

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

REPUBLIQUE DU MALI



Un Peuple—Un But—Une Foi

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE DU MALI

Année 2007 – 2008

Thèse N° ____/

THESE

ANALYSE DES ACTIVITES
CHIRURGICALES DU SERVICE DE
CHIRURGIE GENERALE « A » DU
C.H.U DU POINT « G » DE JANVIER
2005 A JANVIER 2006

Présentée et soutenue le 2008
devant la **Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.**

Par
Monsieur Sadio Sambala DIALLO

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

JURY

PRESIDENT : Professeur Sidi Yaya SIMAGA

MEMBRES : Professeur Sambou SOUMARE

Docteur Charles FAU

Docteur Adama KOÏTA

DIRECTEUR : Professeur Djibril SANGARE

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

A mon cher père, **SAMBALA DIALLO**

A mon père très affectueux, très sensible et que j'adore beaucoup. A mon cher père qui a bien su me soutenir sur ce long parcours, sache que ce jour grandiose, ce tournant important de ma vie, est le résultat de tes souffrances endurées. Je souhaite que le bon Dieu me donne la chance et la force nécessaire pour mieux bénéficier pendant longtemps de ta compagnie et de suivre tes conseils.

A mes très chères mamans :

- **A SEYNABOU DIALLO**

Ma confidente, prototype de la femme africaine.

Je me souviendrai pendant le reste de ma vie de tes souffrances consenties, de tes nuits blanches de prière. Tu as toujours été là à mes cotés dans les moments difficiles, partagé mes angoisses et joies. Merci pour ces sacrifices que tu as consenti pour mon éducation et saches une fois de plus que ce travail est la résultante de tes efforts. Que Dieu te donne une longue vie pour que tu puisses bénéficier de ce que tu mérites, Maman !

- **A FEUE FATOUMATA BINTA SISSOKO**

Le bon Dieu t'a arraché précocement à notre affection. J'aurai tant voulu que tu assistes à cette cérémonie mais hélas, le tout puissant en a décidé autrement. C'est l'occasion pour moi d'affirmer ma fierté pour toi à cause de tes vertus cardinales dont le courage, l'honnêteté, la dignité, la sagesse et le respect des valeurs humaines. Tu as consacré le meilleur de toi-même à aider les personnes en détresse, à sauver des vies. Merci pour le sacrifice que tu as consenti pour ma vie. Que ton âme repose en paix, Maman! Amen!

A mon oncle, **MOUSSA DIALLO**

Ton souhait de me voir médecin est enfin réalisé car c'est toi qui as toujours su me guider dans le droit chemin. Si l'occasion m'avait été offerte de choisir un 2^{ème} Papa, je ne choisirais pas mieux, tu es sans doute le modèle.

Ce travail est le couronnement de tes efforts.

A ma femme chérie, **AISSATA SANGARE**

La meilleure récompense est auprès de Dieu.

Merci pour : ton affection, ta bonne compréhension et tes sages conseils.

Amour et profond attachement. Ce travail est tien.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement :

Le Tout Puissant, Allah, Le clément, Le Très Miséricordieux pour m'avoir donné la santé et le courage nécessaire pour la réalisation de ce travail.

Qu'il accepte encore de m'assister et de guider mes pas ! Amen !

- Ma tante **Aminata Diallo**

Pour tes conseils et ta générosité. Tu as toujours répondu à mes appels. Merci pour tout et accepte ce modeste travail comme récompense de tes efforts inestimables.

- Mes tantes : **Mariam Diallo, feu Diaba Diallo, Nènè Diallo, Maître Lalla Diallo, Fati Macalou, Salimata Sissoko, Dala Sissoko, Rokiatou Diallo, Nènè Touré, Badjéni Diallo, Matchouni Doucouré et Mariama Sissoko**

Pour m'avoir soutenu durant mes études. Que Dieu vous garde.

- Mes tontons : **Maître Cheick Sadian Traoré, Amadou Papa Diallo, Cheick Oumar Diallo et M'fâ Sidibé**

Les mots me manquent pour vous dire merci. Vous avez été pour moi des conseillers, des confidents et même des complices quand il le fallait. Espérant compter sur vous en toute circonstance, je vous souhaite plein succès dans vos vies d'hommes d'affaires.

- Mon tonton : **Niamanto Diarra**

Recevez là l'expression de mes sincères sentiments.

- Mes cousins et cousines : **Mamaye, Papa Macalou, Bouké, Sidi, Ibrahim, Cheick, Pap, Djo, Djoba, Fifi, Niamoye, Mamijo, Lalli et Lallia ...**

Les liens du sang sont sacrés. Merci pour votre affection et votre soutien moral.

- La famille **Charles Samba Sissoko** à Lafiabougou : particulièrement mes tontons ; **Sega, Vieux, Ibou et Arouna**

Merci pour votre soutien moral

- La famille **Thierno Diallo** à l'Hippodrome : mes tontons : **Mohamed, Papus, Djibi, Abdalah et Django**

Ce travail est votre. Profond attachement.

- Mes grand'mères : **feue Lallia Diallo, Doussouba Cissé, Assétou dite Nani, Kankou diallo, Nâ awa, Nâgoundo, Soumba Diallo et São Diallo.**

- Mon oncle et ami : **Dr Seydou Thiam**

L'infatigable et famille.

Tenez ici l'expression de mes sincères remerciements pour votre soutien moral et matériel durant toute cette formation.

- Mes amis et frères : **Colonel Oumar Sassi Traoré, Maître Aly Keïta, Oumar Camara, Dr Sidibé Issouf dit Mario, Dr Camara Moussa, Dr Diakité Soul, Hady Diallo, Dr Sacko Issouf, Dr Sanogo Moussa, Dr Traoré Sékou, Yoro Diakité, Alou Kane...**

C'est le moment de vous réitérer ma profonde reconnaissance.

- Le groupe **Takissèbougou**

À la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

- Tout le personnel **du service de chirurgie « A » du CHU du Point « G »**

Tous ceux qui m'ont aidé à l'aboutissement de ce travail.

Merci pour votre précieuse contribution.

- Mes maîtres et tontons : Docteur **Zimogo Zié SANOGO** et Professeur **Sadio Yena** pour :

Vos disponibilités, vos courtoisies, vos rigueurs scientifiques, vos soucis du travail bien fait qui font de vous des maîtres appréciés de tous.

Permettez-moi chers maîtres et tontons de vous exprimer mes sentiments les plus sincères surtout pour l'attention portée à mon égard.

- Mes maîtres d'école :

Merci pour la qualité de la formation que vous avez dispensée.

- Le corps professoral de la faculté de Médecine

Merci pour tout l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la formation que vous dispensez.

**HOMMAGES PARTICULIERS AUX
HONORABLES MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY : **Professeur Sidi Yaya SIMAGA**

Professeur de santé publique à la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.

Cher maître,

C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

L'étendue de vos connaissances, votre pragmatisme, votre rigueur scientifique, votre sens social élevé et votre disponibilité suscitent une grande admiration.

Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et précis.

Permettez nous ici, cher maître et père de vous réitérer notre confiance et notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE : **Professeur Sambou SOUMARE**

Professeur de chirurgie générale à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Chef de service de chirurgie générale et thoracique « A » du CHU du Point « G »

Président de la Société Malienne de Chirurgie Endoscopique du Mali

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par la facilité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Votre abord facile, votre franc parler, votre rigueur scientifique et votre grande expérience dans la pratique chirurgicale font de vous un encadreur remarquable et admiré par tous. Nous vous sommes profondément reconnaissant de nous compter parmi vos élèves.

Recevez ici cher maître et oncle, toute notre affection et notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE : Docteur Charles FAU

Médecin Colonel

Spécialiste en chirurgie générale

Directeur Générale du CHU du Point « G »

Cher Maître,

Nous sommes très sensible et reconnaissant de l'honneur que vous nous faites en ayant accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Homme de science et administrateur rigoureux, nous avons été séduit par votre sympathie, votre esprit communicatif et votre culture.

Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes dans la réalisation de ce modeste travail.

Soyez rassuré cher maître de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE : **Docteur Adama KOITA**

Spécialiste en chirurgie générale

Assistant chef clinique en chirurgie dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point « G »

Cher maître,

Notre séjour dans votre service nous a été d'un apport bénéfique. C'est ici l'occasion de vous rendre hommage, vous dire combien nous avons été séduit par la qualité de votre enseignement, votre rigueur scientifique et vos qualités humaines qui font de vous un être hors du commun. Nous sommes très honoré de vous avoir à nos côtés malgré vos multiples sollicitations. Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude, notre admiration sincère et notre profond attachement.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE: **Professeur Djibril SANGARE**

Chef de service adjoint de chirurgie générale et thoracique « A » du CHU du Point « G »

Professeur titulaire de chirurgie générale

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.

Cher maître,

A vos côtés, nous avons appris à aimer la chirurgie. Votre esprit critique, votre amour pour le travail bien fait, votre expérience en chirurgie font de vous un homme de rigueur, de science, de culture. Vos richesses intellectuelles et humaines, votre modestie nous ont marqué tout au long de notre séjour dans votre service. Les mots nous manquent pour vous traduire toute notre affection et notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

	CHAPITRES	Pages
I. INTRODUCTION		2
A. OBJECTIFS		4
1. Objectif général		4
2. Objectifs spécifiques		4
B. GENERALITES		5
❖ Cadre de l'étude :		5
✓ Présentation de l'hôpital national du Point G		5
✓ Présentation du service de chirurgie « A »		6
II. METHODOLOGIE		15
III. RESULTATS		19
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS		42
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS		50
VI. REFERENCES		53
VII. ANNEXES		60

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La qualité des soins dans un service de chirurgie est le premier souci du personnel soignant. L'analyse des activités est essentielle pour évoluer vers la recherche de la qualité des services dans les structures sanitaires « amélioration de la prestation des soins » : [29].

Mais, dans nos pays en voie de développement les structures de statistiques sont mal équipées.

Plusieurs études s'intéressant à la qualité des soins ont été effectuées dans le service de chirurgie générale « A » du CHU du point « G »:

- DEMBELE [12], dans « Etude de la qualité des soins dans le service de chirurgie générale de l'hôpital du point G. » a mis l'accent sur le problème d'équipement et une insuffisance de personnel.

- CAMARA [8], dans « Bilan des 150 premiers cas de la coeliochirurgie à l'hôpital national du point G. » a démontré une orientation accrue vers cette nouvelle technique de chirurgie. Il a insisté sur la formation continue du personnel et le problème d'équipement.

- NGANMENI [24], dans « Pathologies thoraciques chirurgicales dans le service de chirurgie A de l'hôpital national du point G. » a démontré une croissance de ces pathologies dans notre service. Il a insisté aussi sur le problème d'équipement et de personnel.

Ces études ne prennent pas en compte l'ensemble des activités du service.

La présente étude a trait aux activités chirurgicales globales du service de chirurgie « A » pendant la période de janvier 2005 à janvier 2006. Elle vise les objectifs suivants :

A. OBJECTIFS

1. Objectif Général :

- Etudier les activités chirurgicales réalisées dans le service de chirurgie « A » du C.H.U du point « G » de janvier 2005 à janvier 2006.

