



« ABDOMENS AIGUS CHIRURGICAUX : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, DIAGNOSTIC ET THERAPEUTIQUE », Cas de l'Hôpital Général de Référence de Makiso-Kisangani, du 01 janvier au 31 décembre 2023

Données collectées durant la période allant du 11 février au 11 mai 2024.

Michel KOKONYANGE LEMAKWA 1, Bienvenu MOKWE MUNEMBWE 2.

Département de SIM et Chirurgie de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales d'Isiro (RDC) 1, Département de Sage-Femme de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales d'Isiro (RDC) 2.

Résumé: Cette étude a porté sur les « ABDOMENS AIGUS CHIRURGICAUX : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, DIAGNOSTIC ET THERAPEUTIQUE ». Cas de l'Hôpital Général de Référence de Makiso-Kisangani, du 01 janvier au 31 décembre 2023. Elle vise Identifier les caractéristiques de victimes, le diagnostic et évaluer la prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux dans cet hôpital ; identifier leurs causes courantes, et identifier les problèmes qui entravent leur prise en charge.

La population d'étude est constituée des malades souffrant des abdomens aigus chirurgicaux, internés dans cet hôpital, dont l'échantillon s'élève à 50 malades qui y ont été internés. L'étude est rétrospective descriptive lors de laquelle la revue documentaire de fiches de malades avec abdomen aigu chirurgical a été faite.

Les données ont été dépouillées selon les variables prises en compte et mises aux tableaux suivies du calcul en pourcentage et nous en retenons que 24% de sujets à l'étude étaient dans la tranche d'âge de 38 à 47 Ans, 64% étaient de sexe féminin, 32% pesaient 60 à 64Kg, 94% n'avaient été une fois opérés, 92% avaient présenté de douleurs au début lent, 70% n'avaient pas présenté de ballonnement abdominal contre 30% d'épanchement, 84% ne manifestaient pas de fièvre, 70% n'avaient pas été ponctionné pour orienter le diagnostic, 18% représente respectivement les cas d'abdomens aigus chirurgicaux dus par péritonite et kyste ovarien, 16% d'occlusion intestinales, 12% d'appendicites aiguës et Kystes ovariens, 10% d'Appendicites aiguës, d'appendicites perforantes et 8% de perforation typhique. 60% avaient bénéficié de la cure chirurgicale avec antibioprophylaxie, et 50% de ces sujets étaient guéris après l'intervention.

Au vu de résultats ci-haut, nous signalons que la prise en charge cette pathologie est moyennement bonne faute de non-respect de principes cliniques et théories, et l'insuffisance en matériels médicaux. Les cas d'abdomens aigus chirurgicaux sont représentés respectivement par les appendicites, kystes ovariens, péritonite et occlusion intestinales.

Mots clés : Prise en charge, abdomen aigu et abdomen aigu chirurgical.

ABSTRACT : This study focused on the "ACUTE SURGICAL ABDOMENS : Epidemiological, diagnostic and therapeutic aspect in the Makiso-Kisangani General Referral Hospital", from January 01 at 31 December 2023. The study aimed to Identify the characteristics of victims in this hospital ; the diagnosis and assess the management of acute surgical abdomens ; identify their common causes, and identify the problems that hinder their management.

The study population consisted of patients suffering from acute surgical abdomens admitted to this hospital, with a sample size of 50 patients admitted there. The study was a retrospective descriptive study, during which a documentary review of patient records with acute surgical abdomens was conducted.

The data were analyzed according to the variables taken into account and put into tables followed by the calculation in percentage and we retain that 24% of subjects in the study were in the age group of 38 to 47 years, 64% were female, 32% weighed 60 to 64 kg, 94% had not been operated once, 92% had presented pain with slow onset, 70% had not presented abdominal bloating, 84% did not show fever, 30% of effusion, 70% had not been punctured to guide the diagnosis, 18% represents respectively the cases of acute surgical abdomen due to peritonitis and ovarian



cyst, 16% of intestinal occlusions, 12% of acute appendicitis and ovarian cysts, 10% of acute appendicitis and perforating appendicitis, 8% of typhus perforation, 60% had benefited from surgical cure with antibiotic prophylaxis, and 50% of these subjects were cured after the intervention.

In light of the above results, we report that the management of this pathology is moderately good due to a lack of adherence to clinical principles and theories, and a lack of medical equipments. Cases of surgical acute abdomen are represented respectively by appendicitis, ovarian cysts, peritonitis and intestinal occlusions.

