



**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITE DE MAHAJANGA

FACULTE DE MEDECINE DE MAHAJANGA



Année : 2009

N°1096

LES DOULEURS ABDOMINALES : DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

THESE

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
GENERALE**

Présentée par :

MONSIEUR NOMAN FAYSAL



UNIVERSITE DE MAHAJANGA
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE DE MAHAJANGA
FACULTE DE MEDECINE

Année: 2009/N° 1096

LES DOULEURS ABDOMINALES : DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

THESE

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement

Le 09 décembre 2009

Par MONSIEUR NOMAN FAYSAL Membres de jury :

Président: Monsieur le Professeur ZAFISAONA Gabriel

Juges: Monsieur le Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel

Madame le Professeur RAVOLAMANANA RALISATA Lisy

**Directeur et Rapporteur : Monsieur le Docteur RANDRIANIRINA Jean Baptiste
de la Salle**

UNIVERSITE DE MAHAJANGA

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE

Pr RALISON Andrianaivo

VICE PRESIDENT

Dr RAMAROSON Juvence

DIRECTEUR DES AFFAIRES ADMINISTRATIVES ET FINANCIER

Mr JEAN LOUIS

DIRECTEUR DU CABINET

Mme I. — — — — — ao Emilie

DIRECTEUR DES ETUDES ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE

Mme FARASOLO RALISON

DIRECTEUR DU MUSEE AKIBA

Mme RAMANIVOSOA Beby Victoire

CHEFS DE SERVICE

*du personnel de la Gestion des Ressources humaines

Mme RADAMAHARINORO Robertine

*du centre des œuvres universitaires de Mahajanga

Mr RIVOHERISOA Clément Rolland

*des activités sportives et socioculturelles

Mr RANJAKASON

*de la Législation de la Documentation et du contentieux

Mme RAZANADRAIBE Christine

*financier

Mr RASAMBATRA Benoît

*du Contrôle Interne de Gestion

Mme BODOARIVO Ruffine Georgette

*Médecine préventive

Dr RABENANDRASANA Jean Noël

*des bourses extérieures de l'Information et de l'orientation

Mr RIVOHERISOA Clément Rolland

*du Baccalauréat

Mr RANDRIAMIALY Jean Dominique

*Centrale

Mr RAMAROSON Gilbert

RESPONSABLES

*Protocole

Mr RANDRIAMANANJARA Soloherinjatovo

*Administratif et Financier

*Secrétaire particulière à la Présidence

Mme RAVONIMBOAHANGINIRINA

Rakotondravoavy Ravaoherilala Aurelie

*Service Technique et Gestion du Patrimoine

Mme SOAMARO Marie Célestine

*de la bibliothèque

Mme RAZANAMANITRA Justine

Mme RAVAONINDRIANA Marie Jeanne

M. SAIDIBARY Edwige

*Sites de ressources

Dr. RAMAROSON Juvence

UNITES DE FORMATION

*ELCI (English Language and Cultural Institute)

M. RASOAZANANORO Clarisse

*IUGM (Institut Universitaire de Gestion et de Management)

M.RAKOTOZARIVelo Philippien

ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTE

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN

Dr RAFARALALAO Lucienne

SECRETAIRE PRINCIPAL

PRESIDENT DU CONSEIL D'ETABLISSEMENT

Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy

PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

Dr RAFARALALAO Lucienne

PRESIDENT DU COLLEGE DES ENSEIGNANTS

Dr JEREMIE Lehimena

RESPONSABLES

- *du service de la Comptabilité
- *du service de la Documentation et de formation
- *du service de la Scolarité
- *d'examen
- *de Stage DCEM
- *de Stagiaires Internés
- *de Thèse
- *Relations Internationales

Mme RAHOBIVelo Andrianary
Pr RANDAOHARISON Pierana
Gabriel
Pr RAHARIMANANA Rondro
Mme DOSITHEE Marie Michelle
Dr RANDRIANJOHANY Vololonarisoa
Dr TIANDAZA Odilon Dinaraly
Dr NANY Louise Yvette
Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin
Pr ANDRIANARIMANANA Diavolana
Dr RANDRIANIRINA Jean Baptiste
Dr RALISON Fidiarivony
Dr RABESANDRATANA Norotiana

*Thésards

*Pédagogie

*Examen clinique

COORDONATEURS

- *du premier cycle
- *du deuxième cycle
- *du troisième cycle

Dr ANDRIANAIVO Fanjambolatiana
Dr RABE ANDRIAMANARIVO Paoly
Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy

SECRETARIAT

- Service scolarité

*chef Scolarité

*Secrétaire

- Service Administration

*Secrétaire de Direction

*Secrétaire

*Secrétaire au site de Ressource

Mme RAKOTONDRAVOAVY Voahirana E
Mme RAMINOARISOA Georgette

Mme RANDRIANANDRASANA Voahirana M
Mme ZAVATSOA Claire

Mme RAHARIMBOLA Victorine

PERSONNELS ENSEIGNANTS

I- PROFESSEURS ASSOCIES

*BIOPHYSIQUE

Pr Jacques CHAMBRON (Strasbourg)

*ANATOMIE

Dr ANDRIANANDRAINAINA Gustave

*BIOCHIMIE

Pr Simone WATTIAUX DE CONNICK

Pr Robert WATTIAUX

II-PROFESSEURS TITULAIRES

*ANATOMIE PATHOLOGIE

Pr ZAFISAONA Gabriel

*ANESTHESIE REANIMATION ET URGENCES

Pr FIDISON Augustin

*CYTOLOGIE-HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE

Pr RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA N. Soa

*MEDECINE LEGALE

Pr LUDES Bertrand

*HEMATOLOGIE

Pr RAKOTO Alson Olivat

*MEDECINE DE TRAVAIL

Pr RAHARIJAONA Vincent

*NUTRITION

Pr ANDRIANASOLO Roger

*PHYSIOLOGIE

Pr FIDISON Augustin

Pr RALISON Andrianivo

*PNEUMO – PHTISIOLOGIE

Pr RALISON Andrianivo

*SEMEIOLOGIE MEDICALE

Pr RALISON Andrianivo

*UROLOGIE

Pr RADESA François de Sales

III – PROFESSEURS

*ANATOMIE

Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy

Pr RANDAOHARISON Pierana Gabriel

*GYNECO OBSTETRIQUE

Pr RANDAOHARISON Pierana Gabriel

*SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

Pr ANDRIAMAMONJY Clément

Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy

*SEMEIOLOGIE MEDICALE

Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin

Pr RAKOTO ALSON Aimée Olivat

*NEURO-ANATOMIE

Pr ANDRIAMAMONJY Clément

*NEURO-CHIRURGIE

Pr ANDRIAMAMONJY Clément

*NEUROLOGIE MEDICALE

Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin

*ONCOLOGIE

Pr JOSOA Rafaramino Florine

*PHYSIOLOGIE

Pr RAKOTOAMBININA Andriamahery B.
Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin

*PNEUMO-PHTISIOLOGIE
 *PATHOLOGIE CHIRURGICALE
 *PEDIATRIE
 *STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILO-FACIALE
 *MALADIES INFECTIEUSES

Pr RAHARIMANANA Rondro Nirina
 Pr RAHARIMANANA Rondro Nirina
 Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy
 Pr ANDRIANARIMANANA Diavolana
 Pr RAZAFINDRABE John Bam
 Pr RANDRIA Mamy

IV-MAITRES DE CONFERENCES ET ASSIMILES

*ANATOMIE

Dr TIANDAZA Dinaraly Odilon
 Dr RAMANANTSOA Joseph
 Dr ANDRIANAIVOARIVOLA Tsiory Zoé
 Dr RAZAFINJATOVO Williames Colgate
 Dr ANDRIANANDRAINANA Gustave

*BACTERIOLOGIE
 *BIOCHIMIE
 *BIOPHYSIQUE
 *BIOSTATISTIQUE
 *CARDIOLOGIE
 *DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE
 *DEONTOLOGIE
 *ENDOCRINOLOGIE-NUTRITION
 *EPIDEMIOLOGIE
 *GYNECO – OBSTETRIQUE
 *HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 *HISTOLOGIE
 *HYDROLOGIE
 *IMMUNOLOGIE
 *INFORMATION-EDUCATION COMMUNICATION
 *LEPROLOGIE
 *NEUROLOGIE MEDICALE
 * NEPHROLOGIE
 *OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 *OPHTALMOLOGIE
 *PARASITOLOGIE
 *PATHOLOGIE CHIRURGICALE
 *PEDIATRIE

Dr ANDRIANAIANA Hery Dels
 Dr RAZAFIMAHEFA Maminirina
 Dr ANDRIANAIVO Fanjambolantiana
 Dr Joseph BARUTHIO (Strasbourg)
 Dr ZO ANDRIANIRINA Michel
 Dr ZAFITOTO RATANDRA Fazy
 Dr NANY Louise Yvette
 Dr RAVAOMANARIVO A. M. Zoé
 Dr RANIVONTSOARIVONY Martine
 Dr IHANGY Pamphile
 Dr ANDRIAMIANDRISOA Aristide
 Dr MOREL Eugène
 Dr RAVOHITRA Odile
 Dr RANAIVONDRAMBOLA Michel
 Dr RAKOTONDRAJAO Robert
 Dr RAVAOMANARIVO Anne Marie Zoé
 Dr RASOLOFOMANANA Armand
 Dr TSANGANDRAZANA Gilbert
 Pr RABENANTOANDRO

*PETITE CHIRURGIE
 *PSYCHIATRIE

Dr RAMANANTSOA Joseph+FIDYArson Lala
 Dr ANDRIANAIVOARIVOLA Tsiory
 Dr RAZAFIMAHEFA Maminirina
 Dr TIANDAZA Dinaraly Odilon
 Dr RAFARALALAO Lucienne
 Dr RABESANDRATANA Norotiana
 Dr RAZAFINJATOVO Williames Colgate
 Dr TSANGANDRAZANA Gilbert
 Dr RABE ANDRIAMANARIVO Paoly
 Dr RAJAONARISON Jean François
 Dr RANDRIASAMIMANANA Jean René
 Dr ANDRIAMIHAJA Rabezanahary
 Pr ANDRIANABELA Sonia

*PHARMACOLOGIE GENERALE
 *PHARMACOLOGIE SPECIALE
 *PNEUMO – PHTISIOLOGIE
 *REEDUCATION FONCTIONNELLE
 *PHYSIOLOGIE

Dr JEREMIE Lehimena
 Dr RANIVONTSOARIVONY Martine
 Dr MOREL Eugène
 Dr RASAMIMANANA Giannie
 Dr ZAFITOTO RATANDRA Fazy
 Dr RALISON Fidiarivony

*Politique nationale de la santé (P.N.S)
 *RADIOLOGIE
 *REANIMATION MEDICALE
 *RHUMATOLOGIE
 *SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

Dr ZAFINDRASOA Berthe
 Dr LAHADY René
 Dr RASAMIMANANA Giannie
 Dr RALISON Fidiarivony
 Dr RAZAFINJATOVO Williames Colgate
 Dr TIANDAZA Dinaraly Odilon
 Dr ANDRIANIRINA Jean Baptiste de Salle

*SEMEIOLOGIE RADIOLOGIE

*SEMEIOLOGIE MEDICALE

*VIROLOGIE

Dr LAHADY René

Dr MOREL Eugène

Dr ZAFITOTO RATANDRA Fazy

Pr RAKOTOZANDRINDRAINY Raphaël

V-ASSISTANTS OU ASSIMILES

*PSYCHOLOGIE

Mme DOSITHEE Marie Michelle

*HIDAOA (Hygiène et Inspection des Denrées

Alimentaire d'origine Animale)

Dr SIKINA Pierre

*ENCADREMENT DE STAGE

Médecins de CHU, CSB (Androva,
Mahabibo, Tsararano, Antanimasaja, Mahavoky,
Sotema

Tanambao, Amborovy)

Mme KAHALA Soavita Jeannette

*FRANÇAIS

VI- IN MEMORIAM

*Mr. RAKOTOBÉ Alfred

Professeur Titulaire

*Mr ANDRIAMIANDRA Aristide

Professeur Titulaire

*Mr RANDRIAMBOLOLONA Robin

Professeur Titulaire

*Mr RAMAROSON Benoît

Professeur Titulaire

*Mr RAKOTONIAINA Patrice

Professeur Titulaire

*Mr RASOLOARISON Jean Claude

Maître de conférences

*Mr RANAIVOARISON Milson Jérôme.

Professeur Titulaire

*Mme RAMIALIHARISOA Angeline

Professeur Titulaire

*Mr RAPATSALAHY Auguste Lalatiana

Maître de conférences

*Mr RAKOTOARIMANANA Denis Roland

Professeur Titulaire

*Mr RASOLOMAHARO Victor

Professeur Titulaire

*Mr ANDRIAMANANTSARA Lambosoa

Professeur Titulaire

DEDICACE

Je dédie ma thèse

**A l'éternel, louange à ALLAH le tout puissant, Merci de m'avoir prêté vie et santé pour
Aboutir à la réalisation de cet étude.**

A la mémoire de mon défunt père

**Qui m'a toujours soutenu et ma montré qu'il ne faut jamais se décourager,
il faut avoir la foi.**

**Tu n'as pas eu la chance d'assister mais je sais que tu es prêt de moi .Je
t'aime papa et repose en paix.**

A ma mère

**Tu es et tu seras toujours la maman la plus sympa. Grace à ton amour, à tes conseils, et ton financement, je suis arrivé à bon port.
Je t'adore maman.**

A ma femme MOUZDALIFA et à mon fils fayaz

Qui m'ont aidé et soutenu durant tout ce travail

A mes grands-mères et grands-mères

Qui m'ont toujours soutenus, que DIEU leur protège et que la bénédiction règne sur eux.

A mes frères OTHMAN et SAMIR et A mes sœurs FANYA et RASHMYA

Grâce à votre soutien morale et votre amour je suis arrivé à réaliser ce travail.

A mon oncle SOILIH

Qui m'a aidé financièrement durant tout mon cursus universitaire

A mes tantes BATOULY M'ZE et ROUKIA

ABDOU BACAR

A monsieur et madame MESMER, à monsieur ALI YACHOURTU, à monsieur ATTOUMANE MARSEILLAIS, à monsieur LEMIN, à monsieur SOULAIMANA DAOUD, à monsieur ALLAOUI (le blanc), MAMA VELO.

A toute ma famille et mes amis (e)

Veillez trouver ici une marque de ma gratitude

Merci à tous

REMERCIEMENTS

A NOTRE HONORABLE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur ZAFISAONA Gabriel

Professeur Titulaire de Chaire d'Anatomie et Cytologie Pathologique.

Chef de service Provincial de laboratoire d'Anatomie Pathologique de Mahajanga.

Enseignant à la Faculté de Médecine et à l'institut d'Odontostomatologie Tropicale de Madagascar-Université de Mahajanga.

**Nous avons vivement apprécié vos qualités
humaines et scientifiques.
Malgré vos lourdes et diverses responsabilités,
vous nous avez fait un grand honneur en
acceptant la présidence de cette thèse.**

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES :

Madame le Professeur RAVOLAMANANA RALISATA Lisy
Professeur agrégé en chirurgie générale
Chirurgien des hôpitaux

Chef de service de chirurgie viscérale au CHU Androva-Mahajanga
Chef de département de chirurgie à la Faculté de Médecine de Mahajanga
Enseignant à la Faculté de Médecine de Mahajanga et l'institut de formation régionale des paramédicaux
Coordinateur du 3^{ème} cycle à la Faculté de Médecine de Mahajanga
Président du conseil d'établissement au sein de la Faculté de Médecine de Mahajanga.

