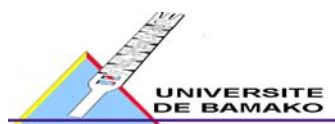


Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique



République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi



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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N°/

Thèse

**ETUDE DE LA MORTALITE ET DE LA
MORBIDITE DES MALADES OPERES
AU SERVICE DES URGENCES DU CHU
GABRIEL TOURE.**

Présentée et soutenue publiquement le/2009
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-stomatologie

Par : Mr Ibrahima SOUMAORO

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury :

Président : Pr. Tiéman COULIBALY

Membre : Dr. Mamby KEITA

Co-directeur : Dr. Nouhoum DIANI

Directeur de thèse: Pr. Abdoulaye DIALLO

Je remercie :

Dieu, le Clément, le Miséricordieux de m'avoir assisté à tout moment et m'accordé la chance, la santé de commencer et d'accomplir ce travail.

A toi, je me remets pour le reste de mon existence et à ton prophète **Mohamed** paix et salut sur lui.

Je dédie ce travail à :

A ma mère : Femme d'une foi religieuse et d'une tolérance digne d'un prophète. Ton sens élevé de l'honneur et de l'humanisme, ton amour pour le prochain, ta générosité, ton courage, ton affection pour tes enfants ; sont encore sources d'encouragement pour moi. Ton soutien moral, physique et matériel, tes sages et pertinents conseils, tes bénédictions ne m'ont pas faits défaut.

Puisse Allah ; t'accorder une meilleure santé et longue vie à côté de tes petits enfants et enfants. Amen !

A mon Père :

Paix à ton âme, Tes sens de responsabilité, d'éducateur ont marqué à jamais tes enfants. Ce travail est le fruit de ton dévouement pour la réussite de tes enfants. Trouves donc ici cher père ma reconnaissance et l'expression de mon affection pour toi. Que Dieu notre Seigneur t'accorde son paradis. Amen !

Puis ce modeste travail me permettre de me prosterner sur ta tombe et te remercier.

A mes cousins et cousines : j'en oublie aussi :

Vous m'aimez autant que je vous aime. Puisse ce modeste travail renforcer les liens sacrés qui nous unissent. Amen !

A mes frères et sœurs :

Ma vie n'aura de sens sans vous ; votre amour, votre tendresse, votre assistance morale et matérielle, vos conseils et suggestions ne m'ont jamais fait défaut. Mon souci ; mon souhait est de ne pas vous décevoir, que vous soyez fier de moi. Trouvez dans ce travail l'expression de mon indéfectible attachement fraternel.

Mes remerciements à :

Dr Nouhoum Diani, Dr Mahamadou Cissé, et a tous les autres médecins du service ; pour votre disponibilité, votre amour du travail bienfait votre esprit scientifique, votre compétence, votre simplicité m'ont marqué et émerveillé durant mon séjour au Service des Urgences.

A l'ombre de vos pas ; j'ai appris l'art d'exercer la science médicale. Puisse ce travail me permettre de vous témoigner toute ma reconnaissance, mon profond respect et mon attachement fidèle.

A tous les maîtres de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie ; au service de cardiologie du CHU Point G, au service de Traumatologie du CHU Gabriel Touré, au service de la Pédiatrie du CHU Gabriel Touré, au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Aux professeurs du lycée Bouillagui Fadiga et de OPAM second cycle, aux enseignants du premier cycle de l'école fondamentale de quinzambougou.

Pour la connaissance due.

A tout le personnel du Service des Urgences Chirurgicales, de la chirurgie Générale, de la Chirurgie infantile, du Service d'Anesthésie et de Réanimation, du service d'ORL, du service de la traumatologie ; merci pour votre franche et étroite collaboration.

A mes aînés : merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A mes collègues et promotionnaires du service : en souvenir des bons moments passés ensemble ; merci pour votre complicité et votre franche collaboration.

A mes cadets du service et de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie : merci pour le respect et la confiance. Courage et détermination ; le mérite est au bout de l'effort.

A mes promotionnaires et camarades de la faculté : en souvenir des années passées ensemble ; merci pour votre complicité et votre franche et étroite collaboration.

A mes ami (es) : j'en oublie

Merci pour tout ce que vous avez fait et ce que vous continuez à faire pour moi. Considérez ce travail comme le vôtre.

A tous ceux qui de près ou de loin ont pris part à la réalisation de ce travail.

A NOTRE CHER MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Abdoulaye Diallo

Maître de conférences à la F.M.P.O.S

Médecin colonel du service de santé des armées

Chef de service d'Anesthésie Réanimation du CHU Gabriel Touré

Membre de la société d'Anesthésie Réanimation et de la Médecine d'urgences Mali

Cher maître

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Vous avez forcé mon admiration tant par votre spontanéité, vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre sens du travail bien fait, du respect et de la discipline font de vous un modèle.

Recevez ici cher maître l'expression de nos salutations les plus sincères.

A NOTRE MAITRE ET CO DIRECTEUR DE THESE

Docteur Nouhoum Diani

Maître Assistant en Anesthésie Réanimation à la F.M.P.O.S

Praticien hospitalier au C.H.U Gabriel Touré

Chef du service des Urgences du CHU Gabriel Touré

Les mots me manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous. Plus qu'un maître, vous avez été un père protecteur.

Ce travail est le témoignage de la confiance que vous avez placée en nous. Votre amour du travail bien fait, votre sérieux, votre honnêteté, votre esprit et rigueur scientifique, vos immenses qualités humaines m'ont marqué et émerveillé durant mon séjour aux urgences. Par ailleurs, nous vous prions d'accepter nos excuses pour toutes les fois où nous n'avons pas été à la hauteur dans notre mission.

Veillez croire, cher maître en l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Tièman Coulibaly

Maître de conférences à la F.M.P.O.S

Chirurgien orthopédiste et traumatologue au C.H.U Gabriel Touré

Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie

Nous sommes très honorés de vous avoir comme président du jury.

Votre spontanéité, votre simplicité, surtout la qualité et la clarté de vos enseignements font de vous un maître exemplaire.

Nous sommes fiers d'avoir bénéficié de votre formation.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

Docteur Mamby Kéita
Maître Assistant à la F.M.P.O.S
Praticien hospitalier au C.H.U Gabriel Touré
Chef du service de la chirurgie Pédiatrique du C.H.U Gabriel Touré.

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail, montre votre simplicité.

Malgré vos multiples occupations, nous avons été émerveillé par votre accueil chaleureux et votre esprit critique.

Soyez assuré de notre gratitude.

Veillez accepter nos sincères remerciements et permettez nous de vous témoigner notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

C.H.U : centre hospitalo universitaire

A.S.P : Abdomen sans préparation

O.R.L : Oto-rhino-laryngologie

F.M.P.O.S : faculté de médecine pharmacie d'odonto stomatologie

G.E.U : Grossesse Extra Utérine

N.F.S: Numération Formule Sanguine

E.C.G: Electrocardiogramme

B-HCG: Humain chorionine gonadotrophine

I.R.M: Imagerie par Résonnance Magnétique

NB: Note Bien

S.U.C: Service des Urgences chirurgicales

AVP: Accident de la Voie Publique

SOMMAIRE

I INTRODUCTION.....	1
A.OBJECTIFS.....	2
1.GENERAL.....	2
2.SPECIFIQUES.....	2
II.GENERALITE.....	3
III.METHODOLOGIE.....	27
IV.RESULTATS.....	30
V.COMMENTAIRES - DISCUSSION.....	42
VI.CONCLUSION – RECOMMANDATIONS.....	45
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

I - Introduction

La notion de santé, clairement définie par l'organisation mondiale de la santé (O.M.S), correspond à un état complet de bien être physique, mental et social.

Tout écart subjectif et objectif par rapport à ce bien-être physiologique caractérise le concept de **morbidité**. [23]

Le concept de morbidité est mesuré selon trois étalons : le nombre de personnes malades, les maladies, et la durée de la maladie [23].

La **mortalité** désigne le rapport entre le nombre total de décès dus à une maladie donné et l'effectif de la population [24].

Les urgences chirurgicales quant elle, constituent un ensemble de pathologies d'étiologies diverses, mais qui ont en commun le besoin de l'urgence thérapeutique. Elles ont toujours posé des problèmes de santé publique dans le monde, en particulier dans les pays en voie de développement, tant par leur diagnostic que par leur prise en charge.

Les des urgences chirurgicales sont multiples

Aux Etats unis, 19 étiologies dont 6 chirurgicales (appendicite aiguës, cholécystite aiguë, occlusion intestinale aiguë, ulcère duodénal, kyste de l'ovaire, anévrisme de l'aorte) ont été retrouvées chez mille malades ayant un abdomen aigu. [6]

En France, 5 à 10 premières étiologies des urgences abdominales étaient chirurgicales (appendicite aiguë, cholécystite aiguë, occlusions intestinales aiguës, ulcère perforé, pathologies néoplasiques). [13]

A Dakar, sur 1167 urgences non traumatiques de l'abdomen 5 étiologies ont été retrouvées (occlusions, péritonites, appendicite, G.E.U, éviscérations) [22].

A Abidjan, les urgences chirurgicales abdominales représentent 33,31%. [15]

En France le taux de mortalité des malades admis en réanimation est de 50%. [18]

Dans une étude Malienne sur les abdomens aigus en 1996 il a été observé un taux de mortalité de 17% [19]

Cette gravité serait liée :

- au retard de diagnostic, conséquence d'une consultation tardive,

- au mauvais conditionnement des malades en préopératoire faute de matériels,
- à l'insuffisance du personnel sur l'ensemble du territoire.

Grâce aux progrès technologiques les urgences chirurgicales ont connue une amélioration sur le plan diagnostic que thérapeutique dans les pays développés. Au Mali la diversité des problèmes, de prise en charge des urgences chirurgicales et l'amélioration (tant sur le plan matériel, qu'humain) de nos conditions de travail ont motivé notre étude sur les urgences chirurgicales, du CHU Gabriel Touré. Nous nous sommes assignée par conséquent les objectifs :

A/ Objectifs

Objectif général :

Etudier la mortalité et la morbidité des urgences chirurgicales au service des urgences du CHU Gabriel Touré.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences chirurgicales dans le service ;
- Décrire les différentes étiologies ;
- Déterminer les modes de prise en charge ;
- Evaluer le pronostic des patients.

