



***Étude épidémiologique, clinique et thérapeutique des occlusions intestinales
aigues aux Cliniques Universitaires de Kisangani***

KASEREKA LULENDI*

*Assistant à l'ISTM Butembo/Nord Kivu

<https://doi.org/10.59937/TDMS9442>

Résumé

L'occlusion intestinale est une affection grave réclamant une attitude thérapeutique urgente, faite d'une réanimation médicale rigoureuse et le plus habituellement d'un geste chirurgical visant à lever ou à supprimer l'obstacle. Ce travail consiste en une étude rétrospective au cours de la période allant du 01 janvier 2002 au 31 décembre 2006 aux Cliniques Universitaires de Kisangani des dossiers des malades admis en consultation. Nous avons trouvé que la prévalence des cas d'occlusion intestinale aiguë était de 3,9%, le sexe masculin était prédominant. Les tranches d'âge comprises entre 26 et 70 ans et ceux ≤ 12 ans étaient les plus atteintes. Les célibataires ont été les plus admis avec 53,34%, les sans profession représentaient 40% et 56,67% des enquêtés vivaient dans la commune de Mangobo. Les manifestations cliniques qui sont les douleurs accompagnées de vomissements précoces avec arrêt tardif des matières et des gaz sans ballonnement abdominal considérable représentaient 60%. Les cas de sans antécédent chirurgical de l'abdomen et/ou de la région pelvienne étaient 66,67%. L'étiologie de l'occlusion intestinale était principalement la bride adhérentielle avec 30% de cas. L'acte chirurgical posé était la section et ligature des brides avec adhésiolyse. Cet acte a été réalisé principalement dans les 24h soit 76,67% des cas. La durée d'hospitalisation était inférieure ou égale à 14 jours. En général, Nous avons découvert que 40% des malades étaient décédés. Il y a lieu donc de fournir des efforts dans le sens d'améliorer la prise en charge de l'occlusion intestinale et de réduire le taux de décès.

Mots-clés : Occlusion intestinale, clinique, chirurgie

Abstract

Intestinal obstruction is a serious condition requiring an urgent therapeutic approach, involving rigorous medical resuscitation and, more often than not, surgery to remove or eliminate the obstruction. This study consists of a retrospective review of patient records from January 01, 2002 to December 31, 2006 at the Cliniques Universitaires de Kisangani. We found that the prevalence of acute intestinal obstruction was 3.9%, with males predominating. The age groups between 26 and 70 years and those ≤ 12 years were the most affected. Single people were the most commonly admitted with 53.34%, those with no occupation accounted for 40%, and 56.67% of those surveyed lived in the commune of Mangobo. The clinical manifestations were pain accompanied by early vomiting with late cessation of matter and gas without considerable abdominal bloating, accounting for 60%. Cases with no history of abdominal

and/or pelvic surgery accounted for 66.67%. The etiology of intestinal obstruction was mainly adherent flange, accounting for 30% of cases. The surgical procedure performed was the sectioning and ligation of adhesions with adhesiolysis. This procedure was mainly performed within 24 hours, in 76.67% of cases. Hospital stay was less than or equal to 14 days. In general, we found that 40% of patients died. Efforts must therefore be made to improve the management of intestinal obstruction and reduce the death rate.

Key words: intestinal obstruction, clinic, surgery

INTRODUCTION

L'arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz dans un segment intestinal définit l'occlusion. Il s'agit d'une affection toujours grave réclamant une attitude thérapeutique urgente, faite d'une réanimation médicale rigoureuse et le plus habituellement d'un geste chirurgical visant à lever ou à supprimer l'obstacle.

Connu depuis la haute antiquité, le syndrome d'occlusion intestinale a toujours retenu l'attention des médecins, chirurgiens et infirmiers par sa gravité et son évolution quasi constante vers la mort. Cependant les occlusions intestinales peuvent être brutales ou apparaître progressivement et les complications immédiates sont donc fonction du siège de l'obstacle, du terrain sur lequel éclatent les accidents, puis du mécanisme d'apparition.

