

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI  
**UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**



Université des Sciences,  
des Techniques et des Technologies  
de Bamako (USTTB)

Faculté de Médecine et d'Odonto-  
stomatologie (FMOS)

Thèse N

Année universitaire : 2019 - 2020

## TITRE

# BILAN D'UN AN D'ACTIVITES CHIRURGICALE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO

Jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par : **M. Moussa Totéké COULIBALY**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)

**PRESIDENT** : Pr Bakary Tientigui DEMBELE

**MEMBRES** : Dr Kassoum OUATTARA

Dr Bakary Abou TRAORE

**CO-DIRECTEUR** : Dr Idrissa TOUNKARA

**DIRECTEUR** : Pr Drissa TRAORE

## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

Je dédie cette thèse à :

**Dieu** le Tout Puissant, le très miséricordieux, l'omniscient, pour m'avoir donné la vie et d'y veiller, pour m'avoir donné la santé et le courage nécessaire pour la réalisation de ce travail : veuillez m'accorder le privilège de vous connaître et de vous servir. Puisse votre lumière guide mes pas.

**Au Prophète Mohamed, Rassouloulah** (Paix et Salut sur Lui). Que la bénédiction de Dieu soit sur Vous et sur toute ma famille. Nous vous témoignons notre fidélité éternelle pour tout le bien accompli pour l'humanité. Paix et Salut sur lui.

**Mon pays le Mali.**

Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir, profond respect.

**Mon cher Père feu Totéké COULIBALY**

Par la volonté de Dieu la mort t'a arraché très tôt à notre grande affection en juin 2010. À chaque ligne de rédaction de ce travail, à chaque minute de ma vie, nous pensons et penserons toujours à toi inlassablement. Ce travail vous t'est entièrement dédié. Dors en paix.

**Ma chère Mère Bolinio sitan DAO**

Je m'en souviendrais pendant le reste de ma vie de tes souffrances consenties, de tes nuits blanches de prières pour qu'enfin arrive ce beau jour tant attendu. Je remercie Dieu de m'avoir donné la chance de t'avoir à mes côtés.

**Mon Logeur Feu Siaka COULIBALY et Famille**

Vous m'avez toujours compris, admiré, surtout supporté mes caprices pendant certaines périodes dures de mon parcours. Ce travail est le vôtre. Je souhaite que Dieu nous aide à renforcer d'avantage l'attachement des liens naturels qui nous unissent.

**Mes sœurs, frères, et Beaux-parents (TRAORE)**

Vous m'avez toujours compris, admiré, surtout supporté mes caprices pendant certaines périodes dures de mon parcours. Ce travail est le vôtre, je souhaite que Dieu nous aide à renforcer d'avantage l'attachement des liens naturels qui nous unissent. Plus de bonheur à la famille TRAORE.

**Guediouma CHIANGO**

Tu as été d'un apport très utile pour l'arrangement, le tirage des copies de cette thèse. Merci de m'avoir supporté pendant cette longue période. Ce travail est le tien, trouve ici l'expression de mes sincères remerciements.

**Ma très chère Femme Adam TRAORE**

Merci beaucoup pour ton soutien inconditionnel, l'amour, la gentillesse, la sincérité, et beaucoup d'autres qualités nécessaires que tu as pour moi. Ce travail est le résultat de ton soutien.

**Mon Ami Moussa Alou et sa Famille**

Mon compagnon de tous les temps, ce travail est le tien. Merci pour l'affection, l'encouragement et le soutien moral dont tu as fait preuve à mon égard tout le long de ce cycle de formation médicale.

**Dr Zoumana SAMAKE**

Tu as été d'un apport très utile pour la réalisation de cette thèse. Merci de m'avoir supporté pendant cette longue période. Ce travail est le tien, trouve ici l'expression de mes sincères remerciements.

**Dr Dabéré Ives DEMBELE**, chirurgien urologue, vous avez été d'un apport très utile pour la réalisation de cette thèse. Merci de m'avoir supporté pendant cette longue période. Ce travail est le tien, trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

**Dr Bakary COULIBALY**

Plus qu'un maître, vous êtes devenu un parent. Merci pour l'enseignement que nous avons reçu de vous.

**Dr Sidy SYLLA**

Cher maître, nous vous remercions pour tous les efforts que vous avez fournis pour la réalisation de ce travail, que Dieu vous le rende au centuple.

**Dr Sayon DIAKITE**

Cher maître, nous vous remercions la qualité de l'enseignement que nous avons reçu de vous, que Dieu vous le rende au centuple.

**Dr Adama Alexis DIARRA**

Directeur technique du CSCOM de Dialakorodji. Cher maître, vous êtes une personne exceptionnelle par des qualités suivantes que vous possédez : gentillesse, modestie, compréhensibilité, sincérité, fidélité, nous vous remercions, ce travail est le vôtre.

**Mes Collègues et amis**

Interne Alassane Kourouma, DR Djenfa COULIBALY, Externe Bakary TOURE, Externe Fatoumata CAMARA, Mr BAGAYOKO, Mr TOURE, Mr SANOGO, Mr Barry, Dr COULIBALY, DR Moussa Lassana, Dr Assana KONE, Interne Adama DEMBELE, Interne Abdoul Latif Issa TOURE, Interne TRAORE Lassana, DR Amidou BERTHE, Dr Seydou SANGARE, Mr Tapa CAMARA, Mr Daba DIARRA. Je ne saurais oublier le soutien que vous m'avez apporté, ce travail est le vôtre.

**Mes cousines et cousins**, je vous adore tous.

**Tout le personnel du service de gynécologie-obstétrique du CSRéf CII**, merci pour votre encadrement.

**Tout le personnel du CSRéf CII**, merci pour la formation.

**Toute la dixième promotion du numerus clausus**, merci pour la collaboration.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

#### **Professeur Bakary Tientigui DEMBELE**

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la F.M.O.S ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;**
- **Chargé de cours à l'I.N.F.S.S ;**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA) ;**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone du Mali (ACAF) ;**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique du Mali (SOMAGO) ;**
- **Membre de la Société Africaine de Chirurgie Digestive (SAFCHID) ;**
- **Membre de l'Association Française de Chirurgie (AFC) ;**
- **Membre du Collège Ouest Africain de Chirurgie (Sacs West Africa Collège Of Surgeons) ;**
- **Diplômé de pédagogie en science de la santé à l'Université de Bordeaux (France) ;**

#### **Cher Maître**

Vous nous faites un grand privilège en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre dynamisme, votre dévouement, votre abord facile, votre amour pour le travail bien fait, et l'étendu de vos connaissances scientifiques font de vous un maître admiré de tous. Recevez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

**À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

**Dr Kassoum OUATTARA**

- **Praticien hospitalier ;**
- **Spécialiste en Anesthésie Réanimation ;**
- **Chef de service de l'anesthésie réanimation du CSRéf commune II ;**
- **Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'urgence du Mali.**

**Cher Maître**

Nous ne saurions trouver assez de mots pour témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à ce travail, mais aussi la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger parmi ce jury. Votre simplicité, votre gentillesse, votre esprit scientifique, votre capacité de décision lucide et votre savoir-faire font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés. Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profond respect. Que Dieu le Tout Puissant vous accorde sa grâce, longévité, paix et santé ! AMEN !

**À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

**Dr Bakary Abou TRAORE**

- **Gynécologue-obstétricien, Praticien hospitalier au Centre de Santé de Référence de la Commune II.**

**Cher Maître**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail. Votre simplicité, solidarité, rigueur scientifique, humilité, disponibilité, dextérité, et maîtrise au bloc opératoire font de vous le Maître admiré de tous. Nous n'oublierons jamais l'atmosphère chaleureuse et conviviale de vos séances de travail. Veuillez agréer, l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

## **À NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE**

**Dr Idrissa TOUNKARA**

- **Ancien Interne des Hôpitaux ;**
- **Chirurgien généraliste, Praticien hospitalier au CSRéf de la Commune II du District de Bamako ;**
- **Chef de service de Chirurgie générale au CSRéf de la Commune II ;**
- **Maître-Assistant à la FMOS ;**
- **Membre de la SOCHIMA.**

**Cher Maître,**

Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Pendant tout notre séjour dans le service, nous avons été émerveillés par votre façon de travailler, vous êtes sans doute un bon encadreur rigoureux et très méthodique. Nous garderons de vous l'image d'un homme, respectueux, courageux et Modeste. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Que le Tout Puissant, Allah vous aide à aller jusqu'au bout de vos ambitions professionnelles. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements.

## **À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur Drissa TRAORE**

- **Chirurgien praticien hospitalier au CHU du Point G**
- **Maître de Conférences agrégé de Chirurgie générale à la FMOS**
- **Secrétaire général de la Société de Chirurgie du MALI (SOCHIMA).**

**Cher Maître,**

Ce travail est sans doute le fruit de vos efforts. Votre rigueur scientifique, esprit d'ouverture et amour pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre. Soyez rassuré que vos nombreux conseils et enseignements ne seront pas vains et nous sommes très fiers d'être comptés parmi vos élèves. Nous garderons de vous l'image d'un homme de science, d'une extrême ténacité, disponible et d'un enseignant soucieux de la formation de ses élèves. Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes dans la réalisation de ce modeste travail. Veuillez recevoir ici cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>AG</b>	: Anesthésie Générale
<b>ASACO</b>	: Association de Santé Communautaire
<b>BGR</b>	: Bassin Généralement Rétréci
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier – Universitaire
<b>CS Com</b>	: Centre de Santé Communautaire
<b>CS Réf</b>	: Centre de Santé de Référence
<b>Coll.</b>	: Collaboration
<b>EPU</b>	: Enseignement Post Universitaire
<b>DER</b>	: Département d'Enseignement et de Recherche
<b>CNAM</b>	: Centre National d'Appui à la Lutte Contre la Maladie
<b>CVD</b>	: Centre de Développement des Vaccins
<b>BGR</b>	: Bassin Généralement Rétréci
<b>FMOS</b>	: Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie
<b>FVV</b>	: Fistule Vésico-vaginale
<b>PRODESS<sup>2</sup></b>	: Programme de Développement Sanitaire et Social
<b>RAU</b>	: Rétention Aiguë d'Urine
<b>SIS</b>	: Système d'Information Sanitaire
<b>SFA</b>	: Souffrance Fœtale Aiguë
<b>USAC</b>	: Unité de Soins d'Accueil et de Conseil
<b>OIA</b>	: Occlusion Intestinale Aiguë
<b>GEU</b>	: Grossesse Extra-Utérine
<b>SOCHIMA</b>	: Société de Chirurgie du Mali
<b>SOMAGO</b>	: Société Malienne de Gynécologie Obstétrique du Mali
<b>EBPM</b>	: Héparine de Bas Poids Moléculaire
<b>EVA</b>	: Evaluation Visuelle Analogue

## **INTRODUCTION**

L'étude du bilan d'activités chirurgicales permet d'améliorer la qualité des services au niveau des deux unités chirurgie générale-urologie et gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la Commune II du District de Bamako [1].