Monsieur le Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel

Professeur agrégé en gynécologique obstétrique
Ancien externe
Ancien chef de clinique
Formation en chirurgie vaginale de Lyon
Formation en microchirurgie tubaire de Nice
Formation spécialisée approfondie en gynécologique obstétrique de Bordeaux (AFSA)
Maîtrise en sciences biologiques et médicales
Diplôme de formation spécialisée complémentaire (DFSC)

**Nous vous avez fait l'honneur d'accepter de
siéger parmi les membres de jury de cette thèse.**

A NOTRE MAITRE, DIRECTEUR ET RAPPORTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur RANDRIANIRINA Jean Baptiste de la Salle

Ancien interne des hôpitaux

Chirurgien des hôpitaux

Titulaire de :

CES en chirurgie générale, digestive et coelio-chirurgie de la

Faculté de Médecine Louis Pasteur, Strasbourg (France)

AFS en Ortho-traumatologie et chirurgie thoracique de la Faculté
de Médecine de Dakar (Sénégal)

AFSA en chirurgie digestive, transplantation et Coeliochirurgie de
l'Université Louis Pasteur Strasbourg

Ancien chef clinique en chirurgie générale

Maître de conférences à la Faculté de Médecine de Mahajanga

Responsable cumulativement de l'Urgence chirurgicale et Unité

Traumatologie au CHU Androva Mahajanga

Enseignant à la Faculté de Médecine et à l'Institut d'Odonto-

Stomatologie Tropical de Madagascar (IOSTM) Université de Mahajanga

**Vous nous avez fait l'honneur de diriger notre
travail.**

**Votre attention et votre soutien nous ont aidé
efficacement dans l'élaboration de ce travail.**

**Votre encadrement avec patience nous a marqué
grandement.**

**Nous vous exprimons nos sincères remerciements
et veuillez accepter l'assurance de notre profonde
considération et gratitude**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE L'UNIVERSITE DE MAHJANGA
Monsieur le Professeur RALISON Andrianaivo

A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE DE
MAHAJANGA

Madame le Docteur RAFARALALAO Lucienne

Nos hommages et nos considérations.

A TOUS NOS MAITRES ET ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE
MEDECINE DE MAHAJANGA, D'ANTANANARIVO ET DE STRASBOURG

**Nos vifs remerciements pour l'enseignement que
vous nous avez prodigué.**

A TOUS NOS ENCADREURS DU CHU MAHAJANGA

A TOUS LES PERSONNELS ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES DE LA
FACULTE DE MEDECINE DE MAHAJANGA

A TOUS LES CENTRES DE DOCUMENTATIONS

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE CHIRURGIE DU CHU
ANDROVA-
MAHAJANGA

LISTE DES ABREVIATIONS

ASP : Abdomen Sans préparation

FID : Fosse Iliaque Droite

FIG : Fosse Iliaque Gauche

HCD : Hypochondre Droit

HCG : Hypochondre Gauche

NFS : Numération Formule Sanguine

% : pourcentage

SUSI : service des urgences et des soins intensifs

Chu : centre hospitalier universitaire

LISTE DES FIGURES

Figure N°1 : **La paroi antérolatérale de l'abdomen**

Figure N°2 : **muscle droit de l'abdomen**

Figure N°3 : **muscle large de l'abdomen**

Figure N°4 : **les quadrants de l'abdomen**

Figure N°5 : **les viscères abdominaux**

Figure N°6 : **Le péritoine**

Figure N°7 : **ASP**

Figure N°8 : **Fréquences des douleurs abdominales vues au chu**

Figure N°9 : **Répartition selon le motif d'entrée**

Figure N°10 : **Répartition selon l'âge**

Figure N°11 : **Répartition selon le sexe**

Figure N°12 : **Répartition selon la localisation**

Figure N°13 : **Répartition des diagnostics étiologiques**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : **Localisation des douleurs en fonction des viscères atteints**

Tableau N°2 : **Observations médicales**

SOMMAIRE

Introduction	1
Revue de la littérature.....	2
1. Paroi abdominale.....	2
2. Quadrant abdominale.....	8
3. Viscères sous jacent.....	11
4. Péritoine	15
Rappel physiologique	19
Douleurs abdominales.....	20
Résultats.....	30
Discussions	38
Suggestions	46
Conclusion	48
ANNEXE	
Observations médicales	49

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La douleur abdominale est l'une des motifs les plus fréquents de consultation ou d'admission dans les services de chirurgie ou des urgences. Elles constituent le symptôme usuel aux quelles les chirurgiens sont confrontés. La forme aigue de cette douleur préoccupe les praticiens car elle revêt surtout d'un caractère aigue chirurgical. [1]

L'investigation est difficile pour parvenir à poser un diagnostic précis car le traitement ou la prise en charge en dépend beaucoup.

De ce fait, un interrogatoire minutieux suivi d'un examen clinique précis permettra de lever la problématique. A savoir que les douleurs abdominales aigues représentent 15 à 20% des consultations aux urgences. Les pathologies les plus fréquentes ne sont que l'appendicite, les occlusions intestinales aigues, les péritonites aigues généralisées et à une fréquence faible, on y retrouve les hernies, la cholécystite. [2]

L'objectif de cette étude est de dégager les aspects cliniques des douleurs abdominales afin d'établir un démarche diagnostic et de poser un diagnostic précis.

Pour atteindre nos objectifs, nous avons adopté le plan suivant :

Après l'introduction,

Une première partie va exposer la revue de la littérature,

- une deuxième partie qui sera réservée aux résultats de notre travail,
- une troisième partie entamera les discussions,
- et avant la conclusion, des suggestions seront évoquées pour mieux entreprendre une décision finale de diagnostic précis.

REVUE DE LA LITTERATURE

RAPPEL ANATOMIQUE [2]

Pour mieux comprendre la physiopathologie des douleurs abdominales ainsi que leurs traductions viscérales sous jacentes, il est sage de faire un rappel sur l'anatomie de l'abdomen.

1- La paroi abdominale antérolatérale

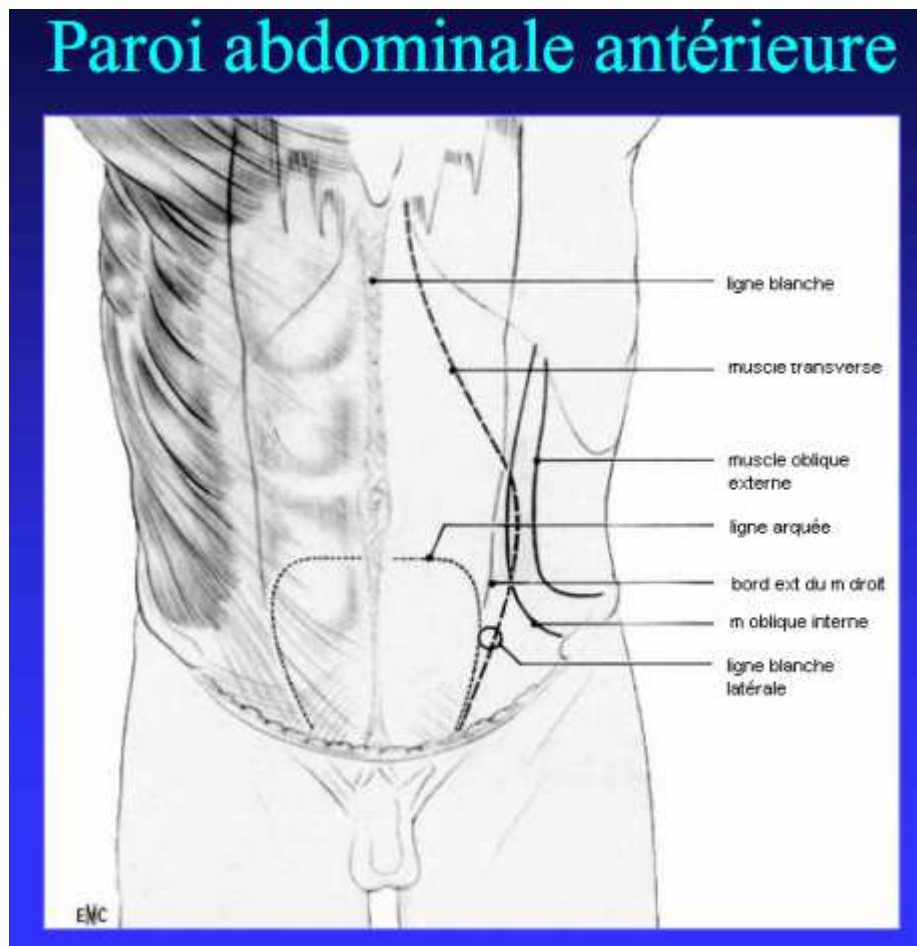


Figure N°1 : La paroi antérolatérale de l'abdomen

L'abdomen occupe la partie moyenne du tronc, entre le thorax en haut et le pelvis en bas. Il est formé d'une paroi délimitant la cavité abdominale. La cavité abdominale est fermée en haut par le diaphragme, mais ouverte en bas en continuité avec la cavité pelvienne ; elle contient les appareils digestif et urinaires, la rate, les surrénales ; les gros vaisseaux (aorte abdominale et veine cave inférieure) et des nerfs (vague et la chaîne sympathique).

La paroi abdominale est constituée d'un ensemble de muscles qui s'insère sur le rachis, le gril costal et le squelette du bassin.

La paroi antérolatérale est constituée, de chaque côté de la ligne médiane, par :

- **les muscles droits de l'abdomen, en avant**
- **les muscles pyramidaux, en bas**
- **les muscles larges de l'abdomen ; latéralement,**

Ces muscles contiennent le contenu abdominal, augmentent la pression intra abdominale et compriment les viscères, ils interviennent donc dans la miction, la défécation, l'expiration forcée, la toux, le vomissement et l'accouchement.

✚ *Constitution musculaire*

* Muscle droit (**grand droit ou droit antérieur**) :

C'est un muscle vertical tendu entre le thorax et le pubis et entrecoupé par trois ou quatre insertions tendineuses. Il est contenu dans une gaine formée par les aponévroses d'insertion des muscles larges et relié à son homologue par un raphé tendineux vertical qui est la ligne blanche.

- **origine : 5,6 et 7^{èmes} côtes et processus xiphoïde,**
- **trajet : vertical**
- **terminaison : pubis**
- **action : fléchisseur du tronc**

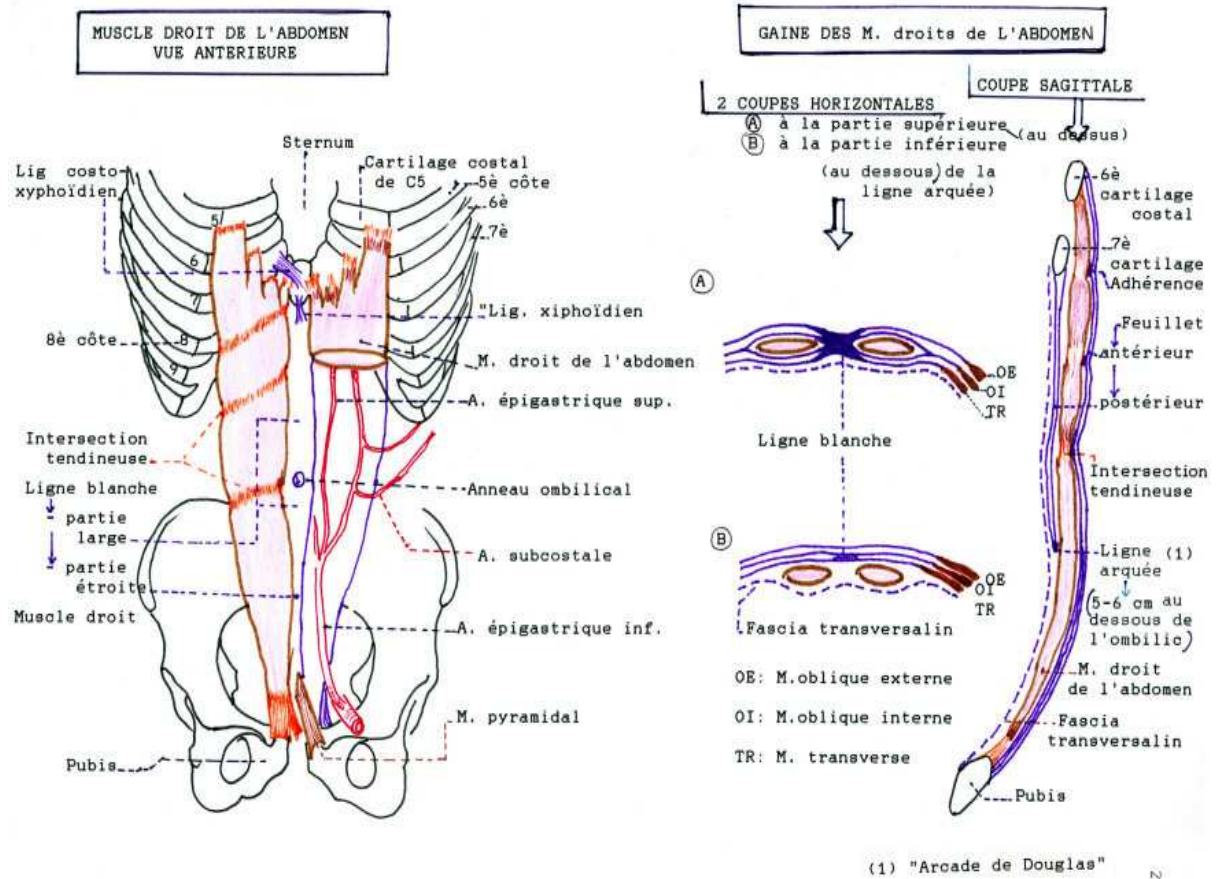


Figure N°2 : Muscle droit de l'abdomen

*** Muscle pyramidal**

Il est annexé au muscle droit, de forme triangulaire à base inférieure, et s'étend de la ligne blanche au pubis ; C'est un tenseur de la ligne blanche.

*** Muscles larges de l'abdomen**

Ils sont au nombre de trois, de la superficie à la profondeur :

• ***Muscle oblique externe ou grand oblique :***

- origine : 7 ou 8 dernière côte
- trajet : oblique en bas et en dedans
- terminaison : crête iliaque, arcade crurale et pubis, ligne

blanche

- action : rotateur et fléchisseur de tronc.

• ***Muscle oblique interne ou petit oblique :***

- origine : crête iliaque et arcade crurale
- trajet : oblique en haut et en dedans
- terminaison : 3 dernières côtes et pubis
- action : la même que celle de l'oblique externe.

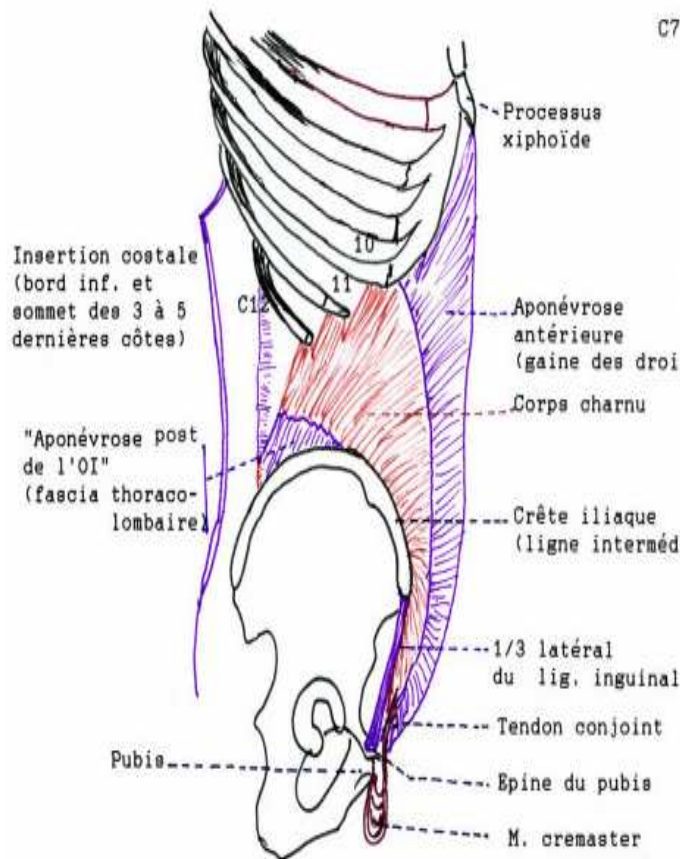
• ***Muscle transverse :***

Il est tapissé sur sa face interne par le fascia transversalis et le péritoine.

