

Ministère de l'Éducation Nationale

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2005/2006

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Thèse N°...../2006

TITRE :

LES PATHOLOGIES THORACIQUES CHIRURGICALES
DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE A DE L'HOPITAL
DU POINT-G : REVUE DES CAS

Thèse présentée et soutenue publiquement le...../2006

À la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie par

Nganmeni Ignace

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine, Diplôme d'Etat.

JURY :

Président

Professeur Sambou SOUMARE

Juges

Docteur Souleymane Diallo

Docteur Adama KOITA

Directeur de thèse

Professeur Djibril SANGARE

Co-directeur

Docteur Yéna Sadio

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006**

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE: Mme **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE	: pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Mohamed TOURE	: Pédiatrie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine Interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhouseni Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Aida SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie Générale
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-obstétrique
M. Sadio YENA	: Chirurgie Générale et Thoracique
M. Issa DIARRA	: Gynéco-obstétrique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie –Réanimation
M. Samba Karim TIMBO	: Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie –réanimation
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et chirurgie Générale
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
M. Siné BAYO	: Anatomie-Pathologie- Histo-embryologie
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE	: Biologie
M. Abdurahamane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Massa SANOGO	: Chimie Analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Amadou TOURE	: Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamadou KONE	: Physiologie
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie-Virologie

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Abdourahamane TOUNKARA	: Biochimie
M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie-Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie

5. ASSISTANTS

M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	: Biologie-Parasitologie
M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie
M. Boubacar TRAORE	: Immunologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**1. PROFESSEURS**

M. Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne
M. Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	: Néphrologie
M. Baba KOUMARE	: Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	: Neurologie
M. Issa TRAORE	: Radiologie
M. Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
M. Hamar A. TRAORE	: Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	: Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	: Dermato-Leprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Toumani SIDIBE	: Pédiatrie
M. Bah KEITA	: Pneumo-Phtisiologie
M. Boubakar DIALLO	: Cardiologie
M. Abdel Kader TRAORE	: Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	: Radiologie

M. Mamadou DEMBELE : Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamady KANE : Radiologie
 M. Saharé FONGORO : Néphrologie
 M. Bakoroba COULIBALY : Psychiatrie
 M. Bou DIAKITE : Psychiatrie
 M. Bougouzié SANOGO : Gastro-Entérologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA : Pédiatrie
 Mme TRAORE Mariam SYLLA : Pédiatrie
 M. Adama D. KEITA : Radiologie
 Mme SIDIBE Assa TRAORE : Endocrinologie
 Mme Habibatou DIAWARA : Dermatologie
 M. Daouda K. MINTA : Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

M. Kassoum SANOGO : Cardiologie
 M. Seydou DIAKITE : Cardiologie
 M. Mahamadou B. CISSE : Pédiatrie
 M. Arouna TOGORA : Psychiatrie
 Mme DIARRA Assétou SOUCKO : Médecine Interne
 M. Boubacar TOGO : Pédiatrie
 M. Mahamadou TOURE : Radiologie
 M. Idrissa CISSE : Dermatologie
 M. Mamadou B. DIARRA : Cardiologie
 M. Anselme KONATE : Hépto-Gastro-Entérologie
 M. Moussa T. DIARRA : Hépto-Gastro-Entérologie
 M. Souleymane DIALLO : Pneumologie
 M. Souleymane COULIBALY : Psychologie
 M. Soungalo DAO : Maladies Infectieuses
 M. Cheïck Oumar GUINTO : Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Boubacar Sidiki CISSE : Toxicologie
 M. Gaoussou KANOUE : Chimie Analytique, Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Ousmane DOUMBIA : Pharmacie Chimique
 M. Drissa DIALLO : Matière Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Boulkassoum HAIDARA	: Législation
M. Elimane MARIKO	: Pharmacologie
M. Alou KEITA	: Galénique

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Benoît KOUMARE	: Chimie Analytique
M. Ababacar MAIGA	: Toxicologie
M. Yaya KANE	: Galénique
Mme Rokia SANOGO	: Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

M. Saïbou MAIGA	: Législation
M. Ousmane KOITA	: Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**1. PROFESSEUR**

M. Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique, Chef de D.E.R.
M. Sanoussi KONATE	: Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Moussa A. MAIGA	: Santé Publique
--------------------	------------------

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Bocar G. TOURE	: Santé Publique
M. Adama DIAWARA	: Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO	: Santé Publique
M. Massambou SACKO	: Santé Publique
M. Alassane A. DICKO	: Santé Publique

5. ASSISTANTS

M. Samba DIOP	: Anthropologie Médicale
M. Seydou DOUMBIA	: Epidémiologie
M. Oumar THIERO	: Biostatistique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA	: Botanique
M. Bouba DIARRA	: Bactériologie

M. Salikou SANOGO	: Physique
M. Boubacar KANTE	: Galénique
M. Souleymane GUINDO	: Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	: Mathématiques
M. Modibo DIARRA	: Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	: Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	: Génétique
M. Yaya COULIBALY	: Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA	: Bromatologie
Pr Babacar FAYE	: Pharmacodynamie
Pr Eric PICHARD	: Pathologie Infectieuse
Pr Mounirou CISSE	: Hydrologie
Pr Amadou DIOP	: Biochimie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A DIEU, le tout puissant, notre père, notre Maître, celui par qui tout a été fait.

Sans toi, Seigneur, je ne serai jamais arrivé à ce jour. Merci pour ta présence incessante dans ma vie et pour le bonheur que j'ai à te garder dans mes pensées.

Je prie Seigneur afin que ta présence se perpétue tout au long de l'exercice de ma fonction médicale.

- A mes parents : **M. NGANWA Mathieu et Mme NGANWA Hélène**

Les mots me manquent ce jour pour vous exprimer toute ma reconnaissance et mon indéfectible attachement.

Merci cher parents pour tous les sacrifices consentis sans relâche pour notre éducation, merci pour votre rigueur, merci pour votre présence à nos côtés, merci tout simplement car la liste est trop longue.....

Dieu vous garde encore longtemps sur cette terre afin que vous savouriez les fruits de ces années de dur labeur.

- A mme **Keugmeni Thérèse** : merci pour tout malgré cette longue séparation, tu as contribué d'une manière ou autre afin que ce jour arrive.

- A ma grande sœur chérie **Dr FAMPOP Esther** : merci grande sœur pour ta présence indéfectible à mes côtés tout au long de ces dures années. Ton soutien moral n'a pas fait défaut à aucun moment pour la réussite de mes études.

Veille trouver dans ce travail l'expression de mon profond attachement et ma sincère gratitude.

- A mes frères et sœurs : **Germaine, Ledoux, Pierre, Romaine, Juliette, Lazare, Guy, Serge, Mérimé, Béatrice.**

Ce travail est le votre, je ne l'ai rédigé à certains moments qu'avec l'image de ces années passées ensemble. Puissions nous être comme les doigts de la main, inséparable. Dieu nous guide. Du courage dans vos entreprises.

-A mes nièces et neveux : **Pierrette, Vanessa, Koffi, Kaloman.....**

Que ce travail vous serve d'exemple !

- A ma tendre amie **Virginie Kamdem** : merci pour avoir fait ta connaissance a un moment où les circonstances étaient difficile pour moi tu as su m'aider à les surmonter, tu as mise ta touche dans la finissions de ce travail tout ceci par amour. Puisse le Seigneur nous aidé à réaliser nos vœux.

Beaucoup de courage pour la suite de tes études. Je t'aime.....

REMERCIEMENTS

- Aux familles NJANJA Jean Paul, KWAYEP Christophe, SANDJONG, PETKIOT Robert

Soyez assurés de ma reconnaissance.

- A mlles FANYA Anne, Josette
- Maman Faleu Emmilienne
- A toute la famille Sagounko
- Au Dr OUANKOU Mérimé et famille : c'est sous vos conseils que j'ai fais mes premiers pas dans les études médicales. Veuillez trouver dans ce travail toute ma reconnaissance infinie.
- A mlle BOULLEYS Michèle : merci pour ces moments passés ensemble. Je te souhaite beaucoup de courage pour la suite de tes études.
- A mes ami(e)s : Dr Jean Paul DJOUFACK, Dr Patrick KAMLEU, Dr Christian TIENCHEU, Dr Ibrahim NJOYA, mme Daniella MOGOUE

Vous avez été pour moi d'un très grand soutien durant toutes ces années d'étude les bons amis s'acquièrent sur les bancs. Puisse le tout puissant nous aider dans notre vie future.

- A Sylvie KENGNE : merci pour tout ma chérie, du courage.
- A mon fils Francis NGADJEU : je te souhaite beaucoup de persévérance pour la suite de tes études.

- A Aida, Marietta, Alix.
- A Thierry Lamaré FOUAPON : merci pour tout ce que tu as pu faire pour moi.

- A mes tuteurs et tutrices : Mme Niaré TOURE, Mr Badlé, et leurs familles respectives, j'ai retrouvé le chez moi dans vos familles.

- A mes aînés les Docteurs : KENFACK Samuel, NOUBISSI et sa copine Delphine, NGONGANG Olivier et sa copine BAPA Sophie, TIKANGOUA Nadège, TOUKO Patrick, Enam SOBKENG, TINTCHUI Nadège, Léandre TABOUE, Sandrace KALAWÉ, NONG Thierry, SAMOU Franklin, SAMOU Said,

- A la promotion ASPRO particulièrement à la petite Tatiana qui pour des problèmes de santé n'a pas pu continuer avec les études.

- Au Dr NZEFA Alain et son épouse.

- A tous mes voisins de la cité « HACIENDA » anciens comme nouveaux : je n'oublierais pas ces moments passés en votre compagnie.

- A mon logeur M. Maiga qui c'est toujours comporté en bon parent à notre égard.

- A mes amis de la communauté malienne, ivoirienne et centrafricaine.
- A toute la communauté camerounaise de Bamako (AEESCM)
- A mes ami(e)s du lycée de BIYEM-ASSI (Yaoundé) : KAMGANG Bertrand, MOBUE Clarisse, NGAH Edwige, TONOU Serge, TOUMBIACK Eric, NOUMBISSI
- A mes ami(e)s de Libreville : NGANSO Augustin, ADER, Corine, Cosby.
- A mes collègues internes du service de chirurgie « A » ancien comme nouveau particulièrement KONE, Pierre SODIO, Dr FOTSO laure.

Pour ceux qui sont encore là courage que Dieu vous guide dans la suite de vos travaux.

- A tout le personnel du service de chirurgie « A » et du bloc opératoire : merci pour tout ce que j'ai appris auprès de vous.
- A la Communauté Missionnaire Chrétienne Internationale de Bamako particulièrement le pasteur et son épouse merci pour tout ce que j'ai pu apprendre auprès de vous
- Au peuple malien qui a pu me construire un avenir.
- A tous ceux que j'ai omis de citer ici, je dis : vous êtes dans mon cœur, le stress et tout ce qui accompagnent ces moments que je vis font que je ne puis me souvenir de tous ; mais sachez que chacun qui m'a côtoyé a sa place.

Merci à vous tous.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Sambou SOUMARE

Vous nous faites un grand honneur en acceptant, malgré vos multiples occupations, de présider notre jury. Cher maître votre intégrité, votre courage et votre rigueur pour le travail bien fait sont quelques-unes une de vos qualités.

Votre simplicité, votre pragmatisme, la qualité de votre enseignement ont fait de vous un être remarquable.

Trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et membre du jury

Docteur Adama KOITA

Praticien Hospitalier au C.H.U du Point « G »

Cher maître nous avons été émerveillé par votre courage, votre amour pour la médecine, votre modestie vous valent toute notre admiration.

Permettez-nous cher maître de vous exprimer notre sincère reconnaissance.

A notre maître et Codirecteur de thèse

Docteur YENA Sadio

Maître Assistant

Cher maître ce travail est le fruit de vos efforts. Votre désir de savoir, votre courage et votre constance dans l'effort nous ont profondément impressionné.

Nous garderons de vous un homme de science et un enseignant soucieux de la formation de ses élèves.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Djibril SANGARE

Cher maître ce travail est le vôtre. Nous ne vous remercierons jamais assez d'avoir voulu nous confier ce travail et surtout de nous aider à le réaliser en ne ménageant aucun effort.

Votre simplicité, votre sérénité, votre esprit communicatif et votre culture font de vous un maître admiré de tous. Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre profond respect

SOMMAIRES

I. Introduction.....	20
II. Objectifs.....	21
III. Généralités	
1. Historique.....	
2. Rappels anatomiques.....	6
3. Physiologie respiratoire.....	18
4. Conduite diagnostique en Chirurgie thoracique.....	23
IV. Méthodologie.....	33
V. Résultats.....	38
VI. Commentaires.....	61
VII. Conclusion.....	68
VIII. Recommandations.....	69
IX. Références bibliographiques.....	70

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

I. INTRODUCTION

Les pathologies thoraciques sont nombreuses et variées en fonction des pays.

Ces variations sont surtout liées aux conditions socio-économiques des populations, au niveau de développement des pays, et aux conditions climatiques et environnementales.

En occident, jadis les pathologies d'origine infectieuses étaient de loin les plus fréquentes[1].

Avec l'industrialisation et la modernisation de la vie, ce sont les pathologies cancéreuses qui ont pris actuellement la première place[1].

On estime le nombre de nouveaux cas par an de cancers broncho-pulmonaires à 2800 en France et à plus de 150000 aux Etats-Unis[2,3].

Dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique, les pathologies thoraciques chirurgicales restent encore dominées par les étiologies infectieuses.

Au Maroc en l'an 2000 l'hydatidose pulmonaire et les séquelles de tuberculose représentaient la principale activité opératoire d'un service de chirurgie thoracique[4] avec respectivement 56 et 12% selon Alaziz et coll.

Les séquelles de tuberculose ainsi que les complications des autres infections pleuro-pulmonaires se rencontrent avec une proportion variant de 25 à 46% en côte d'ivoire et au Gabon[5,6].

Les cancers broncho-pulmonaires ne sont pas en reste, puisque leur incidence semble en augmentation dans nos régions africaines[7, 8,9,10]. La prise en charge diagnostique et thérapeutique est souvent rendue difficile en Afrique par la faiblesse des moyens humains et techniques.

Les traumatismes thoraciques constituent actuellement un véritable problème de santé publique. Ils se rencontrent de plus en plus et sont devenus plus meurtriers en raison de la gravité des accidents de la voie publique qui constituent leur principale étiologie et les mauvaises conditions de ramassage[11,12].

Au Mali, les pathologies chirurgicales thoraciques sont nombreuses et ont fait l'objet de plusieurs travaux descriptifs sur les cancers, les pathologies infectieuses et les traumatismes[9,14,15].

Le présent travail est une étude descriptive des pathologies thoraciques chirurgicales non traumatiques observées dans le service de chirurgie « A » du point G.

II. OBJECTIFS

1. Objectif général.

Analyser les activités de chirurgie thoracique non traumatique dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point « G » de janvier 2000 à mars 2004.

2. Objectifs spécifiques.

- Déterminer la prévalence des pathologies chirurgicales thoraciques dans le service.
- Décrire les aspects diagnostics et thérapeutiques.
- Déterminer les difficultés liées à leur prise en charge.
- Evaluer les résultats thérapeutiques à court terme.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. HISTORIQUE : [17]

Au début du xx^e siècle, la chirurgie de résection pulmonaire n'existait pas, de même que l'anesthésie moderne adaptée à la prise en charge chirurgicale des pathologies respiratoires.

La chirurgie thoracique n'était pas encore une discipline chirurgicale à part entière, et la plupart des interventions chirurgicales thoraciques visaient à résoudre des problèmes infectieux comme l'empyème, les bronchectasies ou la tuberculose cavitaire..

Dans les années 1920-1930 l'indication principale de la chirurgie de résection pulmonaire concernait essentiellement les destructions parenchymateuses associées aux bronchectasies d'origine infectieuse.

Dans les années 1960-1970 les progrès furent considérables dans le domaine de l'anesthésie réanimation et des instruments chirurgicaux.

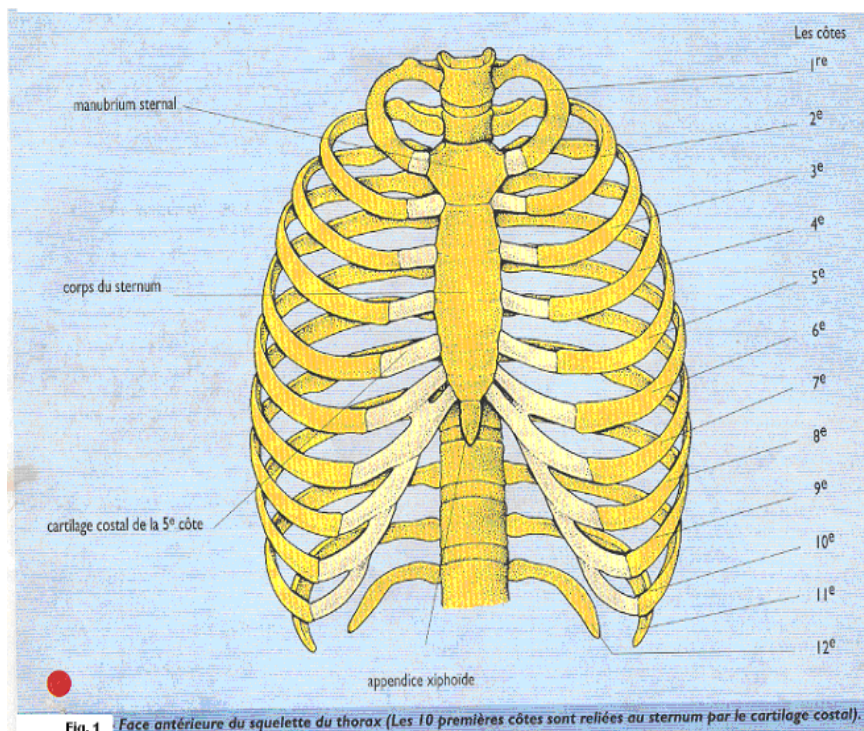
Les deux dernières décennies du xx^e siècle ont vu l'essor de la transplantation pulmonaire et de la vidéothoroscopie.

Le premier chirurgien malien à s'intéresser à la chirurgie thoracique fut le professeur Mamadou Dembelé en 1967, d'abord à l'hôpital de kati puis au service de chirurgie « A » du point G en 1971. Depuis l'activité est restée dans ce service dirigé depuis 1990 par le professeur Sambou Soumaré.

