



Scan to know paper details and
author's profile

Acute Intestinal Obstruction: Diagnostic and Therapeutic Aspects at the Sino Central African Friendship University Hospital in Bangui, Central African Republic

Doul Doumgba Antoine, Ngboko Mirotiga Pétula Annicette, Dibertbekoy Nouganga Emmanuel, Kaltouma Befio Larissa, Ndakala Serge Augustin & Ngouyombo Alexandre

ABSTRACT

Objective: To describe the diagnostic and therapeutic aspects of acute intestinal obstruction in the general surgery department of the Sino-Central African Friendship University Hospital in Bangui.

Patients and Method: This is a descriptive retrospective study over 5 years (2015-2019). The records of patients operated on for acute intestinal obstruction were used as well as hospitalization registers and operating reports.

Results: Acute bowel obstruction accounted for 9.4% (n=150) of abdominal surgical emergencies (n=1598). The number of patients included 98 men (65.3%) and 52 women (34.7%). The mean age was 45.52 years (standard deviation $\pm$ 14.6).

Keywords: intestinal clamps, intestinal obstructions, surgical emergency, central african republic les occlusions intestinales aiguës: aspects diagnostiques et thérapeutiques au CHU de l'amitié sino centrafricaine à bangui, république centrafricaine rubrique: article original.

Classification: DDC Code: 617.0231 LCC Code: RD99

Language: English



LJP Copyright ID: 392842

London Journal of Medical and Health Research

Volume 22 | Issue 6 | Compilation 1.0



© 2022. Doul Doumgba Antoine, Ngboko Mirotiga Pétula Annicette, Dibertbekoy Nouganga Emmanuel, Kaltouma Befio Larissa, Ndakala Serge Augustin & Ngouyombo Alexandre. This is a research/review paper, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncom-mercial 4.0 Unported License <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>, permitting all noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Acute Intestinal Obstruction: Diagnostic and Therapeutic Aspects at the Sino Central African Friendship University Hospital in Bangui, Central African Republic

Les occlusions intestinales aiguës : aspects diagnostiques et thérapeutiques au CHU de l'Amitié Sino Centrafricaine à Bangui, République Centrafricaine

Doul Doumamba Antoine^a, Ngboko Mirotiga Pétula Annicette^o.

Dibertbekoy Nouganga Emmanuel^p, Kaltouma Befio Larissa^{co}, Ndakala Serge Augustin^y & Ngouyombo Alexandre^s

Author ^a ^o ^{co} ^y ^s: Service de chirurgie générale et viscérale. CHU de l'Amitié Sino centrafricaine de Bangui ? RCA.

p: Service de Chirurgie générale. CHU Maman Elisabeth Domitien de BIMBO.

Correspondance: Dr. Doui Doumamba Antoine, Chirurgien Maître de Conférences Agrégé. Chef de service de Chirurgie Générale et Viscérale. CHU de l'Amitié Sino Centrafricaine. Bangui. RCA. Tel: 0023675 505953.

ABSTRACT

Objective: to describe the diagnostic and therapeutic aspects of acute intestinal obstruction in the general surgery department of the Sino-Central African Friendship University Hospital in Bangui.

Patients and Method: This is a descriptive retrospective study over 5 years (2015-2019). The records of patients operated on for acute intestinal obstruction were used as well as hospitalization registers and operating reports.

Results: Acute bowel obstruction accounted for 9.4% (n=150) of abdominal surgical emergencies (n=1598). The number of patients included 98 men (65.3%) and 52 women (34.7%). The mean age was 45.52 years (standard deviation $\pm$ 14.6). 51.3% of patients had a history of surgery (n=77) including appendectomy (n=58). The average consultation time was 28.7 hours. The functional signs consisted of abdominal pain (76.7%), cessation of matter and gas (68.0%) and vomiting (94%). The patients were asthenic (32.6%) and had abdominal meteorism (98.6%) associated with abdominal defense (83.3%). The radiological signs were diffuse opacity (41.3%),

pneumoperitoneum (30%) or fluid levels (28.7%). At laparotomy, the obstacle was located on the colon (82.6%) and the intestine (17.3%). The main causes of obstruction were bridles and adhesions (52%), colon tumors (21.3%), intestinal necrosis (13.3%). The procedures performed were adhesiolysis to cut intestinal adhesions and bridles (37%). Colectomy was performed for colon tumors (29%), and resected necrotic loops followed by anastomosis (20%). The average stay was 13 days. Overall mortality was 14% (n=21).

Conclusion: Acute intestinal obstruction affects young adults with a male predominance. The obstacle sits mainly on the colon. Postoperative bridles and adhesions represent the main cause with high mortality. Management must be early by a multidisciplinary team.

Keywords: intestinal clamps, intestinal obstructions, surgical emergency, central african republic Les occlusions intestinales aiguës: aspects diagnostiques Et thérapeutiques au CHU De l'Amitié sino centrafricaine À bangui, république centrafricaine rubrique: Article Original.

RESUME

Objectif: décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques des occlusions intestinales aiguës au service de Chirurgie générale et viscérale du CHU de l'Amitié Sino-Centrafricaine à Bangui

Patients et méthode: Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur 5 ans (2015-2019). Les dossiers des patients opérés d'occlusion intestinale aiguë ont été exploités ainsi que les registres d'hospitalisation et, -des comptes rendus opératoires.

