

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une foi



UNIVERSITE DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année : 2009-2010

N° .....

**THESE :**

**LES PATHOLOGIES CHIRURGICALES  
DES PERSONNES AGEES  
DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE « A »  
DU CHU DU POINT G**

Présentée et soutenue publiquement le...../...../ 2010

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

*Par M. Jacques SAYE*

Pour obtenir le grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**

(Diplôme D'ETAT)

**JURY :**

Président : Pr SANGARE Djibril

Membre : Dr KOUMARE Sékou

Co-directeur : Dr KOÏTA Adama. K.

**Directeur de thèse : Pr SANOGO Zimogo Zié**

## **A L'ÉTERNEL MON DIEU**

*L'éternel est mon berger : je ne manquerai de rien. Il me fait reposer dans de verts pâturages,*

*Il me dirige près des eaux paisibles.*

*Il restaure mon âme,*

*Il me conduit dans les sentiers de la justice,*

*A cause de son nom.*

*Quand je marche dans la vallée de l'ombre de la mort,*

*Je ne crains aucun mal, car tu es avec moi :*

*Ta houlette et ton bâton me rassurent.*

*Tu dresses devant moi une table,*

*En face de mes adversaires ;*

*Tu oins d'huile ma tête,*

*Et ma coupe déborde.*

*Oui, le bonheur et la grâce m'accompagneront tous les jours de ma vie,*

*Et j'habiterai dans la maison de l'éternel jusqu'à la fin de mes jours.*

### **A mon père Assè dit Joseph SAYE**

Vous m'avez enseigné le sens de l'honneur, de la dignité, la morale et le respect de soi.

Vous êtes pour moi un exemple de courage de persévérance et de justice dans l'accomplissement du travail bien fait.

## **A ma mère Marie SAGARA**

Voici le moment tant attendu pour moi de vous remercier pour l'éducation, l'affection dont j'ai bénéficié auprès de vous.

Votre générosité et votre affection maternelle envers toutes personnes font de vous une mère admirable et appréciée par tous.

Vos sages conseils et vos bénédictions ont contribué beaucoup à la réalisation de ce travail.

## **A mes frères et sœurs ; cousins et cousines :**

Pour leur compréhension et leur soutien de tous les instants.

## **Aux familles :**

SAYE, Bamako, Sévaré,

KODIO, Moribabougou, Bamako

SAGARA, Bamako,

TOGO, Bamako

Toute ma sympathie et ma reconnaissance.

## **A toutes les personnes âgées qui souffrent des pathologies chirurgicales.**

**A mes frères et sœurs de djelibougou :**

Merci pour tout

**A mes maitres des écoles fondamentales et secondaires :**

Mes chers maitres ; je ne pourrai pas vous payer pour votre enseignement de qualité. Recevez néanmoins l'expression de ma haute gratitude et de mon profond respect.

**A mes professeurs de la FMPOS :**

Pour la disponibilité et la qualité de la formation.

**Au personnel du service de chirurgie « A » :**

Un service pas comme les autres où règne la rigueur et l'esprit de solidarité. Je suis fier de vous avoir côtoyé pendant si longtemps et vous dit tout simplement merci.

**Au personnel du CSCOM de Doumazana :**

Merci pour vos gentillesse et votre amabilité.

**A mes camarades faisant fonction d'interne du service de chirurgie « A » du CHU du Point G :**

Merci pour vos franches collaborations.

**A mes camarades de promotion de la FMPOS :**

Pour ces années de travail, pour tous les moments de joie et de peine. Puisse DIEU le tout puissant nous permettre d'œuvrer pour le développement, la paix et la santé de nos différents pays et du monde entier.

**A mes ami(e)s :**

Merci pour vos précieux conseils.

**A M<sup>r</sup> Zacharie SAYE et famille :**

Toute ma reconnaissance.

**A Docteur Issa TRAORE :**

Pour vos soutiens de tous les instants.

**A Check oumar Keita dit Bleck :**

Merci pour tout.

**A Souleymane Traoré et famille :**

Merci pour vos soutiens.

**A ma terre natale, la République du Mali :**

Terre de mes aïeux, ma patrie, mon cher Mali, emblème d'hospitalité africaine, que dis-je mon cher grand Mali.

Sous ton soleil, je suis née, sur ton sol j'ai vécu. Ou que j'aie, j'emporterai en moi ton souvenir et porterai toujours ton étendard plus haut en chantant « Debout Mali ».

**A tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réalisation de ce travail.**

**A notre maître et président du jury**

**Professeur Djibril SANGARE**

*Professeur titulaire de chirurgie générale.*

*Chef de service de chirurgie générale, laparoscopique et thoracique du CHU du Point G.*

*Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples occupations.*

*Vos qualités humaines, votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait font de vous un formateur remarquable et apprécié de tous.*

*Veillez recevoir ici cher maître, le témoignage de notre reconnaissance infinie.*

## **A notre maître et juge**

### **Docteur Sékou KOUMARE**

**Spécialiste en chirurgie générale.**

**Praticien hospitalier.**

*Cher maître,*

*Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.*

*Votre simplicité, votre courage forcent notre admiration. Plus qu'un maître, vous avez été pour nous un grand frère.*

*Cher maître soyez assuré de notre profond respect.*

## **A notre maître et co-directeur**

### **Docteur Adama .K. KOITA**

***Maître assistant en chirurgie générale.***

***Praticien hospitalier.***

*Cher maître,*

*Votre courage, votre abord facile et votre savoir faire, font de vous un maître admiré et respecté.*

*Cher maître, c'est le lieu pour nous de vous exprimer notre sincère remerciement et notre gratitude.*

**A notre maître et directeur de thèse**

**Professeur Zimogo Zié SANOGO**

*Professeur agrégé de chirurgie générale.*

*Praticien hospitalier.*

*Vous avez été à l'initiative de ce travail. Vous nous avez prodigué tout au long de nos études médicales, en enseignement de sémiologies et pathologies chirurgicales, puis dans le service de chirurgie « A », votre science et votre humanité.*

*Vous nous avez donné l'occasion de découvrir un modèle de maître auquel tout étudiant aimerait ressembler.*

*Veillez recevoir, cher maître l'expression de notre profond respect.*



## **ABREVIATIONS**

**ADN:** Acide Désoxyribonucleique.

**AGE:** Advanced glycation end.

**AMG :** Arrêt des matières et des gaz.

**CHU :** Centre Hospitalier Universitaire.

**FAV :** Fistule artério-veineuse.

**FMPOS :** Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie.

**g/l :** Gramme par litre.

**HST:** Heat stock proteins (Protéines courantes de la chaleur).

**HTA :** Hypertension artérielle.

**IMC :** Indice de masse corporelle.

**INSEE :** Institut National de la statistique et des études économiques.

**IRM :** Imagerie par résonance magnétique.

**Km :** kilomètre.

**ml :** millilitre.

**mmhg :** Millimètre de mercure.

**O<sub>2</sub>:** Dioxygène.

**OMS :** Organisation Mondiale de la Santé.

**TDM :** Tomodensitometrie.

**UGD :** Ulcère gastro-duodéal.

**VG:** Ventricule gauche.

# TABLEAU DES MATIERES

<b>Chapitre I : Introduction et objectifs</b>	<b>Pages</b>
Introduction.....	1-3
Objectif général.....	4
Objectifs spécifiques.....	4
<b>Chapitre II : Généralités</b>	
Définitions.....	6
Le vieillissement.....	6
Rappel démographique et socio-sanitaire.....	7
Les aspects biologiques du vieillissement.....	8
Les aspects fonctionnels du vieillissement.....	10
Le vieillissement pathologique.....	13
Particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques de la personne âgées.....	13-24
<b>Chapitre III : Méthodologie</b>	
Cadre d'étude.....	26
Type d'étude.....	27
Période d'étude.....	27
Critères d'inclusion.....	27
Critères de non inclusion.....	27
Recueil des données.....	28
Analyse et saisie des données.....	28

## Chapitre IV : Résultats

Fréquence globale des personnes âgées opérées dans le service.....	30
Répartition des interventions chirurgicales des personnes âgées selon les années.....	31
Répartition des interventions chirurgicales des personnes âgées selon les tranches d'âge en fonction des années.....	32
Répartition des patients en fonction de l'âge.....	33
Répartition des patients selon le sexe.....	33
Répartition des patients selon le mode de recrutement.....	34
Répartition des patients selon la durée d'évolution de la pathologie avant la consultation en chirurgie « A ».....	34
Durée d'hospitalisation avant l'intervention chirurgicale.....	35
Durée d'hospitalisation post-opératoire.....	35
Répartition des patients selon la durée totale de séjour hospitalier.....	36
Répartition des patients selon le motif de consultation.....	37
Motif de consultation selon les signes digestifs.....	37
Motif de consultation selon les signes urinaires et génitaux.....	38
Motif de consultation selon les signes pulmonaires.....	38
Motif de consultation selon les autres signes.....	39
Antécédents médicaux.....	40
Répartition des patients selon l'indice de KARNOFSKY.....	41
Répartition des patients selon l'indice de masse corporelle.....	41
Répartition des patients selon le diagnostic per-opératoire en fonction des pathologies.....	42
Diagnostic per-opératoire selon les pathologies infectieuses.....	43