2. RAPPEL ANATOMIQUE [18, 19]

Le thorax représente l'étage supérieur du tronc, il est limité en haut par le cou et la tête, en bas par l'abdomen dont il est séparé par le diaphragme. Les membres supérieurs s'attachent sur la cage thoracique par l'intermédiaire de la ceinture scapulaire. Sur la paroi antérieure, les clavicules dessinent en haut la limite de la région thoracique et le rebord des dernières côtes forme en bas la séparation entre le thorax et l'abdomen.

2.1. Le squelette du thorax :



Le squelette de la cage thoracique comprend :

- En arrière, la portion thoracique de la colonne vertébrale constituée de 12 vertèbres thoraciques
- Latéralement, les arcs costaux
- En avant le sternum.

Un arc costal est composé d'une côte et d'un cartilage qui prolonge la côte en avant.

La cage thoracique (description) :

1.1.1. Configuration externe

On distingue 4 faces :

- Une face antérieure : comprise entre les angles antérieurs des côtes, elle est chondrosternale,
- Une face postérieure ou dorsale est comprise entre les angles postérieurs, elle est rachidienne,
- Deux faces latérales : les 12 paires de côtes limitent 11 espaces intercostaux.

1.1.2. Configuration interne

Les faces antérieures et latérales sont concaves en arrière. De part et d'autre de la saillie du rachis se trouve les gouttières pulmonaires on distingue :

- Un orifice supérieur : Compris entre le manubrium en avant, le corps de T1 en arrière, la 1ere côte latéralement, il est ovalaire à grand axe transverse, oblique en bas et en avant (diamètre antéro - postérieur 6 cm diamètre transverse 10cm)
- Un orifice inférieur : Il est limité en avant par la xiphoïde et par l'angle xiphoïdien, en arrière par T12, latéralement par les 2 dernières côtes et le rebord chondral commun aux fausses côtes. Il est oblique en bas et en arrière, beaucoup plus large que l'orifice supérieur, diamètre antéro - postérieur 2 cm, diamètre transverse 26 cm le diaphragme le ferme.

1.2. Les côtes

Il existe 12 paires de côte qui présentent de chaque côté

- Une extrémité antérieure qui s'articule au cartilage costal,
- Une portion moyenne qui constitue le corps de la côte, aplati de dedans en dehors,
- Une extrémité postérieure au niveau de laquelle la côte s'articule avec la colonne vertébrale.

Elle présente 2 reliefs :

La tête de la côte qui s'articule avec le corps des deux vertèbres voisines (L'exception de la première et des deux dernières qui ne s'unissent qu'à un seul corps vertébral) et La tubérosité de la côte qui s'articule avec l'apophyse transverse de la vertèbre correspondante.

La tête et la tubérosité sont réunies par le col de la côte.

On distingue trois grands groupes de côtes :

- Les vraies côtes : elles sont formées par les sept premières côtes ; elles sont reliées directement en avant au sternum par leur cartilage. Signalons la forme particulière de la première côte qui est aplatie de haut en bas et présente sur sa face supérieure les gouttières des artères et des veines sous-clavières séparées par le tubercule de Lisfranc,
- Les fausses côtes : composées par les 8^e, 9^e et 10^e côte. Elles sont unies en avant par leur cartilage au cartilage sus-jacent.
- Les côtes flottantes : formées par les deux dernières côtes, elles se terminent par du cartilage libre.

1.3 L'espace intercostal fig. 2

L'espace intercostal correspond à l'espace limité par deux côtes : une côte supérieure et une côte inférieure.

Il contient les muscles intercostaux externes, moyens et internes, les vaisseaux et les nerfs intercostaux. Les vaisseaux et le nerf se réunissent en un faisceau où l'on trouve de haut en bas la veine, l'artère et le nerf. Le faisceau vasculo-nerveux intercostal s'applique en arrière sur la face interne du muscle intercostal externe, puis il chemine dans l'espace compris entre les muscles intercostaux externe et interne pour finir son trajet en avant entre les muscles intercostaux interne et moyen, juste en dessous de la gouttière costale de la côte supérieure.

De l'artère et du nerf intercostal, naissent des rameaux musculaires et une branche cutanée perforante latérale.

1.4. Le sternum

Le sternum est un os plat d'avant en arrière, situé à la partie antérieure et médiane du tronc et comprend une face antérieure convexe de haut en bas saillante sous la peau et est le lieu d'insertion du muscle grand pectoral, une face postérieure lisse correspond à la cavité de la cage thoracique.

Le sternum comprend trois parties :

- Le manubrium qui est la partie supérieure
- Le corps du sternum qui correspond à la partie moyenne
- L'appendice xiphoïde qui est l'extrémité inférieure effilée.

Sur les bords latéraux, on trouve les articulations costosternales (chondro- sternales) des sept premières côtes.

2. LES MUSCLES DU THORAX

Les muscles du thorax comprennent essentiellement :

- Le grand pectoral : il s'étend de la face antérieure de la paroi thoracique en dedans à l'extrémité supérieure de l'humérus en dehors ; il est adducteur de l'humérus,
- Le petit pectoral, Sous jacent au premier il s'étend de l'apophyse coracoïde de l'omoplate à la face externe des 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} côte. Il est abaisseur du moignon de l'épaule et inspirateur,
- Le sous clavier est étendu de la clavicule à la 1^{ère} côte. Il est inspirateur,

- Le grand dentelé est étendu du bord interne de l'omoplate sur toute sa hauteur aux deux premiers arcs costaux en s'enroulant sur la paroi latérale du thorax. Quand il prend son point fixe sur le thorax il détermine l'antépulsion du moignon de l'épaule, quand son point fixe est scapulaire, il devient inspirateur,
- Les muscles intercostaux, suscostaux et sous costaux sont insérés sur les côtes, et ferment les espaces compris entre celles-ci. Ce sont des muscles inspireurs et expirateurs.
- Le diaphragme est un muscle plat qui constitue une cloison musculo-tendineuse qui sépare la cavité thoracique de la cavité abdominale.

On peut lui considérer deux portions : une portion verticale fixée au rachis, une portion horizontale avec les coupes remontant à l'intérieur de la cage thoracique.

Le diaphragme peut être considéré comme la juxtaposition d'une multitude de muscles digastriques entrecroisés et on peut lui décrire deux parties : Les coupes diaphragmatiques, formées par le centre phrénique et le segment horizontal des faisceaux musculaires d'insertion. Ce sont deux dômes, droit et gauche regardant en bas et en avant. La coupole droite abritant le foie remonte plus haut que la gauche et une partie latérale musculaire qui s'insère latéralement sur les côtes et en arrière sur le rachis.

Le diaphragme est perforé par un grand nombre d'orifices que traverse des organes allant du thorax à l'abdomen et inversement (aorte, veine cave inférieure, oesophage, nerf pneumogastrique, splanchniques et sympathiques etc....)

En se contractant pendant l'inspiration, le diaphragme augmente le volume du thorax et permet l'expansion des poumons qui se remplissent d'air. Outre son rôle respiratoire, sa contraction repousse en bas les viscères abdominaux et joue ainsi un rôle au cours de la défécation, de la miction etc. ...

3. LA CAVITE THORACIQUE

La cavité thoracique est divisée en trois parties : deux zones latérales pleuro-pulmonaires séparées l'une de l'autre par une troisième zone, le médiastin.

3.1. Le médiastin

Le médiastin est divisé selon un plan frontal en deux parties :

3.1.1. Le médiastin antérieur fig2

Il est étroit dans sa portion haute qui contient les vestiges du thymus. Il s'élargit de haut en bas. Dans le médiastin antérieur, on trouve le cœur enveloppé dans le péricarde, et les gros vaisseaux qui en partent ou y aboutissent.

Les vaisseaux présents dans le médiastin antérieur sont les suivants (fig.2) :

- L'aorte qui décrit sa crosse au-dessus du cœur ;
- L'artère pulmonaire ;
- Le tronc brachio-céphalique veineux qui résulte de la réunion de la jugulaire interne et de la sous Clavière ;
- La veine cave supérieure, formée par la jonction des deux troncs brachio-céphaliques veineux ;
- La veine cave inférieure.

3.1.2. Le médiastin postérieur fig.3

Il contient :

- L'œsophage contre lequel sont appliqués les nerfs pneumogastriques il est situé immédiatement en arrière de la trachée ;
- L'aorte, située en arrière et à gauche de l'œsophage ; elle redescend en arrière entre l'œsophage et la colonne vertébrale ;
- Le canal thoracique (canal collecteur de la lymphe), logé dans l'angle formé par la colonne vertébrale et le flanc droit de l'aorte ;
- La grande veine azygos, située à droite du canal thoracique ; elle draine une partie du sang veineux provenant du thorax ;
- Les artères intercostales droites, placées en arrière des autres vaisseaux ; elles naissent de part et d'autres de l'aorte ;
- La trachée et les bronches qui s'y rattachent.

3.2. La trachée fig. 4

La trachée est un conduit fibro-cartilagineux qui a la forme d'un cylindre aplati elle fait suite au larynx et se divise en deux branches, les bronches au niveau de la bifurcation trachéale.

L'entrée de la trachée dans le thorax correspond en avant au bord supérieur du manubrium sternal, en arrière à la 2^e vertèbre thoracique dont elle est séparée par l'œsophage, latéralement, on trouve les deux dômes pleuraux.

Dans le thorax, la trachée est située à la limite des médiastins antérieur et postérieur. La longueur de la trachée est d'environ 12 cm dont 6 à 7 cm pour la trachée cervicale.

La trachée est constituée d'environ quinze à vingt anneaux cartilagineux, empilés et séparés par des dépressions faites de tissu conjonctif fibro-élastique. Les anneaux sont incomplets : ils sont ouverts en arrière et leurs extrémités postérieures sont unies par une membrane transversale d'origine fibreuse et musculaire.

La trachée se divise à la hauteur de la 4^e vertèbre thoracique, un peu à droite de la ligne médiane. Elle donne :

- la bronche droite, courte et presque verticale,
- La bronche gauche, plus longue, oblique en bas à gauche et en avant.

Les deux bronches s'écartent en faisant un angle de 70° environ ; le ligament inter bronchique les réunit.

3.3. Les bronches fig.4

Les deux bronches souches naissent de la bifurcation trachéale. Il existe une bronche droite destinée au poumon droit et une bronche gauche destinée au poumon gauche.

- La bronche droite se porte en bas, en arrière et en dehors vers le hile pulmonaire, puis poursuit presque verticalement la direction de la trachée, faisant avec la ligne médiane un angle de 25° à 30°. Elle est courte, large et plus postérieure que la bronche gauche. Elle donne successivement les bronches lobaires supérieures, moyenne et inférieure destinée à leurs lobes respectifs.

- la bronche gauche, se dirige en bas, en arrière et en dehors, vers le hile pulmonaire. Elle fait un angle de 45° avec la ligne médiane, elle est plus oblique que la bronche droite.

La bronche souche gauche donne la bronche des lobes supérieur et inférieur gauches.

3.4. Les poumons fig.4

3.4.1. Morphologie externe

Les poumons ont une forme à peu près pyramidale. On observe pour chacun d'eux :

- La face interne qui, à sa partie moyenne présente une dépression, le hile pulmonaire. Au niveau du hile, la bronche lobaire et les vaisseaux pénètrent dans le poumon. La face interne répond par ailleurs aux organes médiastinaux,
- la face externe appliquée contre la paroi thoracique,
- la base posée sur la coupole diaphragmatique,

- le sommet ou apex qui dépasse la clavicule de 2 cm environ.

Chaque poumon est divisé en lobes par de profonds sillons appelés scissures :

- le poumon droit est constitué de trois lobes séparés les uns des autres par deux scissures. On distingue le lobe supérieur droit, le lobe moyen et le lobe inférieur droit (fig.4)

- le poumon gauche est constitué de deux lobes séparés par une seule scissure. On distingue ainsi le lobe supérieur gauche et le lobe inférieur gauche (fig.4).

3.4.2. Morphologie interne

Le parenchyme pulmonaire est segmenté en éléments de plus en plus petits. Chacun de ces éléments est accompagné d'une division bronchique, vasculaire et nerveuse, de plus en plus réduite également. L'ensemble forme un « arbre ».

Le parenchyme pulmonaire est divisé tout d'abord, en lobes pulmonaires.

A l'intérieur des lobes pulmonaires, on observe l'existence de territoires plus petits, appelés segments pulmonaires, chaque territoire étant ventilé par une bronche née de la bronche lobaire.

Les segments pulmonaires sont eux-mêmes divisés en un grand nombre d'éléments appelés lobules pulmonaires qui possèdent chacun la caractéristique anatomique et fonctionnelle de recevoir : une bronchiole (petite bronche issue d'une ramification de la bronche originelle), une artériole pulmonaire, et de donner naissance à des veinules pulmonaires.

3.5. Les plèvres

Chaque poumon est entouré d'une enveloppe séreuse appelée plèvre. Chaque plèvre est formée de deux feuillets :

- Un feuillet viscéral qui revêt le poumon,

- Un feuillet pariétal qui tapisse la face interne du thorax et le médiastin.

Les deux feuillets se prolongent l'un avec l'autre au niveau du hile pulmonaire. Entre les deux feuillets se trouve un espace virtuel, l'espace pleural ou cavité pleurale. Cette cavité contient une lame liquidienne très mince qui facilite le glissement des deux feuillets l'un sur l'autre et empêche leur décollement.

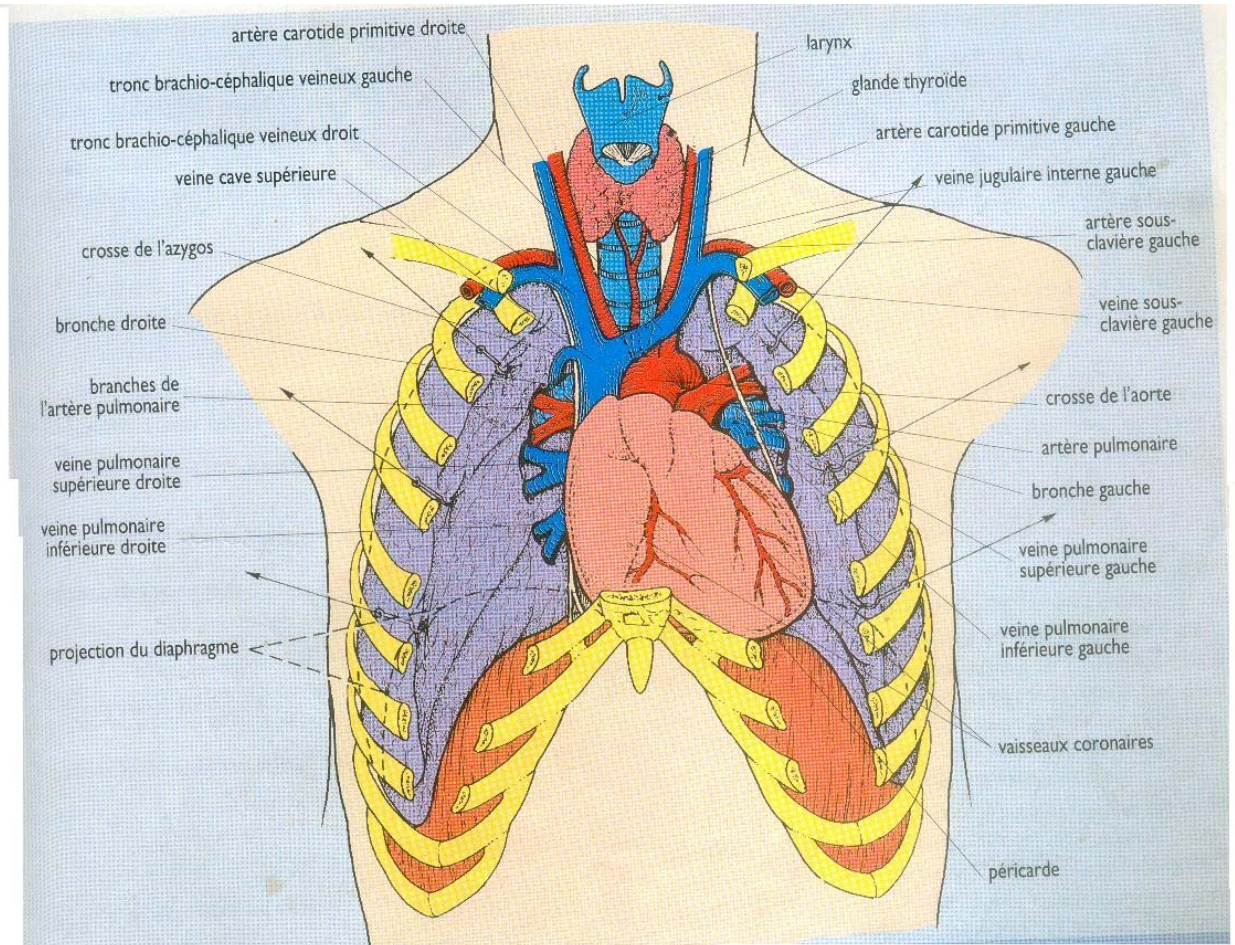


Fig.5 coeur et gros vaisseaux du médiastin antérieur:vue antérieure (les poumons ont été crochetés et écartés)

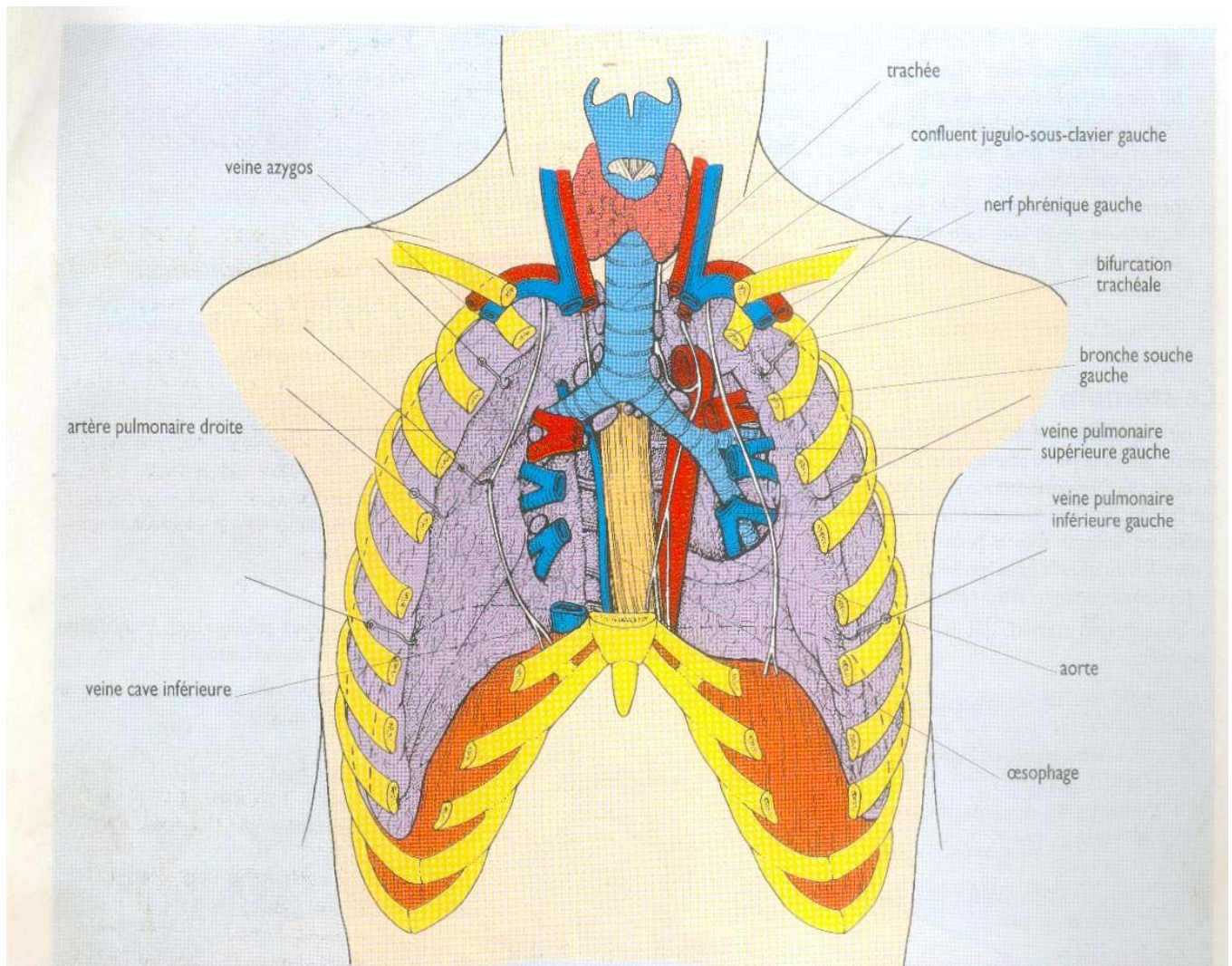


Fig. 3 – Médiastin postérieur : vue antérieure (le cœur est enlevé, les gros vaisseaux sont sectionnés.)