Si dans les pays développés son traitement semble aisé, en Afrique et en particulier à Kisangani en République Démocratique du Congo, la prise en charge tardive des malades et l'insuffisance des moyens adéquats de réanimation conduisent souvent à la mort du patient. Par ailleurs, la connaissance de la part de notre population des signes d'alerte de cette affection est capitale pour l'orientation urgente du malade vers une formation sanitaire bien équipée et dotée d'un personnel compétant.

Par ignorance, la population tant du milieu rural que du milieu urbain pratique jusqu'aujourd'hui le traitement de la plupart de maladies par des potions, des médicaments d'application locale et surtout par des lavements médicamenteux et évacuateurs à base de produits naturels, et y met plus de confiance ; ce qui constitue un grand danger.

Ces tentatives de lavement peuvent même aggraver la situation car elles sont susceptibles d'amorcer l'invagination en sens inverse.

S'agissant d'une affection toujours grave, de pronostic sévère, son tableau clinique est typique et foudroyant, imposant au personnel soignant d'être vigilant et poser correctement en temps le diagnostic de certitude suivi d'une thérapie urgente et adéquate, faite d'une réanimation

médicale rigoureuse et le plus souvent d'un geste chirurgical visant à lever ou à supprimer l'obstacle.

Habituellement dans les occlusions abandonnées à elles-mêmes, les modifications de l'hémodynamique ou le volume circulant, les désordres hydro-électrolytiques peuvent entraîner la mort avant que les altérations pariétales ou que la nécrose ait pu avoir une influence décisive. Ceci d'autant plus qu'au passif de l'extrême distension abdominale s'ajoutent les troubles circulatoires et respiratoires qu'elle peut provoquer en comprimant la veine cave, en refoulant le diaphragme et en déplaçant le cœur, ainsi que les bases pulmonaires. Dans l'évolution, la mortalité est de 1%, mais peut atteindre 20% en fonction de l'étiologie. Les données épidémiologiques en ce qui concerne l'occlusion intestinale sont éparses. C'est dans cet ordre que nous effectuons l'étude épidémiologique, clinique et thérapeutique de l'occlusion intestinale aux Cliniques Universitaires de Kisangani.

METHODOLOGIE

Ce présent travail consiste en une étude rétrospective des dossiers de 47 patients admis aux cliniques universitaires de Kisangani au cours de la période allant du 1 janvier 2002 au 31 décembre 2006. Nous avons recouru à la technique documentaire qui nous a permis de consulter les dossiers de 47 patients parmi lesquels nous avons prélevé un échantillon de 30 dossiers qui nous ont renseignés ci-après : (1) Prévalence, (2) Sexe, (3) Age, (4) Statut matrimonial, (5) Profession, (6) Adresse du patient, (7) Signes cliniques, (8) Étiologie, (9) Antécédents chirurgicaux, (10) Acte chirurgical, (11) Intervalle de temps, (12) Durée d'hospitalisation, (12) Modalité de sortie.

RESULTATS

Prévalence

Durant la période de notre étude, nous avons répertorié 47 cas d'occlusion intestinale aiguë sur un total de 1205 malades reçus au département de chirurgie aux CUKIS de 2002 à 2006.

Sexe

Le tableau 1 présente le sexe des enquêtés.

Tableau 1. Répartition des cas selon le sexe

Sexe	Effectif	%
Masculin	21	70
Féminin	9	30
Total	30	100

Il se dégage de ce tableau que le sexe masculin représente 70% des cas contre 30% de sexe féminin.

Age

Le tableau 2 repartit les patients selon l'âge

Tableau 2. Distribution des patients en fonction de l'âge

Age	Effectif	%
Enfants (≤ 12 ans)	12	40
Adolescents (13-18ans)	2	6,67
Jeunes (19-25 ans)	1	3,33
Adultes (26-70 ans)	14	46,67
Vieillards (> 70 ans)	1	3,33
Total	30	100

Ce tableau nous montre que sur l'effectif de 30 cas, les tranches d'âge comprises entre 26-70 ans sont prédominantes soit 46,67% suivi de ≤ 12 ans avec 40%, 6,67% sont dans la tranche d'âge de 13 à 18 ans et 3,33% sont respectivement compris entre 19-25 ans et >70 ans.