Résultats: Les occlusions intestinales aiguës représentaient 9,4% (n=150) des urgences chirurgicales abdominales (n=1598). L'effectif comptait 98 hommes (65,3 %) et 52 femmes (34,7 %). L'âge moyen était de 45,52 ans (Ecart type $\pm 14,6$). 51,3% des patients avaient un antécédent chirurgical (n=77) dont l'appendicectomie (n=58). Le délai de consultation était en moyenne de 28,7 heures. Les signes fonctionnels étaient constitués de douleur abdominale (76,7%), d'arrêt des matières et des gaz (68,0%) et des vomissements (94%). Les patients étaient asthéniques (32,6%) et présentaient un météorisme abdominal (98,6%) associé à une défense abdominale (83,3%). Les signes radiologiques étaient une opacité diffuse (41,3%), un pneumopéritoine (30%) ou des niveaux hydro-aériques (28,7%). A la laparotomie, l'obstacle siégeait sur le côlon (82,6%) et l'intestin (17,3%). Les principales causes de l'occlusion étaient les brides et adhérences (52%), les tumeurs du côlon (21,3%), les nécroses intestinales (13,3%). Les gestes réalisés étaient une adhésiolyse pour sectionner les adhérences et brides intestinales (37%). La colectomie était réalisée pour les tumeurs coliques (29%), et les anses nécrosées réséquées suivi d'anastomose (20%). Le séjour moyen était de 13 jours. La mortalité globale était de 14% (n=21).

Conclusion: L'occlusion intestinale aiguë touche les adultes jeunes avec une prédominance masculine. L'obstacle siège principalement sur le colon. Les brides et adhérences post opératoires représentent la principale cause avec une mortalité élevée. La prise en charge doit être précoce par une équipe multidisciplinaire.

Mots-clés: brides intestinales, occlusions intestinales, urgence chirurgicale. centrafricaine.

I. INTRODUCTION

L'occlusion intestinale aiguë est un arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz au niveau un segment quelconque du tube digestif [1]. L'occlusion intestinale est la pathologie chirurgicale de l'intestin grêle la plus fréquemment rencontrée. En France l'occlusion intestinale de l'adulte représente 10% des étiologies des syndromes douloureux abdominaux chirurgicaux dont elle est la troisième cause après l'appendicite [2]. A Bangui en République Centrafricaine, les occlusions intestinales représentent 35% des urgences chirurgicales et occupent la seconde position après les appendicites aiguës [3].

L'occlusion intestinale peut s'observer à tous les âges de la vie. Bien que le plus souvent bénigne et pouvant être spontanément résolutive dans certains cas, il s'agit d'une situation potentiellement grave aux conséquences parfois catastrophiques pour le patient en cas de prise en charge initiale suboptimale et ou de retard de diagnostic voire d'intervention chirurgicale tardive.

L'occlusion intestinale doit être considérée comme une urgence thérapeutique car elles aboutissent en règle à la mort en absence d'un geste thérapeutique urgent et efficace [4]. L'évolution et l'optimisation de la prise en charge de l'occlusion intestinale ont toutefois permis d'en réduire la mortalité globale à 3% à 6% de nos jours alors qu'au début du 20^e siècle celle-ci atteignait encore 60 % [5]. En présence d'une occlusion intestinale aiguë, la question qui se pose reste celle de l'indication chirurgicale et du moment le plus approprié de celle-ci chez un patient donné.

En République centrafricaine, la prise en charge de ces affections est entachée de beaucoup de difficultés notamment, les retards à l'établissement du diagnostic, l'absence d'anesthésiste réanimateur, le plateau techniques

insuffisant et l'impossibilité des patients de supporter les coûts du traitement.

Les objectifs de cette étude étaient de décrire la démarche diagnostique et les résultats du traitement au niveau du service de Chirurgie générale et viscérale du CHU de l'Amitié Sino-Centrafricaine à Bangui.

II. PATIENTS ET MÉTHODE

2.1 Type, période et population de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive couvrant la période allant du 1^{er} Juillet 2015 au 31 Juillet 2019. La population d'étude était constituée des patients adultes des deux sexes admis dans le service et opérés pour une urgence chirurgicale abdominale. Le service comporte une unité de réanimation et de prise en charge des brûlés avec 10 lits d'hospitalisation et un pavillon d'hospitalisation comptant 34 lits. Le bloc opératoire du service comprend quatre salles opératoires dont deux seulement sont opérationnelles. Le service ne dispose pas d'anesthésistes réanimateurs mais des techniciens supérieurs d'anesthésie réanimation. Parmi le personnel qualifié on compte deux chirurgiens généralistes seniors agrégés de l'enseignement supérieur, deux chirurgiens généralistes juniors et un médecin résident en chirurgie générale. S'agissant du personnel paramédical on dénombre deux infirmiers diplômés d'Etat et 5 infirmiers assistants.

2.2 Population cible, critères d'inclusion et de non inclusion

La population cible de l'étude était constituée des patients présentant les signes cardinaux de l'occlusion intestinale à savoir, douleurs abdominales, vomissements, arrêt des matières et des gaz et distension abdominale et opérés au niveau dudit service.

Ont été inclus les patients opérés pour une occlusion intestinale aiguë confirmée à l'examen clinique et à l'exploration chirurgicale. Tous les cas dont le dossier médical comprenait les résultats de la radiographie de l'abdomen sans préparation,

d'échotomographie, le compte rendu opératoire, et une fiche de traitement ont été inclus.

Les cas d'iléus sur péritonites aiguës, les occlusions intestinales aiguës opérées dans d'autres hôpitaux et transférés dans le service pour une complication post opératoire, les cas non opérés n'étaient pas pris en compte.