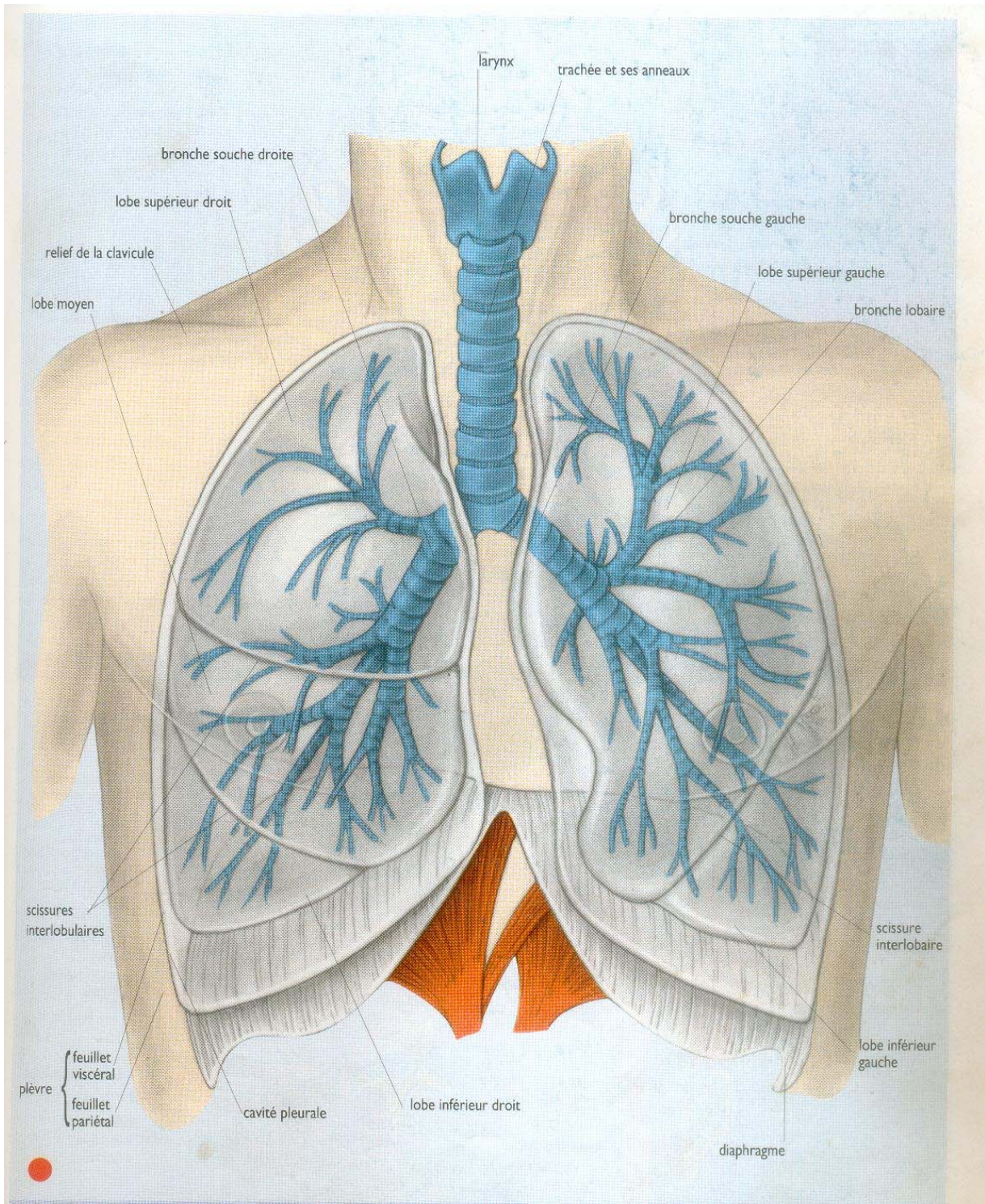


Fig. 4 – Face antérieure du thorax. Trachée, bronches, poumons.

4. CONDUITE DIAGNOSTIQUE EN CHIRURGIE THORACIQUE.

4.1. Diagnostic clinique [20]

4.1-1 Circonstances de découvertes

Les signes d'appels des pathologies thoraciques sont peu caractéristiques :

- Point de côté,
- Toux expectorative,
- Hémoptysie,
- Dyspnée.

Elles sont souvent relativement tardifs.

Cependant, certains signes isolés ou associés sont assez pathognomoniques : râles sonores ou sifflement bronchique dans les sténoses bronchiques, toux fréquente avec expectoration, point de côté thoracique douloureux si la plèvre participe au processus.

4.1.2. L'interrogatoire

C'est un temps très important de l'examen, il recherche tout particulièrement

- Les antécédents : héréditaires, collatéraux, personnels (tabagisme, et alcoolisme, la profession)
- Le début des signes et leur répétition éventuelle,
- Les signes généraux associés : fièvre, asthénie, amaigrissement

L'examen clinique a une grande valeur d'orientation diagnostique mais c'est la radiographie standard et la tomographie de face et de profil qui apporteront les éléments essentiels du diagnostic.

4.2. Les examens complémentaires.

4.2.1. La fibroscopie bronchique

Elle facilite considérablement l'exploration endoscopique et permet des biopsies proximales et distales bronchiques et pulmonaires. Une aspiration des sécrétions bronchiques dans la zone pathologique est toujours possible pour un examen bactériologique et une étude cytologique.

4.3. Le bilan préopératoire.

Il a pour objectif d'identifier les facteurs de risque prédisposant au développement des complications. Il vise non seulement à évaluer le risque post-opératoire immédiat mais également les conséquences à long terme de l'acte chirurgical thoracique sur le système respiratoire et l'équilibre de l'organisme.

4.3.1. L'exploration de la fonction respiratoire

Elle comporte l'étude des volumes mobilisable qui sont :

- La capacité vitale (CV) : est le plus grand volume d'air qui peut être rejeté par une expiration forcée après une inspiration forcée (c'est le volume maximal mobilisable en une seule fois par le soufflet thoracique).
- La capacité totale (CT) : plus grand volume d'air qui peut être contenu dans les poumons et les voies aériennes à la suite d'une inspiration maximale ; elle est la somme du volume résiduel et de la capacité vitale d'environ 5 litres
- La ventilation minute : c'est le produit du volume courant par la fréquence ; au repos, elle est d'environ 3,5l/mn environ, selon la taille et le poids chez l'adulte.
- Le volume expiratoire maximal à la seconde (VEMS) : Est le débit moyen expiré dans la première seconde d'une expiration forcée aussi rapide que possible, faisant suite à une inspiration complète. Normalement il représente 75% du volume de la capacité vitale ; le rapport VEMS/CV (coefficient de tiffeneau) varie de 75 à 80%.

4.3.2. Bilan cardiaque

Il comprend un examen clinique et électrocardiographie, quelquefois complété par un cathétérisme ou une épreuve d'effort.

4.4. Les particularités opératoires.

4.4.1. L'anesthésie

Elle dépend du type d'intervention.

- L'anesthésie locale pour la chirurgie mineure à type de drainage thoracique
- L'anesthésie générale avec intubation pour la chirurgie majeure à type de thoracotomie ou de sternotomie.

4.4.2. Position du patient et voie d'abord en chirurgie thoracique

Il y'a plusieurs abords possibles en chirurgie thoracique. Elles ont des indications différentes. Les plus courantes sont :

4.4.2.1. La sternotomie :

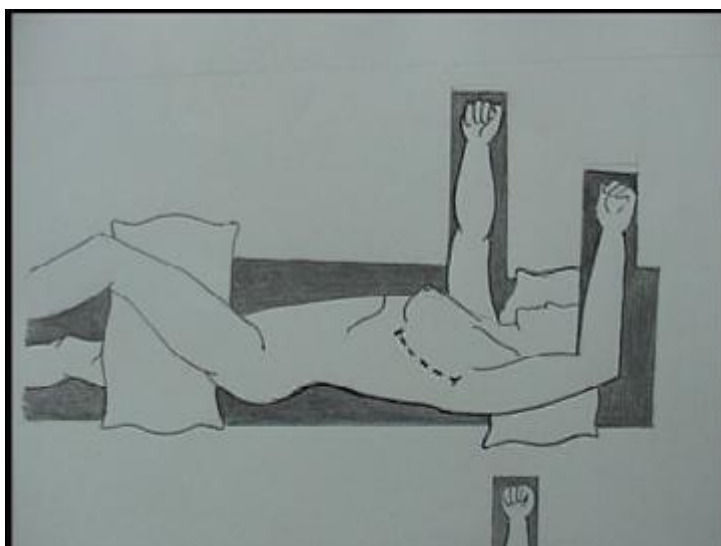
Le malade est placé en décubitus dorsal, elle donne accès à la plèvre, au poumon, aux bronches et au médiastin postérieur.

4.4.2.2. La thoracotomie:

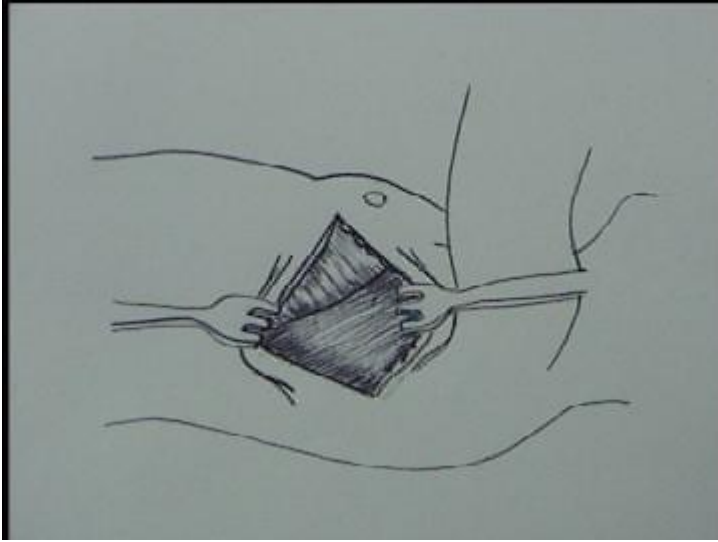
Ouverture du thorax à travers un espace intercostal, le malade est en décubitus latéral plus ou moins prononcé suivant qu'elle est postéro-latérale ou antéro-latérale, le poumon malade devient supérieur, le poumon sain inférieur le bras inférieur est placé dans une gouttière rembourrée, perpendiculaire à la table d'opération.

4.4.2.2.1. La thoracotomie postéro-latérale (TPL) et latérale (TL) :

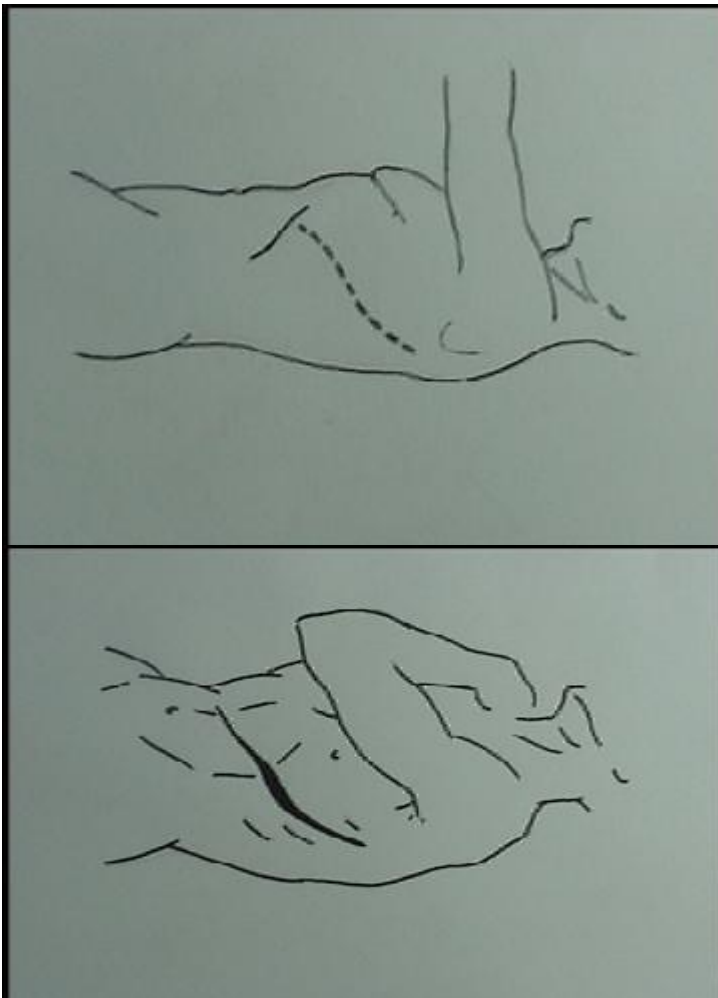
La voie la plus utilisée. Elle passe le plus souvent par le 5ème espace intercostal par une libération des muscles intercostaux et un désengagement du 5ième arc costal par déplacement de l'omoplate. L'incision des ensembles musculaires: Trapèze- Grand dorsal et Rhomboïde- Grand dentelé. Pour la fermeture reconstitution musculaire, suture des téguments et fermeture de la paroi costale.



Thoracotomie latérale



Thoracotomie latérale



Thoracotomie postéro-latérale



Thoracotomie postéro-latérale



Thoracotomie postero-latérale

4.4.2.2. Thoracotomie antérieure et antéro-latérale:

Elle se situe entre la limite interne du grand dentelé et le bord du sternum, elle passe le plus souvent par le 4^{ième} espace intercostal et sous mamelonnaire, intéresse le plan musculaire constitué par le grand pectoral et le grand dentelé

Indications : Permet des gestes limités comme les biopsies (médiastinales, ganglionnaires, pleurales ou pulmonaires), la péricardectomie partielle.

4.4.2.2.3. Bithoracotomie

Elle peut être réalisée en un ou deux temps, selon les indications (péricardectomie), la chirurgie de l'emphysème pulmonaire.

4.4.2.3. Les voies combinées : dont les principales sont :

La cervico-thoracotomie

La sterno-laparotomie

La thoraco-laparotomie

La thoraco-phrénotomie

La thoraco-phréno-laparotomie

4.4.2.4. La médiastinoscopie

4.4.2.5. La vidéo-chirurgie thoracique

4.4.3. Les gestes

Ils sont divers et dépendent du type de chirurgie.

4.4.3.1. La chirurgie broncho-pulmonaire

- Les exérèses anatomiquement réglées : la segmentectomie, la lobectomie, bilobectomie, la pneumonectomie (simple ou élargie.
- Les malformations pleuro-pulmonaires : séquestrations pulmonaires, kystes pleuro-péricardiques.
- La bronchoplastie
- La bronchotomie

4.4.3.2. La chirurgie de la plèvre et de la paroi

- Drainage pleural percutané
- Irrigation-lavage
- Biopsie
- Avivement pleural, talcage
- Pleurectomie
- Décortication
- Plastie : thoracoplastie, myoplastie
- Pleuro-pneumonectomie

4.4.3.3. Chirurgie du médiastin

- La chirurgie péricardique : drainage, péricardectomie (partielle ou totale)
- La biopsie
- drainage médiastinal
- La chirurgie de certaines malformations cardio-vasculaires : ligature de canal artériel
- Tymectomie (myasthénie)
- Ablation de tumeurs : kystes, goitres plongeant, thymomes, neurinome.....
- Chirurgie trachéale
- La chirurgie oesophagienne

4.5. Surveillance d'un opéré du thorax

4.5.1. Surveillance locale

Selon l'intervention réalisée, le déroulement des suites opératoires, les éventuelles difficultés ou complications diffèrent profondément. La lecture du cliché de chaque jour est au centre de la surveillance de tout opéré.

Pour la chirurgie pulmonaire : Saignement postopératoire, infection, fistulisation de la suture bronchique, l'atélectasie

Pour la chirurgie pleurale : Saignement post-opératoire, la réexpansion pulmonaire.

Pour la chirurgie pariétale : La respiration paradoxale, la scoliose cervico-dorsale.

