pancréatite aiguë : nutrition artificielle n.d.
123. **Zerbib P, Brams A, Chambon JP.**
Les fractures isthmiques du pancréas. *Ann Chir* 2001 ; 126 : 421-426.
124. **Zimogo S, Koïta A, Diakité S, et al.**
Appendicectomies par cœlioscopie à Bamako. *J Afr Hépato-Gastroentérologie* 2012 ; 6.
125. **SIMAMRI N.**
Urgences viscérales non obstétricales de la femme jeune
N°169, Marrakech http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2017/these169-17.pdf.
126. **TELLABI H.**
La prise en charge des pancréatites aiguës au service de chirurgie générale de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech, N°324,http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2023/these324-23.pdf
127. **ABU QADOURAH H.**
Prise en charge des abcès hépatiques :Expérience du service de chirurgie générale de l'HMA, N°210, http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2021/these210-21.pdf
128. **ANAJJAR M.**
Manuel des urgences chirurgicales viscerales non traumatiques,N°255,Rabat.
129. **NASSAF O.**
Appendicite aigue : Appendicectomie Coelioscopique vs conventionnelle,N°61
http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2021/these61-21.pdf
130. **ELASBAHANI Y.**
Les traumatismes de l'abdomen, N°99, Marrakech
131. **Badji N, Akpo G, Deme H, Toure M , Ly M , Ndong B , Niang H.**
Place de la bili-IRM dans le diagnostic etiologique des icteres cholestatiques à Dakar - PMC.

132. **Wikipédia .**

Ramadan. 2024.

133. **Malle, O.A.**
Péritonites au CSREF de la commune I de Bamako Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Thèse méd, Bamako-N °14. - References - Scientific Research Publishing. n.d. (2015)

134. **EL JABRI N.**
L'appendicite aigue chez l'enfant (à propos de 125 cas) - Centre Hospitalier Universitaire Hassan II .

135. **BOUILLOT J.L, AOUAD K , Alamowitch B , THOMAS F, SELLAM P, FOURMESTRAUX J , BETHOUX J.P, ALEXANDRE J.H.**
Appendicectomie laparoscopique chez l'adulte

136. **SAMEER A S .**
Outcome of delaying appendectomy more than 12 hours

137. **Piper H, Rusnak C, ORROM W, HAYASHI A, CUNNIGHAM J.**
Current management of appendicitis at a community center, how can we improve? .

138. **ROLAND A.**
Incidence of appendicitis during pregnancy | International Journal of Epidemiology | Oxford Academic.

139. **WIND P.**
Appendicite aiguë Antibiotiques ou chirurgie. FMC-HGE.

140. **FERGUSSON J, HILTOS K, SIMPSON E.**
Utility of white cell count and ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis .

141. **ABOU NADER J, GHARIOS J, ABBOUD B, TOHME C .**
Prise en Charge des Appendicites Compliquées d'un Abcés ou d'un Plastron Expérience de l'Hôpital Hôtel-Dieu de France - Beyrouth.

142. **BARGY F, BEAUDOIN S.**
Urgences chirurgicales du nouveau-né et du nourrisson - EM consulte.

143. **MAKELA J, HEINONEN E, KIVINIEMI H,LAURILA J, LAITINEN S.**
A prospective trial of computed tomography and ultrasonography for diagnosing appendicitis in the atypical patient - PubMed.

144. **ASLAN S, OZEK M H.**
A Rare Cause of Acute Abdomen: Stump Appendicitis after Laparoscopic Appendectomy.

145. **SAPIN E , JOYEUX L.**
L'appendicite aiguë de l'enfant en 2008 .

146. **COBBEN L P, DE VAN OTTERLOO A M , PUYLAERR J B.**
Spontaneously resolving appendicitis: frequency and natural history in 60 patients .

147. **HAROUNA Y, ALI L , SEIBOU A , ABDOU I, GAMATIE Y, RAKOTOMALALA J, HABIBOU A , BAZIRA.**
Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger). *Médecine Afr Noire* 2001.

153. **GARAL F, LORAND I , MOLINIER N , SALES J P.**

Résultats du traitement des ulcères perforés par coelioscopie. - Les e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie .

