UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Intubation ileo colique droite au centre hospitalo universitaire de Kamenge : résultats préliminaires. A propos de 7 cas

Niyokwizera, Kelly Clarisse; Sous la direction de: Dr Jean Claude Mbonicura

2022-02
UB, Faculté de Medecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/722

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE



INTUBATION ILEO COLIQUE DROITE AU CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE DE KAMENGE : RESULTATS PRELIMINAIRES. A PROPOS DE 7 CAS

Par

Kelly Clarisse NIYOKWIZERA

Sous la direction de:

Dr Jean Claude MBONICURA

Thèse présentée et défendue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, le 2 Février 2022

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY

Président : Professeur Jean Baptiste NGOMIRAKIZA, Hépato-Gastro-Entérologue.

Directeur : Docteur Jean Claude MBONICURA, Chirurgien viscéral.

Membre : Docteur Didier KAMATARI, Chirurgien viscéral.

LISTE ACTUALISEE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET LEURS COURS/ A.A : 2020-2021

I. BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Claude NIYONDIKO : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Pr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. PROFESSEURS EMERITES

1. Pr Evariste NDABANEZE
2. Pr Gabriel NDAYISABA
3. Pr Richard KARAYUBA
4. Pr Leodégal BAZIRA
5. Pr Gordien NGENDAKURIYO

III. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologie Infectieuse et Parasitaire
1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie Structurale et Métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie Spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-Entérologie, Hépatologie
7. Pr BARANSAKA Elysée : Cardiologie
8. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie

IV. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Salvator HARERIMANA : Gynécologie-Obstétrique
2. Pr Claudette NDAYIKUNDA :Hématologie Fondamentale, Hématologie Clinique , Biochimie Pathologique
3. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie
4. Pr Jean Claude NIYONDIKO : Traumatologie, Pathologie Chirurgicale
5. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie Néphrologiques
6. Pr Sylvèstre BAZIKAMWE : Gynécologie –Obstétrique et Soins Maternels et Infantiles
7. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardiaques.
8. Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie Médicale
9. Pr Patrice BARASUKANA : Neuro-Anatomie, Physiologie et Sémiologie Neurologiques
10. Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie
11. Pr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie + Obstétrique
12. Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie et Médecine Physique et de Réadaptation
13. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie
14. Pr Lévis KANDEKE : Ophtalmologie
15. Pr Désiré NISUBIRE : Biologie Moléculaire, Cytologie et Génétique
16. Pr Gilbert NDAYIZEYE : Traumatologie
17. Pr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale
18. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins Palliatifs
19. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie Tête et Cou, Sémiologie Chirurgicale.

20.Pr Martin MANIRAKIZA : Pathologie Infectieuse et Parasitaire, Endocrinologie

21.Pr AMANI Moïbéni : Sémiologie Médicale, Physiologie

V. CHARGES DE COURS

1. Dr Louis NGENDAHAYO : Anatomie Pathologie, Embryologie, Histologie
2. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche+ Epidémiologie
3. Dr Alice NDAYISHIMIYE : Pédiatrie
4. Dr Chantal MUREKATETE : Radiologie
5. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie Chirurgicale
6. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neurochirurgie
7. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie
8. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
9. Dr Alexandre NIYONKURU : Biophysique
10. Dr Daniel NDUWAYO : Neurologie
11. Dr Emmanuel NIZIGIYIMANA : Physiologie Cardiologique
12. Dr Réverien NDAYIRORERE : Urologie

VI. CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène, Anthropologie
2. Dr Sandra NKURUNZIZA : Gestion Hospitalière, Initiation à la Santé Publique
3. Dr Désiré HABONIMANA : Epidémiologie, Méthodologie de la Recherche

4. Dr NKURUNZIZA Jean Claude : Administration des Services de Santé, Démographie, Ethique et Déontologie

VII. MAITRE ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie
2. Phn Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale

VIII. ASSISTANTS

1. Dr Roméo IRADUKUNDA : Physiologie
2. Dr Clovis Paulin BARAMBURIYE : Anatomie
3. Dr Eloi IRANGABIYE : Anatomie Pathologique
4. Dr Epipode NTAWUYANKIRA : Dermatologie
5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie Pathologique

IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Gaspard MARERWA : C.C : Anatomie Pathologie Spéciale
2. Dr Juvénal MUYUKU : C.E: Stomatologie
3. Mr Ferdinand NCABWENGE : A : Anglais Médical
4. Mme Marie BIZIMANA : A : Soins Infirmiers
5. Dr KAMO Emmanuel : CC: Médecine du Travail
6. Dr Sylvain NIYONKURU : CC : Sémiologie Chirurgicale I
7. Dr Canisius HAVYARIMANA : CC : Sémiologie Chirurgicale II
8. Dr Didier KAMATARI : CC : Chirurgie Viscérale

DEDICACES

A mon regretté père ;

A ma mère, aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices ;

A ma sœur et son époux pour la fraternité sans faille ;

A toute ma famille ;

A tous mes amis ;

A la 37 ème promotion de la faculté de médecine de Bujumbura ;

Je dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer nos vifs remerciements :

Au **Docteur Jean-Claude MBONICURA**, Chirurgien Viscéral, Directeur de cette thèse. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail malgré vos multiples responsabilités. Je vous en remercie infiniment. Votre amour du travail, votre disponibilité, votre rigueur me serviront toujours d'exemple. Recevez ici l'expression de toute ma gratitude.

Au Professeur Jean Baptiste NGOMIRAKIZA, Professeur en Hépatologie Gastro-Entérologie, Président du jury. Je suis très honorée que vous ayez accepté de juger ce travail de recherche et accepté de faire partie du jury malgré vos nombreuses occupations. Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Didier KAMATARI, Chirurgien Viscéral, Membre du jury. C'est un immense honneur pour moi de vous compter parmi les juges. Trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance.

A tous mes enseignants depuis l'école primaire jusqu'à l'université, considérez ce travail comme étant le résultat de vos sacrifices.

A tous ceux qui, de différentes manières, ont contribué à la réalisation de ce travail.

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY i

LISTE ACTUALISEE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET LEURS COURS/ A.A : 2020-2021 ii

DEDICACES vi

REMERCIEMENTS vii

TABLE DES MATIERES viii

SIGLES ET ABREVIATIONS xi

LISTE DES FIGURES xii

LISTE DES GRAPHIQUES xiii

LISTE DES TABLEAUX xiv

AVANT-PROPOS xv

0. INTRODUCTION 1

CHAPITRE I. GENERALITES 3

I.1. Rappel anatomique 3

I.1.1. Jéjuno-iléon 3

I.1.2. Côlon et caecum 9

I.2. Les quelques indications de la technique opératoire 13

I.2.1. Péritonite par perforation iléale d'origine typhique 13

I.2.2. Maladie de Crohn 14

I.2.3. Invagination intestinale sur le carrefour iléo-caecal 15

I.2.4. L'occlusion au niveau de l'iléon terminal 16

I.2.5. Les polypes iléaux 16

I.3. Technique opératoire 16

CHAPITRE II. PATIENTS ET METHODES.....22

II.1. Patients 22

II.1.1. Type, lieu, cadre et période d'étude.....22

II.1.2. Population d'étude.....22

II.1.3. Critères d'inclusion 22

II.1.4. Critères d'exclusion.....22

II.2. Méthodes 22

II.2.1. Recueil et analyse des données 22

II.2.2. Les variables.....23

II.2.3. Les limites 23

CHAPITRE III. OBSERVATIONS.....24

CHAPITRE IV. RESULTATS 37

IV.1 Aspects épidémiologiques 37

IV 1.1. Fréquence.....37

IV 1.2. Age.....37

IV 1.3. Sexe.....37

IV 1.4. Résidence.....38

IV.2. Aspects cliniques 38

IV.2 .1. Motifs de consultation 38

IV.2 .2. Signes physiques.....39

IV.3. Diagnostic paraclinique 39

IV 4. Diagnostic per opératoire et indications de la technique.....39

IV.5. Traitement.....40

IV.6. Durée d'hospitalisation.....40

IV.7. Evolution.....40

IV.8. Suivi.....41

CHAPITRE V. DISCUSSION.....42

V.1. Age et sexe.....42

V.2. Diagnostic per opératoire et indications de la technique.....42

V.3. Durée d'hospitalisation.....43

V.4. Pronostic.....44

V.5 Suivi.....44

CHAPITRE VI. CONCLUSION ET SUGGESTIONS.....45

VI .1. Conclusion.....45

VI .2. Suggestions.....45

REFERENCES.....46

ANNEXES.....52

SERMENT DE GENEVE.....55

RESUME.....56

SIGLES ET ABREVIATIONS

%	: Pourcentage
ASP	: Abdomen Sans Préparation
CHUK	: Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge
cmHg	: Centimètre de mercure
GB	: Globules Blancs
Hb	: Hémoglobine
IIA	: Invagination Intestinale Aiguë
MC	: Maladie de Crohn
mm^3	: millimètres cube
µmol/l	: Micromoles par litre
mmol /l	: millimoles par litre
Nacl	: Chlorure de sodium
NFS	: Numération Formule Sanguine
PLT	: Plaquettes
SIADPO	: Sepsis Intra-Abdominaux Diffus Post-Opératoires

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Intestin grêle in situ (Vue antérieure).....5

Figure 2 A. Distribution de l'artère mésentérique supérieure 7

B. Angiographie en soustrayant l'artère mésentérique supérieure et ses branches. 7

Figure 3 : Illustration du gros intestin.....12

Figure 4 : Illustration montrant la jonction iléo-caecale

et la valve iléo-caecale.....12

Figure 5. Bilan lésionnel au cours de la laparotomie exploratrice 17

Figure 6. Section iléale.....18

Figure 7. Fermeture de la tranche de section distale.....19

Figure 8. Préparation de l'intubation iléo-colique. 20

Figure 9. Schéma de l'intubation iléo-colique.....21

Figure 10. Anastomose de l'intubation iléo-colique et fermeture de la brèche mésentérique……..…….....21

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des patients selon le sexe 37

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Récapitulatif des sept observations 35
Tableau II : Répartition des patients par tranche d'âge 37
Tableau III :Répartition des patients selon la résidence 38
Tableau IV :Répartition des patients selon les motifs de consultation.....38
Tableau V : Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire 39

AVANT-PROPOS

Cette thèse rentre dans le cadre des travaux de recherche pour de l'obtention du titre de docteur en Médecine à la faculté de médecine de Bujumbura. Elle étudiera l'intubation iléo-colique droite, une technique chirurgicale récemment introduite au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge. L'idée de ce travail de recherche est venue du constat que depuis quelques années, aucune publication ne fait mention de cette technique.

Cette étude se veut être une contribution devant permettre de mettre en relief les indications et les avantages de cette technique chirurgicale. Ainsi, des suggestions sont proposées pour améliorer la prise en charge des patients, dans le service de chirurgie au CHU de Kamenge.

0. INTRODUCTION

C'est en 1989 que la technique d'intubation iléo-colique droite a été mise au point par Veillard à l'hôpital principal de Dakar. Cette technique a montré ses avantages en particulier dans le cadre des péritonites généralisées par perforation iléale typhique mais aussi dans les lésions de l'iléon terminal, non cancéreuses [1].

Cette technique est simple et rapide. Elle évite en outre de réaliser des résections iléo-cæcales qui exposent à de nombreuses complications. C'est donc pour éviter une suture en milieu septique et sur une paroi de mauvaise qualité pourvoyeuse de risques de lâchages anastomotiques que la technique de Veillard a été mis au point [1,2].

Cette technique mise au point en 1989 a été initialement étendue à plusieurs autres situations dont les nécroses de l'iléon dues à certaines causes variées (hernie étranglée, volvulus sur bride). Beaucoup d'écoles continuent à préconiser les techniques d'excision-suture en cas de perforation unique et la technique de résection- anastomose en cas de perforations multiples [3,4,5,6].

Au Burundi, quelques études faites ont montré que le type de geste chirurgical était corrélé au taux de mortalité [7]. Au centre hospitalo-universitaire de kamenge (CHUK), une étude sur les facteurs prédictifs de mortalité des occlusions intestinales aigues mécaniques faite en 2021 a montré que la mortalité était plus élevée chez les malades à qui on avait réalisé une résection-anastomose en un temps dans 60% en cas d'occlusion intestinale aigüe mécanique [8]. Ainsi, cette étude a motivé l'introduction d'une nouvelle technique consistant en l'intubation iléo-colique droite dont le principe consiste en une iléostomie transcolique sans anastomose vraie [1,9].

0.1 Objectifs

Objectif général :

- Décrire les cas d'intubation iléo-colique droite réalisés au CHUK.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer les indications de ce geste ;
- Déterminer les aspects épidémio-cliniques ;
- Décrire les aspects évolutifs ;
- Emettre des suggestions .

CHAPITRE I. GENERALITES

I.1. Rappel anatomique

I.1.1. Jéjuno-iléon

L'intestin grêle est le segment proximal de l'intestin. Il fait suite à l'estomac et s'abouche dans le caecum. Il est de petit calibre et comprend trois parties : le duodénum, le jéjunum et l'iléum.

Il assure principalement la digestion et l'absorption des aliments [10].

Le jéjunum et l'iléum représentent la portion mobile de l'intestin grêle. Le jéjunum correspondant à la partie proximale, s'étend jusqu'à l'iléon. L'iléum correspond à la partie distale, soit les trois cinquièmes du grêle et rejoint le gros intestin à la valvule iléo-cæcale (valvule de Bauhin) [11].