4.5.2. Surveillance respiratoire

Toute thoracotomie entraîne des perturbations fonctionnelles transitoires. Le simple fait d'avoir ouvert le thorax engendre une hypoxémie plus ou moins marquée. La PaO₂ est, dans les suites immédiates, toujours inférieures au chiffre préopératoire. Elle se rétablit en 1 à 3 semaines.

Au cours de la période de réveil, la consommation d'oxygène est augmentée par le réchauffement et par l'attrition tissulaire alors que persistent l'effet des drogues et le shunt intrapulmonaire lié à l'anesthésie générale.

La thoracotomie entraîne surtout un syndrome ventilatoire restrictif avec une réduction de la capacité inspiratoire, de la capacité vitale et de la capacité résiduelle fonctionnelle de l'ordre de 30% par réduction de la compliance globale. Une hypoventilation s'installe du côté opéré due à la douleur et déficit d'activité de la musculature respiratoire.

Dans la pratique, la condition respiratoire de l'opéré est suivie non seulement par la clinique mais aussi par une gazométrie systématique. L'objectif est de maintenir une PaO₂ supérieure à 70mmhg.

4.6. Les complications post-opératoires

4.6.1. Complications majeures :

- La Phlébothrombose des membres inférieurs et son risque majeur l'embolie pulmonaire
- L'hémorragie
- Les infections
- Le Pyothorax

4.6.2. Complications mineures:

- Bullage persistant au niveau des drains (fuite parenchymateuse non colmatée)
- Décollement pulmonaire secondaire
- Abscesses de paroi (antibiothérapie prophylactique)
- Complications dues au terrain: décompensation cardio-vasculaire (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...), décompensation hépatique ou rénale, déséquilibre d'un diabète ou autres complications extra pulmonaires.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude.

C'est un travail qui s'est déroulé dans le service de chirurgie « A » du CHU du point « G.

1.1- Description du service et son personnel.

La chirurgie « A » est un service de chirurgie générale, de chirurgie endoscopique et thoracique dirigé par le professeur Sambou SOUMARE. Il est situé sur la colline du point « G » à 10 km de la ville de Bamako. Le personnel médical est constitué de 6 chirurgiens seniors (dont 2 professeurs et 2 Maîtres-assistants et 2 praticiens Hospitaliers) Il comprend 2 unités d'hospitalisations de 20 lits chacune dans lesquelles une équipe soignante indépendante exerce. Le service dispose d'un bloc opératoire pour le programme normal, et il y'a un bloc opératoire d'urgence pour l'ensemble des services chirurgicaux de l'hôpital. Régulièrement dans le service, 5 médecins en cours de spécialisation en chirurgie générale (CES) et au moins 6 faisant fonctions d'internes (FFI) en année de thèse y séjournent. En plus, on dénombre 8 infirmiers, 3 aides de bloc et 7 techniciens de surface.

1.2. Conditions matériels d'exercice.

Le service dispose d'un bloc opératoire dans lequel se déroulent toutes les activités de chirurgie programmée (de chirurgie générale, de coelio-chirurgie et de chirurgie thoracique)Le bloc dispose d'une boîte de thoracotomie exploratrice, et d'un aspirateur mural à pédale.

Dans le service nous disposons d'un aspirateur pleural mobile à débit continu (non réglable)

2. Type et période d'étude.

Notre travail est une étude rétrospective et descriptive des activités de chirurgie thoracique dans le service de chirurgie « A » de l'hôpital du point « G. L'étude est longitudinale et s'est déroulée de janvier 2000 à mars 2004.

3. Population d'étude.

3.1. Critères d'inclusion.

On fait partie de notre travail tous les patients vus et pris en charge dans le service pour le diagnostic et le traitement d'une pathologie thoracique chirurgicale non traumatique, que ce patient soit opéré ou non.

3.2. Critères de non-inclusion.

N'ont pas fait partir de notre étude, les patients présentant un traumatisme thoracique et/ou une pathologie mammaire.

4. Déroulement des activités

4.1. Mode de recrutement des patients

Le recrutement des patients a été effectué soit par la voie des consultations externes (patients référés par d'autres services ou venus d'eux-mêmes) soit par la voie du service des urgences.

4.2. Méthode diagnostique

Le diagnostic des pathologies chirurgicales thoraciques a été fait sur la base d'un examen clinique thoracique et général (appareil par appareil). Les examens complémentaires utilisés centrés sur la radiographie sans préparation du thorax, en fonction de l'hypothèse diagnostique, et de leur accessibilité (faisabilité technique, moyens financiers du patient). D'une manière générale en cas d'indication opératoire programmée un bilan préopératoire était effectué (groupage rhésus, la glycémie, la créatinémie, la numération formule sanguin, le temps de saignement et le temps de coagulation).

Dans notre travail, les pathologies chirurgicales ont été réparties en pathologies :

- Broncho-pulmonaire, quand le parenchyme et/ou les voies aériens sont concernés,
- Pleurales, quand il s'agit de la plèvre pariétale ou viscérale,
- Pariétales, en cas d'atteinte pathologique de la cage thoracique et/ou des muscles et aponévroses thoraciques,
- Médiastinales, si les organes et/ ou tissus médiastinaux sont le siège de la pathologie.

4.3. Préparation préopératoire.

Elle a consisté en :

- Une consultation pré anesthésique systématique associé parfois à une consultation cardiologique.
- Une information du patient et de la famille sur la pathologie, le traitement proposé et les résultats escomptés.

–Une préparation respiratoire par la kinésithérapie passive et active, l’arrêt du tabac, parfois par la prescription de fluidifiants et/ou antibiotique si nécessaire.

–Une hospitalisation de 48h-72 heures avant l’intervention en dehors des urgences. Et ce, dans un but de préparer le dossier médical du patient, son kit opératoire et de le réévaluer cliniquement sur le plan général cardiologique, respiratoire et général avant la chirurgie.

4.4. Conduite thérapeutique et suivi

Nous avons arbitrairement reparti les patients en 3 groupes en fonction du traitement chirurgical

–groupe1 : Traitement chirurgical non effectué

–groupe2 : Traitement chirurgical mineur (drainage pleural, drainage péricardique, drainage avec irrigation-lavage, biopsie sous anesthésie locale).

–groupe3 : chirurgie majeure (thoracotomie simple ou combinée, la cervicotomie + laparotomie)

En post opératoire, les patients ayant subi une chirurgie lourde (thoracotomie simple ou combinée) ont séjourné systématiquement en Réanimation pendant 7 jours en moyenne pour une surveillance. En cas d’ouverture de la plèvre, un cliché thoracique de contrôle était effectué le jour de l’intervention ou le lendemain au plus tard.

Dans le service d’hospitalisation, un suivi clinique et radiologique. Le suivi radiologique a été fonction de l’évolution clinique et du type d’intervention. Cependant de façon régulière, les patients ayant eu une chirurgie avec ouverture de la plèvre, ont eu une radiographie du thorax à J0 ou J1 post opératoire avant et après l’ablation du drain thoracique. L’ablation du drain était effectuée dès lors que ce dernier ne ramenait rien et que l’examen clinique puis radiologique était concordant avec cet état. Quelque soit la pathologie le patient était sortant seulement après l’ablation du drain thoracique et une cicatrisation complète.

Après l’hôpital, les patients étaient revus en consultation une semaine après la sortie, puis une fois par mois pendant les trois premiers mois. Au-delà, le patient consulte en fonction de leur état et de la résidence.

5. Variables mesurées

5.1. Variable d'identification : Il s'agit des variables sociodémographiques :

Identification numérique
Age
Sexe
Résidence
Profession
Année de recrutement
Mode de recrutement

5.2. Variables caractéristiques : Il s'agit des variables tenant compte des critères diagnostiques, thérapeutiques, des suites opératoires

5.2.1. Variables diagnostiques

Délai de consultation en chirurgie
Traitement antérieur effectué
Siège de la pathologie
Circonstances de découverte
Diagnostic préopératoire

5.2.2. Variables thérapeutiques

Opérés
Non opérés
Voie d'abord chirurgicale
Gestes chirurgicaux effectués
Complications per - opératoires

5.3. Les suites opératoires

Complications postopératoires (oui)
Type de complication postopératoire
Décès postopératoire
Durée d'hospitalisation moyenne

6. Recueil et support des données.

Les données ont été directement recueillies à partir des registres de consultation, d'hospitalisation, de compte rendu opératoire et des dossiers individuels des malades. Elles ont été saisies dans une base de données conçue d'un logiciel Microsoft Excel 2000. Cette saisie a été effectuée régulièrement par le co-directeur de notre thèse entre 2000 et décembre 2003. A partir de cette date, nous avons nous-mêmes complété cette saisie. Une standardisation a été effectuée pour faciliter l'analyse.

7. Analyse des données.

Les données ont été analysées par le logiciel SPSS 11.0.

RESULTATS

V. RESULTATS

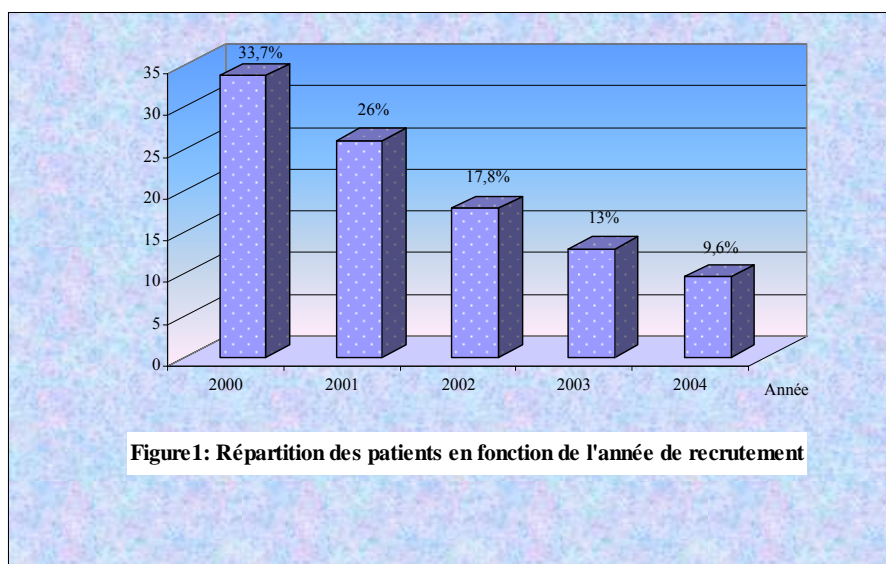
I - DONNEES GENERALES

1 – Place des pathologies thoraciques dans le service :

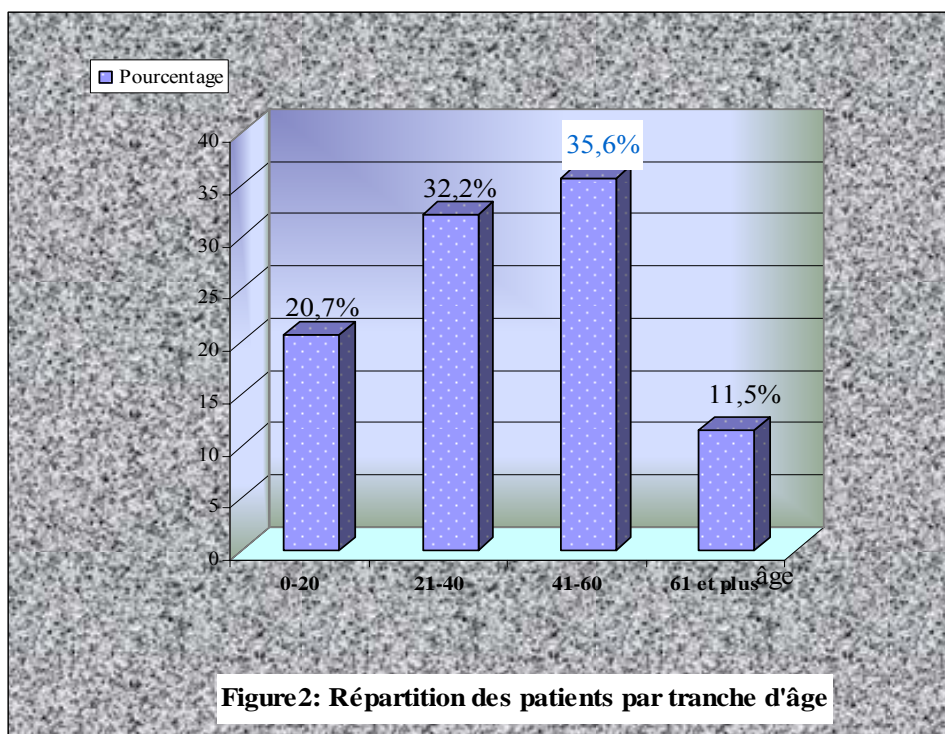
De janvier 2000 à mars 2004 nous avons colligés 330 pathologies thoraciques chirurgicales sur 2531 patients hospitalisés dans le service pendant la même période soit une prévalence de pathologie thoracique de 13.03%.

Parmi les 330 patients ayant une pathologie chirurgicale thoracique, 206 étaient d'origine non traumatique soit une prévalence de 63.03%.

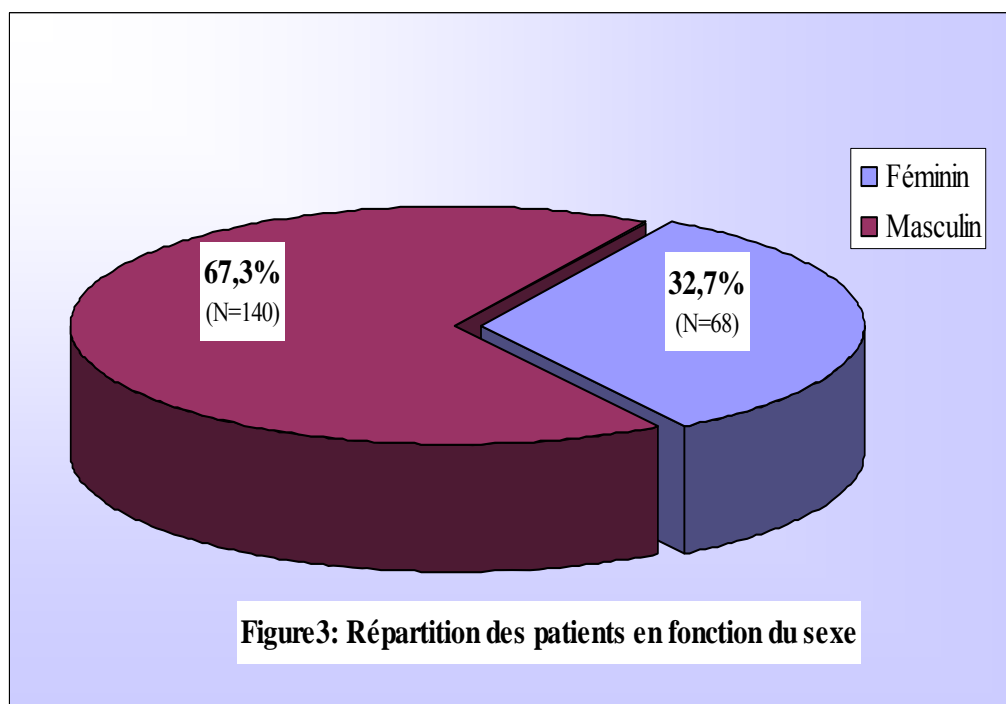
2 -- Données Sociodémographiques



Le plus grand nombre de patients présentant une pathologie thoracique chirurgicale a été observé en 2000. En moyenne, le nombre de recrutement annuel a été de 41.6 avec des extrêmes allant de 20 à 70 patients.



La Moyenne d'âge a été de $37,5 \pm 20$ ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 82 ans.



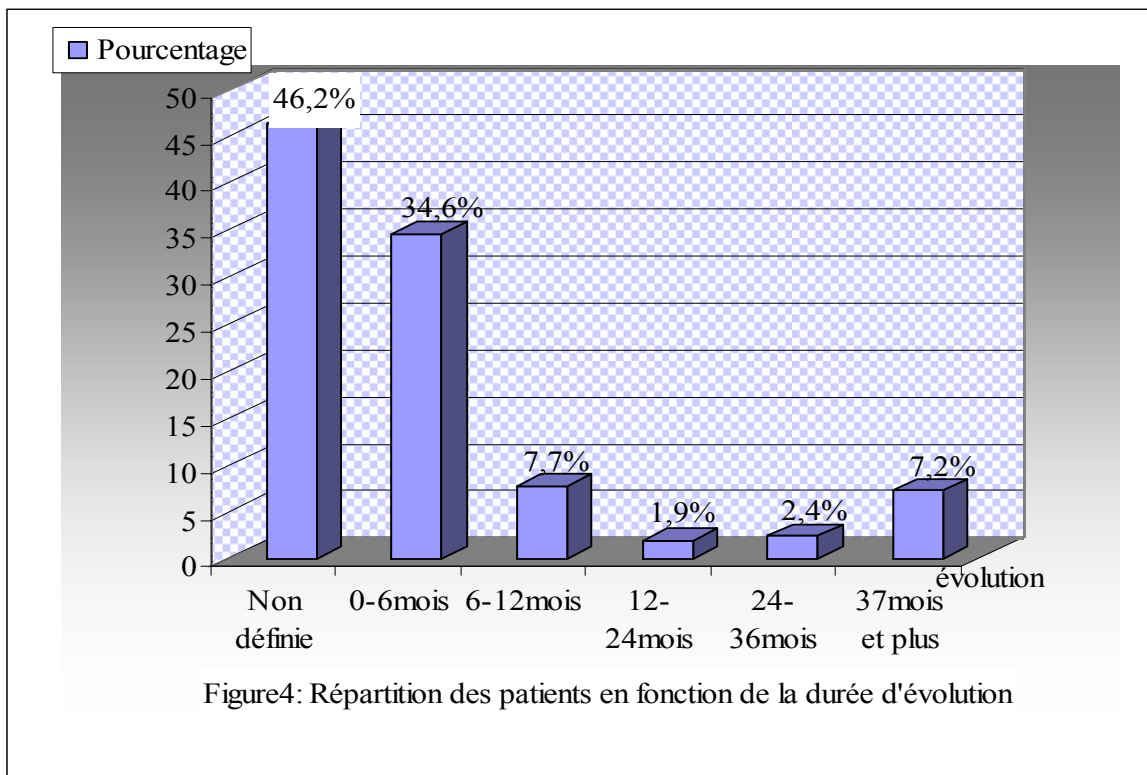
Le sexe ratio H/F a été de 2.05 soit 2 patients de sexe masculin pour 1 patient de sexe féminin

TABLEAU I: Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquences	Pourcentages
Fonctionnaire	34	16.3
Commerçant	33	15.9
Ménagère	24	11.5
Elève/étudiant	18	8.7
Mancœuvre	13	6.3
Cultivateur	13	6.3
Eleveur	7	3.4
Chauffeur	6	2.9
Non définie	60	28.8
Total	208	100

Les fonctionnaires et les commerçants ont été la profession la plus fréquente avec respectivement 16.3% et 15.9% dans 28.8% des cas cette information était non définie.