2. Objectifs Spécifiques:

a)- Décrire les caractéristiques socio démographiques des patients opérés.

b)- Déterminer la fréquence des différentes interventions pratiquées.

c)- Comparer les résultats immédiats des différentes interventions pratiquées.

B. GENERALITES

❖ CADRE DE L'ETUDE

✓ Présentation du CHU du Point « G » [10]

L'hôpital du Point G est l'un des trois hôpitaux nationaux avec celui de Gabriel Touré et de Kati. Il est le plus ancien hôpital du Mali, créé en 1906 par l'armée coloniale française.

Situé à 8 kilomètres du centre ville, ses travaux de construction ont commencé en 1906 pendant la période coloniale. Il est devenu fonctionnel 6 ans après. Actuellement l'hôpital a 436 lits pour les malades hospitalisés. L'hôpital emploie 546 personnes.

Les différents services sont :

- Chirurgie :

Service de chirurgie générale et thoracique « A »,

Service de chirurgie générale et vasculaire « B »

Service d'urologie

Service de gynéco obstétrique

- Médecine interne :

Service d'hématologie

Service de rhumatologie

Service de maladies endocriniennes

Service de cardiologie

Service de neurologie

Service de maladies infectieuses

Service de psychiatrie

Service de gastro-entérologie

Service de néphrologie

Service de pneumo-phtisiologie

- Service des urgences médicochirurgicales et de réanimation
- Service de radiologie
- Le laboratoire
- La pharmacie

Son administration est composée de :

- Un directeur général
- Un directeur général adjoint
- Un directeur administratif
- Un directeur technique
- Un gestionnaire
- Un surveillant général
- Un chef du personnel
- 516 fonctionnaires parmi lesquels on compte 289 personnels médicaux, à savoir : 27 Professeurs, 67 Médecins, 52 Assistants médicaux, 69 Techniciens supérieurs de santé, 73 techniciens de santé.
- 4 secrétaires

**✓ PRESENTATION DU SERVICE DE CHIRURGIE « A »
DU POINT “G” [27]**

Structures :

TABLEAU .I : Les différentes structures du service de chirurgie « A » du Point G. (Année 2005)

Structures	Bureaux	Salle de pansement	Salle de garde	Magasin	Lits
BUREAU DE CONSULTATION	2	1	-	-	-
PAVILLON CHIRURGIE II	2	1	1	1	18
P.T.F.T	3	1	4	-	22
I.M.F.R.C	4	-	-	1	-
TOTAL	11	3	5	2	40

P.T.F.T: Pavillon Tidiani Faganda Traoré

I.M.F.R.C : Institut Malien de Formation et de Recherche en Chirurgie

Le service de chirurgie A du C.H.U du Point G est composé d'un bureau de consultation et de 2 unités d'hospitalisation : le pavillon Tidiani FAGANDA (P.T.F.T) et le pavillon de chirurgie II au rez de chaussée.

Le service compte 40 lits d'hospitalisation. Les lits sont repartis entre 3 catégories de confort d'hospitalisation dans un ordre décroissant de la 1^{ère} à la 3^{ème} catégorie :

Le P.T.F.T (Le Pavillon Tidiani Faganda Traoré) au 1er étage

Il porte le nom du premier directeur malien de l'hôpital. Ce bâtiment date de 1973. On retrouve les deux premières catégories à ce niveau (1^{ère} catégorie et 2^{ème} catégorie)

Première catégorie :

Elle comporte 3 chambres climatisées, équipées de deux lits chacune. Les salles sont dotées, de toilettes intégrées avec douche et d'une fenêtre vitrée chacune.

Deuxième catégorie :

Elle comprend 4 salles de 4 lits chacune. Les salles sont dotées de ventilateurs mais ne sont pas climatisées. Il y a deux fenêtres vitrées et deux portes orientées du nord au sud pour chaque salle. Ces portes assurent l'aération des salles. Elles comportent chacune une toilette avec douche.

Le P.T.F.T abrite aussi les salles de garde pour les médecins en spécialisation (C.E.S) et étudiants en 6^{ème} année préparant une thèse de doctorat. Ces salles sont climatisées avec toilettes intégrées. Il abrite aussi : une salle ventilée avec toilette pour les infirmiers et aides soignants, une salle ventilée pour les garçons de salle (G.S.) contenant un mini réfrigérateur servant à conserver les poches de sang destinées aux malades. Le P.T.F.T comporte aussi le bureau de l'infirmier major qui est ventilé et climatisé et une salle de pansement avec une table de pansement et un stérilisateur électrique pour les instruments.

Troisième catégorie (pavillon de chirurgie II)

C'est l'un des bâtiments les plus anciens de l'hôpital. Il a été construit en 1906. Il regroupe la 3^{ème} catégorie d'hospitalisation avec 18 lits. Il a été rénové en 2005. Les lits sont répartis dans 4 salles communes, dont on compte 12 lits pour les hommes et 6 lits pour les femmes. Les lits occupent une surface d'environ 2,5m² chacun et sont distants les uns des autres d'un mètre en moyenne, d'où une promiscuité en plus de la fréquentation des salles par les accompagnateurs nombreux. Ces salles comportent deux grandes portes chacune sauf la salle 2 qui en a 4, les portes servent aussi bien d'entrée que d'aération car les salles ne sont pas munies de fenêtres. Elles sont orientées du nord au sud.

Les toilettes sont communes, extérieures aux salles et partagées avec un autre service de chirurgie.

On essaye du mieux qu'on peut d'améliorer l'hygiène au niveau des salles et de prévenir contre les piqûres d'insectes (utilisation de moustiquaires imprégnées). Les murs ont été repeints récemment.

Le bureau de l'infirmier major sert de salle de garde la nuit pour les infirmiers. Un nouveau bâtiment vient de voir le jour depuis 2002. Ce bâtiment :

I.M.F.R.C (institut malien de formation et de recherche en chirurgie)

Il a été inauguré : le 11 / novembre / 2005. Il abrite au total 9 salles et une toilette. Les salles sont réparties de la façon ci-dessous :

- 4 bureaux pour les chirurgiens du service.
- 2 salles d'opérations pour la nouvelle technique chirurgicale actuellement pratiquée au niveau du service depuis le 7 mars 2001 : **La coeliochirurgie**
- Une salle pour le nettoyage des instruments.
- Un magasin.
- Une salle de cours séparée des 2 salles d'opération par 2 larges baies vitrées. Elles permettent directement aux stagiaires et étudiants d'observer les interventions qui se passent dans les 2 salles d'opération. Ces 2 baies vitrées sont cachées par des tableaux noirs qui servent aux exposés, aux staffs et aux formations.

Le circuit des médicaments :

Le service ne dispose pas de dépôt de pharmacie. Les patients achètent les médicaments prescrits à la pharmacie de l'hôpital ou dans les officines en ville. Cette pharmacie de l'hôpital assure en l'occurrence un service de garde. Très souvent, certains médicaments sont offerts gratuitement aux malades par les médecins du service.

Le confort du personnel de garde :

Les repas sont servis dans la cantine de l'hôpital distante d'une centaine de mètres du service. Les infirmiers et les aides soignants se chargent d'apporter au personnel de garde leurs repas.

Le bureau de consultation :

Ancien local du service de radiologie, il est situé au rez de chaussée du P.T.F.T. Il comprend 3 salles :

- Une salle de consultation : équipée d'une table, des armoires et des chaises. Elle est climatisée et sert aussi de bureau.

- Une salle d'examen des malades : cette salle est attenante à la salle de consultation. Elle est dotée d'une table gynécologique pour les examens physiques.

Ces deux salles ont chacune une toilette interne.

- « Le secrétariat. » : est attenant à la salle de consultation. Il est partagé par l'infirmière archiviste et la secrétaire du service.

- « La salle d'attente. » : Les malades venus en consultation attendent sous une véranda servant de salle d'attente.

Le bloc opératoire :

Le bloc opératoire rénové en 1996 comprend plusieurs unités dont une est attribuée au service de chirurgie générale. Cette unité est composée d'une salle pour la stérilisation des instruments et des équipements chirurgicaux, une seconde pour la préparation du malade, une 3^{ème} pour la préparation des opérateurs et une 4^{ème} qui est la salle d'opération proprement dite. C'était la seule en service au moment de notre étude. Les salles de l' I.M.F.R.C n'étaient pas encore utilisées.

L'équipement :

L'équipement au niveau des 2 unités d'hospitalisation et du bureau de consultation était composé par unité d'hospitalisation : de boîte de pansement, de tensiomètre et d'une table de pansement qui assure la fonction de table de consultation.

Au niveau du bloc opératoire, le service disposait d'une table d'opération, de 2 chariots, d'un catgutier, d'une armoire pour les instruments stériles, de 2 bacs pour les pansements, de 3 poubelles pour les ordures, de 2 chaises roulantes et d'un brancard roulant.

Les matériels pour les interventions chirurgicales comprenaient des boîtes pour :

- Appendicectomie- hernie
- Cholécystectomie
- Gastrectomie
- Laparotomie
- Coeliochirurgie
- Chirurgie thoracique

Le personnel :

Le personnel est composé comme suit :

TABLEAU .II: Le personnel du service de chirurgie « A » du Point G. [27] (année 2005)

TYPE DE PERSONNEL	NOMBRE
CHIRURGIENS	6
C.E.S *	9
TECHNICIENS SUPERIEURS DE SANTE	3
AGENTS TECHNIQUES DE SANTE **	5
AIDES SOIGNANTS	4
SECRETAIRES	1
TECHNICIENS DE SURFACE	4
PERSONNEL DU BLOC OPERATOIRE	8
INTERNES ***	19
AUTRES. ****	9
TOTAL	68

* = Médecins en spécialisation de chirurgie générale

** = Techniciens de santé

*** = Etudiants en médecine préparant une thèse de doctorat

**** = Aides soignants

**ORGANIGRAMME DE FONCTION DU SERVICE DE CHIRURGIE « A » DU
C.H.U DU POINT « G » [27] année 2005**

ORGANIGRAMME DU SERVICE :

Il comprend 26 permanents, 18 temporaires et 5 aides soignants bénévoles

Personnel permanent [27] :

Chirurgiens : on compte 5 dont 2 professeurs agrégés de chirurgie générale, 2 assistants chef de clinique dont 1 est spécialisé en chirurgie thoracique et 1 chirurgien généraliste. Les professeurs, les assistants et les chirurgiens généralistes encadrent les médecins C.E.S. et les étudiants en année préparatoire de thèse de médecine. Ils s'occupent tous des hospitalisations, des interventions, des consultations et du suivi post- opératoire (visite quotidienne au lit du malade). Un professeur du service dispose d'un logement d'astreinte à l'hôpital qui le rend disponible à tout moment.

Les autres chirurgiens habitent hors de l'hôpital.

Le service ne dispose pas de budget propre pour la formation et la participation du personnel aux rencontres internationales.

Techniciens de santé et les aides soignants : ils sont au nombre de 13.