Diagnostic per-opératoire en fonction des tumeurs bénignes.....	43
Diagnostic per-opératoire en fonction des pathologies lithiasiques.....	44
Diagnostic per-opératoire en fonction des pathologies thoraciques.....	44
Diagnostic per-opératoire en fonction des pathologies proctologiques.....	45
Diagnostic per-opératoire en fonction des cancers digestifs.....	46
Diagnostic per-opératoire en fonction des cancers uro-génitaux.....	46
Diagnostic per-opératoire en fonction des autres cancers.....	47
Répartition des patients selon les pathologies retrouvées à l'examen clinique.....	48
Nombre de pathologies associées.....	48
Type de pathologies associées.....	49
Répartition des patients selon les suites opératoires.....	50
Répartition des patients en fonction des pathologies et les suites opératoires.....	51
Croisement de l'âge et suites opératoires.....	52
Répartition des patients selon la polypathologie et les suites opératoires....	53
Répartition des patients selon la réanimation pré-opératoire.....	54
Répartition des patients selon la transfusion per-opératoire.....	54
Unité de sang total iso-groupe et iso-rhésus transfusée en per-opératoire...55	
Séjour des patients dans le service de soins intensif (réanimation) en post-opératoire.....	55
Délai de séjour en unité de soins intensifs en post-opératoire.....	56
Répartition des patients selon la durée de vie post-opératoire après la sorti.....	56
<b>Chapitre V : Commentaires et discussions.....</b>	<b>57-62</b>

<b>Chapitre VI : Conclusion et recommandations.....</b>	<b>63-65</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>66-72</b>
<b>Fiche signalétique.....</b>	<b>73-74</b>
<b>Serment.....</b>	<b>75</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>76-90</b>

# *CHAPITRE I*

*INTRODUCTION*

*ET*

*OBJECTIFS*

## **I/INTRODUCTION**

Il n'est pas aisé de donner une définition unique qui pourrait être satisfaisante en tout point de vue au terme de personnes âgées, car le rapport entre l'âge chronologique et les critères biologiques, sociaux et économiques varient énormément d'un pays à un autre. Nous retiendrons celle de l'OMS qui désigne par personnes âgées, les personnes âgées de 60 ans et plus. **[30]**

La proportion des personnes âgées dans le monde n'a cessé de croître durant le 21<sup>ème</sup> siècle, et l'on prévoit que cette tendance se poursuivra. Elle est passée de 8 % en 1950 à 10 % en 2000 et devrait atteindre, d'ici 2050, 21 %. C'est en ce moment que pour la première fois dans l'histoire de la population, le nombre des personnes âgées sera supérieur à celui des enfants (0-14 ans). **[42]**

Au Mali, selon l'enquête démographique et de santé de l'année 2001, l'espérance de vie à la naissance est 61,6. Le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus est passé de 5,99 % de la population en 1987 à 6,08 % en 1998. Le nombre est passé de 542.265 personnes en 1998 à 682.395 personnes en 2004. Il doit atteindre 2.980.000 personnes à l'horizon 2050 soit 7 % de la population totale. **[3, 21]**

Cette importante croissance numérique laisse prévoir une augmentation des besoins fondamentaux des personnes âgées parmi lesquels, les soins médicaux.

Le vieillissement s'accompagne en général de l'augmentation du nombre et de la gravité des affections et d'une dégradation de l'état de santé. **[42]**

En France en 1996, CHAHWAKILIAN ET Coll. **[6]** ont montré, à travers leur étude, que l'âge n'était pas un facteur déterminant dans la survenue des affections aiguës en service de gériatrie, mais que les hommes avaient une mortalité plus élevée que les femmes.

Dans les pays émergents en général et en Afrique en particulier, les travaux réservés à cette classe d'âge sont plutôt rares. Le domaine de la chirurgie ne fait pas exception à cette règle.

KA.O [18], en 1991 dans « Gérontologie et Gériatrie au Sénégal : émergence des problèmes et recherche des solutions », a étudié les affections des personnes âgées dans différents services de médecine générale et spécialisée. Les pathologies uro-génitales étaient surreprésentées dans son étude.

Au Mali peu d'études ont été faites dans ce domaine sur les personnes âgées. Tog-yeum NAGORNGAR a dans sa Thèse de médecine en 1999, étudié les pathologies chirurgicales des personnes âgées à l'Hôpital National du Point-G [28] ; thèse dirigée par le professeur Abdel Karim KOUMARE. Le service d'urologie abritait 50,97% des hospitalisations des personnes âgées.

SANOGO Bouna a dans sa thèse de médecine en 2008, étudié les pathologies des personnes âgées en réanimation polyvalente du CHU du Point G : Profil epidemio -clinique et évolutifs. Il a enregistré 52 cas de décès soit 55,32 % dans son étude. [38]

La rareté des études sur les pathologies chez les personnes âgées nous amène à réaliser le présent travail sur les pathologies chirurgicales des personnes âgées dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G, qui est un service de chirurgie générale, laparoscopique et thoracique avec les objectifs suivants.

**Objectif général :**

Etudier le pronostic des pathologies chirurgicales des personnes âgées opérées dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

**Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des pathologies chirurgicales des personnes âgées dans le service de chirurgie « A ».
- Déterminer les pathologies associées.
- Déterminer les modalités de prise en charge chirurgicale en fonction de l'état général et du grand âge.
- Evaluer les suites opératoires.

# *CHAPITRE II*

## *GENERALITES*

## II/GENERALITES

### II-1/ DEFINITIONS.

**La chirurgie :** La chirurgie est une technique médicale consistant en une intervention physique sur les tissus, notamment par incision et suture. [7]

**La pathologie :** Selon le petit Larousse 2007 ; la pathologie est l'étude des maladies, de leurs causes et de leurs symptômes. [22]

**Personne âgée :** selon l'OMS une personne âgée est une personne âgée de 60 ans et plus. [30]

### LE VIEILLISSEMENT

La connaissance du vieillissement normal est indispensable pour distinguer les effets du vieillissement de ceux des maladies. Elle permet d'envisager des stratégies susceptibles de prévenir certains effets du vieillissement.

Le vieillissement est l'ensemble des phénomènes associés à l'avancée en âge. Il fait donc une large place à la pathologie et aux effets de l'environnement. Il correspond donc seulement partiellement à la sénescence.

La sénescence est le processus supposé physiologique qui conduit progressivement l'organisme à la mort au cours du temps. Il s'agit d'un processus spécifique, distinct de la pathologie. [25]

Selon les gériatres américains, il y a trois (3) catégories de personnes âgées :

- **1<sup>ère</sup> catégorie :** personnes dont l'âge est compris entre 65 et 74 ans, appelées « Young-old » (Jeunes vieux) ;
- **2<sup>ème</sup> catégorie :** personnes dont l'âge est compris entre 75 et 84 ans, appelées « Middle-old » (Vieux moyens) ;

- **3<sup>ème</sup> catégorie** : personnes dont l'âge est supérieur ou égal à 85 ans, appelées « Old-old » (Vieillards) [36].

## **II-2 / RAPPEL DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-SANITAIRE.**

### **II-2-1/Approches démographiques :**

Selon le Plan d'action national pour la promotion des personnes âgées au Mali, le taux d'accroissement naturel de la population était de 2,9% en 1998, et l'espérance de vie estimée à 61,6 ans en 2001.

Les personnes âgées de 60 ans, ou plus représentaient 5,99% de la population en 1987 et 6,08% en 1998. Le taux d'accroissement moyen des personnes âgées, entre 1998 et 2004, était de 4,3% par an, de loin supérieur au taux d'accroissement naturel de l'ensemble de la population, qui est de 2,9%.

Si leur importance numérique n'est pas négligeable en 1998 (6,08% de la population), l'accroissement de leur nombre dans les années à venir, comme l'indiquent les chiffres de 2004, est visible en raison des progrès de la médecine, et surtout grâce aux progrès de l'hygiène qui conditionnent la diminution de la mortalité générale et l'allongement de l'espérance de vie (Etude de Gaoussou TRAORE, Projet de plan d'action national pour la promotion des personnes âgées au Mali, Draft du 1<sup>er</sup> juin 2005 P-7).