3 - Données diagnostiques



La durée d'évolution de la maladie a été précisée chez 53.8% des patients avec une moyenne de 14.18 mois avec des extrêmes allant de 1 jour à 180 mois.

TABLEAUII : Répartition des patients selon le traitement antérieur effectué

Traitement antérieur	Fréquences	Pourcentages
Médical	48	23.1
Traditionnel	37	17.8
Médical et traditionnel	34	16.3
Non définie	89	32.8
Total	208	100

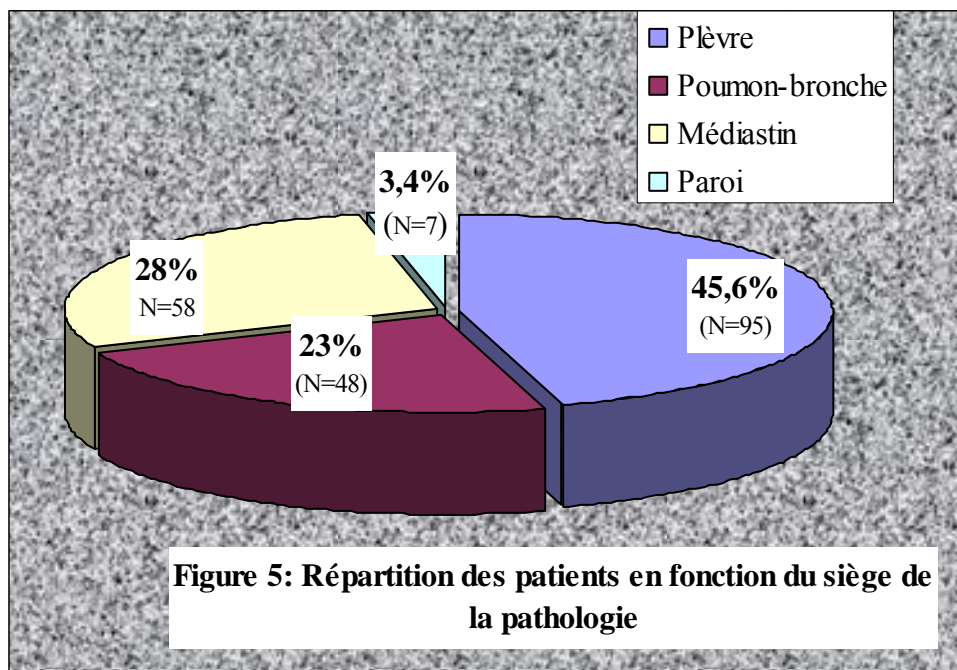
Avant la consultation en chirurgie, 82 patients ont eu au moins un traitement médical contre 71 patients qui ont eu au moins un traitement traditionnel.

TABLEAU III : Répartition des patients en fonction de la provenance

Siège	Fréquences	Pourcentages
Pneumologie	59	28.3
Médecine de ville	49	23.5
Autres services *	22	10.5
Eux-mêmes	20	9.6
Non définie	58	28.1
Total	208	100

*Autres services (Médecine interne=9cas ; Cardiologie=8cas ; Urgences=5cas)

La majorité de nos patients provenait du service de pneumologie (28.3%) suivis de la médecine de ville (14.4%) et (28.1%) dont la provenance n'était pas définie.



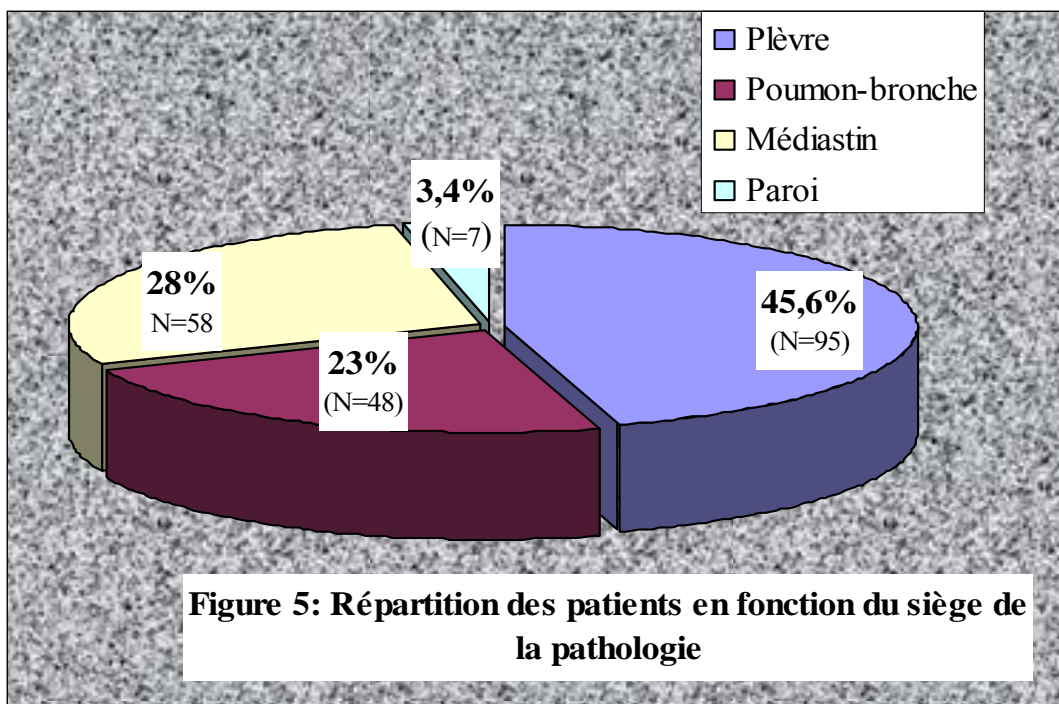
Les pathologies les plus fréquentes ont été par ordre décroissant : les pathologies pleurales (45.7%), médiastinales (28%), broncho-pulmonaires (23.1%) et pariétales (3.4%).

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de l'étiologie

Etiologie	Fréquences	Pourcentage
Infection	86	41.4
Tumeurs	56	26.9
Dystrophie+lésion cicatricielle	41	19.7
Indéterminées	15	7.2
Divers*	10	4.8
Total	208	100

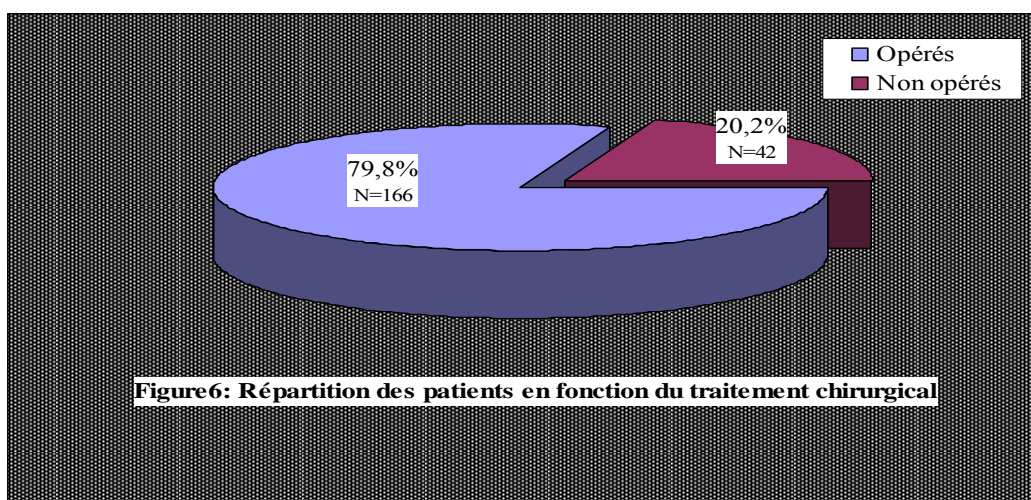
*Divers (corps étranger=4, malformation=6)

L'étiologie infectieuse a été la plus représentée avec 51.8% des cas



Les pathologies les plus fréquents ont été par ordre décroissant : les pathologies pleurales (45.7%),

4 - Données thérapeutiques



Sur l'ensemble des 208 patients, 166 patients (79.8%)

TABLEAU V: Répartition des patients selon le siège de la pathologie et le traitement chirurgical

Siège	Opérés	Non opérés	Total
Plèvre	92	3	95
Poumon - Bronche	29	19	48
*Médiastin	42	16	58
Paroi thoracique	3	4	7
Total	166	42	208

*médiastin (œsophage= 33, cardiovasculaire= 19, autres= 6).

Les patients présentant une atteinte pleurale ont été les plus représentés avec 92 patients opérés.

TABLEAU VI: Répartition des patients opérés selon la voie d'abord

Voie d'abord	Fréquences	Pourcentages
Thoracotomie postéro-latérale	71	42.8
Drainage percutané	53	32
Drainage+irrigation-lavage percutané	15	9
Gastrostomie d'alimentation	8	4.8
Cervicotomie +laparotomie	6	3.6
Vidéo Chirurgie thoracique	5	3
Bi thoracotomie	4	2.4
Thoracotomie et laparotomie	4	2.4
Total	166	100

Sur l'ensemble des patients opérés la thoracotomie postéro-latérale 42.8% suivie du drainage percutané 32% ont été les voies d'abord les plus fréquemment utilisées. Chez 14 patients (8.43%), nous avons utilisé des voies d'abord combinées.

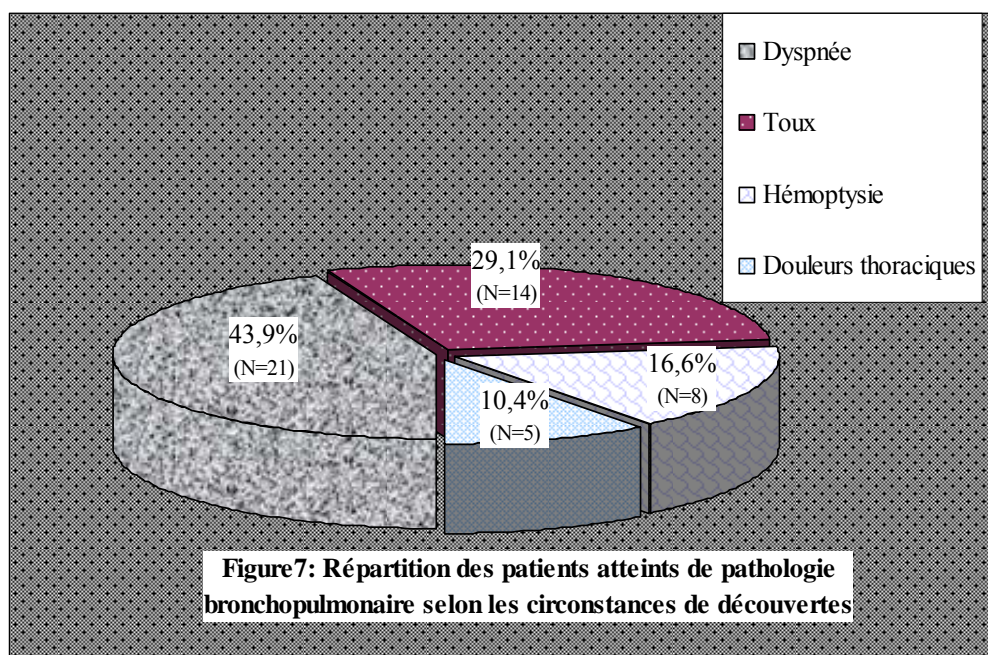
II – DESCRIPTION DES ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES SELON LA PATHOLOGIE THORACIQUE

A- pathologies broncho-pulmonaires

1. Prévalence

Nous avons colligé 48 patients présentant une pathologie broncho-pulmonaire soit une prévalence (48/208) de 23.1% avec une moyenne d'âge de 39ans (extrême allant de 20 à 70ans) et un sexe ratio (H/F) de 2.4.

2. Symptomatologie d'appel



La dyspnée (43.9%), la toux (29.1%), l'hémoptysie (16.6%) et la douleur thoracique (10.4%) ont été par ordre de fréquence décroissant les signes cliniques révélateurs des pathologies broncho-pulmonaires dans notre série.

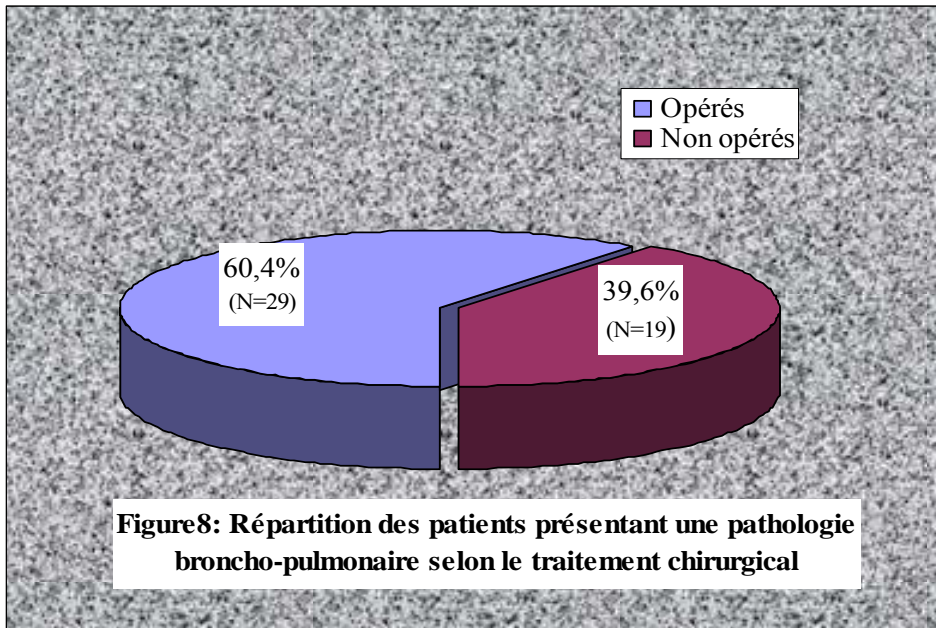
3. Diagnostic

TABLEAU VII : Répartition des patients des patients présentant une pathologie broncho-pulmonaire en fonction du diagnostic

Diagnostics	Fréquences	Pourcentages
Tumeur broncho - pulmonaire	17	35.4
Kyste hydatique	11	23
Abcès du poumon	4	8.3
Fibrose cicatricielle	4	8.4
Aspergillose pulmonaire	3	6.2
Bulle d'emphysème	3	6.2
Corps étrangers intra bronchiques	3	6.2
Fistule broncho-pleurale chronique	2	4.2
Séquestration pulmonaire	1	2.1
Total	48	100

Parmi les patients ayant présenté une pathologie broncho-pulmonaire, le cancer a représenté 35,4% suivi des kystes hydatiques 23%.

4. Traitement



Sur l'ensemble des patients présentant une pathologie broncho-pulmonaire. 60,4% des patients ont été opérés.

TABLEAU VIII: Répartition des patients opérés selon les principaux gestes chirurgicaux effectués

Gestes	Fréquences	Pourcentages
Exérèse parenchymateuse (*)	21	72.5
Bullectomie	2	6.9
Thoracoplastie	2	6.9
Bronchotomie	2	6.9
Myoplastie	1	3.4
Biopsie pulmonaire	1	3.4
Total	29	100

*Exérèses (pneumectomie=1 ; bilobectomie=2 ; lobectomie=11 ; résection atypique=6 ; segmentectomie=1)

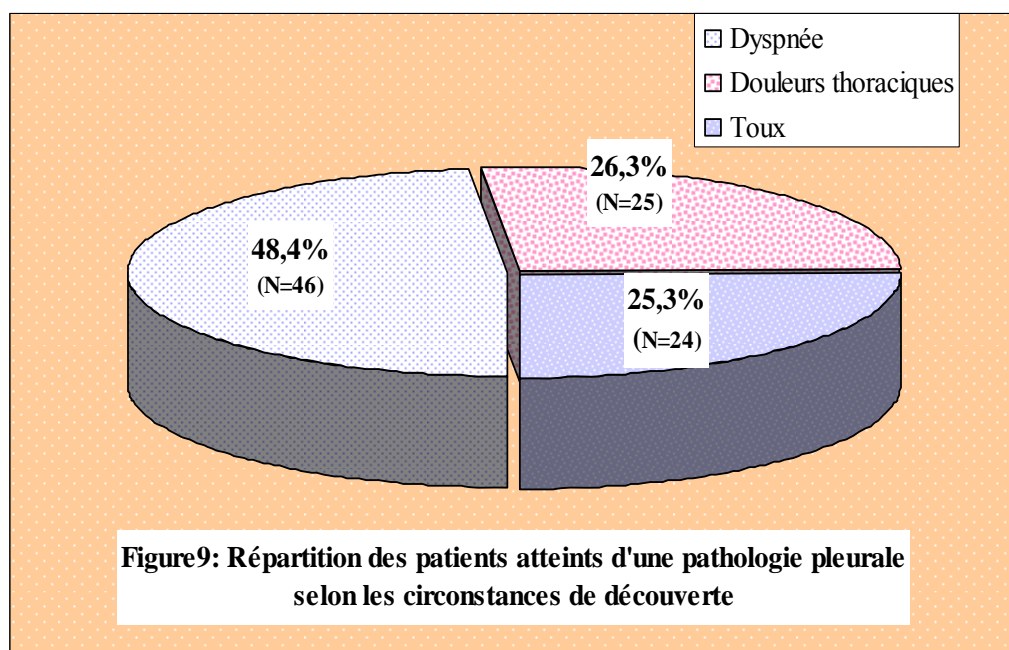
Les exérèses parenchymateuses (72.5%) ont été les principaux gestes réalisés

B. Les pathologies pleurales

1. Prévalence

Nous avons colligé 95 patients présentant une pathologie pleurale avec une prévalence (95/208) de 45.6%, une moyenne d'âge de 32ans (extrême allant de 5 à 66ans) et un sexe ratio (H/F) de 2.2.