Au niveau du CSRéf de la Commune CII du District de Bamako, il existe différentes spécialités. Ce potentiel favorise la prise en charge de beaucoup d'urgences chirurgicales.

L'urgence est une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. Les appendicites aiguës, péritonites aiguës, occlusions intestinales aiguës, les hernies étranglées, grossesses extra-utérines et les césariennes d'urgence ont constitué les principales causes. Aussi il faut noter qu'à ce niveau sont effectuées les consultations curatives et la prise en charge chirurgicale de certaines pathologies programmées dont les principales causes : les hernies de la paroi abdominale, les lithiases vésiculaires et urinaires, les hypertrophies prostatiques, les myomes utérins, les prolapsus génitaux et les césariennes prophylactiques.

La chirurgie programmée est une situation pathologique dans laquelle l'intervention peut être différée sans conséquences dramatiques sur le malade.

Si le bilan de l'activité d'un service de chirurgie peut être effectué sur un mode quantitatif, il se doit également d'apprécier l'aspect qualitatif. Une des façons d'apprécier la qualité des soins de chirurgie serait d'établir le plus fidèlement un relevé des pathologies chirurgicales en fonction des données sociodémographiques et des principales pathologies chirurgicales.

Ces raisons nous ont motivé à réaliser le bilan des activités chirurgicales du CSRéf CII.

## **OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

Établir le bilan des activités chirurgicales au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako sur une période allant du 01 Janvier 2019 au 31 Décembre 2019.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- ✧ Identifier les principales pathologies chirurgicales et leur indication opératoire ;
- ✧ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients opérés ;
- ✧ Évaluer le pronostic vital des patients opérés ;
- ✧ Évaluer la qualité de la prise en charge chirurgicale.

## **GENERALITES**

### **1. Définition de la chirurgie**

La chirurgie est un ensemble d'opérations manuelles et instrumentales réalisées sur et dans un corps vivant à des fins thérapeutiques.

### **2. Rappel historique :**

C'est l'un des plus anciens arts médicaux. Son efficacité a été très longtemps limitée par quatre facteurs, dont les trois premiers déterminent la durée possible d'intervention :

L'ignorance de l'anatomie et de la physiologie sans connaissance précise de l'organisation intérieure du corps et de son fonctionnement.

Elle se limitait aux périphériques et aux plaies. Si la coagulation a été observée de longue date, la compréhension de l'hémostase attendra le XX<sup>e</sup> siècle. Cause ou conséquence de l'intervention, le saignement artériel ne pouvait être contrôlé que par la compression mécanique externe (garrot, clamp ou tamponnement) ou la cautérisation et plus récemment par obstruction temporaire intra cavitaire (sondes à ballonnet, obturateurs gélifiés réversibles) permettant la suture réglée des vaisseaux et des tissus ; la douleur, entraînant des réactions motrices réflexes de défense ou d'évitement, ou des réactions de choc, problèmes maintenant mieux résolus avec la découverte de l'anesthésie et les progrès réalisés dans ce domaine.

L'infection, qui causait de nombreux décès. La découverte des microbes par Louis Pasteur mit Joseph Lister sur la voie de la découverte de l'antisepsie, permit le développement de l'asepsie et de l'hygiène et, ajoutées à celles de l'immunité et des antibiotiques, firent chuter la mortalité postopératoire de façon spectaculaire [2].

L'histoire a montré que chaque fois qu'il y a eu un rapprochement entre ces deux entités que sont la médecine et la chirurgie cela a été bénéfique pour le progrès médico-chirurgical [2].

#### **L'époque préhistorique**

De l'époque préhistorique, quelques pièces squelettiques fossiles ont réussi à traverser les âges, attestant de gestes chirurgicaux tels que des craniotomies (nombreux cas de trépanations) et des amputations de membres (plus rare) à partir du Mésolithique [2].

#### □ **L'antiquité**

L'utilisation de l'écriture a permis à certaines connaissances de traverser les siècles. C'est le cas par exemple de l'Égypte antique avec trois papyrus témoignant de pratiques chirurgicales connues sous le nom d'Ebers, Brushsch et Edwin Smith du nom de leurs propriétaires lorsqu'ils ont été traduits depuis les hiéroglyphes au XIX<sup>e</sup> siècle [2].

Le premier est un traité sur les plaies et le deuxième est connu comme étant le premier traité de neurochirurgie. Un élément notable lors de pratiques chirurgicales en Égypte ancienne est la présence d'un homme non médical, non chirurgical dit hémostatique. Sa simple présence était censée limiter, voire arrêter les saignements. Les chirurgiens et les médecins n'étaient pas dissociés les uns des autres, on retrouvait donc des titres de médecin-trépanateur par exemple [2].

#### □ **Dans la civilisation babylonienne :**

Au contraire, les médecins et les chirurgiens se trouvaient dans des cases différentes. À Babylone s'appliquait la loi du talion issue du code.

Le moyen âge : Au cours du moyen âge va se créer un déséquilibre entre le monde arabo-musulman et l'Europe chrétienne. Alors que l'Europe sombre dans l'ignorance du fait de l'absence d'écoles chirurgicales et de chirurgiens, l'Orient quant à lui va connaître une période favorable avec les développements d'universités arabes à Damas, Bagdad, Le Caire ou encore Ispahan [2].

D'Hammourabi, cela impliquait, par exemple en cas de décès d'un patient pendant ou après l'acte opératoire, une sanction qui était de couper les mains de l'opérateur [2].

#### □ **Le Moyen âge**

Le personnage le plus marquant de cette époque est Abulcassis, résidant dans le Califat de Cordoue, auteur d'un ouvrage important : le Tarsif, une encyclopédie

médicale en 30 volumes qui a ensuite été traduite en latin et utilisée dans les écoles de médecine européennes pendant des siècles.

Cet ouvrage présente une collection unique de plus de 200 instruments chirurgicaux. Beaucoup de ces instruments n'avaient jamais été utilisés auparavant par un autre chirurgien [2].

Abulcassis prône l'utilisation de cautère pour l'hémostase. Il est à l'origine de l'utilisation des mandibules de fourmis pour suturer la fermeture cutanée.

#### □ **La Renaissance**

Avec la Renaissance, la chirurgie va connaître un renouveau grâce à l'évolution des techniques non liées directement à la chirurgie. L'imprimerie va permettre une meilleure diffusion des connaissances chirurgicales et anatomiques développées dans le monde arabo-musulman.

La multiplication des armes à feu apporte aussi un nouveau problème : les blessures qu'elles engendrent sont plus graves. Contrairement aux armes blanches qui parfois transpercent la peau et les muscles sans trop endommager les nerfs et les vaisseaux qui roulent sous la lame, les armes à feu vont traverser les vêtements [2].

#### □ **Le XVII<sup>e</sup> et le XVIII<sup>e</sup> siècles**

En France au XVII<sup>e</sup> siècle, la chirurgie connaît un double bouleversement. En 1660, la Confrérie de Saint Côme est dissoute suite à la perte du procès face à la Faculté de médecine de Paris. Les chirurgiens n'ont alors plus le droit d'exercer la médecine. Mais en 1686, la chirurgie va reconnaître un redressement en France. En effet, Louis XIV, le roi soleil, souffre d'une fistule anale. Ses médecins lui prescrivent comme traitement la saignée et le clystère (lavement) ; cela sera sans effet notable. Il fait alors appel à son premier chirurgien royal Charles-François Félix. Après l'intervention chirurgicale, le Roi guéri fait regagner à la chirurgie sa crédibilité.

Le 18 décembre 1731, Louis XV inaugure l'Académie Royale de Chirurgie à Paris, lieu où seront formés de nouveaux chirurgiens et où de nouvelles techniques seront mises au point. Le 23 avril 1743, il rétablit l'égalité hiérarchique entre médecins et chirurgiens sous l'impulsion de son premier chirurgien Germain Pichault de la

Martinière. Ce dernier dote plusieurs grandes villes françaises d'écoles de chirurgie et crée à Paris l'école pratique de chirurgie où les élèves peuvent s'exercer à disséquer et à répéter les opérations sur des cadavres [2].

### □ **La Révolution et l'Empire**

Après la suppression de l'Académie Royale Chirurgicale, il est nécessaire de former de nouveaux chirurgiens. Deux écoles de santé sont donc créées pour former des officiers de santé qui doivent devenir rapidement opérationnels. Deux d'entre eux ont particulièrement marqué leur époque : Pierre-François Percy et Dominique-Jean Larrey.

Lors de la bataille de Borodino, ce dernier a réalisé deux-cents amputations en vingt-quatre heures avec une mortalité de trois pour dix (relativement faible compte tenu de l'époque et de la situation).

La marine impériale connaît aussi son lot de souffrances. Ainsi en son sein, notamment dans les hôpitaux des grands ports, sur les vaisseaux, mais aussi sur les pontons anglais où s'entassaient dans le plus grand dénuement les prisonniers de la défaite de Trafalgar, s'illustra un chirurgien : Pierre Lefort.