II - Généralités :

Les urgences chirurgicales sont fréquentes dans les pays en voie de développement. Une analyse de cette situation a pu faire ressortir les difficultés qui existent autour de la prise en charge de ces pathologies.

Les principales raisons évoquées ont été entre autres :

- l'absence ou l'insuffisance dans l'organisation du système de référence/évacuation ;
- l'insuffisance et la répartition inégale du personnel qualifié ;
- l'insuffisance des équipements de prise en charge ;
- l'insuffisance des infrastructures sanitaires ;
- les difficultés d'accessibilité géographique et financière.

La plupart de ces pathologies ont un pronostic grave, constat d'un retard diagnostique et de prise en charge.

-Anatomophysiologie, Physiopathologie :

A- Hernie Etranglée (9)

1. Définition : L'étranglement herniaire se définit, comme la striction serrée et permanente d'un viscère à l'intérieur du sac herniaire.

Il constitue le risque évolutif majeur, justifiant systématiquement la cure chirurgicale préventive.

2. Physiopathologie :

L'étranglement est lié à l'existence d'un anneau, peu ou pas extensible, appelé collet herniaire .A ce niveau, le contenu herniaire subit une striction à l'occasion d'une hyperpression abdominale. Il se produit une compression vasculaire pour le viscère étranglé.

Il s'agit au début d'une compression veineuse gênant le retour du sang. Cette gêne est source d'œdème et d'hyper-sécrétion réactionnelle, qui à leur tour aggravent la compression.

Le maximum de compression se produit au niveau du sillon d'étranglement où on note le maximum de lésions.

Une compression artérielle s'y associe rapidement et est à l'origine d'une ischémie tissulaire, donnant au viscère un aspect noirâtre avec hémorragie sous-séreuse.

Cet aspect caractéristique est maximum au pied de l'anse étranglée.

3. Signes cliniques :

3.1 Dans les formes typiques :

Le diagnostic de la hernie étranglée est facile.

- Les signes cliniques sont dominés par la douleur.

Elle apparaît brutalement ou de façon progressive au niveau d'une hernie en général connue et indolore jusqu'à ce jour.

- L'examen physique, retrouve la douleur provoquée à la palpation de la voussure herniaire. Cette douleur est maximale au niveau du collet de la hernie.

La hernie est irréductible et n'est plus expansive à la toux.

Le **toucher rectal** provoque une douleur du côté de la hernie.

- Les signes généraux sont modestes : température normale, pouls régulier et un peu accéléré. Le sujet au visage anxieux est plus ou moins agité, mais l'état général est bon.

A ce stade les signes locaux sont isolés et suffisent à poser le diagnostic.

- L'évolution en absence de traitement chirurgical peut se faire vers la mort.

Le phlegmon pyostercoral est une éventualité évolutive : localement la hernie devient chaude, rouge, douloureuse, la peau oedematiée. La rupture de l'anse étranglée à la peau réalise une fistule. Cette fistule peut entraîner une dénutrition rapide lorsqu'il s'agit d'une anse grêle.

3.2 Formes cliniques :

Trois variétés évolutives sont à retenir :

- Formes suraiguës :

Ici l'évolution est très rapide et la symptomatologie est assez bruyante : Syndrome hyper-algique, vomissements fécaloïdes précoces, signes toxico-infectieux.

L'évolution en l'absence d'intervention chirurgicale se fait vers la mort en 24 à 48 heures.

➤ Formes subaiguës :

Elles sont rares et réalisent le tableau classique de l'engouement herniaire. Elles se voient au cours des étranglements peu serrés. Ici l'arrêt des matières et gaz est peu marqué, les signes physiques sont moins nets : légère impulsion à la toux, pas de douleur au collet du sac. L'évolution peut se faire vers la guérison ou l'étranglement serré. La limite entre engouement et étranglement herniaire n'est pas très nette. La différence entre ces deux entités cliniques n'a pas d'intérêt pratique et tout engouement doit être considéré comme un étranglement et traité chirurgicalement sans délai.

➤ Formes latentes:

Elles se voient volontiers chez les personnes affaiblies, les vieillards et les obèses. Les signes fonctionnels sont vagues : constipation opiniâtre, vomissement peu net.

3.3 Les examens complémentaires :

Abdomen sans préparation debout de face : montre des niveaux hydro-aériques.

- Echographie abdominale: montre un épaissement de la paroi intestinale et une stase liquidienne dans le segment intestinal étranglé.
- Les examens biologiques : La numération formule sanguine donne la mesure de l'hémoconcentration.
- L'ionogramme précise le degré de perturbation électrolytique, l'hypochlorémie est la plus importante modification et la plus facile à compenser.

3.4. Diagnostic positif :

Le diagnostic de hernie étranglée est essentiellement clinique, trois signes caractérisent l'étranglement herniaire :

- la douleur : elle est maximale au niveau du collet de la hernie ;
- l'irréductibilité de la hernie ;
- la hernie n'est plus impulsive ou expansible à la toux.

3.5. Diagnostic différentiel

La hernie étranglée est à distinguer de :

- la péritonite herniaire :

Quelle que soit l'étiologie, le tableau réalisé est celui d'une suppuration locale au niveau d'une hernie faisant porter l'indication opératoire avec le plus souvent le diagnostic de hernie étranglée ou de phlegmon pyostercoral. C'est alors l'intervention qui permettra un diagnostic lésionnel précis.

➤ l'engouement herniaire :

C'est lorsqu'une hernie simple devient pendant un moment douloureuse et irréductible puis se réduit spontanément. En théorie il n'est pas un étranglement mais son potentiel évolutif est l'étranglement.

➤ Les adénites inguinales :

Elles sont rares et se voient dans un contexte fébrile.

➤ les anévrysmes de l'artère iliaque externe :

Ils sont rares, de consistance plus molle, expansion systolique à la palpation et présentent un souffle systolique à l'auscultation.

3.6. Traitement chirurgical d'urgence :

Principes généraux et indications

But :

- lever de la striction ;
- faire le bilan et la réparation des lésions viscérales ;
- prévenir les récurrences.

3.7. Les complications liées au traitement : Elles sont nombreuses et souvent graves.

- Les complications peropératoires :
 - compression ou lésion des vaisseaux fémoraux (surtout de la veine fémorale) ;
 - lésion d'une corne vésicale, de l'artère épigastrique inférieure lors des manœuvres d'agrandissement de l'incision d'inguinotomie.
- Les complications postopératoires :

Elles sont les plus fréquentes :

- hématome au niveau de la plaie opératoire ;
- œdème des bourses par lésion des veines et vaisseaux lymphatiques ;
- infection ou abcès profond ;
- lâchage de fil de suture des plans profonds ;

- occlusions intestinales fonctionnelles ou par prise d'une anse intestinale dans un nœud de suture ;
- les péritonites postopératoires ;
- fistule digestive ; névralgie inguinale.

B. Les occlusions intestinales aiguës (25)

1. Définition :

Les occlusions intestinales se définissent par une interruption du transit intestinal. Plus que leur siège sur le grêle ou le côlon, c'est la physiologie qui commande l'évolution des symptômes tant cliniques que radiologiques, et donc le diagnostic et la stratégie thérapeutique des multiples variétés d'occlusions.

2. Physiopathologie :

Trois mécanismes peuvent créer une occlusion : l'intestin bouché (obstruction), l'intestin étranglé (volvulus ou strangulation), l'intestin paralysé (occlusion inflammatoire, fonctionnelle ou paralytique). Chacun de ces mécanismes peut porter sur le grêle ou sur le côlon seul ou sur les deux en même temps.

Quatre symptômes (classique « carré de l'occlusion »), les douleurs abdominales, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz et le météorisme abdominal constituent le point commun de tous les syndromes occlusifs. Ils s'agencent de façon variable en fonction des différents mécanismes et des différentes causes de l'occlusion.

2.1 Obstructions :

- Définition et mécanisme :

Les obstructions résultent du rétrécissement, puis de l'occlusion complète de la lumière intestinale.

- Expression radiologique :

Sur les clichés d'abdomen sans préparation (ASP) debout et couché de face : montre des composés à la fois d'air et de liquide, et siège dans des segments intestinaux distendus.

- Debout de face, ces segments apparaissent du fait de la pesanteur comme une série de niveaux liquides horizontaux blancs (sur le négatif radiologique) surmontés d'une distension gazeuse noire (sur les clichés radiologiques).

- Le grêle est identifiable par un plissement muqueux fait de plis l'autre de la paroi. Les niveaux sur le grêle sont disposés de façon ordonnée comme seraient les marches d'un escalier montant de la fosse iliaque droite (valvule de Bauhin) à l'hypocondre gauche (angle duodéno-jéjunal), en position centrale, et sont plus larges que hauts.

Le côlon au contraire est reconnaissable à ses haustrations qui forment des plis incomplets, épais, espacés, et disposés en quinconce d'une paroi par rapport à l'autre. Les niveaux liquides coliques encadrent l'abdomen et sont souvent plus hauts que larges.

. En cas de suspicion d'occlusion colique sur l'ASP, il est nécessaire de réaliser une opacification colique en n'employant que des produits de contraste hydrosolubles. On obtiendra ainsi l'image d'arrêt au bord intérieur de la lésion, dont l'aspect est souvent suffisamment évocateur pour en préciser la nature.

Stratégie thérapeutique : Il s'agit d'une urgence, mais cette urgence est médicale avant d'être chirurgicale.

- Il importe en effet de présenter à la table d'opération, un patient dont l'estomac est vide (risque d'inhalation lors de l'anesthésie parfois mortelle) et l'équilibre hydrique est restauré. L'urgence est donc d'abord de corriger les troubles engendrés par la constitution du troisième secteur liquidien, retenu dans l'intestin d'amont dont la composition peut être grossièrement assimilable à celle du plasma.

- L'intervention chirurgicale a pour but essentiel, d'identifier l'obstacle, de réduire la distension d'amont et de permettre le retour d'un transit libre. La voie d'abord utilisée est le plus souvent une longue voie d'abord médiane. Tout épanchement péritonéal est prélevé pour étude bactériologique et recherche d'éventuelles cellules malignes ; puis évacué.