État-civil

Ce tableau suivant présente les enquêtés selon leur statut matrimonial.

Tableau 3. Répartition des cas suivant le statut matrimonial

Etat-civil	Effectif	%
Célibataires	16	53,34
Mariés	12	40
Divorcés	1	3,33
Veufs (ves)	1	3,33
Total	30	100

Il ressort de ce tableau que 53,34% sont des célibataires suivis de 40% des mariés et 3,33% sont respectivement des divorcés et veufs.

Profession

Dans ce tableau figure la profession.

Tableau 4. Répartition des cas selon la profession

Profession	Effectif	%
Sans profession	12	40
Écoliers-élèves-étudiants	4	13,33
Fonctionnaires de l'État	5	16,67
Commerçants	1	3,33
Ménagères	3	10
Cultivateurs	5	16,67

Total	30	100
--------------	-----------	------------

Il ressort de ce tableau que la proportion des personnes sans profession prime avec 40% suivis respectivement de 16,67% des cultivateurs et fonctionnaires de l'État, 13,33% des écoliers-élèves-étudiants, 10% des ménagères et 3,33% des commerçants.

Lieu de résidence (Commune)

Le tableau 5 repartit les patients selon le lieu de résidence

Tableau 5. Distribution des patients selon la commune de résidence

Commune	Effectif	%
Mangobo	17	56,67
Tshopo	4	13,33
Makiso	5	16,67
Kabondo	2	6,67
Kisangani	1	3,33
Lubunga	1	3,33
Total	30	100

Ce tableau illustre que la plupart des enquêtés habitent la commune de Mangobo, avec 56,67% suivis de 16,67% de Makiso, 13,33% de Tshopo, 6,67% de Kabondo et respectivement de 3,33% des communes de Kisangani et Lubunga.

Clinique

Le tableau 6 résume la distribution des cas selon les signes cliniques

Tableau 6. Distribution des cas selon les signes cliniques

Clinique	Effectif	%
Douleurs + vomissements précoces avec arrêt tardif des matières et des gaz sans ballonnement abdominal considérable	18	60
Douleurs + vomissements tardifs avec arrêt précoce des matières et des gaz puis un météorisme important	12	40
Total	30	100

Il ressort du tableau 6 que 60% des enquêtés ont manifesté des douleurs émaillées des vomissements précoces avec un arrêt des matières et des gaz tardifs sans ballonnement considérable contre 30% accusant des douleurs avec vomissements tardifs avec arrêt précoce des matières et des gaz puis un météorisme important.

Antécédents chirurgicaux

Le tableau 7 indique la répartition des cas selon les antécédents

Tableau 7. Répartition des cas selon les antécédents

Répartition des cas selon les antécédents	Effectif	%
Antécédents de la chirurgie abdominale et /ou pelvienne	10	33,33
Sans antécédent chirurgical de l'abdomen et / ou de la région pelvienne	20	66,67
Total	30	100

L'analyse des résultats de ce tableau montre que parmi nos malades, 66,67% étaient sans antécédent chirurgical de l'abdomen ni de la région pelvienne contre 33,33% avec antécédents de la chirurgie abdominale et/ou pelvienne.

Diagnostic per-opératoire

Les diagnostics pour tous les patients en période préopératoire étaient confirmés en per-opératoire, 30 cas sur 30 soit 100%.

Intervalle de temps entre l'admission et l'intervention chirurgicale

Le tableau 8 énumère la distribution des cas l'intervalle de temps entre l'admission et l'intervention chirurgicale.

Tableau 8. Distribution des cas suivant l'intervalle de temps entre l'admission et l'intervention chirurgicale.

Intervention chirurgicale	Effectif	%
Réalisée dans les 24 ^{ères} heures	23	76,67
Réalisée au-delà des 24 ^{ères} heures	7	23
Total	30	100

Ce tableau nous montre que 23 cas sur 30 soit 76,67% ont bénéficié de l'intervention chirurgicale dans les 24 premières heures une fois le diagnostic confirmé.

