



## Article Original

## Occlusion du Grêle sur Brides et Adhérences à l'Hôpital de Sikasso

*Small bowel occlusion secondary to adhesions: a study from the Hospital of Sikasso*

Diassana M<sup>1</sup>, Traoré B<sup>1</sup>, Diallo A<sup>1</sup>, Maiga A<sup>2</sup>, Coulibaly BM<sup>1</sup>, Konaté M<sup>2</sup>, Traoré A<sup>2</sup>, Karambé A<sup>2</sup>, Bah A<sup>2</sup>, Sidibé AY<sup>2</sup>, Touré L<sup>3</sup>, Traoré T<sup>3</sup>, Dembelé O<sup>4</sup>, Traoré S<sup>4</sup>, Kanté M<sup>5</sup>, Traoré SA<sup>6</sup>, Coulibaly M<sup>7</sup>, Konaté M<sup>8</sup>, Dembélé BT<sup>2</sup>

## RÉSUMÉ

**Introduction.** L'occlusion sur bride est un arrêt partiel ou total du transit au niveau du grêle ou du colon secondaire à une bride. L'objectif était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. **Méthode.** Nous avons réalisé une étude rétrospective entre juin 2016 et juin 2019 à l'hôpital de Sikasso. Le diagnostic a été posé sur la base d'un syndrome occlusif associé à Les paramètres étudiés étaient, la fréquence, l'âge, le sexe, les signes d'occlusions, les lésions en per opératoire, les modalités thérapeutiques et les complications. **Résultats.** Nous avons colligé 67 dossiers d'occlusions grêles sur brides et adhérences qui ont représenté 25,5% des occlusions intestinales aiguës et 3,6% des urgences chirurgicales. L'âge moyen était de 38 ans. Le sexe masculin était plus représenté avec un sex ratio 1,2. Le délai moyen de consultation était de 72 heures. Le délai moyen entre la première intervention et l'apparition de l'occlusion sur brides et adhérences était de 7,0 ans. Le tableau clinique était un syndrome occlusif et la présence bride en per opératoire. La radiographie de l'abdomen sans préparation a objectivé des niveaux hydroaériques centraux chez 60 (89,5%). La bride était unique chez 48 (71,6%) patients, grêle-grêlique chez 31 (46,2%) malades. La zone de striction de la bride était située au delà de 40 centimètres de la valvule iléo-caecale chez 55 (82,0%) malades. La résection de bride et adhesiolyse était la technique utilisée chez 56 (83,5%) patients. Les complications post-opératoires étaient l'infection du site opératoire 4 (5,9%) et la fistule digestive 1 (1,4%). Sa mortalité était de 3 (4,4%). **Conclusion.** L'occlusion sur brides et adhérences est une urgence chirurgicale. Cette pathologie touche souvent les jeunes et survient après une intervention chirurgicale. Sa morbidité et sa mortalité restent encore élevées.

## ABSTRACT

**Introduction.** The occlusion is a partial or staring deadlock on a flange the passage of the degree of the tinny ou of the second colon of a flange. The goal was describing the aspects, épidémiologiques clinical, and sanative. **Method.** We earned a retrospective report entered on June 2016 and June 2019 of Sikasso hospital. **Result.** We have colligé 67 the dossiers of thin occlusions on flanges and attachments that corresponded 25,5 % of occlusions intestinalis and 3,6 % of surgical urgencies. The in between age was in 38 years. The mannish sexual practice was portrayed to a greater extent with a sex a ratio 1,2. The average notice was in 72 hours in consultation. The average notice enters the first intervention and the apparition was in 7,0 years on flanges and attachments in the occlusion. The clinical tableau vivant was a occlusive syndrome. The radiogram of the abdomen without the preparation of 60 level objective hydroaerique centraux chez (the 89,5%). The flange was unique in 48 (71,6 %) of patients, grelo-grelrique chez 31 (46,2 %) patients. The aera of striction of the flange was located to more than 40 centimeters of valvelet- ileo-coecale in 55 (82,0 %). The resection in flange and adhesiol there the most utilisée technique was followed in 56 (83,5%) patients. The postoperative complications were the infection of the operative 4 internet site the (5,9%) and the digestive fistulous withers one (1,4%). His mortality was 3 (4,4%). **Decision.** The occlusion is surgical urgency on flanges and attachments. This pathology stirs often the young things and goes on after an operation. His unwholesomeness and his mortality remain still pupils.