➤ cas particuliers :

- Obstructions non tumorales :

- Une sténose intestinale non tumorale (maladie de Crohn, intestin radiqué...) peut se manifester par des accidents occlusifs régressifs constituant un tableau d'obstruction chronique. Les antécédents sont connus, le diagnostic établi.

- L'analyse radiologique est identique à celle exposée plus haut.

- Le problème est de prendre à froid une décision sur l'opportunité d'une intervention et l'ampleur des résections a priori acceptables.

- **Iléus biliaire :**

Il constitue l'exemple typique, bien qu'aujourd'hui exceptionnel d'obstruction par corps étranger.

Cette complication de la lithiase vésiculaire survient dans la majorité des cas chez une femme âgée. Il s'agit pratiquement toujours d'une obstruction du grêle, souvent assez.

- **L'ASP permet de faire le diagnostic sur deux signes :**

L'aérobilie (air dans les voies biliaires) visible sur les clichés debout de face, et conséquence de la fistule cholécystocinétique. Ce n'est pas l'image aérienne de la vésicule (plate et proche de l'image aérienne habituelle du bulbe) qui est caractéristique et souvent discutable, mais la visualisation des voies biliaires intra-hépatiques dont la forme est caractéristique qui constitue l'image qu'il importe de remarquer.

2.2. Strangulations :

- **Mécanisme :**

L'obstacle intestinal est ici extrinsèque. L'intestin (grêle le plus souvent) s'étrangle (strangulation) selon deux mécanismes.

- L'incarcération d'une anse, dans la grande majorité des cas l'anse grêle s'incarcère dans une brèche péritonéale ou au contact d'une bride postopératoire. Plus rarement, et en l'absence d'antécédent chirurgical, l'anse grêle peut s'incarcérer dans une fossette congénitale (para duodénale, par exemple).

- Le volvulus ou torsion d'une anse grêle : Une bride postopératoire va provoquer la torsion d'une ou plusieurs anses intestinales avec leur méso.

La menace engendrée par la strangulation est la même que celle d'une hernie étranglée. Au niveau de l'agent d'étranglement (bride ou spire du

volvulus), les veines sont comprimées d'où l'œdème et l'hypersécrétion au niveau de l'anse prisonnière. Celle-ci ne pouvant évacuer son contenu, se distend et accumule gaz et sécrétions liquides, ce qui a pour effet d'augmenter la striction et de majorer l'ischémie. Ainsi, tout le danger comme tous les symptômes sont conditionnés par la souffrance de l'anse prisonnière dont la distension engendre un cercle vicieux.

Expression radiologique :

- la distension siège sur l'ASP au niveau de l'anse prisonnière. Vue tôt et en cas d'anse prisonnière court, tout peut donc se résumer à la présence de niveaux jumeaux dont l'image hydrique s'effile et se rapproche au pied l'anse étranglée et dont la mucographie aérienne permet d'affirmer qu'il s'agit de grêle. En cas de paquet d'anses étranglées, il s'agit d'une grappe de niveaux liquides isolés sur un cliché par ailleurs normal. De telles images chez un malade douloureux et porteur d'une cicatrice suffisent au diagnostic et imposent l'intervention chirurgicale.

➤ **Stratégie thérapeutique :**

• **L'urgence est ici chirurgicale :**

➤ **Si on arrive à temps :**

L'anse intéressée est encore rose et ses parois distendues sont manifestement encore viables. La section de la bride, de l'agent d'étranglement ou la détorsion d'un volvulus, lui rendra rapidement une bonne coloration.

Si l'on arrive plus tard :

L'anse étranglée est violette et sa paroi est amincie. La manipulation de cette anse doit être très prudente pour éviter sa rupture (risque septique redoutable). Toute anse manifestement nécrosée sera réséquée en passant en zone saine.

Cas particuliers :

➤ **Volvulus du côlon pelvien :**

• **Mécanisme :**

Ce Volvulus survient chez des sujets âgés souvent constipés chroniques et porteurs d'un dolichomégacôlon (côlon long et de grand calibre), dont la bouche très ample comporte deux pieds très rapportés.

- **Radiologie :**

- L'ASP montre l'image de l'énorme anse sigmoïdienne occupant obliquement l'abdomen, distendue par des gaz. Souvent deux niveaux liquides jumeaux sont visibles dans la fosse iliaque gauche au pied de l'anse volumineuse.

- **Stratégie thérapeutique :**

- Le lavement aux hydrosolubles qui affirme le diagnostic va permettre d'envisager la mise en place prudente d'une sonde rectale longue (tube de Faucher). Le franchissement de l'obstacle (facile en cas de volvulus peu serré) permet à l'anse distendue de se vider et, le plus souvent, de se détordre.

- **Volvulus de cæcum et du côlon droit :**

Il s'agit d'une complication plus rare, liée à un défaut d'accolement du fascia de Toldt droit. Sa sémiologie reproduit celle du volvulus du sigmoïde mais le ballon météorique est oblique de la fosse iliaque droite vers l'hypocondre gauche.

Le diagnostic est confirmé par le lavement aux hydrosolubles ;

Le traitement est d'emblée chirurgical.

- **Volvulus total du grêle :**

Cette forme exceptionnelle résulte d'un mésentère particulièrement lâche ou mal accolé. Elle peut être favorisée par une bride ou une agglutination d'anses. Elle peut se produire spontanément chez l'adulte en cas de mésentère commun. Il s'agit d'un défaut de rotation de l'anse intestinale fœtale.

L'ASP montre ici un météorisme hydrothérapique étendu à une grande partie, voire à tout le grêle.

Tout délais risqueraient d'aboutir à la nécessité d'une résection très large voire subtotale du grêle nécrosé. L'intervention s'impose en extrême urgence, pour détordre le volvulus et replacer le grêle en situation normale.

2.3. Invaginations :

- **Définition et mécanisme :**

L'invagination ou intussusception, résulte de la pénétration d'un segment intestinal et de son méso, dans le segment intestinal d'aval. Le boudin d'invagination comporte donc, de dehors en dedans, un cylindre

intermédiaire constitué par la paroi retournée du segment d'aval et du cylindre contenu constitué par l'intestin d'amont et son méso qui a « avalé » segment d'amont.

- L'invagination associe un mécanisme d'obstruction et de strangulation progressive du méso d'amont qui menace la vitalité de l'anse invaginée.

➤ **Clinique**

Nourrisson :

L'ASP montre le début d'une rétention rétrograde sur le grêle.

Le lavement aux hydrosolubles assure le diagnostic et souvent permet le traitement, montre un arrêt sur le côlon droit dessinant une cocarde lorsque le boudin est vu de face.

Si le boudin est vu de profil, l'image est celle d'un trident dont les branches externes correspondent à l'interstice situé entre le cylindre contenant et le cylindre contenu, et la courte branche interne à celle de l'orifice de la lumière du segment d'amont.

Adulte :

Il faut toujours rechercher avec soin une tumeur (souvent bénigne) ou un diverticule de Meckel responsable de l'invagination et la réséquer.

➤ **Stratégie thérapeutique :**

- Le lavement aux hydrosolubles avec contrôle scopique permanent, poussé de façon douce et prudente, s'il est pratiqué tôt sur un enfant en bon état général et sans syndrome septique, permet de repousser le cylindre contenu et d'aboutir à la désinvagination progressive. Il faut s'assurer que la désinvagination est complète (injection libre et facile du segment d'amont).

- En cas d'échec, même partiel de cette manœuvre, il sera nécessaire d'intervenir.

- Lorsque la vitalité n'est pas définitivement compromise, une tentative de désinvagination manuelle sera entreprise. Elle est pratiquée par une expression douce du boudin d'invagination à partir du cylindre externe repoussant à son intérieur le cylindre interne, et non pas par traction sur le segment d'amont invaginé. Si la vitalité de l'anse est satisfaisante, on s'en tiendra là.

- Si le boudin d'invagination est d'emblée de vitalité compromise, force sera de pratiquer une résection. L'idéal lorsque tout se présente bien est de faire suivre cette résection d'une anastomose immédiate.

C. Les Péritonites Aiguës

Une péritonite est une inflammation ou une infection aiguë du péritoine. Les péritonites peuvent être généralisées ou localisées. Elles sont le plus souvent secondaires à la perforation d'un organe digestif ou à la diffusion d'un foyer septique intra-abdominal. Le pronostic des péritonites aiguës reste **grave**. Il est fonction de l'état général du patient.

1. Physiopathologie

➤ Les péritonites primitives :

- Elles sont très rares (1-2%) et surviennent en l'absence de foyer infectieux intra-abdominal primitif. Elles sont liées à une inoculation par voie hématogène du liquide péritonéal au cours d'une bactériémie.
- Les germes retrouvés sont le pneumocoque et le streptocoque, surtout chez l'enfant, et le bacille de Koch.
- Le diagnostic de péritonite primitive est souvent fait lorsque aucune étiologie n'est retrouvée lors de l'intervention.

➤ Les péritonites secondaires :

Elles compliquent la perforation d'un organe creux (duodénum et côlon essentiellement), la rupture d'un abcès en péritoine libre (abcès appendiculaire, abcès péricolique, pyosalpinx, pyocholécystite...) ou la diffusion d'un foyer infecté local (appendicite, salpingite, sigmoïdite, cholécystite...). On oppose :

- Les péritonites « chimiques » dues à l'agression péritonéale par le liquide digestif que l'on observe lors des perforations duodénales ou des voies biliaires qui ne deviennent septiques qu'après quelques heures d'évolution ;
- Les péritonites d'emblée septiques par perforation intestinale ou examen d'un foyer septique.

La pullulation des germes dans la cavité abdominale rend le liquide péritonéal purulent et entraîne la formation de fausses membranes.

- Les adhérences ainsi créées peuvent circonscrire le foyer causal et être à l'origine d'abcès localisés.
- L'inflammation péritonéale est responsable d'un iléus réflexe. L'intestin, au contact du liquide septique, est distendu inflammatoire.
- La libération d'endotoxines bactériennes peut entraîner des défaillances viscérales (cardiaque, rénale, respiratoire) et un choc septique, qui sont les principaux facteurs de mortalités des péritonites.