Keywords: Management, acute abdomen, and surgical acute abdomen.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.21674600>

1 Introduction

Abdomen aigu chirurgical, ou abdomen aigu, est une urgence médicale grave qui nécessite une intervention chirurgicale immédiate. Il est caractérisé par une douleur aiguë et une rigidité de l'abdomen, associée à des signes de défaillance multi-viscérale (hypotension, bradycardie, anurie, collapsus de veines, dyspnée, infection, agitation, prostration etc.).

Au monde, Aucun chiffre exact n'est disponible, mais entre 7% et 10% des visites aux urgences concernent des douleurs abdominales. Selon le Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 11% des visites aux services d'urgence en 2008 étaient pour de la douleur abdominale et que la douleur abdominale aiguë comprenait 12.5% des urgences (John W.P. et col., 2020).

Une étude faite en 1994 par Brower aux USA sur mille patients consultant pour douleur abdominale aiguë a permis de déceler 19 étiologies dont 6 chirurgicales (appendicite, cholécystites aiguës, occlusion intestinale aiguë, ulcère duodénal, kyste de l'ovaire, anévrisme) (Addis DG et col., 2019).

Au Mali, en 1982, DOUMBIA, en plus de la détermination des principales causes de l'abdomen aigu (GEU, occlusion, péritonite, appendicite, traumatismes abdominaux), a souligné les problèmes liés à la réalisation des examens complémentaires en urgence et la réanimation post opératoire des urgences chirurgicales à l'hôpital national (Alister D.N., 2016).

En RDC, précisément à Kananga, Ndumbi (2013) en avait déterminé une fréquence de 23,3% dont l'étiologie la plus rencontrée était l'appendicite (46,72%), suivie de la péritonite (21,83%) et de l'occlusion intestinale (16,16%) (Alister D.N., 2016).

2. Objectifs

Au vu de la problématique qui précède, nous avons été incités de mener la présente étude à l'Hôpital Général de Référence de Makiso-Kisangani, en s'assignant les objectifs d' :

1. Identifier les caractéristiques de victimes, le diagnostic et évaluer la prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux ;
2. Identifier les causes courantes des abdomens aigus chirurgicaux, et
3. Identifier les problèmes qui entravent la prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux.

3. Matériel et méthode

L'étude se déroulée à l'Hôpital Général de Référence Makiso/Kisangani est située en République Démocratique du Congo, dans la province de la Tshopo (ancienne Orientale), précisément dans la Commune Makiso, quartier Plateau Médical, sur l'avenue Abbé Munyororo.

La population d'étude est constituée des malades souffrant des abdomens aigus chirurgicaux, internés dans l'hôpital cité ci-haut, dont l'échantillon s'élève à 50. L'échantillonnage de convenance du type non probabiliste a été utilisé pour recueillir les informations disponibles en rapport avec la présente étude.

La méthode utilisée est rétrospective descriptive, lors de laquelle nous avons collecté les données sur les fiches de malades de l'année 2023. Signalons que nous n'avons pas pu dépouillé toutes ces fiches, faute de leur état de délabrement dû à la mauvaise conservation, alors que les cas d'abdomens aigus chirurgicaux sont courants dans l'Hôpital précité.

4. Présentation et analyse de résultats

4.1. AGE, SEXE, POIDS ET ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Tableau 1 : Répartition de sujets à l'étude en fonction d'âge, sexe, poids et d'antécédents chirurgicaux

AGE (Ans)	f	%	SEXE	f	%	POIDS	f	%	ATCD/Chir.	f	%
< 18	10	20	Masculin	18	36	45 – 49	10	20	1 fois opéré	47	94
18 – 27	3	6	Féminin	32	64	50 – 54	9	18	+++ opéré	3	6
28 – 37	11	22				55 – 59	10	20			
38 – 47	12	24				60 – 64	16	32			
48 – 57	5	10				65 – 69	5	10			
58 et Plus	9	18									
TOTAL	50	100		50	100		50	100		50	100

Il découle du tableau ci-haut que 24% de sujets d'étude étaient dans la tranche d'âge de 38 à 47 Ans, 22% dans 28 à 37 Ans. Quant au sexe, 64% de sujets à l'étude étaient de femmes.