1. Service de chirurgie général de l'hôpital de Sikasso;
2. Service de chirurgie général CHU Gabriel -Touré;
3. Service de traumatologie de l'hôpital de Sikasso;
4. Service d'Urologie de l'hôpital de Sikasso;
5. Service d'Anesthésie et de réanimation de l'hôpital de Sikasso;
6. Service de gyneco-obstetrique de l'hôpital de Sikasso;
7. Service de Chirurgie du centre de santé de référence de koutiala;
8. Service de Chirurgie du centre de santé de référence de la commune VI de Bamako

## Auteur correspondant :

Dr Diassana Moussa

Adresse e-mail :

chirurgiediassana.m@yahoo.com

Boite postale : 82 Sikasso, Mali

Tel: (223) 76028950/ 69573555

**Mots-clés :** Occlusion-grêle -  
Bride - Adhérence - Sikasso  
(Mali)

**Keywords:** Occlude front - Hail -  
Does attachment - Dridle Sikasso  
(Mali)

## INTRODUCTION

L'occlusion intestinale sur bride est un arrêt partiel ou total du transit au niveau du grêle ou du colon secondaire à une bride [1]. La formation de bride peut être une cause de morbidité importante, avec de multiples complications [2]. On considère qu'après tout type de chirurgie abdominale,

le pourcentage de patient présentant une ou plusieurs brides et adhérences se situe entre 93 et 100% [2].

L'occlusion intestinale est la complication la plus fréquente [1].

L'occlusion grêle sur brides et adhérences est une urgence abdominale fréquemment rencontrée en chirurgie [3]. L'objectif de cet étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

## MÉTHODOLOGIE

L'étude était rétrospective et descriptive sur une période de 3ans (Juin 2016 à Juin 2019) et fut réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso(Mali).

L'occlusion du grêle sur brides et adhérences était évoquée devant la présence de cicatrice de laparotomie, un syndrome occlusif et la présence de brides et ou adhérences en per opératoire.

Les paramètres étudiés étaient, la fréquence, l'âge, le sexe, les signes d'occlusions, et l'aspect macroscopique des lésions en per opératoire (nombre, type de brides et adhérences, distance par rapport à la valvule iléo-caecale, la présence ou l'absence nécrose).

La réanimation associait un apport de soluté, la correction de l'anémie, l'antibioprophylaxie et ou antibiothérapies, l'administration de paracétamol 1g en perfusion. La laparotomie était faite 2 à 6 heures après le traitement médical. Le traitement chirurgical était une résection de la bride simple et l'adhésiolyses, la résection de la bride suivi de la résection du grêle avec ou sans anastomose, et la confection d'une stomie.

La morbidité et la mortalité étaient aussi étudiées. Une radiographie de l'abdomen sans préparation était demandée à l'admission du malade.

## RÉSULTATS

Les dossiers cliniques de 67 patients ont été colligés. L'occlusion du grêle sur brides et adhérences représentait 25,5% des occlusions intestinales aiguës, 3,6% des urgences abdominales, et 0,2% des patients hospitalisés.

L'âge moyen des patients était de 38 ans, avec des extrêmes de 7 ans et 71 ans. Le sexe masculin était plus représenté avec un sex ratio 1,2.

Le délai moyen de consultation était de 72 heures avec des extrêmes de 6 heures et 120 heures. Le délai moyen d'apparition de l'occlusion du grêle sur brides et adhérences était de 7,0 ans avec des extrêmes de 1 an et de 20 ans. Le tableau clinique est résumé dans le tableau I.

**Tableau I: Répartition selon les signes cliniques**

Signes cliniques	n	%
Douleur abdominale	64	95,5
Vomissements	65	97,0
Arrêt matière et gaz	65	97,0
Météorisme abdominal	54	80,6
Défense abdominale	67	100
Tympanisme abdominal	64	95,5
Ampoule rectale vide	65	97,0

Le tableau II indique les interventions antérieures.