2. Diagnostic :

- Forme typique : péritonite aiguë généralisée de l'adulte jeune

Le tableau clinique associe :

- une douleur abdominale très intense permanente, rapidement généralisée mais dont le point de départ oriente l'enquête étiologique ;
- des vomissements et un arrêt du transit, en fait difficile à apprécier au début ;
- un syndrome infectieux sévère avec une fièvre souvent élevée (39-40°C) mais dont l'intensité initiale dépend toutefois de la cause de la péritonite (elle est absente au début en cas de perforation duodénale) ;
- des signes généraux plus ou moins marqués : faciès tiré, polypnée, tachycardie, hypotension.

Les examens complémentaires :

Ils sont pratiqués en urgence (numération formule sanguine (NFS), ionogramme sanguin, bilan de coagulation, ECG et radiographique de thorax) et permettront d'adapter la réanimation préopératoire.

- La NFS montre habituellement une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.
- L'abdomen sans préparation (clichés de face couché et debout prenant les coupes) permet parfois de présager de l'étiologie lorsqu'il existe un pneumopéritoine, témoigne de la perforation d'un organe creux. La péritonite peut être responsable d'une grisaille diffuse liée à l'épanchement et d'un iléus réflexe (distension aérique du grêle et du côlon).

- Formes cliniques :

- Formes à symptomatologie péritonéale atténuée :

- Ces formes « asthéniques » surviennent habituellement chez des patients en mauvais état général, âgés, immunodéprimés ou traités par des corticoïdes.
- Elles sont caractérisées par l'atténuation des signes locaux (contracture remplacée par une douleur et une défense).
- A l'inverse, les signes généraux sont souvent marqués (fièvre, atteinte majeure de l'état général, choc). Un syndrome confusionnel peut s'installer, notamment chez le sujet âgé.
- Des signes occlusifs (vomissements, météorisme, arrêt du transit) peuvent être au premier plan.
- Des examens complémentaires (tomodensitométrie abdominale et lavement aux hydrosolubles) peuvent aider au diagnostic en montrant des signes d'épanchement péritonéal, de perforation colique, de sigmoïdite ou d'appendicite.
- Si le doute persiste, il faut pratiquer une laparotomie exploratrice.

3. Etiologies :

- Perforation d'ulcère gastro-duodéal :
- Péritonites d'origine colique
- Autres causes de péritonite :
 - Péritonites appendiculaires
 - Péritonites par perforation du grêle :

Péritonites biliaires :

-Péritonites d'origine génitale chez la femme :

-Péritonites d'origine traumatique :

Une péritonite peut survenir suite à une plaie ou une contusion abdominale ou par perforation d'un organe creux.

4. Traitement :

Il s'agit d'une urgence chirurgicale.

➤ Réanimation :

Elle est surtout essentielle dans les formes graves avec défaillance viscérale multiple, et chez les sujets âgés.

- Il faut corriger l'hypovolémie et les troubles ioniques.

- On utilise parfois des amines vasopressives en cas de choc septique, une assistance ventilatoire en cas de détresse respiratoire.
- On associe une aspiration digestive et une antibiothérapie à large spectre, qui sera adaptée secondairement en fonction de l'antibiogramme des germes retrouvés.
- D'autres mesures de réanimation seront parfois nécessaires en postopératoire : hémodialyse, assistance nutritionnelle.
- Traitement chirurgical :
 - La voie d'abord est le plus souvent une **médiane** qui permet d'explorer l'ensemble de la cavité abdominale.
 - Il faut prélever du liquide péritonéal et traiter la causale (cholécystectomie, suture d'ulcère, colectomie ou colostomie).
 - Il faut éviter toute anastomose digestive en milieu septique et mettre à la peau les segments digestifs.
 - La toilette péritonéale est un temps essentiel
 - Le drainage abdominal n'est pas systématique, mais semble utile notamment dans les zones d'abcès drainés
 - Dans les cas favorables, notamment les péritonites appendiculaires, par perforation d'ulcère, les perforations coliques par coloscopie, et chez des patients sans défaillance viscérale, la **laparoscopie** permet un traitement aussi efficace, tout en évitant les problèmes pariétaux des grandes laparotomies (abcès de paroi, éviscération ou plus rarement éviscération).

D. Appendicite Aigue :

L'appendicite aiguë est la plus fréquente des urgences chirurgicales abdominales, rares avant 3 ans, survient avec un pic de fréquence entre **10 et 30** ans. Son diagnostic est essentiellement **clinique**. Dans certaines formes de présentation atypique, le diagnostic peut être difficile à porter. La tomodensitométrie hélicoïdale pourrait être très utile dans ces cas. Le risque principal est l'évolution vers une **péritonite**, complication qui met en jeu le pronostic vital. La mortalité globale est d'environ 0,05% dans les formes compliquées mais peut atteindre 5% en cas de perforation chez le sujet âgé. Le pronostic est donc lié à la précocité du diagnostic et du traitement, qui est exclusivement chirurgical.

1. Physiopathologie et anatomopathologie :

L'infection appendiculaire est due à une obstruction de l'appendice, provoquée par une hyperplasie lymphoïde ou plus rarement par un stercolithe.

- Dans un premier temps, l'appendice est congestif, oedématié avec un infiltrat inflammatoire dans sa paroi et des ulcérations muqueuses (appendicite catarrhale).

- Puis, il devient turgescant, se couvre de fausses membranes, sa lumière contient du pus et une nécrose de son produit (appendicite phlegmoneuse).

- Lorsque la circulation veineuse est interrompue par l'œdème, apparaissent des plages nécrotiques qui s'étendent parfois au caecum (appendicite gangreneuse). Le risque de perforation est alors maximal ;

- celle-ci peut se faire en péritoine libre (péritonite généralisée). Lorsque les viscères de voisinage (anses grêles, épiploon, vessie) viennent s'accoler au contact du foyer inflammatoire, la péritonite reste localisée (plastron, abcès) mais peut secondairement se généraliser.

Il faut savoir qu'il n'existe pas de parallélisme entre l'intensité des lésions anatomiques et la gravité du tableau clinique.

2. Diagnostic :

➤ Forme typique :

- Douleur de la fosse iliaque droite, installée en quelques heures ou parfois plus brutalement, et qui persiste, permanente, lancinante ; elle peut siéger au début dans la région péri-ombilicale ou même dans l'épigastre ;

- Fièvre à 38°-38,5°, rarement plus, sans frissons, avec un malaise général ;

- Etat nauséux avec parfois des vomissements ;

- Constipation, en fait difficile à apprécier au début

-L'examen clinique est essentiel au diagnostic ;

Il doit être effectué chez un malade détendu, rassuré, la cuisse droite étant fléchie sur le bassin.

- A l'inspection, la fosse iliaque respire moins bien.

- La palpation de l'abdomen débute à distance de la région douloureuse. Il existe une douleur provoquée qui siège au niveau de la fosse iliaque droite, parfois très localisée au point de Mac Burney (situé quelques centimètres

au-dessus de l'épine iliaque antéropostérieure, sur une ligne qui le relie à l'ombilic). On peut trouver une défense localisée dans la fosse iliaque droite mais celle-ci peut manquer au début. La décompression brutale de la fosse iliaque gauche peut aussi accentuer la douleur spontanée.

- On peut enfin noter une douleur provoquée en haut et à droite lors du toucher rectal ou vaginal.

- L'état général est conservé à ce stade.

➤ Examens complémentaires :

- Il existe habituellement une hyperleucocytose modérée (ce signe manque dans 10 à 30% des cas). Une augmentation de la CRP sanguine est aussi un bon signe biologique en faveur du diagnostic (surtout en association avec l'hyperleucocytose).

- Les clichés d'abdomen sans préparation (de face, couché et debout, et cliché centré sur les coupes,) sont le plus souvent normaux. Quelques niveaux hydro-aériques peuvent être retrouvés dans la fosse iliaque droite. L'image d'un stercolithe appendiculaire est très rarement retrouvée.

➤ Formes selon le terrain :

L'appendicite du nourrisson et du petit enfant :

- L'appendicite est rare au cours des trois premières années de la vie et le diagnostic en est plus difficile. La douleur est difficile à préciser, parfois intermittente, source d'agitation et d'insomnie.

- Il existe souvent une distension abdominale, une anorexie, des vomissements et une diarrhée.

- La fièvre peut atteindre 39°C, l'état général se dégrade rapidement.

- De nombreuses affections, plus fréquentes à cet âge peuvent simuler une appendicite à son début. Le diagnostic repose sur l'examen clinique qui doit être patient, méticuleux, et répété à intervalles brefs au besoin.

- L'indication est plus souvent portée à cet âge au stade de péritonite aiguë généralisée.

- L'appendicite du sujet âgé :

- Est de diagnostic difficile ce qui aggrave son pronostic. Elle est rare chez les sujet âgé et donc plus difficilement évoqué que le chez jeune.

- Les signes locaux (douleur, défense) sont atténués et un tableau occlusif peut être au premier plan.

- A l'inverse, les signes généraux (anorexie, déshydratation, syndrome confusionnel) s'installent rapidement.

- Dans certains cas une masse inflammatoire péri-appendiculaire se constitue, simulant une tumeur droite (appendicite pseudo-tumorale).

- L'appendicite chez la femme enceinte :

Est de diagnostic difficile au cours des derniers mois de la grossesse.

La douleur est plus haute et postérieure, vers la région lombaire, simulant une pyélonéphrite.

L'examen recherche une contracture de la corne antérieure droite.

L'appendicite est une menace pour la grossesse.

o Appendicite toxique :

C'est une forme particulière à l'enfant, très rare, mais de pronostic encore redoutable. Il existe des signes toxi-infectieux majeurs (tachycardie, chute tensionnelle, état confusionnel, purpura alors que les signes locaux sont peu marqués).