Les sources de données recueillies étaient les fiches d'observations médicales, les fiches d'anesthésie, les registres des comptes rendus opératoires et d'hospitalisation. Les variables étudiées concernaient l'âge, le sexe, les paramètres cliniques et para cliniques, les méthodes de traitement et l'évolution postopératoire. La taille de l'échantillon était déterminée par le nombre des cas répondant aux critères d'inclusion. Les données collectées ont été analysées au logiciel Epi Info version 7.1. Le test statistique de Chi2 a été utilisé pour la comparaison des proportions pour un p-value < 0,05 avec un intervalle de confiance à 95%. Au plan éthique les données collectées l'ont été dans le strict respect de la confidentialité des patients. Les fiches de collecte étaient anonymes et les renseignements fournis ont été utilisés uniquement dans le cadre de l'étude et gardés secrets.

III. RÉSULTATS

3.1 Fréquence, âge et sexe des patients

Au total nous avons enregistré 150 cas d'occlusions intestinales aiguës pour 1598 urgences abdominales non traumatiques opérées pendant la période soit une fréquence hospitalière de 9,4 %.

Les sujets de sexe masculin représentaient 65,3 % de l'échantillon et ceux de sexe féminin 34,7 % (Ratio H/F= 1,8). L'âge des patients, variait de 19 ans à 80 ans. L'âge moyen était de 45,5 ans. Les sujets de 39 ans et plus (70,7%) étaient plus nombreux que ceux de moins de 39 ans (29,3%)

Tableau I: Répartition des patients selon le sexe et l'âge

Tranche d'âge	Sexe		Total
	Féminin	Masculin	
19-28 ans	7	17	24
29-38 ans	10	10	20
39-48 ans	12	25	37
49-58 ans	4	37	41
>58 ans	19	9	28
Total	52	98	150

3.2 Démarche diagnostique

Les données de l'interrogatoire avaient permis de noter que 77 patients (51, 33%) avaient un antécédent chirurgical dont les principaux étaient la chirurgie appendiculaire avec 58 cas, la chirurgie gynécologique et obstétricale avec 15 cas et urologique avec 4 cas.

Le délai d'évolution des signes d'occlusion variait de 4h à 72 heures. Le délai moyen était de 28,7 heures. Dans 40,6% des cas le délai d'évolution des signes cliniques se situait entre 25-48 heures.

Les principales plaintes des patients étaient la douleur abdominale (76,7%), les vomissements bilieux (62%) ou alimentaires (32%), et les troubles du transit intestinal constitués pour la plupart des cas d'arrêt des matières et des gaz (68,0%). Selon l'état général des patients, l'on notait une asthénie dans 32,6% des cas, une pâleur des conjonctives dans 20% des cas un amaigrissement dans 19,3% des cas.

Les signes retrouvés à l'examen physique étaient constitués par un ballonnement abdominal dans 98,6% des cas, associé à des ondulations péristaltiques dans 52% des cas une défense élastique abdominale dans 83,3% des cas. La radiographie de l'abdomen sans préparation était le seul examen d'imagerie réalisé en urgence. Elle a permis de mettre en évidence une opacité diffuse de l'abdomen (41, 3%), un pneumopéritoine (30%) et des niveaux hydro-aériques (28, 7%)