La radiographie de l'abdomen sans préparation a objectivé des niveaux hydro-aériques centraux plus larges que hauts dans 60 cas (89,5%), et des niveaux périphériques plus hauts que larges dans 7 cas (10,5%). La tomодensitométrie abdominale n'a été réalisée chez aucun patient.

**Tableau II: Répartition selon les interventions antérieures**

Interventions antérieures	n	%
Appendicite aiguë	14	20,8
Occlusion intestinale aiguë	11	16,4
Césarienne	14	20,8
Hernie	6	8,9
Fibrome utérin	5	7,4
Péritonite aiguë	17	25,3

L'anémie était retrouvée dans 9 (13,4%) cas à la numération formule sanguine.

La réanimation pré opératoire (2 à 6 heures) associait la correction de l'anémie et l'apport d'un litre de soluté en moyenne (de sérum salé, de sérum glucosé 5%, et Ringer Lactate). La sonde vésicale et la sonde nasogastrique étaient posées chez tous les patients.

La bride était unique associée à des adhérences chez 48 (71,6 %) patients, multiples associée à des adhérences chez 17 (25,5%) patients et des brides avec nécrose chez 2 (2,9%) patients. La bride était grêlo- grêlique chez 31 (46,2%) patients, grêlo- epiploïque chez 8 (11,9%) patients, grêlo-pariétale chez 13 (19,4%) patients, grêlo-utérine chez 11 (16,4%) patients, grêlo-colique chez 3 (4,4%), et colocolique chez 1 (1,4%) patient. La zone de striction de la bride était située à moins de 40cm de la valvule iléo-caecale chez 12 (17,8%) patients, et au-delà de 40cm de la valvule iléo-caecale chez 55 (82,2%) patients. Le tableau III résume la technique opératoire.

**Tableau III: Répartition selon les techniques opératoires**

Technique opératoire	n	%
Résection de la bride + adhésiolyse	64	95,7
Résection de la bride + résection iléale + Iléostomie	2	2,9
Résection de la bride + résection anastomose immédiate	1	1,4

La réanimation postopératoire était basée sur l'apport de soluté, du paracétamol en perfusion et une antibiothérapie (la Ceftriaxone, le Métronidazole et la Gentamycine) pour des patients chez qui la résection intestinale était réalisée.

Le séjour moyen d'hospitalisation était de 10 jours avec des extrêmes de 3 et de 30 jours.

Les suites opératoires étaient simples pour 59 (88,0%) malades. Les suites opératoires étaient compliquées d'infection du site opératoire pour 4 (5,9%) malades nécessitant des soins locaux, une antibiothérapie après un prélèvement du pus pour antibiogramme. Un cas de fistule digestive de bas débit qui a été guéri par un traitement conservateur. Trois(3) patients sont décédés des suites de choc hypovolémique.

## DISCUSSION

L'occlusion du grêle sur brides et adhérences représente une cause fréquente d'hospitalisation en chirurgie dans le monde [4].L'occlusion intestinale sur bride est une urgence abdominale médico-chirurgicale [3]. Cette pathologie peut survenir après tout type de chirurgie abdominale [2]. L'occlusion du grêle sur brides et adhérences représentait 25,5% des occlusions intestinales aiguës dans cette étude. Les études retrouvées rapportent des fréquences hospitalières variant de 30,7% à 39,3% [5,6] par rapport aux autres causes d'occlusion. L'occlusion du grêle sur brides