Étiologies

Le tableau 9 résume la répartition des cas selon l'étiologie

Tableau 9. Répartition des cas selon l'étiologie

Étiologie	Effectif	%
Bride adhérentielle	9	30
Invagination	5	16,67
Volvulus	6	20
Hernie étranglée	2	6,67
Imperforation anale	7	23,33
Cancer du côlon	1	3,33
Total	30	100

Il découle de ce tableau que la bride adhérentielle était responsable de beaucoup d'occlusions intestinales aiguës, 9 cas sur 30 ; soit 30%, cependant l'imperforation anale et le volvulus ont représenté respectivement 7 cas sur 30 ; soit 23,33% et 6 cas sur 30, soit 20%.

Acte chirurgical

Le tableau 10 montre la répartition des patients selon l'acte chirurgical posé.

Tableau 10. Répartition des patients selon l'acte chirurgical posé

Acte posé	Effectif	%
Section + ligature des brides et adhésiolyse	8	26,67
Détorsion intestinale	4	13,33
Désinvagination	2	6,67
Résection et anastomose intestinale	6	20
Colostomie	7	23,33
Cure de la hernie étranglée	2	6,67
Anoplastie	1	3,33
Total	30	100

Il ressort de ce tableau que la section et la ligature des brides accompagnées de l'adhésiolyse étaient plus pratiquées avec 26,67% suivies de colostomie 23,33%, 20% de résection et anastomose intestinale, 13,33% de détorsion intestinale, respectivement de 6,67% de désinvagination et de cure de la hernie étranglée et de 3,33% d'anoplastie.

Durée de séjour hospitalier

Le tableau 11 indique la répartition des cas suivant la durée de l'hospitalisation.

Tableau 11. Répartition des cas suivant la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	%
≤14 jours	17	56,67
15-30 jours	9	30
> 30 jours	4	13,33
Total	30	100

Le tableau 11 illustre que la majorité de nos malades soit 56,67% ont fait un séjour d'hospitalisation court de ≤14 jours suivis de 30% de 15-30 jours et de > 30 jours soit 13,33%.

Modalité de sortie

Le tableau 12 donne la fréquence des cas suivant la modalité de santé

Tableau 12. Fréquence des cas suivant la modalité de sortie

Modalité de sortie	Effectif	%
Guérison complète	10	33,33
Guérison partielle	5	16,67
Statuquo	3	10
Décès	12	40
Total	30	100

Ce tableau montre que 40% des décès à la sortie de l'hôpital suivis de 33,33% de guérison complète, 16,67% de guérison partielle sont sortis de l'hôpital et 10% de statuquo.

Discussion

Prévalence

La prévalence des occlusions intestinales aiguës pendant notre période d'étude s'est élevée à 3,9%. Cette fréquence est inférieure à celle trouvée par MBUSA M. (2005) (6%) dans la même formation sanitaire, même milieu de recherche.

Par contre, elle paraît aussi légèrement être supérieure à celles de certains auteurs qui, dans leurs séries ont respectivement observé 3,36%, 3,03%, 3% et 2,41%. Si nous comparons notre fréquence à celle de MBUSA M. (2005), nous pensons que la différence est liée d'une part à la taille de notre échantillon qui est inférieure par rapport à la sienne, d'autre part à la politique actuelle des Soins de Santé Primaires de notre pays, les salles d'opération sont autorisées par ici, par là et de ce fait, vu la distance et surtout l'urgence, les cas simples peuvent facilement recourir au centre chirurgical le plus proche et sont seulement les cas compliqués qui sont référés aux cliniques universitaires.

Sexe

Nous référant aux résultats du tableau 1, nous avons remarqué la prédominance de l'affection chez le sexe masculin, 21 cas sur 30 ; soit 70%. Le même constat a été révélé par des études antérieures des auteurs.