### □ **Le XIX<sup>e</sup> siècle**

Après la chute de l'empire, la chirurgie civile progresse de nouveau. Guillaume Dupuytren est l'une des personnalités les plus marquantes en chirurgie de cette époque. Il réalise des résections d'ostéosarcomes de la mandibule, traite des anévrismes de l'artère poplitée et la mortalité opératoire est faible pour l'époque avec un cas pour quinze. Joseph Récamier quant à lui est le créateur de la gynécologie moderne il a réalisé des hystérectomies vaginales pour cancer et développe une instrumentation adaptée pour les accouchements [2].

Malgré l'absence d'antisepsie, les techniques chirurgicales se développent.

Au cours de la seconde partie du XIX<sup>e</sup> siècle. Eugène Koeberlé, pionnier de la chirurgie abdominale, court dès 1862 de succès en succès grâce à une asepsie

rigoureuse, la pratique de l'hémostase qu'il perfectionne au moyen d'une panoplie d'instruments de sa conception et l'innovation dans les soins pré et postopératoires. Bernhard Von Langenbeck réalise des hystérectomies par voie abdominale, Gustav Simon réalise lui les premières néphrectomies et splénectomies [2].

Ignace Semmelweis initie l'antisepsie avec l'usage de chlorure de chaux et le lavage des mains, ce qui a fait chuter les complications infectieuses post-accouchement mais sa découverte restera sans suite directe. Il faudra attendre Joseph Lister qui, avec les travaux de Louis Pasteur, admet l'existence d'une flore microbienne. Ainsi, il va développer le spray d'acide phénique pour travailler en aseptie. En Angleterre, le taux de mortalité opératoire chute de 48 % à 10 %. L'asepsie va continuer à se développer à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle avec l'utilisation de gants en caoutchouc, l'invention de l'autoclave, la création d'une salle d'opération puis du bloc opératoire. L'hôpital Necker est le premier à disposer d'un bloc en 1912 [2].

#### □ **Le XX<sup>e</sup> siècle**

C'est avant la Première Guerre mondiale que sont mises au point les grandes techniques chirurgicales telles que la chirurgie de la paroi de l'abdomen, du tube digestif, du thorax, de la gynécologie. La seconde partie du XX<sup>e</sup> siècle verra exploser les progrès et les techniques chirurgicales. On voit alors se développer les greffes d'organes avec dans les années 1950 les premières greffes du rein, de la moelle osseuse et du foie puis ont suivi celles du cœur, du poumon etc. La première transplantation cardio-pulmonaire date de 1982 et a été réalisée par Christian Chabrol.

Le 1<sup>er</sup> août 2008, la première transplantation de deux bras entiers a été réalisée en Allemagne à la clinique universitaire de Munich, par une équipe de quarante personnes sous la direction des professeurs Christoph Hijnke et Edgar Biermer.

Ces évolutions de techniques chirurgicales ont été réalisées avec l'aide indispensable des nouvelles techniques d'imagerie comme la radiographie dès 1895, ont suivi bien plus tard l'échographie (1970), l'IRM dans les années 1980, le Petscan et bien d'autres [2].

### **3. Différents types de chirurgie**

La chirurgie recouvre les champs de nombreuses spécialités, avec la chirurgie digestive, l'orthopédie et la traumatologie, l'urologie, la chirurgie infantile, la gynécologie-obstétrique, la neurochirurgie, auxquelles sont venues s'ajouter les chirurgies plastiques, cardiaque, vasculaire, thoracique, et endocrinienne ; l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie dentaire ou odontologie sont assimilées à des spécialités chirurgicales.

La petite chirurgie, enfin, concerne des actes chirurgicaux simples, pratiqués sans anesthésie ou anesthésie locale, dont certaines sont réalisables par un médecin non chirurgien : incision d'un abcès, suture d'une plaie, ablation d'une petite tumeur superficielle (**Le recruteur médical, le 08 juillet 2021**).

#### **Mode de recrutement :**

La douleur abdominale était le principal motif de consultation.

La consultation ordinaire, l'urgence étaient le mode de recrutement utilisés dans notre étude.

**Chirurgie d'urgence** : c'est une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement (**Référentiel sur la prise en charge des urgences chirurgicales en chirurgie générale au Mali 2015**).

**Urgence digestive** : Les urgences chirurgicales digestives représentent selon **MONDOR**, France ,1928 des affections digestives, qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou peu de jours. Exemple appendicite aigüe. (**Référentiel chirurgie générale 2015**).

**Urgence chirurgicale gynéco-obstétrique** : c'est une situation pathologique en gynéco-obstétrique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. Exemple : GEU rompue.

**Urgence urologique** : Les urgences en urologie sont des situations qui se présentent à tous les hommes et femmes dans une population donnée. (**Référentiel National de la prise en charge des Urgences urologiques au Mali 2019**).

À cet effet, la présence d'un professionnel de la santé qualifié est nécessaire dans les meilleurs délais. Rétention aiguë d'urine.

**Chirurgie programmée** : c'est une situation pathologique dans laquelle l'intervention peut être différée sans conséquences dramatiques sur le malade.

**Chirurgie digestive programmée** : les hernies non compliquées par exemples.

**Chirurgie gynéco-obstétrique programmée** : prolapsus, kyste ovarien non rompu, myome, BGR, par exemples.

**Chirurgie urologique programmée** : hypertrophie prostatique lithiase non enclavée par exemples.

## **METHODOLOGIE**

### **1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive portant sur les patients reçus et opérés au Centre de Santé de Référence de la Commune CII du District de Bamako.

### **2. Période d'étude**

Notre étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 31 Décembre 2019.

### **3. Lieu d'étude**

L'étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune CII du District de Bamako.

Il faut noter que la ville de Bamako, capitale de la République du Mali, est composée de 06 communes dotées chacune d'un Centre de Santé Référence de deuxième niveau (**Annexe 8**). Le Mali, un pays continental, situé en Afrique de l'Ouest est entouré par le Burkina Faso, le Niger, la Côte d'Ivoire, l'Algérie, le Sénégal, la Mauritanie et la Guinée Conakry (**Annexe 7**).

La commune II couvre une superficie de 17 km<sup>2</sup>, soit 7% de la superficie du District de Bamako. Elle est limitée :

- Au Nord par la colline du Point G ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;
- À l'Est par le marigot de Korofina ;
- À l'Ouest par le boulevard du peuple. Elle comporte douze (12) quartiers : Bagadadji, Bougouba, Bozola, Hippodrome, MédinaCoura, Massira, Niarela, Quinzambougou, quartier Téléphone Sans Fil (TSF), Zone industrielle, N'Gomi.

Le Centre de Santé de Référence se trouve au quartier Téléphone Sans Fil (TSF), non loin de la mairie du dit quartier.

## **Historique de la Commune II**

L'histoire de la commune II est intimement liée à celle de Bamako qui, selon la tradition orale, a été créée vers le 17<sup>ème</sup> siècle par les NIAKATE sur la rive gauche du

fleuve Niger et qui s'est développé au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau Woyowayanko et Banconi.

Le plus ancien quartier LASSA fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent Sibiribougou en 1980.

La Commune II a été créée en même temps que les autres communes du district de Bamako (Annexe 8) et (Annexe 9) par l'ordonnance N° 783/CMLN du 18 août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N°784/CMNL du 28 août 1978 fixant les limites et le nombre des communes
- La loi N°95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales

Le Centre de Santé de Référence de la Commune II fut installé à MISSIRA depuis 1997 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

Cette structure s'est imposée par ces prestations de qualité surtout dans le domaine de la chirurgie et déménagée dans le quartier TSF non loin de la grande mosquée de ce quartier en 2015 pour insuffisance de place, de bloc opératoire et bien d'autres causes. Aujourd'hui, elle abrite son nouveau site dont le fonctionnement est animé par le personnel : administratif, médical et paramédical. Actuellement le CSRéf CII compte plusieurs services :

- Service de chirurgie-urologie ;
- Service de gynéco-obstétrique ;
- Service d'ophtalmologie ;
- Service Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- Service de médecine : médecine générale, cardiologie, endocrinologie / diabétologie, infectiologie/usa ;
- Service de pédiatrie et néonatalogie ;
- Service biomédical (laboratoire et pharmacie) ;
- Service de Kinésithérapie ;
- Service d'Hygiène et Assainissement ;

- Service de Dermatologie ;
- Service d'Imagerie médicale (radiologie et échographie) ;
- Service d'Anesthésie et réanimation ;
- Service d'Odontostomatologie.

Situation géographique du service de chirurgie est situé en face et à gauche du bureau des entrées. Ce service comporte :

- Le bureau de consultation chirurgicale situé juste à l'entrée du bloc de consultation externe.
- La petite chirurgie située au rez-de-chaussée en plein centre contigüe à la salle de soins infirmiers.

La salle de consultation de l'urologie est située dans le bâtiment d'hospitalisation de la chirurgie à l'est du bureau de consultation de la chirurgie générale.

#### **Les locaux :**

Les salles d'hospitalisations sont au nombre de quatre (4) pour la chirurgie générale dont la salle femme sise au niveau du bloc d'hospitalisation chirurgicale à l'Est du centre contenant 06 lits, la salle homme située à l'étage entre les salles de la médecine avec 05 lits et 02 salles Very Important Personality (V.I.P).

- Un bureau de consultation pour la chirurgie générale contigu au bloc.
- Un bureau de consultation pour l'urologie.
- Une salle de garde pour les internes et infirmiers.

Le bloc opératoire est situé vers le côté Nord du centre et comprend 02 salles d'opérations (salle à froid et salle d'urgence), une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil, une salle de réanimation et un bureau pour les anesthésistes et un bureau pour le médecin anesthésiste réanimateur. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CSRéf CII.

Le personnel de la chirurgie-urologie comprend :

- 02 chirurgiens généralistes ;
- 01 urologue ;
- 02 techniciens supérieurs de santé ;

- 02 techniciens de santé ;

Le personnel non permanent comprend : des médecins, et des infirmiers.

### **Les activités :**

Les consultations : deux salles de consultation.

Une salle pour la chirurgie générale et une salle pour l'urologie

Elles sont effectuées tous les jours de 07H30 à 16H00.

Les visites et contre visites aux malades sont journalières, les enseignements post universitaires et le staff se tiennent du lundi au vendredi.