Le service dispose de 3 infirmiers major (techniciens supérieurs de santé), leur fonction est de faire le lien entre les médecins, le personnel infirmier (technicien de santé), les patients et leur famille. Ils s'occupent aussi du suivi des soins des malades hospitalisés et des tâches administratives (archivage, délivrance des bulletins d'examen des malades hospitalisés, ...).

En 1^{ère} et 2^{ème} catégorie :

- il y a une technicienne de santé, 2 techniciens supérieurs de santé et 2 aides soignants titulaires pour 22 lits soit 1 technicien supérieur pour 10 lits.

En 3^{ème} catégorie :

- il y a 1 technicien supérieur de santé, 4 techniciens de santé et 2 aides soignants pour 18 lits soit 1 technicien supérieur de santé pour les 18 lits.

Ils s'occupent des soins ; les pansements, la prise biquotidienne des constantes, les injections, les prélèvements pour les analyses de laboratoire. Ils assurent une garde interne du service deux fois dans la semaine.

Certains gestes comme le « nursing » et la toilette des malades sont assurés par les accompagnateurs.

Techniciens de surface : en 1^{ère} et 2^{ème} catégorie, ils sont au nombre de 3 et en 3^{ème} catégorie au nombre de 1.

Ils assurent le rôle de transport des malades et l'entretien des locaux dans les 2 unités d'hospitalisation.

En nombre insuffisant, ils sont obligés parfois de requérir l'aide d'un technicien de surface d'un autre service et ou d'un parent du malade pour transporter les malades opérés.

Personnel temporaire [27] :

Il est composé de :

Médecins C.E.S : au nombre de 9. Ils sont en stage de spécialisation dans le service pour 6 mois. Ils sont associés aux protocoles thérapeutiques et pratiques chirurgicales par les chirurgiens. Eux mêmes encadrent les étudiants.

Etudiants faisant fonction d'interne en année préparatoire de thèse de doctorat :

Ils sont au nombre de 19. Ils participent aux activités du service :

- prise des observations
- aides opératoires
- gardes internes du service
- Travaux de thèse (recherches bibliographiques, collecte des données...)

III. METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

1-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive des activités chirurgicales dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

2- période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 02 janvier 2005 au 02 janvier 2006

3-Population d'étude :

- Patients reçus en consultation dans le service de chirurgie « A » pendant la période de l'étude.

4- Echantillonnage :

4.1-Criteres d'inclusion :

- Patients reçus en consultation et opérés dans le service quelle que soit la pathologie chirurgicale présentée.

4.2-Criteres de non inclusion :

Patients reçus en consultation, même hospitalisés mais non opérés.

Patients présentant une pathologie médicale.

Au total, 564 patients ont été retenus

5-Deroulement des activités chirurgicales :

5.1-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.

5.2-Methode de diagnostic :

Le diagnostic des pathologies chirurgicales a été fait sur la base d'un examen clinique minutieux et complet. Les examens complémentaires demandés ont été fonction de la suspicion diagnostique de la pathologie et de leur accessibilité. D'une manière générale en cas d'indication opératoire programmée, un bilan préopératoire systématique de base était effectué : le groupage rhésus, la glycémie, la créatinémie, la numération formule sanguine (NFS), la vitesse de sédimentation (VS), le temps de saignement (TS) et le temps de coagulation. D'autres examens ou consultations spécialisés étaient demandés en cas de besoin pour compléter le bilan de base.

Dans notre travail, les pathologies chirurgicales ont été regroupées et réparties conformément aux études de : Traoré B.M [35], Bankinesa [5], Dembélé [12] .

C'est ainsi qu'ont été dégagées les pathologies chirurgicales :

- **de l'appareil digestif** : quand les organes digestifs sont concernés.
- **de l'appareil respiratoire** : quand les organes respiratoires sont concernés.
- **gynécologiques** : s'il s'agissait d'une atteinte des organes génitaux féminins.
- **de l'appareil urinaire** : s'il s'agissait d'une atteinte de l'arbre urinaire
- **de la peau et du tissu cellulaire sous cutané** : pour les atteintes de la paroi abdominale.
- **endocriniennes** : s'il s'agissait d'une atteinte de la glande thyroïde et de la rate.
- **des glandes mammaires** : pour les pathologies des seins.
- **des zones ano-rectales** : si la pathologie siégeait au niveau de la région anale ou rectale.
- **diverses** : pour les pathologies traumatiques et ou des pathologies de l'appareil circulatoire.

Ces différentes pathologies chirurgicales réparties ont été ainsi regroupées conformément aux mêmes études de : [35], [5], [12], par rapport aux différents types de chirurgie :

-La chirurgie viscérale : si l'intervention était : digestive, pariétale, gynéco obstétricale urinaire et ano rectale.

-La chirurgie diverse: si l'intervention concernait le système ostéo-articulaire

-La chirurgie thyroïdienne et la chirurgie mammaire (glandulaire) : si l'intervention concernait : la glande thyroïde ou les glandes mammaires.

-La chirurgie thoracique : si l'intervention était thoraco-pulmonaire.

-La chirurgie de la fistule artérioveineuse (F.A.V) : si l'intervention consistait à créer ou à supprimer une fistule artérioveineuse.

-La chirurgie endoscopique : si l'intervention était réalisée sous assistance coelioscopique.

6-collecte des données :

Les données ont été recueillies à partir des registres de consultation, d'hospitalisation, de compte rendu opératoire et des dossiers individuels des malades.

Le questionnaire est porté en annexe.

7- Analyse des données :

Le traitement de texte a été fait avec le logiciel Microsoft Word version 2000;

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel Epi info 6.0fr.

Le test statistique de probabilité (p) de comparaison a été utilisé au cours de ce travail.

IV. RESULTATS

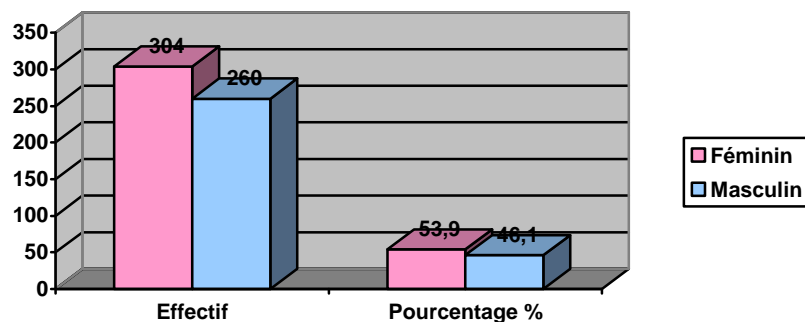
IV. RESULTATS

Tableau .I: Répartition des malades opérés en fonction des tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif absolu	Pourcentage %
0-9 ans	26	4,6
10-19 ans	56	9,9
20-29 ans	114	20,2
30-39 ans	131	23,2
40-49 ans	70	12,4
50-59 ans	61	10,8
60-69 ans	55	9,8
≥70 ans	51	9,0
Total	564	100

La tranche d'âge de [30-39] ans a été la plus représentée avec 131 cas, soit 23,2%. La moyenne d'âge a été de 39,12 ans avec des extrêmes de 1 an et de 98 ans.

Figure .I : Répartition des malades opérés en fonction du sexe



Le sexe féminin a été prédominant avec 53,9% des cas. Le sexe ratio (H/F) a été de 0,85 en faveur des femmes.

Tableau .II : Répartition des malades opérés en fonction de la résidence

Résidence	Effectif absolu	Pourcentage %
Bamako	383	67,9
Hors Bamako	159	28,2
Non précisé	19	3,4
Autres*	3	0,5
Total	564	100

*= correspond aux patients provenant de : Côte d'Ivoire (Cocody) pour 1 cas, Guinée Konakry pour 1 cas, Mauritanie (Nouadhibou) pour 1 cas

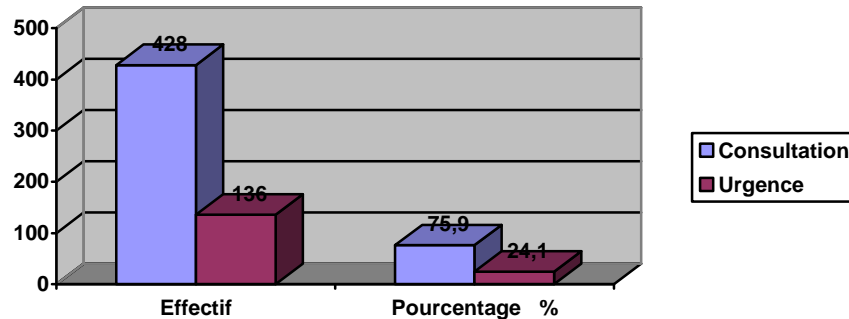
67,9% de nos patients résidaient dans la ville de Bamako soit 383 patients.

Tableau .III: Répartition des malades opérés en fonction de la profession

Profession	Effectif absolu	Pourcentage %
Ménagère	215	38,1
Cultivateur	87	15,4
Etudiant/Elève	78	13,8
Non précisée	66	10
Fonctionnaire	45	8
Commerçant	28	5
Ouvrier	23	4,0
Mécanicien	15	2,6
Infirmier	8	1,4
Eleveur	5	0,9
Militaire	3	0,5
Total	564	100

Sur les 304 femmes, les ménagères ont été représentées avec 215 cas, soit 38,1%

Figure .II : Répartition des malades opérés en fonction du mode de recrutement



Le recrutement a été fait soit à partir des consultations externes (75,9%) et à partir des urgences reçues (24,1%).

Tableau .IV: Répartition des malades opérés en fonction du référent

Référent	Effectif absolu	Pourcentage %
Médecin généraliste	470	83,3
Parent/Ami	44	7,8
Malades venus d'eux mêmes	17	3,0
Chirurgien	15	2,7
Infirmier	9	1,6
Non précisé	1	0,2
Sage Femme	1	0,2
Transfert	1	1,2
Total	564	100

Parmi les 564 malades opérés, 470 malades ont été référés par des médecins généralistes, soit 83,3% des cas.