L'iléon, comme le reste de l'intestin grêle, est un conduit musculo-membraneux plus ou moins aplati à l'état de vacuité, revêtant une forme régulièrement cylindrique quand il est distendu par les aliments ou par les gaz. Sur le plan histologique, l'iléon est constitué de 4 tuniques, de l'intérieur à l'extérieur : la muqueuse, la sous muqueuse, la musculeuse et la séreuse [12].

a. Généralités :

- Situation-Forme: le jéjunum et l'iléum sont contournés avec des anses intestinales d'abord horizontales puis verticales. Ces anses grêles sont situées dans la région infra méso-colique ; les quatre cinquièmes étant à gauche de la ligne médiane.
- Dimensions : sa longueur, de 6 m environ, augmente avec la taille du sujet. Son diamètre est de 3 cm à la partie proximale, et 2 cm à la terminaison [10].
- Physiologie de l'iléon : La fonction principale de l'iléon se résume à la digestion et à l'absorption. La fonction de digestion de l'iléon est mécanique et chimique. L'absorption, c'est le passage de nutriment digéré du tube digestif au sang et à la lymphe. Environ 90% de toute l'absorption a lieu dans l'intestin

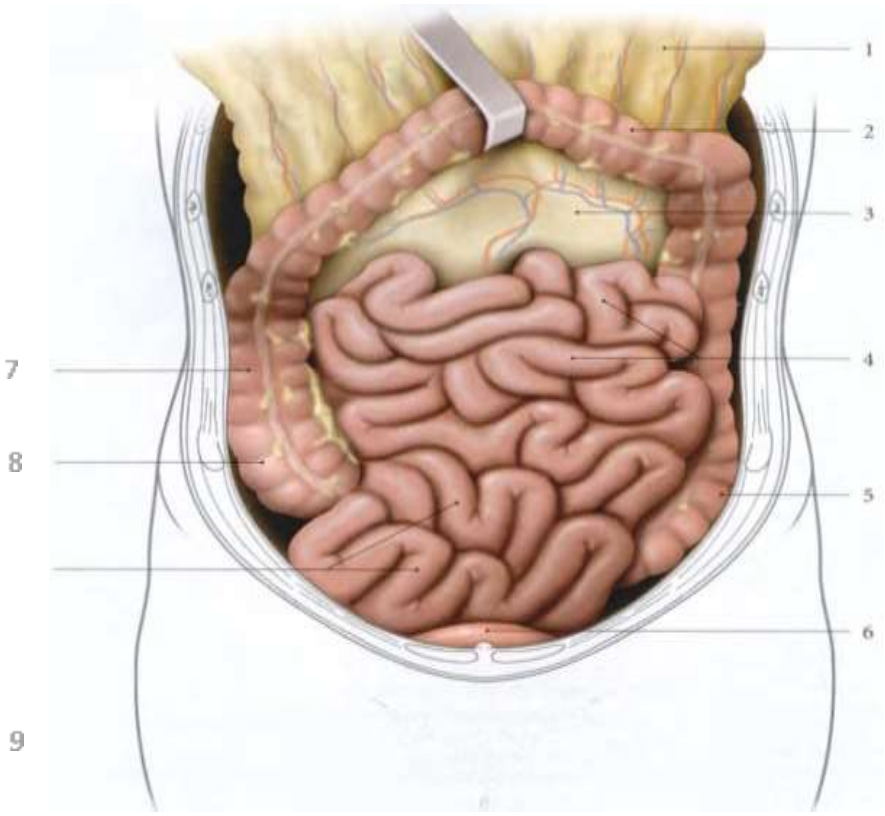
grêle. Après l'absorption des glucides, des protéines et des lipides, celle de l'eau dans l'intestin grêle reste essentielle pour l'équilibre hémodynamique de l'organisme. Environ 9 litres de liquides pénètrent quotidiennement dans l'intestin grêle. Près de 8 à 8,5 litres de liquide sont absorbés dans l'intestin grêle. La quantité de liquide restante (0,5 à 1 litre) est cédée au colon où une grande partie est absorbée [13].

b. Les moyens de fixité

Le jéjunum et l'iléum sont appendus à la paroi abdominale dorsale par le mésentère.

Le mésentère est un méso à double lame péritonéale, d'aspect godronné, qui présente :

- deux faces antérieure et postérieure;
- un bord libre sinueux se confondant avec les anses intestinales ;
- un bord adhérent à la paroi dorsale, la racine du mésentère [10].



Crânial

Gauche

Figure 1. Intestin grêle in situ (Vue antérieure) [10]

1. grand omentum relevé
2. côlon transverse relevé
3. mésocôlon transverse
4. jéjunum
5. côlon descendant
6. vessie
7. côlon ascendant
8. caecum
9. iléum

c. Les rapports

- En avant, le jéjunum et l'iléum, recouverts du grand omentum, répondent à la paroi abdominale antérieure.
- En arrière, ils répondent à la veine cave, à l'aorte, au pôle inférieur du rein gauche, aux uretères et au côlon descendant.
- A droite, ils sont en contact avec le caecum et le côlon ascendant qu'ils recouvrent souvent.
- En haut, le côlon transverse et le mésocôlon transverse reposent sur le jéjunum.
- A gauche, ils répondent à la paroi abdominale.
- En bas, ils recouvrent la vessie, le côlon sigmoïde et, chez la femme, l'utérus [10].

d. La vascularisation

Les artères

L’artère mésentérique supérieure donne de nombreuses branches en dessous de l’artère pancréatico-duodénale inférieure. Sur sa gauche, elle donne naissance à un grand nombre d’artères jéjunales et iléales, assurant la vascularisation du jéjunum et de la plupart de l’iléum. Avant de vasculariser l’intestin grêle, ces branches quittent le tronc de l’artère mésentérique supérieure, cheminent entre les deux feuillets du mésentère et forment des arcades anastomotiques. Le nombre de ces arcades anastomotiques augmentent de façon croissante le long du tube digestif.

Il y’a des arcades simples puis doubles dans la région jéjunale, avec une augmentation continue du nombre d’arcades au fur et à mesure que l’on se déplace vers l’iléum.

Les vasa recta encore appelées artères droites naissent des arcades terminales, et assurent la vascularisation terminale directe des parois de l’intestin grêle.

Les vasa recta vascularisant le jéjunum forment un maillage fin visible sur le mésentère et sont en général longs et proches les uns des autres. Par contre les vasa recta vascularisant l'iléum sont généralement courts et plus éloignés, formant un maillage plus lâche [14] .

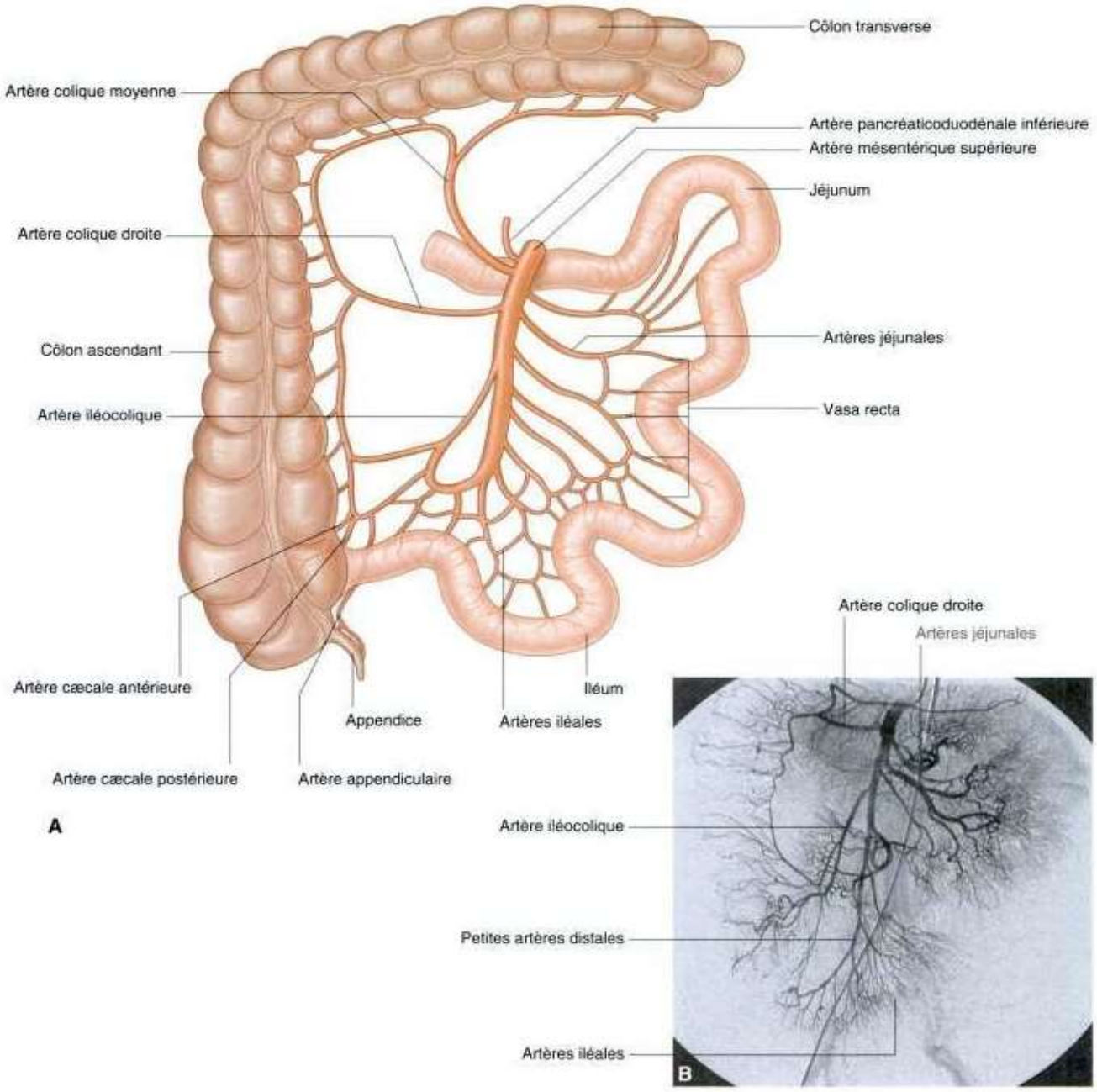


Figure 2 A. Distribution de l'artère mésentérique supérieure
B. Angiographie en soustrayant l'artère mésentérique supérieure et ses branches [10].

Les veines

Les veines jéjunales et iléales, nées d'arcades veineuses intestinales superposables aux arcades artérielles, se drainent en effet vers la veine mésentérique supérieure.

Celle-ci longe le bord droit de l'artère mésentérique supérieure pour rejoindre la veine porte [10].

Les lymphatiques

Les Iymphonoeuds lymphatiques jéjunaux et iléaux au nombre de 100 à I50, sont adjacents aux artères jéjunales et iléales.

Les lymphonoeuds mésentériques juxta-intestinaux, situés près de l'intestin grêle, drainent les chylifères.

Les Iymphonoeuds mésentériques centraux, situés dans le mésentère, drainent les nœuds juxta-intestinaux et se terminent dans les nœuds mésentériques supérieurs. À partir des nœuds mésentériques supérieurs se forme un tronc lymphatique intestinal qui aboutit à la citerne du chyle [10].

e. L'innervation

Les nerfs du jéjunum et de l'iléum proviennent du plexus mésentérique supérieur. Ils comportent des neurofibres sympathiques et parasympathiques (nerf vague).

À l'intérieur de la paroi intestinale, ils constituent deux plexus:

- le plexus nerveux myentérique, situé entre les deux couches de la musculeuse;
- le plexus entérique sous-muqueux [10].

Anatomie fonctionnelle

Organe contractile, le jéjuno-iléum présente deux grands types de mouvements:

- des mouvements segmentaires de brassage ;
- des mouvements de propagation d'amont en aval qui assurent la progression du chyme : les ondes péristaltiques.

Lors de ces mouvements, les deux couches de la musculeuse agissent en synergie. La couche longitudinale de la musculeuse augmente le diamètre de l'intestin et le raccourcit. La couche circulaire l'allonge et le rétrécit [10].

I.1.2. Côlon et caecum

Le gros intestin est la partie terminale du tube digestif. Il s'étend de l'iléum à l'anus et comprend : le caecum, le côlon, le rectum et le canal anal .Il assure la concentration et le transit du bol fécal. Il est très septique et ses blessures sont très graves. Cette septicité croît du caecum à l'anus.

Topographie : Dans le plan frontal, le caecum et le côlon se disposent tel un cadre entourant le jéjunum et l'iléum.

Du caecum situé dans la fosse iliaque droite, le côlon monte verticalement jusqu'à la région infra hépatique (côlon ascendant); il se coude (angle colique droit) et se porte transversalement vers la rate (Colon transverse); il se coude de nouveau (angle colique gauche) et descend verticalement vers la fosse iliaque gauche (côlon descendant); il se dirige médialement en décrivant une flexuosité (côlon sigmoïde) et devient vertical en regard du sacrum (rectum).

Dans le plan sagittal, on note que les côlons ascendant et descendant deviennent plus profonds en se rapprochant des angles coliques; le côlon descendant étant dans son ensemble plus profondément situé que le côlon ascendant [10].

a. Le caecum [10]

Le caecum est le cul-de-sac initial du gros intestin. Il est limité par le plan transversal passant au-dessus de la jonction iléo-caecale. Haut de 6 cm, il présente un calibre de 6 à 8 cm.

Situation: Il est situé dans la fosse iliaque droite. Il peut être pelvien (25 %) chez la femme, infra hépatique (5 %), voire à gauche.

Configuration externe : recouvert du péritoine, il présente trois ténias coliques, un antérieur et deux postérieurs, qui convergent à la base de l'appendice vermiforme. Le caecum est dépourvu d'appendice omental.

Configuration interne : sur la face postéro-médiale s'ouvrent les orifices iléo-caecal et appendiculaire.