- origine : 6 derniers cartilages costaux, crête iliaque, arcade
Crurale et rachis lombaire
- trajet : en ceinture
- terminaison : ligne blanche
- action : expirateur.

MUSCLE OBLIQUE INTERNE

2e couche musculaire située profondément p/r à l'oblique externe, le M. oblique interne a ses fibres dirigées en sens contraire, de bas en haut et d'arrière en avant.



MUSCLE TRANSVERSE de L'ABDOMEN

3e couche musculaire, la plus profonde, il est ainsi appelé à cause de la direction transversale de ses fibres. Charnu dans la partie intermédiaire, il est aponévrotique en avant et en arrière.

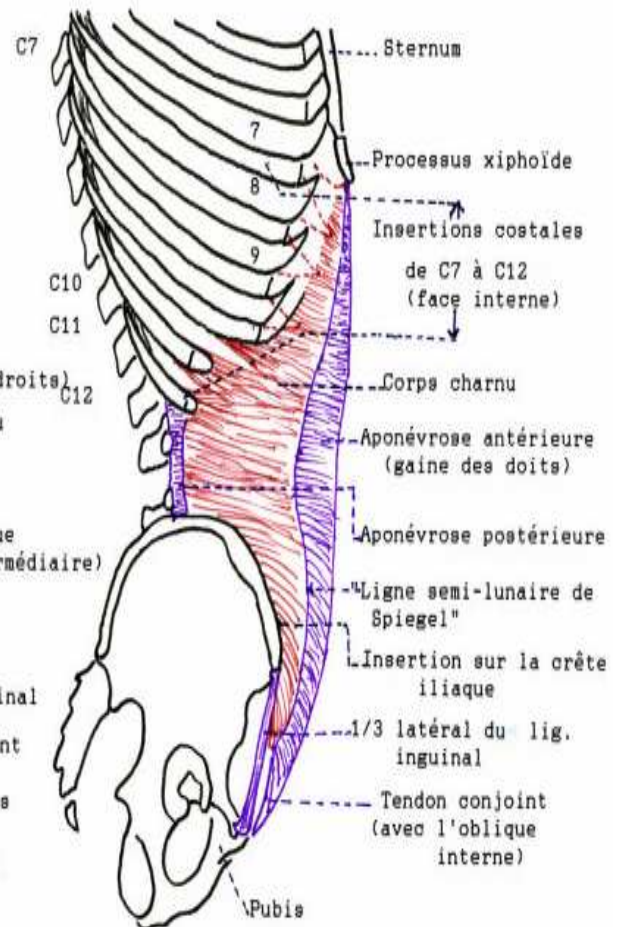


Figure N°3 : Les muscles larges de l'abdomen

◦ **Aponévrose de la paroi antérolatérale (fig 2) :**

Elle est formée par celles des muscles larges qui engainent le muscle droit. Elle comporte deux feuillets, antérieur et postérieur.

- Feuillelet antérieur : -au 2/3 supérieur, il est formé par l'aponévrose

des muscles obliques, c'est le feuillet ventral.

- au 1/3 inférieur, il est formé par l'aponévrose des muscles obliques et transverse

- Feuillelet postérieur : - à son 2/3 supérieur, il formé par l'aponévrose des muscles oblique interne (feuillet dorsal) et transverse, puis fascia transversalis et péritoine.

-au 1/3 inférieur, il est formé par le fascia transversalis et le péritoine.

✦ Les points faibles

- Anneau fémoral ou crural

Il est situé sous le ligament inguinal (arcade crurale) et occupé par les vaisseaux fémoraux. Cette zone de faiblesse st le siège *des hernies* en dedans de ces vaisseaux.

- Canal inguinal

C'est un interstice ménagé dans l'épaisseur de la paroi abdominale, situé au dessus de l'arcade crurale, dessinant un trajet oblique de dehors en dedans, d'arrière en avant et s'ouvre par deux orifices profond et superficiel. Il livre passage au cordon spermatique chez l'homme et au ligament rond chez la femme. Cette zone de faiblesse est le siège des hernies inguinales.

- Ombrilic ou nombril

C'est le vestige du cordon ombilical ; il situé sur le trajet de la ligne blanche à la hauteur de L4 et forme un anneau fibreux rétracté adhérant à la peau et au péritoine. Cette zone de faiblesse est le siège des *fistules et hernies*.

- Ligne blanche

Elle est formée sur la ligne médiane par l'entrecroisement des aponévroses des muscles larges avec celles du côté opposé. Elle est tendue entre l'appendice xiphoïde et le pubis et interrompue à sa partie moyenne par l'ombilic. Cette zone de faiblesse est le siège des *hernies* (surtout sus ombilical).

2- Les quadrants de l'abdomen [3]

La paroi antérolatérale de l'abdomen se divise en plusieurs zones par quatre lignes :

. Deux lignes horizontales : l'une passant par les rebordes costaux, et

l'autre par les épines iliaques antéropostérieures.

. Deux lignes verticales : passent à mi-distance entre la ligne médiane et l'épine iliaque antéropostérieure.

On distingue neuf quadrants en allant de haut en bas et de droite à gauche :

(Fig. 2):

- *l'hypochondres droit* : correspond au foie, vésicule et angle colique droit

- *l'hypochondre gauche* : correspond à la rate et l'angle colique gauche

- *le flanc droit* : correspond au rein droit et côlon ascendant

- *le flanc gauche* : correspond au rein gauche et côlon descendant

- *la fosse iliaque droite* : correspond au caecum, appendice et ovaire droit

- *la fosse iliaque gauche* : correspond au côlon sigmoïde et à l'ovaire gauche.
- *l'épigastre ou région épigastrique* : correspond à l'estomac
- *l'hypogastre ou région hypogastrique* : correspond à la vessie et l'utérus
- *la région ombilicale* : correspond au côlon transverse, intestin grêle et pancréas

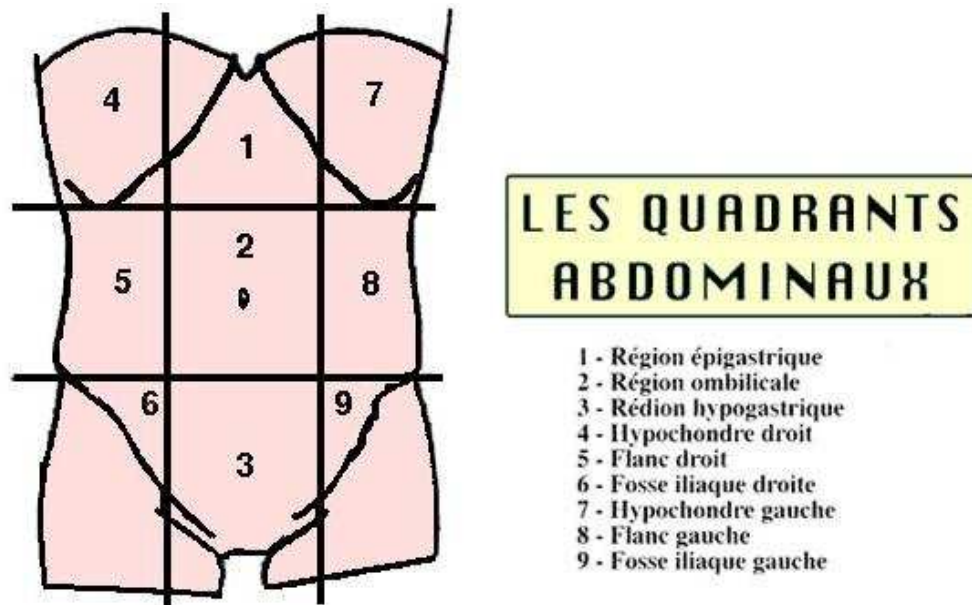


Figure N°4 : Les quadrants de l'abdomen

Chaque quadrant délimite un territoire ou région abdominale bien définie. Il est en rapport avec les viscères sous jacents dont leurs souffrances sont traduites et projetées sur la paroi abdominale dans le Quadrant.

3- Les viscères sous jacents [2]

3.1. L'estomac

C'est une poche située entre l'œsophage et le duodénum. Le corps de l'estomac s'appelle fundus. C'est un organe abdominal qui se trouve sous le diaphragme.

Il mesure 25 cm de haut et 10 à 12cm de largeur. Il présente au point de vue structure 4 couches de cellules superposées appelées tuniques. Il est vascularisé par les branches artérielles provenant du tronc coeliaque.

L'innervation est assurée par le nerf pneumogastrique ou nerf vague (10ème paire des nerfs crâniens)

Il est projeté sur la paroi au niveau de la région épigastrique et en partie dans l'hypochondre gauche.

3.2 - Duodénum

C'est la portion du tube digestif qui fait suite à l'estomac, il commence au pylore jusqu'à l'angle duodéno jéjunal. Il présente 4 portions dénommées D1, D2, D3, et D4. Les canaux excréteurs du pancréas et des voies biliaires débouchent dans le deuxième duodénum par l'intermédiaire des grandes et petites caroncles.

Le duodénum se trouve dans l'hypochondre gauche

3.4- L'intestin grêle ou iléo L'intestin grêle se continue avec le jéjunum et se termine au niveau de l'abouchement iléocæcal. C'est un organe sous méso colique qui occupe en grande partie la cavité abdominale. L'aire de projection pariétale est surtout au niveau de la région péri ombilicale. Dès fois, il se projette dans la fosse iliaque droite pour certaines pathologies de l'iléon terminal.

3.5- Le gros intestin ou le côlon

Il fait suite à l'intestin grêle au niveau de la jonction iléo colique .Le premier segment du côlon ascendant se trouve dans la fosse iliaque droite ; c'est le caecum qui est un poche ou cul de sac dans sa surface interne se trouve la valvule de Bauhin appelée appendice où s'abouche l'intestin grêle. Le colon ascendant monte verticalement dans le flanc droit et se termine en angle droit dans l'hypochondre droit. Le côlon transverse fait suite à l'angle colique droit vers l'angle colique gauche dans la délimitation hypochondre droit hypochondre gauche. Le côlon descendant se trouvant dans le flanc gauche se continue dans la fosse iliaque gauche où il va se transformer en côlon sigmoïde. La terminaison du sigmoïde est le rectum dont la projection pariétale est la région hypogastrique.

Les vascularisations sont assurées par l'artère mésentérique supérieur (côlon droit) et l'artère mésentérique inférieur (côlon gauche).

3.6 - Le foie

Il est situé dans l'Hypochondre droit, est s'étale jusque dans l'épigastre, parfois dans L'HCG. C'est un organe triangulaire avec 3 faces :

- une face antéropostérieure
- une face postérieure
- une face inférieure

Sa face inférieure repose sur les viscères. IL a une double vascularisation : Une partie nourricière et une autre fonctionnelle pour remplir sa fonction de nettoyage.

3.7- La rate

C'est un organe lymphoïde qui intervient dans les systèmes immunitaires. Elle est située sous la coupole diaphragmatique en dehors de l'estomac et au dessus de l'angle gauche du côlon. Elle a la forme d'une pyramide et vascularisée par l'artère et veine splénique. Elle a sa projection pariétale dans l'hypochondre gauche.

3.8- Le pancréas [[6]

Il est situé à la limite des étages sus et sous méso coliques, à la limite du péritoine et rétro péritoine. Il est profondément situé sous forme d'un revolver encadré par le duodénum ; À droite se trouve la tête. Ses canaux excréteurs s'appellent le canal de Santorini et de Wirsung.

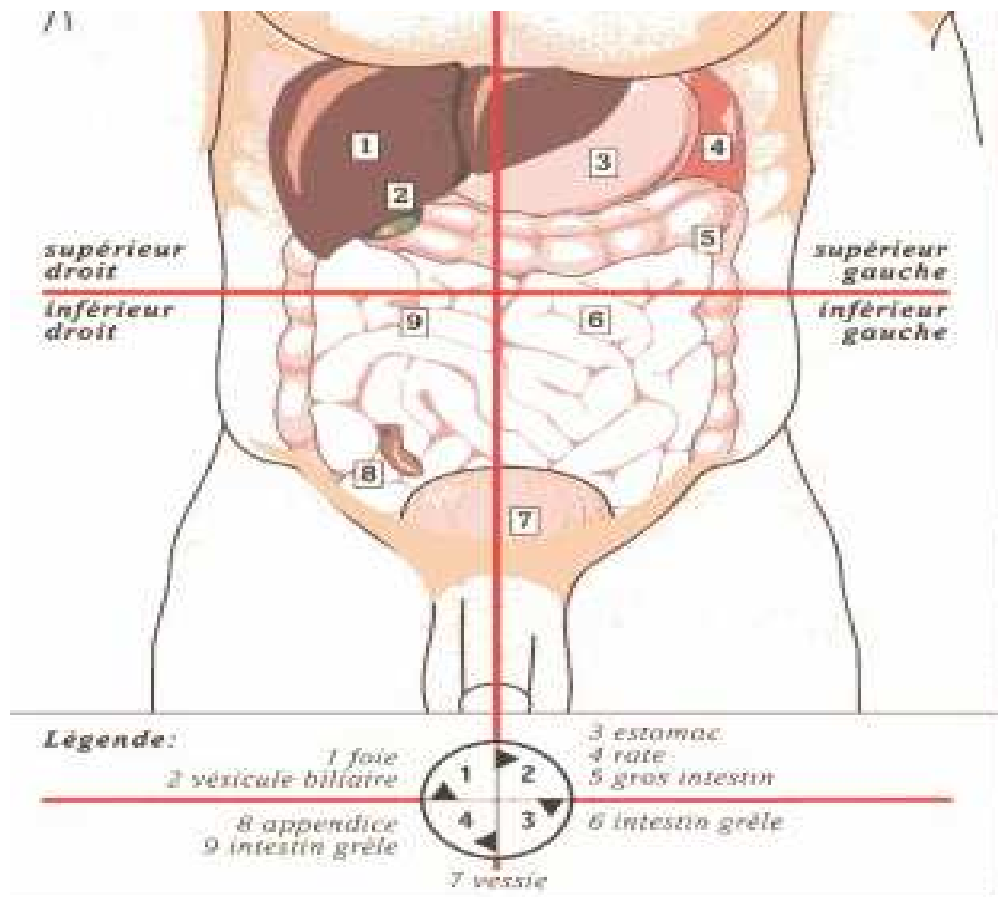


Figure N°5 : Les viscères abdominaux et leurs projections pariétales

3.9- L'appareil urogénital interne

La vessie chez le sexe masculin, la vessie et l'organe génital interne avec les annexes chez les femmes, font partis des organes abdominaux. L'aire de projection pariétale est la région hypogastrique.

4. Le péritoine [5]

Le péritoine est une membrane séreuse à deux feuillets qui tapisse la face profonde de la cavité abdomino-pelvienne et les viscères qu'elle contient.

Les deux feuillets viscéraux et pariétaux délimitent une cavité virtuelle, c'est la cavité abdominale.

***Le feuillet viscéral :** il tapisse la face superficielle des viscères abdominaux.

***Le feuillet pariétal :** il tapisse la face profonde de la cavité abdomino - pelvienne, on lui distingue :

- Péritoine pariétal diaphragmatique: tapisse la face inférieure du diaphragme.
- Péritoine pariétal antérieur : tapisse la paroi antérolatérale de l'abdomen.
- Péritoine pariétal postérieur : tapisse la paroi postérieure de l'abdomen et séparée d'elle par l'espace rétro péritonéal.

Il forme entre les organes des culs-de-sac dont le plus important est celui de DOUGLAS situé en avant du rectum.

Un organe est intra péritonéal lorsqu' il est libre dans la cavité péritonéale. Toutes les surfaces des organes sont tapissées par le

péritoine. Certains organes se trouvent liés à la paroi abdominale par un méso.

Un organe est extra péritonéal lorsqu' il est situé à l'extérieur du péritoine, en l'occurrence les reins.