2. Symptomatologie d'appel



La dyspnée a été le signe clinique révélateur dans 74.8% chez les patients présentant une pathologie pleurale.

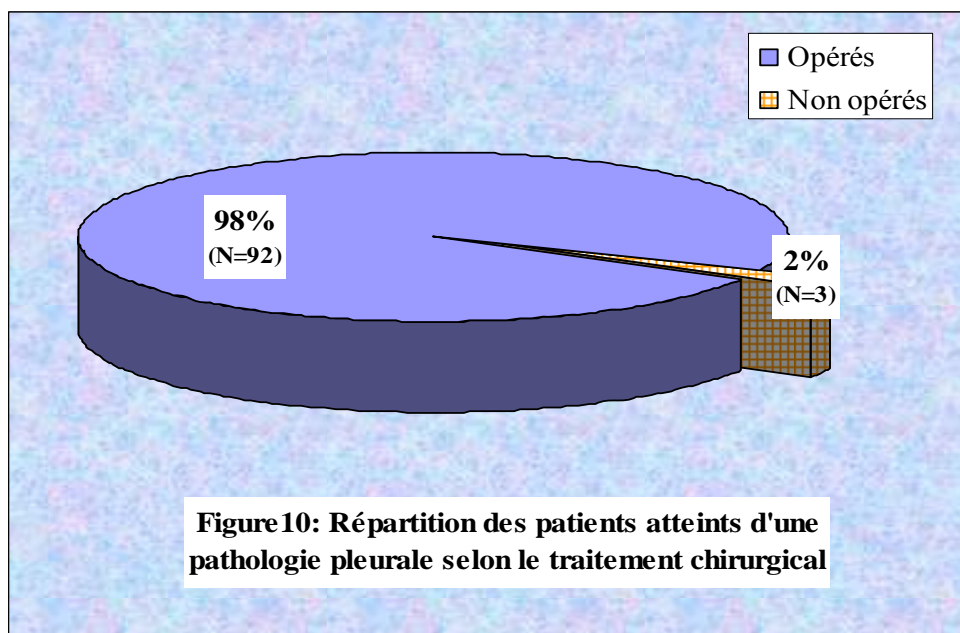
3. Diagnostic

TABLEAU IX: Répartition des patients selon le diagnostic

Diagnostiques	Effectifs	Pourcentages
Pyothorax	57	60
Pneumothorax	24	25.2
Pleurésie maligne	7	7.4
Pleurésie enkystée	7	7.4
Total	95	100

Le Pyothorax suivi du pneumothorax ont été les pathologies pleurales fréquemment rencontrées avec respectivement (60%) et (25%) dans notre revue des cas.

4. Traitement.



Les patients opérés ont représenté (98%).

TABLEAU X : Répartition des patients opérés selon les principaux gestes chirurgicaux effectués

Gestes	Fréquences	Pourcentages
Drainage percutané	41	44.8
Décortication	33	35.8
Drainage avec irrigation-lavage	12	13
Thoracoplastie	3	3.2
Talcage pleural	3	3.2
Total	92	100

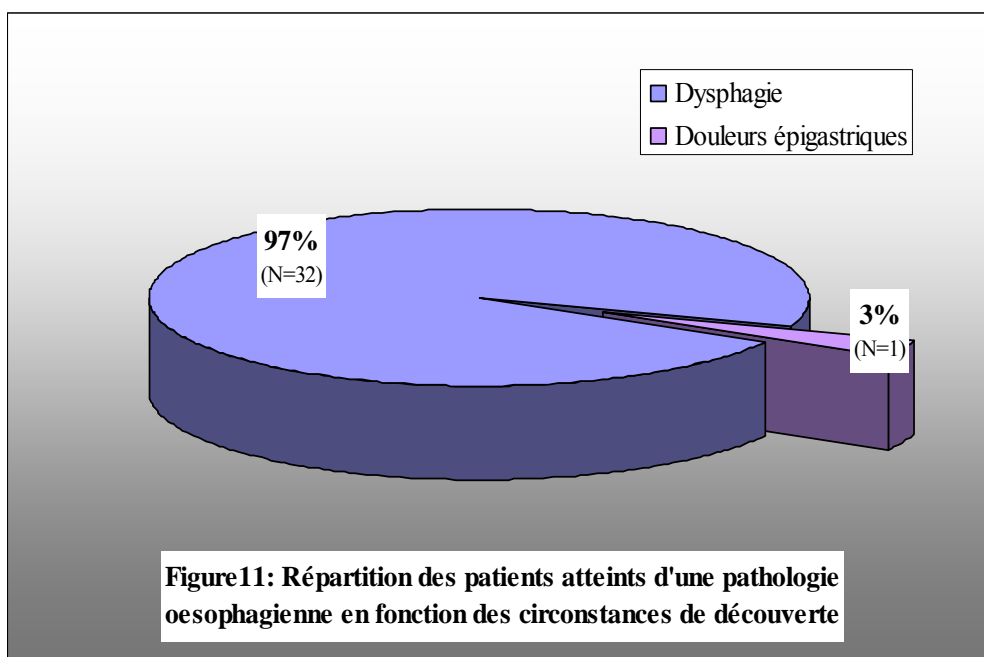
Sur l'ensemble des patients opérés d'une pathologie pleurale, le drainage pleural et la décortication ont été les principaux gestes thérapeutiques effectués avec respectivement (44.8%) et (35.8%).

C. Pathologies Oesophagiennes.

1. Prévalence

La prévalence des pathologies oesophagiennes (33/208) a été de 15.9 la moyenne d'âge a été de 49ans (extrême allant de 22 à 80ans) et le sexe ratio (H/F) de 2.3.

2 Symptomatologie d'appel



La dysphagie a été le signe clinique révélateur chez 97% des patients présentant une pathologie oesophagienne

3. Diagnostic

TABLEAU XI: Répartition des patients atteints de pathologie oesophagienne selon le diagnostic

Diagnostics	Fréquences	Pourcentages
Cancer de l'oesophage	23	69.7
Perforation iatrogène	6	18.2
Sténose caustique	4	12.1
Total	33	100

Le cancer de l'oesophage a été la pathologie la plus fréquente avec (69.7%). Les patients présentant une pathologie oesophagienne opérés ont représenté 70%.

TABEAU XII : Répartition des patients opérés selon les principaux gestes chirurgicaux effectués

Gestes	Fréquences	Pourcentages
Oesophagoplastie (*)	10	43.4
Gastrostomie d'alimentation	8	34.9
Suture directe	4	17.4
Fistulisation dirigée	1	4.3
Total	23	100

*Oesophagoplastie (colique=6, gastrique=4)

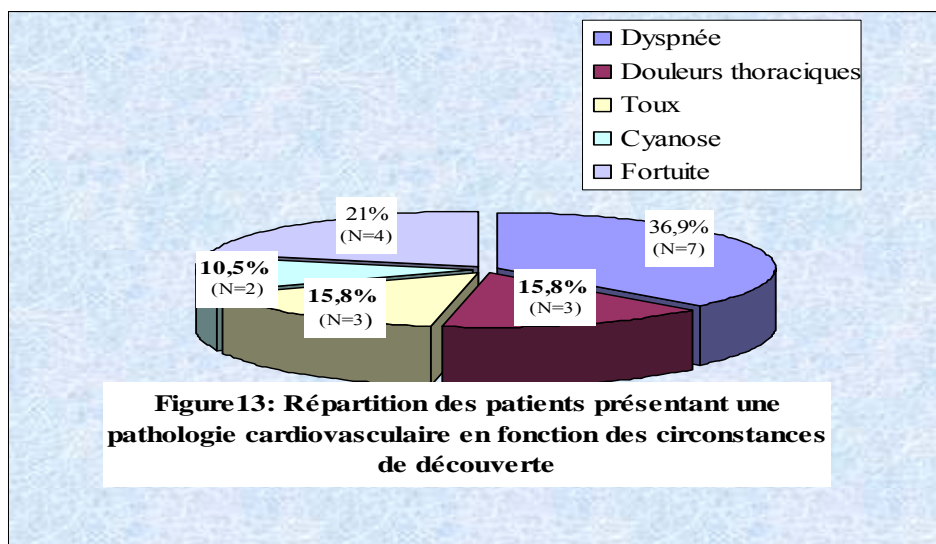
Sur l'ensemble des patients opérés d'une pathologie oesophagienne, l'oesophagoplastie colique Suivi de la Gastrostomie d'alimentation ont été les principaux gestes thérapeutiques les plus fréquents avec respectivement (43.4%) et (34.9%).

D. Les pathologies cardiovasculaires

1. Prévalence

La prévalence (19/208) des pathologies cardiovasculaires a été de 9.2% avec une moyenne d'âge de 26ans (extrême allant de 10 à 63ans) et un sexe ratio de 1.1.

2. Symptomatologie d'appel



La dyspnée (36.9) suivie de la douleur thoracique (15.8%) et la toux (15.8%) ont été les principaux signes révélateurs des pathologies cardiovasculaires.

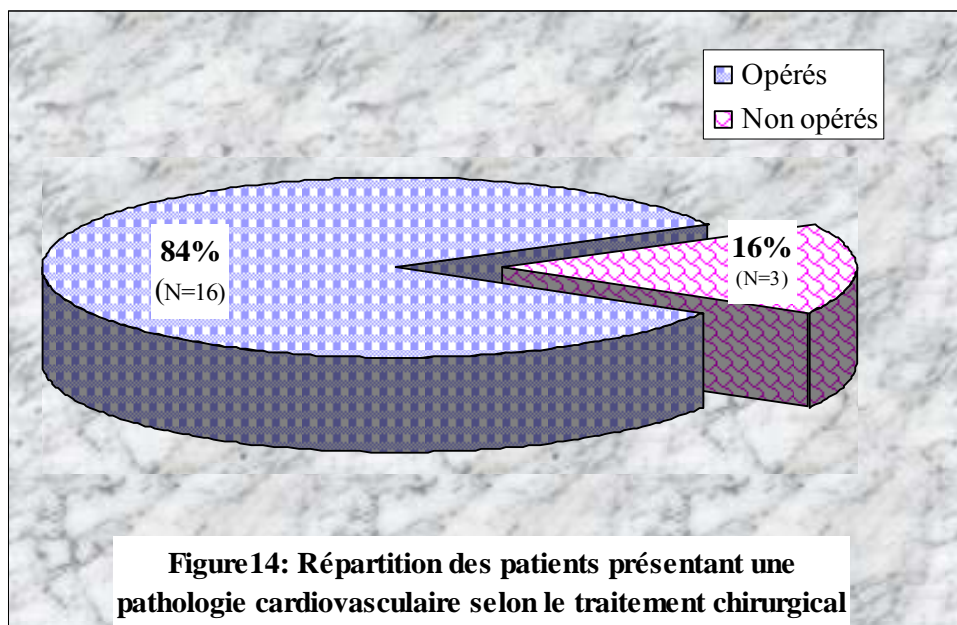
3. Diagnostic

TABLEAU XIII: Répartition des patients selon le diagnostic

Diagnostic	Fréquences	Pourcentages
Péricardite hématiche	5	26.3
Péricardite constrictive	5	26.3
Péricardite purulente	4	21
Persistance du canal artériel	3	15.4
Anévrisme de l'aorte	1	5.2
Fistule aorto - pulmonaire congénitale	1	5.2
Total	19	100

Les péricardites ont été les plus fréquentes avec 73.6% des cas.

3. Traitement



Les patients présentant une pathologie cardiovasculaire opéré ont représenté 84% de cas

TABLEAU XIV: Répartition des patients opérés selon les gestes chirurgicaux effectués

Gestes	Fréquences	Pourcentages
Drainage péricardique + biopsie	7	43.8
Péricardectomie	5	31.2
Irrigation lavage péricardique	3	18.8
Thoracotomie exploratrice	1	6.2
Total	16	100

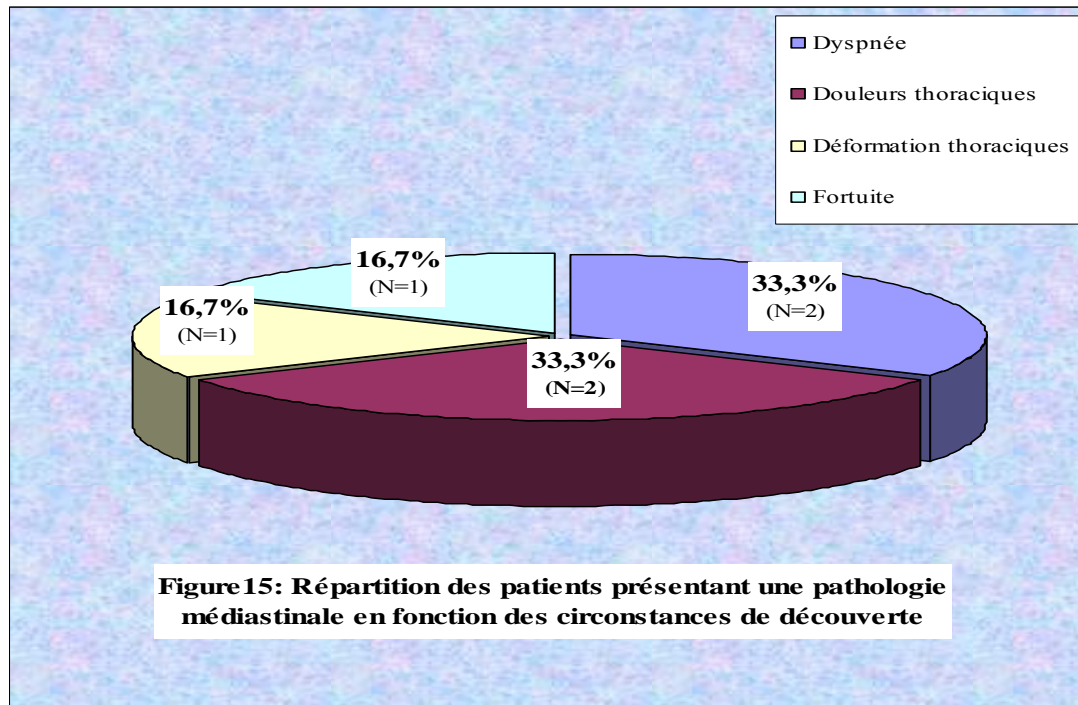
Le drainage péricardique + biopsie suivi de la péricardectomie ont été les principaux gestes thérapeutiques effectués avec respectivement (43.8%) et (31.2%).

E- Autres pathologies du médiastin

1. Prévalence

La prévalence (6/208) des autres pathologies du médiastin a été de 2.8% avec une moyenne d'âge de 55ans (extrême allant de 3 à 78ans) et un sexe ratio (H/F) de 5.

2. Symptomatologie d'appel



La dyspnée et la douleur thoracique ont été les circonstances de découvertes dans 33.3% de cas.

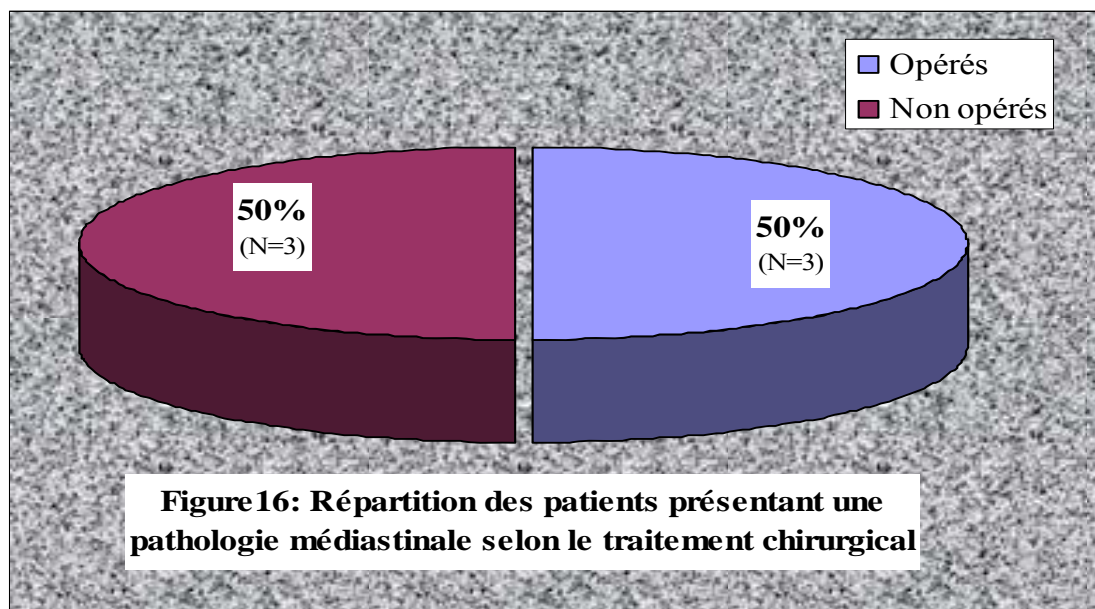
3. Diagnostic

TABLEAU XV : Répartition des patients selon le diagnostic

Diagnostic	Effectifs	Pourcentages
Tumeur médiastinale	5	83.4
Corps étranger intra médiastinal	1	16.6
Total	6	100

La tumeur médiastinale a été la plus fréquente avec 5cas.

4. Traitement



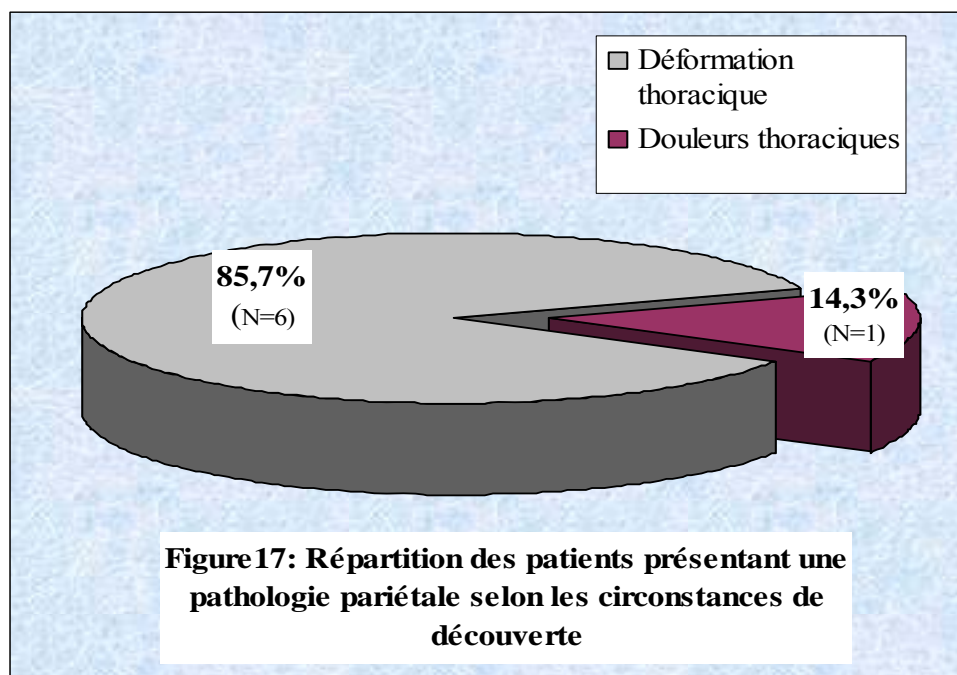
La biopsie a été le geste thérapeutique effectué dans 50% de cas.