Concernant le poids, 32% de ces sujets pesaient 60 à 64Kg, suivis de 20% qui représente respectivement ceux de 45 à 49Kg et 55 à 59Kg. Pour les antécédents, 94% de sujets n'avaient été une fois opérés contre 6% de ceux qui ont été plusieurs fois opérés.

4.2. MODALITE DE LA DOULEUR, BALLONNEMENT ET VOMISSEMENT

Tableau 2 : Répartition de sujets à l'étude en fonction de modalités de la douleur, ballonnement abdominal et vomissement

MODALITE/DOULEUR	f	%	BALLONNEMENT ET VOMIS.	f	%
D'apparition brutale	4	8	Ballonnement abdominal	12	24
Lente au début	46	92	Ballonnement avec vomissement	3	6
			Aucun ballonnement	35	70
TOTAL	50	100		50	100

D'après les données du tableau ci-haut, 92% d'entre eux avaient présenté de douleurs au début lent contre 8% de ceux d'apparition brutale. 70% de ces sujets n'avaient pas présenté de ballonnement abdominal, tandis que 24% d'entre eux en avaient.

4.3. NOTION DE FIEVRE ET COULEUR DE LIQUIDE ISSU DE PONCTION

Tableau 3 : Répartition de sujets à l'étude en fonction de la notion de fièvre et couleur de liquide issu de ponction

FIEVRE	f	%	COULEUR/LIQUIDE	f	%
Matinale	6	12	Claire	6	12
Vespérale	2	4	Trouble ou purulent	9	18
Pas de fièvre	42	84	Aucune ponction faite	35	70
TOTAL	50	100		50	100

En rapport avec le diagnostic, 84% de sujets à l'étude ne manifestaient pas de fièvre, tandis que 12% d'entre en avaient au matin. 70% de sujets à l'étude n'avaient pas été ponctionnés pour retirer le liquide, tandis que pour 18%, les liquides de la ponction étaient troublés ou purulents contre 12% de ceux qui étaient claires.

4.4. EXAMENS BIOLOGIQUES ET ANALYSE MICROBIOLOGIQUE DE LIQUIDE PONCTIONNE

Tableau 4 : Répartition de sujets à l'étude en fonction de résultats d'examens biologiques et d'analyse du liquide ponctionné

EXAMENS BIOLOGIQUES	f	%	ANALYSE MICROBIOL.	f	%
Hb, Hct, groupe sanguin etc.	35	70	Ponction & analyse-biologique	4	8
Bactériologique, VS et FL	6	12	Ponction sans analyse biol...	11	22
Aucun examen bactériologique	9	18	Aucune ponction faite	35	70
TOTAL	50	100		50	100

A l'issue du traitement de données, il se retient que 70% d'examens demandés étaient l'Hb, Hct, groupage sanguin etc., contre 12% d'examen bactériologique, VS et formule leucocytaire. Concernant le liquide recueilli, seulement 8% d'échantillons analysés au laboratoire.

4.5. CAUSES ET PRISE EN CHARGE DES ABDOMENS AIGUS CHIRURGICAUX

Tableau 5 : Répartition de sujets à l'étude en fonction de causes des abdomens aigus diagnostiqués et leurs prises en charge

CAUSES/ABDOMENS AIGUS	f	%	PEC D'ABDOMENS AIGUS	f	%
Hernies étranglées	4	8	Chirurgie avec antibioprophylaxie	30	60
Perforation typhique	4	8	Chirurgie avec antibiothérapie	20	40
Péritonite	9	18			
Appendicite perforante	5	10			
Appendicite a. et Kyste ovarien	6	12			
Appendicite aigue	5	10			
Occlusion intestinale aigüe	8	16			
Kyste ovarien	9	18			
TOTAL	50	100		50	100

Ces résultats révèlent que 18% représente respectivement les cas d'abdomens aigus chirurgicaux dus à la : péritonite et kyste ovarien, 16% d'occlusion intestinales, respectivement 10% d'Appendicites aigues, d'appendicites perforantes et de Kystes ovariens.

Rappelons que les hernies ainsi que la perforation typhique n'en représentent que 8%. Selon la prise en charge, 60% de sujets avaient bénéficié de la cure chirurgicale avec antibioprophylaxie contre 40% de ce qui étaient intervenus chirurgicalement avec l'antibiothérapie.