et adhérences peuvent apparaître à tous les âges de la vie après un processus inflammatoire de la cavité abdominale. En Afrique elle survient chez l'adulte jeune 32ans et 39,7ans [5,7] contre l'âge avancé en occident 55,5ans et 66,8ans [8,9]. Plusieurs études s'accordent sur le fait que l'âge inférieur à 40 ans est un facteur de risque significatif prédisposant aux complications des adhérences et aux récurrences des occlusions [10]. Le sexe n'est pas un facteur de risque. Les sujets de sexe masculin étaient majoritairement retrouvés chez les auteurs Africains [5,7] par contre les femmes étaient nombreuses dans les séries Européennes [9,10]. Le délai moyen de consultation était de 63 heures dans cette étude, l'auteur [5] rapporte un délai de 60 heures. Le délai de prise en charge tardif pourrait s'expliquer par le recours systématique de la population à des systèmes de thérapies parallèles (automédication et tradithérapie principalement) qui, s'ils soulagent, retardent le recours à la prise en charge hospitalière adéquate [11]. La durée moyenne d'apparition de la bride était de 7.0ans dans notre série. Cette durée moyenne diffère selon les auteurs, 4ans 7mois et 6jours pour [12], 3.6ans pour [13], et 10ans [6]. L'auteur [14] conclut que le plus grand pourcentage des réadmissions pour occlusion se produit dans la première année après l'opération initiale et que ce risque continu d'augmenter au cours des 10 années suivantes. Les brides peuvent apparaître après un traumatisme abdominal résultant d'un phénomène inflammatoire ou infectieux passé inaperçu [15]. Les antécédents chirurgicaux, les interventions s'accompagnant d'une ouverture de la cavité péritonéale entraînent la formation de brides chez 69 à 100% des patients [16]. La douleur abdominale était présente chez 95,5% de patients dans cette étude et 100% dans les autres séries [17,5,7]. Les vomissements dans les occlusions hautes sont devenues généralement précoces. Dans cette série les vomissements étaient chez 65(97%) patients comparable au taux rapporté dans la littérature 98% [17] et 100% [7]. L'arrêt de matière et de gaz est devenues tardif. Notre résultat de 65(97%) corrobore avec celui l'auteur 100% [7]. Par contre diffère de 88% [17] et 90% [5]. La radiographie de l'abdomen sans préparation était l'examen de première intention avec une sensibilité de 69% et une spécificité de 57% dans notre étude. Cet examen a permis d'objectiver des niveaux hydro-aériques chez 100% des patients, ce résultat diffère des autres séries avec respectivement 74%, 80%, 90,8% [17,5,7]. Le scanner s'est imposé comme un outil performant dans le diagnostic positif et étiologique des occlusions [18]. Il permet d'identifier la cause de l'occlusion dans 73% [19] et surtout de relever d'éventuels signes de gravité que son l'épanchement péritonéal, l'épaississement en cible ou au contraire le défaut de rehaussement pariétale ou le pneumopéritoine [20]. Le scanner abdominale n'a été réalisé chez aucun patient à cause de son coût onéreux. Une réanimation préopératoire de 2 à 6heures augmente la chance de survie des patients. Ce traitement était basé sur l'apport de soluté, une transfusion de sang pour les malades dont le taux hémoglobine était inférieure à 10g/dl. La résection de la bride et l'adhesiolyse était la technique la plus utilisée 64(95,5%) patients dans notre série. Cette tendance était observée dans les autres études avec 74,2% [1], 83,3% [5], et 85(85%) [17]. Le taux de morbidité varie

de 6,4% à 14,3% selon les auteurs [1,7]. L'infection du site opératoire était la complication post opératoire la plus fréquente avec 4 (5,9%) ce qui rejoint les données de la littérature 18% [17] et 4,8%[1]. Cette infection dépend de plusieurs facteurs incluant à la fois l'état clinique du patient, les conditions d'asepsie du bloc opératoire, et la durée de l'intervention[19]. Le séjour moyen d'hospitalisation est fonction de la modalité thérapeutique et de la survenue des complications. Ce séjour était de 10jours dans notre étude contre 11 à 15 jours [7, 21,5]. La mortalité était de 4,4 %. Le taux de décès dépend du délai de l'intervention, de l'état général du malade et des pathologies associées. Les différentes séries retrouvent un taux de mortalité qui varie de 6,5% à 14,3% [1,7]. Dans notre étude les décès étaient liés à un choc hypovolémique.

## CONCLUSION

L'occlusion du grêle sur brides et adhérences est une urgence chirurgicale. Elle touche souvent les jeunes et survient après une intervention chirurgicale. Le retard de consultation et les pathologies associées font la gravité de cette affection. Malgré la multiplicité des modalités thérapeutiques sa morbidité et sa mortalité restent encore élevées.