Les interventions chirurgicales : la petite chirurgie et les interventions programmées sont effectuées du lundi au vendredi.

Les urgences chirurgicales sont effectuées à tout moment et au besoin. Les frais d'hospitalisation varient de 1 000 F CFA à 10 000 F CFA par jour. Les salles VIP varient de 5 000 F CFA à 10 000 F CFA par jour.

### **Le service de gynécologie obstétrique :**

- Le bâtiment abritant ce service est situé en face et à gauche du bureau des entrées. Ce service comporte :
  - Une unité accouchement / suites de couches ;
  - Une unité de Soins Après Avortement (SAA) ;
  - Une unité de néonatalogie ;
  - Une unité de Consultations Prénatales (CPN) ;
  - Une unité de Planning Familial (PF) et post natales ;
  - Une unité de Prévention de Transmission mère- Enfant (PTME) ;
  - Une unité de dépistage du cancer du col de l'utérus ;
  - Une unité de post opératoire, d'hospitalisation et de pansement ;
  - Une unité des urgences gynécologiques et obstétricales ;
  - Une unité de consultations externes ;

Ces travailleurs sont des fonctionnaires, des conventionnaires de l'Etat, des contractuels, des agents de la municipalité, des agents de l'INPS, des bénévoles.

## **Activités :**

Un staff se tient tous les jours ouvrables à partir de 8 heures 30 minutes, réunissant le personnel du service et dirigé par un gynécologue.

### **4. Population d'études**

Il s'agissait, des patients reçus en consultation dans le service de chirurgie – urologie et gynéco-obstétrique et qui n'ont été opérés.

### **Critères d'inclusion :**

- Patients reçus en consultation et opérés dans les services de chirurgie générale-urologie et gynéco-obstétrique.

### **Critères de non 'inclusion :**

- Patients reçus en consultation et qui n'ont pas été opérés ;
- Malades qui ont consulté pour des pathologies médicales ;
- Patients reçus en consultation et opérés hors des services cités.

### **5. Mode de recrutement des patients**

Il a été effectué par la voie des consultations ordinaires, des urgences et des patients référés par d'autres structures de santé.

### **6. Méthode de diagnostic et collecte des données**

L'enquête a porté sur tous les malades vus en consultation externe et en hospitalisation sans distinction de sexe, âge, d'ethnie, de nationalité, provenance, et de profession après l'examen clinique, les examens complémentaires ont été donnés selon la nécessité, les registres de consultation, curative, d'hospitalisation et les dossiers individuels ont été remplis au cours de la prise en charge de chaque cas. Les données ont été recueillies sur les fiches d'enquête. Il faut signaler que, par ailleurs, les registres de consultation, d'hospitalisation, de compte rendu opératoire et les dossiers individuels des malades hospitalisés ont été la principale source de recueil des données.

### **7. Procédure de traitement et analyse des données**

Les données ont été saisies sur logiciel Word 10 et analysées par logiciel SPSS 19.0 et traitées sur les logiciels Excel 2013. Le test statistique utilisé a été Chi<sup>2</sup> avec une différence significative p inférieur ou égal 0,05.

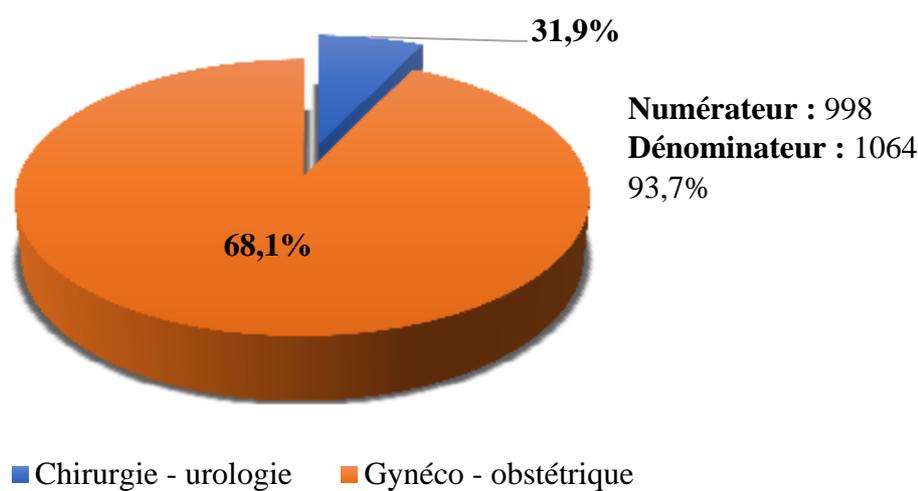
## **8. Éthique**

Avant chaque intervention, des informations ont été données aux patients (e) et /ou à leur famille systématiquement. Elle a porté essentiellement sur le diagnostic opératoire, le geste thérapeutique (chirurgie conventionnelle) et le bénéfice attendu dans le strict respect du secret professionnel.

## RESULTATS

### 1. Fréquence

Durant la période du 01 Janvier 2019 au 31 Décembre 2019, il a été effectué au sein du CSRéf CII 5 606 consultations dans le service de chirurgie-urologie et gynéco-obstétrique dont 1 064 patients hospitalisés et 998 patients opérés, soit 93,7% des activités chirurgicales.



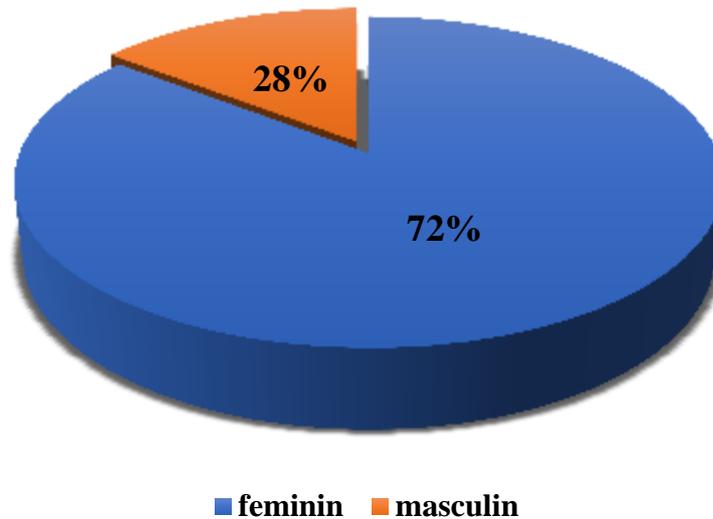
La consultation gynéco-obstétrique a été la plus représentée avec un taux de 68,1%.

### 2. Données sociodémographiques

**Tableau I** : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Age en année	Effectifs	Pourcentages (%)
Inf. à 10	17	1,7
11 - 20	146	14,6
21 - 30	663	66,4
31 - 40	112	11,3
41 – 50	50	5,0
Sup à 50	10	1,0
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge de 21-30 ans a été la plus représentée avec 66,4 %.



**Figure 2 :** Répartition des patients selon le sexe

Les Femmes étaient les plus représentées avec 72% de cas.

**Tableau II :** Répartition des patients selon la provenance et par commune.

Provenance	Effectifs	Pourcentages (%)
Commune I	99	9,9
<b>Commune II</b>	<b>617</b>	<b>61,8</b>
Commune III	150	15
Commune IV	25	2,5
Commune V	68	5,9
Commune VI	34	3,4
Autres	5	1
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients, soit 61,8 % résidaient en Commune II du District de Bamako.

**Autres :** Koulikoro, Markakougo, Ouéléssébougou, Kati.

**Tableau III** : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentages (%)
Ménagère	440	44
Commerçant (e)	273	27,3
Ouvrier	73	12
Fonctionnaire	60	10
Étudiant (e)	30	5
Cultivateur	11	2
Retraité (e)	4	0,4
Élèves	1	0,2
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>

Les ménagères ont été majoritaire, soit 61,4% suivie des commerçants avec 32%.

### 3. Données cliniques

**Tableau IV** : Répartition des patients selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Effectifs	Pourcentages (%)
Consultation ordinaire	550	55,1
Urgences	448	44,9
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients ont été reçus en consultation ordinaire, soit 55,1%.

**Tableau V** : Répartition des patients en fonction de la fréquence des pathologies et par service.

<b>Diagnostic retenu</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Pathologies chirurgicales gynéco-obstétricales</b>	<b>679</b>	<b>68,1</b>
Pathologies chirurgicales digestives	261	26,1
Pathologies chirurgicales urologiques	58	5,8
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>

Les pathologies chirurgicales gynéco-obstétricales ont été majoritairement représentées avec 679 cas, soit 68,1% suivie des pathologies chirurgicales digestives avec 261 cas, soit 26,1 %.

**Tableau VI** : Répartition des patients selon le diagnostic retenu en chirurgie-urologie.

<b>Diagnostic retenu</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Appendicite aiguë	73	7,3
Occlusion intestinale aiguë	28	2,8
<b>Hernies de la paroi</b>	<b>120</b>	<b>12</b>
Péritonites aiguës	40	4
Hypertrophie prostatique	38	3,8
Lithiases urinaires	20	2
<b>Total</b>	<b>319</b>	<b>31,9</b>

La hernie de la paroi a été la plus représentée avec 12%.

**Tableau VII** : Répartition des patients selon le diagnostic retenu en gynécologie-obstétrique.

<b>Diagnostic retenu</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Grossesse extra-utérine	30	4,4
Souffrance fœtale aiguë	112	11,2
Hémorragies du 3 <sup>ème</sup> trimestre	102	10,2
Utérus multi cicatriciel	101	10,1
Bassin généralement rétréci	96	9,6
Présentation transversale	83	8,3
Procidence du cordon battant	80	8
Myome utérin	50	5
Kyste ovarien	20	2
Prolapsus génitaux	5	1
<b>Total</b>	<b>679</b>	<b>100</b>

La souffrance fœtale aiguë a été la pathologie chirurgicale la plus représentée avec 112 cas, soit 11,2%.