IV.6. APPORT LIQUIDIEN ET RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE

Tableau 6: Répartition de sujets à l'étude en fonction de l'apport liquidien et de résultats de la prise en charge

APPORT LIQUIDIEN	f	%	RESULTATS DE LA PEC	f	%
Ringer Lactate	15	30	Guérisons	25	50
Sérum physiologique et Glucosé	35	70	Complications Post-op	13	26
			Décès	12	24
TOTAL	50	100		50	100

Il se dégage du tableau ci-dessus que 70% d'opérés pour abdomens aigus chirurgicaux avaient été sous sérum physiologique et Glucosé contre 30% de ceux qui avaient reçu seulement le Ringer Lactate. Les résultats de la prise en charge ont montré 50% de cas guéris, 26% de complications, et 24% de décès.

5. Discussion de résultats

Il se retient de précédentes données que 24% de sujets à l'étude étaient dans **la tranche d'âge** de 38 à 47 Ans et 22% dans 28 à 37 Ans. Issa Diafara B. (2018) dans son étude sur les urgences chirurgicales avait trouvé que la majorité de patients, soit 39,6 % avait un âge compris entre 20 à 39 ans. La moyenne d'âge a été de 32,67 ans. La littérature nous apprend plusieurs maladies sont liées à l'âge, suite à l'immaturation de l'organisme pendant l'enfance et l'affaiblissement qui s'installe à la vieillesse.

D'après les données ayant trait au sexe, 64% de sujets à l'étude étaient de femmes. Par contre, Issa Diafara B. (2018) dans son étude a trouvé que le sexe ratio a été 2,34% en faveur des hommes. Rappelons que les femmes sont nombreuses, cela influence plusieurs études. Mais souvent dans le cas de l'abdomen aigu chirurgical, les hommes sont plus représentés en raison d'hyper activité et d'affrontement auxquels ils font face dans leur vie quotidienne.

Quant aux antécédents, 94% de sujets à l'étude n'avaient été une fois opérés contre 6% de ceux qui ont été plusieurs fois opérés. La science nous apprend qu'un ventre ayant déjà subi l'intervention chirurgicale a toujours la probabilité d'être rouvert à la suite de problèmes liés ou causés lors et/ou par l'acte chirurgical. D'où la nécessité de bien assurer la sécurité avant, pendant et après l'opération.

Selon les informations du tableau II, 92% de sujets à l'étude avaient présenté de douleurs au début lent contre 8% de ceux qui avaient présenté de douleurs d'apparition brutale. Dans l'étude de Bull Med Owendo (2011), 504 patients répondaient aux critères de douleurs abdominales aigues dont celle non-spécifique était majoritaire. L'âge

moyen était de 39,63. Cette forme de douleur pourrait s'expliquer par une inflammation aiguë, torsion d'un organe autour de lui-même, rupture, compression de nerfs, etc.

En outre, 70% de sujets à l'étude n'avaient pas présenté de **ballonnement abdominal**, 6% de Ballonnement avec vomissement, tandis que 24% d'entre eux en avaient.

Pour A. Bourquia et col. (2013) de leur étude sur l'abdomen aigu chirurgical hémolytique, depuis, plusieurs travaux ont été consacrés à ce sujet mais l'intérêt de notre observation ne réside pas dans la description clinique, biologique et évolutive du SHU mais surtout dans l'analyse des signes digestifs présents dans 40 à 60% des SHU et précédant la crise hémolytique. Cette symptomatologie est généralement faite de douleurs abdominales, de vomissement et de diarrhée évoquant en général, une gastroentérite banale fréquente.

En rapport avec le diagnostic clinique, 84% de sujets à l'étude ne manifestaient pas de fièvre, tandis que 12% d'entre eux en avaient au matin. **Quant à l'épanchement**, 70% de sujets à l'étude n'avaient pas été ponctionnés pour retirer le liquide, tandis que pour 18%, les liquides de la ponction étaient troubles ou purulents contre 12% de ceux qui étaient claires.

Konate M, (2017) a rapporté dans son étude que l'échographie réalisée pour l'abdomen aigu chirurgical représentait 2,20% de l'ensemble des examens échographiques. Ce diagnostic échographique retenu, le plus fréquent, était l'appendicite soit 28,6%.

Quant au renseignement liés aux examens de routines, 70% étaient l'Hb, Hct, groupage sanguin etc. contre 12% d'examen bactériologique, VS et formule leucocytaire. Selon l'étude de Bull Med Owendo (2011), les examens biologiques réalisés étaient : la numération formule sanguine (94,24%), dosage de la CRP (11,30%), dosage des transaminases (3,4%), dosage de l'amylasémie (1,2%).