Pour eux, cela serait lié à la fréquence des certaines causes d'occlusion intestinale qui prédominent chez les sujets de sexe masculin ; notamment à l'exemple de la hernie inguino-scrotale étranglée. Certains autres auteurs qui ont mené les mêmes études ont fait le constat inverse en faveur du sexe féminin.

Age

Notre étude a révélé que les tranches d'âge comprises entre 26-70 ans et ≤ 12 ans prédominent ; soit 46,67%, 40%. Nous pensons avec ALEXANDRE, J.H. et PATEL (1978) que cela est lié aux étiologies (lésions anatomo-pathologiques) courantes de cette affection dont les brides adhérentielles, le volvulus caractérisent l'âge de l'Adulte et l'imperforation anale, l'invagination, celui de l'enfant. Malgré ces observations, tout âge est intéressé avec des particularités pour chaque sujet ou malade.

Etat-civil

Le tableau 3 nous a fait voir que ce sont les célibataires et les mariés qui sont plus atteints dans des proportions de 53,34% et 40%. Nous pouvons expliquer cette prédominance dans ces

deux premières catégories contre les deux dernières par la simple raison que c'est dans ces deux premières catégories où nous retrouvons la densité de l'échantillon tandis que les divorcés et les veufs (ves) n'y représentent qu'une faible proportion.

Nos prédécesseurs, BUYANGANDU (1998) et LITONGO (1996) ont fait le même constat qui, de leur part, stipulent que cette prédominance de l'affection chez les mariés s'explique par leurs occupations et activités lourdes contrairement à ce qui se passe chez les célibataires en général et en particulier les jeunes pour ne citer que les Tolekiste, faisant allusion à des hernies inguinales étranglées.

Profession

Il ressort de notre étude que les gens sans profession, leur proportion domine ; soit 40%. Nous pensons que cela est lié à la conjoncture actuelle de notre pays dont les conditions socio-économiques (leur mode de vie) les rendent vulnérables vis-à-vis à cette affection. Le même constat a été confirmé par certains auteurs dont LITONGO (1996), MBUSA (2005) et TSHIMPANGA (2005). Ce dernier stipule que cela serait lié au simple hasard, quant au premier auteur, nous avons partagé le même avis. Cependant certains autres ont mis l'accent sur les ménagères et les gens de tous travaux, mais aussi sur les élèves et étudiants.

Commune résidentielle

La fréquence élevée des cas d'occlusion intestinale aiguë a été observée dans les communes Mangobo, avec 56,67% et les communes Makiso et Tshopo avec un taux légèrement élevé qui, ont respectivement enregistré 16,67% et 13,33%. Les auteurs, MBUSA (2005), TANAKEKE (2002), LITONGO (1996), TSHIMPANGA (2005) et ANGOTULUWA (2000), qui ont mené les mêmes études aux CUKIS et à l'HGR de Kisangani ont fait le même constat. Cela s'expliquerait par la proximité et l'accessibilité géographique de ces trois communes par rapport aux cliniques universitaires de Kisangani. Les patients de ces communes peuvent facilement consulter les Cliniques Universitaires.

Étiologies

Dans notre série, la bride adhérentielle a été la cause prédominante de l'OIA ; soit 30% suivie de l'imperforation anale, le volvulus et l'invagination dans l'ordre de 23,33% ; 20% et 16,67%. Pour le même constat, nous avons été soutenu par certains auteurs, notamment MBUSA (2005) et TANAKEKE (2002), qui ont réalisé les mêmes études.

Ces principales lésions anatomo-pathologiques coïncident essentiellement avec les tranches d'âge fréquemment atteintes, dont l'atteinte de la tranche d'âge comprise entre 26 et 70 ans se caractérise par le mécanisme de bride adhérentielle et le volvulus, enfin, ≤ 12 ans par l'imperforation anale et l'invagination.