154. **KAMBIRE J L , CYPRIEN Z, SANOU B G , KAMBOU T.**
Étiologies et pronostic des péritonites secondaires au centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) .

155. **Cougard P, Barrat C , Gayral F, Cadière G B , Meyer C , Fagniez L , Bouillot J L , Boissel P, Samama, Champault G ,**
et la Société française de chirurgie laparoscopique (SFCL).
Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Résultats d'une étude rétrospective multicentrique .

156. **Cyprien Z, Hermann B, Ouangre E , Zida M, Sanon G, Barro D, Yabre N , Traore S.**
Epidemiological, Etiological, Therapeutic and Evolutionary Aspects of Acute Surgical Abdomens Operated at the University Hospital of Bobo-Dioulasso.

157. **Tounkara C, Malle O, Togola M, Samake H, Soumare L, Koumare S, Sanogo Z, Sangare D.**
Acute Peritonitis at the CSRef of the Commune I in the District of Bamako: Signs, Diagnosis and Treatment.

158. **TRAORE L S.**
ETUDE DES PERITONITES AIGUES AU CHU DE KATI.

159. **MBIYAVANCA B.**
Facteurs prédictifs de mortalité dans les péritonites aiguës généralisées à l'hôpital de l'amitié sino-congolaise de Ndjili.

160. **Felix Poilleux.**
Semiologie chirurgicale t.2 ; 4e edition - Lavoisier Medecine Sciences ,Pavé dans la Mare ELANCOURT.

161. **MERCIER O.**
Peritonite Aigue ,Médecine clinique ,Maladies et troubles.

162. **Sanou, D., Sanou, A. and Kafando, R.**
Les perforations iléales d'origine typhique difficultés diagnostiques et thérapeutiques à propos de 239 cas. Burkina Médical, 1, 17-20.

163. **Pomata M , Vargiu N, Martinasco L , Licheri S, Erdas E, Zonza C , Pisano G.**
Our experience in the diagnosis and treatment of diffuse peritonitis.

164. **SISSOKO F, ONGOÏBA N, BERETE S, DIARRA S, COULIBALY Y, DOUMBIA D, SIDIBE S, TRAORE A.Kr dit DIOP, KOUMARE A.K.**
Les peritonites par perforation ileale e n chirurgie « b » de l'hopital du point« g ».

165. **Kouame et al.**
Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.

166. **KHOSROVANI C , KOHEN M, GUIBERTEAU B , LE NEEL J C .**

Perforation of duodenopyloric ulcers. Prognostic factors and therapeutic choices. Retrospective study of 140 patients.

167. ATTASARANYA S , L FOGEL E , A LEHMAN G.
Choledocholithiasis, ascending cholangitis, and gallstone pancreatitis - PubMed.

168. MACRI A , SCUDERI G , SALADINO E , TRIMARCHI G, TERRANOVA M , A VERSACI A , FAMULARI C .
Acute gallstone cholecystitis in the elderly: treatment with emergency ultrasonographic percutaneous cholecystostomy and interval laparoscopic cholecystectomy .

169. AGADZHANOV V G, SHULUTKO A M , KAZARYAN A M.
Chirurgie de la lithiase biliaire principale par minilaparotomie .

170. KOLLA S B , AGGARWAL S, KUMAR A , KUMAR R, CHUMBER S , PARSHAD R , SEENU V.
Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a prospective randomized trial.

171. SINHA S , KAUSHIK R, YADAV T D, SHARMA R , ATTRI A K .
Mechanical bowel obstruction: the Chandigarh experience .

172. SIDIBE M B.
Aspects épidémiologiques clinique set prise en charge des occlusions intestinales aigues mécaniques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

173. SHIMOU I.
Les occlusions intestinales aigues a propos de 103 cas, Marrakech.

174. BEDIOUI H , DAGHFOUS A , AYADI M , NOOMEN R , CHBBI F , REBAI W, MAKNI A , FTERICHE F, KSANTINI R ,AMMOUS A , JOUINI M , KACEM M , BENSAFTA Z.
A report of 15 cases of small-bowel obstruction secondary to phytobezoars: predisposing factors and diagnostic difficulties .