*** Replis péritonéaux :**

Les deux feuillets du péritoine sont reliés par des replis péritonéaux qui cloisonnent la cavité péritonéale, ce sont :

- Mésos : c'est un repli péritonéal qui relie un organe du tube digestif et la paroi et qui contient un pédicule vasculaire. (mésogastre, mésentère, méso côlon transverse ; méso sigmoïde...)
- Fascia : formé par accolement de méso à la paroi postérieure (fascia de treitz ; fascia de tott) ce sont des organes considérés rétro péritonéaux secondairement.
- Ligament : c'est un repli péritonéal qui relie les viscères entre eux ou à la paroi sans contenir un pédicule (ligament large de l'utérus, ligament falciforme du foie.)
- Epiploon ou omentum : c'est un repli péritonéal qui relie deux organes abdominaux entre eux et contient un pédicule vasculaire (petit épiploon, grand épiploon, épiploon gastro splénique.)

*** Cavité péritonéale :**

Elle est divisée par le méso côlon transverse en deux étages, étage sus-mésocôlique et étage sous-mésocolique. Elle présente un diverticule ou cavité, c'est l'arrière cavité des épiploons. (Poche rétro gastrique)

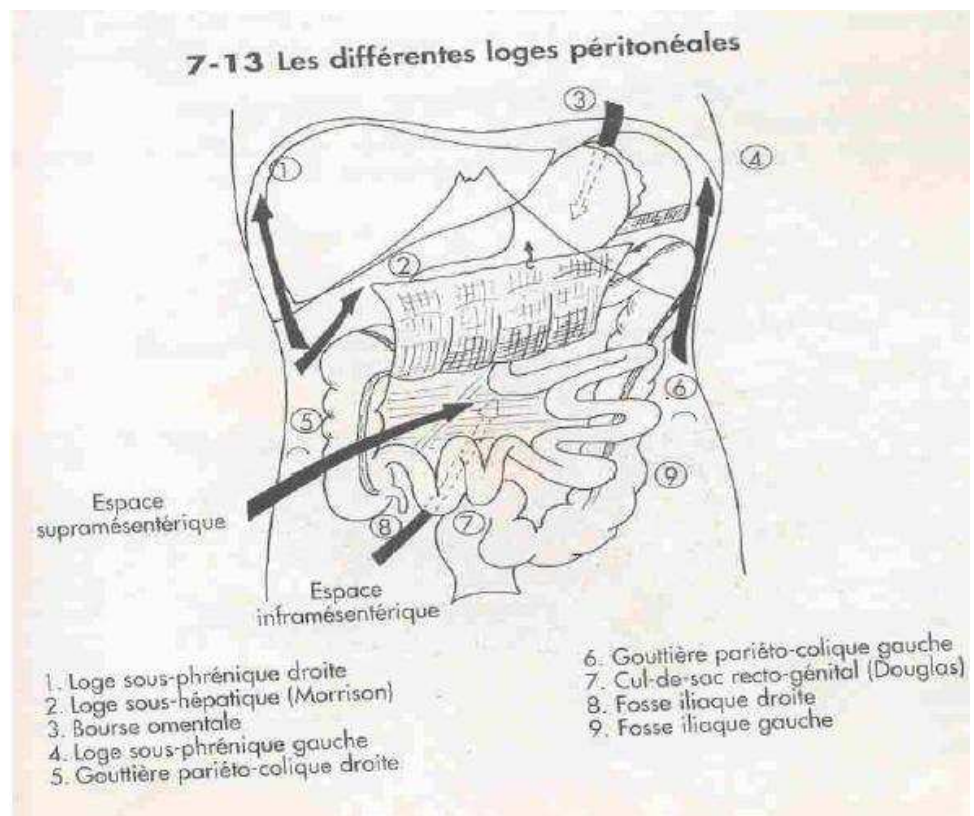


Figure N°6 : Le péritoine et les méso

La surface occupée par le péritoine est importante, de l'ordre de celle de la peau chez l'adulte. La séreuse péritonéale se comporte comme une membrane semi perméable animée de deux mouvements liquidiens de sécrétion et d'absorption. Ces phénomènes osmotiques sont dits passifs. A ce mécanisme d'échange liquidien s'ajoute un drainage lymphatique dit actif, rendu possible par le mouvement des fluides dans la cavité péritonéale

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE DE LA CAVITE ABDOMINALE [7]

La cavité abdominale présente une innervation sensitive. Les influx nerveux du péritoine pariétal empruntent les voies du système nerveux centrale autonome. La douleur de la séreuse du péritoine survient lorsque celle-ci est irritée par l'inflammation ou l'irritation. Elle s'accompagne d'une contraction réflexe de la paroi plus proche de l'organe atteint. La douleur d'un viscère survient lors d'un stimulus important comme la distension ou la traction, car les fibres constituent un réseau à large maille et il faut un stimulus important pour l'activer. Mais le seuil diminue nettement lorsque survient un phénomène pathologique : inflammation, agression chimique, ulcération, ischémie. Les influx rejoignent les racines et les cornes postérieures de la moelle, retrouvant ainsi les afférences d'un dermatome cutané, expliquant les douleurs projetées superficiellement au niveau des quadrants abdominaux correspondant. Suivant l'évolution, la douleur peut se propager dans tout l'abdomen mais toujours à partir d'un point précis ou d'un quadrant, ainsi on peut identifier l'organe atteint à l'origine de la douleur pour poser un diagnostic précis ou positif.

LES DOULEURS ABDOMINALES [3, 8 ,13 , 14, 15 ,16,17, 18, 19, 20]

Les douleurs abdominales sont définies par leur durée. Les causes en sont multiples, certaines nécessitent une prise en charge très rapide étant donnée le risque vital.

1- Caractéristiques des douleurs

Pour caractériser une douleur, il faut déterminer :

- son début, brutal ou progressif
- son intensité
- sa durée
- son type évolutif, continu ou paroxystique
- son siège initial dans le quadrant de l'abdomen
- ses irradiations dans les quadrants adjacents, ou dans les autres régions du corps.
- son évolution dans le temps : elle peut être permanente ou intermittente. Si elle est intermittente, il convient de préciser la durée des crises douloureuses, l'horaire de survenue dans la journée et son éventuelle répétition de l'année.
- les signes accompagnateurs

2- Circonstances d'apparition

- son caractère spontanée ou provoquée
- Rapport par rapport aux repas
- Existence de facteurs déclenchants ou favorisants
- Existence de certains facteurs atténuants la douleur : vomissements, émission de gaz et de selles, antéflexion dans la pancréatite, positifs dans les rétro péritonéales
-

3. Douleur abdominale aigue [3]

La douleur abdominale aigue est une douleur évoluant depuis une semaine. C'est une douleur très intense.

Elle peut être :

- **d'origine intra abdominale par inflammation du péritoine pariétal, par obstruction mécanique d'un organe creux, par distension de la capsule d'un organe plein ou encore par ischémie aigue.**
- **l'irradiation abdominale d'une douleur à distance, d'origine thoracique, neurologique, musculaire ou osseuse.**
- **d'origine métabolique ou toxique qui se retentis sur l'abdomen.**
- **Elle nécessite une prise en charge en urgence.**

4. Douleur abdominale chronique [4, 21, 22]

C'est une douleur qui dure pendant plusieurs semaines, plusieurs mois voire des années ; mais qui n'a pas de caractère urgente. L'intensité est modérée.

Les douleurs abdominales chroniques posent au clinicien un problème diagnostique plus complexe que celui de l'étiologie des douleurs abdominales aigues.

L'interrogatoire du patient est souvent très utile pour orienter la démarche diagnostique. L'important est de parvenir un diagnostic étiologique précis.

5- Epidémiologie [5]

La douleur abdominale est presque l'expression clinique d'une pathologie des viscères abdominaux. La fréquence n'est plus à discuter mais il reste à déterminer le rapport entre douleur abdominale aigue et chronique.

La plupart des affections représentent 90% des causes chirurgicales et seulement 15% sont des urgences chirurgicales. La prévalence selon le sexe est indifférente. L'hospitalisation concernant les douleurs abdominales représentent 18% à 42%, dont 75% pour les sujets âgés.

6. La valeur localisatrice [5]

La localisation de la douleur sur les quadrants abdominaux a une valeur diagnostic étiologique précise. Ce qui rend facile la conduite de prise en charge. Elle est en rapport avec les viscères atteints ou du moins l'irradiation ou les complications déjà installées. Ainsi, nous allons présenter sous forme de tableau la projection des douleurs viscérales sur la paroi abdominale.

Tableau N°1 : Localisation des douleurs en fonction des viscères atteints

Hypochondre droit	Epigastre	Hypochondre gauche	Fosse iliaque droite	péri ombilicale	Fosse iliaque gauche	Flanc droit	Flanc gauche
Cholécystite, Affections hépatiques, vésiculaires, Appendicite sous hépatique, ou pathologie colique droite	Affections gastriques, pancréatiques, ou duodénales	Pathologies coliques splénique, ou	Appendicite, affection annexielle,	Affections intestinales du grêle ou appendiculaire, ou génitale ;ou péritonéale	Sigmoïdienne, annexielle,	Colique, ou projection d'atteinte viscérale rétropéritonéale,	Colique, ou projection d'atteinte viscérale rétropéritonéale

7- La clinique [5]

L'étude clinique de la douleur abdominale ne peut se réaliser que si on fait une bonne observation médicale composée de :

- un bon examen clinique**
- un bon examen complémentaire**

Δ. L'interrogatoire

Il s'agit d'un examen très important car il permettra d'orienter le diagnostic et donc facilitera la prise en charge.

IL est constitué par des éléments qui sont indispensables pour la démarche diagnostique.

Elle renseigne sur:

*** L'état civil du patient qui comprend :**

- + Le nom et prénom du malade**
- + Date et lieu de naissance**
- + Profession**
- + adresse**
- + Ethnie**

*** Le motif et la date d'entrée dans le service préciseront les signes motivant la consultation.**

*** Une histoire de la maladie qui résume en quelque lignes la pathologie depuis son début, son évolution avec les caractères, jusqu'à son entrée.**

*** Les antécédents et habitudes qui peuvent être en rapport ou qui ont une influence avec la maladie en question.**

Δ. L'examen clinique [5]

Elle comprend 4 étapes importantes :

- inspection
- palpation
- Percussion
- auscultation

- L'inspection

On recherchera :

- des mouvements respiratoires anormaux
- une distension
- les ondulations péristaltiques
- les asymétries et les déformation possibles quadrant par quadrant
- la Circulation collatérale

- La palpation

Elle est réalisée par les deux mains, l'exploration commence par la région non douloureuse puis la région concernée, quadrant par quadrant, pour essayer de d'identifier les souffrances viscérales sous-jacentes.

Elle permet de :

- retrouver une masse
- d'apprécier une défense abdominale
- localiser le siège de la douleur
- connaître les irradiations de douleur
- apprécier la souplesse de l'abdomen
- vérifier les orifices herniaires

- La percussion

Elle permet :

- d'apprécier la sonorité ou le matité
- de retrouver un météorisme
- de retrouver une gargouillement
- de déceler un éperdument

Chaque élément correspond à une pathologie précise

- L'auscultation

Permet de préciser les bruits hydro aériques ou le silence abdominal témoignant le fonctionnement de l'intestin.

- Le toucher pelvien

Il met en évidence :

- la présence des selles ou non dans l'ampoule rectale
- l'hypertrophie prostatique
- masse ou épanchement dans le cul de sac de douglas
- douleur provoquée à l'intromission
- surtout la sensibilité des culs de sac par irritation péritonéale

8- Examens para cliniques [5]

*** Bilan sanguin :**

Il s'agit du premier bilan demandé et on y retrouve la numération formule sanguine, la créatinémie, la glycémie, l'uricémie, un bilan hépatique et le bilan de cholestérol

Il nous renseigne sur le pourcentage des polynucléaire neutrophiles, éosinophiles, basophiles, taux de lymphocytes, hémoglobines, hématocrites,

réticulocytes, globule rouge, globule blanc, vitesse de sédimentation des hématies ...

Elle représente un élément important pour l'orientation du diagnostique et la prise en charge du patient.

*** Examen des selles**

Pour avoir une idée des pathologies digestives

9- L'imagerie

*** L'abdomen sans préparation (ASP) et un examen radiologique qui se fait chez un patient debout ou couché à incidence de face.**



Figure N°7 : Cliché d'Abdomen Sans Préparation ou ASP

Elle est sine qua non pour l'orientation du diagnostique et de la prise en charge surtout dans les abdomens aigus.

* L'écographie abdomino pelvienne participe également à l'investigation nécessaire. Elle nous aide à localiser le siège de la lésion et établi le bilan de retentissement aux organe de voisinage, elle permet aussi de dégager le diagnostic différentiel.

La prise en charge dit être pragmatique et rapide .elle repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique qui vont définir la qualité du tableaux, les éventuels premiers gestes à effectuer de la qualité et de la performance de la prise en charge initiale de ces douleurs peut dépendre le pronostic du patient. Elle doit aboutir à un traitement étiologique sans oublier la crise en conte d'un traitement symptomatique.

RESULTATS

RESULTATS

Objectifs

L'objectif de cette étude est de dégager les aspects cliniques des douleurs abdominales afin d'établir une démarche diagnostique et de poser un diagnostic précis.

Cadre d'étude

C'est une étude prospective sur une période de 3 mois consécutif, allant de février 2009 à avril 2009, portant sur les douleurs abdominales non traumatiques, admis dans le service des urgences et soins intensifs du CHU de mahajanga.

Matériels et méthode

Nous avons recensé puis analysé les cas de douleurs abdominales aiguës présumés chirurgicales admis au SUSI. Nous avons colligé 50 patients entrés pour douleurs abdominales non traumatiques sur 340 patients admis.

Au cours de cette période, nous avons consultés :

- Les dossiers médicaux et registres des patients entrés au susi.**
- Le registre du compte rendu opératoire.**

Critères d'inclusion

On a retenu tous les dossiers des malades entrés au service de SUSI pour douleur abdominale non traumatique.