### **II-2-2 Approches de l'autonomie et dimension sociale :**

Le vieillissement est un processus évolutif inéluctable qui a des répercussions sur la vie individuelle et sociale.

Plus que l'âge, la connaissance de la qualité de vie antérieure est une information fondamentale dans la prise en charge d'une personne âgée.

D'après les données de l'INSEE, en 1999 en France, près de 80% des personnes de plus de 80 ans vivaient encore à domicile, tandis que 13% vivaient en maison de retraite et 3% en foyer-logement [9].

Le degré d'autonomie, les incapacités, l'état de dépendance, et les handicaps seront des éléments à prendre en compte à la recherche d'un cumul de pathologies pour se faire une idée des perspectives en termes d'autonomie, lorsque la pathologie aiguë est précisée, et pour décider de la conduite thérapeutique [12,19].

Chaque cas doit être examiné avec soins en fonction de l'état physiologique du patient, et actuellement aucune justification n'existe pour une abstention thérapeutique liée à l'âge seul.

### **II-2-3 Approches de santé**

L'amélioration des conditions d'hygiène de vie, une alimentation mieux équilibrée et les progrès scientifiques réalisés dans le domaine sanitaire ces dernières années, ont comme corollaire la baisse du taux de mortalité et une augmentation de l'espérance de vie. Ceci a pour conséquence logique le vieillissement de la population se traduisant par une croissance numérique des personnes âgées. [5]

Ainsi, les services d'urgence sont de plus en plus amenés à prendre en charge les personnes âgées. Compte tenu des altérations des fonctions physiologiques induites par la vieillesse, la personne âgée devient alors potentiellement fragile. Elle perd son autonomie avec l'âge et avec l'importance ou la complexité de la pathologie [2].

## **II-3/ LES ASPECTS BIOLOGIQUES DU VIEILLISSEMENT**

Le vieillissement est un phénomène complexe et multifactoriel.

### **II-3-1 Les facteurs génétiques**

Certaines altérations acquises du matériel génétique pourraient intervenir dans le vieillissement.

La fréquence des altérations de l'ADN (délétions, mutations) et des anomalies de sa réparation augmente de façon importante avec l'âge.

Ces anomalies sont particulièrement fréquentes au niveau de l'ADN mitochondrial et pourraient être induites par des facteurs extérieurs (exposition aux radiations) ou par des facteurs intrinsèques (la division cellulaire et la mort cellulaire).

Il existe différentes catégories de cellules :

– les cellules à très faible capacité de renouvellement, qui ont l'âge de la personne (neurones, cellules musculaires) ; leur vieillissement se caractérise par l'accumulation d'un pigment, la lipofuscine, produit de dégradation du métabolisme cellulaire ;

– les cellules renouvelables qui n'ont pas un capital de renouvellement illimité – le capital de division pour plusieurs lignées cellulaires est proportionnel à la longévité de l'espèce ; à chaque cycle de division cellulaire, l'extrémité du chromosome (télomère) perd un fragment d'ADN ; après plusieurs divisions, la fonction du télomère, qui contribue à maintenir la stabilité de l'ADN du chromosome, est altérée ce qui pourrait être le substratum de l'« horloge biologique ».

L'altération de l'ADN a de nombreuses conséquences en modifiant l'expression de certains gènes et la synthèse des protéines qu'ils commandent ou en perturbant le cycle cellulaire.

La mort cellulaire programmée, ou apoptose, est déterminée par l'expression de gènes spécifiques. [25]

### **II-3-2 Les radicaux libres et le stress oxydatif**

Les radicaux libres, espèces très réactives produites au cours du métabolisme de l'oxygène, exercent un stress oxydatif capable d'altérer l'ADN et les acides gras de la membrane cellulaire.

L'organisme se protège contre ces radicaux par plusieurs systèmes : les superoxydes-dismutases, les catalases, la glutathion-peroxydase sélénodépendante, et les vitamines antioxydantes (A, C, E).

Au cours du vieillissement, cet équilibre est altéré avec, d'une part, une production de radicaux libres augmentée au sein des mitochondries et, d'autre part, des systèmes de protection moins efficaces.

Un autre système de protection de l'organisme est altéré au cours du vieillissement : les heat shock proteins (HSP), produites en réponse aux agressions, aux chocs thermiques, aux glucocorticoïdes ou aux traumatismes. [25]

### **II-3-3 La glycation non enzymatique des protéines**

Les protéines à demi-vie longue de la matrice extracellulaire subissent des modifications au contact du glucose, aboutissant à la formation des produits finaux appelés AGE products (advanced glycation end products).

La glycation modifie la propriété de ces protéines, les rendant plus résistantes à la protéolyse et empêchant leur renouvellement.

Les AGE induisent la formation de pontages moléculaires entre les fibres de collagène, le rendant plus rigide et moins soluble.

## **II-4/ LES ASPECTS FONCTIONNELS DU VIEILLISSEMENT**

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. Cette diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression.

La population âgée est très hétérogène : à âge égal, l'altération d'une fonction donnée varie fortement d'un individu âgé à l'autre.

A la réduction physiologique inhérente à l'âge s'ajoutent les pertes fonctionnelles résultant de la non utilisation et des séquelles des maladies aiguës antérieures ou d'affections chroniques.

### **II-4-1 Effets du vieillissement sur les métabolismes**

La composition corporelle se modifie avec l'âge : réduction de la masse maigre et majoration de la masse grasse. La tolérance à une charge de glucose est réduite chez les personnes âgées par un certain degré de résistance à l'insuline.

#### **II-4-2 Effets du vieillissement sur le système nerveux**

Le vieillissement du système nerveux central se traduit par une augmentation des temps de réaction et par une réduction modérée des performances mnésiques.

Le sommeil est réduit et déstructuré (sécrétion de mélatonine diminuée).

La réduction de la sensibilité des récepteurs détecteurs de la soif et les modifications du métabolisme de l'ADH explique en partie la diminution de la sensation de soif.

L'augmentation des temps de conduction des nerfs périphériques est à l'origine d'une diminution de la sensibilité proprioceptive favorisant l'instabilité posturale.

Le système nerveux autonome : hyperactivité sympathique et réduction des réponses sympathiques par diminution de sensibilité des récepteurs aux catécholamines.

#### **II-4-3 Effets du vieillissement sur les organes des sens**

Le vieillissement oculaire s'accompagne d'une réduction de l'accommodation (presbytie). Il se produit une opacification progressive du cristallin (cataracte).

Le vieillissement de l'appareil cochléo-vestibulaire s'accompagne d'une perte progressive de l'audition.

Les données concernant les modifications du goût et de l'olfaction au cours du vieillissement sont plus controversées.

#### **II-4-4 Effets du vieillissement sur le système cardio-vasculaire**

Le débit cardiaque au repos est stable et peu diminué à l'effort. Cependant, le vieillissement cardiaque s'accompagne de modifications anatomiques : augmentation de la masse cardiaque et de l'épaisseur pariétale du ventricule gauche à l'origine du moins bon remplissage ventriculaire par diminution de la relaxation ventriculaire.

Le vieillissement de la paroi artérielle se caractérise par des modifications structurelles de l'élastine, la rigidification du collagène et l'altération de la vasomotricité artérielle. La diminution de la compliance artérielle est à l'origine de l'augmentation de la pression artérielle systolique avec l'âge.

#### **II-4-5 Le vieillissement pulmonaire**

La diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et la réduction de volume des muscles respiratoires expliquent la réduction de la capacité ventilatoire au cours du vieillissement.

La capacité de diffusion de l'oxygène et la pression artérielle en oxygène du sang artériel diminuent progressivement avec l'âge.

#### **II-4-6 Le vieillissement digestif**

Le vieillissement s'accompagne des modifications de l'appareil bucco-dentaire, d'une diminution du flux salivaire et d'une hypochlorhydrie.

Le temps de transit intestinal est ralenti par diminution du péristaltisme.

La masse et le débit sanguin hépatiques sont diminués.

#### **II-4-7 Le vieillissement de l'appareil locomoteur**

La masse musculaire fond avec l'âge. La force musculaire diminue.

Le vieillissement osseux se caractérise par l'ostéopénie.

Le vieillissement du cartilage articulaire est à l'origine d'une fragilité par altération de ses propriétés mécaniques.

#### **II-4-8 Le vieillissement de l'appareil urinaire**

Il se produit une perte du nombre de néphrons fonctionnels induisant une réduction de la filtration glomérulaire et des capacités d'élimination du rein.

La fonction tubulaire diminue progressivement avec l'âge.

#### **II-4-9 Le vieillissement du système immunitaire**

La réponse immunitaire humorale est globalement préservée. En revanche, les réponses immunitaires à médiation cellulaire sont diminuées, notamment celles qui impliquent les lymphocytes T.