F- Pathologies pariétales

1. prévalence

Nous avons colligé 7 patients présentant une pathologie pariétale avec une prévalence (7/208) de 3.3 une moyenne d'âge de 23ans et un sexe ratio (H/F) de 2.5

2. Symptomatologie d'appel



La déformation thoracique a été le signe révélateur de la maladie dans 85.7% des cas chez les patients présentant une pathologie pariétale.

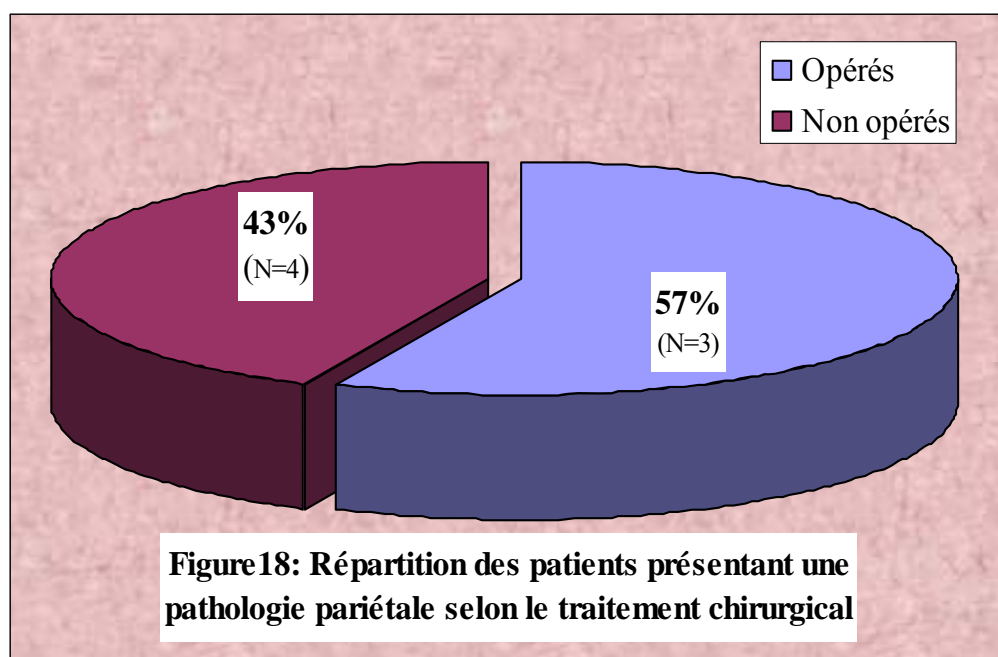
3. Diagnostic

TABLEAU XVI: Répartition des patients selon le diagnostic

Diagnostics	Effectifs	Pourcentages
Tumeur de la paroi thoracique	3	42.8
Kyste para sternal congénital	1	14.3
Thorax en carène	1	14.3
Suppuration pariétale chronique	1	14.3
Thorax en entonnoir	1	14.3
Total	7	100

Les patients présentant une pathologie pariétale ont été représentés par les tumeurs pariétales dans 42.8% des cas.

4. Traitement



Les patients présentant une pathologie pariétale ont été opérés dans 57% des cas.

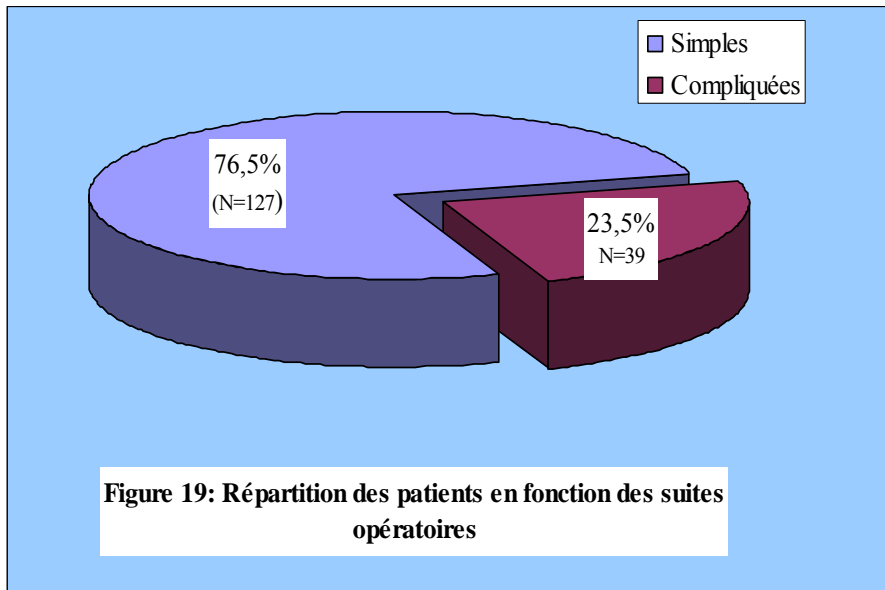
TABLEAU XVII : Répartition des patients opérés selon les principaux gestes chirurgicaux effectués

Gestes	Effectifs	Pourcentages
Kystectomie	1	33.3
Mise à plat	1	33.3
Biopsie	1	33.3
Total	3	100

Une kystectomie pour kyste parasternal, une mise à plat d'un abcès avec débridement et une biopsie pariétale tumorale ont été les gestes chirurgicaux effectués sur les 6 patients reçus pour pathologie pariétale thoracique.

III – SUITES THERAPEUTIQUES A COURT ET MOYEN TERMES

A- Morbidité

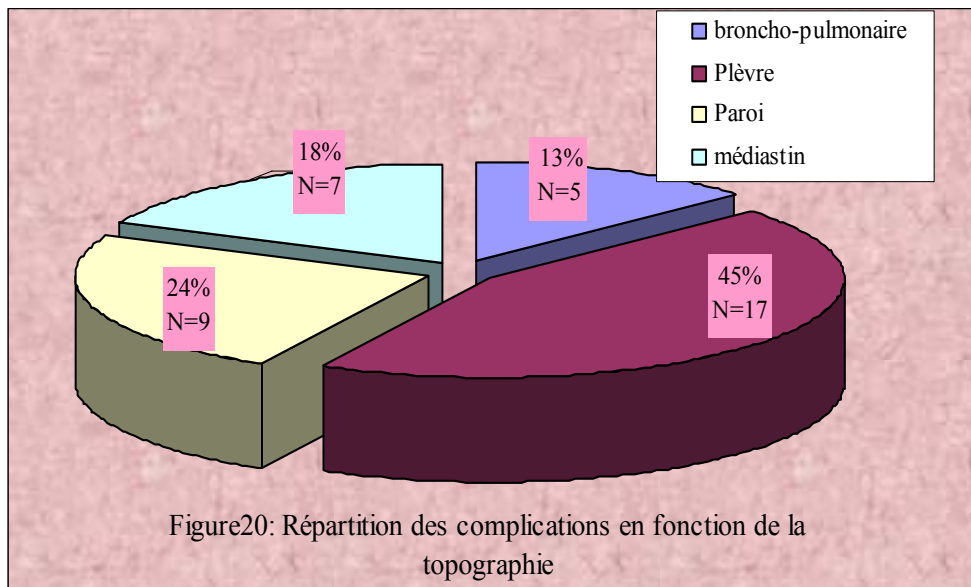


Sur l'ensemble des patients opérés il y'a eu 39 cas de complication post opératoire (23.5%) les suites ont été simples dans 127 cas.

TABLEAU XIX : Répartition des patients en fonctions des complications post opératoires précoces

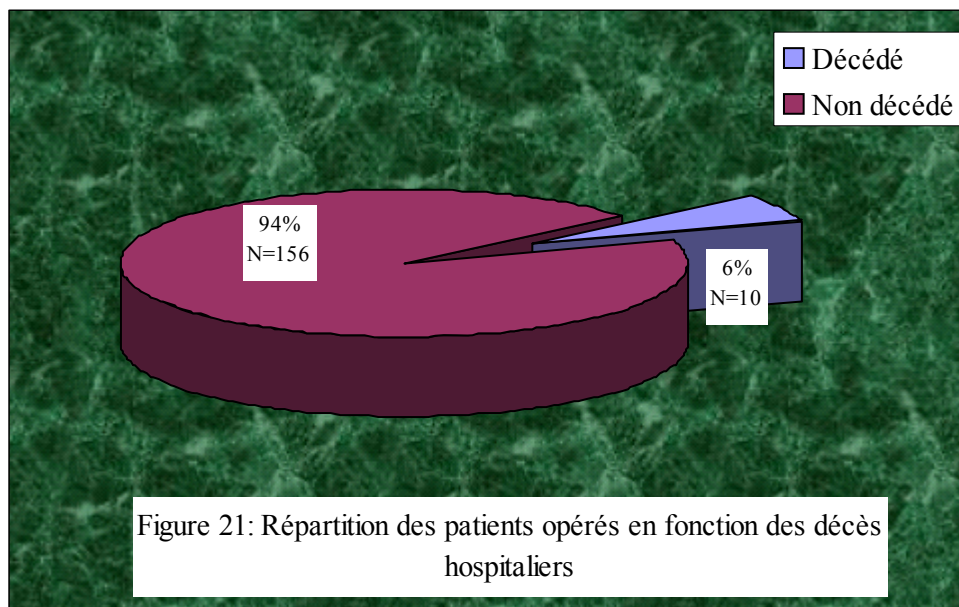
Complications	Fréquences	Pourcentage
Drainage prolongé	11	28.5
Suppuration pariétale	9	23
Pyothorax chronique	7	17.9
Fistule cervicale anastomotique	6	15.3
Pneumopathie	5	12.8
Médiastinite	1	2.5
Total	39	100

Les complications ont été réparties par ordre décroissant en fréquence par : le drainage prolongé (28.5%), la suppuration pariétale (23%), Pyothorax chronique (17.9%), fistule cervicale anastomotique (15.3%) pneumopathie (12.8%), médiastinite (2.5%).



Les complications ont concernée la plèvre avec 45% de cas.

B- Mortalité



Les patients décédés ont représenté 5.4% de cas sur l'ensemble des patients opérés.

TABLEAU XX : Répartition des patients décédés en fonction des gestes effectués

gestes	Fréquences	Pourcentage
Oesophagoplastie	4	40
Décortication	2	20
Drainage pleural	1	10
Drainage péricardique	1	10
lobectomie	1	10
Fistule bronchique	1	10
Total	10	100

Les patients décédés ont été représentés par les oesophagoplasties suivi de la décortication avec 40%, 20%.

TABLEAU XXI: Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation

Hospitalisation	Fréquences	Pourcentage
1 à 10 jours	2	11.9
11 à 20 jours	27	14.6
21 à 30 jours	27	14.6
31 jours et plus	4	2.1
Informations manquantes	104	56.8
Total	184	100

La majorité de nos patients avaient une durée d'hospitalisation entre 11 et 30 jours avec une moyenne de 9.02 jours.

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSIONS

VI. COMMENTAIRES

1. Méthodologie

Le masque de saisie a été réalisé sur Excel 2000.

Les variables sociodémographiques, diagnostiques, thérapeutiques et de suivi étaient concernées.

La collecte des données ne s'est pas réalisée sans difficulté :

Les difficultés peuvent se résumer en :

– Les problèmes de dossiers incomplets.

–L'accessibilité des patients

Ainsi, certaines variables n'ont pas été régulièrement collectées.

Elles concernent les aspects sociodémographiques, diagnostics, thérapeutiques et de suivi.

Ce qui fait qu'on n'a pas pu analyser certains aspects importants de l'étude comme :

–Les détails de traitement effectué avant l'accueil du patient dans le service.

–Le suivi du patient au-delà de la première année de l'intervention

–Le coût de la prise en charge

–Les difficultés liées à la prise en charge.

Pour l'avenir, les services gagneraient à la création d'un service d'archivage médical, et à la sensibilisation des stagiaires et étudiant.

C'est ainsi que depuis 2004 l'ensemble des dossiers du service de chirurgie « A » est entrain d'être informatisé ainsi, peu de variables échapperont aux études de recherche future du service.

2. Place de la chirurgie thoracique dans le service de la chirurgie « A »

Le service de chirurgie « A » est un service où se pratiquent les activités de chirurgie générale, coelioscopique et thoracique. Pendant la période de l'étude, les pathologies chirurgicales thoraciques ont représenté 13.03% des hospitalisations du service.

3. Caractéristiques sociodémographiques

3.1. L'âge.

Dans notre série, les pathologies thoraciques chirurgicales ont concerné principalement les patients dont l'âge varie entre 21 et 60ans. Il s'agit au Mali d'une tranche de la population active.

Les travaux de K. SUBAH [21] sur les pleurésies purulentes de Y. TANAUH [22] sur les tumeurs du médiastin, et de MOUANODJI [23] sur les péricardites rapportent des résultats similaires. Il s'agit d'un véritable problème dans nos différents pays.

3.2. Le sexe.

Dans notre étude, 67.3% de nos patients étaient de sexe masculin, alors que 32.7% était de sexe féminin. Le ratio (H/F) était de 2.05 en faveur des hommes. Cette prédominance masculine est contraire à la réalité démographique du pays. Cette réalité se caractérise par une population féminine plus importante par rapport à la population masculine. Plusieurs facteurs expliquent cela. Ce sont entre autres :

- Le niveau élevé de tabagisme chez les hommes.
- La prédominance des hommes dans le secteur industriel.

3.3. Profession.

Toutes les couches de la société sont concernées par les pathologies thoraciques chirurgicales dans notre étude, 39.1% des patients colligés effectuent des activités sans revenus ou à revenus faibles. Ce constat est identique aux résultats des travaux de Délaye au Mali [24] sur les décortications et de F. KENDJA en Côte d'Ivoire [25] sur le traitement chirurgical des pachypleurites.

3.4. La provenance

Les patients étaient de diverses provenances. 28.3% de nos patients provenaient du service de pneumologie tandis que 28.1% étaient de provenance non identifiée. Cette situation s'explique par le fait que le service de pneumologie est le service de référence des patients souffrant d'affections respiratoires. Quant au nombre restreint d'individus venant d'eux-mêmes (9.6%), cela s'expliquait par des conseils reçus de la part d'amis, parents ou de médecin.

4. Données Diagnostiques

4.1. Evolution avant la consultation chirurgicale.

La durée d'évolution de la maladie est un élément majeur du déterminisme du pronostic d'une pathologie thoracique chirurgicale. En Afrique en général, le délai de prise en charge de ce type de patient est long.

Au Sénégal [26] la durée moyenne d'évolution est de 13 mois.

Pour Gamondes et al [27], l'un des facteurs de mauvais pronostic dans la chirurgie des cancers bronchiques étant la longueur du délai diagnostique, limite à 6mois.

Les raisons de cette consultation tardive sont nombreuses et variables. Les problèmes peuvent être socioculturel, économique.

Au Mali une étude faite par Yena et al [16] avaient identifiée comme facteur de retard de consultation : la consultation chez les tradithérapeutes, la consultation chez les médecins de ville, les croyances culturelles comme la sorcellerie, la malédiction, les moyens financiers des patients à faire face aux examens diagnostics. Dans notre travail, le délai de prise en charge des patients a été en moyenne de 14.18 mois.

6.2. Pathologies thoraciques rencontrées

6.2.1 Pathologie selon la topographie

6.2.1.1. Pathologie pleurale

Nous avons colligé 95 cas de pathologie pleurale soit une fréquence moyenne de 45.6% avec une moyenne d'âge de 32 ans et sexe ratio (H/F) de 2.2.

Les pleurésies 74.8% de l'ensemble des pathologies pleurales observées dans notre étude, elle représente 6.75% des hospitalisations dans le service de pneumo-phtisiologie [28].

M. Ouedraogo au Burkina Faso trouve une fréquence de 13.82%,

Diane C au Gabon 15.79% [5]

Cette fréquence élevée de pleurésie est en grande partie dû à la tuberculose, le Mali étant un pays de forte endémie tuberculeuse avec un risque annuel d'infection de 1.5%.

Les patients nous sont adressés dans un but de drainage après échec du traitement médical c'est pourquoi le drainage pleural simple demeure dans notre série une technique de base, comme le préconise Simmons [30]. K. Subay et al [21] à Kinshassa trouve 357 cas de drainage simple sur 416 cas de pleurésie purulente rencontrée.

En cas d'échec du drainage, le choix se fait entre le drainage avec résection costale et la décortication soit 3.2% et 35.8% dans notre étude.

6.2.1.2. Pathologies Broncho-pulmonaires.

L'émergence du cancer broncho-pulmonaire au Mali a été soulignée par Kéita [9]. 3.5% des patients hospitalisés dans le service de pneumo-phtisiologie. Le diagnostic se pose généralement à un stade avancé de la maladie. Il a constitué 35.4% de l'ensemble des pathologies broncho-pulmonaire dans notre série.

En côte d'ivoire, 28.9% des activités opératoires entre 1977 et 1989 [6]

Au Gabon [5] 32 cas de cancer broncho-pulmonaires ce qui est nettement au-dessus du taux retrouvé dans notre étude.

Nous avons retrouvé dans notre étude 23% de kyste hydatique, Alaziz et al au Maroc [4] a retrouvé 56% ceci pourrait s'expliquer par le fait que les kystes hydatiques sévit dans les régions où l'élevage des ovins prédomine. Nos chiffres montrent que le kyste hydatique devient de plus en plus fréquent dans notre pays, frontalier avec l'Afrique du Nord (zone d'endémie).