L'exploitation des dossiers a permis de retrouver pour chaque malade les paramètres suivants :

- Le nom et prénom du malade**
- La date et lieu de naissance**

- Le sexe
- La profession
- La date d'entrée et motif d'hospitalisation
- Les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, allergiques, toxiques, habitude alimentaire.
- Les résultats des examens complémentaires :
 - Examens biologiques
 - Examens radiologiques
 - L'échographie

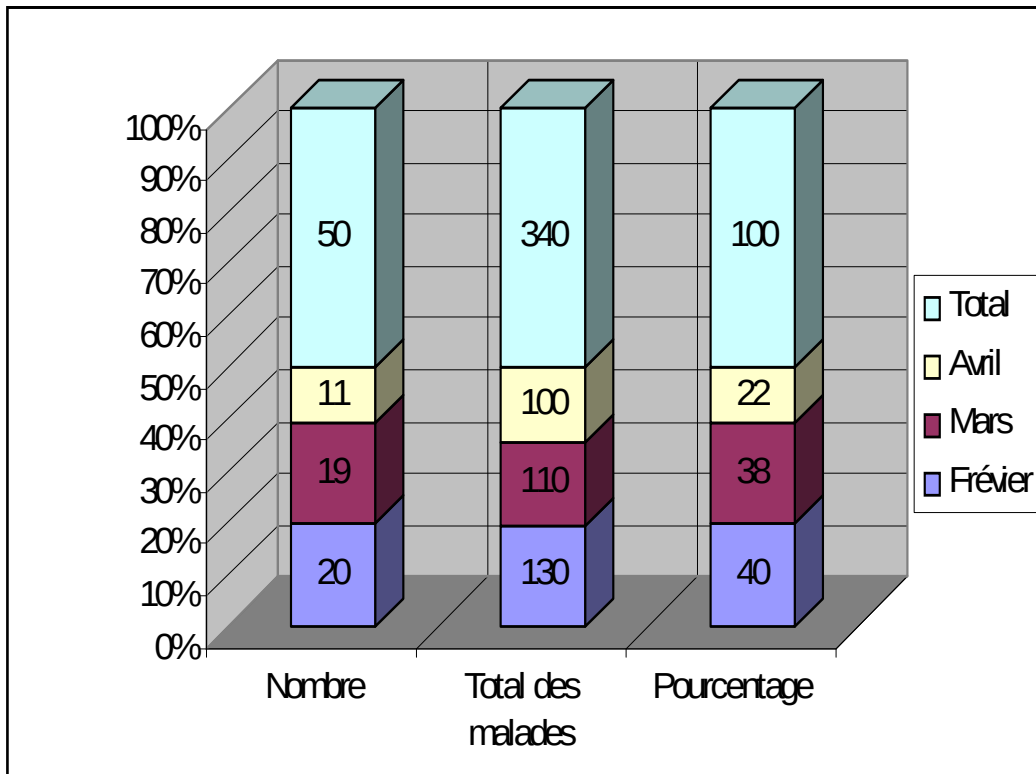


Figure N°8 : La Fréquence des douleurs abdominales vues au CHU

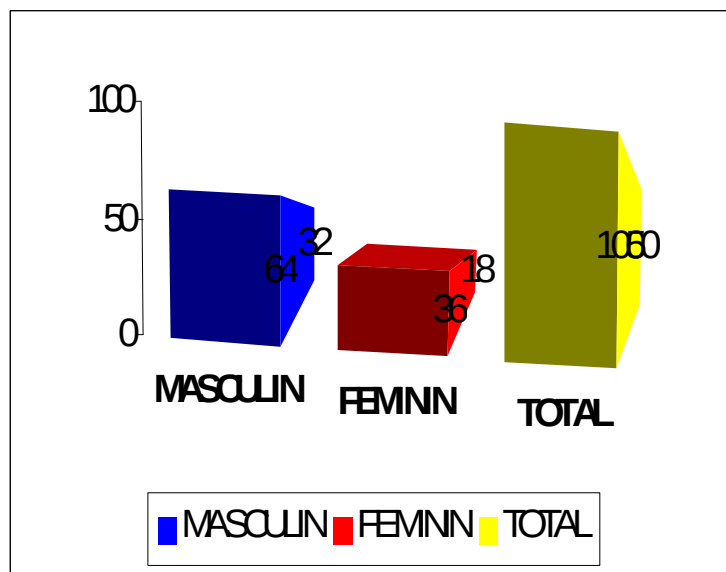


Figure N°9 : Fréquence des douleurs abdominales selon le sexe

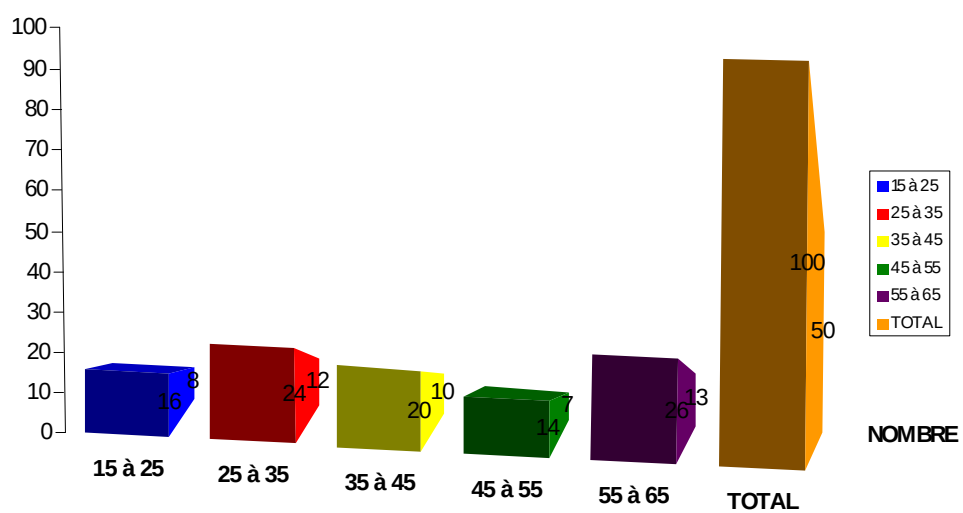


Figure N°10 : Répartition selon l'âge

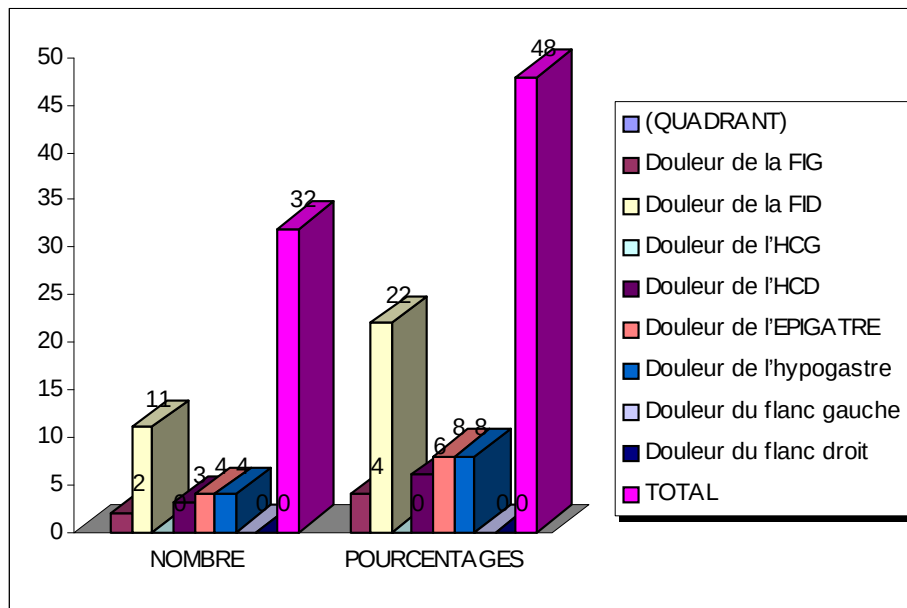


Figure N°11 : Répartition de la localisation des douleurs abdominales

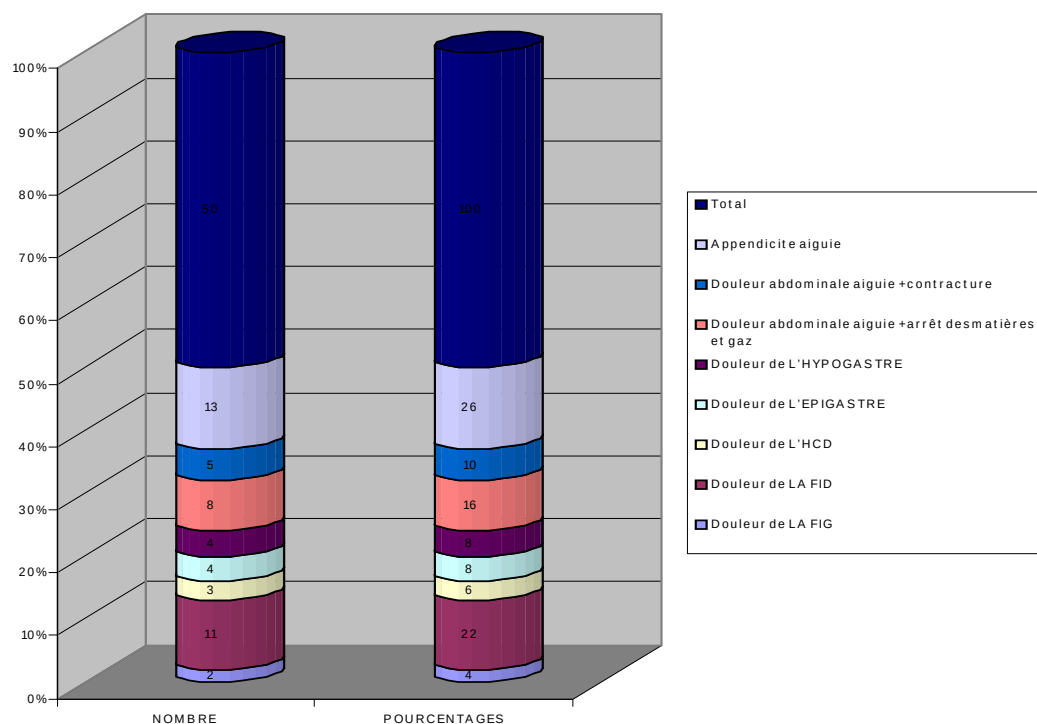


Figure N°12 : Répartition selon les motifs d'entée

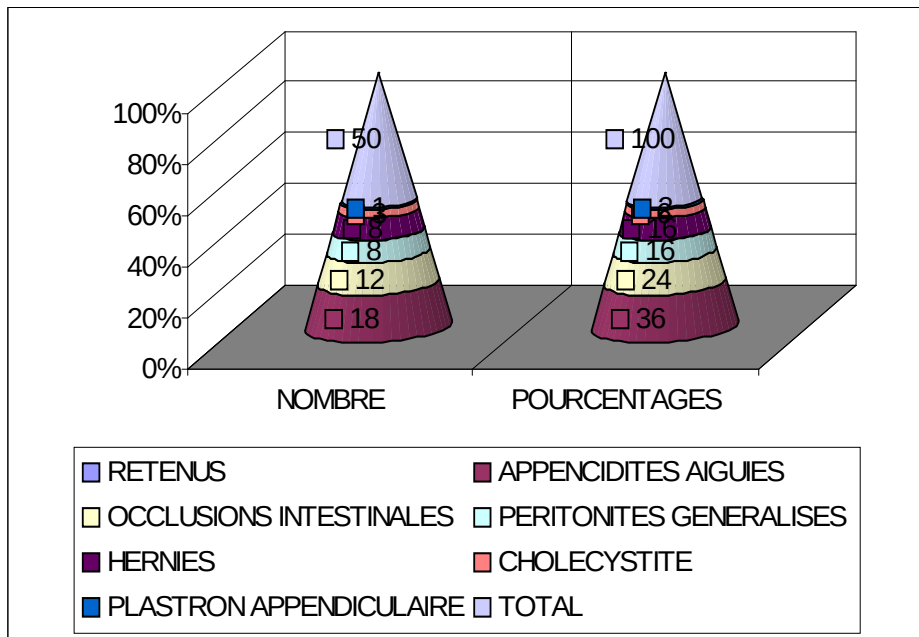


Figure N° 13 : Répartition des diagnostics étiologiques

DISCUSSIONS

COMMENTAIRE ET DISCUSSION

A- L'épidémiologie

Notre étude concerne les douleurs abdominales entrées au SUSI à partir du mois de février 2009 à avril 2009. nous avons enregistré 50 patients sur 340 entrant pour toutes pathologies confondues. Tous nos dossiers sont complets. Durant ces 3 mois d'étude, c'est durant le mois de février que nous avons recensé le plus de malade avec 20 cas soit 40%. Au cours de ce même mois nous avons enregistré beaucoup d'appendicite aigue, surtout dans les tranches d'âges 15 à 45 ans, suivis des occlusions intestinales. Au mois de mars on retrouve une légère prédominance des hernies, suivies des cholécystites chez le sexe féminin. Enfin le mois d'avril est dominé par les péritonites généralisées aigues.

B- Le sexe

Parmi les 50 malades recensés, 32 cas sont de sexe masculin, soit 64% contre 18 cas de sexe féminin soit 36%. Nous avons remarqué que le sexe masculin prédomine dans la plupart des pathologies rencontrées. Les occlusion intestinales aigues et les hernies prédominent largement chez les sujets de sexe masculin. L'appendicite aigue et la cholécystite sont beaucoup plus rencontrées chez le sexe féminin. Les péritonites généralisées aigues sont presque à égalité entre les deux sexes avec une légère dominance du sexe masculin.

C- L'âge

L'âge de nos patients varie entre 15 ans à 65 ans .L'âge moyen est de 25 ans. Au cours cet étude ,nous avons constaté que les tranches d'âge allant de 15 à 25 ans puis de 25 à 35 ans sont largement dominés par l'appendicite aigue et les hernies avec une légère prédominance du sexe masculin, soit respectivement 16% et 24%.

Par contre entre 45ans à 65 ans, les péritonites ainsi que les occlusions intestinales prédominent largement de l'ordre de 14% et 26%. La tranche d'âge de 35 à 45 ans dans laquelle la cholécystite à une fréquence élevée, est dominée par le sexe féminin, suivi d'appendicite aigue, avec 10 cas soit 20%.

D- La localisation

Nous avons divisé l'abdomen en 9 quadrants et on a reparti la douleur selon le siège. On a observé une nette prédominance de la douleur abdominale au niveau de la FID avec 11 cas soit 22%, y compris le plastron appendiculaire. En deuxième position, on retrouve la douleur de l'épigastre dans 8% des cas, il en est de même pour la douleur de l'hypogastre avec la même fréquence. La douleur de l' HCD occupe la troisième place avec 3 cas soit 6% ; et c'est la cholécystite qui est dominante. La douleur de la FIG est rare avec 4% des cas seulement. Dans cette étude, nous n'avons pas eu des cas de douleur abdominale des deux flancs et de l'hypochondre gauche.

E- Les Motifs d'entrée

Parmi les 50 dossiers complets examinés, les motifs d'entrée des malades sont dominés par l'appendicite aigue sont nombreux (26%), ceci est à peu près identique par les résultats des études publiées par J.BORGNON et al [23]. La douleur abdominale avec arrêt des matières et gaz traduit une occlusion intestinale 16% des cas. La douleur abdominale associée à une contracture abdominale représente 10% des cas en faveur des péritonites.

F- Selon le diagnostic retenu

Après analyse des comptes rendus opératoires, nous constatons que la pathologie la plus dominante de notre étude est l'appendicite avec 18 cas soit 36%. Elle est suivie par les occlusions intestinales aiguës avec 12 cas soit 24%. En troisième lieu on retrouve les péritonites généralisées aiguës avec 8cas soit 16% répartie ainsi : 2 cas de péritonites par perforation gastrique ,5 cas de péritonites appendiculaires et 1cas de péritonite par perforation d'une sigmoïdite. Les hernies y sont retrouvées dans 8cas soit 16%. La cholécystite représente 6% soit 3cas.

.Appendicite aigue [5]

C'est une affection inflammatoire localisée le plus souvent dans la fosse iliaque. Elle reste l'une des urgences des douleurs abdominales aiguës. Le diagnostic de l'appendicite aigue est actuellement fondé sur le score clinico - biologique et son traitement est purement chirurgicale [23].

D'après D. MUTTER, l'appendicite aigue représente en France 40% des interventions chirurgicales [24]. SAKHRI JABALLAH, YOUSSEF SABRI, ont même observé en Tunisie 17% d'appendicite aigue chez les femmes enceintes

[25].Par contre M.NGOWE NGOWE, J BISSOU MAHOP, cette affection représente 48,6% à Yaoundé [26].

Occlusions intestinales [8]

C'est une interruption ou arrêt du transit intestinal normal. Elle se manifeste par trois signes fonctionnels : douleur abdominale brutale, mobile dans son siège, vomissements abondants bileux, alimentaires, ou fécaloïdes. Les occlusions intestinales font parties des urgences chirurgicales. Elles représentent 20% des admissions en chirurgies selon HAROUNA YD. [27] C'est un peu différent de notre résultat avec 16 % des cas.

Selon SANI.R, une étude faite au centre hospitalier de Niamey a révélé 21,2% de volvulus du colon sigmoïde [28]. Selon HAROOUNA .M, les occlusions intestinales aiguës mécaniques représentent 41% dans l'hôpital national de Niamey (Niger) [29].

Les péritonites généralisées aiguës [7]

C'est une inflammation du péritoine due à une agression bactérienne. Elle peut être diffuse ou localisée .Cette infection du péritoine a deux retentissement, soit locale, soit général.

Nous avons recensé 8 cas soit 16% ,4 cas soit 8% de péritonites appendiculaires , 2cas soit 4% de péritonites par perforation gastrique et 2cas soit 4% de péritonites par perforation du sigmoïde. Selon S.S.TRAORE, des péritonites primitives représentées 9% au centre hospitalier national Yalgado au Burkina Faso avec une nette prédominance féminine (82%) [30].

Selon HAROUNA YD, 28,8% a été recensé en 2001 au centre hospitalier national de Niamey [31]. Et d'après KONATE, il n'y a eu que de 20% de péritonites généralisées aiguës au Mali [32].