Clinique

Nous avons noté que la plupart de nos malades ont eu comme signes majeurs les douleurs émaillées des vomissements précoces avec arrêt des matières et des gaz tardifs sans ballonnement abdominal considérable ; soit 60% des cas. Ceci revient à dire qu'il y avait plus de cas d'occlusion intestinale haute que d'occlusion intestinale basse (ALEXANDRE, J.H. et PATEL, 1978)

Antécédents chirurgicaux

Dans notre série nous avons observé que la majorité de nos malades était sans antécédents de la chirurgie abdominale ni pelvienne avec une fréquence de 20 cas ; soit 66,67%. MAKAMBO, J.P. (2001) a été à la proximité de cette réalité qui, après avoir inventorié toutes les interventions de l'abdomen et de la région pelvienne qui s'étaient réalisées chez ses patients, a retrouvé 17 cas sur 45 ; soit 37,8%. Pour UBANZI T.B (2002) a de l'avis contraire en faveur des cas avec antécédents chirurgicaux, a observé 2 cas sur 26 ; soit 8% après avoir répertorié tous les antécédents possibles de la chirurgie abdominale et /ou pelvienne.

De ce fait nous pouvons apprécier positivement les équipes des différentes maisons de santé qui pratiquent la chirurgie pour l'efficacité des interventions précises et complètes réalisées n'occasionnant pas des occlusions intestinales pour question des complications tant précoces que tardives.

Diagnostic

A la lumière de nos recherches, l'enquête prouve que tous les cas dont le diagnostic posé en période pré-opératoire était confirmé en période per-opératoire dont 30 cas sur 30 ; soit 100%. Aucun diagnostic préopératoire n'a été rejeté en période per-opératoire, ce qui reflète la haute compétence de l'équipe soignante des Cliniques Universitaires de KISANGANI.

Intervalle de temps mis en jeu dès l'admission et l'intervention chirurgicale

Il ressort de notre étude que 23 cas sur 30, soit 76,67% avaient bénéficié de l'intervention chirurgicale dans les 24 premières heures une fois le diagnostic confirmé, ce qui explique la souplesse de l'équipe soignante qui se mobilise le mieux possible dans la prise en charge des malades aux CUKIS. Cependant les 7 autres, soit 33,33% avaient bénéficié de cette même thérapie

au-delà d'un jour. Ceci serait lié à des nombreux certains paramètres d'ordre socio-économique de nos malades qui retardent parfois les mesures prises en faveur du patient.

Acte chirurgical

Selon notre observation, la section, la ligature des brides, accompagnées de l'adhésiolyse ont été plus pratiquées, soit 26,67% suivies de la colostomie 7 cas ; soit 23,33%. Les études similaires menées par MBUSA (2005), TANAKEKE (2002) et TSHIMPANGA (2005) ont révélé le même constat dont la section et la ligature des brides adhérentielles accompagnées de l'adhésiolyse se placent en première position.

Durée du séjour hospitalier

A la lumière de notre série nous avons remarqué que la majorité de nos malades ont fait un séjour d'hospitalisation court (≤ 14 jours) avec 17 cas sur 30 ; soit 56,67% ; ce qui revient à souligner l'efficacité des soins de la prise en charge des malades.

Pour ceux qui ont connu une durée longue (> 30 jours), ceci s'expliquerait parfois par le retard de la consultation, ce qui se complique fréquemment dans la suite, d'où une longue période pour la résolution du problème (ALEXANDRE, J.H. et PATEL, 1978).

Modalité de sortie

Au vu des résultats du tableau 12, les cas de décès représentent 40%. Le même constat a été confirmé par certains auteurs dont LINGUNDU (2000) et BUYANGANDU (1998). Par contre d'autres notamment AMURI (2000) et MUSAVULI (2000) qui ont mené des études similaires n'ont pas partagé avec nous le même avis. Nous pensons que cela serait lié à grande partie au retard de la consultation et que l'on ne réfère aux Cliniques Universitaires que des cas compliqués échoués ailleurs chez qui l'espoir de vivre paraît déjà impossible. Mais aussi la taille de notre échantillon peut nous conduire à des conclusions pareilles, alors que s'il n'arrivait pas que certains dossiers sont mis hors analyse, l'on pouvait aboutir à un résultat autre que celui-ci.