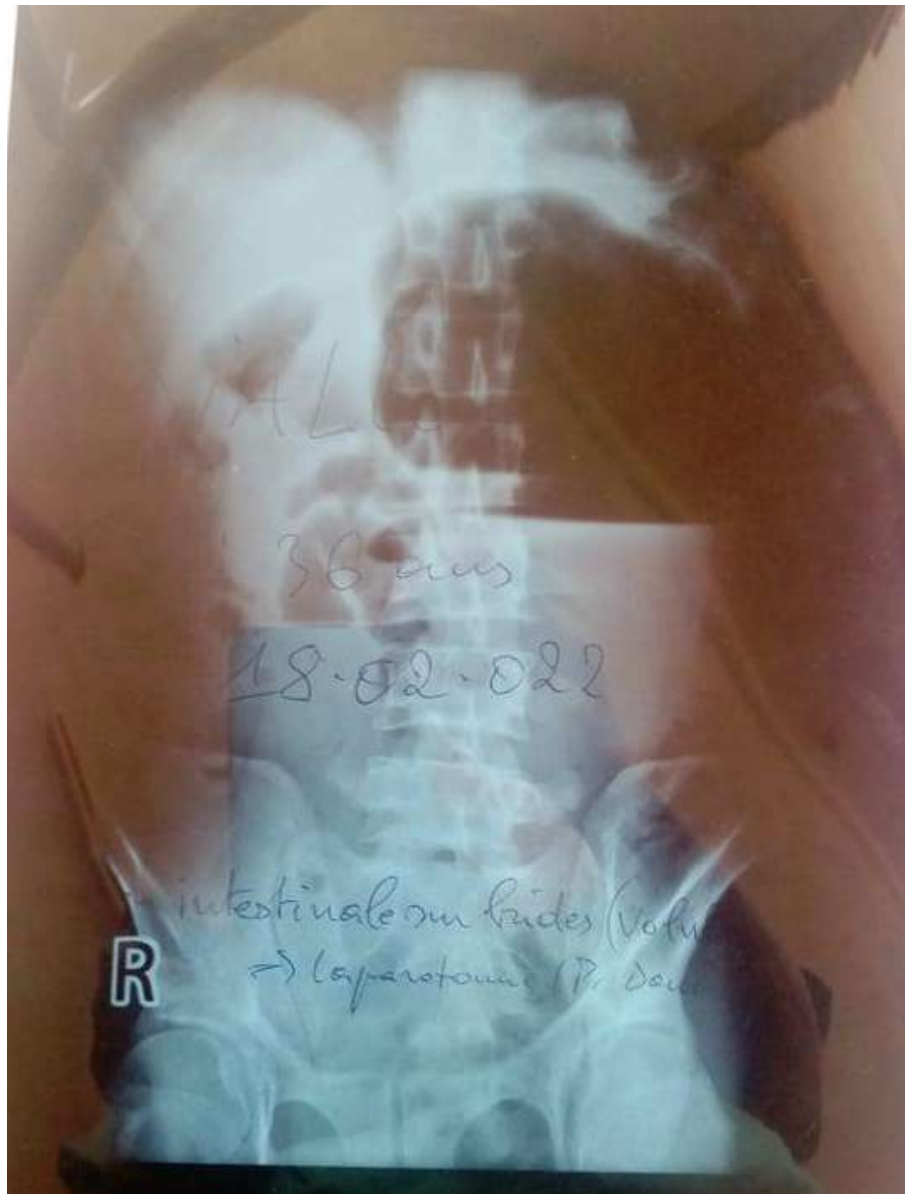


Figure 1: Radiographie de l'abdomen sans préparation d'un patient en occlusion intestinale aiguë montrant des niveaux hydroaériques

En dehors du groupe sanguin et du facteur Rhésus réalisés par 128 patients (85,3%), l'hématocrite était le seul examen de laboratoire réalisé dans 62% des cas. Les autres explorations biologiques permettant d'évaluer le retentissement de l'occlusion sur l'état du malade n'étaient pas réalisées en urgence au niveau du laboratoire de l'hôpital.

3.3 Les aspects thérapeutiques

Tous les malades enregistrés avaient subi une intervention chirurgicale sous anesthésie générale après intubation trachéale.

La voie d'abord utilisée était la laparotomie médiane xyphopubienne (40%), sus ombilicale (18%), sous ombilicale (14%) et médiane à cheval (8%). La coelioscopie n'est pas disponible en République centrafricaine. A l'exploration chirurgicale, les anses intestinales étaient perforées dans 60% des cas, nécrosées dans 24,6% des cas (Figure 2) et œdématisées dans 13,3% des cas. Tous les segments du côlon et l'iléon étaient concernés par l'occlusion. Les causes d'occlusions, étaient représentées par les brides et adhérences intestinales, suivies des tumeurs du côlon ascendant, puis de l'infarctus du mésentère (Tableau II).

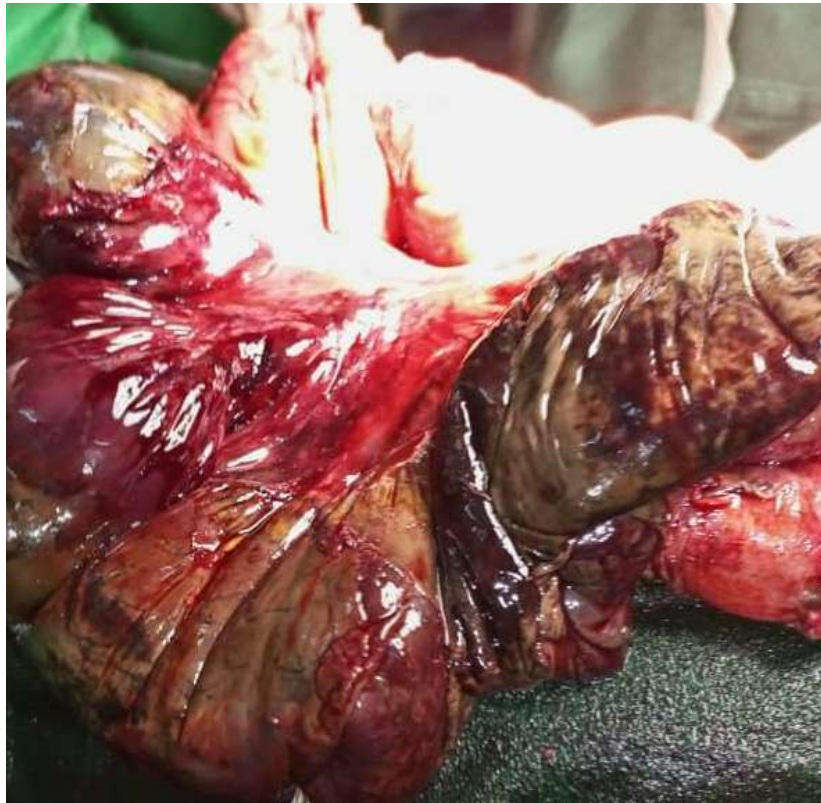


Figure N° 2: Vue opératoire d'une nécrose intestinale suite à un volvulus du caecum

Tableau II: Causes et sièges des occlusions intestinales

Causes de l'occlusion	Sièges				Total
	Iléon	Colon ascendant	Colon transverse	Colon descendant	
Brides et adhérences intestinale	21	26	31	0	78
Volvulus du côlon	0	0	5	0	05
Invagination intestinale	0	5	0	5	10
Tumeur du côlon	0	21	9	2	32
Appendicite	5	0	0	0	05
Infarctus du mésentère	0	0	20	0	20
Total	26	52	65	07	150



Figure N°3: Vue opératoire d'une carcinose péritonéale



Figure N°4: Vue opératoire d'une tumeur du cæcum avec envahissement de la graisse péricæcale

Les gestes réalisés étaient fonction de la cause de l'occlusion et de l'état de l'intestin à l'exploration chirurgicale (Tableau III).