Les appendicites aiguës représentent la première cause de péritonites avec 40,8% des cas selon SAMUEL M [33].

Le retard diagnostic d'appendicite aiguë entraîne une morbidité non négligeable liée à l'évolution vers la péritonite, [34].

Selon KOGUT KA. Selon DEMBELE, 7 % de péritonites aiguës généralisées ont été retrouvées en 2004 [35]. D'après KOUADIO LN, TURQUIN TH, ont trouvé au NIGER [36] des :

***Perforation typique de l'intestin grêle représente 36%.**

***Perforation par appendicites compliquées représente 33%.**

***Perforation d'ulcère gastro duodénal représente 11%.**

***Péritonites biliaires représente que 2%.**

Les hernies [9, 10, 11, 12]

Les hernies se caractérisent par l'issue des viscères abdominaux ou pelviens à travers un orifice naturel. On distingue :

+ HERNIE INGUINALE INDIRECTE OU OBLIQUE EXTERE

C'est une hernie congénitale qui s'est développée au stade embryonnaire.

+ HERNIE DIRECTE

C'est une hernie acquise liée à une faiblesse musculaire. Elle se développe en dedans des vaisseaux épigastriques et à un trajet (directe), perpendiculaire. On retrouve 2 variétés compliquées :

+ HERNIE EXTERNE ETRANGLEE

C'est une compression de la circulation sanguine et digestive le collet, ce qui conduit à une ischémie puis une nécrose du contenu du sac herniaire.

+ HERNIE INGUINALE ENGOUEE

C'est une hernie douloureuse, difficilement réductible par le patient lui-même.

Nous avons obtenu 4 cas soit 8%, avec 3 cas d'une hernie étranglée et 1cas engouée. Les hernies inguinales constituent la 3/4 des hernies [10]. Selon MEHINTO DK, les hernies étranglées de l'aine représentent 26,41% des hernies opérées [37]. Selon DIALLO A, au GUINEE la hernie inguinale étranglée représente 12,3% de l'ensemble des interventions chirurgicales [38].

Cholécystite aigue [5]

La cholécystite aigue est une inflammation de la vésicule biliaire .Le début est brutal marqué par une douleur abdominale vive toujours sous costal droite ou épigastrique irradiant vers l'épaule droit.

Nous avons obtenu 3 cas soit 6%. IL s'agit tous de femmes âgées de 35 à 45 ans. La lithiase vésiculaire touche 2 à 3 fois plus les femmes que les hommes.

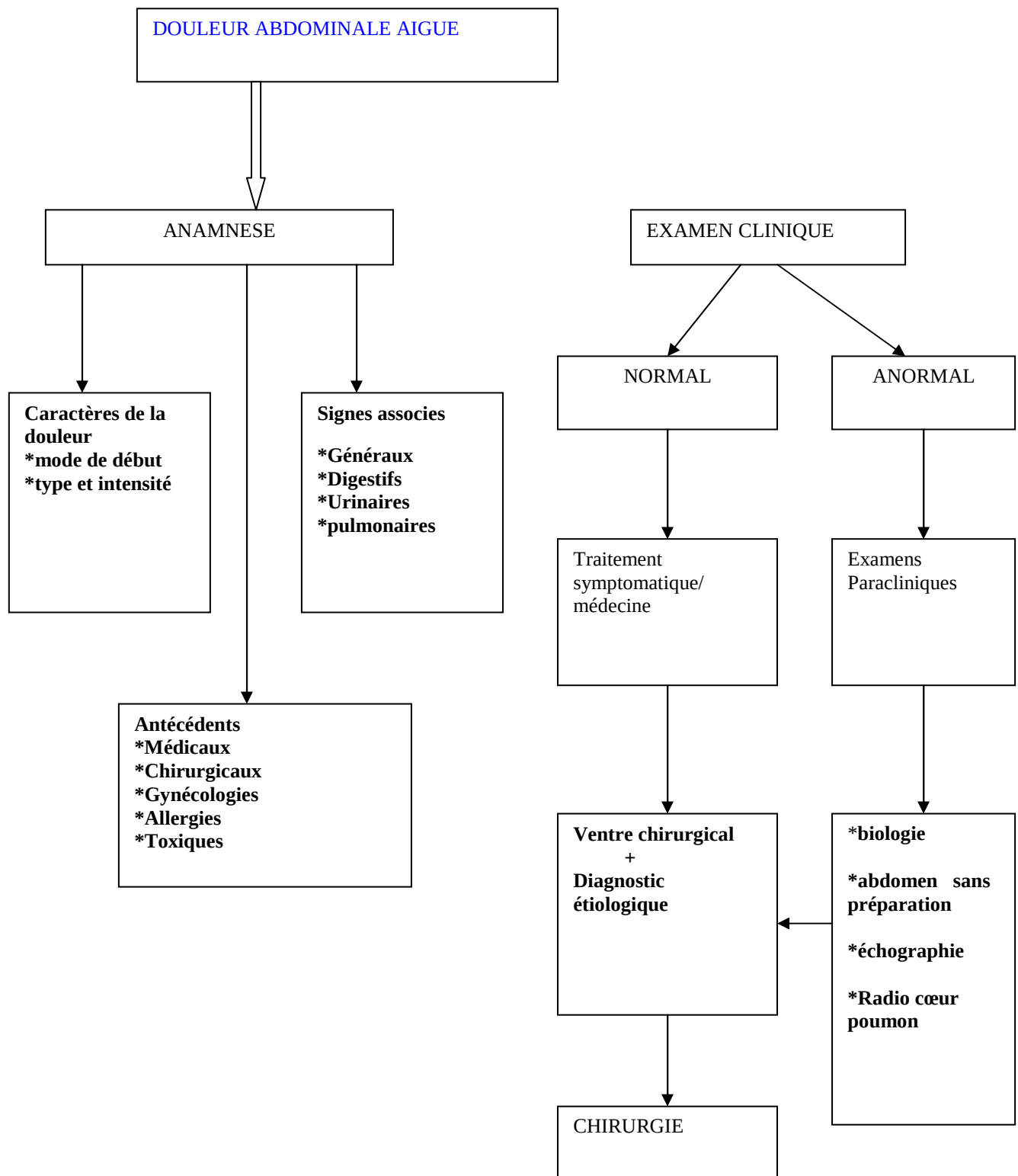
Sur 10 patients opérées de cholécystectomie, 70% sont des femmes et 30% des hommes. Selon DIARRA F , la lithiase vésiculaire est une pathologie moins fréquente en Afrique que les pays occidentaux, en côte d'ivoire, la lithiase vésiculaire atteint 4,98% de la population [39].

Plastron appendiculaire [8]

C'est une forme évolutive très particulière de certaines appendicites aiguës méconnue ou négligée ou mal traitée. C'est une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite.

Les critères diagnostics et prise en charges de cette forme font l'objet de controverse depuis 100 ans [40]. Selon ALY GOITA, cette pathologie représentait 1,5% des cas opérées au centre hospitalier universitaire de Gabriel Touré [41]

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE



SUGGESTIONS

SUGGESTIONS

La douleur abdominale est le motif le plus fréquent de consultation ou d'admission dans le service de chirurgie, en particulier dans les urgences chirurgicales. Elles s'observent à tout âge, chez les deux sexes mais avec des proportions différentes.

Ainsi, la traduction clinique de ces douleurs abdominales est difficile, vu la multitude des expressions cliniques sur la paroi abdominale, la difficulté des patients à présenter la localisation exacte de la douleur ainsi qu'à décrire correctement ses caractéristiques.

Une conduite d'examen clinique ainsi que para clinique doit être suivie rigoureusement pour établir un diagnostic étiologique précis, et c'est la démarche diagnostique.

Voici quelques suggestions :

**** Pour les patients, les parents ou accompagnateurs :***

- bien identifier la douleur abdominale.
- localiser suivant le siège avec les irradiations.

**** Pour les Agents de santé de base ou périphérique :***

- Suivre la conduite logique d'examen d'un malade.
- procéder à un interrogatoire attentif des patients pour avoir l'idée précise sur la douleur abdominale.
- Bien caractériser les douleurs abdominales avant de référer vers une Formation sanitaire plus équipée.
- essayer de déterminer le rapport de la douleur abdominale avec les viscères sous jacents.

- ***Pour les services de chirurgie et des urgences :***

- Vérifier l'exactitude des dossiers ou fiche de référence.
- Commencer par l'anamnèse.
- Demander des examens complémentaires nécessaires pour obtenir une Orientation diagnostic.
- élaborer un protocole ou une démarche diagnostique logique.

**** Pour le Ministère de la Santé :***

- Programmer un système d'IEC pour la population de fréquenter les centres de Santé devant toute douleur abdominale.
- Réactualiser les infrastructures et équipements hospitaliers pour mieux prendre en charge la douleur abdominale.
- Former les agents de la Santé et les praticiens sur la conduite d'examen des malades et l'utilisation des nouveaux matériels d'investigation.

CONCLUSION

CONCLUSION

La douleur abdominale aigue est l'une des motifs le plus fréquent de consultation ou d'admission dans le service des urgences ou de chirurgie. Elles constituent un syndrome hétérogène recouvrant des étiologies diverses. La connaissance des projections ainsi que l'irradiation des douleurs sur la paroi abdominale est capitale pour les caractériser. La multitude d'expression clinique de ces douleurs peut tromper les cliniciens et praticiens, aussi bien dans le centre de santé de base qu'au Centre Hospitalier Universitaire ; On a plusieurs fois des problèmes d'aiguillage des malades faute de pouvoir poser un diagnostic précis traduisant la douleur abdominale, et ceci peut coûter la vie des patients.

A cet effet, la présentation des caractères épidémio - cliniques dans ce travail est très importante pour avoir une orientation diagnostique logique. Ainsi notre suggestion d'utiliser un arbre décisionnel ou une démarche diagnostique pour éviter les erreurs possibles.

ANNEXE

Tableau N°2 : **Observations médicales**

N°NOM	01	02	03	04
Age/Sexe	29ans, M	39 ans, M	22ans, F	31ans, M
Profession	Eleveur aqualma	Mécanicien	cultivatrice	Agent aqualma
Adresse	Sotema	Fiofio	Ambonio	Mahatsinjo
Motif d'entrée Et Date d'entée	Douleur abdominale aigue, le 02/02/09	Douleur de la FID, le 02/02/09	Douleur de la FID, le 06/02/09	Douleur abdominale, intense à la FID,le 11/02/09
Antécédents	Rien à signaler	Rien à signaler	G2 P2 A0	
Histoire de la maladie	douleur abdominale vive, brutale, de la FID	douleur intense, de la FID, rebelle aux antalgiques	douleur progressive de la FID	La douleur sans remissions,
Signes généraux	TA : 12/9 mmhg, FC : 86/mm FR : 16/mm, T° :37,2	TA : 13/9mmhg, FC 80 FR : 24/mm, T° :37,2	TA : 13/9mmhg, FC 80/mm FR : 24/mm, T° :37,2	TA : 13/7mmhg, FC 72/mm FR : 17/mm, T° :37,5
Signes cliniques	Douleur abdominale vive brutale à la FID, vomissement, nausée, constipation	Douleur intense à la FID à type de lourdeur, brutale, vomissement, nausée, anorexie	Douleur abdominale intense, brutale à la FID, vomissement abondant, constipation	Douleur abdominale aigue à la FID, vomissement et diarrhée
Signes para cliniques	NFS : GB : 6200/mm	NFS : GB : 7000/mm	NFS : GB : 9000/mm	NFS : GB : 5900/mm
Diagnostic	appendicite	appendicite	appendicite	appendicite
Traitements reçus	antalgique, antibiotique. appendicectomie	antalgique, antibiotique. appendicectomie	antalgique, antibiotique. appendicectomie	antalgique, antibiotique. appendicectomie
Evolution	Favorable, malade guéri	Favorable , malade guéri	Favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri

N°NOM	05	06	07	08
Age/Sexe	21ans, F	30ans, M	14ans, F	17ans, F
Profession	Ménagère	Chômeur	Eleve	Eleve
Adresse	Ambohimarina	Marovaoy	Betamanga	Marovaoy
Motif d'entrée Et Date d'entée	Douleur abdominale à la FID, le 16/03/09	Douleur abdominale aigue, le 17/03/09	Douleur abdominale aigue, le 17/03/09	Douleur abdominale aigue,le 24/03/09
Antécédents	Epigastralgie, Gynécologie G1 P1 A0	Rien à signaler	première crise décembre 2008 Gynécologie : G 0 P0 A0	Epigastralgie,Gynécologie : G 0 P0 A0
Histoire de la maladie	douleur abdominale vive, brutale, au niveau de la FID	douleur intense au niveau de la FID,	douleur épigastrique, puis douleur abdominale progressive à la FID	La douleur brutale, intense de la FID.
Signes généraux	TA : 12/8 mmgh, FC : 78/mm FR : 22/mm, T° :37,2	TA : 13/9mmhg, FC 74/mm FR : 20/mm, T° :37,5	TA : 10/7mmhg, FC : 60/mm FR : 18/mm, T° :37,2	TA:13/7mmhgn, FC 72 /mm FR : 17/mm, T° :37,5
Signes cliniques	Douleur abdominale vive brutale lde la FID, vomissement, nausée, constipation	Douleur intense au niveau de la FID pesanteur, brutale, vomissement, nausée, anorexie	Douleur abdominale intense, brutale, à la FID, vomissements abondants, constipation	Douleur localisée à la FID, pesanteur, irradiant vers le membre inférieur droit, vomissement et diarrhée TV :col court,ferme,orifice externe ouvert, recevant la pulpe de doigt, doigtier ramène des sécrétions blanchâtres non fétide
Signes para cliniques	NFS : GB : 10400/mm	NFS : GB : 8600/mm	NFS : GB : 5900/mm	NFS : GB : 7000/mm
Diagnostic	appendicite	appendicite	appendicite	appendicite
Traitements reçus	antalgique, antibiotique. appendicectomie	antalgique, antibiotique. appendicectomie	antalgique, antibiotique. appendicectomie	antalgique, antibiotique. appendicectomie
Evolution	Favorable malade guéri	Favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri

N°NOM	09	10	11	12
Age/Sexe	24ans, M	15ans, F	33ans, F	24ans, F
Profession	Etudiant	Elève	Cultivatrice	Ménagère
Adresse	Mangarivotra	Antanimalandy	Ambalavato	Antanimasaja
Motif d'entrée Et Date d'entée	Douleur à la FID, le 21/03/09	Douleur abdominale aigue, le 03/04/09	Douleur abdominale aigue, le 03/04/09	Douleur abdominale aigue, le 04/04/09
Antécédents	douleur abdominale depuis 2007	Gynécologie G0 P0 A0	Gynécologie : G 3 P3 A0	Epigastralgie, Gynécologie : G2 P1 A1
Histoire de la maladie	douleur abdominale vive, brutale, au niveau de la FID	une douleur intense au niveau de la FID,	une douleur épigastrique, douleur abdominale progressive , à la FID	La douleur brutale, intense, de la FID.
Signes généraux	TA : 12/7 mmgh, FC : 75/mm FR : 22/mm, T° :38,2	TA :12/9mmhg FC : 68/mm FR : 18/mm, T° :38,5	TA : 17/6mmhg, FC : 70/mm FR : 18/mm, T° :37,8	TA:12/8mmhg, FC 72 /mm FR : 20/mm, T° :37,5
Signes cliniques	Douleur abdominale vive brutale de la FID, vomissement, fièvre constipation	Douleur intense de la FID, brutale, vomissement, fièvre nausée, anorexie TV : indolore, col court, ferme, orifice externe ouverte, recevant la pulpe doigtier ramène des secrétions blanchâtres fétides	Douleur abdominale intense, brutale à la FID, abondants, constipation	Douleur abdominale aigue à la FID, irradiant vers le membre inférieur droit, vomissement et diarrhée TV :indolore,col court, ferme, orifice externe ouvert,recevant la pulpe de doigt , doigtier ramène des sécrétions blanchâtres non fétides
Signes para cliniques	NFS : GB : 15900/mm	NFS : GB : 4200/mm	NFS : GB : 10000/mm	NFS : GB : 7900/mm
Diagnostic	appendicite	appendicite	appendicite	appendicite
Traitements reçus	antalgique, antibiotique. appendicectomie	antalgique, antibiotique. appendicectomie	antalgique, antibiotique. appendicectomie	antalgique, antibiotique. appendicectomie
Evolution	Favorable malade guéri	Favorable,malade guéri	Favorable,malade guéri	Favorable,malade guéri