**Tableau VIII** : Répartition des patients selon l'indication opératoire

<b>Indication opératoire</b>		<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Chirurgie gynéco-obstétrique</b>	Hémorragie du 3 <sup>ème</sup> trimestre	102	10,2
	Souffrance fœtale aiguë	112	11,2
	Bassin généralement rétréci	96	9,6
	Procidence du cordon battant	80	8
	Présentation transversale	83	8,3
	Hernie de la paroi	120	12
	Utérus multi cicatriciel	101	10,1
	Utérus polymyomateux	40	6
	Kyste ovarien	40	4
	Grossesse extra-utérine	30	3
	Prolapsus génitaux	5	1
	<hr/>		
<b>Chirurgie digestive</b>			
<b>Occlusion intestinale aiguë</b>	Volvulus	5	0,5
	Invagination	3	0,3
	Brides	20	7,3
	Appendicite aiguë	73	7,3
<b>Péritonite aiguë</b>	Appendiculaire	20	2
	Perforation iléale	18	1,8
	Perforation duodénale	2	0,2
<b>Chirurgie urologique</b>	Hypertrophie prostatique	38	3,8
	Lithiase urinaire	20	2
<b>Total</b>		998	100

Les pathologies chirurgicales obstétricales étaient les plus représentées avec 574 cas, soit 57,5%.

**Tableau IX** : Répartition des patients en fonction de diagnostic per opératoire en chirurgie-urologie.

<b>Diagnostic retenu</b>		<b>Effectifs</b>	<b>Total</b>
Appendicite aiguë		73	73
Occlusion intestinale aiguë par	Volvulus	3	5
	Invagination	5	3
	Brides	20	20
Hernies de la paroi		120	120
Péritonites aiguës	Appendiculaire	20	20
	Perforation iléale	18	18
	Perforation duodénale	2	2
Hypertrophie prostatique		38	38
Lithiases urinaire	Vésicale	15	15
	Rénale	5	5
<b>Total</b>		<b>319</b>	<b>319</b>

La hernie de la paroi a été la plus représentée avec 12%.

**Tableau X** : Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire en gynécologie-obstétrique.

<b>Pathologie gynéco-obstétrique</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Grossesse extra-utérine	30	3
Hémorragies du 3 <sup>ème</sup> trimestre	102	10,2
Souffrance fœtale aiguë	112	11,2
Bassin généralement rétréci	96	9,6
Myome utérin	50	5
Kyste ovarien	20	2
Utérus multi cicatriciel	101	10,1
Procidence du cordon battant	80	8
Présentation transversale	83	8,3
Prolapsus génitaux	5	5
<b>Total</b>	<b>679</b>	<b>100</b>

La souffrance fœtale aiguë a été la pathologie chirurgicale la plus représentée avec 120 cas, soit 11,2%.

## Traitement

**Tableau XI** : Répartitions des patients selon le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectifs	Pourcentages (%)
Anesthésie générale	291	29,1
Rachi anesthésie	622	62,3
Anesthésie locale	85	8,5
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>

Rachi anesthésie a été le type d'anesthésie le plus utilisée avec 62,3%.

**Tableau XII** : Répartition des patients en fonction du type d'anesthésie réalisée et en fonction des pathologies.

Pathologies chirurgicales	Anesthésies			Total
	Locale	Rachianesthésie	Générale	
Pathologies chirurgicales digestives	85	63	118	261
Pathologies chirurgicales gynéco-obstétricales	0	140	534	674
Pathologies chirurgicales urologiques	0	15	43	58
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>218</b>	<b>695</b>	<b>998</b>

$\text{Chi}^2 = 29,304$ , ddl = 15 et **p = 0,09**

Il n'a pas existé un lien entre le type d'anesthésie et les pathologies.

**Tableau XIII** : Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire en gynécologie-obstétrique.

<b>Pathologie gynéco-obstétrique</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Grossesse extra-utérine	30	3
Hémorragies du 3 <sup>ème</sup> trimestre	102	10,2
Souffrance fœtale aiguë	112	11,2
Bassin généralement rétréci	96	9,6
Myome utérin	50	5
Kyste ovarien	20	2
Utérus multi cicatriciel	101	10,1
Procidence du cordon battant	80	8
Présentation transversale	83	8,3
Prolapsus génitaux	5	1
<b>Total</b>	<b>679</b>	<b>100</b>

La souffrance fœtale aiguë a été la pathologie chirurgicale la plus représentée avec 112 cas, soit 11,2%.

**Tableau XIV** : Répartition des patients selon la qualification des opérateurs.

<b>Qualification des opérateurs</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Chirurgien généraliste	261	26,1
Chirurgien urologue	58	5,8
Gynécologue-obstétricien	<b>530</b>	<b>53,1</b>
Médecin généraliste	144	14,4
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients ont été opérés par des spécialistes, soit 85% des cas.

**Tableau XV** : Répartition des pathologies chirurgicales en fonction des opérateurs

Pathologies chirurgicales	Opérateurs			
	Chirurgien généraliste	Chirurgien urologue	Gynécologue obstétricien	Médecin généraliste
Appendicites aiguës	73			
Occlusions	28			
Péritonites	40			
Hernies	120			
HBP		38		
Lithiases		20		
GEU			10	20
SFA			52	60
Hémorragie du 3 <sup>ème</sup> trimestre			98	4
Myome			32	
Procidence du cordon			46	50
Kyste ovarien			80	
Présentation transversale			40	
Prolapsus génitaux			73	10
<b>Total</b>	<b>261</b>	<b>58</b>	<b>431</b>	<b>144</b>

Test exact de Fisher = 891,092, ddl = 39 et **p = 0,001**

Il a existé un lien entre les pathologies chirurgicales et l'opérateur

**Tableau XVI** : Répartition des patients selon le motif de consultation par rapport au sexe

Motifs de consultation	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Douleur abd + Fièvre	48	22	40
Arrêt des matières de gaz	20	8	28
Contracture abdominale	30	10	30
RAU	38		38
Incontinence urinaire	15	5	20
Pollakiurie + dysurie	8	12	20
Tuméfaction	100	20	120
Souffrance fœtale		112	112
Crise / grossesse		30	30
Métrorragies		32	32
Douleur abdominale	78	380	458
Retard des règles		36	36
Travail stationnaire		31	201
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>698</b>	<b>998</b>

$\text{Chi}^2 = 29,304$ , ddl = 15 et  $p = 0,009$

Il a existé un lien entre les motifs de consultation et le sexe

### Examens complémentaires

**Tableau XVII** : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie

Échographie abdominale	Effectifs	Pourcentages (%)
Épanchement péritonéal	20	2
Épanchement péritonéal + lésion appendiculaire	20	2
Grossesse	574	57,5
Myome utérin	28	2,8
Kyste ovarien	30	3
Calcul vésical	20	2
Non fait	306	30,6
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>

L'échographie avait été demandée chez 69,3 % des cas et a objectivé la grossesse chez 57,5 % patientes.

**Tableau XVIII** : Répartition des patients selon le résultat de l'ASP

<b>Abdomen sans préparation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Grisaille	68	6,8
NHA	28	2,8
Non fait	902	90,3
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>

L'ASP a été réalisée chez la majorité de nos patientes soit 6,8% des cas

**Tableau XIX** : Répartition des patients selon le résultat de la numération formule sanguine

<b>NFS</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Hyperleucocytose	113	11,3
Anémie	885	88,7
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>

L'anémie a été la plus retrouvée chez nos patientes, soit 88,7 % des cas.

**Tableau XX** : Répartition des patients selon le groupe sanguin et rhésus

<b>Groupe sanguin/Rhésus</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
A+	300	30
A-	10	1
B+	40	4
AB+	48	4,8
O+	600	60,1
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>

Dans notre étude le groupe O+ rhésus positif a été majoritaire, soit 60,1% des cas.

**Tableau XXI** : Répartition des patients selon le diagnostic retenu et par rapport au sexe.

Diagnostic retenu	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Appendicite aiguë	52	21	73
Occlusion intestinale aiguë	20	8	28
Hernies de la paroi	80	40	120
Péritonite aiguë	30	10	40
Hypertrophie prostatique	38		38
Lithiases urinaires	12	8	20
Grossesse extra-utérine		10	10
Kyste ovarien		20	20
Hémorragies du 3 <sup>ème</sup> trimestre		36	36
Souffrance fœtale aiguë		82	82
Bassin généralement rétréci		36	36
Utérus multi cicatriciel		51	51
Procidence du codon battant		80	80
Présentation transversale		83	83
Myome utérin		50	50
Prolapsus géniaux		5	5
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>520</b>	<b>998</b>

$\text{Chi}^2 = 29,304$ , ddl = 15 et  $\mathbf{p = 0,011}$

Il a existé un lien entre le diagnostic retenu et le sexe

**Tableau XXII** : Répartition des patients selon les gestes effectués en chirurgie-urologie.

<b>Diagnostic retenu</b>	<b>Gestes effectués</b>	<b>Total</b>
Appendicite aiguë	Appendicectomie	73
Occlusion intestinale aiguë		
- Volvulus	Stomie	3
- Invagination	Résection anastomose	5
- Brides	Section des brides	20
<b>Hernies de la paroi</b>	Cure de la hernie	<b>120</b>
Péritonites aiguës		
- Appendiculaire	Appendicectomie + lavage suture	<b>20</b>
Perforation iléale	Résection anastomose	<b>2</b>
	Stomie	<b>4</b>
Hypertrophie prostatique	Adénomectomie	<b>14</b>
Lithiases urinaires	Cystolithotomie	<b>38</b>
<b>Total</b>		<b>359</b>

La cure de la hernie de la paroi abdominale été la plus représentée avec 120 cas, soit 33,4%.

**Tableau XXIII** : Répartition des patients selon les gestes effectués en gynécologie-obstétrique.

<b>Chirurgie gynéco-obstétrique</b>	<b>Gestes effectués</b>	<b>Total</b>
Hémorragies du 3 <sup>ème</sup> trimestre	Césarienne	102
Grossesse extra-utérine	Laparotomie	30
Souffrance fœtale aiguë	Césarienne	112
Bassin généralement rétréci	Césarienne	96
Myome utérin	Myomectomie	50
Kyste ovarien	Kystectomie	20
Éclampsie	Césarienne	10
Utérus multi cicatriciel	Césarienne	101
Procidence du cordon battant	Césarienne	8
Présentation transversale	Césarienne	83
Prolapsus génitaux	Cure de prolapsus	5
<b>Total</b>		<b>679</b>

La césarienne a été le geste le plus effectué avec 120 cas, soit 85,1%.