Rapports

Habituellement libre, le caecum est faiblement maintenu par deux courts plis péritonéaux unissant les ténias postérieurs à la paroi abdominale postérieure.

Le caecum répond:

- en arrière, au muscle iliaque sur lequel chemine le nerf cutané latéral de la cuisse;
- médialement à l'iléum, à l'appendice vermiforme, au muscle grand psoas ct au nerf fémoral ;
- en avant et latéralement, à la paroi abdominale.

b. Le côlon ascendant

L'iléon communique avec le côlon ascendant par l'orifice iléo-caecal muni d'une valvule iléo-caecale (**valvule de Bauhin**) qui permet de réguler le chyme digestif entre l'intestin grêle et le côlon.

Le côlon ascendant s'étend du caecum à l'angle colique droit. Long de 10 cm environ, il présente un diamètre de 6 cm environ.

Topographie: situé dans la fosse lombaire droite, il monte verticalement en devenant de plus en plus profond.

Configuration externe : sa surface est parcourue par des haustrations et trois ténias longitudinaux : un ténia antérieur, ou libre, et deux postérieurs, ou mésocoliques médial et latéral.

Rapports : il est recouvert du péritoine sauf sa face postérieure qui est fixée à la paroi abdominale postérieure par le tissu aréolaire du mésocôlon ascendant. Il répond:

- en avant, à la paroi abdominale antérieure, à la face viscérale du foie et à la vésicule biliaire;
- en arrière, à la partie inférieure du rein droit, aux nerfs ilio-hypogastrique et ilio-inguinal ;
- à droite, à la paroi abdominale avec laquelle il détermine le sillon para colique droit
- à gauche, aux anses grêles et au grand omentum [10].

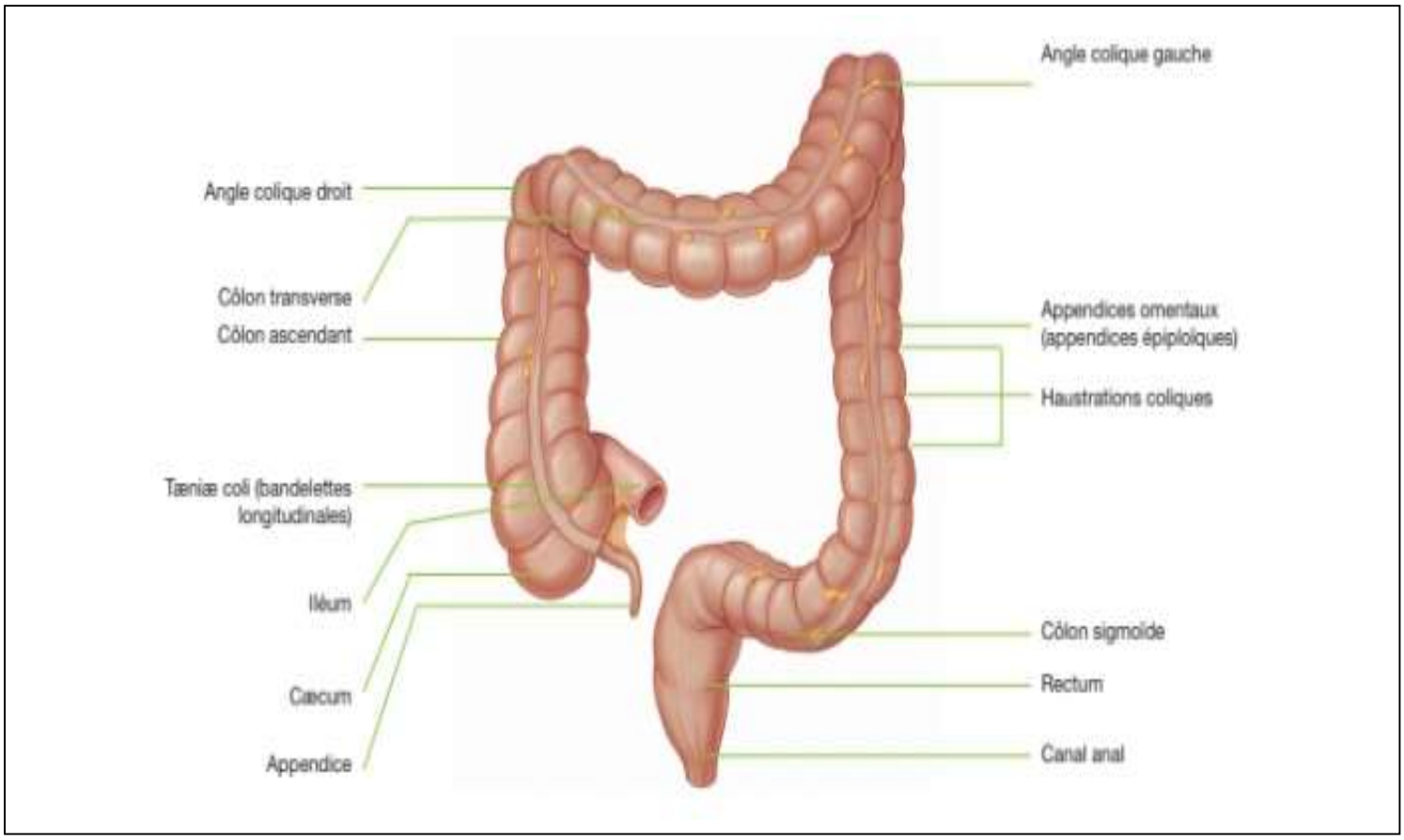


Figure 3 : Illustration du gros intestin [15].

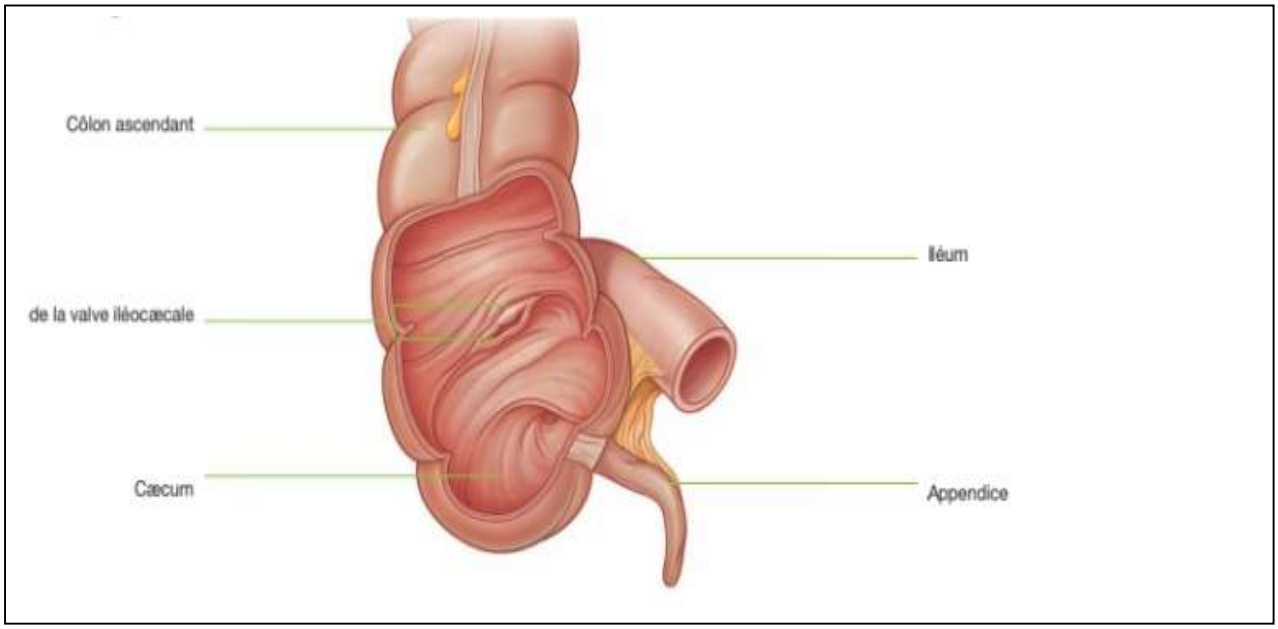


Figure 4 : Illustration montrant la jonction iléo-caecale et la valve iléo-caecale [15].

I.2. Les quelques indications de la technique opératoire

I.2.1. Péritonite par perforation iléale d'origine typhique

La péritonite est une inflammation aigue ou chronique de la séreuse péritonéale qui peut être soit généralisée à la grande cavité péritonéale, soit localisée (loges sous phréniques, gouttières pariéto-coliques, cul de sac de Douglas). Ainsi la péritonite par perforation typhique est l'ouverture pathologique dans la cavité péritonéale d'un organe creux suite à une infection à Salmonella typhi [16].

Le mécanisme de la pathogénie des perforations typhiques a été élucidé en 1935 grâce aux travaux de RELLY cité par DIARRA.S [17].

La porte d'entrée des bacilles typhiques est digestive. Après ingestion, les bacilles franchissent la barrière intestinale et gagnent les ganglions lymphatiques mésentériques où ils se multiplient : C'est la phase d'adénolymphite qui correspond à l'incubation. Après cette étape lymphatique, certains bacilles gagnent le courant sanguin par l'intermédiaire du canal thoracique, caractérisant ainsi la phase septicémique de la maladie et expliquant les autres localisations viscérales.

Puis les salmonelles regagnent le tube digestif par l'intermédiaire de la bile. Ils seront excrétés soit dans les selles, soit éliminés dans les urines.
La plupart des germes sont détruits au niveau des ganglions mésentériques, libérant une endotoxine qui a un tropisme particulier sur le sympathique abdominal. Cette toxine, par atteinte des ganglions splanchniques est à l'origine des altérations intestinales : ulcération des plaques de PEYER et les follicules clos de l'intestin grêle responsable des manifestations abdominales et des complications intestinales de la maladie.

Les lésions intestinales dues à l'endotoxine sont la congestion, l'hémorragie et l'ulcération des plaques de PEYER.

L’évolution de ces lésions est à l’origine des perforations dont la localisation préférentielle est l’iléon terminal, bien que les plaques de PEYER soient disposées tout le long de l’intestin grêle [17].

L’iléon terminal est le siège d'un ralentissement du transit : le sphincter iléo-cæcal retenant le contenu iléal jusqu’à son absorption à peu près complète. C’est à ce niveau que sont absorbés les acides biliaires. Cette absorption serait inhibée par l’anoxie tissulaire et par l’œdème de la paroi iléale.

La pullulation microbienne dans la bile (qui est un bon milieu de culture pour les salmonelles) et la stase iléale (non seulement physiologique mais aussi par l’iléus dû à la pathologie typhique), soumettent les plaques de PEYER de l’iléon à une agression puissante [18] .

I.2.2. Maladie de Crohn

La maladie de Crohn (MC) est une entérocolite inflammatoire, idiopathique, granulomateuse et transmurale dont l’évolution est chronique touchant l’ensemble du tube digestif [19,20,21].

L’atteinte iléale est la localisation la plus fréquente de la MC ; elle est associée au risque le plus élevé de sténose et de fistule. Au cours des deux dernières décennies, le traitement médical de la MC iléocolique a évolué vers l’utilisation plus large des traitements immunosuppresseurs et l’introduction des biothérapies [22,23].

Malgré les progrès accomplis, 60 à 70 % des malades ont une intervention chirurgicale au cours de l’évolution de la maladie [24]. Selon les recommandations européennes publiées en 2010, le traitement chirurgical peut être proposé à différents stades de la maladie [25]. La chirurgie doit être la plus conservatrice possible sur l’intestin, vu le caractère chronique, récidivant et pan-intestinal de la MC pouvant conduire aux troubles de la malabsorption et à un grêle court [26].

I.2.3. Invagination intestinale sur le carrefour iléo-caecal

L'invagination intestinale aiguë (IIA) est une urgence diagnostique et thérapeutique. Elle est la cause la plus fréquente d'occlusion chez le nourrisson et l'enfant [27,28,29].

L'invagination est la pénétration d'un segment intestinal et de son méso dans le segment intestinal sous-jacent, par un mécanisme de retournement en doigt de gant qui sera à l'origine d'un boudin d'invagination qui va induire une compression des éléments vasculo-nerveux étranglés au niveau du collet, ce qui peut induire une ischémie, voir une nécrose et la perforation de la paroi intestinale [27,30,31,32].

Le diagnostic de l'IIA chez l'enfant est facile, lorsque la symptomatologie est évidente et faite de la triade classique qui comporte les douleurs abdominales paroxystiques, les vomissements et les rectorragies. Mais cette triade n'est pas toujours présente, car la symptomatologie peut être atypique faisant retarder la prise en charge [33].

L'échographie reste l'examen clé pour poser le diagnostic.

Le traitement de l'invagination intestinale aiguë chez l'enfant consiste à la réduire. Il existe deux méthodes thérapeutiques :

La première est la réduction radiologique, soit pneumatique : par insufflation d'air, soit hydrostatique : lavement opaque et lavement au sérum salé. La deuxième est la réduction chirurgicale qui est réservée aux contre-indications de la première méthode, à ses échecs ou à des indications moins formelles telles que les cas récidivants ou les enfants âgés de plus de 2 ans [32,33].

La coeliochirurgie a été récemment appliquée pour la réduction de l'IIA, soulignant le rôle croissant des méthodes interventionnelles moins invasives, permettant d'éviter une éventuelle intervention chirurgicale agressive [34,35].

Les invaginations intestinales les plus fréquentes chez l'enfant surviennent au niveau du carrefour iléo-caecal d'où notre technique d'intubation iléo-colique droite trouve sa place comme traitement chirurgical [36].

I.2.4. L'occlusion au niveau de l'iléon terminal

L'occlusion intestinale aiguë désigne toute interruption complète et persistante du cours des matières et des gaz dans un segment de l'intestin. Par opposition à une sub-occlusion qui se caractérise par le caractère incomplet de l'arrêt du transit [37].

Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale. Sa situation au niveau de l'iléon terminal peut faire intervenir la technique d'intubation iléo-colique droite.

I.2.5. Les polypes iléaux

Les polypes digestifs iléaux sont des formations bien circonscrites sessiles ou pédiculées de dimension variable allant de quelques millimètres à 2 ou 3 cm qui font saillie sur la muqueuse digestive se situant au niveau iléal [38].

Brièvement, la technique d'intubation iléo-colique droite telle qu'elle a été mise en œuvre par Veillard, pour le traitement des perforations typhiques du grêle, peut s'appliquer à toutes les autres lésions non cancéreuses atteignant l'iléon terminal et aux résections iléales trop proches du colon droit, lorsque le segment distal de l'iléon ne permet plus de faire une anastomose [39].

I.3. Technique opératoire [39]

La voie d'abord est une laparotomie médiane sous-ombilicale. L'exploration minutieuse et méthodique permet de reconnaître facilement la lésion au niveau de l'iléon terminal et d'examiner la totalité du grêle. L'état du mésentère est apprécié, les parties accessibles du colon sont également examinées.

Résection iléale : Il s'agit du premier temps opératoire

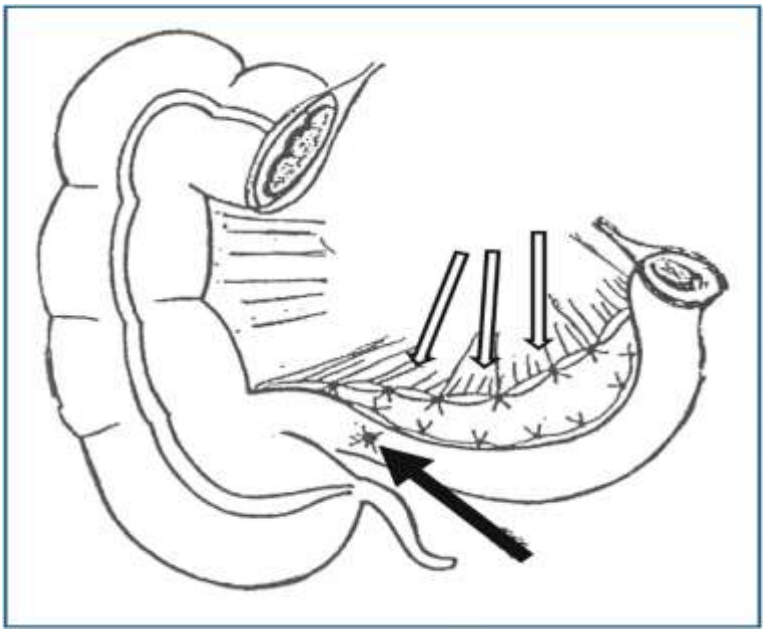


Figure 5. Bilan lésionnel au cours de la laparotomie exploratrice [39].
Entérolyse au ras de l'iléon, par ligature sacrifiant uniquement les vaisseaux droits avec conservation de l'arcade bourdante (flèches blanches) et localisation de la lésion iléale à proximité de l'angle iléo-colique (flèche noire).

On procède à une entérolyse au ras de l'iléon par ligatures étagées sacrifiant uniquement les vaisseaux droits avec conservation de l'arcade bordante (Fig. 5). Ce geste ménage toujours une excellente vitalité à l'extrémité iléale qui va être intubé. La tranche de section de l'iléon proximale doit intéresser une zone bien vascularisée (Fig. 6).

En présence de nécrose iléale étendue, la résection se propose d'enlever tout l'iléon nécrosé. En présence de l'atteinte iléale d'origine typhique, deux situations sont possibles : les plaques de Peyer sont visibles, la résection se propose d'enlever tout l'iléon porteur des plaques de Peyer ; lorsque celles-ci ne sont ni visibles ni palpables, la résection est fixée arbitrairement aux 40 à 60 derniers centimètres en amont de la valvule de Bauhin, siège de prédilection des lésions typhiques, encore non perceptible anatomiquement [39].

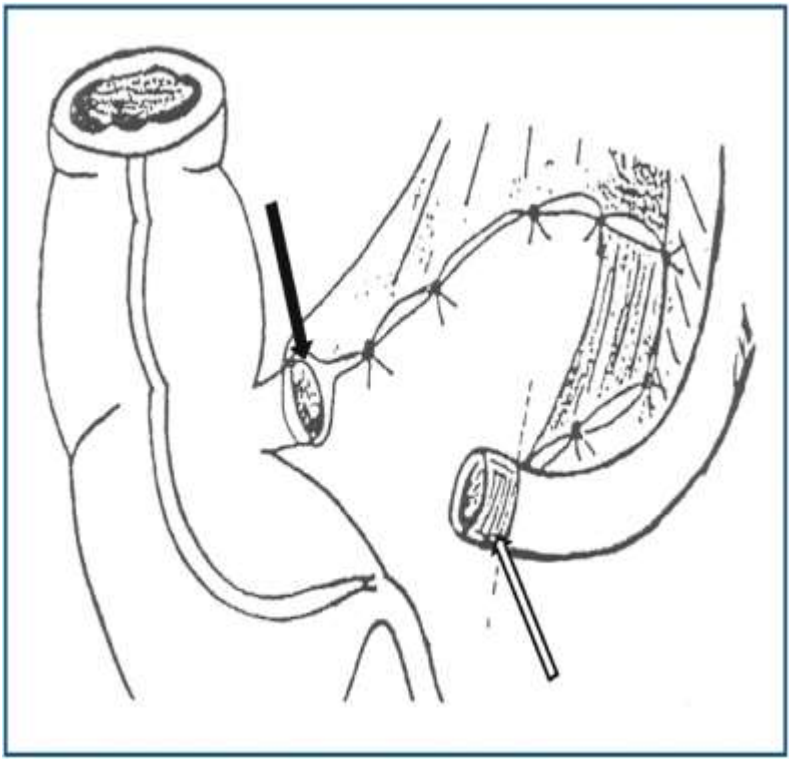


Figure 6. Section iléale [39].

Préparation de l'extrémité iléale à intuber (flèche blanche) et section distale de l'iléon terminal (flèche noire).

La section est faite après s'être assuré de la coprostase, par la mise en place des clamps digestifs. On peut profiter de cette résection pour procéder à la vidange intra-luminale du grêle proximal s'il est dilaté. L'iléon distal est sectionné à proximité de la valvule de Bauhin (à 5 mm de celle-ci). Il en résulte que le segment distal se trouve trop court pour permettre l'anastomose iléo-iléale (Fig. 6). L'extrémité iléale à intuber est préparée de manière à constituer une courte trompe de deux centimètres (Fig. 6). Pour cela on dépouille le grêle proximal de ses insertions mésentériques sur ses deux derniers centimètres, afin de maintenir la bonne vitalité de ce moignon. Un doute sur cette vitalité peut imposer de recouper une zone ischémique distale ou à confectionner une nouvelle trompe. L'iléon terminal est refermé à l'aide d'un double surjet en va et vient à points enfouissant, de fil résorbable 3,0 (Fig. 7) [39].

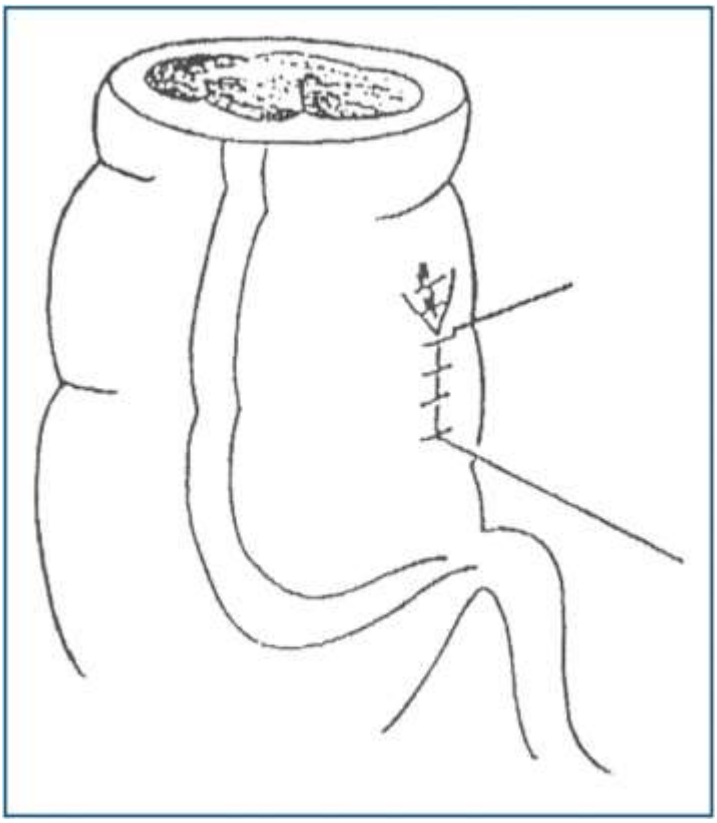


Figure 7. Fermeture de la tranche de section distale [39].

Colostomie et confection du hamac muqueux

Le colon ascendant est ouvert au bistouri, en regard de la valvule de Bauhin, sur la bandelette antérieure et sur une longueur de 6 cm (Fig. 8) entre deux fils repères qui servent aussi de traction, placés à 7 cm l'un de l'autre, en préservant 2 cm inférieurs de la muqueuse colique, qui constitue un hamac (Fig. 8) sur lequel va reposer la tranche mésentérique iléale. Ce hamac muqueux va participer à l'étanchéité du montage [39].

Intubation iléo-colique ascendante termino-latérale

La lumière colique est nettoyée à l'aide d'une compresse montée humidifiée. La tranche mésentérique est adossée au hamac muqueux par des points séparés de fil résorbable 3/0, prenant la séro-musculeuse colique et la tranche mésentérique, au niveau de l'angle inférieur de l'incision colique.

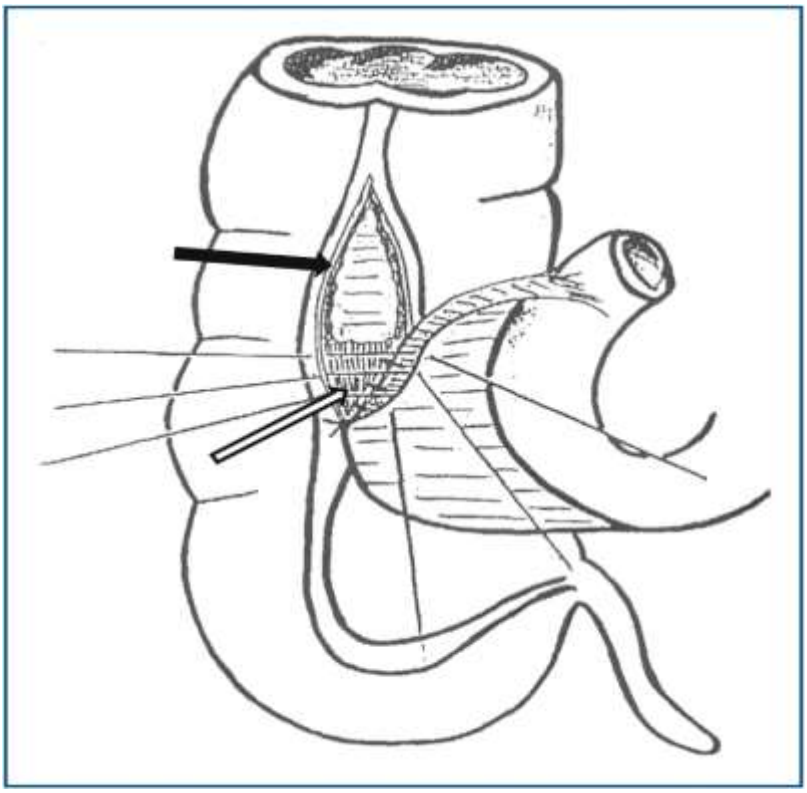


Figure 8. Préparation de l'intubation iléo-colique [39].

Réalisation de la colotomie (flèche noire) et confection du hamac muqueux (flèche blanche)

Une fois ce premier point serré, la tranche mésentérique repose sur le hamac muqueux. La fixation est ensuite complétée par deux ou trois points de même fil adossant les faces droite et gauche du mésentère aux berges homologues (Fig. 9). On peut alors procéder à l'intubation proprement dite. On réalise pour commencer, un point extra muqueux prenant le bord anti mésentérique de l'iléon à 4 cm de l'extrémité de la trompe et le coin supérieur de la colotomie. L'extrémité iléale dépouillée est introduite à travers la colotomie par l'aide, alors que l'opérateur serre le nœud (Fig. 9)

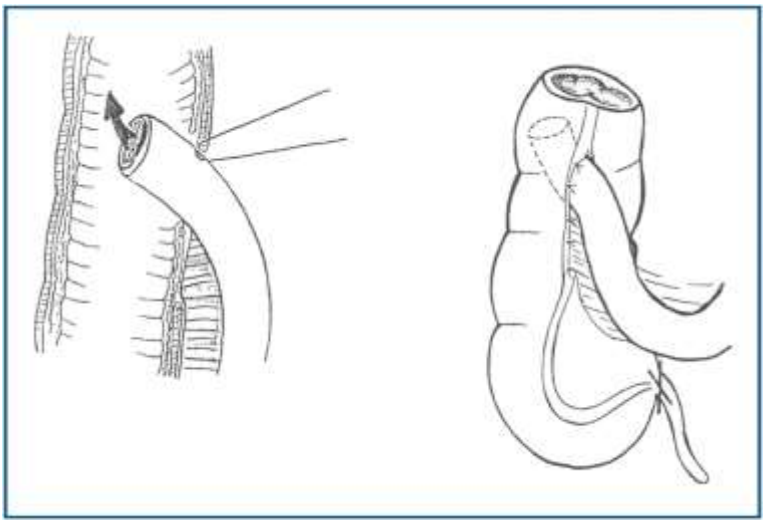


Figure 9. Schéma de l'intubation iléo-colique [39].