Tableau .V: Répartition des malades opérés en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Effectif absolu	Pourcentage %
Tuméfaction+douleur abdominale	148	26,3
Douleur abdominale	117	20,7
Désir d'enfant	61	10,8
Douleur pelvienne	56	9,9
Douleur de l'hypochondre droit	55	9,8
Tuméfaction abdominale	51	9,0
Création de fistule artério-veineuse	18	3,2
Douleur anale	11	2
Douleur thoracique	9	1,6
Reprise de fistule artério-veineuse	8	1,4
Rétention urinaire	7	1,2
Dysphagie + vomissement	4	0,7
Arrêt des matières et des gaz	3	0,5
Altération de l'état général + Ictère	2	0,4
Trouble cardiaque	2	0,4
Lombalgie	1	0,2
Douleur du Pied	1	0,2
Douleur scrotale	1	0,2
Douleur inter-fessiere	1	0,2
Dysphagie	1	0,2
Dyspnée + vomissement	1	0,2
Obstruction bronchique	1	0,2
Plaie du pied	1	0,2
Plaie traumatique du pied	1	0,2
Suppression de fistule artério-veineuse	1	0,2
Trouble urinaire (incontinence)	1	0,2
Tuméfaction dorsale (Tumeur)	1	0,2
Total	564	100

Les tuméfactions associées aux douleurs abdominales ont été les plus représentées avec 148 cas, soit 26,3%

Tableau .VI : Répartition des malades en fonction du diagnostic de consultation

Diagnostic de consultation	Effectif absolu	Pourcentage %
P.Chir.App.D	228	40,4
P.Chir.App.G	192	34,0
P. Chir.P.	57	10,1
P. Chir App.U	35	6,2
P.E.CH	26	4,6
P.Chir. Ano.R	19	3,4
P.Chir. Gldes	18	3,2
P.Chir.App.R	14	2,5
Divers*	12	2,1
Total	564	100

*= 9 cas de pathologies ostéo articulaires et 3 cas de pathologies de l'appareil circulatoire

P.Chir.App.R = Pathologies chirurgicales de l'appareil respiratoire

P.Chir.App.G = Pathologies chirurgicales gynécologiques

P.Chir.P = Pathologies chirurgicales de la paroi abdominale.

P.Chir.Ano.R = Pathologies chirurgicales ano-rectales.

P.Chir.gldes = Pathologies chirurgicales des glandes mammaires.

P.Chir.App.D = Pathologies chirurgicales de l'appareil digestif et de rate.

P.E.CH = Pathologies endocrines chirurgicales.

P.Chir.App.U= Pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire

Les maladies chirurgicales de l'appareil digestif ont été les plus représentées avec 228 cas, soit 40,4%.

Tableau .VII: Répartition des malades reçus en consultation externe et opérés en fonction du diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectif absolu	Pourcentage %
Pathologie chirurgicale gynécologique	151	35,2
Pathologie chirurgicale de l'appareil digestif	97	22,6
Pathologie chirurgicale de la peau et de tissus conjonctifs sous cutanés	48	11,2
Pathologie chirurgicale de l'appareil urinaire	46	10,7
Pathologie chirurgicale des glandes mammaires	24	5,6
Pathologie chirurgicale endocrinienne	22	5,1
Pathologie chirurgicale ano-rectale	19	4,4
Pathologie chirurgicale de l'appareil respiratoire	11	2,6
Divers*	8	1,8
Total	428	100

*= 7 cas de pathologies de l'appareil circulatoire et 1 cas de pathologie ostéoarticulaire. Les pathologies chirurgicales gynécologiques ont été les plus représentées avec 151 cas, soit 35,2% des malades reçus en consultation externe et opérés.

Tableau .VIII : Répartition des malades opérés en urgence selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectif absolu	Pourcentage %
Pathologie chirurgicale de l'appareil digestif	111	82,3
Pathologie chirurgicale de la peau et de tissus conjonctifs sous cutanés	10	7,4
Pathologie chirurgicale gynécologique	4	2,9
Pathologie chirurgicale des organes urinaires	3	2,2
Pathologie chirurgicale de l'appareil circulatoire	3	2,2
Pathologie chirurgicale ano-rectale	2	1,5
Pathologie chirurgicale de l'appareil respiratoire	1	0,7
Pathologie endocrine chirurgicale	1	0,7
Divers*	1	0,7
Total	136	100

*= 1 cas pathologie ostéoarticulaire.

Parmi les diagnostics préopératoires posés en urgence, les pathologies chirurgicales de l'appareil digestif ont été les plus représentées avec 111 cas, soit 82,3%.

Tableau .IX: Répartition des malades opérés en fonction du diagnostic per-opératoire

Diagnostic per-opératoire	Effectif absolu	Pourcentage %
Pathologie chirurgicale de l'appareil digestif et de la rate	215	38,1
Pathologie chirurgicale gynécologique	149	26,4
Pathologie chirurgicale de la peau et de tissus conjonctifs sous cutanés	60	10,6
Pathologie chirurgicale de l'appareil urinaire	49	8,6
Pathologie chirurgicale ano-rectale	25	4,4
Pathologie chirurgicale endocrinienne	27	4,7
Pathologie chirurgicale des glandes mammaires	18	3,2
Pathologie chirurgicale de l'appareil respiratoire	13	2,3
Divers*	8	1,5
Total	564	100

*= 6 cas de FAV et 2 cas de pathologies ostéo articulaires

Les pathologies chirurgicales de l'appareil digestif ont été les plus représentées en diagnostic per-opératoire avec 38,1% des cas.

Tableau .X : Répartition des patients en fonction du diagnostic per-opératoire et des tranches d'âge

<i>tranches d'âge</i>	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Total
<i>Diagnostic per-opératoire</i>											
Pathologie chirurgicale de l'appareil urinaire	0	2	7		0	3	6	10	0	2	49
Pathologie chirurgicale ano-rectale	1	2	8	6	4	2	0	2	0	0	25
Pathologie chirurgicale de la peau et de tissus conjonctifs sous cutanés	5	3	13	9	6	12	7	3	2	0	60
Fistule artérioveineuse	2	0	0	2	1	0	1	0	0	0	6
Pathologie chirurgicale de l'appareil digestif et de la rate	9	33	34	37	24	24	31	10	7	0	217
Pathologie chirurgicale de l'appareil respiratoire	2	2	1	4	0	3	0	0	1	0	13
Pathologie chirurgicale des glandes mammaires	0	4	4	3	5	1	1	0	0	0	18
Pathologie chirurgicale gynécologique	0	8	46	33	27	13	7	5	2	0	149
Pathologie chirurgicale du système ostéo articulaire	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Pathologie chirurgicale endocrinienne	0	1	1	17	3	3	2	0	0	0	25
Total	26	56	114	131	70	61	55	37	12	2	564

01= 0-9 ans

02= 10-19 ans

03= 20-29 ans**04= 30-39 ans**

05= 40-49 ans

06= 50-59 ans

07= 60-69 ans

08= 70-79 ans

09= 80-89 ans

10= \geq 90 (supérieur ou égal à 90 ans)**p= 0**

Les tranches d'âge [20-29] et [30-39] ans ont été les plus représentées en ce qui concerne l'ensemble des pathologies chirurgicales traitées dans notre service avec respectivement 114 cas et 131 cas.

Tableau. XI : Répartition des pathologies chirurgicales de l'appareil digestif en fonction du diagnostic per opératoire

Pathologies chirurgicales de l'appareil digestif	Effectif absolu	Pourcentage %
Tumeur du tube digestif	61	28,3
Bénigne	13	
Maligne	48	
Péritonite	53	24,6
Syndrome occlusif	34	15,8
Appendicite aigue	32	14,8
Lithiase vésiculaire	13	6
Tumeur pancréatique	6	2,7
Bénigne	-	
Maligne	6	
Fistule du tube digestif	5	2,3
Tumeur hépatique	4	1,8
Bénigne	-	
Maligne	4	
Kyste hydatique	3	1,3
Méga œsophage	2	0,9
Mégadolichocolon	1	0,4
Abcès hépatique	1	0,4
Total	215	100

Les tumeurs du tube digestif ont été les plus représentées avec 61 cas, soit 28,1% sur les 217 cas de pathologies chirurgicales digestives.

Tableau. XII : Répartition des pathologies chirurgicales gynécologiques en fonction du diagnostic per opératoire

Pathologies chirurgicales gynécologiques	Effectif absolu	Pourcentage %
Stérilité (obstruction tubaire)	81	54,3
Tumeur de l'utérus et annexes	58	38,9
Bénigne	53	
Maligne	5	
G.E.U rompue	6	4,2
Prolapsus utérin	4	2,6
Total	149	100

Nous avons colligé 81 cas de stérilités par obstruction tubaire, soit 54,3% sur les 149 cas de pathologies chirurgicales gynécologiques

Tableau. XIII : Répartition des pathologies chirurgicales des tissus cutanés et sous cutanés en fonction du diagnostic per opératoire

Pathologies chirurgicales cutanées et sous cutanées	Effectif absolu	Pourcentage %
Hernie pariétale	41	68,3
Eventration	11	18,3
Tumeur pariétale	8	13,3
Bénigne	7	
Maligne	1*	
Total	60	100

*= Tumeur du péritoine avec métastase

41 cas d'hernies pariétales ont été enregistrées, soit 68,3% sur les 60 cas de pathologies chirurgicales cutanées et sous cutanées

Tableau. XIV : Répartition des pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire en fonction du diagnostic per opératoire

Pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire	Effectif absolu	Pourcentage %
Tumeur de la prostate	26	53,0
Bénigne	25	
Maligne	1	
Hydrocèle	9	18,3
Tumeur de la vessie	4	8,1
Bénigne	2	
Maligne	2	
Lithiase vésicale	4	8,1
Lithiase rénale	3	6,1
Tumeur rénale	2	4,0
Bénigne	-	
Maligne	2	
Rupture vésicale	1	2,0
Total	49	100

Les tumeurs de la prostate ont été les plus représentées avec 26 cas, soit 53% sur les 49 cas de pathologies chirurgicales de l'appareil urinaire.

Tableau. XV : Répartition des pathologies chirurgicales ano rectales en fonction du diagnostic per opératoire

Pathologies chirurgicales ano rectales	Effectif absolu	Pourcentage %
Hémorroïde	9	36
Fissure anale	8	32
Fistule anale	4	16
Tumeur rectale	4	16
Bénigne	2	
Maligne	2	
Total	25	100

9 cas d'hémorroïdes ont été enregistrés, soit 36% sur les 25 cas de pathologies chirurgicales ano rectales.

Tableau. XVI : Répartition des pathologies chirurgicales thyroïdiennes en fonction du diagnostic per opératoire

Pathologies chirurgicales thyroïdiennes	Effectif absolu	Pourcentage %
Goitre		
Bénigne	24	96
Maligne	1	4
Total	25	100

Nous avons colligé 25 cas de goitres dont 1 cas de tumeur maligne

Tableau. XVII : Répartition des pathologies chirurgicales des glandes mammaires en fonction du diagnostic per opératoire

Pathologies chirurgicales des glandes mammaires	Effectif absolu	Pourcentage %
Tumeur mammaire		
Bénigne	10	55,5
Maligne	8	44,4
Total	18	100

Les tumeurs malignes mammaires ont été représentées avec 8 cas.

Tableau. XVIII : Répartition des pathologies chirurgicales de l'appareil respiratoire en fonction du diagnostic per opératoire

Pathologies chirurgicales de l'appareil respiratoire	Effectif absolu	Pourcentage %
Pleurésie	3	23,0
Tumeur pulmonaire	2	15,3
Bénigne	2	
Maligne	-	
Pneumothorax	2	15,3
Corps étranger intra bronchique	2	15,3
Abcès pulmonaire	1	7,6
Plaie traumatique	1	7,6
Pyothorax	1	7,6
Hémothorax	1	7,6
Total	13	100

Nous avons colligé 3 cas de pleurésies, soit 23% sur les 13 cas de pathologies chirurgicales de l'appareil respiratoire.