Ce taux impressionnant des cas de décès explique la gravité et les complications redoutables de l'occlusion intestinale aiguë : d'où une maladie à craindre qu'il faut à tout prix prévenir ou en opposer une attitude thérapeutique adéquate dès la confirmation du diagnostic, ce qui revient à soutenir le contenu de la partie introductive de cette œuvre sachant que sur 108 cas de décès enregistrés durant cette période de recherche, seul le pourcentage des cas de l'OIA oscille à 11,11% ; soit 12 cas contre 88,89% de l'ensemble de toutes les autres pathologies.

CONCLUSION

L'occlusion intestinale est une affection grave réclamant une attitude thérapeutique urgente. C'est une étude rétrospective sur les dossiers des patients aux Cliniques Universitaires de Kisangani au cours de la période allant du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2006. L'analyse des dossiers ont révélé que la prévalence des cas d'occlusion intestinale aiguë est de 3,9%, le sexe masculin est celui le plus touché avec 70%, la tranche d'âge comprise entre 26-70 ans est de 46,67%. La prédominance de la maladie s'observe plus chez les célibataires avec 53,34%. L'affection intéresse plus les gens sans profession avec 40%. La plupart de nos patients venait des communes les plus proches et surtout de la commune Mangobo soit 56,67%. La clinique est dominée par les douleurs et vomissements précoces avec arrêt tardif des matières et des gaz sans ballonnement abdominal considérable avec 60%. Les patients sont sans antécédent chirurgical de l'abdomen et/ou de la région pelvienne avec 66,67%. Les interventions chirurgicales sont réalisées dans les 24^{ere} heures avec 76,67%. L'étiologie principale est une bride adhérentielle avec 30%. L'acte chirurgical est fait d'une section-ligature des brides et adhésiolyse avec 26,67%. La durée d'hospitalisation est \leq 14 jours avec 56,67%. La modalité de sortie fut marquée par le décès avec 40%.

Suggestions

De ce qui précède, qu'il nous soit permis d'émettre nos suggestions, à la lumière de ces résultats, nous suggérons :

▲ Aux autorités politico-administratives et sanitaires de bien vouloir songer à équiper suffisamment les formations sanitaires de la RDC et à particulier les CUKIS des moyens adéquats plus performants pour la meilleure prise en charge des malades et à améliorer les conditions de vie du personnel ainsi que celles de la population puis favoriser la formation des spécialistes en chirurgie pour élever le niveau des connaissances ;

▲ Aux chirurgiens de parfaire la technicité en vue d'éviter des fautes techniques susceptibles d'occasionner les adhérences post-opératoires et pratiquer au besoin la cure herniaire en temps une fois la hernie confirmée, ainsi que l'exérèse du diverticule de Meckel dès sa découverte ;

▲ Au personnel soignant et surtout du service de maternité, de prendre soin à l'examen minutieux de tout nouveau-né pour le dépistage des malformations congénitales à l'instar de l'imperforation anale qui, actuellement revête la cause principale de l'occlusion intestinale du nouveau-né ;

▲ A tout le personnel en général et surtout celui qui s'occupe du malade dès son admission à la sortie, de veiller chacun de sa part à la bonne tenue des dossiers des patients et au besoin disponibiliser un même modèle pour tous les malades et à particulier du service des archives à la bonne conservation et au classement de ces dossiers par année, à plus de leur bonne initiative du classement par catégorie des malades ;

▲ A la population, de veiller au respect des règles hygiéno-nutritionnelles et à toute circonstance, de conduire le malade dans un centre chirurgical dès l'apparition des premiers signes révélateurs de cette pathologie, et non pas faire retarder sous son observation tentant des méthodes thérapeutiques traditionnelles aboutissant à la mort immédiate du patient qui, généralement le plus souvent devrait être sauvé s'il consultait en temps la formation sanitaire compétente la plus proche. Enfin, notre étude n'est pas un cul-de-sac. Nous ne prétendons pas ainsi avoir épuisé tout ce qui a trait à ce sujet. C'est pourquoi par la modestie, nous avons ouvert les horizons à tout chercheur intéressé par ce sujet de pouvoir nous compléter et le suggérons de préférence de mener une étude prospective approfondie afin de palper du doigt la réalité de cette pathologie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AHUKA, O.L. (2007). *Chirurgie digestive*, cours inédit fac. de méd. R.D.C.