➤ Complications :

Lorsque l'appendicite n'a pas été reconnue et opérée, des complications graves peuvent survenir. Dans certains cas elles semblent révéler l'appendicite. En fait, l'interrogatoire découvre un épisode :

- Plastron appendiculaire
- L'abcès appendiculaire
- Péritonite généralisée d'origine appendiculaire

3. Diagnostic différentiel :

- D'autres urgences abdominales peuvent être évoquées : cholécystite aiguë ou ulcère perforé lorsque la douleur est haut située, sigmoïdite diverticulaire lorsqu'elle est plus médiane. Le diagnostic de diverticulite de Meckel qui réalise un tableau d'occlusion fébrile n'est souvent fait que lors de l'intervention ;

- Diverses affections digestives non chirurgicales peuvent aussi se manifester par un tableau pseudo-appendicite : gastroentérite aiguë infectieuse, hépatite aiguë.

- Une pathologie urinaire (colique néphrétique, pyélonéphrite) peut être discutée lorsque la douleur est lombaire ou en cas de signes vésicaux, notamment chez la femme enceinte ;

L'examen cyto bactériologique des urines, la tomodensitométrie et parfois l'urographie intraveineuse peuvent être nécessaires ;

- Une affection gynécologique sera parfois discutée : salpingite (douleur bilatérale, leucorrhée, fièvre élevée, douleur des deux culs-de-sac), rupture de kyste ovarien ou grossesse extra-utérine (B-HCG, échographie) ;

- Chez l'enfant surtout avant 3 ans, de nombreux diagnostics peuvent être envisagés, l'important étant de penser à l'appendicite aiguë.

- une gastro-entérite aiguë ou toute autre pathologie infectieuse aiguë comportant une note digestive (infection ORL, pneumopathie, infection urinaire) ;

- un purpura rhumatoïde ;

- une adénolymphite mésentérique aiguë, qui peut succéder à une angine ; le tableau peut être celui de l'appendicite et le diagnostic n'est fait qu'à l'intervention.

Lorsque les signes infectieux sont absents ou minimes, il peut être difficile de distinguer une authentique appendicite débutante de **troubles** fonctionnels digestifs qui peuvent se manifester par des crises douloureuses intermittentes.

A l'opposé, l'appendicite chronique n'existe pas.

4. Traitement :

➤ Traitement de l'appendicite aiguë non compliquée :

« C'est l'intervention chirurgicale en urgence ».

- Une brève réanimation est parfois nécessaire chez les sujets âgés en mauvais état général.

- Une antibioprophylaxie (métronidazole et/ou bêta-lactamine) est débutée immédiatement avant l'intervention et poursuivie deux ou trois jours pour diminuer le risque d'abcès de paroi.

- L'intervention comporte :

- une incision de la fosse iliaque droite ;
- un prélèvement bactériologique en cas d'épanchement intra péritonéal ;
- l'appendicectomie après ligature du méso appendiculaire ;

- en cas d'appendice normal, un examen systématique des derniers anses grêles (à la recherche d'un diverticule de Meckel), ainsi que de l'ovaire et de la trompe droits.

- L'examen anatomopathologique de la pièce d'appendicite est systématique.

. L'appendicectomie sous coelioscopie est possible techniquement sans risque. Son bénéfice par rapport à une courte incision de la fosse iliaque droite n'est pas clairement démontré.

Elle pourrait surtout être intéressante chez les patients obèses et en cas de doute diagnostique (chez la femme principalement).

E. Affections Neurochirurgicales_(24)

1. Neurotraumatologie :

Les traumatismes du crâne et du rachis représentent la partie la plus importante de l'exercice neurochirurgical surtout dans notre contexte.

➤ Traumatismes crâniens

Ils peuvent être simples et se traduire par :

- une plaie traumatique du scalp : ces plaies accompagnent la plupart des traumatismes crâniens et définissent les plaies crânio-cérébrales.

Ces traumatismes peuvent aussi être limités à une fracture linéaire (qui s'accompagne parfois d'une rupture artérielle à la base d'un hématome), à une embarrure sans lésion cérébrale ou à des fractures des différents étages de la base du crâne. Il peut s'y associer :

- une contusion cérébrale avec important œdème compressif.
- une dilacération méningo-cérébrale par esquille osseuse.
- un hématome extradural, d'origine artérielle, accompagné dans 80% des cas d'une fracture de la voûte, siégeant entre la dure mère et l'os; rapidement compressif, véritable urgence neurochirurgicale.

- un hématome sous dural aigu, d'origine veineuse le plus souvent, de pronostic toujours réservé dans notre contexte.

-un hématome sous dural chronique, existant aux âges extrêmes de la vie, de pronostic favorable.

2. Diagnostic positif :

Il peut être clinique par la mise en évidence de signes focaux (anisocorie signant un début d'engagement, bombement de la fontanelle pour une hydrocéphalie, perte de la motricité aux membres ou niveau sensitif dans les traumatismes du rachis...), épilepsie (tumeurs cérébrales).

Le diagnostic peut aussi être para clinique et fait appel à l'ultra-sonographie (Echographie trans-fontanelle qui montre une dilatation ventriculaire dans les hydrocéphalies du bébé) et à la radiographie standard qui permet de diagnostiquer les lésions osseuses du crâne (fracture de la voûte, embarrure) et du rachis (listhésis, accrochage articulaire etc...).

Le scanner et l'IRM ont révolutionné la neurochirurgie car ils permettent une approche beaucoup plus précise et le diagnostic de la quasi-totalité des pathologies traumatiques (fractures, hématomes), congéniales, tumorales etc. Du crâne et du rachis. Le scanner permet des coupes dans les trois plans de l'espace et une meilleure définition des structures autant parenchymateuses qu'osseuses.

Dans notre contexte, le scanner a permis de faire le diagnostic et donc la prise en charge des pathologies, nécessitant une évacuation à l'extérieur du pays.

3. Traitement neurochirurgical :

➤ Buts :

Le but premier d'une opération neurochirurgicale est de **libérer** le système nerveux d'une contrainte pathologique pouvant être mécanique (hématome compressif, tumeur cérébrale, compression médullaire tumorale ou traumatique, canal lombaire étroit, dilatation ventriculaire), infectieuse (abcès ou empyème cérébral) ou hémodynamique (œdème cérébral associé à une contusion ou un hématome).

F. FRACTURES OUVERTES (21)

1. Clinique :

➤ Interrogatoire : précise

-L'heure du traumatisme,

-Le mécanisme et son importance,

-Les sièges des douleurs car une autre douleur oriente vers d'autres lésions associées,

-Les antécédents du blessé.

➤ L'inspection : est essentielle car permet non seulement d'évaluer l'état musculo-cutané mais aussi permet de mettre en évidence le siège de la fracture et le déplacement. Une attitude fréquente est la rotation externe associée à un raccourcissement. Selon les cas on peut avoir :

-une angulation en varum dont le segment inférieur est en dedans,

-une angulation en valgus dont le segment inférieur est en dehors

-flexum,

-recurvatum.

➤ Palpation : recherche :

- les pouls périphériques : pédieux et tibial postérieur ;

-Le déficit sensitif et/ ou moteur en aval ;

-NB : à éviter chez un blessé conscient la palpation du foyer qui retrouverait une mobilité anormale très douloureuse avec des crépitations osseuses.

2. L'examen des mobilités :

Cet examen est difficile à faire chez un blessé algique, mais il faut rechercher surtout une atteinte du nerf péronier commun : nerf sciatique poplité externe en testant le releveur des orteils. Cet examen a une valeur médico-légale.

➤ Evaluation :

Pour évaluer une fracture ouverte on dispose de plusieurs classifications dont celle de GUSTILO et celle de CAUCHOIX et DUPARC qui est la plus utilisée.

- Classification de CAUCHOIX et DUPARC

Type 1 : il s'agit d'une lésion osseuse associée à une ouverture punctiforme ou d'une plaie peu étendue, sans décollement, ni contusion dont la suture se fait sans tension.

Type 2 : il s'agit d'une lésion osseuse associée à une lésion cutanée qui présente un risque élevé de nécrose secondaire après la suture.

3. Traitement :

C'est une urgence chirurgicale, la vie du sujet est menacée par les hémorragies d'abord et ensuite le processus infectieux dans la plaie.

La conduite à tenir passe par la prévention antitétanique, le parage chirurgical soigneux et l'immobilisation en attendant la guérison de la plaie ou par l'usage du fixateur externe dans certains cas.

➤ Le parage chirurgical :

-L'intervention s'effectue sous anesthésie générale ou loco-régionale.

-Faire une toilette à grande eau savonneuse de la plaie et les pourtours

-Badigeonner à l'iode ou d'autres antiseptiques,

-Isoler le champ opératoire avec du linge stérile.

-Commencer par exciser tous les tissus dévitalisés car ils favoriseraient la reproduction microbienne.

En ce qui concerne le traitement des os, on ne retire que les esquilles libres non liées au périoste et les portions souillées.

Les fragments de taille moyenne et de grands fragments sont traités aux antiseptiques et antibiotiques disponibles car l'ablation de ces fragments peut entraîner une perte de substance avec raccourcissement et pseudarthrose.

➤ Immobilisation

Après le parage on fait une traction trans-calcanéenne, sous contrôle radiographique par l'amplificateur de brillance puis on immobilise soit par :

-un plâtre cruro-pédieux avec fenêtre en regard de la plaie,

-une attelle postérieure,

-une attelle antérieure,

➤ Amputation en Urgence

L'indication d'une amputation en urgence se pose évidemment dans le stade 3 C de Gustilo. Dans certains cas, le but du traitement qui est le sauvetage du membre n'apparaît ni raisonnable, ni réaliste et l'amputation ne doit alors pas être considérée comme un échec thérapeutique ; elle devient même parfois le procédé électif qui donne les meilleurs résultats fonctionnels. Des auteurs ont tenté de codifier les indications des amputations. Les indications absolues sont représentées par les fractures entraînant une ischémie par lésion artérielle associée à une rupture complète du nerf tibial postérieur ou à des lésions majeures d'écrasement datant de plus de 6 heures.

Les indications relatives naissent de l'association de l'ischémie et de plusieurs fractures comme l'existence d'autres lésions majeures (poly traumatisme, lésions sévères du pied homolatéral) et des difficultés prévisibles de couverture et de reconstruction osseuse. L'âge, la profession, les habitudes de vie sont également des critères à prendre en considération.