## RÉFÉRENCES

- 1- Arung W, Meurisse M, Detry O. Pathophysiology and prevention of postoperative peritoneal adhesions. *World J Gastro enterol* 2011; 17 (41):4545-53.
- 2- Ouâissi M. Post-operative adhesions after digestive surgery: Their incidence and prevention: Review of the literature. *Journal of Visceral Surgery*. 2012; 149(2):104-114.
- 3- Chiche L, Lebreton G, Le Pennec V. Syndromes occlusifs. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Médecine d'urgence, 2007; 25; 050 A30.
- 4- Hay JM, Flamant Y. occlusions intestinale aiguës de l'adulte. *Sémiologie chiffrée et traitement chirurgical*. *Rev Prat* 1993 ; 43 : 674-83.
- 5- Harouna Y, Maazou I, Almoustapha I, Sani R, Amadou S, Baoua A, Ben issa O, Issa H. Les occlusions intestinales aiguës par brides : A propos de 87 cas. *Médecine d'Afrique noire* ,2005.
- 6- Tamijmarane A, Chandra S, Smile SR. Clinical aspects of adhesive intestinal obstruction. *Trop Gastro enterol*. 2000; 21(3):141- 3.
- 7- Kouadio G K, Turquin HT. Prise en charge des occlusions postopératoires du grêle par brides et adhérences au CHU de Treichville à Abidjan. *Médecine d'Afrique Noire* 2004; 51 (12):629-32.
- 8- Uludag M. Factor affecting morbidity and mortality in mechanical intestinal obstruction. *Ulus Travma Derg*. 2004; 10 (3):177- 84.
- 9- Kossi J, Salminen P, Laato M. The epidemiology and treatment patterns of postoperative adhesion in duodenum intestinal obstruction in varsinais suomi Hospital District. *Scandinavian journal of surgery*. 2004;93: 68 -00.
- 10- Duron JJ, Silva NJ, Du Montcel ST. Adhesive post operatives small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: amulti center prospective study. *Ann Surg*. 2006; 24(4): 750-7.
- 11- Bryant T. Clinical lectures on intestinal obstruction. *Med Times Gaz*. 1872; 1:363-5
- 12- Dieng M, Baillet AG, Ka O, Konate I, Cisse M, Abarchi H, Dia A, Toure CT

Etiologie et présentations des brides et adhérences post opératoire responsables d'occlusions intestinales aiguës. *J Afr Chir Digest* 2007; 7(1): 596-603.

13- Hiki N. A seasonal variation in the onset of Postoperative adhesive small bowel obstruction is related to changes in the climate. *Dig liver Dis.* 2004; 36(2): 125- 9.

14- Galinos B. The incidence and risk factors of post-laparotomy adhesive small bowel obstruction. *J Gastro intest Surg.* 2010; 14:1619–1628.

15- Rohr S. Occlusions intestinales aiguës. Faculté de Médecine ULP Strasbourg Année 2002. Item 217. Module 11.

16- Weibel MA, Majno G. Peritoneal adhesions and their relation to abdominal surgery. A post mortem study. *Am J. Surg* 1973; 126: 345-353.

17- Dembele BT. Occlusion du grêle sur brides et adhérences en chirurgie générale CHU Gabriel TOURE Bamako Mali. *Mali medical* 2011; 4 (13):13-15.

18- Adhchi W, koike S, Rafique M. Préopérative intra peritoneal chemotherapy for gastric cancer, with special reference to delayed peritoneal complications. *Surgtoday.*1995; 25: 3966-4003.

19- Ray NF. Abdominal adhesiolysis: in patient care and expenditures in the United States in 1994. *J Am Coll Surg.* 1998; 186(1):1-9.

20- Frager DH, Baer JW. Role of CT in evaluating patients with small bowel obstruction.

*Semin Ultrasound CT MR* 1995; 16:127-40.

21- Hentz JG, Kelly KA. Reoperation on the abdomen encased in adhesions. *Am J surg* 2002; 184: 499-504.