Tableau III: Gestes chirurgicaux réalisés en fonction des causes de l'occlusion

Causes de l'occlusion	Gestes chirurgicaux			
	Section/libération	Résection et anastomose d'anse nécrosée	Résection intestinale et stomie	Colectomie/anastomose
Brides- adhérences	47	0	21	10
Volvulus du côlon	0	0	0	5
Invagination intestinale	0	5	0	5
Tumeur côlon droit	0	21	0	0
Tumeur côlon transverse	0	9	0	0
Tumeur du côlon gauche	0	2	0	0
Appendicite	2	0	0	3
Infarctus mésentère	0	0	0	20
Total	49	37	21	43

3.4 Suites post opératoires

Dans 86% des cas, les patients étaient guéris. Par contre 14% des patients étaient décédés. Les patients étaient décédés dans un tableau de syndrome infectieux (38,1%), d'hémorragie externe (23,8%), de péritonite post opératoire (23,8%) et d'hypovolémie (14,3%). La durée de séjour hospitalier était en moyenne de 13 jours (extrêmes : 2 et 47 jours). La plupart des patients (30%) avait séjourné 11 jours à l'hôpital.

IV. DISCUSSION

Les pertes d'informations dues aux dossiers médicaux incomplets, ou non mis jour, les malades perdus de vue et l'insuffisance de recul dans le suivi post opératoire constituent les limites à notre étude. Toute fois, Mais cette étude est l'une des plus grandes séries réalisées en République Centrafricaine. Elle servira de base pour d'autres études ultérieures notamment prospective sur le sujet.

4.1 Les aspects épidémiologiques

Les occlusions intestinales aiguës représentent une cause fréquente d'hospitalisation en chirurgie

[6]. La fréquence hospitalière des occlusions intestinales aiguës enregistrées en cinq ans était de 9,4%. En Afrique, cette fréquence est variable d'une étude à l'autre. Elle était de 11, 88% selon SACKO et Col [7], 36,8% et 39,3% selon HAROUNA et Col [8]. De toutes ces études, nous avons rapporté la fréquence la plus faible. Ce qui pourrait s'expliquer par les errements diagnostiques, la pesanteur de la pharmacopée traditionnelle et l'automédication. Généralement, c'est lorsque les patients ont épuisé toutes les ressources qu'ils arrivent à l'hôpital s'ils encore en vie.

Selon l'âge des patients, nous avons noté que les patients étaient souvent des adultes jeunes, dans la région Africaine alors que dans les pays occidentaux, les patients sont plus âgés [9]. La pyramide des âges dans les pays en développement étant constituée en majorité de sujets jeunes il est évident que certaines affections peuvent être prédominantes chez les sujets jeunes comme c'est le cas dans notre étude. Cependant, l'âge n'est pas un facteur de risque d'occlusion intestinale.

Selon le sexe, nous avons noté une prédominance des sujets du sexe masculin (65,3%). Le ratio H/F est de 1,8. La prédominance du genre masculin est fréquente et retrouvée dans d'autres études [10,11]. Cependant, comme l'a rapporté Sacko M au Mali [7] le sexe n'est pas un facteur de risque car dans d'autres séries les femmes ont été nombreuses [12-14]

Dans notre étude plusieurs catégories professionnelles sont représentées avec une prédominance des commerçants (35, 3%), suivi des sans-emplois (27, 3%) et des ménagères. Dans la littérature, il n'y a pas de données qui traitent particulièrement de la profession des patients opérés d'occlusion intestinale aiguë. Nous pensons que la profession n'est pas un facteur de risque d'occlusion.

Les patients de notre série provenaient de tous les arrondissements de Bangui, et des banlieues (Bimbo et Bégoua). beaucoup d'entre-eux (20,67 %), provenait du 8^{ème} arrondissement de Bangui, de l'arrondissement de Bégoua, banlieue à la sortie nord de Bangui (15, 33 %) et du 4^{ème} arrondissement (14,6 %). Le CHU de l'Amitié Sino-centrafricaine étant au centre desdites agglomérations est facilement accessible pour ces communautés. Par contre, les patients des autres arrondissements et de Bimbo fréquentent très peu le CHU de l'Amitié en raison de leur éloignement d'une part et d'autre part ont accès à d'autres hôpitaux plus proche disposant d'un service de chirurgie capable de prendre en charge des occlusions, c'est le cas du complexe pédiatrique pour les enfants et du CHU Maman Elisabeth DOMITIEN à Bimbo

4.2 Les aspects diagnostics

Le pronostic des occlusions intestinales aiguës dépend de la précocité de prise en charge. Pour notre étude, le délai d'évolution des signes de l'occlusion variait de 4h à 72 heures. Le délai moyen était de 28,7 heures. Nous avons relevé que dans 40,6% des cas ce délai d'évolution se situait entre 25-48 heures. Le délai d'évolution des signes cliniques de l'occlusion varie selon les auteurs ; Ce délai était de 96h pour Harouna au Niger en 2001[8], 8h pour Sidibé au Mali, en

2003[15], et 48-72 H pour Sacko Moussa au Mali en 2008[7]. Généralement en Afrique les délais diagnostic sont retardés parce que les patients consultent tardivement. Cette situation s'explique par les errements diagnostics en présence des abdomens aigus qui sont longtemps traités médicalement dans les formations sanitaires de premier niveau avant d'être référés dans les structures sanitaires spécialisées. Nous sommes aussi d'avis avec Sacko moussa [7] qui affirme que pour une bonne partie de la population, le recours systématique à l'automédication et la tradithérapie principalement retardent le recours à la prise en charge hospitalière adéquate [7, 16].