- La surveillance clinique et radiologique sera rigoureuse afin de détecter un déplacement secondaire et le syndrome des loges et une éventuelle suppuration.

4. COMPLICATIONS

➤ Complications générales : il peut s'agir d'un (e) :

- état de choc,
- embolie pulmonaire,
- thrombophlébite,
- septicémie.

➤ Complications locales : il peut s'agir de :

- Retard de consolidation.

Le diagnostic précoce de consolidation repose davantage sur une conviction que sur une certitude formelle. Un retard de consolidation peut être évoqué dès lors que celle-ci se fait sans changement de méthode dans un délai inhabituel supérieur à 20 semaines. Les causes sont nombreuses et tiennent avant tout à la structure osseuse des diaphyses riches en os cortical et pauvres en os spongieux trabéculaire. Un second facteur non moins important est la taille de :

- la structure sous tension d'une plaie,
- plaies associées à des décollements,
- plaies délimitant des lambeaux de vitalité incertaine.

III. METHODOLOGIE :

A- CADRE D'ETUDE

Notre étude a été réalisée dans le service des urgences chirurgicales (SUC) du CHU-GT.

1-Le personnel :

- un chef de service : Anesthésiste réanimateur ;
- un chef de service adjoint : Médecin urgentiste ;
- deux médecins généralistes ;
- vingt six infirmiers du premier cycle ;
- trois infirmiers d'état ;
- neuf techniciens de surface ;
- un secrétaire ;

Le service reçoit des étudiants en médecine, des stagiaires infirmiers et des étudiants en fin de cycle.

2-Les activités :

Il existe- trois zones d'activités :

- accueil tri : correspond à l'admission des patients où ils sont triés, examinés et catégorisés.
- déchoquage bloc :deuxième zone d'activités avec deux lits de déchoquage correspondant à la zone de stabilisation des patients en détresse où un monitoring des paramètres hémodynamiques est effectué. Trois salles d'opération dont une affectée à la traumatologie; une à la chirurgie septique; une à la chirurgie aseptique.

Du déchoquage deux orientations sont possibles pour les patients :

- transfert vers d'autres services de l'hôpital ;
- admission en réanimation pour les cas graves après stabilisation hémodynamique.
- réanimation : constituée de deux salles de quatre lits chacune .Les cas d'hospitalisation les plus courants sont les traumatismes crâniens suivis des abdomens chirurgicaux aigus et les autres urgences.

Le staff est organisé tous les matins.

La visite médicale est effectuée au lit des malades après le staff.

3. TYPE et PERIODE D' ETUDE:

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et transversale d'une année allant de Mai 2006 à avril 2007.

3.1 POPULATION D'ETUDE :

Tout patient opéré au bloc du service des urgences chirurgicales.

3.2 ECHANTILLONNAGE :

3.2.1-CRITERES D'INCLUSION :

Etaient inclus dans l'étude tous les patients reçus pour intervention chirurgicale au bloc d'urgence, opérés puis hospitalisés aux urgences ou les autres services de chirurgie de l'hôpital.

3.2.2-critères de non inclusion:

- douleur abdominale non chirurgicale
- tout patient opéré hors du SUC du CHU Gabriel Touré,
- Tout patient reçu au SUC n'ayant pas été admis au bloc opératoire

3.3. Collecte et l'analyse des données :

3.3.1. La collecte :

Les renseignements concernant chaque patient ont été recueillis sur une fiche d'enquête individuelle préalablement établie à partir des dossiers médicaux.

3.3.2. Analyse des données :

Ces données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI-INFO 3.4.

IV - RESULTATS

Résultats globaux :

Sur une période de 12 mois nous avons réalisé notre étude portant sur 422 malades opérés au SUC sur 15570 malades reçu en consultation.

Tableau I: Répartition des malades selon le sexe

Sexes	Fréquence	Pourcentage
Masculin	295	69.9%
Féminin	127	30.1%
Total	422	100%

Le sexe masculin était le plus représenté avec 295 cas soit 69,9%.

Tableau II: Répartition des malades selon les tranches d'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
0-10 ans	74	17.6%
11-20 ans	111	26.3%
21-30 ans	113	26,8%
31-40 ans	54	12.8%
41-50 ans	33	7.8%
51-60 ans	19	4.5%
61-70 ans	14	3.4%
71-et plus	4	0.8%
Total	422	100%

La jeunesse est la plus représentée avec 11-30 ans soit 53,1 %.

Tableau III: Répartition des malades selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Fonctionnaire	30	7,1%
Elève/Étudiant	154	36,5%
Commerçant	55	13,0%
Enfant	47	11,1%
Paysan	32	7,6%
Chauffeur	54	12,7%
Ouvrier	50	11,8%
Total	422	100%

Les élèves/étudiants étaient les plus représentés avec 36,5%.

Tableau IV: Répartition des malades en fonction de la structure de référence

Référence	Fréquence	Pourcentage
Non référé	246	58,2%
C S COM	123	29,2%
C S REF	49	11,7%
Clinique	4	0,9%
Total	422	100%

La majorité des malades sont venus sans référence soit 58,2%.

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

Motif	Fréquence	Pourcentage
Douleur abdominale	269	63.7%
Eviscération	14	3.3%
Plaie ouverte du crâne	9	2.1%
Corps étranger O.R.L	22	5.2%
Fracture ouverte de membre	44	10.4%
Masse inguino-scrotale	15	3.6%
Plaie délabrante hémorragique	49	11.6%
Total	422	100%

La douleur abdominale a été le motif de consultation le plus fréquent avec 269 cas soit 63,7%.

Tableau VI : Répartition des patients opérés selon les services de chirurgie

Service	Effectif	Pourcentage
Chirurgie générale et pédiatrique	312	73,96%
Traumatologie	81	19,19%
O.R.L	29	6,87%
Total	422	100%

La chirurgie générale et pédiatrique était le service qui a opéré le plus en urgence soit 73,97%.

Tableau VII: Répartition des malades selon la compétence du prescripteur avant l'admission au service

Prescripteur	Effectif	Pourcentage
Infirmier	64	15,2%
Médecin généraliste	85	20,1%
Médecin spécialiste	5	1,1%
Automédication	69	16,4%
Aucun traitement	199	47,2%
Total	422	100%

16,3% des patients ont fait de l'automédication avant l'admission au service

Tableau VIII: Répartition des malades selon l'état général des patients à l'admission

Etat général	Effectif	Pourcentage
Altéré	264	62.6%
Bon	128	30.3%
Passable	30	7.1%
Total	422	100%

62,6% de nos malades avaient un état général altéré.

Tableau IX : Répartition des malades selon les signes fonctionnels trouvés.

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Douleur	406	96,20%
Arrêt des matière et gaz	73	17,29%
Nausée/Vomissement	127	30,09%
Diarrhée ou constipation	37	8,76%
Fièvre	82	19,43%
Déshydratation	87	20,61%
Dyspnée	46	10,90%
Sueur froide	64	15,16%
Œdème	43	10,18%

La douleur était le symptôme prédominant avec 96,20% de cas.

Tableau X : Répartition des malades selon les signes physiques trouvés.

Signes	Effectif	Pourcentage
Défense de la FID	78	18,4%
Contracture généralisée	62	14,6%
Tuméfaction inguino-scrotale	41	9,7%
Cri de l'ombilic	43	10,1%
Douleur à la palpation	113	26,7%
Plis de déshydratation	83	19,6%
Pâleur conjonctivale	65	15,4%
Signes de focalisation neurologique	38	9%
Altération de la conscience	88	20,8%

La douleur à la palpation était le signe le plus fréquent avec 26,77%.

Tableau XI : Répartition des malades selon le type d'examens d'imagerie réalisés

Examen complémentaire	Effectif	Pourcentage
ASP	176	41.7 %
Radiographie du membre	77	18.2 %
Radiographie pulmonaire de face	52	12.3 %
Echographie abdominale	117	27.7 %
Scanner cérébral	36	8.5 %
Aucun examen	46	10.9 %
Total	422	100 %

L'ASP était l'examen d'imagerie le plus demandé avec 41,7%.

Tableau XII : Répartition des malades selon l'étiologie des urgences traumatiques

Etiologie	Effectif	Pourcentage
AVP	77	56,2%
Accident domestique	28	20,4%
Coup et blessure	17	12,4%
Accident de travail	8	5,8%
Accident de sport	7	5,2%
Total	137	100%

Les AVP prédominaient avec 78 cas soit 56,2%.

Tableau XIII : Répartition des malades selon le diagnostic.

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Corps étranger O.R.L	23	5,4%
Embarrure de la voûte crânienne	16	3,8%
Eviscération traumatique	13	3,1%
Fracture ouverte	37	8,7%
Hémopéritoine	14	3,3%
Plaie traumatique	21	4,9%
Traumatisme de la trachée	6	1,4%
Appendicite	55	13,5%
Péritonite	110	26%
Occlusion	104	24,6%
Plaie nécrotique annale	3	0,7%
Tumeur saignante	8	1,9%
G.E.U rompue	5	1,2%
Hématome extradural	7	1,6%
Total	422	100%

La Péritonite est le diagnostic le plus fréquent avec 26%.

Tableau XIV : Répartition des malades selon le traitement reçu avant l'intervention dans le service

Traitement	Effectif	Pourcentage
Sonde naso-gastrique	164	39 %
Oxygénation	62	14.6 %
Transfusion sanguine	60	14.2 %
Antalgique	400	95 %
AINS	95	22.2 %
Cristaloïde	392	93 %
Antibiothérapie	392	93 %
Macromolécule	16	3.7 %
Remplissage vasculaire	350	82,9%

95% de nos malades avaient bénéficié d'un traitement antalgique avant l'intervention.

Tableau XV : Répartition des malades selon le délai d'intervention.

Délai/heures	Effectif	Pourcentage
Inf à 30mn	121	28,7%
30mn à 1H	93	22%
1 à 2H	115	27,3%
2 à 3 H	47	11,1%
Plus de 4H	45	10,9%
Total	422	100%

La majorité des malades soit 78% des cas ont eu un délai inférieur à 3 heures.

Tableau XVI : Répartition des patients qui ont été réanimé en péri opératoire.