Tableau. XIX : Répartition des pathologies chirurgicales diverses en fonction du diagnostic per opératoire

Pathologies chirurgicales diverses	Effectif absolu	Pourcentage %
F.A.V*	6	75
Autres**	2	25
Total	8	100

*= Fistule artério veineuse

**= 1 cas de gangrène de fournier et 1 cas de gangrène cervico maxillaire

Tableau. XX : Répartition des pathologies chirurgicales de la rate en fonction du diagnostic per opératoire.

Pathologies chirurgicales de la rate	Effectif absolu	Pourcentage %
Rupture de la rate	1	50
Splénomégalie maligne	1	50
Total	2	100

Les pathologies chirurgicales de la rate ont été représentées avec 2 cas.

Tableau XXI: Répartition de l'ensemble des malades opérés en fonction la classification ASA

Classe asa	Effectif absolu	Pourcentage %
II	206	36,5
III	45	7,9
IV	313	55,4
Total	564	100

ASA= American Society of Anesthesiology

ASA II= Patient présentant une attitude systémique modérée

ASA III= Patient présentant une attitude systémique sévère

ASA IV= Patient ayant une affection invalidante mettant constamment sa vie en danger

Dans notre série, 313 malades opérés étaient classés ASA IV

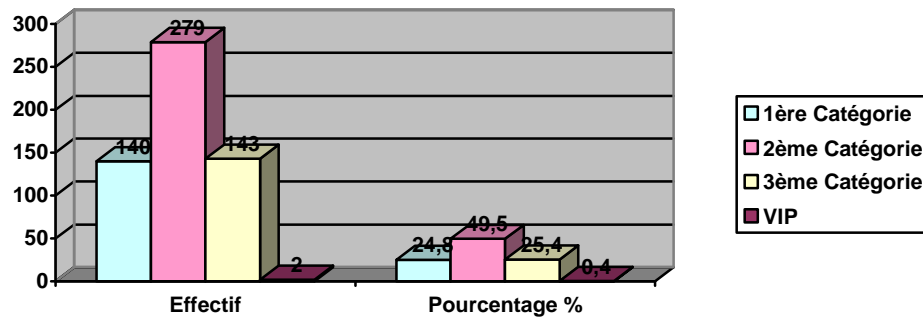
Tableau. XXII : Répartition des cancers en fonction de la classe TNM en per opératoire.

Pathologies cancéreuses \ stades	II	III	IV	Total
Cancer digestif	7	9	32	48
Cancer gynécologique	-	3	2	5
Cancer pariétal	-	-	1	1
Cancer glandulaire*	-	8	2	10
Cancer du rectum	-	2	-	2
Cancer de l'appareil urinaire	1	4	-	5
Total	8	26	37	71

*= rate, glande mammaire, glande thyroïde

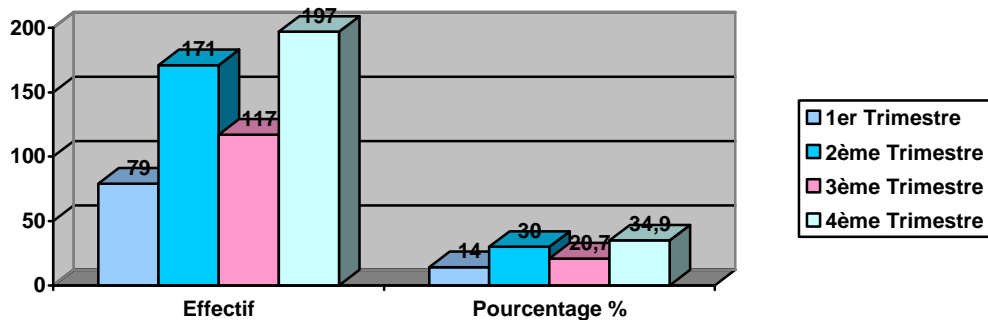
Le stade IV a été le plus représenté avec 37 cas de cancer

Figure .III: Répartition des malades opérés en fonction de la catégorie d'hospitalisation



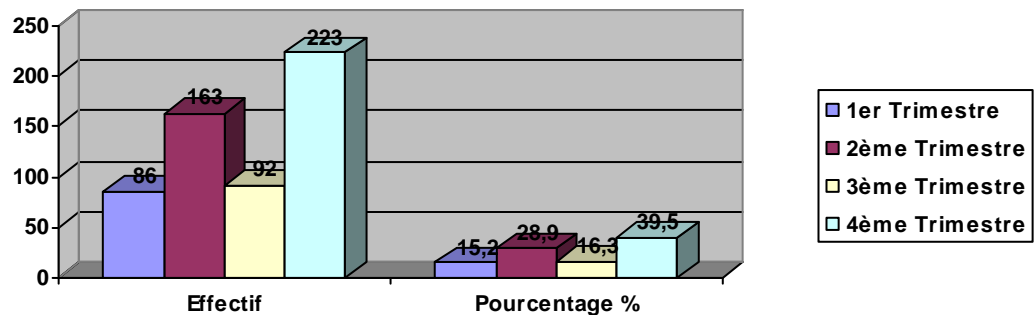
La catégorie d'hospitalisation la plus représentée a été la deuxième (2^{ème}) catégorie avec 279 cas, soit 49,5%.

Figure. IV : Répartition des malades opérés en fonction du nombre total de consultations effectuées par trimestre



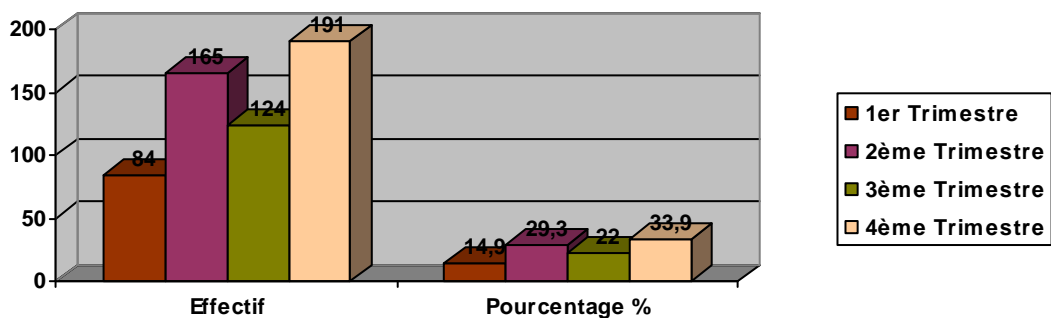
Le nombre de consultation le plus élevé a été observé au quatrième (4^{ème}) trimestre avec 197 cas, soit 34,9%.

Figure .V : Répartition des malades opérés en fonction du nombre total d'hospitalisations par trimestre



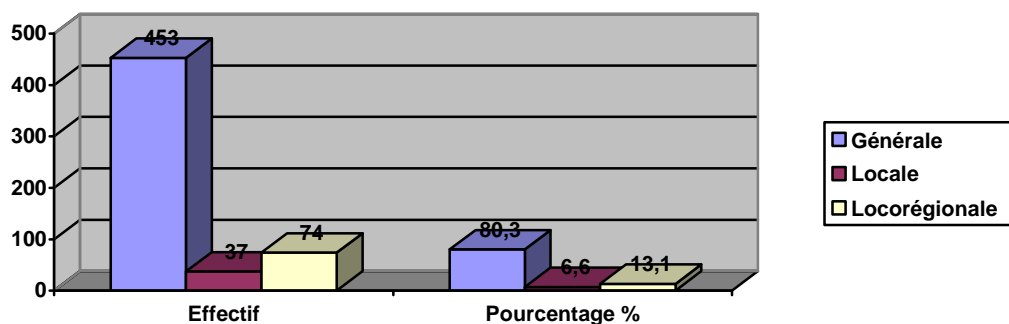
Le plus grand nombre d'hospitalisation a été observé au quatrième trimestre avec 223 cas, soit 39,5%.

Figure .VI: Répartition des malades opérés par trimestre



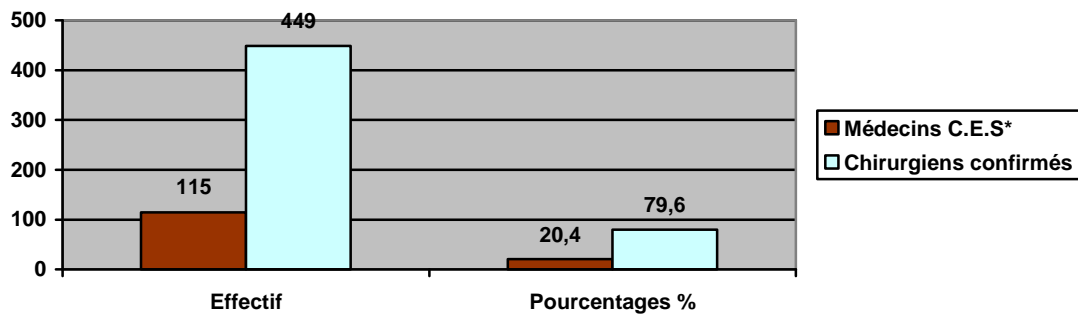
Parmi les 564 malades opérés, 191 malades ont été opérés durant le quatrième (4^{ème}) trimestre, soit 33,9% des malades.

Figure .VII : Répartition des malades opérés selon les types d'anesthésie



453 malades ont subi une anesthésie générale, soit 80,3% des cas.

Figure .VIII : Répartition des malades opérés selon l'opérateur :



*=médecins en stage de formation pour la spécialisation en chirurgie

Les chirurgiens confirmés ont effectué 79,6% des interventions pratiquées dans le service.

Tableau .XXIII: Répartition des malades opérés en fonction de la durée d'hospitalisation post-opératoire.

Durée d'hospitalisation	Effectif absolu	Pourcentages %
De 1-7 jours	334	59,2
De 8-14 jours	102	18,1
De 15-21 jours	68	12,1
De 22-29 jours	51	9,0
> 30 jours*	9	1,6
Total	564	100,0

* supérieur ou égale à 30 jours

Plus de la moitié des malades (59,2%) ont eu un séjour d'hospitalisation de moins de 8 jours.

La moyenne de la durée d'hospitalisation a été de 9,11 jours. Les extrêmes ont été de 1 et de 42 jours.

Tableau .XXIV: Répartition des malades opérés en fonction des voies d'abord chirurgical

Voies d'abord chirurgical	Effectif absolu	Pourcentages %
Laparotomie	259	45,9
Coeliochirurgie	118	20,9
Incision péri- lésionnelle	94	16,7
Inguinotomie	31	5,5
Cervicotomie	28	5,0
Thoracotomie	16	2,8
Coeliochirurgie convertie en laparotomie	11	2,0
Lombotomie	4	0,7
Laparotomie+Inguinotomie	3	0,5
Total	564	100,0

Le service a réalisé 259 laparotomies, soit 45,9% et 11 conversions de coeliochirurgies en laparotomie, soit 2%.