L'occlusion intestinale aiguë est un syndrome caractérisé par une tétrade symptomatique composée de douleur abdominale, d'arrêt des gaz et des matières, de vomissements et de météorisme abdominal. Mais souvent, c'est la douleur abdominale qui est au premier plan. Selon nos constats, la douleur abdominale est l'un des signes auquel le malade accorde une grande importance, ce qui motive la consultation. Elle a été retrouvée chez nos patients dans 76,7% des cas. Les autres signes de la tétrade symptomatique étaient retrouvée dans des proportions variables telles que rapportés dans plusieurs autres auteurs études [8, 17,18].

A l'admission, les patient savaient plus de la moitié d'entre-eux (66%) avaient un état général altéré. Les signes généraux les plus retrouvés étaient l'asthénie physique (32,67%), la pâleur des conjonctives et des muqueuses (20%) et l'amaigrissement (19,33%). Dans d'autres études, l'altération de l'état général des patients était prépondérante [9,16,19]. Concernant les signes d'examen physique, nous avons noté que le ballonnement abdominal était constant (98,66%). Ce signe est fréquent dans les occlusions du colon. Sidibé B [9] et Konaté M [20] ont aussi rapporté la présence de ballonnement abdominal dans des proportions variables. Par contre, lorsque les patients présentent une défense abdominale (33,33% dans notre étude) et une contracture abdominale (66,66% de nos patients) c'est le présage d'une complication telle que la nécrose intestinale ou l'installation d'une péritonite. La défense abdominale est un signe rapporté par

d'autres auteurs dans les cas d'occlusion à savoir, Badjan S. [9] 55, 8% , Sacko M [7] 23,93%.

En présence d'occlusion intestinale, certaines explorations paracliniques sont indispensables pour affirmer le diagnostic et apprécier le retentissement sur l'état général du malade. Les examens biologiques souvent utiles et réalisés de manière routinière aux urgences permettent non seulement de mettre en évidence certaines comorbidités méconnues chez un patient au suivi médical aléatoire, mais aussi de quantifier l'état de déshydratation et les éventuels troubles hydro électrolytiques liés à la séquestration des liquides [21, 22, 23]. Selon nos constats, les explorations biologiques ne sont pas souvent réalisées en urgence. En dehors du groupe sanguin et du facteur Rhésus réalisés par 128 patients (85,3%), l'hématocrite était le seul examen paraclinique réalisé (62% des cas). Le plateau technique dans nos hôpitaux n'offre pas les possibilités de réaliser les examens biologiques en urgence. Pour cela, il est difficile de se baser sur les examens biologiques pour instaurer un traitement chez les malades souffrant d'occlusion intestinale aiguë dans notre contexte d'exercice. Dans d'autres pays, une hyperleucocytose, une élévation de la C protéine réactive (CRP) et des lactates sériques ont pu être retrouvés objectivement comme facteurs pronostics de souffrance intestinale [24, 25].

La radiographie de l'abdomen sans préparation en position couchée puis debout ainsi qu'un cliché du thorax visualisant les coupes diaphragmatiques est le premier examen d'imagerie à réaliser. Elle a une sensibilité variant de 70 à 86 % dans la détection d'une occlusion du grêle, essentiellement si elle est complète. Dans notre étude la radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée chez tous les patients et dans 87,2 % des cas, elle a mis en évidence des niveaux hydroaériques, images hautement synonymes d'occlusion. C'est un examen accessible financièrement aux malades. Comparé à d'autres études [7,15, 16, 17], l'accès à la radiographie de l'abdomen sans préparation est meilleur au niveau de notre CHU de l'Amitié Sino-centrafricaine Les autres moyens d'imagerie sont le transit du grêle et de plus en plus le

scanner [26, 14, 27]. Depuis plusieurs années déjà, le scanner s'est imposé comme outil performant dans le diagnostic positif et étiologique des occlusions intestinales [28, 29]. Sa sensibilité est supérieure à celle de la radiographie de l'abdomen sans préparation et de l'échographie et son avantage est de pouvoir prédire plus spécifiquement le risque de souffrance intestinale [5, 24, 25]. Plus particulièrement, il apparaît que la présence de liquide libre intrapéritonéal et d'engorgement mésentérique sont des signes prédictifs de non résolution d'une occlusion du grêle sous traitement conservateur [24, 25]) alors que le défaut de rehaussement des anses, la présence de pneumatose intestinale et l'aéroportie sont des signes d'ischémie de l'intestin occlus. Dans notre série les patients n'ont pas réalisé de scanner car non disponible pendant la période concernée par notre étude.