L'immunisation conférée par la vaccination n'est pas altérée chez les personnes âgées en bonne santé.

## **II-5/VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE.**

Certaines maladies dont la fréquence augmente avec l'âge ont longtemps été confondues avec l'expression du vieillissement, comme :

- la maladie d'Alzheimer ;
- l'insuffisance cardiaque ;
- l'athérosclérose ;
- l'incontinence urinaire.

En fait, ces troubles sont en rapport avec des processus pathologiques très fréquents chez les personnes âgées, mais non obligatoires.

L'augmentation de fréquence de certaines maladies peut s'expliquer de trois façons :

- la durée d'exposition à certains facteurs de risque de maladies augmente avec l'avancée en âge (effet cumulatif de temps) ;
- les modifications induites par le vieillissement peuvent dans certains cas favoriser la survenue de maladies ;
- les progrès de la prise en charge de certaines maladies (ex. : traitement des cardiopathies ischémiques) chez les adultes contribuent à allonger l'espérance de vie de ces patients et à augmenter la prévalence de certaines maladies.

## **II-6/PATICULARITES SEMIOLOGIQUES, PSYCHOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES DE LA PERSONNE AGEE.**

La prise en charge de la personne âgée relève d'une évaluation globale, médicale, psychologique et sociale. Plus que la recherche d'une pathologie d'organe, le diagnostic repose sur la notion d'une décompensation fonctionnelle comportant :

Une réduction des réserves fonctionnelles liée au vieillissement et aux maladies chroniques, aboutissant à un syndrome de fragilité.

Des facteurs aigus de décompensation qui projettent l'individu dans une situation d'insuffisance fonctionnelle.

Le syndrome de fragilité se caractérise par un risque permanent de décompensation fonctionnelle conduisant à une aggravation de l'état de santé et à la dépendance.

La prise en charge relationnelle est un prolongement indispensable de la technique médicale. Elle contribue à prévenir chez le malade les conduites de fuite que sont la régression, la recherche de maternage et le refuge dans la maladie, tous pourvoyeurs de dépendance. L'étape thérapeutique doit dépasser le concept de guérison pour conduire à une médecine adaptative.

Elle comporte outre le diagnostic et le traitement, la prévention à tout moment de la perte d'autonomie et en cas de dépendance installée la proposition des aides sociales nécessaires.

La spécificité de la pratique gériatrique réside dans le caractère global de la prise en charge de la personne en tenant compte de son environnement.

## **II-6-1 Particularités physiologiques et physiopathologiques**

### **II-6-1-1 La décompensation fonctionnelle**

L'état de crise du sujet âgé se présente habituellement comme une décompensation fonctionnelle : confusion ou "décompensation cérébrale aiguë", dépression ou "décompensation thymique", chute ou "décompensation posturale aiguë", "décompensation nutritionnelle", etc.

Face à la décompensation fonctionnelle, la démarche classique visant à regrouper un faisceau de symptômes sous le chapeau d'une maladie unique n'est plus adaptée.

La décompensation fonctionnelle est provoquée par la survenue de maladies chroniques et ou aiguës sur un terrain plus ou moins fragilisé par le vieillissement.

Les concepts de décompensation et de fragilité du sujet âgé peuvent être expliqués par un schéma (figure) prenant en considération 3 éléments qui se cumulent pour aboutir à la décompensation d'une fonction (1 + 2 + 3 de J.P. Bouchon) :

1- Les effets du vieillissement qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entraîner la décompensation.

2- Les affections chroniques surajoutées qui altèrent les fonctions.

3- Les facteurs de décompensation qui sont souvent multiples et associés chez un même patient : affections médicales aiguës, pathologie iatrogène et stress psychologique.

Pour exemple, le syndrome confusionnel, décompensation cérébrale aiguë, est favorisé par les effets du vieillissement sur le cerveau. Les affections neuropsychiatriques chroniques, notamment les démences, constituent le terrain de prédilection.

Les facteurs déclenchants sont nombreux : troubles cardiovasculaires, métaboliques ou infectieux, iatrogénie, stress environnemental.

Malgré la décompensation d'un organe, l'équilibre de l'individu est souvent sauvegardé grâce aux capacités de compensation d'autres organes. A titre d'exemple, l'insuffisance vestibulaire est fréquente chez le vieillard sans s'accompagner obligatoirement d'une perte des capacités d'équilibre. Le relais est assuré par les autres organes neurosensoriels (proprioception articulaire et musculaire, informations visuelles). Ce n'est qu'à l'occasion d'une déficience de ces compensations que survient la perte d'équilibre.

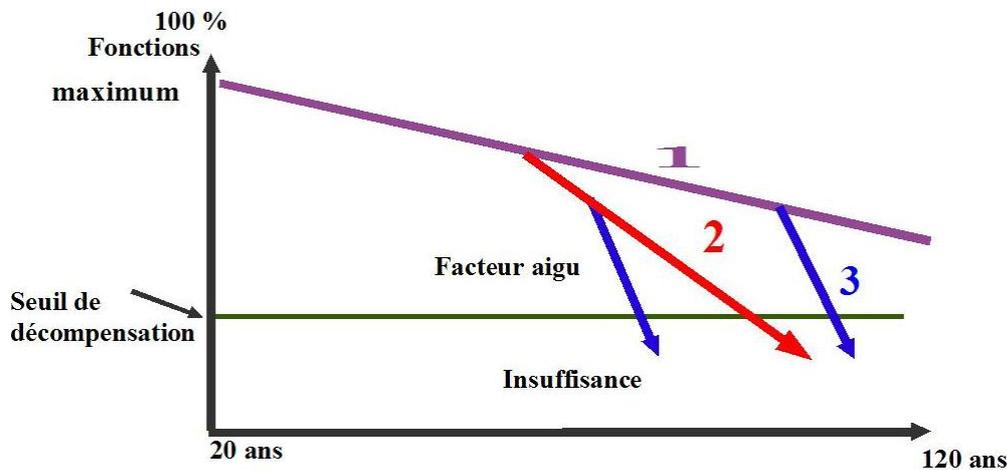
### **II-6-1-2 Le vieillissement de la fonction.**

Le vieillissement est un processus hétérogène variable d'un individu à l'autre et d'un organe à l'autre. Chez la plupart des personnes, le vieillissement se traduit par une diminution des capacités maximales liée à la réduction des réserves fonctionnelles, responsable d'un état de fragilité (frail elderly). D'autres personnes conservent, même dans le grand âge, des capacités fonctionnelles optimales (fit elderly).

Lorsqu'il existe, le déclin des capacités débute dès l'âge adulte et suit une involution progressive. La notion de réserve fonctionnelle est capitale en physiologie.

Elle désigne pour certains organes une capacité de réserve de fonctionnement mesurable dans des circonstances bien déterminées : réserve fonctionnelle rénale, coronaire, myocardique.

Dans le cas du cerveau, la notion de réserve fonctionnelle est plus discutable. La diminution des capacités, en l'absence de maladie surajoutée, ne provoque pas "d'insuffisance", l'âge n'étant jamais à lui seul responsable de la décompensation d'une fonction.



**Figure 1 : Le 1, 2 ,3 de J.P Bouchon**

Le déclin de chaque fonction est sans doute programmé génétiquement. Il est accéléré par des maladies (l'hypertension accélère le vieillissement cardio-vasculaire), et influencé par divers facteurs: endocriniens, nutritionnels, exercice physique. Une fonction non utilisée peut décliner rapidement.

Ainsi, la vieillesse n'est en aucun cas une maladie, mais représente un terrain propice pour le développement des maladies. La répercussion de ces maladies est plus importante chez le sujet âgé car leurs effets se surajoutent aux altérations dues au vieillissement.

Dans l'évaluation d'un sujet âgé, la frontière entre le "normal" et le "pathologique" est beaucoup plus difficile à situer que chez le sujet jeune. Ceci peut entraîner trois écueils dangereux :

### **La surmédicalisation**

Elle est consécutive au refus d'envisager le vieillissement et ses conséquences.

Si la norme de référence est l'adulte plus jeune, il y a un risque de considérer comme anormal et pathologique ce qui est simplement dû au

vieillesse (troubles bénins de mémoire) ou à ses conséquences (mal être, isolement).

Cette tendance a conduit dans les années 50 à médicaliser la vieillesse et à la faire considérer comme une "maladie incurable" plus que comme une étape de l'existence.

### **La sous-médicalisation**

Elle survient, à l'inverse, lorsque le fatalisme amène à banaliser les symptômes observés en les mettant sur le compte de la seule vieillesse ou d'un problème social alors qu'ils sont dus à une affection curable. Cette attitude est génératrice d'une perte de temps préjudiciable pour le patient. La plupart des patients hospitalisés pour problème social ou "placement" ont en fait d'authentiques problèmes médicaux mal pris en charge qui rendent impossible le maintien à domicile.