Ces examens permettent de diagnostiquer, d'identifier les troubles causés par la pathologie et de sécuriser l'intervention chirurgicale à programmer.

A ce qui concerne les principales causes, les résultats de la présente étude a montré que 18% représente respectivement les cas d'abdomens aigus chirurgicaux dus à la : péritonite et kyste ovarien, 16% d'occlusion intestinales, respectivement 10% d'Appendicites aiguës, d'appendicites perforantes et de Kystes ovariens. Rappelons que les hernies ainsi que la perforation typhique n'en représentent que 8%.

Par rapport à la prise en charge, 60% de sujets avaient bénéficié de la cure chirurgicale avec antibioprophylaxie contre 40% de ce qui étaient intervenus chirurgicalement avec l'antibiothérapie.

L'analyse rétrospective des dossiers de 742 patients admis en urgence pour syndrome abdominal chirurgical de l'étude de Harouna Y. (2011) avait permis de classer les occlusions intestinales aiguës en tête des étiologies (41 %) suivies par les péritonites (28,8 %) principalement d'origine appendiculaire et typhique.

Rappelons que faute d'ignorance, négligence et de conditions socio-économiques les habitants de la ville de Kisangani préfèrent recourir d'abord à la médecine traditionnelle, puis moderne s'il y a seulement le signes de gravité.

D'après l'étude de KONATE M, (2017), le traitement a été chirurgical chez 70,5% des patients avec un taux nul de laparotomie blanche. Tandis que pour Harouna Y. (2011), l'urgence en chirurgie digestive concerne surtout les sujets jeunes (enfants et adultes de moins de 40 ans) avec une prédominance masculine.

Retenons que la prise en charge médicale de ce genre de pathologie est comme son l'indique, car ce sont de problèmes mécaniques dont les molécules chimiques n'en ont aucun effet, mais peuvent corriger les troubles éventuels.

Selon les résultats de la prise en charge ou évolution, 50% de sujets à l'étude étaient guéris après l'intervention, 26% d'entre eux étaient victimes de complications, tandis que 24% de ces patients étaient décédés.

Harouna Y. (2011) soutient que le principal facteur pronostique reste de nos jours encore le retard diagnostique maintenant la mortalité post-opératoire à 14,8 %. La théorie recommande un diagnostic et traitement précoce, puis adapté à la maladie ainsi qu'au patient qui en nécessite.

Conclusion

Au vu de résultats ci-haut, nous signalons que la prise en charge ces pathologies est moyennement bonne faute de non-respect de principes cliniques, diagnostic retardé, et l'insuffisance en matériels médicaux. Les cas d'abdomens aigus chirurgicaux sont représentés respectivement par les appendicites, kystes ovariens, péritonite, et occlusion. Ils sont liés à l'âge et sexe.

N'eut été le délabrement de certaines fiches de malades, la taille de l'échantillon serait élevée et proportionnelle à celle de la population étudiée dans l'Hopital Général de Référence de Makiso-Kisangani à l'année 2023.

Références

1. A. Bourquia et col. (2013), Syndrome hémolytique et urémique révélé par un abdomen aigu à propos d'un cas, Médecine du Maghreb, N°39, Pg 28-31.
2. Addis DG et col. (2019), the epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United states-Am j epidemiology.
3. Alister D.N. (2016), Fréquence et prise en de l'abdomen aigus chirurgicaux chez Les adultes _mémoire de fin d'étude, Pg 56.
4. Bull Med Owendo (2011), 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, Article original, Vol. 13. N°37, Pg 40-45.
5. Diafara B.I (2018), Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G, Thèse médecine UNIVERSITE DE BAMAKO, N°... Pg53-57.
6. Harouna Y. et col. (2011), Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (NIGER) : Etude analytique et pronostique, Médecine d'Afrique Noire : 2001, N°48, vol.2, Pg 50-53.
7. Israël M.A. (2019), Évaluation de paramètres clinique et biologiques associés Aux complications chez les opérés de l'abdomen aux Cliniques Universitaires de Kisangani.
8. John W.P et col (2020), Stat Pearls, stat Publishing.
9. Konate M. (2017), Apport de l'échographie dans la prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux non traumatique dans le Centre de Santé Référence (CSRéf) de la Commune VI de Bamako, Rev int sc méd –RISM, N°19, Vol.4, Pg389-393.