4.3 Les Aspects thérapeutiques

L'intervention chirurgicale pour une 'occlusion intestinale aiguë a pour but de lever l'obstacle mécanique, et de prévenir une perforation ischémique de l'intestin étranglé qui résulterait en une péritonite fécale et aggrave le pronostic [30, 31, 32, 33]. Dans notre étude, l'intervention chirurgicale a été conduite dans la plupart des cas sous anesthésie générale. La laparotomie médiane xyphopubienne était la voie d'abord la plus utilisée. L'occlusion concernait les différents segments du côlon (82,6%) puis l'iléon (17,4%). Plusieurs causes étaient retrouvées avec une prédominance des brides et adhérences intestinales (52%) suivies des tumeurs du côlon (21,3%), puis de l'infarctus du mésentère (13,3%). En effet, d'autres auteurs avaient retrouvé des causes plus ou moins similaires de l'occlusion intestinale .Sur un échantillon de 120 patients Sidibé B. [9] avait rapporté en 2003 les étiologies suivantes : hernie étranglée (46,6%), brides et adhérences (13,3%), volvulus du sigmoïde (16; 3%), tumeur intestinale (1,7%), invagination intestinale aiguë (9,2%). ROSCHER [11] dans son étude réalisé en 1991 portant sur 275 patients a retrouvé les étiologies suivantes : hernie étranglée (8,4%), brides et adhérences (48,4%), volvulus du sigmoïde (4,4%), tumeur intestinale (11,6%), invagination intestinale aiguë (2,5%). Tout

comme dans notre étude, et celles de certains auteurs, les brides et adhérences intestinales représentent la principale cause des occlusions. Le risque d'occlusion sur adhérences est le plus élevé dans les années qui suivent une intervention chirurgicale mais ce risque persiste tout au long de la vie et augmente avec le nombre d'interventions préalables. Les antécédents de chirurgie colorectale et gynécologique semblent le plus souvent être à l'origine de phénomènes adhérents obstructifs [30]. Ce qui n'est pas la même chose dans notre cas, où 51, 33% des patients avaient un antécédent chirurgical mais l'intervention chirurgicale initiale était surtout l'appendicectomie (38,6%).

Les gestes chirurgicaux au cours d'une occlusion intestinale dépendent de la cause et de l'état de l'anse. Dans notre étude, il a été retrouvé que l'anse intestinale était perforée (60%), nécrosée (24,6%) oedématiée (16,3%). Pour Sidibé B [9] l'anse intestinale était saine dans 80, 8% des cas, oedématiée dans 4,2% des cas et nécrosée dans 15% des cas. Harouna Y [8] quant à lui avait retrouvé une anse nécrosée dans 37% des cas. En effet, la viabilité de l'anse est fonction du mécanisme de l'occlusion intestinale. Ainsi, dans notre étude, les gestes réalisés ont consisté en libération d'adhérences et section des brides (32,33%), résection d'anse nécrosée suivi d'anastomose (20%), résection intestinale et dérivation par stomie (14%). Tous les gestes réalisés étaient classiques et rapportés par plusieurs autres auteurs [9, 20, 7].

Les suites opératoires d'un patient présentant une occlusion intestinale dépend de multiples facteurs, notamment, du délai diagnostique, du traitement et des complications qui peuvent émailler l'évolution. Ainsi, dans notre série les suites opératoires étaient simples (86%). La durée de séjour hospitalier était en moyenne de 11 jours. Cette durée de séjour hospitalier est le reflet de la morbidité post opératoire. Il est variable d'une étude à l'autre en fonction des conditions d'exercice. Kouadio en Côte d'Ivoire [17] a rapporté 11 jours, Harouna, au Niger [8] 15 jours et KOSSI en Finlande [30] 11 jours.

La mortalité dans les suites d'une occlusion intestinale est souvent élevée dans les pays à

moyens limités. Dans notre série, le taux de mortalité était de 14%. Les principales causes de décès étaient par ordre un sepsis sévère, les hémorragies internes et externes et le choc hypovolémique. En effet, le taux de mortalité observé était globalement supérieure à ceux rapportés par Sacko Moussa [7] qui est de 5,6 %. Mais dans d'autres études, ce taux de mortalité est beaucoup plus important [8,30]. La mortalité élevée serait liés aux comorbidités, l'existence d'une tare ainsi qu'une prise en charge tardive.

V. CONCLUSION

Cette étude a permis de noter que les occlusions intestinales aiguës sont fréquentes dans nos services. Elles touchent l'adulte jeune avec une prédominance masculine. Le pronostic est grave car la mortalité hospitalière est de l'ordre de 14%. Le diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë est clinique. Mais les patients arrivent trop tard à l'hôpital souvent, au stade de complications. Plusieurs étiologies sont à l'origine des occlusions avec une prédominance des brides et adhérences intestinales chez des patients ayant subi initialement une appendicectomie. Les patients doivent être amenés à consulter précocement en vue d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce. Compte tenu de l'état du malade, cette prise en charge sera multidisciplinaire associant chirurgien, médecin réanimateur et anesthésiste.

Conflit d'intérêt: les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en rapport avec ce travail.

RÉFÉRENCES

1. Rohr S, Kopp M et Meyer C. Occlusion intestinale du grêle: physiopathologie, étiologie, diagnostic et traitement. La Revue du praticien 1999; 49: 435-440.
2. Pateron D, Guinard-Samuel V et Yordanov Y. Syndrome occlusif de l'adulte et de l'enfant. UE11-ITEM 349. In: Urgences et défaillances viscérales aiguës. MED-LINE 2017, 2:326-340
3. Doui Doumgbé A, Ngarhio L, Issa Mapouka P A, Tchebemou-Ngabi A, Nali NM. Les douleurs abdominales aiguës de l'adulte. Prise en charge et pronostic au service des urgences chirurgicales de l'Hôpital de l'Amitié à Bangui. Rev. Afr. Chir. Spec. 2009 ; 003 (005) : 26-29.