Réanimation	Effectif	Pourcentage
Préopératoire	123	39,3%
Postopératoire	190	60,7%
Total	313	100%

190 patients soit 60,7% ont été réanimé en péri opératoire.

Tableau XVII : Répartition des malades selon le traitement postopératoire

Traitement postopératoire	Effectif	Pourcentage
Antibiothérapie	407	96.4
Transfusion	42	10
AINS	62	14.6
Remplissage vasculaire	400	94,9
Antalgique	422	100

La totalité des malades ont reçu de l'antalgique en Postopératoire (100%).

Tableau XVIII : Répartition des malades selon la durée de séjour au SUC

Durée	Effectif	Pourcentage
1 à 3 jours	168	44,4%
4 à 6 jours	92	24,3%
7 à 10 jours	40	10,5%
Plus de 10 jours	68	17,9%
Plus de 1 mois	11	2,9%
Total	378	100%

168 malades soit 44,4% ont séjourné pendant au plus 72 heures en réanimation.

Tableau XIX : Répartition des malades selon l'origine de la péritonite, traitement chirurgical et la suite opératoire

Etiologie	nombre	Traitement	Suite opératoire
Perforation appendiculaire	18	Appendicectomie+ lavage+drainage	Simple : 12 Abcès paroi : 6 Décès : 1
Perforation gastrique	21	Ravivement berge+ suture+ drainage	Simple : 15 Abcès paroi : 4 Décès : 2
Perforation iléale	48	-Lavage+suture des brèches+ drainage : 36 -résection + anastomose : 12	Simple : 35 Abcès paroi : 9 Décès : 3
Perforation sigmoïde	4	Lavage+suture des brèches+ drainage	Simple : 4
Perforation traumatique du grêle	10	Lavage+suture des brèches+ drainage	Simple : 8 Abcès paroi : 2

Nous enregistrons 6 cas de décès, et 12 cas de résections.

Tableau XX : Répartition des malades selon la cause de l'occlusion, traitement chirurgicale et la suite opératoire

Etiologie	nombre	Traitement	Suite opératoire
Hernie étranglée	16	-Réintégration de l'hernie+ fermeture 13 -résection+ anastomose 3	Simple : 12 Abscessus pariétal : 6 Décès : 1
Invagination intestinale aiguë	12	deinvagination+ vidange des anses+ fermeture	Simple : 15 Abscessus pariétal : 4 Décès : 2
Brides adhérencielles	42	-Section de la bride+ adhésiolyse 32 -résection+ anastomose 10	Simple : 34 Abscessus pariétal : 6 Décès : 1
Volvulus intestinal	26	Sigmoïdectomie+ anastomose colo rectale terminoterminal	Simple : 4 Abscessus pariétal 8 Décès 1
Imperforation annale	8	colostomie+ toilette abdominale	Simple : 5 Abscessus pariétal : 2 Décès 1

Nous enregistrons ici 13 cas de résection avec 6 cas de décès pour des malades opérés d'occlusion

Tableau XXI : Répartition des malades selon l'étiologie, traitement chirurgicale et la suite opératoire

Etiologie	nombre	Traitement	Suite opératoire
Embarrure de la voûte crânienne	16	Cure de l'embarrure par le neurochirurgien	Simple : 6 Abcès plaie : 7 Décès : 3
Fracture ouverte	37	Parage de la fracture+ plâtrage	Simple : 7 Abcès plaie 22 Amputation : 8
Plaie traumatique	21	Parage de la plaie	Simple : 13 Abcès plaie:8
Hématome extradural	7	Cure de l'hématome extradural par le neurochirurgien	Simple : 2 Abcès plaie 1 Décès 4

Nous enregistrons 7 cas de décès avec 8cas d'amputations.

Tableau XXII : Répartition des malades selon l'étiologie, traitement chirurgicale et la suite opératoire

Etiologie	nombre	Traitement	Suite opératoire
Corps étranger	23	Extraction de l'objet de la trachée	Simple : 23
Traumatisme de la trachée	6	Exploration+ Parage de la plaie trachéal	Simple : 5 Abcès plaie 2

Les 29 malades ont tous évolués sans décès mais il y a eu 2 cas d'infections des plaies opérées.

Tableau XXIII : Répartition des malades selon l'évolution dans les services.

Evolution	Effectif	Pourcentage
Sortie	360	85,5%
Séquelle	41	10%
Décès	19	4,5%
Total	422	100%

19 malades soit 4,5% de l'échantillon ont évolué de façon défavorable.

V - COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Fréquence:

Auteurs	Viscéral	Traumato	O.R.L
Arnaud, France, 2003[3]	272/638	340/638	26/638
Solagberu, Nigeria, 2005[27]	211/780	509/780	60/780
Konaté, M Mali 2003 [11]	305/382	49/382	28/382
Notre, étude, 2006	312/422	81/422	29/422

La fréquence des différentes urgences chirurgicales est liée à la structure hospitalière dans laquelle l'étude a été faite.

2- Age :

Auteurs	Effectif	Age moyenne
Cassina, RFA, 1996 [4]	314	40
Solagberu, Nigeria, 2005 [27]	780	30,5
Konaté M, Mali, 2003[13]	382	25
Notre , étude, 2006	422	20,5

Notre étude sur les urgences chirurgicales au Mali en 2006 trouve un âge moyen de 20,5 ans qui rejoint celui de Konaté, M au Mali en 2003 qui trouve l'âge moyen à 25 ans. Ils sont inférieurs aux 40 ans trouvés par Cassina, RFA, 1996, parce que son étude a été réalisée sur les adultes.

3- Sexe :

Nous avons recensé plus d'hommes (69,9%) que de femmes (30,1%) soit un sexe ratio de 2,3 en faveur des hommes. Dans la même proposition SOUMA, A W Mali [1] dans une étude similaire a trouvé 66,7% pour les hommes et 33,3% pour les femmes soit le sexe ratio de 2 en faveur des hommes

On peut dire que globalement, l'urgence chirurgicale concerne l'adulte jeune et de sexe masculin.

4- Délai de prise en charge :

Le délai de prise en charge était acceptable chez 78% de nos patients qui était inférieur à 3 heures de temps. Ce délai rejoint celui de Konaté M dans une étude similaire qui trouve 64,6% de délai inférieur à 6 heures. Ce qui s'explique, par le fait que les parents des malades tardent des fois à honorer les ordonnances d'une part et d'autre part nous avons à faire parfois à des patients non accompagnés.

5-Signes physiques des urgences chirurgicales :

Notre série a trouvé 26,77% de douleur à la palpation qui est différent de celui trouvé par les auteurs (30) et (9) respectivement la défense de la fosse iliaque droite à 87,7% et 80%

6- Causes des urgences Traumatiques :

Comme cause des urgences chirurgicales les AVP ont constitué 56,2% dans notre étude, qui est inférieur à celui de Diallo M F qui trouve 84,2% d'étiologie (11). parce que l'étude de Diallo M F était seulement basée sur les urgences traumatiques

7 - Diagnostic des urgences non traumatiques :

Tableau XXXIV : Répartition selon les quatre diagnostics par ordre

Auteurs	Arnaud, France 2003 (5)	Adejuyigbe, (2) Nigeria 2001	Konaté M, (20) Mali 2003	Notre étude 2006
Etiologie par ordre décroissant	Appendicite	Occlusion	Occlusion	Péritonite
	Occlusion	Péritonite	Appendicite	Occlusion
	Péritonite	Appendicite	Péritonite	Appendicite
	Hémopéritoine	Hémopéritoine	Hémopéritoine	-

Les étiologies des urgences non traumatiques sont variées dans les séries Africaines, alors qu'en Europe c'est l'appendicite aiguë qui occupe le premier rang.

Selon une étude menée par Koumaré A K et al [19], a démontre que l'appendicite est moins fréquente en Afrique qu'en Europe. L'explication se

trouve dans son incidence faible qui est estimée à 16/100000 à Bamako contre 225/100000 en Allemagne (16).

8- Mortalité :

Tableau XXXV : La fréquence de la mortalité selon les auteurs

Auteur	Nombre	Taux de mortalité
Ekeré, Nigeria 2004(15)	300	4,7%
KonatéM, Mali 2003(20)	382	4,4%
Caterimo, Italie 1997(6)	450	4,2%
Notre étude, Mali 2006	422	4,5%

Nous avons le même taux mortalité que les auteurs (15), (20) et [6] qui est élevé. Ce taux démontre les difficultés qui résident au tour de la prise en charge des urgences chirurgicales dans le monde.

Dans notre étude au Mali principalement à Bamako ce taux est influencé, par une augmentation des AVP mais il est aussi lié aux facteurs socio-culturels et économiques des malades. Le malade consulte d'abord le tradipraticien ne vient à l'hôpital que très tardivement et en mauvais état général.

VI – CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion

Cette étude dans le SUC nous a permis d'évaluer la prise en charge des urgences chirurgicales au CHU Gabriel touré. Il ressort que l'urgence chirurgicale représente 13,2% de l'activité générale du SUC

Avec comme caractéristiques socio-démographique :

- La prédominance de sujet jeune entre 11-30 ans ;
- La prédominance du sujet de sexe masculin avec 69,9% ;
- Les élèves/étudiants étaient plus exposés avec 36,5%.

Les principales étiologies étaient dominées par l'infection à 58% pour les urgences non traumatiques, les accidents de la voie publique avec 56,6% pour les urgences traumatiques.

La majorité de nos patients sont venus sans fiche de référence

La majorité des malades ont fait moins de 24 heures avant leurs interventions soit 78%.

La douleur était le motif de consultation le plus fréquent avec 96,20%.

Au cours de notre étude 74,2% ont bénéficié d'une hospitalisation en soins intensifs.

L'ASP était l'examen radiologique le plus demandé avec 41,7%.

2. Recommandations :

Au regard de ces résultats et de ces contraintes, nous formulons les recommandations suivantes.

A la population

- Eviction de l'auto-médication.
- La consultation d'un médecin sans délai, devant tous les cas de douleurs abdominales.