### **Les mauvaises pratiques**

Elles peuvent contribuer à aggraver ces deux phénomènes en ignorant dans le raisonnement médical ou dans la prescription médicamenteuse la spécificité de la personne âgée.

#### **II-6-1-3 Les maladies chroniques**

Leur fréquence augmente avec l'âge. La polyopathie est une des caractéristiques du sujet âgé qui présente en moyenne quatre à six maladies. Ces maladies chroniques (insuffisance cardiaque, polyarthrose) sont source d'incapacités et de dépendance.

#### **II-6-1-4 Les affections aiguës**

Elles peuvent entraîner la décompensation d'une ou de plusieurs fonctions. L'un des risques est celui de la survenue du phénomène dit "de la cascade" dans lequel une affection aiguë entraîne des décompensations organiques en série.

C'est, par exemple, le cas d'une infection broncho-pulmonaire favorisant une décompensation cardiaque, qui elle-même entraîne une insuffisance rénale, elle-même favorisant un syndrome confusionnel.

Certaines fonctions décompensent avec prédilection et sont particulièrement impliquées dans la cascade: la fonction cérébrale corticale (confusion, dépression) et sous-corticale (régression psychomotrice), la fonction cardiaque, la fonction rénale et la fonction d'alimentation (déshydratation, dénutrition).

Le phénomène de la cascade, très particulier à la gériatrie, est d'autant plus dangereux qu'il constitue un véritable cercle vicieux où les éléments pathologiques retentissent les uns sur les autres et s'aggravent réciproquement : la dénutrition protéino-énergétique augmente, par son effet immunosuppresseur, le risque d'infection broncho-pulmonaire qui aggrave encore la dénutrition par l'anorexie qu'elle entraîne.

Parallèlement, la dénutrition réduit la force des muscles respiratoires, l'efficacité de la toux, l'un et l'autre de ces éléments augmentant le risque infectieux ainsi que celui de décompensation respiratoire.

Le pronostic de la cascade est grave. Certaines situations à risque peuvent être identifiées : grand âge, polypathologie, polymédication, dépendance psychique et physique. De même, l'intensité du stress initial (hospitalisation en milieu chirurgical notamment) et la non-qualité de l'environnement (insuffisance de formation des soignants, iatrogénie) sont des facteurs prépondérants.

#### **II-6-1-5 Le vieillard fragile ("frail elderly")**

La perte des réserves adaptatives due au vieillissement et aux maladies chroniques peut être telle qu'elle soit responsable chez certains vieillards d'un état de fragilité permanent qui se caractérise par une instabilité physiologique. Ces patients, qui sont dans l'incapacité de s'adapter à un stress même minime, sont particulièrement exposés au risque de pathologies en cascade.

Parmi les marqueurs cliniques les plus pertinents d'un état de fragilité, on retrouve la chute, l'incontinence et le syndrome confusionnel. Quatre paramètres de l'évaluation gériatrique permettent de dépister l'état de fragilité, à savoir:

- 1- la fonction musculaire,
- 2- la capacité aérobie,
- 3- l'état nutritionnel,
- 4- les fonctions cognitives et les aptitudes psychomotrices, notamment posturales, de l'individu.

L'augmentation du nombre de sujets âgés fragiles dans les prochaines décennies représente l'un des enjeux essentiels de la prise en charge gériatrique.

### **II-6-2 Particularités cliniques**

Chez le malade âgé, les symptômes caractéristiques chez le sujet jeune sont souvent atypiques voire absents :

La douleur est absente dans 30% des cas d'infarctus du myocarde,

La fièvre est inconstante dans les infections,

Une défense remplace souvent la contracture abdominale dans les péritonites,

La confusion est souvent la seule manifestation clinique d'une rétention urinaire ou d'un fécalome,

Les ronchus peuvent être le seul signe auscultatoire d'un foyer pulmonaire.

La polyopathie complique l'interprétation des symptômes :

Survenue d'une douleur aiguë chez un patient douloureux chronique,

Confusion mentale ou majoration des troubles cognitifs chez un patient dément,

Douleurs abdominales chez un sujet âgé souffrant de constipation chronique.

Les signes biologiques peuvent être différents :

Absence d'hyperleucocytose en cas d'infection patente chez des sujets dont les défenses immunitaires sont réduites.

La créatininémie normale chez des sujets très âgés et de faible poids en dépit d'une insuffisance rénale significative.

Les signes cliniques sont le plus souvent des signes généraux aspécifiques : asthénie, anorexie, malaise général ; communs à bon nombre de maladies, alors que les signes fonctionnels à valeur d'orientation sont mal exprimés ou banalisés, car attribués au vieillissement ou à une affection chronique commune.

L'examen du malade âgé est rendu difficile du fait des déficiences habituelles : hypoacousie, diminution de l'acuité visuelle, troubles mnésiques, détérioration des fonctions cognitives, enraidissements articulaires. Le médecin doit tenir compte de ces difficultés et adapter sa technique d'examen aux possibilités du malade. Certaines précautions améliorent la communication médecin malade (tableau). Souvent l'interrogatoire soigneux de l'entourage est nécessaire pour reconstituer une histoire médicale complexe chez un malade âgé ayant des difficultés de communication.

**Tableau : Quelques conseils pratiques facilitant l'examen du malade âgé.**

Ces conseils ont pour but de réduire les problèmes de communication, sans outrance afin de ne pas blesser le malade qui a conscience de son déficit.

<p><b>Déficit auditif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Parler lentement et distinctement, dans une pièce silencieuse et sans résonance.</li><li>• Quand le malade est déjà appareillé pour une hypoacousie, s'assurer que le dispositif fonctionne (pile, mise en fonction, réglage).</li><li>• Une seule personne doit parler à la fois.</li><li>• Se placer face au malade qui a pu apprendre à compenser son déficit en lisant -au moins partiellement- sur les lèvres de son interlocuteur.</li><li>• Choisir la "bonne oreille"! (la presbyacousie du sujet âgé est souvent bilatérale, mais asymétrique).</li><li>• Ne pas grimacer pour articuler : dans ce cas, le malade qui a appris à lire sur les lèvres ne reconnaît plus l'expression que les mots donnent au visage.</li><li>• Elever le timbre de la voix plus que son intensité. Certaines hypoacousies sont caractérisées par un effet de seuil qui, une fois franchi, donne au malade la même impression de cri que celle que nous percevons. C'est désagréable pour tout le monde et le malade se vexe !</li><li>• Un stéthoscope peut rendre de grands services en le mettant sur les oreilles du malade et en parlant dans le pavillon.</li></ul> <p><b>Déficit visuel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rechercher les lunettes si elles existent</li><li>• Tenir la main du sujet âgé qu'on interroge.</li><li>• Pendant l'entretien, se placer sous un bon</li></ul>	<p><b>Troubles mnésiques et troubles cognitifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ils ne justifient pas l'abandon de l'interrogatoire, car certains éléments du récit peuvent être bien conservés.</li><li>• Calmer l'angoisse du malade et l'aider dans ses recherches</li><li>• Si le malade s'impatiente ou s'irrite, ou si les renseignements obtenus ne sont pas fiables, il est préférable de renoncer provisoirement à l'interrogatoire, et de questionner l'entourage. Ces notions serviront ensuite à aider le malade dans son propre récit.</li></ul> <p><b>Troubles du langage :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ne pas parler fort ou en langage</li><li>• Employer un langage simple, et répéter la question sous différentes formes grammaticales</li><li>• Ne pas insister pour ne pas décourager le malade</li><li>• Poser un maximum de questions dont la réponse peut être donnée par oui ou par non</li><li>• Faire lire les questions et faire écrire les réponses quand la lecture et l'écriture sont (relativement) conservées</li><li>• La possibilité de montrer du doigt est théoriquement conservée.</li></ul> <p><b>Déshabillage et habillage :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ils peuvent être gênés par les déficits physiques (enraidissements articulaires en particulier)</li><li>• Déshabillage et habillage font néanmoins partie de l'examen clinique</li><li>• La pudeur existe à tout âge</li></ul>
--	--

éclairage pour que le malade puisse distinguer le visage du médecin. • Eviter de se placer à contre-jour car les sujets porteurs d'une cataracte sont invariablement éblouis.	• Ne pas "faire à la place" trop tôt : observer d'abord • Aider dans un second temps : c'est un acte relationnel qui facilite la suite de l'entretien.
--	---

### II-6-3 Particularités psychologiques

La mort, l'angoisse et la dépression constituent la toile de fond du psychisme de la personne âgée malade. Le vieillard sait qu'il va mourir bientôt. La mort n'est plus pour lui un destin général et abstrait, mais un évènement propre et personnel source d'angoisse parfois majeure. Cette peur est exacerbée par la survenue de la maladie car le vieillard sait très bien qu'il suffit d'un grain de sable pour compromettre son équilibre précaire et tout évènement déstabilisant est perçu ainsi. Par ailleurs, la maladie est souvent l'occasion d'une prise de conscience du vieillissement plus ou moins dénié jusque là. Le vieillard peut alors brusquement démissionner même pour une maladie en apparence bénigne, adoptant volontiers des conduites de fuite où dominent les caractéristiques suivantes:

- La régression avec ralentissement psychique, confusion, troubles de la marche, incontinence
- La recherche de maternage et de totale dépendance
- L'installation et le refuge dans la maladie, notamment chez les plus isolés affectivement dont le statut de malade constitue la preuve de leur existence et invite à ce que l'on s'occupe d'eux.