175. ROSCHER R, FRANK R , BAUMANN A , BEGER H G .
Results of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine.

176. ADESUNKANMI A R , AGBAKWURU E A .
Changing pattern of acute intestinal obstruction in a tropical African population.

177. CHEVALLIER P, DENYS A , SCHMIDT S , NOVELLAS S, SCHNYDER P, BRUNETON J N.
Valeur du scanner dans l'occlusion mécanique de l'intestin grêle .

178. OUAISSI M, GAUJOUX S , VEYRIE N .
Les adhérences postopératoires après chirurgie digestive et leurs préventions : revue de la littérature .

179. SRIVASTAVA A R, KUMAR S, AGARWAL G G , RANJAN P.
Blunt abdominal injury: serum ALT-A marker of liver injury and a guide to assessment of its severity .

180. SIKHONDZE W L . MADIBA T E, NAIDOO N M , MUCKART D.
Predictors of outcome in patients requiring surgery for liver trauma .

181. TAOUREL P, VERNHET H, SUAU A , GRANIER C , LOPEZ F M , AUFORT S .

Vascular emergencies in liver trauma .

182. **DOUMA H.**
Les traumatismes fermés du rein : expérience du service d'urologie CHU Mohammed VI entre 2009 et 2020 (à propos de 104 cas).

183. **DOUMBIA S.**
Les perforations gastriques et duodénales d'origine ulcéreuse dans le service de Chirurgie « A » du CHU du point G.

184. **LEVY P.**
Recommandations internationales sur la pancréatite aiguë. FMC-HGE.

185. **DUIJNHOUWER A L , LEUKEN M , JAGER C P.**
A patient with a large peri-umbilical bruise and acute abdominal pain. Neth j medicine 2007 .

186. **ISENMANN R , RAU B , BEGER H G.**
Early severe acute pancreatitis: characteristics of a new subgroup .

187. **GLOOR B , MULLER C A, WORNI M , MARTIGNONI M E , UHL W , BUCHLER M W.**
Late mortality in patients with severe acute pancreatitis .

188. **LAQUIERE A.**
Pancréatite aiguë biliaire : comment et quand traiter la lithiase biliaire ? FMC-HGE.

189. **AKHTAR A J , SHAHEEN M .**
Extrapancreatic manifestations of acute pancreatitis in African-American and Hispanic patients .

190. **BELLARA I L , AMARA H , HABLANI N , HARZALLAH L , ABBASSI D B , KRAIEM C .**
Pancréatite aiguë d'origine hydatique : à propos d'un cas .

191. **AI TOMA A , VERMEIJDEN R , VAN DE WIEL A.**
Acute pancreatitis complicating intrabiliary rupture of liver hydatid cyst .

192. **MAKELA J T, EILA H, KIVINIEMI H, LAURILA J , LAITINEN S .**
Computed tomography severity index and C-reactive protein values predicting mortality in emergency and intensive care units for patients with severe acute pancreatitis .

193. **ARVIEUX C , LETOUBLON C .**
Traumatismes du pancréas. Principes de techniques et de tactique chirurgicales .

194. **DELCENSERIE R , YZET T , DUCROIX J P .**
Prophylactic antibiotics in treatment of severe acute alcoholic pancreatitis .

195. **Banks et al.**
Practice Guidelines in Acute Pancreatitis.pdf , 2006 .

196. **FORSMARK C E, BAILLIE J , AGA Institute clinical practice and economics committee, AGA institute governing board.**
AGA Institute technical review on acute pancreatitis .

197. **BRAHIMI A ,**
PANCREATITE AIGUE (A propos de 305 cas.

198. **MELZI G, MERLINI G, FINAZZI S , BOSONI T.**

Procalcitonin Is Not a Reliable Marker for the Assessment of Severity in Acute Pancreatitis without Infectious Complications.