N°NOM	13	14	15	16
Age/Sexe	17ans, F	31ans, M	50ans, M	24ans, M
Profession	Etudiante	Masson	Retraité	Chômeur
Adresse	Sotema	Belbaka	Tsaramandroso	Mahavoky
Motif d'entrée Et Date d'entée	Douleur à la FID, le 04/03/09	Douleur abdominale aigue, le 15/03/09	Douleur abdominale aigue, le 25/04/09	Douleur abdominale aigue, le 16/02/09
Antécédents	Rien à signaler	Rien à signaler	Rien à signaler	Rien à signaler
Histoire de la maladie	douleur abdominale vive, brutale, à la FID	douleur intense au niveau de la FID,	douleur abdominale, progressive, pesanteur, FID	Douleur abdominale brutale, au niveau de la FID.
Signes généraux	TA : 12/7 mmgh, ;FC : 75/mm FR : 18/mm, T° :37	TA : 12/8mmhg,, FC : 74/mm,FR : 18/mm,T° :36,7	TA : 13/6mmhg, FC : 70/mm FR : 18/mm, T° :37,8	TA:12/8mmhg, FC 72 /mm FR : 20/mm, T° :37,5
Signes cliniques	Douleur abdominale vive, brutale de la FID, vomissement, nausée, fièvre, constipation TV :indolore,col court,ferme,orifice externe ouvert,recevant la pulpe de doigt, doigtier ramène des secrétions blanchâtres non fétide	Douleur intense de la FID à type de pesanteur, brutale, vomissement, nausée, anorexie	Douleur abdominale intense, à la FID, associé à des vomissements abondants, constipation	Douleur abdominale aigue à la FID, a type pesanteur, irradient vers le membre inférieur droit, vomissement et diarrhée
Signes para cliniques	GB : 9000/mm	GB : 7500/mm	GB : 8100/mm	GB : 7900/mm
Diagnostic	appendicite	appendicite	appendicite	appendicite
Traitements reçus	antalgique, antibiotique. appendicectomie	: antalgique, antibiotique. appendicectomie	antalgique, antibiotique. appendicectomie	antalgique, antibiotique. appendicectomie
Evolution	Favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri

N°NOM	17	18	19	20
Age/Sexe	25ans,M	35ans,M	60ans,M	45ans,F
Profession	Etudiant	Agent JIRAMA	Retraité	Ménagère
Adresse	Ambondrona	Morafeno	Tsaramandroso	Marvato
Motif d'entrée Et Date d'entée	Douleur abdominale localisée à la FID, le 15/02/09	Douleur abdominale aigue, le 15/03/09	Douleur abdominale aigue + arrêt des matières et gaz, le 25/04/09	Douleur abdominale aigue + arrêt des matières et gaz, le 16/03/09
Antécédents			Chirurgicaux : occlusion intestinale en2006	Chirurgicaux : hystérotomie en 2007
Histoire de la maladie	douleur abdominale vifs, localisés au niveau de la FID	une douleur intense au niveau de la FID,	une douleur abdominale aigue brutal, diffuse	douleur abdominale brutale, diffuse dans tout l'abdomen
Signes g	FC : 75/mm, FR : 18/mm,T° :37	FC : 74/mm,FR : 20/mm T° :38,3,	FC: 70/mm,FR: 18/mm T° :39,3°	TA:12/8mmhg, FC 72 /mm FR : 20/mm,T° :37,
Signes cliniques	Douleur abdominale vive, brutale localisée au niveau de la FID, vomissement, nausée, fièvre et constipation	Douleur intense au niveau de la FID, type pesanteur , brutale, vomissement, fièvre nausée, anorexie	Douleur abdominale, brutale, diffuse de la FIG, vomissement, arrêt des gaz et des matières, météorisme abdominal	Douleur abdominal aigue, brutal, à la FIG, altération de l'état général, vomissement, arrêt des gaz et des matières, météorisme abdominal
Signes para cliniques	NFS : GB : 8500/mm	NFS : GB : 10000/mm	GB : 12200/mm, niveau hydro aerique plus large que haute,	GB : 4200/mm, niveau hydro aerique plus large que haute,
Diagnostic	appendicite	appendicite	Syndrome occlusif	Syndrome occlusif
Traitements reçus	antalgique, antibiotique. appendicectomie	antalgique, antibiotique. appendicectomie	antalgique, antibiotique, antipyrétique, fortifiant et sous perfusion, libération des brides	antalgique, antibiotique libération des brides
Evolution	Favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri

N°NOM	21	22	23	24
Age/Sexe	54ans, F	50ans, M	55ans, F	40ans, M
Profession	cultivatrice	retraité	Retraité	cultivateur
Adresse	Manerineriana	Boanamary	Tsaramandroso	Mahavoky avaratra
Motif d'entrée Et Date d'entée	Douleur abdominale aigue, brutale, le 15/02/09	Douleur abdominale aigue, le 17/03/09	Douleur abdominale aigue, arrêt des matières et gaz, le 13/04/09	Douleur abdominale aigue , arrêt des matières et gaz, le 16/04/09
Antécédents	hystérectomie totale en 1999, Gynécologie : G5P5A0	appendicectomie en 1992	hypertendu depuis 2003 appendicectomie en 2000 Gynécologie : G4P3A1	hemorroïdectomie en2000 , appendicectomie en 1997
Histoire de la maladie	douleur abdominale aigue, brutale, diffuse	douleur abdominale brutale	douleur abdominale aigue brutale, à la FIG	La douleur abdominale, brutale, diffuse dans tout l'abdomen
Signes généraux	TA : 12/7 mmhg, FC : 65/mm FR : 18/mm, T° :37	TA :10/8mmhg,,FC :100/m nFR : 30/mm, T° :38	TA : 14/10mmhg, FC : 70/mm FR : 18/mm, T° :37,3	TA:11/8mmhg, FC 72 /mm FR : 20/mm, T° :39,5
Signes cliniques	Douleur abdominale brutale, diffuse, vomissement, arrêt des gaz et des matières, météorisme abdominal	Douleur abdominal aigue, brutale, vomissement, arrêt des gaz et des matières, météorisme abdominal	Douleur abdominal aigue, brutale, localisée à la FIG, vomissement, arrêt des gaz et des matières, météorisme abdominal	Douleur abdominal aigue, brutale, diffuse, altération de l'état général, vomissement, arrêt des gaz et des matières, météorisme abdominal
Signes para cliniques	NFS : GB : 10200/mm ASP : niveau hydro aerique plus large que haute, centrale, nombreuse	NFS : GB : 13900/mm ASP : niveau hydro aerique plus large que haute, centrale, nombreuse	NFS : GB : 7900/mm ASP : niveau hydro aerique plus large que haute, centrale, nombreuse	NFS : GB : 12000/mm ASP : niveau hydro aerique plus haute que large, périphérique, peu nombreuse
Diagnostic	Syndrome occlusif	Syndrome occlusif	Syndrome occlusif	Syndrome occlusif
Traitements reçus	antalgique, antibiotique, libération des brides	antalgique, antibiotique, antipyrétique libération des brides, réduction d'une torsion du mésentère	antalgique, antibiotique, antipyrétique, fortifiant colostomie	antalgique, antibiotique réduction d'un volvulus
Evolution	Favorable,malade guéri	Favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri

N°NOM	25	26	27	28
Age/Sexe	52ans, M	59ans, M	58ans, M	41ans, M
Profession	Agent jirama	retraité	chauffeur	boulangier
Adresse	La corniche	Manaratsandry	mahatsinjo	traratanana
Motif d'entrée Et Date d'entée	Douleur abdominale aigue d'apparition brutal, le 07/02/09	Douleur abdominale aigue, le 10/04/09	Douleur abdominale aigue +epigastralgie le 30/04/09	Douleur abdominale aigue, le 13/02/09
Antécédents	hypertendu sous lopril 25mg , appendicectomie en 1980	Rien à signaler	ulcère gastrique en 1987	epigastralgie depuis deux aux
Histoire de la maladie	douleur abdominale aigue, progressive , à la FIG	douleur abdominale d'apparition progressive, très intense à laFIG	douleur épigastrique, diffuse dans tout l'abdomen, brutale	La douleur abdominale , brutale
Signes généraux	TA : 15/7 mmgh FC : 80/mm FR : 20/mm, T° :37,3	TA : 13/8mmhg FC : 85/mm FR : 23/mm , T° :37	TA : 13/9mmhg FC : 70/mm FR : 23/mm T° :37,3	TA:11/8mmhg FC 73 /mm FR : 22/mm T° :37,5
Signes cliniques	Douleur abdominale brutale, diffuse, vomissement, arrêt des gaz et des matières, météorismes abdominal	Douleur abdominal aigue, brutale, à la FIG, vomissement, , arrêt des gaz et des matières, météorismes abdominal	Douleur abdominal aigue, brutale, à l'épigastre, vomissement, hoquet, diarrhée et contracture de l'abdomen : « ventre de bois »	Douleur abdominal aigue, brutale, epigasrralgie, vomissement, hoquet, diarrhée et contracture de l'abdomen : « ventre de bois
Signes para cliniques	NFS : GB : 9000/mm ASP : niveau hydro aerique plus haute que large, périphérique, peu nombreuse	NFS : GB : 10000/mm ASP : niveau hydro aerique plus large que haute, périphérique, monstrueuse	NFS : GB : 10000/mm	NFS : GB : 7800/mm
Diagnostic	Tumeur du sigmoïde	Volvulus du colon pelvien	Perforation gastrique	Syndrome occlusif
Traitements reçus	antalgique, antibiotique, réduction d'un volvulus	antalgique, antibiotique Réduction du volvulus	antalgique, antibiotique, antisecretoire suture gastrique	antalgique, antibiotique suture gastrique
Evolution	favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri	favorable, malade guéri

N°NOM	29	30	31	32
Age/Sexe	23ans, M	42 ans, M	50 ans, M	41ans, F
Profession	Agent de sécurité	gardien	retraité	ménagère
Adresse	Ambalavola	Amborvy	manaratsana	antanimasaja
Motif d'entrée Et Date d'entée	Douleur abdominale aigue d'apparition brutal, le 03/02/09	Douleur abdominale aigue, le 11/02/09	Douleur abdominale aigue localisée à la FID, le 11/02/09	Douleur épigastrique, le 14/02/09
Antécédents	Rien à signaler	Tabagique, 1 paquet année,	Rien à signaler	epigastralgie depuis deux aux
Histoire de la maladie	douleur abdominale aigue, progressive à la FID	douleur abdominale progressive, très intense à laFID	douleur abdominale aigue à la FID	douleur épigastrique aigue irradiant à l'HCD, brutal, vive
Signes généraux	TA : 12/7 mmgh FC : 76/mm FR : 21/mm , T° :38,3	TA : 13/8mmhg FC : 85/mm FR : 23/mm , T° :39, 3	TA : 13/9mmhg FC : 70/mm FR : 23/mm T° :38,3	TA:11/8mmhg FC 73 /mm FR : 22/mm T° :37,5
Signes cliniques	Douleur abdominale brutale, diffuse, à la FID, vomissement, contracture abdominale	Douleur abdominale aigue, brutale, à la FID, vomissement, constipation, contracture de l'abdomen	Douleur abdominale aigue, brutale, à la FID, vomissement, constipation	Douleur abdominale aigue, brutale, allant de l'épigastre à l'HCD, contracture de la région de l'HCD
Signes para cliniques	NFS : GB : 13000/mm	NFS : GB : 15000/mm	NFS : GB : 11000/mm	NFS : GB : 7800/mm
Diagnostic	Abcès appendiculaire	Abcès appendiculaire	Plastron appendiculaire	Cholécystite aigue
Traitements reçus	antalgique, antibiotique, Toilette péritonéale et appendicectomie	antalgique, antibiotique Toilette péritonéale et appendicectomie	antalgique, antibiotique, antipyrétique appendicectomie	antalgique, antibiotique cholécystectomie
Evolution	favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri	favorable, malade guéri	favorable, malade guéri

N°NOM	33	34	35	36
Age/Sexe	19ans, M	25 ans, M	34 ans, M	38 ans, F
Profession	cultivateur	chômeur	bijoutier	commerçante
Adresse	Marovaoy	tsararano	abattoir	traramandroso
Motif d'entrée Et Date d'entée	Douleur abdominale aigue localisée à la FID, le 1/0309	Douleur abdominale aigue, le 1104/09	Douleur abdominale aigue +epigastralgie le 17/02/09	Douleur abdominale aigue, le 13/02/09
Antécédents	douleur de la FID à répétition	Rien à signaler	epigastralgie, constipation	epigastralgie depuis deux aux
Histoire de la maladie	douleur abdominale aigue, progressive à la FID	douleur épigastrique progressive	une douleur épigastrique, diffuse dans tout l'abdomen, brutale	douleur abdominale brutale, epigastralgie
Signes généraux	TA : 127 mmhg, FC : 67/mm FR : 19/mm , T° :383	TA : 13/8mmhg , FC : 85/mm FR : 23/mm, T° :37	TA : 118mmhg , FC : 70/mm FR : 18/mm, T° :37,3	TA:11/8mmhg, FC 73 /mm FR : 22/mm, T° :37,5
Signes cliniques	Douleur abdominale brutale, diffuse, avec contracture de l'abdomen, vomissement, arrêt des gaz et des matières	Douleur abdominael aigue, brutale, localisée à l'épigastre, vomissement, hoquet, diarrhée et contracture de l'abdomen : « ventre de bois	Douleur abdominale aigue, brutalee, localisée à l'épigastre, vomissement, hoquet, diarrhée et contracture de l'abdomen : « ventre de bois »	Douleur abdominale aigue, brutale, epigastralgie , vomissement, hoquet, contracture de l'abdomen : « ventre de bois
Signes para cliniques	NFS : GB : 12000/mm Echographie abdominal : épanchement péritonéal	NFS : GB : 7600/mm	NFS : GB : 8600/mm	NFS : GB : 8800/mm
Diagnostic	Abcès appendiculaire	Perforation gastrique	Perforation gastrique	Perforation gastrique
Traitements reçus	antalgique, antibiotique, toilette peritineal et appendicectomie	antalgique, antibiotique, antisecretoire, suture gastrique	antalgique, antibiotique, antisecretoire suture gastrique	antalgique, antibiotique suture gastrique
Evolution	favorable, malade guéri	favorable, malade guéri	Favorable, malade guéri	favorable, malade guéri

N°NOM	37	38	39	40
Age/Sexe	29ans, F	40 ans, F	34 ans, M	28 ans, M
Profession	ménagère	ménagère	Agent aqualma	commerçante
Adresse	mahavoky	sotema	sotema	traramandroso
Motif d'entrée Et Date d'entée	Douleur abdominale aigue localisée à l'HCD le 1/0309	Douleur épigastrique, le 1104/09	Douleur abdominale de la FID le 28/02/09	Douleur abdominale de la FIG, le 13/02/09
Antécédents	epigastralgie	epigastralgie	epigastralgie, constipation	Rien à signaler
Histoire de la maladie	douleur abdominale aigue, progressive localisée à l'HCD	douleur épigastrique progressive	douleur intense , tuméfaction au niveau de la FID, diffuse dans tout l'abdomen et brutal	douleur abdominale brutale à la FIG
Signes généraux	TA : 12/7 mmhg FC :67/mm FR : 19/mm, T° :383	TA : 13/8mmhg, T° :38 FC : 85/mm, FR : 23/mm	TA : 11/8mhg, T° :37,3 FC : 70/mm , FR : 18m	TA:12/8mmhg, FC 73 /mm FR : 22/mm, T° :37
Signes cliniques	Douleur abdominale brutale, diffuse, contracture de l'abdomen à l'HCD vomissement	Douleur abdominale aigue, brutale, l'epigastralgie , vomissement, hoquet, contracture de l'abdomen au niveau de l'HCD	Douleur abdominale aigue, brutale, à la FID, irréductible et impulsive à la toux	Douleur abdominale aigue, brutale, à la FIG, irréductible, impulsive à la toux et constipation vomissement
Signes para cliniques	NFS : GB : 12000/mm Echographie abdominal : dilatation de la vésicule biliaire	NFS : GB : 10000/mm Echographie abdominal : dilatation de la vésicule biliaire	NFS : GB : 5600/mm	NFS : GB : 8800/mm
Diagnostic	cholécystite	cholécystite	Hernie inguinale droite	Perforation gastrique
Traitements reçus	antalgique, antibiotique, cholécystectomie	antalgique, antibiotique, antalgique, antibiotique, cholécystectomie	antalgique, antibiotique, cure herniaire	antalgique, antibiotique Cure herniaire
Evolution	favorable, malade guéri	favorable, malade guéri	favorable, malade guéri	favorable, malade guéri