La dimension relationnelle est donc indispensable lors de la prise en charge du vieillard. Il est essentiel de renvoyer au sujet âgé une image positive de sa condition d'individu à part entière et de son état de santé, afin d'améliorer la perception de sa propre image.

La qualité de la relation dépend beaucoup de l'image que le soignant a lui-même du vieillissement. Si le vieillissement n'est envisagé que par rapport à la norme adulte, il ne peut apparaître qu'en négatif, ce qui expose à des comportements extrêmes de rejet ou à l'inverse de maternage excessif. Si

cette vision prévaut, le risque d'échec de la prise en charge est majeur quelle que soit la valeur de la technique mise en place parallèlement.

#### **II-6-4 Spécificité de la prise en charge gériatrique**

La prise en charge gériatrique est globale prenant en compte non seulement le diagnostic et le traitement des pathologies aiguës et chroniques mais aussi la prévention des complications, la conservation de l'autonomie et le devenir social du patient.

##### **II-6-4-1 Démarche diagnostique et thérapeutique**

Devant la multiplicité des diagnostics qui peuvent être posés chez un même patient, une hiérarchisation est nécessaire. Les diagnostics «rentables» débouchant sur une amélioration réelle de l'état de santé et de la qualité de vie du patient doivent être privilégiés. L'intervention sur une arthrose de la hanche, sur une cataracte ou la pose d'un pace-maker permettent de limiter le risque de chute. L'appareillage d'une hypoacousie permet de lutter contre l'isolement social. Certaines investigations sont à l'inverse discutables : dépistage systématique d'une hypercholestérolémie après 80 ans, TDM ou IRM à la recherche de métastases chez un patient cachectique ayant une néoplasie incurable.

Dans le cadre de cette démarche diagnostique et thérapeutique, le consentement du patient au projet de soins est absolument indispensable.

##### **II-6-4-2 Démarche préventive**

Une évaluation de l'état de santé de base est indispensable afin d'identifier les patients à risque élevé de décompensation (frail elderly) : patient ayant chuté, antécédent de décompensation cardiaque, fonction rénale limite, polymédication.

Lors de toute situation aigue, il faut s'assurer dès les premiers jours d'une bonne hydratation et d'apports nutritionnels suffisants, mobiliser le patient, réduire la prescription des médicaments indispensables, prévenir la survenue d'escarres.

La prévention de la perte d'autonomie est fondamentale, ceci dès le premier jour d'une affection aiguë. Le développement et l'utilisation maximale des capacités restantes doivent être assurés par l'ensemble de l'équipe soignante.

Un soutien psychologique du patient doit systématiquement être associé (prévention de la régression, aide au travail de deuil de la fonction perdue, développement d'activités de compensation).

#### **II-6-4-3 Prise en charge sociale**

Le mode de vie du patient et son environnement doivent être déterminés afin d'évaluer ses besoins et de mettre en œuvre les aides nécessaires.

La prise en charge gériatrique repose sur l'intervention coordonnée de toute une équipe associant médecins, infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistants sociaux, diététiciens, psychologues.

# *CHAPITRE III*

## *METHODOLOGIE*

### **III/METHOLOGIE DE L'ETUDE**



### **CHU DU POINT-G**

#### **III-1-Méthode**

##### **III-1-1-Cadre d'étude :**

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G est un centre de troisième niveau de référence. Il est situé à 8 km du centre ville, sur la colline du Point G. Présentement le CHU regroupe 18 services dont deux services de chirurgie générale.

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G. les activités chirurgicales sont dominées par la chirurgie digestive, thoracique et endoscopique.

Le service comprend deux pavillons (Pavillon TIDIANI FAGANDA TRAORE et Pavillon de chirurgie II). Les deux entités comprennent 45 lits d'hospitalisation dont 23 lits de troisième catégorie, 16 lits de deuxième catégorie et 6 lits de première catégorie.

Le service comprend un professeur titulaire qui est le chef de service ; deux professeurs agrégés, six maîtres assistants, un chirurgien praticien Hospitalier, deux infirmiers major, huit infirmiers, une aide soignante, une secrétaire et 6 garçons de salle.

### **III-1-2-Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective.

### **III-1-3-Période d'étude :**

Cette étude a été réalisée sur une période de 5 ans, allant du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2008.

### **III-1-4-Critères d'inclusion :**

Etaient inclus dans cette étude tous les patients âgés de 60 ans ou plus, opérés dans le service et ayant un dossier médical complet, quels que soit le sexe et la pathologie entre le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 31 décembre 2008.

### **III-1-5-Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- Tous les patients opérés dans le service dont l'âge n'a pas pu être déterminé.
- Tous les patients opérés dans le service dont l'âge est inférieur à 60 ans.

- Tous les patients âgés de 60 ans ou plus, opérés dans le service n'ayant pas un dossier médical complet.
- Tous les patients âgés de 60 ans ou plus, opérés dans un autre service, puis référés dans le service.

## **III-2 Matériel :**

### **III-2-1-Recueil des données :**

Le recueil des données a été effectué par nous-mêmes.

Nous avons consulté :

- Les dossiers médicaux des patients.
- Le registre de compte rendu opératoire.
- Les fiches d'anesthésie.
- Une fiche d'enquête pour chaque patient.

### **III-2-2-Analyse et saisie des données :**

Le traitement de texte a été réalisé sur le logiciel Microsoft Word 2003.

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Excel, et analysées sur le logiciel SPSS (version 12.0).

# *CHAPITRE IV*

## *RESULTATS*

## IV/RESULTATS

### IV-1-LES ACTIVITES DU SERVICE :

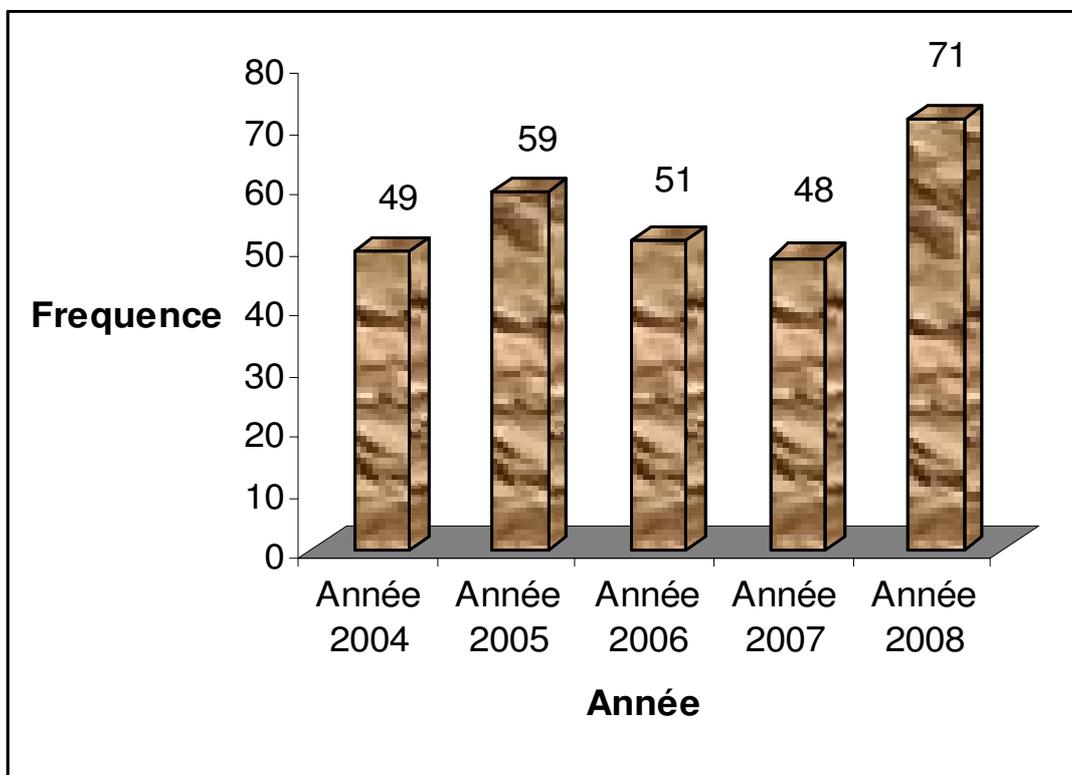
**Tableau I :** Fréquence globale des personnes âgées opérées dans le service.