6.2.1.3. Pathologie médiastinale.

Le cancer de l'œsophage constitue la pathologie médiastinale la plus fréquente soit 69.7% de l'ensemble des pathologies œsophagiennes. Au Mali [31] 16% de l'ensemble des cancers du tube digestif, 4.18% de l'ensemble des cancers observés à Cotonou [32]

Sur le plan thérapeutique, 34.9% de nos patients ont bénéficié d'une chirurgie a visée palliative. Calment G et Robert FX[33] ont rapporté un taux d'exérèse de 26% dont 15% à visée curative et 11% à visée palliative. D'autres auteurs confirment les limitent des gestes thérapeutiques au moment du diagnostic [34]

6.2.1.4. Pathologie pariétale

Nous avons colligé 3.4% de pathologie pariétale représentée par les tumeurs de la paroi. Ce sont des tumeurs rares. Elles peuvent être d'origine primitive ou par invasion de contiguïté d'un processus néoplasique pulmonaire, pleurale ou mammaire. Le diagnostic de ces tumeurs sont fait sur la base d'une radiographie thoracique et d'une biopsie de la lésion.

Au Gabon, sur 50 cas de tumeur thoracique, les tumeurs pariétaux-costales ont représentées 8 cas.

A côté des tumeurs de paroi, nous avons rapporté 2 cas de malformation thoracique (thorax en carène et en entonnoir). Elles sont présentes dès la naissance, et peuvent disparaître spontanément dans la petite enfance, c'est pour cette raison qu'on ne les opère pas avant l'âge de 3 ans. Nos patients n'ont pas été opérés en raison de l'insuffisance du plateau technique.

6.2.2. Type de pathologie selon l'étiologie

Il ressort de cette étude une prédominance des pathologies infectieuses avec 51.8% représentée par les pyothorax qui représentent 60% des pathologies pleurales. Les pleurésies infectieuses représentent 25% des pleurésies observées dans le service de pneumologie et 6.75% des hospitalisations dans le service de pneumologie [28] de l'hôpital du point « G ».

Ces pathologies d'étiologies infectieuses restent prédominantes en Afrique.

En Côte d'Ivoire [6] sur 780 patients opérés 46.54% présentait une infection pleuro-pulmonaire. Les travaux de Diane.C [5] au Gabon sur les indications de thoracotomie font ressortir une proportion de 40% pour les infections pleuro-pulmonaires. J.B. Wa Kabemba [29] à Kinshassa en 26 ans de chirurgie thoracique retrouve 322 cas de complications de tuberculose pulmonaire opérés.

N'diaye et coll. [25] à Dakar dans un travail sur la décortication pulmonaire trouvent une prédominance de l'étiologie tuberculeuse dans 60% de cas.

Généralement ces patients sont adressés dans le service de chirurgie après échec du traitement médical.

6.3.3. Les pathologies tumorales

A côté des infections pleuro pulmonaires les cancers représentent 33.7% de l'activité opératoire dans notre étude répartis en cancer broncho-pulmonaire (17cas) Cancer de l'œsophage (25cas), pleurésie maligne (7cas), tumeur médiastinale (5cas) et pariétale (3cas) elles ont été vues à un stade avancé dans notre travail.

En occident, la chirurgie du cancer est de loin la plus fréquente [1], 98% de l'activité opératoire.

Au Gabon, sur 178 thoracotomies réalisées, les tumeurs représentent 28% de l'activité opératoire. [5].

En Côte D'Ivoire [6], les tumeurs malignes ont représenté 28.9% des activités opératoires entre 1977 et 1989.

Il apparaît que la prise en charge de ces tumeurs malignes est déficiente le traitement se réduisant en un traitement palliatif. Ce constat est souligné par d'autres auteurs africains [7, 12, 31] et souligne l'intérêt de la mise en place de structures adaptées capables d'établir un diagnostic plus précoce et de prendre en charge ces malades à l'aide d'une collaboration multidisciplinaire et l'amélioration des indications.

9. Résultats.

9.1. Mortalité.

Sur 166 patients opérés nous avons enregistré 10 décès (6.02%).

La chirurgie oesophagienne pour cancer a été la plus décevante 44.5% de décès sur l'ensemble des patients opérés. Ces mauvais résultats, s'expliquent en partie dans notre étude par l'état avancé de la maladie dans lequel nos patients sont opérés. Un effort devrait être fait pour le diagnostic précoce et l'orientation rapide des patients vers le service de chirurgie.

Dans le groupe des 33 patients ayant subi une décortication nous avons eu 2 décès.

Mamadou N à Dakar pour 55 décortications réalisées enregistre 2 cas de décès [26].

Et de celui de Diane C [5] au Gabon enregistre une mortalité péri-opératoire de 2.2%.

9.2. Morbidité

18.7% des patients opérés ont guéri au prix de quelques complications post opératoires.

9.2.1. Les infections.

Elles sont survenues sur un terrain préalablement infecté.

Il y'a eu 09 cas suppurations pariétales bénignes qui ont guéri après débridement, 07 cas de pyothorax chronique ayant nécessité une ouverture partielle de la thoracotomie irrigation et nettoyage à la bétadine et lavage intra thoracique.

D Mettras en côte d'ivoire[35] enregistre également ces deux types de complication en cas de chirurgie thoracique.

9.2.2. Drainage prolongé

On n'a enregistré 11 drainages prolongés dû à un défaut de ré expansion du parenchyme qui a été amélioré par une kinésithérapie active. Il est à noter que cette complication peut être source de ré intervention éventuelle et d'allongement du séjour hospitalier.

En dehors de ces complications, dans 76.5% de cas, les suites opératoires ont été extrêmement simples. Les malades ont été revus régulièrement en consultation pendant les 3 premiers mois après l'intervention avec une durée moyenne d'hospitalisation de 9.02jours et un maximum de 240jrs.

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

VII. Conclusion

Les pathologies thoraciques chirurgicales sont nombreuses dans le service leur prise en charge pose plusieurs problèmes qui peuvent être résumés de la suivante :

A- Diagnostique

- Consultation tardive dans les services chirurgicaux
- Explorations diagnostiques insuffisantes
- Insuffisance du personnel en charge

B- Thérapeutiques

Moyens thérapeutiques insuffisantes ou inadéquats

C- Suivi

- Surveillance post-opératoire
- Moyens de surveillances

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude de notre étude nous formulons les recommandations suivantes.

Aux autorités sanitaires

- Formation et recyclage du personnel sanitaire à la prise en charge diagnostique, thérapeutique et suivi correct des pathologies thoraciques.
- Mettre en place une unité constituée de pneumologue, de chirurgiens dans la prise en charge des pathologies thoraciques.

A la direction de l'hôpital du point « G »

- Equiper le service de chirurgie « A » en matériel d'aspiration
- Renforcement du service de radiologie en moyens de diagnostic moderne.
- Renforcement du personnel pour la chirurgie thoracique.
- L'approvisionnement de la pharmacie hospitalière en drain thoracique
- Equiper le service de pneumologie en matériel d'exploration fonctionnel respiratoire

Aux personnels soignants

- Promotion d'une meilleure collaboration entre les services pour poser à temps les indications opératoires, ce qui nécessite une collaboration étroite entre médecins et chirurgiens.
- La vulgarisation de la technique de drainage

A la population

- Consultation précoce dans une structure sanitaire devant tout signe de difficultés respiratoires.
- Eviction de l'automédication.
- Bonne compliance aux soins de kinésithérapie

BIBLIOGRAPHIE

IX. BIBLIOGRAPHIE

1- SMITH J A., MULLERWORTH M H., WESTLAKE G W., TATOULIS J.

Empyema thoraces: a 14 years experience in a teaching center.
Ann thoracic surg 1991; 51:P39- 42.

2- BOUTIN C., VIALLAT J R.

Pathologie pleurale en pneumologie.
Médecine science Flammarion, Paris 1996 : PP643-73.

3- BOLUSLAVIZKI K H., KLUTMAN S., KROGER S., FOGPE A.

Detection of unknown primary tumors, jnucls méd.2000: PP41-48; 16-22.

4- ALAZIZ A S., MASSLOUT A EL., GALINDO R., CHERKAOUI O., BENOSMAN A.

La chirurgie thoracique dans les pays en voie de développement: l'expérience marocaine.
Congrès international de la société de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire de langue française. Paris, juin2000 ; T4 : P208(a).

5- DIANE C., ONDO N F., BELLAMY J. et al.

Indications et résultats de la chirurgie thoracique au Gabon.
Méd. Afr. Noire : 1992, 39 (5).

6-TANAUH Y., KENDJA K., EHOUNOUDH et al

Evolution de la chirurgie thoracique à l'institut de cardiologie d'Abidjan de 1977 à 1999.
Congrès international de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire de langue française, paris, juin 2000 T4 : P210 (a).

7- BEREY O B.

Les cancers broncho-pulmonaires primitifs. A propos de 163 cas colligés de 1980 à 1989 dans le service de pneumo- phtisiologie du CHU de treichville.
Thèse médicale, Abidjan 1992.

8- KEITA B., KONANDJI M et SANGARE S.

Le cancer en milieu hospitalier à Bamako.

Médecine d'Afrique noire 1992, 39(11).

9- N'GUEMBY M., BINA C., KLOTZEE.

Les cancers du poumon au Gabon.

Méd. Afr. Noire 1987, 34 ; (11) 951-955.

10- BEN AHMED A., KOUROUGHLI M.

La place du cancer du poumon dans un service de médecine à Alger.

Communication à la société algérienne de pneumo-phtisiologie, 1998.

11- NDIAYE M., DIA A., FALL B et al.

Penetrating wounds of the chest.

Dakar Med: 1990; 35(2): 145-7.

12- NDIAYE M., DIENG P., DIOP M et al

Closed traumas of the thorax. Assessment of two years activity at the Dakar trauma center.

Ann. Chir 1995: 49(3): 241- 4.

13-MENYE A., POULQUEN J.

Problèmes thérapeutiques du cancer bronchique en Afrique noire.

Méd .Afr. Noire 1971, (18) : 611-622.

14- SISSOKO. B.D.

Pleurésies purulentes compliquées. Attitude thérapeutique à l'hôpital du point G. A propos de 58 cas.

Thèse médecine, Bamako, 1995, No15.

15- MAMA KANTA.

Traumatismes thoraciques dans les hôpitaux universitaires de Bamako.

Thèse médecine, Bamako, 2004, no 88.

16- YENA S., SANOGO Z.Z., SANGARE S et al.

La chirurgie thoracique au Mali : problèmes et perspectives.

Mali médical 2002, 17 (3&4) : 46-50

17-Chirurgie thoracique: Historique et comparaison des développements en Europe et en Amérique du Nord.

Revue des maladies respiratoires, 2004, vol. 21, no2 : pp. 369- 371.

18- GUHEN S. H.

Manuel d'anatomie et de physiologie. Etudiants en soins infirmiers.

Chap2 : le thorax, page 32-49. Illustré par Antoine Barnaud et vadin Rolland. Edition Lamarre 1994.

19- LACOMBE M.

Précis d'anatomie et de physiologie humaines. Tome1. 25^{ième} éditions Lamarre-poinat

20- Barbara BATES

Guide de l'examen clinique 3è Edition Arnette P 229-259

21- K. SUBAY., TSHITALA. J.B., KABEMBA.

Traitement chirurgical des pleurésies purulentes. Etude de 416 cas expérience des cliniques universitaires de Kinshassa.

Méd. Afr. Noire: 1991 : 38 (7).

22- Y. TANAUH, F. KENDJA, S. BAKASSA et AL.

Tumeurs du médiastin résultats de 22 cas opérés. Med. Afr. Noire 1999: 46 (7).

23- MOUANODJI M B.

Les péricardites à N'djamena (Tchad) : Etude épidémiologique symptomatique, étiologique et évolutive.

Cardiol. Trop., 1996, 22 (85) : 17- 23.

24- DELAYE A., DIALLO A., SISSOKO F., SISSOKO B., KAYO A., SOUMARE S.

La décortication à l'hôpital du point G.

Mali médical 1997 ; 12 (1&2) : P 33-35

25- F.KENDJA, Y.TANAUH et coll.

Traitement chirurgical des pachypleurites : a propos de 82cas.

Pneumol. Trop.n°1(2004) :p23-24

26- MOUHAMADOU N., M.BA., O.DIARRA., O.KANE.

Décortication pulmonaire : Indications et Résultats à propos de 55cas.

Journal de chirurgie thoracique et cardiovasculaire 2001 ; vol5 ; no2 P120(a).

27- GAMONDES J., BONNEFOY J et coll.

A propos du traitement chirurgical de 48 cancers bronchiques périphériques primitifs, non à petites cellules, de taille égale ou supérieure à 8cm. Etude des facteurs pronostiques et survie à 5ans. Ann.Chir. thorac. Cardio vasc, 1989,43:151-156.

28- KEITA B., KONE A., SANGARE S.

Purulent pleurisy in a specialized hospital environnement in Bamako-bull soc pathol exot 1993; 86(2) P 148-50

29- KABEMBA J.B., KIULA E.N. et coll.

La chirurgie de la tuberculose pulmonaire aux cliniques universitaires de Kinshassa étude de 322 cas. Méd. Afr. Noire : 1995, 42 (2).

30- SIMMONS E. M. et Coll.

Review of non-tuberculosis empyema at the university of Missouri

medical center from 1951 to 1971. J. thoracic. & cardiovas. Surg. 64, 518-585, 1972

31- M.Y. Maiga et AL.

Cancer de l'œsophage aspects épidémiologiques cliniques et pronostiques. Acta endoscopica volume 32- No special cregg 2002.

32- ZINSOU C. P., FOURU L., ZOHOUN T et al.

Aspects épidémiologiques des cancers au centre national hospitalier et universitaire de Cotonou
Médecine d'Afrique noire 1990 : 37 (5).

33- CALAMENT G., CAUVIN J. M. et AL.

Traitement et survie du cancer épidermoïde de l'œsophage dans le département de finister entre
1984 et 1988. Gastroentérol. Clin. Biol. 1993, 17, 9- 16.

34- NAVEAU S., RATZIN V., CHAPUT J. C.

Traitement endoscopique palliatif des sténoses malignes de l'œsophage et du cardia.
Gastroenterol. Clin. Biol. 1993, 17, 740- 746.

35- D METRAS. K. OUATTARA ET AL.

Activité du service de chirurgie thoracique à Abidjan. Rapport préliminaire 1976- 1977. Méd.
Afr. Noire : 1978, 25 (6)

36- ODI ASSOUMAOI M. THOMAS J. J. LE BRAS M. BERTRAND E.

Les péricardites purulentes à Abidjan (A propos de 12 cas).
Cardiol. Trop. 1975 1 (1) : 15- 16.

ANNEXES

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Nganmeni

Prénom : Ignace

Pays d'origine : Cameroun

Année de soutenance : 2006

Ville : Bamako

Titre : Les pathologies thoraciques chirurgicales dans le service de chirurgie « A » de l'hôpital du point « G » : Revue de cas.

Lieu de dépôt :

Secteur d'intérêt : Chirurgie thoracique, pneumologie

Résumé :

Cette étude porte sur 208 cas de pathologie thoracique chirurgicale colligée de janvier 2000 à mars 2004 dans le service de chirurgie « A » de l'hôpital du point « G » 28.3% des patients ont été adressés par le service de pneumo-phtisiologie du point G.

Les pathologies thoraciques sont fréquentes avec un recrutement annuel de 41.6 cas, elles touchent l'adulte jeune (âge moyenne 37.5+/- 20 ans) et deux fois plus le sexe masculin que le sexe féminin.

Au cours de la consultation en chirurgie, la majorité des patients avaient une évolution moyenne de 14.18 mois.

L'étiologie infectieuse représente 51.8% des cas, dominée par le pyothorax (57 cas), suivi des tumeurs 33.7% cas avec une prédominance du cancer œsophagienne.

Sur les 208 cas, seuls 166 patients ont pu bénéficier d'un geste chirurgical :

71 patients ont bénéficié d'une thoracotomie postéro-latérale, 53 cas d'un drainage percutané.

Chez 14 patients la voie d'abord a été combinée (thoracique et abdominale)

Sur les 166 patients opérés 09 décès (5.4%) ont été enregistrés. La chirurgie de l'œsophage enregistre le plus fort taux avec 44.5% de décès.

Mots clés : Pathologie, thoracique, chirurgicale

LES PATHOLOGIES THORACIQUES CHIRURGICALES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE A DE L'HOPITAL DU POINT G : revue des cas

I- Etat Civil

Nom et Prénom.....

Sexe..... Age (Année).....

Profession.....

II- Anamnèse

1- Motif de consultation.....

2- Durée présumé de l'évolution.....

III- Antécédents

1- Médicaux

1- BPCO : oui / non

2- Asthme : oui / non

3- Tuberculose : oui / non

4- Diabète : oui / non

5- Ictère : oui/ non

6- Bilharziose : oui/ non

7- Autres (à préciser).....

2- Chirurgicaux : oui / non

3- Habitude de vie :

- Alcool : oui / non

- Tabac : oui / non

4- Résidence :

- Bamako : oui / non

- Hors de Bamako : oui / non

IV- Signes généraux :

- Fièvre oui / non
- Pâleur oui / non
- Hippocratisme digital oui / non
- Cyanose oui / non
- Amaigrissement oui / non

V- Examens complémentaires :

- Endoscopie oui / non
- Scanner oui / non
- Radiographie thoracique oui / non

VI- Diagnostic organique :.....

VII- Diagnostic topographique :

- Broncho-pulmonaire : oui / non
- Pleural : oui / non
- Médiastinale : oui / non A préciser.....
- Paroi thoracique : oui / non

VIII- Indications :

- Opéré oui / non
- Non opéré oui / non

IX- Traitement antérieur à la chirurgie

- Traditionnel oui / non
- Médical oui / non
- Traditionnel et médical oui / non

X- Voies d'abord :

- Thoracotomie postéro-latérale
- Drainage percutané
- Irrigation-lavage + drainage percutané
- Thoracotomie + laparotomie
- Gastrostomie d'alimentation

XI- Gestes effectués

- Décortication
- Exérèse parenchymateuse
- Bronchotomie
- Péricardectomie
- Biopsie
- Thoracoplastie
- Autres à préciser :.....

XII- Suites opératoires

- Simples
- Compliquées

XIII- Complications post opératoires immédiates.....

XIV- Durée d'hospitalisation.....

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 public de me rendre fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai les soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire en sus de mon travail, je ne participerai à aucun profit personnel 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 partie politique 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 !!!