199. IBN MAHJOUB HASSANI D.
LES PANCRÉATITES AIGUES GRAVES SURINFECTÉES : PLACE DE LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE.
200. RAU B , PRALLE U , UHL W , SCHENBERG M H , BEGER H G.
Management of sterile necrosis in instances of severe acute pancreatitis .
201. MATULL W R , PEREIRA S P , O'DONOHUE J W.
Biochemical markers of acute pancreatitis .
202. MOUHAJIR N , BENELKHAIAT R.
Les pancréatites aigues à propos de 100 cas, 2008.
203. GALLAGHER S F , JUN YANG , BAKSH K , HAINES K , CARPENTER H , EPLINGBRUNETTE , PENG Y , NORMAN J.
Acute pancreatitis induces FasL gene expression and apoptosis in the liver.
204. LAYEC S , STEFANESCU C , CORCOS O , AMIOT A , PINGENOT I, MESSING B, JOLY F.
Les vraies indications de la nutrition parentérale. FMC-HGE. 2011.
205. GHOSH S , SHARMA S , GADPAYLE A K , GUPTA H K , MAHAJAN R K , SAHOO R , KUMAR N.
Clinical, laboratory, and management profile in patients of liver abscess from northern India .
206. HENEGHAN H M , HEALY N A , MARTIN S T , RYAN S R , NOLAN N , TRAYNOR O , WALDRON R.
Modern management of pyogenic hepatic abscess: a case series and review of the literature .
207. ABUSEDEDRA M A , EL BADRY A M.
Percutaneous treatment of large pyogenic liver abscess .
208. O'FARRELL N , COLLINS C G , MCENTEE G P.
Pyogenic liver abscesses: diminished role for operative treatment.
209. BECKER K, SNIDER R , NYLEN E S.
Procalcitonin assay in systemic inflammation, infection, and sepsis: clinical utility and limitations
210. RUOT B , BECHEREAU F , BAYLE G ,BREUILLE, OBLED C.
The response of liver albumin synthesis to infection in rats varies with the phase of the inflammatory process .
211. PAPPALARDO E , PAUTRAT K , DUVAL K, BOUDIAF M, BERGMANN J F , VALLEUR P.
Étiologie des abcès du foie: 2. Étiologie mysterieuse…
212. YU MENG T , CHEE S , SOO C K , CHOW P.
Ocular manifestations and complications of pyogenic liver abscess
213. BERGMANN T K , VINDING K , HEY H.
Multiple hepatic abscesses due to Yersinia enterocolitica infection secondary to primary haemochromatosis .

214. LEDERMAN E R , CRUM F.

Pyogenic liver abscess with a focus on Klebsiella pneumoniae as a primary pathogen: an emerging disease with unique clinical characteristics.

215. WOJCICKI M , MILKIEWICZ P , SILVA M.
Biliary tract complications after liver transplantation: a review .

216. YU S , METREWELI C , LEE P.
Treatment of pyogenic liver abscess: prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration.

217. BOCCACCINI H , CLAUDON M , BLUM A . REGENT D.
Imagerie-des-lésions-infectieuses-et-parasitaires-du-foie.

218. HUCHON C , FAUCONNIER A.
Adnexal torsion: a predictive score for pre-operative diagnosis .

219. BERNHARD L M , KLEBBA P K , GRAY D L , MUTCH D G.
Predictors of persistence of adnexal masses in pregnancy .

220. CONDOUS G , KHALID A , OKARO E, BOURNE T.
Should we be examining the ovaries in pregnancy? Prevalence and natural history of adnexal pathology detected at first-trimester sonography .

221. SHADINGER L L , ANDREOTTI R F , KURIAN R L.
Preoperative sonographic and clinical characteristics as predictors of ovarian torsion.

222. NIZAR K , DEUTSH M , FILMER S , WEIZMAN B , BELOOSESKY R , WEINER Z.
Doppler studies of the ovarian venous blood flow in the diagnosis of adnexal torsion .

223. PENA J E , UFBERG D , COONEY N , DENIS A L.
Usefulness of Doppler sonography in the diagnosis of ovarian torsion.

224. HILLER N , APPELBAUM L, SIMANOVSKY N, LEV-SAGI A, AHARONI D , SELLA T.
CT features of adnexal torsion .

225. GALINIER P , CARFAGNA L , DELSOL M , BALLOUHEY Q , LEMASSON F .
Ovarian torsion. Management and ovarian prognosis: a report of 45 cases .