<b>Année</b>	<b>Nombre des patients opérés</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Nombre des personnes âgées opérées</b>	<b>Pourcentage</b>
2004	384	19,53	49	17,6
2005	409	20,80	59	21,2
2006	342	17,40	51	18,3
2007	408	20,75	48	17,3
2008	423	21,52	71	25,5
<b>Total</b>	<b>1966</b>	100	<b>278</b>	100

Les interventions chirurgicales des personnes âgées ont représentées 7,07% des activités chirurgicales dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G, soit 278 patients.

\*26 dossiers des personnes âgées opérées n'ont pas été inclus dans l'étude, car incomplets.

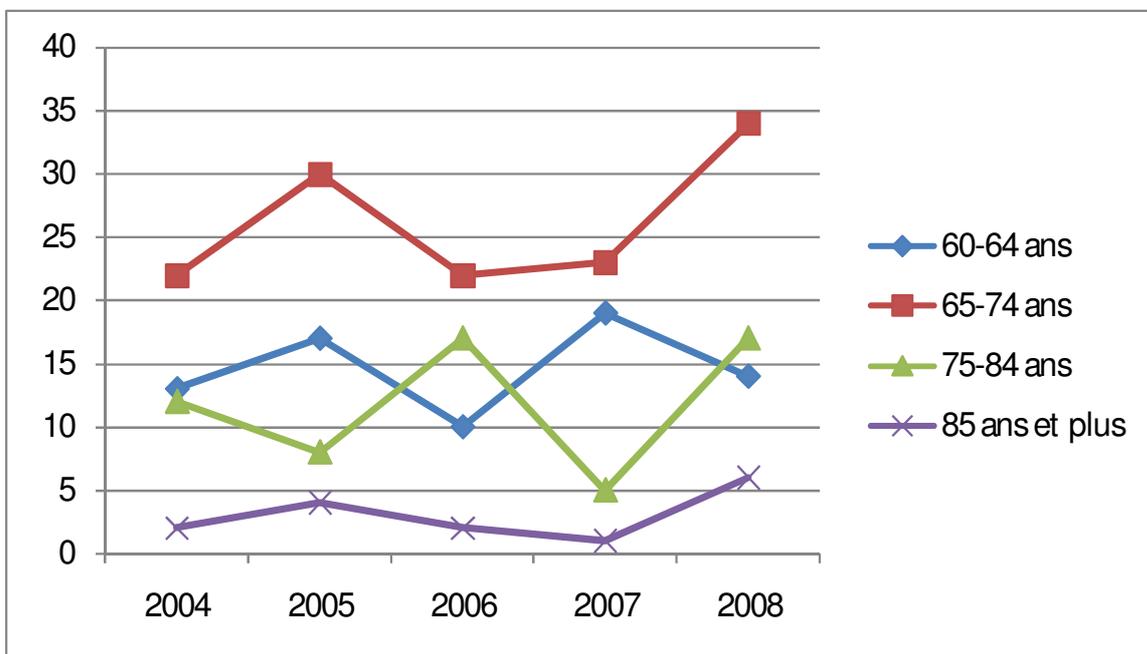
**Figure 2 :** Répartition des interventions chirurgicales des personnes âgées selon les années.



25% des patients ont été opérés en 2008 soit 71 patients, contre 17% des patients opérés en 2004 soit 49 patients.

**Test de Khi-deux = 6,676    ddl = 4**

**Figure 3 :** Répartition des interventions chirurgicales des personnes âgées selon les tranches d'âge en fonction des années.



Les interventions chirurgicales des personnes âgées de la tranche âge 60-64 ans étaient plus fréquentes en année 2007.

Les interventions chirurgicales des personnes âgées des tranches d'âge 65-74 ans et 80 ans et plus étaient plus fréquentes en année 2008.

## IV-2-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

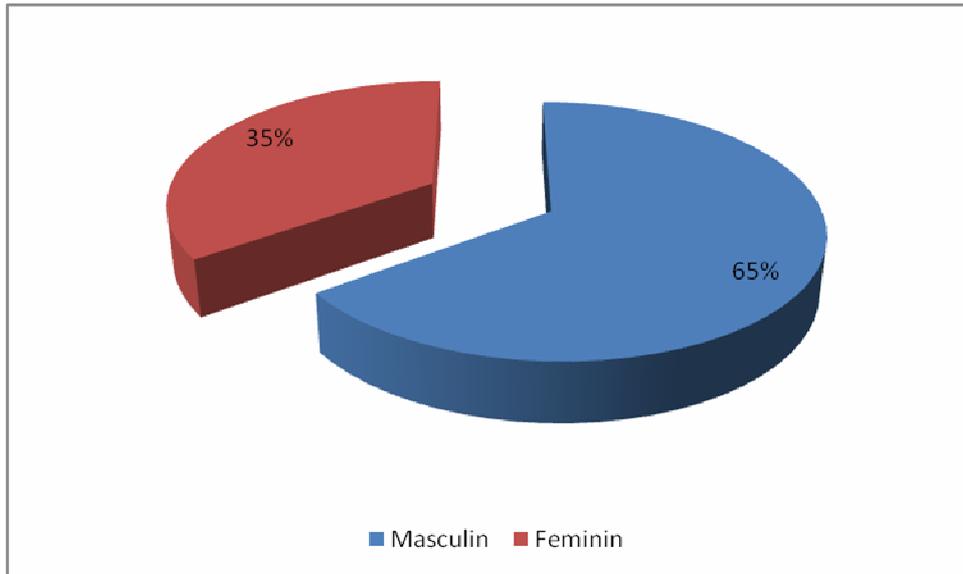
**Tableau II:** Répartition des patients en fonction de l'âge.

<b>Age</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
60-64 ans	72	25,90
<b>65-74 ans</b>	<b>131</b>	<b>47,12</b>
75-84 ans	59	21,22
85 ans et plus	16	5,75
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

Dans l'étude, 47,12% des patients opérés étaient dans la tranche d'âge de 65 -74 ans.

\*Le plus âgé des patients opérés, était âgé de 99 ans.

**Figure 3 :** Répartition des patients en fonction du sexe.



Dans l'étude, 65% des patients opérés étaient de sexe masculin soit 182 patients ; avec un sexe ratio de 1,9.

**Tableau III :** Répartition des patients selon le mode de recrutement.

<b>Mode de recrutement</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
urgence	30	10,8
<b>Consultation</b>	<b>248</b>	<b>89,2</b>
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

Nous avons recruté 89,2% des patients en consultation, soit 248 patients.

**Tableau IV :** Répartition des patients selon la durée d'évolution de la pathologie avant la consultation en chirurgie « A ».

<b>Durée d'évolution de la symptomatologie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
--	------------------	--------------------

Inferieure à une semaine	14	5,03
1 à 2 semaines	30	10,79
3 à 4 semaines	28	10,07
2 à 6 mois	73	26,25
7 mois à 1 an	48	17,26
<b>Plus d'une année</b>	<b>85</b>	<b>30,6</b>
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

Dans l'étude, 30,6% des patients ont été consulté dans le service après une année d'évolution de la symptomatologie soit 85 patients.

**Tableau V :** Durée d'hospitalisation avant l'intervention chirurgicale.

<b>Durée d'hospitalisation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
1 jour	68	24,46
<b>2 à 7 jours</b>	<b>110</b>	<b>39,59</b>
2 à 4 semaines	70	25,18
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

Dans l'étude, 39,59% des patients ont été hospitalisés entre 2 et 7 jours avant l'intervention chirurgicale soit 110 patients.

**Tableau VI :** Durée d'hospitalisation post-opératoire.

<b>Durée d'hospitalisation post-opératoire</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
1 jour	8	2,9
2 à 7 jours	103	37,05
<b>2 à 4 semaines</b>	<b>165</b>	<b>59,34</b>
2 à 3 mois	2	0,71
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

Dans l'étude, 59,34% des patients avaient une durée d'hospitalisation post-opératoire comprise entre 2 et 4 semaines, soit 165 patients.

**Tableau VII :** Répartition des patients selon la durée totale de séjour hospitalier.

<b>Durée d'hospitalisation totale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
2 à 7 jours	41	14,81
<b>2 à 4 semaines</b>	<b>234</b>	<b>84,26</b>
2 à 4 mois	3	0,93
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

Dans l'étude, 84,26% des patients ont été hospitalisés dans le service pendant une durée de 2 à 4 semaines, soit 234 patients.