N°NOM	41	42	43	44
Age/Sexe	50ans, M	65 ans, M	34 ans, M	46 ans, M
Profession	chômeur	retraité	Agent de sécurité	Enseignant
Adresse	tsararano	ambovoalana	Betamanga	manjarisoa
Motif d'entrée Et Date d'entée	Douleur abdominale aigue localisée à l'hypogastre le 23/03/09	Douleur abdominale, le 1704/09	Douleur abdominale de la FID le 28/02/09	Douleur abdominale de la FID, le 116/02/09
Antécédents	epigastralgie	hypertendu sous lopril 25mg	epigastralgie	Rien à signaler
Histoire de la maladie	douleur hypogastrique aigue, progressive	douleur abdominale localisée à la FID progressive	douleur intense, la FID, diffuse dans tout l'abdomen et brutale	douleur abdominale brutale, à la FID
Signes généraux	TA : 12/7 mmhg, T° : 37 FC : 67/mm, FR : 19/mm	TA : 15/8 mmhg FC : 85/mm FR : 23/mm, T° : 36,9	TA : 13/8 mmhg, FC : 70/mm FR : 18m, T° : 37,3	TA : 12/8 mmhg, FC 73 /mm FR : 22/mm, T° : 37,5
Signes cliniques	Douleur abdominale siégeant à l'hypogastre, tuméfaction à la FID, impulsive à la toux et irréductible	Douleur abdominale aigue, brutale, à la FID, impulsive à la toux et irréductible	Douleur abdominale aigue, brutale, à la FID, vomissement, constipation	Douleur abdominale aigue, brutale, à la FID, constipation vomissement
Signes para cliniques	NFS : GB : 5400/mm	NFS : GB : 6500/mm	NFS : GB : 7600/mm	NFS : GB : 8800/mm
Diagnostic	Hernie inguinale droite	Hernie inguinale droite	Appendicite	Appendicite
Traitements reçus	antalgique, antibiotique, Cure herniaire	antalgique, antibiotique, Cure herniaire	antalgique, antibiotique, Appendicectomie	antalgique, antibiotique Appendicectomie
Evolution	favorable, malade guéri	favorable, malade guéri	favorable, malade guéri	favorable, malade guéri

N°NOM	45	46	47	48
Age/Sexe	50ans, M	58 ans, M	18 ans, M	20 ans, M
Profession	chômeur	retraité	élève	étudiant
Adresse	tsararano	amborvy	ambohimandamna	manjarisoa
Motif d'entrée Et Date d'entrée	Douleur abdominale aigue localisée à la FID le 27/04/09	Douleur abdominale, le 10/04/09	Douleur abdominale de la FID le 28/03/09	Douleur abdominale de la FID, le 125/02/09
Antécédents	première crise en 2004	hypertendu sous lopril 25mg	epigastralgie	Rien à signaler
Histoire de la maladie	douleur abdominale aigue, progressive, à la FID	douleur abdominal à la FID progressive	douleur intense à la FID, diffuse dans tout l'abdomen et brutale	douleur abdominale brutale, à la FID
Signes généraux	TA : 12/7 mmhg, FC : 67/mm FR : 19/mm, T° : 37	TA : 15/8mmhg, T° : 38,9 FC : 85/mm, FR : 23/mm	TA : 13/8mmhg, FC : 70/mm FR : 18/mm, T° : 38,6	TA: 12/8mmhg, FC 73 /mm FR : 22/mm, T° : 38
Signes cliniques	Douleur abdominale à la FID, vomissement, constipation	Douleur abdominal aigue, brutale, à la FID, vomissement, constipation	Douleur abdominal aigue, brutal, à la FID, vomissement, constipation	Douleur abdominal aigue, brutale, à la FID, constipation vomissement
Signes para cliniques	NFS : GB : 9400/mm	NFS : GB : 12000/mm	NFS : GB : 14500/mm	NFS : GB : 1100/mm
Diagnostic	Appendicite	Appendicite	Appendicite	Appendicite
Traitements reçus	antalgique, antibiotique, Appendicectomie	antalgique, antibiotique, antipyrétique Appendicectomie	antalgique, antibiotique, antipyrétique Appendicectomie	antalgique, antibiotique, antipyrétique Appendicectomie
Evolution	favorable, malade guéri	favorable, malade guéri	favorable, malade guéri	favorable, malade guéri

N°NOM	49	50		
Age/Sexe	46 ans, M	23ans, M		
Profession	chômeur	étudiant		
Adresse	mahabibe	ampasika		
Motif d'entrée Et Date d'entée	Douleur abdominale aigue localisée à la FID le 28/04/09	Douleur abdominale, le 05/04/09		
Antécédents	Rien à signaler	Rien à signaler		
Histoire de la maladie	douleur aigue, progressive, de la FID	douleur abdominale à la FID progressive		
Signes généraux	TA : 12/7 mmgh, FC : 67/mm FR : 1/mm, T° :37	TA : 15/8mmhg, FC : 74/mm FR : 20/mm, T° :37		
Signes cliniques	Douleur abdominale à la FID, vomissement, constipation	Douleur abdominale aigue, brutale, à la FID, vomissement, constipation		
Signes para cliniques	NFS : GB : 9400/mm	NFS : GB : 5200/mm		
Diagnostic	Appendicite	Appendicite		
	antalgique, antibiotique, Appendicectomie	antalgique, antibiotique, antipyrétique, Appendicectomie		
Evolution	favorable, malade guéri	favorable, malade guéri		

*

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES

1. CHICHE L, ROUPIE E, DELASSUS P. **Prise en charge des douleurs abdominales de l'adulte, journal de chirurgie de Paris.2006, 143(1) :6-14.**
2. FRANK P, ALICE **Anatomie humaine.**
<http://WWW.fr/> infirmier dig. 2002 ; 231 : 4-5 consulté le 04 avril 2009.
3. VINSON B, BONNET. **Douleur abdominale aigue de l'adulte ajouté protocoles d'urgences et schéma thérapeutiques édition scientifiques, 2006 :47 - 51.**
4. ANDRE K, HELOU, PHILIPPE Z. **Douleur abdominale chronique.**
[http://www springer link.com](http://www.springerlink.com). 2001; 120 (8) : 3-9. Consulté le 05 septembre 2009.
5. JUNGLE K, MARK A. **Cours de médecine 2003-2009, [http://WWW medixdz .com](http://WWW.medixdz.com). 2003 ; 241 (5) : 13-20. Consulté le 04 septembre 2009**
6. PAYE F. **Pancréatites aiguës : pathologie chirurgicale, La revue du praticien Paris.2002 ; 52(14) :1554-1560.**
7. MACONI G. **Peritonites généralisés aiguës.**[http://www med Algeria .com](http://www.medalgeria.com)
2003 ; 102 : 1554-45 consulté le 04 septembre 2009.
8. DUCROTTE P.**Pathologie chirurgicale [http// :www.Snfge.asso.fr](http://www.Snfge.asso.fr) /02 2002 ; 334 : 9-10 consulté le ´septembre 2009.**
9. JENKINS JT, O'DWYER DJ. **Inguinal hernias, BMJ, 2008; 336:269-272.**

10. KINGNORTH A, Le BLANC K. **Hernias and incisional, Lancet 2003, 362: 1561-71.**
11. FITZGIBBONS RJ, GIOBBIE-HURDUR A, GIBBS JO et al. **Watchful waiting vs. repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men JAMA 2006; 295 :285-92.**
12. FRANNEBY U, SANDBLOM G, NORDIN P, NYREN O, GUNNARSSON U. **Risk factors for long –term pain after hernia surgery, Ann surg 2006; 244:212-9**
13. YASUHARA H. **Acute mesenteric ischemia: the challenge of gastroenterology, surg 2005; 35 :185-95**
14. PARK WM, GLOVICZKIP, CHERRY KJ JR, HALLET JW JR, BOWER JM et al. **Contemporary management of acute mesenteric ischemia: factors associated with survival surg 2002; 35:445-52**
15. LUTTER B, MOUSSAZADEH , MULLER BT , FRANCK C, HARMS JM , ERNEST S et al. **The acute mesenteric chir 2002;127:674-84**
16. VELASQUEZ EM, ANANDRC, NEWMAN WP, RICHARD SS, GLANCY DL. **Multidisciplinary approach .Br j surg 2004; 156: 302-10.**
17. LEP, BENAZOUZZ AP, BILLET C. **Situs inversus, La presse médicale 2003; 32:1742-1743.**
18. BENIZRI EI, IANNELLI A, FABIANI P, KARIMDJEE B S, GUGGENHEIM J. **Infarctus idiopathique du bord gauche du grand épiploon : diagnostic, Annales de chirurgie Paris .2002 ; 127 (9) : 711-713.**
19. MAOUIL D, LORIAU J, VERHAEGHE P. **Hématome du muscle grand**

droit de l'abdomen : diagnostic, Journal de chirurgie Paris.2001;138 (5) : 297-301.

20. BOOG G, WINER N, LE VAILLANT C, DUBREIL C, FAYSSE A.
Hématome du muscle grand droit , Journal de gynécologie .2002 ; 31 (8) : 783-785.
21. FAOUZI N, MOHAMED C, KHADIJA Z, MOUNIR L, WASSIM K,
MOHAMED N, ABDELAZIZ H. **Invagination intestinale de l'adulte, Tunisie médicale .2004 ; 82(1) :41-46.**
22. GOTTRANT F . **Diagnostic d'une douleur abdominale, Unité de gastro-Entérologie, hépatologie et nutrition, 2003 ; 42 (8) : 56-63.**
23. BORGNON J, LAFFAGE PM, SAPIN E. **Appendicite aigue, archive de Pédiatrie au quotidien 2005 ; 12 :234-238.**
24. MUTTER D, MARESCAUX J. **Appendicite aigue, Journal de chirurgie Paris 2002 ; 142 (3) : 280.**
25. SAKHRI J, YOUSSEF S, ESSAIDI H, KHAHIRI H. **Acute appendicitis During pregnancy, Tunisie médicale .2001 ; 79 (10) : 521-525.**
26. NGOWE M, BISSOU MJ. **Appendicite aigue, médecine d' Afrique Noire 2007 ; 143 : 3.**
27. HAROUNA YD, YAYA H, ABARCHI H, RAKOTOMALALA J. **Occlusions intestinales aigues : principales causes et morbidités – mortalités . médecine d'Afrique Noire : 2000 ; 47 (4) :7-8.**
28. SANI .R, GANDA OR, HAROUNA YD, ILLO A, NOMAO D M, SAKKHO A, BAZIRA L **Traitement du volvulus du colon sigmoïde, Journal Afr. Chir. Digest ; 2003, 2 : 277-280.**

29. HAROUNA M, ALI L, SEIDOU A, ABDOU I, RAKOTOMALALA J, HABIBOU A. **Occlusions intestinales, chirurgie digestive à l'hôpital de Niamey, med .Afr. .Noire .2001; 48 : (2) :23-28.**
30. TRAORE SS, ZIDA M, BOUKOUNGOU G, KAFANDO R. **Péritonites primitives ,Journal Chir. Digest ;2003, (2) : 264-266.**
31. HAROUNA YD. **Etude analytique et pronostic, Med Afr. Noire 2001; 48 : (2) : 20-1-22.**
32. KONATE. **Péritonites généralisées aiguës, Abdomens aiguës chirurgicaux au CHU Gabriel Touré, Thèse de médecine à Bamako, 2001 ;67 (3) : 4-7.**
33. SAMUEL M, HOSIE M , HOLMES K. **Prospective evaluation of non surgical versus surgical. Journal of pediatric surgery 2002, 37; (6): 882-886.**
34. KOGUT KA, BLAKELY ML , SCHROP KP, et al. **The association elevated Percent bands on admission with failure complication of interval Appendectomy. J pediater surg 2001; 36:165-8.**
35. MAMADOU D. **Péritonites aiguës généralisées au centre hospitalier Gabriel Touré, Thèse de doctorat en médecine 2004; 25-90.**
36. KOUADIO LN, TURQUIN TH. **Les péritonites aiguës généralisées : Fréquence, Médecine d'Afrique Noire .2000 ; 47 ; (3) : 5-9.**
37. MEHINTO DK, ROUX J, PDONOU N. **Prise en charge des hernies étranglées de l'aîne chez l'adulte. J. Afr. .Chir. Digest ; 2003 (2) ; 267-271.**
- .
38. DIALLO A, TOURE A, DIALLO A.B, BALDE M.B, MARA S, BARRY M.A, CAMARA N.D. **Hernies étranglées à l'hôpital de Mamou en Guinée J. Afr.**

Chir. Digest ; 2003, (2) ; 254-259.

39. DIARRA F. **Chirurgie de la lithiase vésiculaire : bilan du service de chirurgie A de l'hôpital de point G, thèse de doctorat en médecine 2000,, 3-86.**
40. PAUL J, WILLEM SENA MD. **The need for interval appendicectomy after Resolution digest surg 2002; 19: 216-222.**
41. ALY G. **Plastrons appendiculaires au centre hospitalier universitaire de Gabriel Touré de Bamako, thèse de doctorat en médecine 2004 ; 15-85.**

SERMENT D'HIPPOCRATE :

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un honoraire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage illicite d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, 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 la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre la loi de l'humanité.

Respectueuse envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom : NOMAN Prénoms : Faysal	
Titre de la thèse : LES DOULEURS ABDOMINALES : DEMARCHE DIAGNOSTIQUE	
Format	: 21 cm x 29,7 cm
Nombre de page	: 61
Nombre de pages bibliographiques	: 05
Nombre de références	: 41
Nombre de figures	: 13
Nombre de tableaux	: 02
Rubrique de classement : Pathologie chirurgicale	
Résumé La douleur abdominale est l'une des motifs les plus fréquents de consultation ou d'admission dans les services de chirurgie ou des urgences. Elles constituent les symptômes usuelles aux quelles les chirurgiens sont confrontés. La forme aigue de cette douleur préoccupe les praticiens car elle revêt surtout d'un caractère aigu chirurgical. L'objectif de cette étude est de dégager les aspects cliniques des douleurs abdominales afin d'établir une démarche diagnostique afin de poser un diagnostic précis. Nous avons colligé 50 patients présentant de douleur abdominale, nous avons effectué une étude rétrospective pendant trois mois consécutifs. 36% des douleurs abdominales sont dus aux appendicites aigues, suivies d'occlusion intestinale dans 24%. Des erreurs diagnostiques sont souvent rencontrées par la multitude d'expression clinique de ces douleurs abdominales ainsi que la difficulté de mener à bien la conduite d'examen des malades et la prescription des examens para cliniques nécessaires. Un schéma de démarche diagnostique est proposé pour pouvoir poser un diagnostic précis avant toute prise en charge. <u>Mots clés</u> : douleur – abdomen – urgences – chirurgie – démarche – diagnostic	
Membre de jury :	
Président : Pr ZAFISAONA Gabriel	
Juges : Pr RAVOLA MANANA RALISATA Lisy Pr RANDAOHARISON Pierana Gabriel	
Directeur et Rapporteur : Docteur RANDRIANIRINA Jean Baptiste de la Salle	