**Tableau XXIV** : Répartition des patients selon la durée hospitalisation

Durée d'hospitalisation en jour	Effectifs	Pourcentages (%)
1 – 5	720	66,3
6 - 10	266	25
Sup à 10	78	8,7
<b>Total</b>	<b>1 064</b>	<b>100</b>

La durée moyenne d'hospitalisation de nos patients était de  $4,6 \pm 2,641$  jours avec des extrêmes de 1 et 14 jours et 66,3% de nos patients ont eu une durée d'hospitalisation de 1 à 5 jours avec une moyenne de 3,14.

**Tableau XXV** : Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation et des pathologies chirurgicales

Pathologies chirurgicales	Durée d'hospitalisation			Total
	0 - 5 jours	6 -10 jours	Sup à 10 jours	
<b>Chirurgie-urologie</b>	360	30	10	400
<b>Gynécologie obstétrique</b>	600	60	4	664
<b>Total</b>	<b>960</b>	<b>90</b>	<b>14</b>	<b>1 064</b>

$\text{Chi}^2 = 7,531$ , ddl = 2 et  $\mathbf{p = 0,0250}$

Il a existé un lien entre la durée d'hospitalisation et la chirurgie.

**Tableau XXVI** : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation et type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Durée d'hospitalisation		Total
	0 à 5 jours	6 à 10 jours	
Anesthésie générale	230	30	260
<b>Rachianesthésie</b>	<b>660</b>	<b>3</b>	<b>663</b>
Anesthésie locale	141	0	141
<b>Total</b>	<b>1031</b>	<b>33</b>	<b>1064</b>

$\text{Chi}^2 = 81,576$ , ddl = 2 et  $\mathbf{p < 10^{-3}}$

Il a existé un lien entre la durée d'hospitalisation et le type anesthésie.

**Tableau XXVII** : Répartition des patients en fonction des suites opératoires et l'âge

Suites opératoires	Age				
	Inf à 10 ans	11 - 20 ans	21 - 30 ans	31 - 40 ans	41 - 50 ans
<b>Simple</b>	<b>17</b>	<b>153</b>	<b>302</b>	<b>143</b>	<b>87</b>
Hémorragie	0	2	1	1	4
Infection pariétale	0	1	0	2	4
Infection profonde	0	0	2	0	2
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>156</b>	<b>305</b>	<b>146</b>	<b>97</b>

$\chi^2 = 30,054$ , ddl = 12 et **p = 0,011**

Il a existé un lien entre les suites opératoires et la tranche d'âge

**Tableau XXVIII** : Répartition des patients en fonction des suites opératoires et le

sex  
e.

Suites opératoires	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
<b>Simple</b>	<b>74</b>	<b>802</b>	<b>876</b>
Hémorragie	2	8	10
Infection pariétale	4	6	6
Infection profonde	0	4	4
Autres	2	3	5
Décès	0	7	7
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>830</b>	<b>998</b>

Te  
st  
ex  
act  
de  
Fis

$\chi^2 = 51,234$ , ddl = 5 et **p = 0,006**

Il a existé un lien entre les suites opératoires et le sexe

**Tableau XXIX** : Répartition des patients opérés en fonction des suites opératoires

<b>Suites opératoire</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>	
<b>Simple</b>	<b>952</b>	<b>92,6</b>	Le sui tes op éra toi res
Hémorragie	8	1,2	
Infection pariétale	21	3,5	
Infection profonde	2	0,3	
Autres	8	1,3	
<b>Décès</b>	<b>7</b>	<b>1,1</b>	
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>	

ont été simples dans 952 des cas, soit 95,3% Cependant nous avons enregistré 7 cas de décès, soit 1%

Les suites opératoires ont été simples dans 952 des cas, soit 95,3% Cependant nous avons enregistré 7 cas de décès, soit 1%

**Tableau XXX** : Répartition des patients en fonction des complications infectieuses post-opératoire et en fonction des pathologies chirurgicales

<b>Pathologies chirurgicales</b>	<b>Complications postopératoires</b>		<b>Total</b>
	Infection de la paroi	Infection profonde	
Appendicite aiguë	2	0	2
Hernie de la paroi	1	0	1
Péritonite aiguë	2	1	3
Adénome de la prostate	2	1	3
Lithiase	2	0	2
Occlusion intestinale	1	0	1
<b>Hématome retro placentaire</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>16</b>

.Test exact de Fisher = 1,024, ddl = 6 et **p = 0,8**

Il n'a pas existé de lien entre le type de pathologies chirurgicales et les complications postopératoires.

**Tableau XXXI** : Répartition des patients selon les complications postopératoires.

Complications postopératoires	Effectifs	Pourcentages (%)
Infections	4	0,4
Anémie	16	1,6
Détresse respiratoire	1	0,1
Aucune complication	977	97,9
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>

L'anémie a été la plus représentée avec 2% suivie de l'infection avec 0,5% des cas.

**Tableau XXIV** : Répartition des patients selon les complications en fonction de la prise en charge

Complications	Prise en charge
Douleur	Score : EVA Les antalgiques : paracétamol perfusion + Acupan.
Infection	Antibioprophylaxie (Amoxicilline, Ceftriaxone). Antibiothérapie en fonction des pathologies Mono-antibiothérapies, Bi-antibiothérapie et tri-antibiothérapie. Le Score D'ALTEMEIER et le score de NNISS, on été évalués.
Maladie thromboembolique	Thromboprophylaxie en fonction du risque avec EBPM 0,40mg/kg en 24h, le lever précoce.

Ce tableau nous montre la douleur, l'infection et la maladie thromboembolique n'ont pas été négligées.

**Tableau XXV** : Répartition des causes de décès en fonction des pathologies.

Pathologies	Décès	
	Effectifs	Fréquence (%)
Occlusion	2	28,6
Éclampsie	3	42,8
Hémorragies du 3 <sup>ème</sup> trimestre	2	28,6
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Ce tableau nous montre que sur 998 patients opérés ,7 cas de décès ont été enregistrés soit 1%.

**Tableau XXVI** : Répartition suivant le coût de la prise en charge

Coût de la prise en charge en CFA	Effectifs	Pourcentages (%)
< 50 000	150	15
50 000 - 75 000	239	13,9
75 000 - 100 000	110	11
100 000 - 125 000	6	1
> 125 000	4	0,4
Gratuité	574	57,5
Indéterminés	2	0,2
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients ont été opérés gratuitement avec 574 cas.

Le coût moyen a été 54 600 avec des extrêmes allant de 50 000 à 125 000 FCFA.

**Tableau XXVII**: Répartition des patients selon les difficultés rencontrées au bloc opératoire.

Difficultés rencontrées	Effectifs	Pourcentages (%)
Manque d'oxygène	4	0,2
Manque de Sang	6	0,3
Panne d'électricité	10	0,5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>1</b>

Ce tableau nous montre que la panne d'électricité a été la difficulté la plus rencontrée, soit 0,5% suivie du manque du sang avec 0,3%.

## **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1. Fréquence**

Notre étude a été prospective et réalisée au sein du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako pendant une période allant du 01 Janvier 2019 au 31 décembre 2019.

Durant cette période, nous avons recensé, conformément à nos critères d'inclusion, 998 cas d'interventions chirurgicales dans le service de chirurgie générale-urologie et de gynécologie obstétrique.

Les pathologies chirurgicales digestives étaient dominées par les hernies de la paroi abdominale avec un taux de 12%. La forte prévalence de la hernie est retrouvée dans plusieurs études. Coulibaly DK [3] et Tembely G [4] avait trouvé respectivement 69,63% [3,4].

Les pathologies chirurgicales gynéco-obstétricales étaient dominées par la souffrance fœtale aiguë avec un taux de 11,2%.

Les pathologies chirurgicales urologiques étaient dominées par l'hypertrophie prostatique avec un taux de 3,8%.

### **2. Données Sociodémographiques**

#### **Age**

Il ressort de notre étude que les pathologies chirurgicales se voient à tout âge.

Les tranches d'âge de 21 - 30 ans, soit 66,4% étaient les plus touchées avec une moyenne d'âge de 27 ans.

L'étude réalisée par **DIABATE M.S** [5] a trouvé que les tranches d'âge 21- 40ans et 16 – 20 ans étaient les plus représentées avec respectivement 41,17% [5].

Comparativement à Bankineza E [6] qui a rapporté au Point G dans le service de chirurgie B, 30,6% de la tranche d'âge comprise entre 20 ans – 29 ans et une tranche d'âge comprise entre 30 - 39 ans 22,2% et **COULIBALY A** avait trouvé une tranche d'âge comprise entre 21 - 40 ans 44% [7].

Diarra S et al en 2002 avait que la tranche d'âge de 60 ans plus représenté avec 25,80% de cas [8].

Cette prédominance de ces tranches d'âge dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que les femmes en âge de procréation étaient majoritaires dans l'échantillon.

Notre âge moyen est inférieur à ceux des auteurs suscités avec une différence assez significative pour un  $\chi^2 = 0,86$  et  $P = 0,006$ .

### **Sexe**

Nous avons recensé 714 femmes 72% et 284 hommes 28%. Les femmes étaient significativement plus nombreuses avec un sexe ratio égal à 1,46.

Dolo A. Avait rapporté une prédominance féminine dans l'étude prospective, soit 78,36% [9].

Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer également par le fait qu'il y a plus de pathologies obstétricales que les autres.

### **Profession**

Dans notre série, les ménagères étaient les plus représentées avec un taux de 44%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la grande majorité de nos patients était des femmes.

Fofana M. avait trouvé que les cultivateurs et / ou éleveurs étaient les plus nombreux avec 23,9% suivis des ménagères avec 18,1% [10]

Traoré T. avait trouvé 44,5% de paysans et 18,5% de ménagères [11].