Aux autorités

- Equipement des hôpitaux en moyens matériels de diagnostics et thérapeutiques (radiographie, échographie et scanner).
- La formation des spécialistes en : chirurgie, urgence réanimation, traumatologie, ORL, neurochirurgie et, imagerie . . . etc.
- Création d'un système de tiers payant.

Aux personnels socio-sanitaires

- La Référence des malades dans les meilleurs délais.
- Renforcement de la collaboration inter-disciplinaire.

BIBLIOGRAPHIES :

1-Abdoul Wahab S : urgence chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Gao a propos de 90 cas 07 M 14.

2- Adejuvige O et al Acute intestinal obstruction in Nigérian children

3. Adelain T B Pris en charge des urgences digestives dans le service polyvalent d'anesthésie et de réanimation du centre national hospitalier et universitaire Cotonou thèse de médecine Cotonou thèse Med Cotonou 1994,N° 616.

4-Adesunkami et al. Changig pattern of acute intestinal obstruction a tropical African population. East Afr Med J 1996; 73:727-731

5-Arnaud J et al. Conduite à tenir devant un abdomen aigue. Ency Med Chir (Paris) urgences 24089B-3-2003.

6-Brower. Ency med chir urgences (Paris) 2004; 2:24048B10.

7- Caterino S et al. Acute abdominal pain in emergency surgery clinical epidemiologic study of 450 patients. Ann. Ital. Chir. 1997; 68 (6): 807-817.

8-David D et AI. Les appendicites aigues au CHU de Bangui, aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques. Cahiers santé 2001; 11 (2):117-125.

9-Dembélé BB Les urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Kayes (Mali) à propos de 112cas.

10. Dembélé. M Les abdomens aigus chirurgicaux à l'hôpital de Point G thèse de médecine 98-M-58 N° 22

11-Diallo M F: Evaluation de la prise en charge des urgences traumatiques à l'hôpital de Kati a propos de 184cas.2006

12-Ekere AU et al. Surgical mortality in the emergency room.

In orthop 2004 jun, 28 (3): 187-90

Dakar. Statistique des

Quatre années (1973-1976) Dakar médical, 1979,24, 1 90-97

- 13. Etienne et al.** Diagnostic des douleurs abdominales aiguës
- 14. Harouna Y et al** Deux ans de chirurgie d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) médecine d'Afrique noire :2001 ;48(2) :49-54
- 15-Issimaila K** Les urgences abdominales chirurgicales : étude rétrospective sur **deux** années au CHU de Cocody. Thèse de médecine Abidjan N° 1156
- 16-Kauffer et al** Appendicitis wandel der krankheitsbilder.
Der chirurg 2003 ; 60 : 51.
- 17- Keita S** Problèmes diagnostiques et thérapeutiques des abdomens aigus, chirurgie hôpital du point G
Thèse de médecine Bamako 1999 ; N°12
- 18-KNAUS ET AL:**
A comparison of intensive care in the USA and France.
Lancet 1982; 2: 642-6.
- 19-Koumaré A k et al.** Appendicectomie à Bamako.
Ann. chir. 1995 ; 49(2) : 188.
- 20-Konaté M :** Urgence chirurgicale à propos de 382 cas au C H U Gabriel Touré.thèse Med, Bamako, 2005.
- 21-Mondor H:** Diagnostic Urgent.
(Paris) Masson 1965 ; 1119.
- 22-Maiga O :** Etude epidemio-clinique des fractures ouvertes de la jambe dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel Touré de janvier 2005 à juin 2005.
- 23-OMS:** Statistiques relatives aux services de santé et leurs activités.
Séries de rapport techniques 1960 ; numéro 429
- 24-OMS :** Séries de rapport technique 1959 ; numéro 164
- 25-Pandonou N et al.** Les urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar
- 26-Rocher R et AL.** Chirurgische behandlung sergebnisse bei mechanischen dunndarmlen chirurg 1991; 62 614-619.

27-Solagberu BA et al:

Surgical Emergencies in university hospital
Nigeria prost grad Med J 2005; 10(3): 104-3

**28- Etude des pathologies opérées dans le service d'Ortho
Traumatologie de Novembre 2000 à Nov. 2001.**

29- Université de Liège : Pathologie digestive médicale et chirurgicale-
version 2003

30- Zoguereh DD et al. Acuts appendicitis at the National University
Hospital in Bangui. Central African Republic: epidemiologic, clinical,
paraclinical and therapeutic aspects Santé.

Fiche d'enquête

A- Identité du malade

- 1) Nom 2) Prénom 3) age 4) sexe
5) Résidence 6) Nationalité 7) Profession 8) Date
d'admission 10) Heure d'admission

B- Statut matrimonial

- 1) Marié 2) Divorcé 3) Célibataire 4) Veuve/veuf 5)
Enfant

C- Adressé par :

- 1) Centre de santé ou cabinet 2) Clinique ou centre de réf
3) 1°consultation

D- Motif de consultation

- 1) Douleur abdominale 2) Eviscération 3) Trauma crânien 4) Corps
étranger 5) Fracture ouverte 6) Masse inguino-scrotale 7) Autres

E. Traitement reçu avant à l'hôpital :

- 1) Médical : Oui Non

Prescripteur :

- 1) Automédication 2) Infirmier 3) Médecin généraliste 4) Médecin
spécialiste 5) Autres

Prescription :

- 1) Antalgique 2) Anti-inflammatoire 3) Antibiotique 4) Autres

Durée de traitement : Un jour Deux jours Plus de deux jours

Effet de traitement : Amélioration Pas d'amélioration

F. Antécédent :

Médicaux Oui Non. Si oui à préciser

Chirurgicaux Oui Non. Si oui à préciser

Familiaux Oui Non. Si oui à préciser

Gyneco-obst Oui Non. Si oui à préciser

G. EXAMEN CLINIQUE :

1) Signes Fonctionnels :

Arrêt de matières et gaz Douleur abdominale Contracture abdominale

Vomissement Distension abdominale Autres

2) Signes cardio-respiratoires :

Dyspnée Bradypnée Polypnée Tachycardie Bradycardie Hémoptysie
Tous

3) Signes Neurologiques

Score de Glasgow Agitation Déficit moteur Autres

4) Signes Traumatologiques

Oedème Hémorragie Fracture Plaie Ecchymose Autre

5) Signes ORL

Epistaxis otorragie Autre

H- Examen physique :

1) Signes généraux :

Etat général TA Pouls Température

Fréquence respiratoire Sao2

2) Signes physiques :

Inspection :

Morphologie de l'abdomen

Normale Distendue Asymétrique Mobile Immobile Autre

Palpation

Dx provoquée Localise diffuse Autre

Défense : FID Pelvienne Péri ombilicale Diffus à l'abdomen Autre

Percussion

Sonorité Normale Tympanisme Matité Autre

Auscultation :

Bruits intestinaux

Normaux Augmenté Silence

I- Examens para cliniques :

ASP oui non Si oui résultat

Echographie : oui non Si oui résultat

RX osseuse oui non Si oui résultat

Rx thoracique oui non Si oui résultat

Scanner : oui non Si oui résultat

Autre

J- Examen Biologiques :

Groupe rhésus Taux hémoglobine Taux d'hématocrite

Autre

K- Diagnostic :

Préopératoire

Per opératoire

L- Traitement

Réanimation pré opération

Voie veineuse sonde naso-gastrique sonde urinaire sonde rectale

Oxygène sonde d'intubation

Sang : Oui Non

1poche 2poches 3poches

Macromolécule : Oui Non

Dextran Plasma Autres

Soluté : Oui Non

500cc 1L 2L

Autres

2) Réanimation postopératoire :

Sang : Oui Non

1poche 2poches 3Poches

Soluté : Oui Non

500cc 1L 2L

Antibiotique :Oui Non

Double ABT Triple ABT Mono ABT

Autres:.....

3)Chirurgical

Compte rendu opératoire

.....
.....
.....

M. Evolution postopératoire:

1) Evolution

Favorable Stationnaire Défavorable

2) Durée d'hospitalisation postopératoire

1à 3j 4 à 6j 7à 10j 10à 1mois Plus de 1mois Décès

3) Reprise du transit

1j 2j 3j

4) complication postopératoire

Hémorragie de la plaie suppuration de la plaie plaie fistulisée

Eviscération Autres

5) Reprise au bloc

1fois 2fois Non Autres

6) Durée d'hospitalisation préopératoire

1H 2H 3H 5H Décès

7) Durée totale d'hospitalisation

1à 3j 4à 6J 7à 10j 10 à 1mois Plus de 1mois Décès

FICHE SIGNALITIQUE

Nom: Soumaoro

Prénom: Ibrahima

Titre: ETUDE DE LA MORTALITE ET DE LA MOBIDITE DES PATIENTS OPERES AU URGENCES DU C.H.U GABRIEL TOURE.

Année : 2008 – 2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Urgence, Chirurgie

**Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie
Et d'odonto-stomatologie**

Résumé :

De Mai 2006 en Avril 2007 nous avons mené une étude prospective dans le service des urgences chirurgicales du C.H.U Gabriel Touré de Bamako .Le but de ce travail était d'évaluer la fréquence des urgences chirurgicales, de décrire les lésions observées et notre attitude thérapeutique.

Au bout de 12 mois nous avons colligé 422 cas. Il s'agit de 295 hommes pour 127 femmes. La tranche d'âges la plus touchée est comprise entre 11 et 31 ans avec 53,1%. 83,6% était de Bamako.

La douleur abdominale était le motif de consultation le plus fréquent avec 63,6% suivi de la fracture ouverte des membres avec 10,4%.

Le groupage rhésus, le taux hémoglobine et d'hématocrite ont été demandé de façon systématique.

L'essentiel de l'imagerie radiologique était dominé par la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) suivi de la radiographie des os.

Les lésions les plus observées ont été de 38,6% pour la péritonite.

La majorité des malades soit 78% des cas ont eu un délai d'attente inférieur à 24 heures.

168 malades soit 44,4% avaient séjourné pendant 72 heures après l'intervention au SUC.

16 malades soit 3,9% de l'échantillon ont évolué de façon défavorable.

La totalité des malades ont reçu de l'antalgique après l'intervention (100%).

Mots clé : chirurgie ; urgence

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 se sont 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 !