Tableau .XXV : Répartition des malades opérés selon les différents types de chirurgie

Types de chirurgie	Effectif absolu	Pourcentage %
Chirurgie viscérale non endoscopique	380	67,3
Chirurgie endoscopique	118	20,9
Chirurgie glandulaire (thyroïde, rate et seins)	70	12,4
Chirurgie thoracique	13	2,3
Chirurgie de la F.A.V*	6	1
Diverses**	2	0,3
Total	564	100 ,0

Chirurgie de la F.A.V*= création ou suppression de fistule artério-veineuse

****= nécrosectomie**

La chirurgie viscérale non endoscopique a été la plus représentée avec 380 cas, soit 67,3% sur l'ensemble des types de chirurgie.

Tableau .XXVI : Répartition des malades opérés en fonction des pathologies traitées avec guérison.

Pathologies	Effectif absolu	Pourcentage %
Pathologie chirurgicale de l'appareil digestif	179	31,7
Pathologie chirurgicale gynécologique	149	26,4
Pathologie chirurgicale de la peau et de tissus conjonctifs sous cutanés	60	10,6
Pathologie chirurgicale de l'appareil urinaire	47	8,3
Pathologie chirurgicale ano-rectale	25	4,4
Pathologie chirurgicale endocrinienne	26	4,6
Pathologie chirurgicale des glandes mammaires	17	3
Pathologie chirurgicale de l'appareil respiratoire	13	2,3
Fistule artério veineuse (FAV)	5	0,8
Nombre total de pathologies guéries	521	92,3
Total	564	100

Sur les 564 malades opérés dans le service, 521 pathologies ont pu être traitées et guéries.

Les pathologies chirurgicales de l'appareil digestif ont été les plus représentées avec 179 cas, soit 31,7%.

Le taux de guérison total a été de 92,3% sur l'ensemble des 564 malades opérés dans le service.

Tableau .XXVII : Répartition des malades opérés selon les suites opératoires

Suites opératoires	Effectif absolu	Pourcentage %
Simple	505	89,5
Décès	43	7,6
Complicées	16	2,3
Total	564	100,0

89,5% de suites opératoires ont été simples, c'est à dire non compliquées.

Tableau .XXVIII: Répartition des malades opérés selon les accidents per opératoires

Accidents et incidents per opératoires	Effectif absolu	Pourcentage %
Ouverture accidentelle de l'œsophage (Mégaœsophage)	1	0,2
Lésion du nerf récurrent (Goitre)	1	0,2
Aucun accident per opératoire	561	99,5
Total	564	100

561 patients été opérés sans incidents ou accidents en per opératoire, soit 99,5% sur l'ensemble des malades opérés.

**Tableau .XXIX : Répartition des malades opérés en fonction
des complications post opératoires**

Complications post opératoires	Effectif absolu	Pourcentage %
Eviscération	5	35,7
Fistule digestive	4	28,5
Etat de choc	1	7,1
Occlusion du grêle	1	7,1
Péritonite	1	7,1
Pyopneumothorax	1	7,1
Pyothorax+Fistule	1	7,1
Total	14	100

Les éviscérations ont été les plus représentées avec 5 cas, soit 35,7%

Tableau .XXX : Répartition des patients en fonction des complications post opératoires et des tranches d'âge

<i>tranches d'âge</i>											
<i>Complications post opératoires</i>	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	<i>Total</i>
Etat de choc	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Eviscération (infection pariétale)	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	5
Fistule digestive	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	4
Occlusion du grêle	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Péritonite	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Pyopneumothorax	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Pyothorax+Fistule	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	-	4	3	2	3	1	1	-	-	-	14

01= 0-9 ans

02= 10-19 ans

03= 20-29 ans

04= 30-39 ans

05= 40-49 ans

06= 50-59 ans

07= 60-69 ans

08= 70-79 ans

09= 80-89 ans

10= \geq 90 (supérieur ou égal à 90 ans)**p= 0,736**

La tranche de [10-19] a été la plus représentée avec 4 cas en ce qui concerne les complications post opératoires.

Tableau .XXXI : Répartition des patients ayant présentés des complications post opératoires en fonction de la catégorie d'hospitalisation

<i>Catégorie d'hospitalisation</i> <i>Complications Post opératoires</i>	1 ^{ère} Catégorie	2 ^{ème} Catégorie	3 ^{ème} Catégorie	VIP	Total
Fistule digestive	2	-	2	-	4
Eviscération (infection pariétale)	-	4	1	-	5
Pyopneumothorax	1	-	-	-	1
Pyothorax+Fistule	1	-	-	-	1
Etat de choc	-	-	1	-	1
Occlusion du grêle	-	-	1	-	1
Péritonite	-	1	-	-	1
Total	4	5	5	-	14

p= 0,007

La 2^{ème} et la 3^{ème} catégories ont été les plus représenté en ce qui concerne les complications post opératoires avec 5 cas chacune.

Tableau .XXXII : Répartition des patients ayant présentés des complications post opératoires en fonction du diagnostic per-opératoire

<i>Complications post opératoire</i> <i>Diagnostic per-opératoire</i>	01*	02*	03*	04*	05*	06*	07*	08*	09*	Total
Etat de choc	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Eviscération	1	0	0	0	4	0	0	0	0	5
Fistule digestive	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4
Occlusion du grêle	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Péritonite	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Pyopneumothorax	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Pyothorax+Fistule	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	-	-	-	-	10	2	-	2	-	14

01*= Pathologies chirurgicales urinaires

02*= pathologies chirurgicales ano-rectales.

03*= pathologies chirurgicales de la peau et des tissus sous cutanés.

04*= Fistules artério veineuses (FAV)

05*= pathologies chirurgicales de l'appareil digestif.

06*= pathologies chirurgicales de l'appareil respiratoire.

07*= pathologies chirurgicales des glandes mammaires.

08*= pathologies chirurgicales gynécologiques.

09*= pathologies chirurgicales du système ostéo-articulaire et muscle conjonctif sous cutané.

p=0

Les pathologies chirurgicales de l'appareil digestif ont été les plus représentées avec 10 cas.

Tableau .XXXIII : Répartition des patients décédés en fonction du type de chirurgie

Types de Chirurgie	Décès	
	Effectif absolu	Pourcentage %
Chirurgie viscérale non endoscopique	40	95,3
Chirurgie mammaire	1	2,3
Chirurgie thyroïdienne	1	2,3
Chirurgie endoscopique	-	-
Chirurgie diverse	-	-
Chirurgie de la F.A.V	1	2,3
Chirurgie thoracique	-	-
Total	43	100

Sur les 43 cas de décès colligés dans notre série, 1 cas de décès est survenu en per opératoire au cours d'une intervention thyroïdienne sous anesthésie générale.

Au total, nous avons colligés 42 décès en post opératoires, soit 7,4% et 1 décès en per opératoire, soit 0,1% sur les 564 malades opérés.

Tableau .XXXIV : Répartition des patients décédés en fonction des pathologies présentées en diagnostic per opératoire

Pathologies	Décès	Décès post opératoires	Décès per opératoires	Total	Pourcentages %
Cancers digestifs	26	-	-	26	60,4%
Péritonites	10	-	-	10	23,2%
Gangrène cervico maxillaire	1	-	-	1	2,3%
F.A.V (Insuffisance rénale chronique)	1	-	-	1	2,3%
Cancer du sein	1	-	-	1	2,3%
Tumeur maligne musculaire de la région inguinale (Rhabdomyosarcome)	1	-	-	1	2,3%
Tumeur maligne rénale (Néphroblastome)	1	-	-	1	2,3%
Tumeur maligne vésicale	1	-	-	1	2,3%
Cancer de la glande thyroïde	-	-	1	1	2,3%
Total	42	1	1	43	100%

- Nous avons colligé 26 cas de cancers digestifs : 10 cancers gastriques, 9 cancers coliques, 2 cancers hépatiques, 3 cancers de l'œsophage, 1 cancer mésentérique et 1 cancer de la tête du pancréas.

- Parmi les 10 cas de péritonites, nous avons enregistré : 4 péritonites par perforation appendiculaires, 4 péritonites par perforation iléale d'étiologie typhique, une péritonite par perforation d'un pyohydrosalpinx et une péritonite généralisée de cause indéterminée.

Au total, nous avons colligé 31 décès par suite de cancers (tumeurs malignes), soit 72% sur les 43 décès.

Tableau XXXV: Répartition des décès par suite de cancers selon la classification TNM en diagnostic per opératoire

STADE	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE %
IV	21	67,7
III	9	30
II	1	3,3
Total	31	100

T= Dimension de la tumeur

N= Nombre de nodules lymphatiques envahis

M= Présence de métastase ou non

Nous avons colligé 21 cas, soit 67,7% de cancers classés au stade IV sur 31 cas en ce qui concerne les décès.

IV
COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Caractéristiques sociodémographiques

1.1. Les tranches d'âge.

La moyenne d'âge a été de 39,12 qui correspond à l'âge où la population est plus active. Les travaux de Ouiminga,... [25] sur « activité chirurgicale du centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou », rapportent des résultats similaires. Il s'agit d'un véritable problème dans nos différents pays.

1.2. Le sexe.

Dans notre étude, 53,9% de nos patients étaient de sexe féminin, alors que 46,1% étaient de sexe masculin. Le ratio (H/F) était de 0,85 en faveur du sexe féminin. Cette prédominance féminine est similaire à la réalité démographique du pays. Cette réalité se caractérise par une population féminine plus importante par rapport à la population masculine. Un autre facteur explique cela. C'est :

– Le niveau élevé de pathologies gynéco obstétricales surtout pour la chirurgie endoscopique dans notre service.

1.3. La profession.

Toutes les couches socioprofessionnelles ont été représentées dans notre étude. Dans la catégorie des femmes, il y a eu une prédominance des ménagères (38,1%). Ce qui peut s'expliquer aussi par les mêmes réalités sociales de notre pays (prédominance du sexe féminin). Les travaux de Moussa Camara [8] dans « Chirurgie endoscopique » montraient que la majorité de leurs patients étaient des ménagères dans 57% des cas.

1.4. La résidence et la référence

67,9% des malades résidaient en milieu urbain, cela s'explique par la situation de l'hôpital dans la capitale.

Parmi les 564 malades opérés, 83% des malades nous ont été adressés par des médecins généralistes.

1.5. Les catégories d'hospitalisation.

La deuxième catégorie d'hospitalisation a été la plus fréquentée (49,5%). Cela peut s'expliquer par :

- une disponibilité du nombre de lits en deuxième catégorie que dans les autres catégories.
- La recherche d'un minimum de confort pour les malades.

2. Données Diagnostiques

2.1. Motif de consultation.

Les tuméfactions+douleurs abdominales ont constitué le motif le plus fréquent avec 148 cas, soit 26,3%. Cela peut s'expliquer par les orientations accrues, les nombres élevés des évacuations et référés, des malades par des proches et des médecins vers le service dont traditionnellement, les activités couvrent les pathologies digestives, gynécologiques et thoraciques. Les travaux de Traoré.T [34] sur les urgences abdominales à l'hôpital Nianankoro Fomba de Segou rapportent 90% des cas sur 200 malades. Cet écart est dû au fait que dans notre étude, toutes les pathologies chirurgicales étaient prises en compte.