4. Deneuville M, Beot S, Chapuis F, Bazin C, et all. Imagerie des occlusions intestinales aiguës de l'adulte. EMC RADIOLOGIE ET IMAGERIE : Abdominale - Digestive 1997; 139:26.
5. Zerey M, Sechrist CW, Kercher KW, Sing RF, Matthews BD, Heniford BT. Laparoscopic management of adhesive small bowel obstruction. Am surg 2007; 73(8):3-8.
6. Moussa S. Occlusion intestinales aiguës dans le service de chirurgie au CHU du point G. Thèse Méd. Bamako 2010; 121p.
7. HAROUNA Y et al: Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey: étude analytique et pronostique Med. Afrique. Noire 200; 48(2): 49-54.
8. Sinha S; Kaushik R; Yadav Td; Sharma R; Ahari AK: Mechanical bowel obstruction: the shndigarh experience. Department of surgery, Government Medical College and Hospital. Sector 32 B Chandigarh, 160047, India. Trop gastroenterol 2002 janvier-mars; 23/1 :13-5.
9. SIDIBE Moussa Badjan: Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré (MALI) Thèse méd. Bamako-03P-62, 94p.
10. Roscher R., Frank R., Baumaan A., Berger H.G: Results of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine. Abteilung fur Allgemeinchirurgie, Universitat UIm. Donau. Chir 1991; 62(8): 614-9.
11. DIARRA Fatoumata: Problèmes posés par l'anesthésie réanimation des occlusions intestinales aiguës à l'hôpital du Point-G. Thèse méd. Bamako; 1985; (24); 113 p.
12. SEULIN. P, PEZET. D: Occlusion intestinale du grêle Physiopathologie, étiologie, diagnostic traitement. La Revue du praticien, 1997; 47(17): 1927-1932.
13. Canis M, Botchorihvilli R, Wattiez A, Rabischong B, Houille C, Mage G, Pouly JL, Manhes H, Bruhat MA. Prévention des adhérences péritonéales. J. gynecol obstet Biol Reprod 2001; 30:305-324.
14. G K. Kouadio, HT TURQUIN. Prise en charge des occlusions postopératoires du grêle par brides et adhérences au CHU de Treich ville à Abidjan. Médecine d'Afrique Noire 2004; 51 (12):140-143.
15. Sidibé Moussa Badjan Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service du CHU Gabriel Touré, P Thèse Bamako 2003; n° 62; 77p.
16. Adesunkanmi AR, Agbakwuru E A: Changing pattern of acute intestinal obstruction in a tropical African population Department of Surgery, College of Health Sciences, Obafemi Awolowo University, Ile Ife, Nigeria. East Afr Med J 1996; 73 (11): 727-731.
17. G K. Kouadio, HT TURQUIN. Prise en charge des occlusions postopératoires du grêle par brides et adhérences au CHU de Treich ville à Abidjan. Médecine d'Afrique Noire 2004; 51 (12): 140-143.
18. La Gamma A, LETOQUART JP, KUNIN N, CHAPERON J.MAMBRINI. Les occlusions du grêle par brides et adhérences. Analyse sur 157 cas opérés. J.Chir 1994;131:279-284.
19. Adesunkanmi AR, Agbakwuru E A: Changing pattern of acute intestinal obstruction in a tropical African population Department of Surgery, College of Health Sciences, Obafemi Awolowo University, and Ile Ife, Nigeria. East Afr Med J 1996; 73 (11):727-731.
20. Abi.F, EL Fares F, Nechad M: Acute intestinale Obstruction Unité de chirurgie Viscerale des Urgences, CHU. Ibnou-Rochd, Casablanca Maroc J. chir 1987; 124 (8-9): 471-4.
21. Schwenter F., Poletti P.A., Platon A., Perneger T., Morel P., Gervaz P. Clinicoradiological Score for predicting the risk of strangulated small bowel obstruction. Br J Surg 2010; 97: 1119-25.
22. Zielinski M.D., Eiken P.W., Bannon M.P., Heller S.F., Lohse C.M., Huebner M., Sarr M.G. Small Bowel Obstruction—Who Needs an Operation? A Multivariate Prediction Model. World J Surg (2010) 34: 910-9.
23. Jancelevicz T., Vu L.T., Shawo A. E., Yeh B., Gasper W.J., Harris H.W. Predicting strangulated Small Bowel Obstruction: an old Problem Revisited. J Gastrointest Surg. 2009 Jan; 13 (1) 93-9].

24. Schwenter F., Poletti P.A., Platon A., Perneger T., Morel P., Gervaz P. Clinicoradiological Score for predicting the risk of strangulated small bowel obstruction. *Br J Surg* 2010; 97: 1119-25.
25. Jancelevicz T., Vu L.T., Shawo A. E., Yeh B., Gasper W. J., Harris H.W. Predicting strangulated Small Bowel Obstruction: an old Problem Revisited. *J Gastrointest Surg.* 2009 Jan; 13 (1) 93-9.
26. DURON: Occlusions intestinales aiguës *La revue du praticien* 2001; 51(15): 1670-1674.
27. Miller G., Boman J., Shrier I., Gordon P.H. Natural History of Patients with Small Bowel Obstruction. *Br J Surg* 2000; 87: 1240-7.
28. Kossi. J, Salminen. P, Laato. M The epidemiology and treatment patterns of postoperative adhesion induced intestinal obstruction in varsinais-suomi Hospital District. *Scandinavian journal of surgery* 93:68-00, 2004.
29. Fevang B.T., Fevang J., Stangeland L., Soreide O., Svanes K., Viste A. Complications and death after surgical treatment of small bowel obstruction: A 35-year institutional experience. *Ann Surg* 2000 Apr; 231 (4): 529-37.