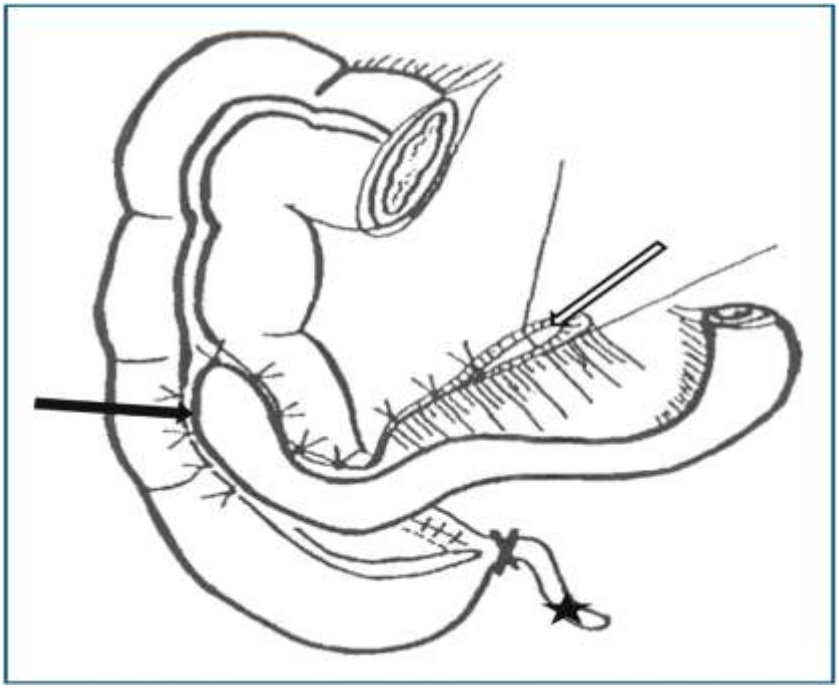


Figure 10. Anastomose de l'intubation iléo-colique et fermeture de la brèche mésentérique [39].

CHAPITRE II. PATIENTS ET METHODES

II.1. Patients

II.1.1. Type, lieu, cadre et période d'étude

Il s'agit d'une étude prospective descriptive portant sur l'intubation iléo-colique droite au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK) dans le service de chirurgie viscérale sur une période de 12 mois allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2021.

II.1.2. Population d'étude

L'étude a porté sur tous les patients admis dans le service de chirurgie viscérale du CHUK durant la période d'étude.

II.1.3. Critères d'inclusion

Ont été inclus, dans notre étude, les patients ayant consulté le service de chirurgie viscérale du CHUK chez qui l'intubation iléo-colique droite a été réalisée durant la période d'étude peu importe l'indication.

II.1.4. Critères d'exclusion

Ont été exclus les patients ayant subi une intubation iléo-colique droite dans un autre hôpital et admis par après dans le service de chirurgie viscérale du CHUK.

II.2. Méthodes

II.2.1. Recueil et analyse des données

Les renseignements nécessaires pour chaque patient ont été recueillis sur une fiche d'enquête préétablie à partir des dossiers des patients, des comptes rendus opératoires, des registres des entrants et sortants du Département de Chirurgie générale.

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide de l'outil informatique avec les logiciels suivants :

- Microsoft Word 2016 pour la saisie du texte.
- Microsoft Excel 2016 pour l'analyse et le traitement des données.

II.2.2. Les variables

Les variables étudiées comprenaient les aspects épidémiologiques, les aspects cliniques et paracliniques, le diagnostic per-opératoire, le traitement, la durée d'hospitalisation, l'évolution et le suivi des patients.

II.2.3. Les limites

Pour des raisons d'urgence, les examens paracliniques n'ont pas été réalisés chez tous les patients.

CHAPITRE III. OBSERVATIONS

Sept patients ont été pris en charge selon la technique d'intubation iléo-colique droite pour lésion de l'iléon terminal.

Observation 1

Il s'agissait de Mr N.J âgé de 42 ans sans antécédents pathologiques notables.

La symptomatologie remontait depuis 4 jours par des vomissements d'aspect jaunâtre sans horaire, puis il a consulté une structure de soins proche le même jour. Le lendemain, se sont ajoutées des douleurs abdominales d'aggravation progressive siégeant en fosse iliaque droite puis diffuses sans irradiation et sans facteurs calmants. C'est deux jours après le début de la symptomatologie que s'est ajouté un arrêt de matières et de gaz d'où le transfert à l'hôpital régional de Bururi qui l'a à son tour référé au CHUK après réalisation : de bilans biologiques notamment une Numération Formule Sanguine :

GB : 12.4 .10^3/mm^3, Hb : 14.1g/dl, PLT : 324000/ mm^3; d'un ASP montrant des niveaux hydro-aériques plus larges que hautes.

A son admission, l'examen clinique a noté une fièvre à 38.4 ˚C, une tachycardie à 123/', un abdomen distendu qui ne respire pas, une sensibilité abdominale diffuse, un hyper tympanisme. Au toucher rectal, il n'y'avait pas de cri de Douglas et l'ampoule rectale était vide. A signaler aussi que le patient a fait des vomissements d'aspect fécaloïde quand il était aux urgences.

L'hypothèse diagnostique a été : une occlusion intestinale

Comme signalé l'ASP avait montré des niveaux hydro-aériques plus larges que hautes et le bilan pré opératoire demandé comprenait :

La Numération Formule Sanguine : GB : 12720/mm^3, Hb : 15.9g/dl, PLT : 293000/ mm^3

L'urée : 10.4mmol/l, la créatinine : 81,51Mmol/l, la glycémie veineuse : 8.3mmol/l, l'ionogramme sanguin : Natrémie: 137.7mmol/l, Kaliémie : 3.61mmol/l, Chlorémie : 100.3mmol/l

Le patient a été acheminé au Bloc Opératoire.

Constat :

- Perforation iléale à environ 40cm de l'angle iléo-caecale sur une anse nécrosée.
- Volvulus de l'iléon sur environ 80cm avec nécrose de l'anse valvulée.

Diagnostic : Péritonite par perforation iléale

Acte : - résection de l'anse nécrosée (environ 80cm) ;

- fermeture du moignon distal, lavage abondant ;
- iléostomie ;
- mise en place d'un drain à bout intra Douglas ;
- fermeture de la paroi en 2 plans.

Le patient a été mis en post opératoire sous claforan, Gentamycine, Flagyl, Paracétamol, Neforex et Pantoprazole injectables et a bénéficié d'un suivi post opératoire en réanimation.

Apres 8 jours, il a été réadmis au bloc opératoire pour reprise de la continuité par intubation iléo-cæcale.

Les suites opératoires ont été simples et la sortie a été autorisée un mois après.

Observation 2

Mr N.C. âgé de 19 ans aux antécédents de tuméfaction ombilicale réductible deux ans avant.

Le début de la symptomatologie remontait depuis 2 jours par une tuméfaction ombilicale douloureuse irréductible d'où la consultation dans un centre de santé proche de sa localité où on l'a donné du paracétamol injectable. Mais, vue l'installation d'un arrêt de matières et de gaz un jour après, le centre de santé l'a transféré au CHUK pour la suite de la prise en charge.

A l'admission, l'examen clinique a noté une fièvre a 38˚C, une FR : 24/', une tuméfaction ombilicale d'environ 6 cm de diamètre douloureuse à la palpation non impulsive à la toux, irréductible au doigt, douleur à la palpation abdominale avec défense.

Le diagnostic a été celui d'une hernie ombilicale étranglée.

Les bilans biologiques demandés avant admission au bloc opératoire étaient : la Numération Formule Sanguine : GB: 13000/ mm^3, Hb : 17.1g/dl, PLT : 251000/mm^3

Glycémie veineuse : 7.2mmol/l Urée : 5.6mmol/l, Créatinine : 81.00Mmol/l

Au Bloc Opératoire, on a constaté une anse iléale nécrosée à 1cm de l'angle iléo-cæcale, sur une longueur de 4cm. Comme acte fait : on a réalisé une iléostomie au niveau de la zone nécrosée, section du sac herniaire, fermeture de l'orifice herniaire puis fermeture sous-cutanée et cutanée. Le patient a été mis sous claforan, Gentamycine, Paracétamol et Neforex injectables en post opératoire.

14 jours après iléostomie sur caecum mobile, une intubation iléo-cæcale a été réalisée. On a fait : une reprise de l'ancienne incision de l'iléostomie, une ouverture-dissection des parois abdominales, une fermeture du moignon caecal, une intubation iléo-cæcale, un lavage, une fermeture et pansement. Le patient a

été mis sous claforan, flagyl et Paracétamol injectables avec surveillance des paramètres vitaux et reprise du transit.

33jours après reprise de la continuité, le patient a été autorisé à sortir et à continuer les soins locaux dans une structure de soins proche de sa localité.

Observation 3

M. E. Il s'agissait d'une patiente de 25 ans sans antécédents particuliers connus. La symptomatologie évoluait depuis 2 jours par des douleurs abdominales très intenses siégeant en péri ombilical sans irradiation, sans facteurs aggravants ni calmants. A ces douleurs, étaient associés des vomissements alimentaires.

La patiente a consulté une structure de soins proche de sa localité qui l'a ensuite adressé pour la suite de la prise en charge au CHUK un jour après, vu que l'état de la patiente ne s'améliorait pas. A signaler aussi que la patiente avait présenté un arrêt de matières et de gaz depuis le début de la symptomatologie.

A son admission, la patiente présentait une tachycardie à 152/', une hypotension à 8/7 cmHg, un abdomen distendu, une légère contracture de l'abdomen, des sueurs froides, des globes oculaires enfoncés, des conjonctives pâles, une cavité buccale sèche, un pouls radial filant. Un bilan pré-opératoire comprenant la NFS : GB : 16 000/mm^3, Hb : 11g/dl, PLT : 728 000/mm^3 ; Urée : 6,20mmol/l, Créatinine : 76,72Mmol/l a été réalisé en urgence.

La patiente a été admise au bloc opératoire pour suspicion d'une péritonite.

En per opératoire, on a conclu à une péritonite par strangulation iléale sur bride de Ladd. En effet, en explorant, on avait trouvé : une nécrose de l'iléon à environ 5cm de la valvule de Bauhin, une strangulation iléale sur bride de Ladd, de multiples coup de violon au niveau hépatique faisant suspecter la maladie de Fitz-Hugh-Curtis. On a alors fait une section de la bride de Ladd, une résection d'environ 4cm de l'iléon jusqu'à 5 cm de l'angle iléo caecal, une iléostomie

d'attente. La patiente a été suivie en réanimation post-opératoire et a été mise sous antibiotiques.

Apres 14 jours, la patiente a été de nouveau acheminée au bloc opératoire pour reprise de la continuité. En explorant, on a trouvé des adhérences et on a fait : une adhésiolyse, une libération de l'anse de l'iléostomie, une mobilisation du caecum, une résection du moignon de la portion d'iléostomie et on a fait une intubation iléo-caecale.

La patiente a continué les antibiotiques, les suites opératoires étaient simples et 21 jours après la reprise de la continuité, la patiente a été autorisée à sortir.

Observation 4

U.F. Il s'agissait d'un enfant de 5ans sans antécédents pathologiques particuliers dont la famille a consulté pour un écoulement fécaloïde au niveau inguinal droit.

Une semaine avant, l'enfant avait été traité par une incision pour une tuméfaction inguinale droite ressemblant à un abcès à l'hôpital NDORA. Après quelques jours, est apparu un écoulement fécaloïde au niveau de l'incision.

A l'admission, les paramètres vitaux étaient normaux. L'examen physique a noté un écoulement fécaloïde purulent inguinal droit, l'abdomen était souple sans organomegalie.

L'hypothèse diagnostique a été celui d'une fistule entéro -inguinale droite et un bilan pré opératoire a été réalisé comprenant :

NFS : GB : 5000/mm^3, PLT : 646000/mm^3, Hb : 12.7g/dl ; Glycémie veineuse : 4mmol/l Urée : 5.6mmol/l, Créatinine : 45.74Mmol/l, Ionogramme sanguin : Natrémie : 139.9mmol/l, Kaliémie : 3.98mmol/l, Chlorémie : 106.7mmol/l.

Au bloc opératoire, on a fait : Une incision médiane sous ombilicale, le constat a été une incarcération latérale dans le canal inguinal droit de la dernière anse iléale à environ 4cm de la valvule de Bauhin (Hernie de Richter).

Comme gestes réalisés :

- Réduction des anses iléales herniées latéralement
- Résection de la dernière anse iléale et fermeture du moignon distal, appendicectomie, fermeture du canal inguinal par voie abdominale. Une intubation iléo-colique droite a été réalisée puis un lavage et fermeture en un seul plan par points séparés. Des soins locaux quotidiens et un curetage de la plaie inguinale droite ont été faits. En post-opératoire, l'enfant a été mis sous claforan, flagyl, gentamycine, paracétamol et neforex injectables et l'enfant a été suivi en réanimation.

Après 3 jours, le transit a repris. Les suites opératoires ont été simples, et l'enfant est sorti à une semaine d'hospitalisation.