3. Principales pathologies chirurgicales rencontrées en fonction du diagnostic per opératoire

3.1. Pathologie chirurgicale de l'appareil digestif :

Nous avons colligé 215 cas de pathologie digestive soit 38,1% des 564 malades opérés. La fréquence élevée des pathologies chirurgicales de l'appareil digestif dans notre étude est due au fait que notre service est un service spécialisé en chirurgie générale digestive :

Cette constatation est retrouvée en Afrique Noire et des chiffres proches aux nôtres sont observés dans les pays voisins : de 36,5% à 44,9% [25], [7], [23]

Les travaux de Rocher R [4] rapportent un taux de 92% de pathologie digestive.

Nous avons enregistré en grande partie dans notre étude : des tumeurs du tube digestif avec 28,1%, des péritonites par perforations (gastriques, duodénales, iléales et appendiculaires) avec 24,4%, des syndromes occlusifs avec 15,6% et des appendicites aiguës avec 14,7%.

3.2. Pathologies gynécologiques :

Les pathologies gynécologiques ont représenté 149 cas, soit 26,4%. Elles ont concerné en grande partie : les tumeurs pelviennes (ovarienne et utérine) avec 38,9%, les stérilité par obstruction tubaire avec 54,3%.

A.SANOU au centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo [25] rapporte un taux de 26,6% sur 409 cas malgré une différence entre la taille des deux échantillons.

La majorité des pathologies gynécologiques a été prise en charge par la coeliochirurgie. Les travaux de Camara M [8] relèvent 56% de coeliochirurgie gynécologique sur 150 cas des activités de coeliochirurgie générale. Bendinelli [6] a trouvé 1,10% de coeliochirurgie gynécologique.

3.3. Pathologies des organes urinaires :

Les pathologies urinaires comme les tumeurs (rénales avec 4% et vésicales avec 8,1%), les adénomes de la prostate avec 53%, les hydrocèles avec 18,3%... ont été représenté avec 49 cas.

.

3.4 Pathologies chirurgicales de l'appareil respiratoire

Il ressort de cette étude un effectif de 13 cas de pathologies, soit 3,2% sur les 564 pathologies chirurgicales. Elles ont été représentées dans la majorité des cas par les pleurésies (23%), les pneumothorax (15,3%), hémithorax (7,6%), pyothorax (7,6%)...sur les 13 cas de pathologies respiratoires. Généralement ces patients ont été adressés dans le service de chirurgie après échec du traitement médical.

Au total, nous avons colligé 1,4% de pathologies pleurales sur les 564 pathologies chirurgicales.

Les travaux de NGAMENI [24] dans le même service ont rapporté 60% de pathologies pleurales d'origine infectieuse, 25% des pleurésies observées dans le service de pneumologie et 6.75% des hospitalisations dans le service de pneumologie [21] de l'hôpital du Point « G ».

Ces pathologies d'étiologies infectieuses restent prédominantes dans notre service. En Côte d'Ivoire [32] sur 780 patients opérés on a enregistré 46.54% de cas d'infections pleuro pulmonaires, les travaux de Diane.C [15] au Gabon sur les indications de thoracotomie font ressortir une proportion de 40% de cas d'infections pleuro pulmonaires, J.B. Wa Kabemba [31] à Kinshasa en 26ans de chirurgie thoracique relève un effectif de 322 cas de pyothorax d'étiologies tuberculeuses opérés, N'diaye et Coll [18] à Dakar dans un travail sur la décortication pulmonaire trouve une prédominance de pyothorax dans 60% de cas d'étiologie tuberculeuse.

4. Principal type de chirurgie :

La chirurgie viscérale non endoscopique a été la plus représentée avec 380 cas, soit 67,3% sur l'ensemble des types de chirurgie. Sur les 380 cas, les interventions portant sur l'appareil digestif sont les plus fréquentes avec 215 cas, soit 56,5% sur les 380 pathologies chirurgicales. Ce taux élevé de pathologies viscérales chirurgicales est en rapport la spécialité du service (service de chirurgie générale digestive).

5. Résultats.

5.1. Mortalité.

Dans notre étude, les malades opérés classés ASA IV ont été représentés avec 313 cas, soit 55,4% des 564 malades opérés.

Nous avons ainsi colligé selon la classification TNM : 8 cas de cancers de stade II, 26 cas de cancers de stade III et 37 cas de cancers de stade IV.

Sur 564 patients opérés nous avons enregistré 43 décès (7,4%) dont 31 cas de cancers (5,4%) sur l'ensemble des malades opérés. 66,6% des malades décédés par suite de cancers étaient classés au stade IV de la classification TNM.

- En per opératoire :

Il a été enregistré 1 décès qui s'est déroulé au cours d'une intervention sur un cancer de la thyroïde sous anesthésie générale.

- En post opératoire :

Parmi les 42 décès enregistrés, nous avons colligé 30 cas de cancers soit 71,4% des décès en post opératoire.

Ces résultats, s'expliquent en partie dans notre étude par l'état avancé de la maladie cancéreuse à l'arrivée de nos patients. Le 2^{ème} facteur est que notre service étant reconnu pour ces pratiques de chirurgies palliatives, encourage en permanence des références pour la prise en charge des pathologies cancéreuses.

Un effort devrait être fait dans le diagnostic précoce des pathologies surtout cancéreuses, l'orientation rapide des patients vers le service de chirurgie et la bonne continuation de la thérapie après l'intervention chirurgicale (chimiothérapie, radiothérapie).

BRY [7] rapporte un taux de 6,8% de décès liés aux cancers dans son étude.

Les travaux de Ba.Ka,Sall [3] ont rapporté 2,8% de décès avec 1 décès en per opératoire dont la chirurgie gynéco obstétricale a représenté la plus grande fréquence avec 0,8%. Ce service ne pratiquait pas de chirurgies palliatives. Il ne prenait pas en charge les pathologies cancéreuses.

Dembélé.B [13] et Dembélé. M [14] sur 112 cas et 273 cas de chirurgies digestives non endoscopiques, rapportent respectivement des taux de 4,4% et de 6,9% de décès contre 7,4% de notre étude. Ces taux avoisinent le taux rapporté par notre étude malgré une large différence entre la taille des échantillons.

5.2. Morbidité

92,3% des patients sur 564 patients opérés sont guéris au prix de quelques complications per opératoires et post opératoires.

5.2.1. Les accidents en per-opératoires :

Ils ont été représentés avec 2 cas, soit 0,2% pour chaque cas sur les 564 pathologies chirurgicales

On a enregistré une ouverture accidentelle de l'œsophage survenu au cours d'une chirurgie thoracique et une lésion du nerf récurrent au cours d'une intervention thyroïdienne.

Les travaux de Ba.Ka,Sall [3] rapportent 68% d'accidents per opératoires contre au total 0,4% dans notre étude.

5.2.2. Les complications post opératoires :

Elles ont été représentées avec 14 cas, soit 2,4% sur l'ensemble des 564 pathologies chirurgicales.

Nous avons enregistré : 5 éviscérations, 4 fistules digestives, un cas d'occlusion digestive causé par des adhérences post chirurgicales et une péritonite.

Ces 10 cas de complications ci-dessus ont été colligés chez des malades ayant subi une chirurgie digestive.

Pour la chirurgie gynécologique et la chirurgie urologique, nous avons enregistré :

- Un cas d'état de choc à la suite d'une intervention gynécologique (tumeur de l'utérus) de cause hémorragique.

Deux autres cas de complications dues à des infections post opératoires ont été enregistrés chez des malades ayant subi une chirurgie thoracique à savoir :

- Un cas de pyo pneumothorax et un cas de pyo thorax +fistule.

La promiscuité des lits d'hospitalisation, la fréquentation des salles d'hospitalisation par des accompagnateurs nombreux, l'insuffisance de stérilisation : des salles de soins, des salles d'opération, des salles d'hospitalisation, des matériels et équipements pour les soins chirurgicaux peuvent être des handicaps à la lutte contre certaines complications post opératoires ; les infections nosocomiales.

Dembélé [13] retrouve un taux de complication post opératoire de 5,36% sur 112 cas contre 2,4% sur 564 patients dans notre étude.

En dehors de ces complications, dans 89,5% des cas, les suites opératoires ont été extrêmement simples avec une durée moyenne d'hospitalisation de 9,11jours et un maximum de 42 jours.

Les malades ont été revus régulièrement en consultation pendant les 3 premiers mois après l'intervention.

V
CONCLUSION
RECOMMANDATIONS

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Du 02 janvier 2005 au 02 janvier 2006, nous avons reçu 1662 patients en consultations parmi lesquels : 693 patients ont été hospitalisés et 564 patients ont été opérés.

Dans notre série, Les femmes ont été plus représentées que les hommes avec un sexe ratio H/F de 0,85 en faveur des femmes.

Les extrêmes d'âge ont été de 1 an à 98 ans.

Les ménagères ont été les plus représentées avec 38,1% parmi les patients opérés.

Les diagnostics per opératoires les plus fréquents ont été les pathologies chirurgicales de l'appareil digestif avec 215 cas, soit 38,1% sur l'ensemble des patients opérés.

La chirurgie viscérale (chirurgie viscérale non endoscopique avec 380 cas et chirurgie viscérale endoscopique avec 118 cas) a été la plus pratiquée avec au total 498 cas, soit 88,2% dont 20,9% pour la chirurgie endoscopique qui occupe le 2^{ème} rang après la chirurgie viscérale non endoscopique.

Nous avons colligé 16 complications, soit 2,2% sur les 564 patients opérés, parmi les quelles : 14 complications en post opératoires, 2 complications en per opératoires.

Le pourcentage de décès a été de 7,6%. Parmi ce taux de décès, nous avons enregistré 72% cas de cancers.

Le taux de guérison a été de 92,3% sur les 564 patients opérés.

Cependant, différents paramètres influencent toujours le pronostic des malades, en l'occurrence:

- La gravité de la pathologie présentée par les malades à l'arriver.
- Le retard à la consultation (délai entre le début des symptômes et l'admission)

2- RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, les recommandations suivantes sont formulées et s'adressent respectivement :

1- Au Ministère de la santé

- Promouvoir l'usage de la chirurgie endoscopique dans les hôpitaux régionaux du Mali.
- Mettre en place une politique nationale de lutte contre le cancer en amont.
- Créer des unités de chimiothérapie et de radiothérapie pour la prise en charge des malades atteints de cancers après traitement chirurgical.

2- Au Directeur Général du CHU du Point « G »

- Mettre aux normes les salles de pansement et les chambres d'hospitalisation du service de chirurgie « A » pour réduire le risque des infections nosocomiales.
- Equiper l'unité de stérilisation du bloc opératoire par des appareils plus performants et efficaces pour la stérilisation complète des équipements et des instruments de chirurgie.