### **Résidence**

Soixante-six virgule sept pour cent 61,8% de nos malades résidaient en Commune II, cela serait dû au fait que l'étude y est déroulée.

L'étude réalisée par Sidibé M.B a trouvé que la grande majorité de ses malades résidait à Bamako [12].

### **Motifs de consultation**

La douleur abdominale a constitué le motif de consultation le plus fréquent avec 458 cas, soit 45,8% due à la fréquence élevée des pathologies chirurgicales gynéco-obstétricales et digestives.

Cissé AB a trouvé aussi la même douleur comme signe fonctionnel abdominal [2,13].

### **Mode de recrutement**

La consultation ordinaire était le mode de recrutement le plus représenté avec 55,1% de cas.

Quarante-quatre virgule neuf pourcent (44,9%) ont été référés ou évacués par d'autres structures sanitaires.

### **Résultat des examens complémentaires**

Le diagnostic était avant tout clinique mais les examens complémentaires sont réalisés pour éviter les complications

### **Diagnostic retenu et le diagnostic peropératoire.**

Il n'y'avait pas une très grande différence entre le diagnostic retenu et le diagnostic peropératoire. Cela pourrait s'expliquer par la qualité de l'examen clinique.

### **Pathologies chirurgicales digestives**

Elles ont constitué 26,1% des pathologies chirurgicales MIANFOUTILA S. et COLL. [13]. Avoir trouvé que les pathologies chirurgicales digestives représentaient 62,5 % des pathologies chirurgicales à L'Hôpital Central des Armées Pierre Moengo de Brazzaville.

La pathologie herniaire a représenté 296 cas, soit 44,8% des pathologies chirurgicales et 65,3% de l'ensemble des interventions de type digestive. Cette prévalence de la hernie est retrouvée dans plusieurs études au Mali [5], en Afrique [15, 16,17] et en Europe [1].

### **Pathologies gynéco-obstétricales**

Ces pathologies ont représenté 679 cas, soit 68,1% de l'ensemble des pathologies chirurgicales. Elles ont concerné en grande partie les SFA, les GEU, les tumeurs de l'utérus, les HRP. Par rapport aux pathologies gynéco-obstétricales, Diallo S.S à Bamako [1] et Sanou à Ouagadougou [18] avaient trouvé respectivement 26,4% et 26,6%.

### **Pathologies chirurgicales urologiques**

Nous avons décompté 58 cas de pathologies chirurgicales urinaires, soit 5,8% dans hypertrophie de la prostate a représenté 4,6% des pathologies opérées et 5,8% des pathologies chirurgicales urinaires. DARA A.E avait trouvé que l'adénome de la prostate représentait 14,9% des pathologies chirurgicales urinaires [19].

Dans les travaux, Noutacdie K.R et Guindo ont rapporté 30,7% et 55,2%. La différence entre ces données et la nôtre serait due à leur réalisation au sein d'un hôpital contrairement au nôtre [20].

### **Indication opératoire**

La hernie de la paroi abdominale a été l'indication opératoire la plus représentée avec 120 cas, soit 12 %.

### **Geste réalisé**

La césarienne a été le geste le plus réalisé, suivie de la cure de la hernie avec respectivement 574 et 120 cas.

### **Activités chirurgicales**

#### **Références/évacuations**

Dans notre série, 5 606 patients ont été vus en consultation, 50 cas soit 6,1% ont été référés/évacués vers le CHU Gabriel TOURE, et le CHU du Point G. Les principales causes étaient constituées d'occlusion intestinale avec 2 cas et éclampsie avec 48 cas. DOLO A. [21] a montré que les principales causes de référence étaient constituées essentiellement d'hémorroïdes, de FVV.

### **Contraintes**

Les difficultés rencontrées par le personnel ont été les suivantes : le manque d'oxygène, le manque de sang, la panne d'électricité, le problème d'anesthésie et la vétusté du bloc opératoire.

### **Activités du bloc opératoire**

Le tableau VI nous montre que sur 998 patients opérés, 112 malades ont été opérés pour souffrance fœtale aigue ; 120 malades pour hernies, 80 malades ont été opérés

pour hémorragies du troisième trimestre de la grossesse et 38 pour hypertrophie de la prostate.

### **Type d'anesthésie**

La rachi anesthésie a été la technique la plus utilisée avec 62,3% des cas.

Sanogo AS avait rapporté une prédominance de l'anesthésie générale avec un taux de 96,38% des cas, contre 3% pour l'anesthésie locorégionale et l'anesthésie locale [22].

L'anesthésie générale a été pratiquée dans 24,4% cas dans l'étude de Fofana M [10].

Konaté avait trouvé que l'anesthésie générale a été pratiquée chez 302 patients [18] et Traoré T a rapporté 172 cas d'anesthésie générale [11]. Il n'y a une différence statistique significative entre nos résultats et ceux des auteurs précités avec un Chi2 Square = 0,15 et P = 0,005.

### **Durée moyenne d'hospitalisation**

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 09 jours en post-opératoire. Peu de malades ont été hospitalisés en préopératoire puisque leur état clinique était bon dans la majorité des cas avec une moyenne de 3,14.

Dolo A. a trouvé une durée moyenne d'hospitalisation de 9,3 jours [9].

Fofana M [10] avait trouvé que la durée moyenne d'hospitalisation des malades était de 12,3 jours à l'Hôpital Régional de Ségou et dans la même structure Traoré T avait trouvé 10,5 jours [11].

### **Complications post-opératoires**

Dans notre étude 0,2% ont présenté une anémie et 2% ont présenté une infection.

Dolo A. a observé que les principales complications post-opératoires précoces étaient constituées d'infections de la paroi 24,43%, d'hématome et de rétention d'urine avec 14,29% chacune [9].

### **Complication selon la prise en charge**

La prise en charge de la douleur était faite en fonction du degré de l'intensité de la douleur. (SCORE EVA). Les molécules fréquemment utilisées : paracétamol perfusion, Néfopam.

Infection : Antibioprophylaxie (Amoxicilline, ceftriaxone).

Antibiothérapie probabiliste, antibiothérapie proprement dit en fonction de l'antibiogramme. Mono-antibiothérapie, bi-antibiothérapie et triple antibiothérapie.

Maladie thromboembolique : Thromboprophylaxie avec EBPM (enoxaparine) 0,40mg/kg en sous cutanée par 24H. Le score d'ALTEMEIER ET LE score de NNISS ont été évalués.

### **Décès**

Sur les 998 patients opérés, 7 décès, soit 1% ont été enregistrés.

Dolo A. a trouvé 6 décès sur 342 malades opérés, soit 1,75% [9]. Coulibaly A. a trouvé un taux de 1,11% de mortalité chirurgicale [7].

Les patients décédés étaient des patients référés ou évacués d'autres structures sanitaires. L'Occlusion intestinale, L'éclampsie et L'hématome retro placentaire ont été les principales causes de décès liés à l'hypovolémie, Hellp syndrome et la coagulation intraveineuse disséminée.

### **Coût**

Le coût moyen de la prise en charge a été de 53 500 FCFA. Le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) au Mali étant de 28 460 FCFA. Cette somme est donc largement au-dessus des revenus de la grande majorité de la population.

## **CONCLUSION**

Ce travail nous a permis de mettre en évidence les activités chirurgicales du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako, d'en évaluer les performances et les insuffisances.

Au terme de cette étude, le résultat nous a paru satisfaisant, vu qu'il y a moins de complications post opératoires, ce qui fera entrer le CSRéf dans le concert des grands hôpitaux de demain.

## **RECOMMANDATIONS**

### **Aux autorités politiques et administratives :**

- Informer les populations sur le cadre conceptuel du système de référence/évacuation ;
- Doter d'avantage le centre en personnel qualifié et en matériel adéquat pour le diagnostic rapide et la prise en charge adéquate des malades ;
- Former et recycler le personnel sanitaire ce qui permettra un renforcement de capacités des agents ;
- Accroître une communication rigoureuse et vulgariser les résultats obtenus, chose qui facilitera l'implication de la population au plus haut ; niveau et la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé conçue par les plus hautes autorités et confiée au PRODESS ;
- Renforcer en personnel et redynamiser le service de chirurgie ;
- Renforcer le plateau technique du CSRéf CII.

### **Au Médecin - chef et au personnel socio sanitaire du CSRéf de la commune II :**

- Il serait souhaitable de veiller à la bonne tenue des registres en fournissant le maximum de renseignements sur les malades hospitalisés, (données sociodémographiques, compte rendu opératoire, les données cliniques et paracliniques). Cela constituerait un avantage considérable notamment celui du gain de temps et la pertinence des études ultérieures ;
- Assurer la disponibilité permanente du sang, de l'oxygène et s'électricité au sein du CSRéf ;
- Doter en matériels les services d'hospitalisation (lits) ;
- Créer un service social au sein du CSRéf pour la prise en charge des indigents.

## **REFERENCES**

### **[1] Diallo M.**

Évaluation des activités de chirurgie au Centre de Santé de Référence de Macina.  
Thèse de Med, Bamako 2008, 90p, N°389.

### **[2] Cisse AB.**

Bilan de deux ans d'activité chirurgicale du service de chirurgie générale du Centre de Santé de Référence de la Commune I. Thèse médecine Bamako, 2013, 93p, N°11.

### **[3] Coulibaly DK.**

Etude statistique de l'évolution du nombre d'intervention chirurgicale dans les Hôpitaux de Bamako et Kati (à propos de 82987 actes chirurgicaux) : de 1976 à 1980. Thèse de médecine, Bamako, 1985, 120p, N° 25.

### **[4] Timbely G.**

Contribution à l'étude comparative des interventions chirurgicales effectuées dans les Centres de Santé périphériques du Mali. Thèse Med Bamako 1987, 128p, N°16.

### **[5] Diabate MS.**

Urgences abdominales chirurgicales au Centre de Santé de Référence de Bougouni. Thèse de médecine Bamako 2015, 139p, N°147.

### **[6] Bankineza E.**

Étude rétrospective des activités du service de chirurgie B du Point G. de 1978 à 1992. Thèse de médecine, Bamako 1992, 199p, N°51.