226. BOGDAN A , BOUCHAREB B , TOUITOU Y.
Ramadan fasting alters endocrine and neuroendocrine circadian patterns. Meal-time as a synchronizer in humans?.

227. JABLONSKI K, GUAGLIARDOM.
Pediatric appendicitis rupture rate: a national indicator of disparities in healthcare access | Population Health Metrics .

228. MAURER C A , RENZULLI P, WILDI S, SCHNEIDER M.
Epidemiology, Etiology and Pathogenesis of Acute Appendicitis , Acute Appendicitis: Standard Treatment or Laparoscopic Surgery?International Meeting, Bern, May 1997

229. POITRAS P, PEETERS T L.
Motilin

230. AKSUNGAR F B , TOPKAYA A E , AKYILDIZ.

Interleukin-6, C-reactive protein and biochemical parameters during prolonged intermittent fasting https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17374948/.

231. **HOSSEINI S V , TORABIJAHROUMI M, MOSALLAREI M , SABET B, POURAHMAD S.**
The effect of season and Ramadan fasting on the onset of acute cholecystitis | babak sabet - Academia.edu.

232. **HORNE J, REYNER L.**
Vehicle accidents related to sleep: a review - PubMed. n.d. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10472301/.

233. **CONNOR J, NORTON R, AMERATUNGA S, ROBINSON E, CIVIL I, DUNN R, BAILEY J, JACKSON R.**
Driver sleepiness and risk of serious injury to car occupants: population based case control study ,https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12003884/.

234. **Shanks NJ, Ansari M, Al-Kalai D.**
Road traffic accidents in Saudi Arabia. Public Health 1994 -

235. **DROZDINSKY G et al.**
Attention aux pancréatites aiguës durant le Ramadan. Attention aux pancréatites aiguës durant le Ramadan | Univadis

قسم الطبيب :

أقْسِم بِالله العَظِيم

أن أراقبَ الله في مِهْنَتِي.

وأن أصُونَ حياة الإنسان في كآفّة أطوَارهَا في كل الظروف والأحَوال باذلا وسْعِي في إنقاذها مِن الهَلاك ِوالمرَضِ و الألَم والقَلَق.

وأن أحفَظَ لِلنَاسِ كرَامَتهُم، وأسْتر عَوْرَتهُم، و أكتمَ سِرَّهُمْ.

وأن أكونَ عَلى الدوَام من وسائِل رحمة الله، باذلا رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسَخِّرَه لِنَفْعِ الإِنْسَان لا لأذَاه.

وأن أُوَقّر َمَن عَلَّمَني، وأُعَلّمَ مَن يصغرني، وأكون أخا لِكُلِّ زَميلٍ في المِهنَةِ الطِّبِّيَة مُتعَاونِينَ عَلى البرِّ و التقوى.

وأن تكون حياتي مِصْدَاق إيماني في سِرّي وَعَلانيَتي ،نَقِيَّة مِمّا يشينها تجَاهَ الله وَرَسُولِهِ وَالمؤمِنين.

والله على ما أقول شهيد

كلية الطب والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - MARRAKECH
MARRAKECH
جامعة القاضي عياض
UNIVERSITÉ CADI AYYAD

سنة 2024

أطروحة رقم 425

الحالات الاستعجالية في جراحة الجهاز الهضمي: دراسة وصفية رجعية على مدى أربع سنوات

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم **2024/11/08**

من طرف:

السيدة: مريم موسيد.

المزدادة بتاريخ 21 شتنبر 1999 بقلعة السراغنة.

طبيبة داخلية سابقة في المستشفى الجامعي محمد السادس.

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الحالات الاستعجالية-الصوم-شهر رمضان-التهاب الزائدة الدودية الحاد-إتهاب الصفاق الحاد

اللجنة

السيد	ر .بن الخياط أستاذ في الجراحة العامة	الرئيس
السيد	ي .نرجس أستاذ في الجراحة العامة	المشرف
السيدة	أ.الحمري أستاذة في الجراحة العامة	الحكام
السيد	م الخلوقي أستاذ في الإنعاش والتخدير	