3- Aux prestataires des services

- Respecter strictement les règles d'asepsie, d'entretien et d'utilisation des matériels.
- Référer tout malade pour une coeliochirurgie en cas de diagnostic douteux surtout chez la femme en âge de procréer.
- Référer le plus tôt possible à une structure de chirurgie tout syndrome résistant à un traitement médical bien conduit (syndrome ulcéreux).

4- A la population

- Consulter précocement devant tout problème de santé.
- Abandonner l'automédication.

VI. REFERENCES

VI. REFERENCES

1- Arantxa. M, Nadine R-P

La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspectives.

ECONOMIE DE LA SANTE

Publication n°2-Janvier 1998

2- ARVIEUX. N, CARDIN. C, LETOUBLON

La laparotomie écourtée pour le traitement des traumatismes abdominaux sévères

Abbreviated laparotomy in severe abdominal trauma

Département de chirurgie digestive et de l'urgence, CHU de Grenoble. France. 2004

3- BA.K, SALL, DIATTA.B

Bilan des activités anesthésiques à l'hôpital régional de ST LOUIS de juillet à décembre

2000. DAKAR. Publication 2000

4- BAUMANE A., ROSCHER R., FRANK R., BERGER HG :

Result of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine

Abteilung für allgemeine Chirurgie, Universität Uim. Donau. Chir 1991 62(8):641-9

5- BANKINESA .E.M

Etude rétrospective des activités du service de chirurgie « B » à l'hôpital national du point

« G ». Thèse de médecine (Mali), 1992, n°51

6- BENDINELLI C, LEAL T, MONCADE F, DIENG M, TOURE C.T, NICOLE P.-

Endoscopic surgery in Senegal: Benefits cost and limits. Surg endoscope 2002 16; 1488-1492

7- BRRY.M

Place de la pathologie abdominale en anesthésiologie en République de Guinée.
publication n°8, (Konakry), 1998,

8- CAMARA. M

Chirurgie endoscopique à l'hôpital national du point « G »

Bilan des 150 premiers cas

Thèse de médecine, Bamako 2003, n°59

9- CANIS M, MAGE G, POULY JL, MANHES H? BRUHAT MA: laparoscopic management of adnexal cystic masses, *J. Gynecol. Surg.* 1990; 6:71-9.

10- CELLULE ADMINISTRATIVE DU C.H.U DU POINT « G », renseignement sur la présentation du CHU du Point « G ». Mali, 2005

11- CHENE. G, R.BOTCHORISHVILI, G.MAGE

Prise en charge chirurgicale des volumineuses masses ovariennes :

Coelioscopie ou laparoscopie ?

Le journal de coelio-chirurgie-N°57-Mars 2006

12- DEMBELE Y.A.M

Etude de la qualité des soins dans le service de chirurgie général de l'hôpital national du point « G ». Thèse de médecine (Mali) 1999, n°113

13- DEMBELE.B

Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes (MALI)

Thèse de médecine (Mali), 2005, n°112

14- DEMBELE.M : Les abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital national du point « G »
213 cas. Thèse de médecine (Mali), 1998, n°76

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

Indications et résultats de la chirurgie thoracique au Gabon.

Méd. Afr. Noire : 1992, 39 (5).

16- Le Petit Robert

DICTIONNAIRE FRANÇAIS. n° d'impression : 114411 imprimé en France

17- DIOP. Y, GEYE. S

DEPARTEMENT ANESTHESIE REANIMATION Hôpital Saint Louis

<http://www.dar-saint-louis.fr/bilan.php> 2006

18- 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.

19- HOMAWOO.K

Réflexion sur 3101 hernies de l'aine traitée au C.H.U de Iomé-okoin.

Méd.Afr.Noire, 1989, 36, 12,917-924

20- HOPKINS MP, KUMAR NB, MORLEY GW: An assessment of the pathological features and treatment modalities in ovarian tumors of low malignant potential:

Obstet. Gynecol. 1987: 70: 923-9

21- KABEMBA J.B., KIULA E.N. et coll. La chirurgie de la tuberculose pulmonaire aux cliniques universitaires de Kinshasa étude de 322 cas. Méd. Afr. Noire : 1995, 42 (2).

22- KOUAO A.J

Contribution à l'étude des hernies de la paroi intestinale en milieu africain ; A propos de 1328 cas colligés au C.H.U de Treichville. Thèse de médecine Abidjan, 1985.

23- MILLOGO B.B

La mortalité opératoire dans le service de chirurgie du centre hospitalier national yalgado ouedraogo (CHNYO). Etude rétrospective sur 10 ans(1980-1983). Thèse de médecine Ouagadougou, 1991, n°163

24- NGANMENI Les pathologies thoraciques chirurgicales dans le service de chirurgie « A » de l'hôpital du point « G » : Revue de cas. Thèse de médecine Bamako 2006, n°183

25- OUMINGA.R.M-J.TESTA, A.SANOU, J.YILBOUDA, A.BOU-SALHA, J.RICHARD

Activités chirurgicales du Centre Hospitalier National Yalgado-Uoedraogo (CHNYO) de Ouagadougou durant 1990. Médecine d'Afrique Noire, 1993, n°40 (2)

26- SAISIE J.M, CARPANTIER J.P

Anesthésie dans les pays en voie de développement.

In Samii ed. Anesthésie Réanimation chirurgicale, 2ème ed. Paris : Flammarion 1995, P6107

27- Mme Mamou Diallo : SECRETARIAT DU SERVICE DE CHIRURGIE « A » DU C.H.U DU POINT « G », renseignement sur les structures et l'organigramme du service de chirurgie « A » du Point « G », Mali, 2005

28- SANANDOU D.

Chirurgie et santé publique, notre point de vue au Burkina Fasso, Thèse médecine, Ouagadougou, 1986, n°4

29- SANOGO. M

Organisation des soins et Démarche qualité.

Cours de gestion de la 6ème année médecine, Mali, 2006.

30- SANOU M.J.

Les abdomens chirurgicaux au centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo, Bilan de cinq années d'activités dans le service de chirurgie générale. Thèse de médecine Ouagadougou, 1991, n°162

31- SIMMONS E. M. et Coll.

Review of non-tuberculous empyema at the University of Missouri. 2004

32- 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).

33- THIAM. D :

Cancer du sein: étude clinique dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital national du point « G ». Thèse de médecine (Mali), 2002, n°167

34- TRAORE .B.I.T

Urgences abdominales aiguës chirurgicales à l'hôpital « Nianankoro fomba » de segou : 200 cas. Thèse de médecine (Mali), 2001, n°99

35- TRAORE B.M

Bilan des activités chirurgicales du service de gynéco obstétrique à l'hôpital national du point « G ». Thèse de médecine (Mali), 2003, n°69

36- TRISTAN H., BOKOBSA J.

Dépistage du cancer du sein : données actualisées et commentées
J. le sein 1998 ; 8 : 154-166

37- VIL COQ J.R., CALLER

Le point sur le cancer du sein

Temp. Med, 1984 ; 49 : 6-15

38- YENA S.M

Evaluation de 10 ans de chirurgie thyroïdienne dans le service de chirurgie « B » à l'hôpital national du point « G ». Thèse de médecine (Bamako), 1989, n°83

VII. ANNEXES

ANNEXE N°1**QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE**

{Q01} *No du questionnaire d'enquête : ####*

{Q02} *No du dossier du malade : ####*

{Q03} *Mois et année de consultation : mm / yyyy*

{Q04} *Nom et prénom : <A..... >*

{Q05} *Age : ##*

{Q06} *Sexe : ##*

01 Masculin 02 Féminin

{Q07} *Résidence*

01 Bamako

02 Hors de Bamako

03 Autres (à préciser)

{Q08} *Nationalité ##*

01 Malienne 02 Autres

{Q09} *Occupation ##*

01 Ménagère 08 Militaire

02 Commerçant 09 Pêcheur

03 Fonctionnaire 10 Eleveur

04 Cultivateur/ paysan 11 Mécanicien / Chauffeur

05 Chômeur 12 Autres (à préciser)

06 Conventionnaire 99 Indéterminé

07 Etudiant/ Elève

{Q10} *Mode de recrutement : #*

01 consultation 02 Urgence

{Q11} *Adressé par : #*

01 Chirurgien 06 Transfert

02 Médecin 07 Lui-même

ANNEXE N°2

- 03 Infirmier 08 Parent / Ami
- 04 Sage femme 09 Autre (à préciser)
- 05 Anciens malades 99 indéterminé

{Q12} Motif de consultation :

<A.....

 >

{Q13} Diagnostic de consultation :

<A.....

>

{Q14} A été hospitalise : < y > or < n >

01 < oui > ou 02 < non >

{Q15} Mois et année d'entré : mm / yyyy

{Q16} Catégorie d'hospitalisation

- 01.1^{ère} catégorie
- 02.2^{ème} catégorie
- 03.3^{ème} catégorie
- 99 Indéterminé

**{Q17} Bilans demandés : <A.....

>**

**{Q18} Diagnostic pré- opératoire : < A.....

>**

{Q19} Mois et année de l'opération : mm / yyyy

{Q20} Diagnostic per-opératoires <A.....>

ANNEXE N°3

{Q21} Thérapie ou type de l'intervention: <A.....>
.....>

{Q22} Type d'anesthésie : <A.....>
.....>

{Q23} Voies d'abords : <A.....>
.....>

{Q24} Complications per-opératoires : <A.....>
.....>

{Q25} Suites post opératoires : <A.....>
.....>

{Q26} Complications post opératoires : <A.....>
.....>

{Q27} Durée d'hospitalisation post-opératoire : ##### (en jours)

{Q28} Opérateurs : <A.....>
.....>

ANNEXE N°4

FICHE SIGNALITIQUE

Nom: DIALLO

Prénom: Sadio Sambala

Titre de la thèse : Analyse des activités chirurgicales du Service de Chirurgie Générale « A » du C.H.U du Point « G ». Analyse d'un an (de Janvier 2005 à Janvier 2006)

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine

Secteurs d'intérêt : Chirurgie – Santé publique

RESUME :

Nous présentons les activités chirurgicales du service de chirurgie « A » de l'hôpital national du point « G » durant l'année 2005. Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est étendue du 02 janvier 2005 au 02 janvier 2006. Nous avons colligé tous les patients ayant subi des interventions chirurgicales quelle que soit la pathologie au cours de cette période. 564 patients ont été opérés soit environ 47 patients opérés par mois. 53,9% de ces interventions sont réalisées chez des femmes.

Les interventions pratiquées en chirurgie viscérale prédominent (88,2% des cas), parmi elles les interventions en chirurgie digestive sont les plus fréquentes.

La moyenne d'âge de notre série a été de 39,12 ans avec un sex-ratio H/F de 0,85 en faveur des femmes.

Nous avons peu d'accidents/incidents per opératoire (2 cas).

Nous avons 14 cas de complications post-opératoire, soit 2,4%. Il y a 43 cas de décès, soit 7,6% dont 1 en per opératoire et 42 en post opératoires.

La durée d'hospitalisation a été en moyenne de 9,11 jours et un maximum de 42 jours.

Les suites opératoires ont été simples dans 89,5% des cas.

Mots clés : Analyse – activité - chirurgie

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 !