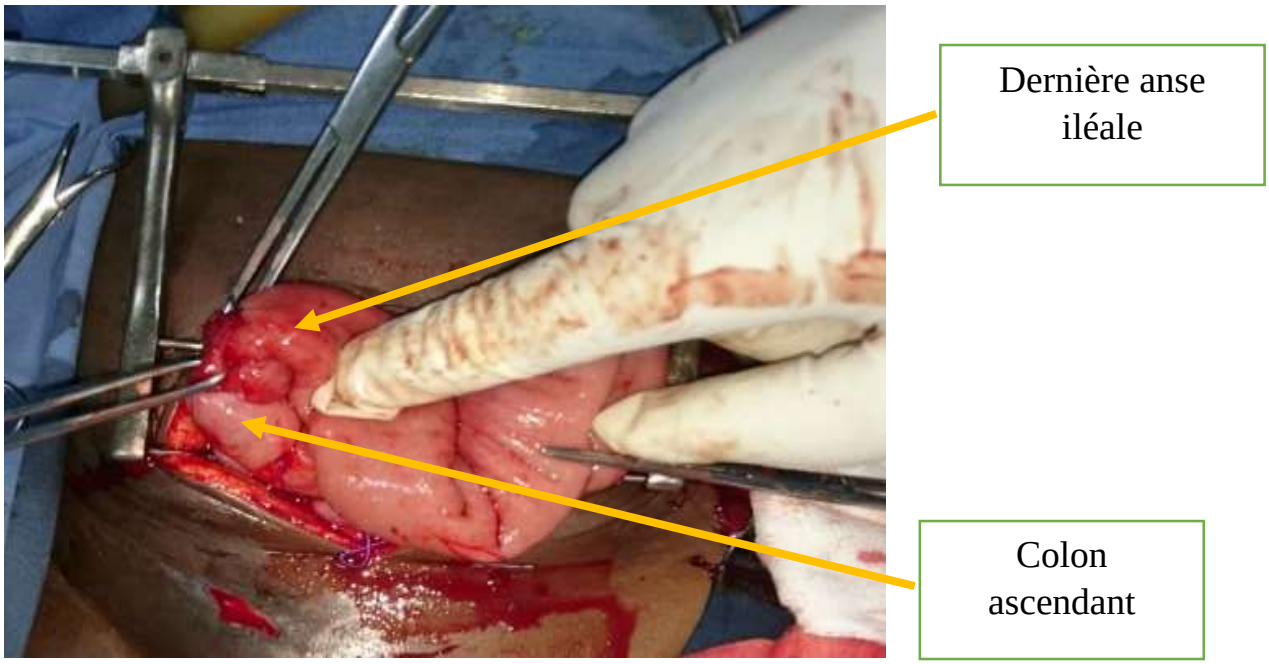


Image peropératoire prise au CHUK montrant l'intubation de la dernière anse iléale dans le colon ascendant

Observation 5

Il s'agissait de Mlle N.D. âgée de 22 ans sans antécédents pathologiques connus.

La symptomatologie évoluait depuis 3 jours par des douleurs abdominales diffuses suivies de vomissements verdâtres. Puis la patiente a consulté une structure de soins proche de sa localité le même jour. Avec un arrêt de matières et gaz qui s'est installé, le centre de santé l'a transféré à l'hôpital BURURI où on a fait un ASP puis elle a été transférée au CHUK pour la suite de la prise en charge.

A l'admission, les paramètres vitaux étaient normaux, l'abdomen était distendu, une défense en péri-ombilicale et un hyper tympanisme ont été notés, le toucher rectal a ramené un fécalome.

L'hypothèse diagnostique retenue a été celui d'une occlusion intestinale.

Concernant la Numération Formule Sanguine réalisée en pré-opératoire, les résultats sont ceux-ci : GB: 10,26.10^3/mm^3, Hb : 17.3g/dl, PLT : 309000/ mm^3

Et la patiente a été acheminée au Bloc opératoire.

Comme constat : on a trouvé une occlusion sur volvulus du grêle, une petite zone de nécrose pré-perforative à 5 cm de la jonction iléo-caecale et les gestes posés étaient : une dévolvulation du grêle, une intubation iléo-cæcale et une appendicectomie. Mais la cause du volvulus n'a pu être bien identifiée.

La patiente a été mis sous antibiotiques, antalgiques et a été suivi en post-opératoire en réanimation. Elle est sortie de l'hôpital après 8 jours sous comprimés de cefixime et métronidazole gélules et les suites opératoires étaient simples.

Observation 6

N.I. Il s'agissait d'une patiente de 56 ans qui avait été programmée pour hystérectomie car elle présentait une néoplasie du col stade avancé.

Une hystérectomie totale avec annexectomie a été réalisée. Au 7eme jour post opératoire, la patiente a présenté une suppuration pariétale post hystérectomie.

L'échographie faite à ce moment a montré :

Un épanchement liquidien de minime abondance (2cm d'épaisseur) à liquide épais au niveau du site d'hystérectomie, le reste de la cavité péritonéale étant libre.

Au bloc opératoire, le constat était celui de multiples perforations iléales dont la première était à environ 10cm de la valvule de Bauhin et la dernière à 70 cm et on a conclu à une pelvipéritonite stercorale par perforation iléale. Une résection iléale et une iléostomie ont été réalisées. En post opératoire, la patiente a été mise sous antibiotiques et antalgiques.

15 jours après, on a fait un rétablissement de la continuité par intubation iléo-colique droite.

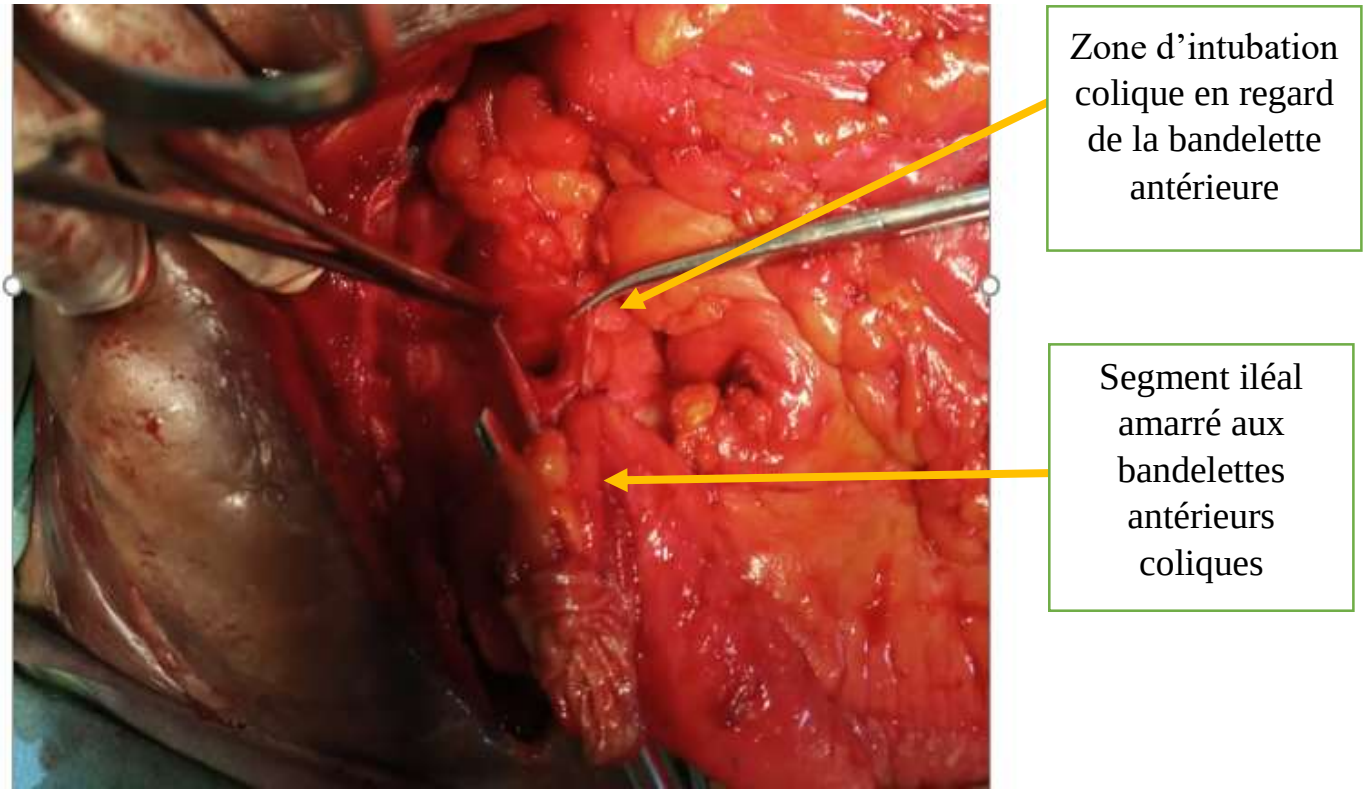


Image peropératoire prise au CHUK montrant la préparation de l'intubation iléocolique après amarrage de la dernière anse iléale sur les bandelettes antérieures du colon ascendant.

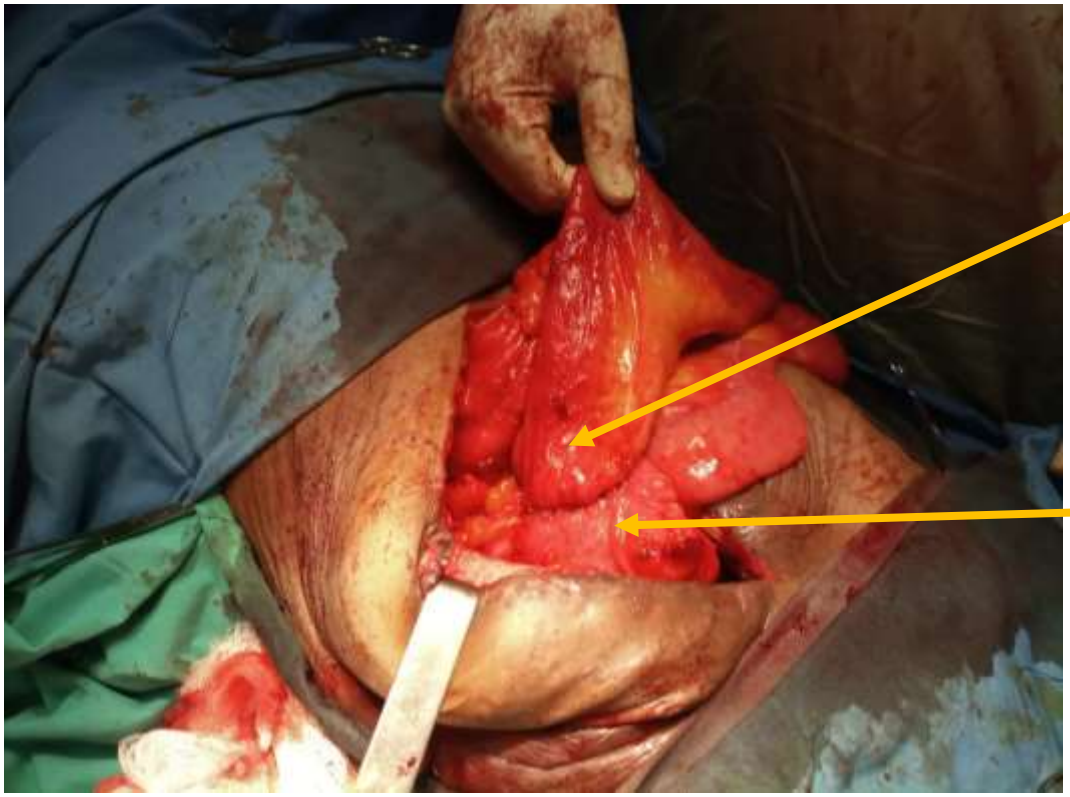


Image peropératoire montrant l'aspect final de l'intubation iléocolique ascendante

Observation 7

I.M.K, une adolescente de 12 ans, qui avait présenté une semaine avant une fièvre, des épisodes de diarrhée et des douleurs abdominales. La famille a consulté un tradi-praticien et l'enfant a pris des médicaments traditionnels. Vue que les symptômes persistaient, la famille a consulté un centre de soins proche de leur localité où on a donné un ½ l de G10%, 1 ampoule de spasfon et ont décidé de transférer l'adolescente au CHUK pour la suite de la prise en charge.

A l'admission, l'examen physique a noté une asthénie intense, des douleurs abdominales diffuses, des globes oculaires enfoncés, une cavité buccale sèche, une splénomégalie stade 2.

Un syndrome douloureux abdominal a été dégagé. L'enfant a été réhydraté au Nacl toutes les 6h, une antibiothérapie a été débutée : ciprofloxacine 450mg toutes les 12h et on a aussi donné du spasfon 1 ampoule toutes les 8h.

L'échographie faite a montré un aspect évocateur d'une péritonite aigue.

L'enfant a été acheminé au bloc opératoire, on a constaté un épanchement d'aspect trouble, deux perforations iléales, la première située à 40cm de la valvule de Bauhin distante de 15cm avec l'autre, avec une lésion pré perforative sur l'iléon à 70cm de la valvule de Bauhin. On a fait une résection iléale centrée sur les perforations et une fermeture du moignon distal, un lavage abondant, une iléostomie droite après fermeture de la paroi abdominale plan par plan.

En post opératoire, l'adolescente a été mise sous ciprofloxacine, gentamycine, paracétamol injectables et a été suivi en réanimation.

Deux semaines après, l'adolescente a été au bloc opératoire pour le rétablissement de la continuité. On a fait une appendicectomie de principe, une intubation iléo colique droite, un lavage, une fermeture plan par plan et a été mis sous antibiotiques et antalgiques.