AHUKA, O.L. (2005). *Sémiologie chirurgicale*, cours inédit UNKIS D1.

ALEXANDRE, J.H. et PATEL. J.C. (1978). *Pathologie chirurgicale 3^e éd.* Paris : Masson. p. 821-837.

AMURI, L.K. (2000). Complications post-opératoires des occlusions intestinales aiguës, monographie inédite ISTM/Kis.

ANGOTULUWA, M. (2000). Étiologies des occlusions intestinales aiguës basses, monographie inédite ISTM/Kis.

BERTHET, E. (1972). « Action des organisations internationales en faveur de l'enfance » in *pédiatrie sociale*. Paris : Flammarion.

BUYANGANDU, J.M. (1998). *Etude épidémiologique de l'occlusion intestinale aiguë*, monographie inédite ISTM/Kis.

ESAFE, V. (2006). *Anatomie appliquée à la chirurgie générale*, cours inédit ISTM/Kis L1 chirurgie.

KLEINKNECHT, D. et coll. (1975). *Occlusions intestinales aiguës principes de réanimation médicale*. Flammarion médecine-sciences.

- LAGACHE, G. et FOURLINE, J.C. (1968). *Les syndromes occlusifs intestinaux aigus, estomac-intestin, Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris : Ed. techniques.
- LINGUNDU, G.O. (2000). *Causes des occlusions intestinales aigues hautes, monographie inédite* ISTM/Kis.
- LITONGO, G.S. (1996). *Étude sur la prévalence de l'occlusion intestinale haute, monographie inédite* ISTM/Kis.
- LOKATUNGA, A. (2007). *Rôles et fonctions de l'infirmier clinicien, cours inédit* ISTM/Kis L2 chirurgie.
- LUDMILA et ALEXANDRE, M. (2001). *Dictionnaire médical, 9^e éd.* Paris : Masson.
- MAKAMBO, J.P.L. (2001). *Fréquence des occlusions intestinales, monographie inédite* ISTM/Kis.
- MBUSA, D.M. (2005). *Occlusions intestinales aigues. Aspect épidémiologique, anatomo-pathologique et thérapeutique. Mémoire inédit* ISTM/Kis.
- MUSAVULI, G.B. (2000). *Prise en charge infirmière des malades avec occlusion intestinale aiguë, monographie inédite* ISTM/Kis.
- NGAMUKUMU, A.N. (2001). *Evolution de la tension artérielle chez les opérés de l'occlusion intestinale aiguë, monographie inédite* ISTM/Kis.
- NGOMENGE, O.E. (1997). *Occlusion intestinale aiguë haute et Nursing chirurgical, monographie inédite* ISTM/Kis.
- TANAKEKE, F.L. (2002). *Prévalence de l'occlusion intestinale aiguë, monographie inédite* ISTM/Kis.
- TSHIMBILAK (1986). *Les occlusions aiguës de l'intestin grêle, aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques aux CUKIS (mémoire de spécialisation en chirurgie générale), UNIKIS.*
- TSHIMPANGA, M.B. (2005). *Étude épidémiologique des occlusions intestinales aigues, TFC inédit* Fac-Méd./Unikis.
- UBANZI, T.B. (2002). *Étiologies des occlusions intestinales aigues, monographie inédite* ISTM/Kis.
- WAKUSOMBA, C.B. (1996). *Étiologie des occlusions intestinales, monographie inédite* ISTM/Kis.
- WAMI, W. (2007). *Chirurgie infantile. Cours inédit* ISTM/Kis L2 chirurgie.

WAMI, W. (2007). *Technique opératoire appliquée à la chirurgie générale*, cours inédit ISTM/Kis L2 chirurgie.

WINTHER, H. et coll. (1972). *Les 5 minutes du consultant*. Paris : Ed. pradel.