### **[7] Coulibaly A.**

Etude des infections post-opératoires en chirurgie B du CHU du Point G. Thèse de médecine, Bamako 1999, 132p, N°87.

### **[8] - Diarra S.**

Etude de la morbidité et la mortalité dans les services de chirurgie générale de l'hôpital national du Point G. Thèse de Médecine Bamako 2002, N° 132.

**[9] - Dolo A.**

L'activité chirurgicale Gynéco obstétricale en pratique de ville : Exemple de la clinique << LE HOGON >> Thèse de Médecine Bamako 1999, 89p, N°25.

**[10] - Fofana M.**

Epidémiologie des pathologies chirurgicales dans le service de chirurgie générale à l'hôpital régional de Ségou. Thèse de médecine Bamako, 2006, 104p, N°26.

**[11] - Traore T.**

Les urgences abdominales aiguës chirurgicales à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse de médecine, Bamako 2000, 105p, N°28.

**[12] - Mianfoutila ; R. Bahamboula Mpassi-Abdel Semed.**

Anesthésie locorégionale en chirurgie générale à propos de 464 cas à l'Hôpital central des armées Pierre Moengo. Brazzaville, Congo  
Med. Afr. Noire : 1993, 40p, 10.

**[13] - Diallo SS.**

Analyse des activités du service de chirurgie A du CHU du Point G de janvier 2005 à janvier 2006. Thèse Med, Bamako 2008, 85p, N° 26.

**[14] - Samou. MJ.**

Les abdomens chirurgicaux au centre hospitalier national Y Ouédraogo. Bilan de cinq années d'activités dans le service de chirurgie générale. Thèse Med, Ouédraogo 199 ; N°162.

**[15] - Dara AE.**

Pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire dans le service de chirurgie B du CHU du Point G. Thèse Med, Bamako 2008, 64p, N°490.

**[16] - Dolo A.**

Activités de soins dans un Centre de Santé d'arrondissement : cas de Sangha. Thèse de médecine, Bamako 2001, 96p, N°77.

**[17] - Sanogo AS.**

Bilan annuel de l'activité du service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Touré.

**[18] - Konate M.**

Les urgences chirurgicales à l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine, Bamako 2005, 117p, N°238.

**[19] - Traore BM.**

Bilan des activités chirurgicales du service de gynéco-obstétrique à l'Hôpital National du Point G. Thèse de médecine, Bamako 2003, 112p, N°69.

**[20] - Simpara A.**

Évaluation des activités des services de Médecine au centre de santé de référence de Macina. Thèse de Médecine Bamako 2006, 86p, N°311.

**[21] - Sissoko M.**

Evaluation du service d'accueil des urgences et bilan statistique des urgences médicales à l'Hôpital du Point G. Thèse de médecine, Bamako 2001, 84p, N°88.

**[22] - Diarra Y.**

Résultats de l'étude des césariennes au CS Réf de la Commune IV du District de Bamako à propos de 200 cas. Thèse de médecine, Bamako, 2006, 120p, N°235.

## **ANNEXES**

Fiche D'enquête numéro N° .....

Bilan D'un An D'activité Chirurgicale, CS Réf CII-Bamako

Q1 : N° du Questionnaire :.....

Q2 : N° du Dossier Du Malade :.....

Q3 : Date de consultation .....

Q4 : Non et Prénoms :.....

Q5 : Age.... (ans)

Q6 : Sexe : 1. Masculin / / 2. Féminin / /

Q7 : Situation matrimoniale..... 1. Marié(e) / / 2.Celibataire/ / 3.

Divorcé(e)/

4. Veuf (Ve) / /

Q8 : Provenance.....

Q9 : Résidence à Bamako.....

Q10 : Ethnie : 1. Bambara / / 2. Peulh / /

3. Soninké / / 4.Malinké/ /

5. Dogon/ / 6.Bozo/ /

7. Minianka / / 8.Sanoufo / /

9.Sonrhäi / / 10.Autres (À préciser)

Q11 : Nationalité :..... 1. Malienne / / 2.Autres (A préciser)/ /

Q12 : Profession :..... 1. Cultivateur / / 2. Fonctionnaire/ /

/

2. Commerçant(e) / / 4. Ménagère/ / 5. Ouvrier / / 6.

Étudiant(e)/Élève/ /

7. Chauffeur / / 8. Retraité(e)/ / 9. Éleveur / / 10. Sans profession/ / 11. Autres

(A Préciser)/ /

Q13.Niveau d'instruction :.....

Q14 : Mode de recrutement :..... 1.Consultation / / 2.Urgence/ /

Q15 : Hospitalisation : ..... Oui / / Non / /

Q16 : Motifs de consultation :.....

Q17 : Diagnostic de consultation :.....

Q18 : Diagnostic préopératoire :.....

Q19 : Diagnostic peropératoire :.....

Q20 : indications opératoires

1-Paholoies digestives :

- ✓ appendicite aigue / /
- ✓ occlusion intestinale aigüe / /
- ✓ péritonites / /
- ✓ thrombose hémorroïdaire / /

2-urologiques :

- ✓ hypertrophie prostatique / /
- ✓ hydrocèle / /
- ✓ lithiases / /

3- gynécologiques :

- ✓ néo du col utérin / /
- ✓ myomes hémorragiques / /
- ✓ Utérus polomyomateux / /
- ✓ Kystes organiques de l'ovaire / /
- ✓ les prolapsus utérins / /
- ✓ Les pathologies obstétricales :
- ✓ bassin généralement rétréci / /
- ✓ souffrance fœtale aigue / /
- ✓ Macrosomie fœtale / /
- ✓ procidence du cordon battant / /
- ✓ hématome retro placentaire / /
- ✓ placenta prævia recouvrant hémorragique / /
- ✓ utérus bi cicatriciel / /
- ✓ Crise éclampsie / /

- ✓ pré-éclampsie sévère / /
- ✓ Rupture utérine / /
- ✓ Syndrome de pré rupture / /
- ✓ Présentations vicieuses / /
- ✓ Utérus cicatriciel/bassin limite / /

Q20 : Titre de l'opérateur

- 1. Chirurgien / /
- 2. Urologue / /
- 3. Gynécologue-Obstétricien / /
- 4. CES / /
- 5. Médecin généraliste / /
- 6. Interne / /
- 6. Autres (Préciser)

Q21 : Type d'anesthésie :

- 1. Locale / /
- 2. Loco-régionale / /
- 3. Générale / /
- 4. Autres (Préciser) / /

Q22 Suites opératoires :

- 1. Simples / /
- 2. Complications :
  - 2.1. Immédiates / /
  - 2.2. Tardives / /
  - 2.4. Décès / /
  - 2.5. Autres (Préciser) / /

Q23 : Durée d'hospitalisation

Jour : 1. / / 2. / / 3. / / 4. / / 5 / / 6. / /

Semaine : 1. / / 2. / / 3. / /

Q24 : Technique opératoire

Q25 : Voie d'abord :.....

- 1. incision médiane sus ombilicale / /
- 2. Incision médiane sous ombilicale / /
- 3. Incision médiane sus et sous ombilicale / /
- 4. Incision en Pfannenstiel / /
- 5. Au point de Mc Burney / /
- 6. Pararectale / /
- 7. Inguinotomie / /
- 8. Autres (A Préciser) / /

Q26-Gestes réalisés :

- 1- Appendicectomie 2- Cholécystectomie 3- Résection /anastomose 4-  
Colectomie  
5- Iléostomie 6- Splénectomie 7- Section des brides 8-Suture de la perforation  
digestive 9-Colostomie 10-Lavage péritonéal 11- Césarienne  
12-Hystérectomie 13- Kystectomie 14- Hémorroïdectomie 15- Incision en T  
16- Adénomectomie prostatique 17- Cure de la hernie 18- Cure de l'hydrocèle  
19-Autres (A préciser)

Q2 : Coût de la prise en charge

< 25 000 / /	25 000 - 50 000 / /
50 000 – 75 000 / /	75 000 - 100 000 / /
100 000 - 125 000 / /	> 125 000 / /

## **Fiche signalétique**

**NOM :** COULIBALY

**PRENOMS :** MOUSSA TOTEKE

**TITRE :** Bilan d'un an d'activités chirurgicales au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako

**Année :** Janvier 2019 à Décembre 2019.

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS).

**Secteur d'intérêt :** Chirurgie

**Résumé : Titre :** Bilan d'un an d'activités chirurgicales au CSRéf de la Commune II du District de Bamako

### **Introduction :**

L'étude du bilan d'activités chirurgicales permet d'améliorer la qualité des soins au niveau des différentes unités chirurgicales [1].

**Objectif :** Elle avait pour but d'évaluer les activités chirurgicales réalisées de Janvier 2019 à Décembre 2019.

### **Patients et méthodes :**

Etude descriptive prospective allant de Janvier - décembre 2019 au CSRéf II du District de Bamako, incluant les patients opérés dans les services de chirurgie générale-urologie et gynéco-obstétrique

### **Résultats :**

Nous avons réalisé 998 cas d'interventions chirurgicales représentant :

- ✓ 93,7 % des 5606 consultations ;
- ✓ 18,9 % des 1064 patients hospitalisés.

Le sexe ratio a été de 1,46 % et une prédominance chez l'adulte jeune de 21-30 ans.

Les principaux groupes d'affection rencontrés ont été les parturientes avec un taux de 48,1 %, les pathologies obstétricales, en première position suivies des pathologies du

tube digestif avec un taux de 26,1% et les pathologies urinaires, avec un taux de 5,8%. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 10 jours.

La rachi anesthésie a été utilisée chez la majorité de nos patients.

Sur les 998 patients opérés, 7 décès ont été enregistrés.

**Conclusion :** Ce travail nous a permis de mettre en évidence les activités chirurgicales du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako, d'en évaluer les performances et les insuffisances.

**Mots clés :** Évaluation chirurgie, Centre de Santé de Référence, Commune II, District de Bamako.

## **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'Être 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 n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

**Admis** 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 les lois de l'humanité.

**Respectueux** et reconnaissant 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.

**JE LE JURE !**