Tableau I : Récapitulatif des sept observations

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7
Age (ans)	42 ans	19 ans	25 ans	5 ans	22ans	56 ans	12 ans
Sexe	Masculin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Féminin	Féminin
Diagnostic per opératoire	Péritonite par perforation iléale	Hernie ombilicale étranglée	Péritonite par strangulation iléale sur bride de Ladd	Hernie de Richter	Occlusion sur volvulus du grêle	Pelvipéritonite stercorale par perforation iléale	Péritonite par perforation iléale
Exploration Abdominale	-Perforation iléale à environ 40cm de l'angle iléo-caecale sur une anse nécrosée. -Volvulus de l'iléon sur environ 80cm avec nécrose de l'anse volvulé	-Anse iléale nécrosée à 1cm de l'angle iléo-caecale sur une longueur de 4cm	une nécrose de l'iléon à environ 5cm de la valvule de Bauhin, une strangulation iléale sur bride de Ladd de multiples coup de violon au niveau hépatique faisant suspecter la maladie de Fitz-Hugh-Curtis	-Incarcération latérale dans le canal inguinal droit de la dernière anse iléale à 4cm de la valvule de Bauhin	-Volvulus du grêle -Petite zone de nécrose pré-perforative à 5cm de la valvule de Bauhin	Multiples perforations iléales dont la première était à environ 10cm de la valvule de Bauhin et la dernière à 70 cm de la valvule de Bauhin.	-Epanchement d'aspect trouble -Deux perforations iléales , la 1ère à 40cm de la valvule de Bauhin distante de 15 cm avec l'autre, avec une lésion pré perforative sur l'iléon à 70cm de la valvule de Bauhin
Intubation iléo-colique	oui	oui	oui	Oui	oui	oui	oui
Gestes Complémentaires Effectués	Iléostomie avant la réalisation de l'intubation iléo colique droite	Iléostomie sur caecum mobile avant la réalisation de l'intubation iléo colique droite	section de la bride de Ladd, une résection d'environ 4cm de l'iléon jusqu'à 5 cm de l'angle iléo caecal, une iléostomie d'attente avant l'intubation iléo-caecale	-Réduction des anses iléales herniaires -Résection de la dernière anse iléale - Appendicectomie	Appendicectomie	Résection iléale et iléostomie avant réalisation de l'intubation iléo-colique droite	-Résection iléale centrée sur les perforations et iléostomie droite avant l'intubation iléo-caecale -Appendicectomie
Suites post-opératoires	simples	simples	simples	simples	simples	simples	simples

Il s’agissait de deux hommes, trois femmes, une adolescente et d’un enfant pour un âge médian de 22 ans avec des extrêmes allant de 5 à 56 ans.

La morbidité ainsi que la mortalité post-opératoire était nulle.

L’ensemble des données des patients est résumé dans le tableau récapitulatif.

CHAPITRE IV. RESULTATS

IV.1 Aspects épidémiologiques

IV 1.1. Fréquence

Pendant la période de notre étude, nous avons enregistré sept cas d'intubation iléo-colique droite sur 264 interventions chirurgicales réalisées en urgence dans le service de chirurgie viscérale soit une fréquence de 2.6%.

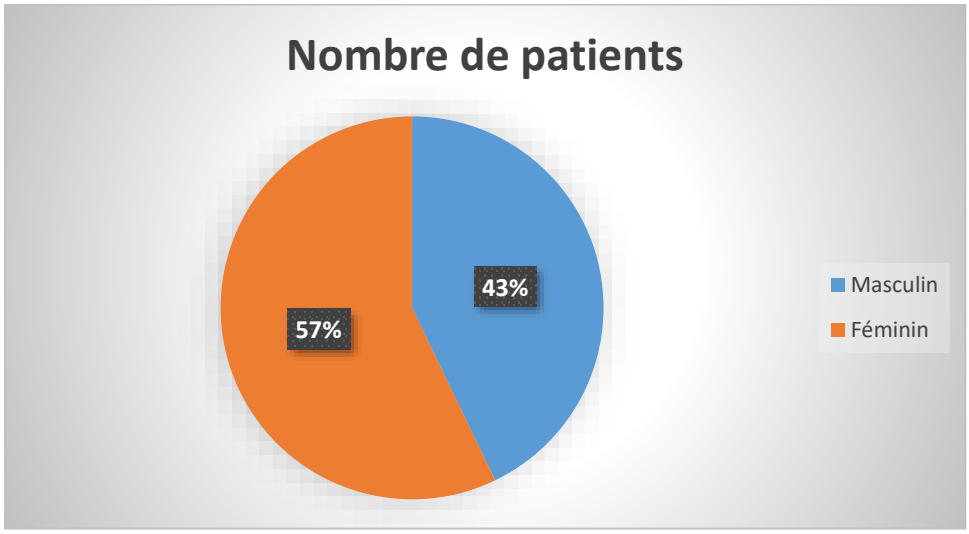
IV 1.2. Age

Tableau II : Répartition des patients par tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence
0-20 ans	3	42.8
21-40 ans	2	28.5
41-60 ans	2	28.5
Total	7	100

L'âge moyen des patients était de 22 ans avec des extrêmes allant de 5 à 56 ans.

IV 1.3. Sexe



Graphique 1 : Répartition des patients selon le sexe

Nous avons répertorié 3 patients de sexe masculin et 4 patients de sexe féminin avec un sex-ratio de 1,3.

IV 1.4. Résidence

Tableau III : Répartition des patients selon la résidence

Province	**Nombre de patients**	**Pourcentage(%)**
Bururi	3	42,9
Bujumbura Mairie	2	28,6
Gitega	1	14,2
Cibitoke	1	14,2
Total	**7**	**100**

Le tableau ci-dessus montre que la majorité des patients provenaient des milieux ruraux: 5 patients sur 7 (71.4%).

IV.2. Aspects cliniques

IV.2 .1. Motifs de consultation

Tableau IV : Répartition des patients selon les motifs de consultation

Motif de consultation	**Nombre de patients**	**Pourcentage**
Transfert pour suspicion d'abdomen aigu	4	57.1
Douleur et tuméfaction ombilicale	1	14.2
Ecoulement fécaloïde au niveau inguinal droit	1	14.2
Arrêt de matières et de gaz, douleur abdominale, vomissements	1	14.2
Total	7	100

IV.2 .2. Signes physiques

Les signes physiques présentés par les patients étaient :

- une distension et douleur abdominale dans 71.4% des cas ;
- une tuméfaction ombilicale dans 14.2% des cas ;
- une tuméfaction inguinale droite suivie d'un écoulement fécaloïde purulent inguinal droit dans 14.2% des cas ;
- une suppuration pariétale post hystérectomie dans 14.2% des cas.

IV.3. Diagnostic paraclinique

Une radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée dans 14,2% des cas, une échographie abdominale a été réalisée aussi dans 28.5% des cas, et les bilans biologiques ont été réalisés dans 85.7% des cas.

IV 4. Diagnostic per opératoire et indications de la technique

Tableau V : Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire

Diagnostic per opératoire	**Nombre de patients**	**Pourcentage**
Péritonite par perforation iléale	3	42.8
Péritonite par strangulation iléale sur bride de Ladd	1	14.2
Hernie ombilicale étranglée avec perforation iléale	1	14.2
Hernie de Richter	1	14.2
Occlusion sur volvulus du grêle	1	14.2
Total	7	100

La majorité des patients (42.8%) avait présenté une péritonite par perforation iléale.

L'exploration per opératoire a dégagé comme indications de la technique d'intubation iléo-colique droite :

- perforation iléale à environ 40cm de l'angle iléo-caecale sur une anse nécrosée et volvulus de l'iléon sur environ 80cm avec nécrose de l'anse volvulé ;
- anse iléale nécrosée à 1cm de l'angle iléo-caecale sur une longueur de 4cm ;
- incarcération latérale dans le canal inguinal droit de la dernière anse iléale à 4cm de la valvule de Bauhin ;
- multiples perforations iléales dont la première était à environ 10cm de la valvule de Bauhin et la dernière à 70 cm de la valvule de Bauhin ;
- deux perforations iléales, la 1 ère située à 40 cm de la valvule de Bauhin, distante de 15 cm avec l'autre, avec une lésion pré perforative sur l'iléon à 70cm de la valvule de Bauhin ;
- une nécrose de l'iléon à environ 5cm de la valvule de Bauhin, une strangulation iléale sur bride de Ladd, de multiples coups de violon au niveau hépatique faisant suspecter la maladie de Fitz-Hugh-Curtis ;
- une occlusion sur volvulus du grêle avec une petite zone de nécrose pré-perforative à 5cm de la valvule de Bauhin.

IV.5. Traitement

Tous les sept patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical consistant en une intubation iléo colique droite après une iléostomie d'attente chez 5 patients parmi les 7 patients suivis.

IV.6. Durée d'hospitalisation

Dans notre étude, la durée moyenne d'hospitalisation a été de 41 jours.

IV.7. Evolution

Les suites opératoires ont été simples chez tous les sept patients.

IV.8. Suivi

Les patients ont été suivi un mois après la réalisation de l'intubation iléo-colique droite, ceux qui avaient été autorisés à sortir de l'hôpital avant cette période sont revenus en consultation un mois après la réalisation de ce geste chirurgical. Aucun des patients opérés n'a présenté une complication quelconque parmi les complications post-opératoires possibles qui sont notamment une absence de transit, des rectorragies, une fistule ou une sténose anastomotique.

CHAPITRE V. DISCUSSION

V.1. Age et sexe

L'âge moyen de nos patients était de 22 ans avec des extrêmes allant de 5 à 56 ans.

Dans l'étude sur l'intubation iléo-colique droite en cas de nécrose de la dernière anse iléale faite par **Owono-Mbouengou J.P et al** [39]**,** l'âge moyen était de 35 ans avec des extrêmes de 24 à 39 ans. Pour l'étude faite sur l'intérêt de la technique de Veillard en cas de perforations typhiques du grêle par **Gnassingbe et al** [2]**,** l'âge moyen était de 8 ans avec des extrêmes de 5 à 13 ans.

Concernant le sexe, dans notre étude, le sexe ratio était de 1,3.

Selon l'étude faite par **Owono-Mbouengou et al** [39]**,** leur série de cas était faite de 3 femmes et un homme avec un sexe ratio de 3.

Dans leur étude, **Gnassingbe et al** [2] ont trouvé un sexe ratio de 2,5.

V.2. Diagnostic per opératoire et indications de la technique

Dans notre étude, les diagnostiques per opératoire étaient une péritonite par perforation iléale dans 42.8%, une péritonite par strangulation iléale sur bride de Ladd, une hernie ombilicale étranglée avec perforation iléale, une hernie de Richter et une occlusion sur volvulus du grêle dans 14.2% des cas chacun.

Selon l'étude faite par **Owono-Mbouengou et al** [39]**,** l'étiologie de la lésion iléale était une occlusion sur bride avec nécrose étendue de grêle dans 2 cas, un abcès tubo-ovarien avec nécrose et perforation de la dernière anse iléale dans un cas et une iléite aspécifique dans un cas.

Ribault L et al [1] dans leur étude sur l'intubation iléo-colique droite pour péritonite par perforation iléale, 5 nécroses de l'iléon terminal pour des causes variées ont été ainsi traitées avec de bons résultats : 1 cas de hernie étranglée négligée et 4 cas de volvulus sur bride avec nécrose.

Gnassingbe et al [2]**,** dans leur étude, l'intubation iléo-caecale avait été pratiquée chez les enfants qui avaient eu une perforation typhique du grêle.

La technique d'intubation iléo-colique droite telle qu'elle a été mise en œuvre par Veillard, pour le traitement des perforations typhiques du grêle, peut s'appliquer à toutes les autres lésions non cancéreuses atteignant l'iléon terminal et aux résections iléales trop proches du colon droit, lorsque le segment distal de l'iléon ne permet plus de faire une anastomose [39]**.** Ceci est superposable aux indications de la technique signalées dans les résultats de notre étude.

V.3. Durée d'hospitalisation

Dans notre série, la durée moyenne d'hospitalisation a été de 41 jours. Ceci s'explique par le fait que suivant les conditions locales observées durant l'opération, une iléostomie a été réalisée pour cinq patients parmi les sept patients suivis, avant le rétablissement de la continuité, allongeant ainsi la durée d'hospitalisation. En effet, dans leur étude au CHUK sur le sepsis intra-abdominal diffus post-opératoire**, Mbonicura JC et al** [40] ont trouvé que le lâchage de suture/anastomose et la nécrose constituaient les principales étiologies des sepsis intra-abdominaux diffus post opératoires(SIADPO) soit 42,8% et 21,42% respectivement, résultats se rapprochant de ceux retrouvés dans certaines études africaines [41,42,43]. Sachant que le taux de mortalité des SIADPO varie dans la littérature entre 11 et 40% [41,44,45,46,47], l'iléostomie avant la réalisation de la reprise de la continuité trouve son indication dans certaines situations pour éviter notamment ce lâchage qui peut être source de ces SIADPO.

Dans l'étude faite par **Owono-Mbouengou et al** [39]**,** la durée moyenne d'hospitalisation était de 1 mois. Cette durée était de 13 jours dans l'étude faite par **Gnassingbe et al** [2]**.**

V.4. Pronostic

Dans notre étude, les suites opératoires étaient simples, il n'y'avait pas de complications post opératoires notées.

Dans l'étude faite par **Owono-Mbouengou et al** [39], la morbidité ainsi que la mortalité post-opératoire était nulle. Il n'y avait pas de complications post-opératoires. Ce qui est superposable à notre étude.

Par contre **Gnassingbe et al** [2]**,** dans leur étude, en dehors du lâchage de suture noté dans leur série, tous les patients avaient présenté une diarrhée profuse dans les suites opératoires. Cette diarrhée n'a pas bénéficié d'un traitement particulier en dehors d'une réhydratation parentérale.

Ribault L et al. [1] avaient décrit une occlusion post-opératoire précoce liée à une sténose de l'intubation observée au quinzième jour post-opératoire imputable à une malfaçon technique par un opérateur peu expérimenté et une fistule digestive observée au septième jour post-opératoire chez un enfant de 10 ans spontanément résolue en deux jours.

V.5 Suivi

Owono-Mbouengou et al [39] dans leur étude, le suivi post-opératoire était de 1 mois et était sans particularités ce qui est superposable à notre étude**.**

CHAPITRE VI. CONCLUSION ET SUGGESTIONS

VI .1. Conclusion

Sur base de sept observations, nous avons fait une étude préliminaire de l'intubation iléo-colique droite, technique chirurgicale récemment introduite au CHUK.

Le but de notre travail était de décrire les cas d'intubation iléo-colique droite réalisés au CHUK.

Nous avons étudié en effet les indications de ce geste, les paramètres épidémio-cliniques et l'évolution.

Au terme de notre travail, nous pouvons conclure que la technique revêt un intérêt considérable et donne moins de complications post opératoires.

VI .2. Suggestions

- **Au personnel de santé périphérique:**

Référer tôt tout abdomen aigu vers les structures spécialisées afin d'éviter les complications exigeant une iléostomie d'attente

- **Aux praticiens de la chirurgie viscérale du CHUK,**

Préférer la technique d'intubation iléo-colique droite car simple, facile d'apprentissage et moins morbide.

REFERENCES

1. **Ribault L, Veillard JM, Sarre B, Diouf B, Bellier L, Diagne AL.** Intubation iléocolique droite après résection de l'iléon terminal pour péritonite généralisée par perforation iléale : expérience africaine de 33 cas. Chirurgie 1990; 226 : 216-28.

2. **Gnassingbe K, Akakpo-Numado G K, Attipou K, Kanassoua K, Tekou H.** Les perforations typhiques du grêle chez l'enfant : un regain d'intérêt de la technique de Veillard en milieu tropical. Med Trop(Mars) 2010;70:524-8.

3. **Athie CG, Guizar CB, Alcantara AV, Alcaraz GH, Montalvo EJ.** Twenty-five years of experience in the surgical treatment of perforation of the ileum caused by Salmonella typhi at the General Hospital of Mexico City, Mexico. Surgery 1998 ; 123: 632-6.

4. **Mallick S, Klein JF.** Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique: à propos d'une série observée dans l'ouest guyanais. Med Trop 2001; 61 : 491-4.

5. **Nguyen VS.** Perforations typhiques en milieu tropical: à propos de 83 observations. J Chir 1994 ; 131 : 90-5.

6. **Kouame BD, Ouattara O, Dick RK, Roux C.** Résultats du traitement des perforations typhiques de l'enfant à Abidjan (Cote d'Ivoire). Med Afr Noire 2000 ; 47 : 508-11.

7. **Mbonicura JC,Baramburiye CP,Sibomana T, Mugisha JP,Kazobavamwo M,Harakandi S et al.** Non-Traumatic Gastro-Intestinal Perforations in Bujumbura. About 141 Cases. EC Gastroenterology and Digestive System 8.11 (2021): 80-83.

8. **Horugavye E, Mbonicura JC, Bizoza Y,Nduwimana F.** Facteurs prédictifs de mortalité des occlusions intestinales aigues mécaniques au centre hospitalo unversitaire de Kamenge.Jaccr Africa2021;5(3):312 -316.

9. **Ribault L, Diouf MB, Sarre B, Diagne A**L. L'intubation iléo-colique dans le traitement des perforations typhiques. Technique de Veillard. Lyon Chir 1990 ; 86 : 383-5.

10. **Kamina P.** Anatomie clinique. Paris: Maloine, 2006:253-266.

11. **Dieffaga M M.** Péritonite par perforation typhique dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Médecine, Bamako 2005, n°176, 74P.

12. **Lauroy J P.** Intérêt de la suture extériorisée de l'intestin grêle dans les perforations iléales d'origine typhique. Thèse Méd. Dakar, 1984, n°84, 152p.

13. **Sidibé Y.** Péritonites généralisées au Mali:A propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et Kati. Thèse Méd, Bamako, 1996, n°1, 106P.

14. **Richard LD, Wayne W, Adam WM.** Gray's Anatomy. Paris: Elsevier Masson, 2006: 332-333.

15. **Dillenseger JP.** Atlas d'anatomie géneral et radiologique. Strasbourg: Elsvier Masson,2011: 170-171.

16. **Fattorusso V, Ritter O.** Vademecum clinique. Du diagnostic au traitement 17 ème Edition Masson P 456-57.

17. **Diarra S.** Péritonites par perforation iléale dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital du Point « G » (de 1978 à 1998). Thèse Med. Bamako 2000; n°133.

18. **Yannick A.** Maladies infectieuses de l'enfant : diagnostic et traitement Edition Pradel-paris Auj. 616-053 ; 1998.

19. **Bencheqroun R .**Association rare : maladie de Crohn et maladie coeliaque . Acta Endoscopica.2003;33(3).

20. **Billiard J S .** L'échographie dans la maladie de Crohn. Feuillets de Radiologie, 2003;43(4):317-326.

21. **Boudiaf M.**Complications abdominales de la maladie de Crohn : Aspects TDM. J. Radiol 2000 ; 81 :11-18.

22. **Sands BE, Anderson FH, Bernstein CN, Chey WY, Feagan BG, Fedorak RN, et al.** Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. N Engl J Med 2004;350:876-85.

23. **Colombel JF, Sandborn WJ, Reinisch W, Mantzaris GJ, Kornbluth A, Rachmilewitz D, et al.** Infliximab, azathioprine, or combination therapy for Crohn's disease. N Engl J Med 2 0 1 0 ; 362 :1383 -95.

24. **Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A.** Epidemiology and natural history of inf lammatory bowel diseases. Gastroenterology 2011 ;140:1785-94.

25. **Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO, Lémann M, Söderholm J, Colombel JF, et al.** The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. J Crohns Colitis 2010;4:28-62.

26. **Y.Panis .**Traitement chirurgical de la maladie de crohn. Ann Chir. 2002 ; 127 : 9-18.

27. **Jiang J, Jiang B, Parashar U, Nguyen T, Bines J, Patel MM.** Childhood intussusception: a literature review. PLoS One. 2013.

28. **Grosfeld JL.** Intussusception Then and Now: A Historical Vignette. J Am Coll Surg 2005;201(6):830-3.

29. **Huppertz HI, Soriano-Gabarro M, Grimprel E, Franco E, Mezner Z, Desselberger U et al.** Intussusception Among Young Children in Europe. Pediatr Infect Dis J 2006;25(1):22-9.

30. **Joana L, Simon N H :**Intussusception.Paediatric Surgery Oxford 2013,31(12):626–630·.

31. **Timothy N. Rogers, Andrew Robb:** Intussusception in infants and young children. PAEDIATRIC SURGERY II 2010,28(8):402–405.

32. **Pepper VK, Stanfill AB, Pearl RH.** Diagnosis and management of pediatric appendicitis, intussusception, and Meckel diverticulum. Surg Clin North Am. 2012,92(3):505-526.

33. **Mhanna T**.Les invaginations intestinales secondaires chez les enfants (A propos de 13 cas) .Thèse de médecine N° 019, Fès 2015.

34. **Apelt N, Featherstone N, Giuliani S.** Laparoscopic treatment of intussusceptions in children: a systematic review. J Pediatr Surg 2013 ,48(8):1789-1793.

35. **Mezane S.**Invagination intestinale aigüe du nourrisson et de l'enfant au service des urgences chirurgicales pédiatriques Hôpital d'enfants Rabat :à propos de 40 cas. Thèse N° 036, Fès 2011.

36. **Ekenze SO, Mgbor SO, Okwesili OR:** Routine surgical intervention for childhood intussusception in a developing country. Ann Afr Med 2010,9(1):27-30.

37. **Rohr S.** Occlusions intestinales aiguës.Thèse de médecine de la faculté de Médecine ULP Strasbourg ; 2002.

38. **Tayue N.** Etude clinique et anatomo-pathologique des polypes digestifs au CHU du point G.Thèse de médecine,Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako,2020.

39. **Owono-Mbouengoua J.P, Ngaboua D, Diallo F, Essomo-Megnier-Mboc M, Nyamatienguia H, Nguema-Mveb R**. Nécrose de la dernière anse iléale : intubation iléo-colique droite comme alternative à l'iléostomie. Elsevier Masson;2014.

40. **Mbonicura JC, Harakandi S, Manirakiza M, Murekatete C, Irankunda S, Harerimana S.** Sepsis Intra-Abdominal Diffus Post-Opératoire (SIADPO) au CHU de Kamenge (Burundi) : épidémiologie, diagnostic et évolution. Jaccr Infectiology 2020; 2(4): 9-15.

41. **Alpha O.** Les Sepsis intra-abdominaux diffus postopératoires : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques au Service de Chirurgie Générale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar. Pan African Medical Journal. 2014 ; 17 :204-210.

42. **Ghislain B.-A.** Péritonites postopératoire en Réanimation : Aspect épidémio-clinique, thérapeutique, évolutif et pronostic.Mali :Université des sciences, des technique et des technologies de Bamako , 2019. p108.

43. **Yapo P, Assohoun K.T et al.** Sepsis intra péritonéaux post opératoire : aspects étiopathogénique et clinique, Service de Chirurgie Générale et Digestive, CHU, Yopougon-Abidjan - Côte d'Ivoire, Rev. Int. Sc. Méd. Vol. 10, n° 3, 2008 : 51-55.

44. **Montravers P, Elhousseini L, Rekkik R.** Les péritonites post-opératoires : diagnostic et indications des réinterventions. Réanimation .2004; 13 (6-7):431-5.

45. **Mignonsin D, Kane M, Coffi S.** Péritonites postopératoires: diagnostic, traitement et pronostic à propos de 68 cas. Médecine d'Afrique Noire. 1990 ; 12: 218-23.

46. **Draghici L, Ungureanu A et Al.** Laparoscopic surgery complications: Post-operative peritonitis. Journal of medicine and life, 2012 (5): 288-296.

47. **Chichom Mefire A, Tchounzou R, Masso Misse P.** Réinterventions de chirurgie abdominale en milieu défavorisé : indications et suites opératoires (238 cas). J Chir. 2009;146(4):387- 91.

ANNEXES

FICHE DE COLLECTE DES DONNEES

I. IDENTIFICATION

Q 1.Date de consultation : Le …. /…./….

Q 2.Nom& Prénom :…… ……

Q 3.Age :……..

Q 4.Sexe :1 Masculin 2.Feminin

Q5.Provenance :1.Urbain 2.Rural

Q 6.Nationalitée : 1.Burundaise 2.Etrangère

Q 7.Motif de consultation ……..

II. LES ANTECEDENTS

Q 8.Antécédents chirurgicaux :……..

III. EXAMEN PHYSIQUE

Q 9.Etat général : 1. Altéré 2.Peu altéré 3.Bon

Q 10.Fièvre : Oui Non

Q 11.Douleur abdominale : Oui Non

Q 12.Autres :……

IV. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q 13. NFS : 1.Normal 2.Pathologique 3.Non faite

Résultats :……

Q 14.ASP :1.Normal 2.Pathologique 3.Non faite

Résultats :…….

Q 15. Echographie abdominale : 1. Normal 2.Pathologique

3 .Non fait

Résultats :…….

Q 16.Diagnostic pré-opératoire :……..

V. TRAITEMENT CHIRURGICAL

Q 17.Type d'intervention :……..

Q 18.Diagnostic per opératoire :…….

Q 19.Suites post-opératoires :1. Immédiates :……..

2. Précoces :……

3. Tardives :…….

4. Décès :…….

Q 20.Durée totale d'hospitalisation :…….

Q 21.Durée d'hospitalisation pré-opératoire :…….

Q 22.Durée d'hospitalisation post-opératoire :……..

SERMENT DE GENEVE

« Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale, Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Mes collègues seront mes frères.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité ;

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi.

Je ne permettrai pas que les considérations de race, de religion, de nation, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre la loi de l'humanité.

Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur »

RESUME

Sujet de thèse : **INTUBATION ILEO COLIQUE DROITE AU CHUK : RESULTATS PRELIMINAIRES**

But : Décrire les cas d'intubation iléo colique droite réalisés au CHUK**.**

Patients et méthode :Il s'agit d'une étude prospective descriptive portant sur l'intubation iléo colique droite au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK) dans le service de chirurgie viscérale sur une période de 12 mois allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2021. Elle a porté sur les patients chez qui on a réalisé la technique d'intubation iléo-colique droite au CHUK durant cette période.

Résultats : Sur deux cent soixante-quatre interventions chirurgicales réalisées en urgence dans le service de chirurgie viscérale durant la période d'étude, nous avons enregistré sept cas d'intubation iléo-colique droite soit une fréquence de 2.6%. L'âge moyen des patients était de 22 ans avec des extrêmes allant de 5 à 56 ans. Le sexe ratio était de 1,3. Le transfert pour suspicion d'abdomen aigu était le motif de consultation le plus fréquent (57.1 %).

Les diagnostics peropératoires étaient : une péritonite par perforation iléale (42.8%), une péritonite par strangulation iléale sur bride de Ladd (14.2%), une hernie ombilicale étranglée avec perforation iléale (14.2%), une hernie de Richter (14.2%) et une occlusion sur volvulus du grêle (14.2%).

Chez ces patients, on a réalisé une intubation iléo-colique droite et les suites opératoires étaient simples sans complications. La durée moyenne d'hospitalisation était de 41 jours. Le suivi post opératoire était d'un mois.

Conclusion : L'intubation iléo-colique droite est une technique simple, facile d'apprentissage et associée à une morbidité faible.

Mots clés : Péritonites, Perforations iléales, Intubation iléo-colique droite, CHU de Kamenge.