## IV-3-RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

### IV-3-a-Interrogatoire.

**Tableau VIII:** Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motifs de consultation	fréquence	Pourcentage
<b>Signes digestifs</b>	<b>186</b>	<b>66,91</b>
Signes urinaires et génitaux	83	29,86
Signes pulmonaires	2	0,71
Autres signes*	7	2,58
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

Les signes digestifs étaient le motif de consultation le plus fréquent avec 66,19%.

\*Autres signes voir Tableau XI.

**Tableau IX:** Motif de consultation selon les signes digestifs.

Signes digestifs	Fréquence	Pourcentage
------------------	-----------	-------------

AMG	2	1,08
Douleur abdominale	71	38,17
Dysphagie	2	1,08
Epigastralgie	19	10,22
Ictère	2	1,08
Masse abdominale	6	3,23
<b>Tumefaction inguinale et/ ou inguino-scrotale</b>	<b>77</b>	<b>41,40</b>
Vomissement	7	3,76
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100</b>

Les tuméfactions inguinales et/ ou inguino-scrotales étaient le motif de consultation le plus fréquent des signes digestifs.

**Tableau X :** Motif de consultation selon les signes urinaires et génitaux.

<b>Signes urinaires et génitaux</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Dysurie	21	25,30
Hématurie	2	2,41
<b>Pollakiurie</b>	<b>25</b>	<b>30,12</b>
Rétention aigue urinaire	23	27,71
Prolapsus génital	7	8,43
Métrorragie	5	6,02
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

La pollakiurie était le motif de consultation le plus fréquent des signes urinaires et génitaux.

**La dyspnée était le seul motif de consultation des signes pulmonaires.**

**Tableau XI:** Motifs de consultation selon les autres signes.

<b>Autres signes</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Altération de l'état général	1	14,29
Cicatrice rétractile	1	14,29
Gangrène du pied	1	14,29
<b>Confection d'une FAV</b>	<b>3</b>	<b>42,56</b>
Polyarthralgie	1	14,29
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

La confection d'une fistule artério-veineuse était le motif de consultation le plus fréquent des autres signes.

**\*Cicatrice rétractile**= Cicatrice rétractile du bras gauche entraînant une impotence fonctionnelle du membre.

\*Confection d'une FAV pour insuffisance rénale chronique.

### IV-3-b-Antécédents

**Tableau XII:** Antécédents médicaux.

<b>Pathologies</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Asthme	3	1,08
Broncho- pneumopathie	6	2,16
Diabète	9	3,24
Epigastralgie	7	2,52
Hémorroïdes	1	0,36

<b>HTA</b>	<b>85</b>	<b>30,58</b>
Troubles oculaires	3	1,08
Tuberculose	2	0,72
UGD	12	4,32
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>46,04</b>

Dans l'étude, 30,58% des patients avaient un antécédent d'hypertension artérielle, soit 85 patients.

\*Malgré le grand âge plus de 50% des patients n'avaient pas d'antécédents médicaux particuliers.

**Tableau XIII:** Répartition des patients selon l'indice de KARNOFSKY.

<b>Indice de KARNOFSKY</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>90% à 80%</b>	<b>159</b>	<b>57,19</b>
70% à 50%	116	41,73
Moins de 50%	3	1,08
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

Dans l'étude, 57,19% des patients avaient un indice de KARNOFSKY compris entre 90% et 80% soit 159 patients.

3(1,08%) patients avaient besoin constamment d'une assistance pour accomplir les actes quotidiens de la vie.

**Tableau XIV:** Répartition des patients selon l'indice de masse corporelle.

<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Moins de 18</b>	<b>60</b>	<b>21,58</b>
18 à 25	214	76,98
Plus de 25	4	1,44
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

Dans l'étude, 21,58% des patients avaient un indice de masse corporelle inférieur à 18, soit 60 patients.

**Tableau XV:** Répartition des patients selon le diagnostic per-opératoire en fonction des pathologies.

<b>Pathologies</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Cancers</b>	<b>77</b>	<b>27,69</b>
Pathologies infectieuses	6	2,16
Pathologies lithiasiques*	14	5,03
Pathologies thoraciques non	6	2,16

infectieuses		
Pathologies proctologiques	3	1,07
<b>Tumeurs bénignes</b>	<b>77</b>	<b>27,69</b>
Autres pathologies*	95	34,2
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

Les tumeurs bénignes et les cancers représentaient chacun 27,69% des pathologies retrouvées en per-opératoire.

**\*Pathologies lithiasiques**= lithiase des voies biliaires, lithiase vésicale.

**\*Autres pathologies** = Hernies (inguinales, crurales, ombilicales, ligne blanche), prolapsus utérin, cystocèle, FAV, élytrocèle, éventration, gangrène du pied, hydrocèle, kyste de l'ovaire, pied de Madura.

**Tableau XVI:** Diagnostic per-opératoire selon les pathologies infectieuses.

<b>Pathologies</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Abcès appendiculaire</b>	<b>2</b>	<b>33,33</b>
Appendicite catarrhale	1	16,67
Cholécystite aigue alithiasique	1	16,67
<b>Péritonite aigue</b>	<b>2</b>	<b>33,33</b>

<b>Total</b>	6	100
--------------	---	-----

L'abcès appendiculaire et la péritonite représentaient chacun 33,33% des pathologies infectieuses.

**Tableau XVII:** Diagnostic per-opératoire en fonction des tumeurs bénignes.

<b>Pathologies</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Adénome de la prostate</b>	<b>73</b>	<b>94,80</b>
Goitre	3	3,90
Fibrome utérin	1	1,30
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

L'adénome de la prostate représentait 94,80% des tumeurs bénignes, soit 73 patients.

**Tableau XVIII:** Diagnostic per-opératoire en fonction des pathologies lithiasiques.

<b>Pathologies</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Cholécystite aigue lithiasique	4	28,57
Lithiase du cholédoque	4	28,57

Lithiase vésiculaire	4	28,57
Lithiase vésicale	2	14,29
<b>Total</b>	14	100

La cholécystite lithiasique, la lithiase du cholédoque et la lithiase vésiculaire étaient les pathologies lithiasiques les plus fréquentes.

**Tableau XIX:** Diagnostic per-opératoire en fonction des pathologies thoraciques.

<b>Pathologies</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Pleurésie</b>	<b>4</b>	<b>66,67</b>
Pneumothorax	2	33,33
<b>Total</b>	6	100

La pleurésie représentait 66,67% des pathologies thoraciques, soit 4 patients.

**Tableau XX:** Diagnostic per-opératoire en fonction des pathologies proctologiques.

<b>Pathologies</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Fistule anale	1	33,33
<b>Prolapsus rectal</b>	<b>2</b>	<b>66,67</b>
<b>Total</b>	3	100

Le prolapsus rectal représentait 66,67% des pathologies proctologiques, soit 2 patients.

## TUMEURS MALIGNES

**Tableau XXI:** Diagnostic per-opératoire en fonction des cancers digestifs.

<b>Pathologies</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Cancer de l'œsophage	1	2,27
Cancer du cardia	3	6,82
<b>Cancer de l'antre de l'estomac</b>	<b>33</b>	<b>75</b>

Cancer du caecum	5	11,37
Cancer du sigmoïde	1	2,27
Cancer du rectum	1	2,27
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Le cancer de l'estomac à localisation antrale représentait 75% des cancers digestifs, soit 33 patients.

**Tableau XXII:** Diagnostic per-opératoire en fonction des cancers uro-génitaux.

<b>Pathologies</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Cancer du col utérin	2	14,29
Cancer du testicule	1	7,14
<b>Cancer du sein</b>	<b>10</b>	<b>71,42</b>
Cancer de la prostate	1	7,14
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Les cancers du sein étaient les plus fréquents des cancers uro-génitaux, soit 71,42%.

**Tableau XXIII:** Diagnostic per-opératoire en fonction des autres cancers

<b>Pathologies</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Cancer du foie	1	5,26
<b>Cancer du pancréas</b>	<b>17</b>	<b>89,47</b>
Cancer vésiculaire	1	5,26

<b>Total</b>	19	100
--------------	----	-----

---

Le cancer du pancréas a représenté 89,47% des cancers des autres organes, soit 15 patients.

#### **IV-4-LES PATHOLOGIES ASSOCIEES**

**Tableau XXIV:** Répartition des patients selon les pathologies retrouvées à l'examen clinique.

---

<b>Pathologies</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
--------------------	------------------	--------------------

---

Monopathologie	56	20,14
<b>Polypathologie</b>	<b>222</b>	<b>79,86</b>
<b>Total</b>	278	100

Dans l'étude, 79,86% des patients avaient une polypathologie, soit 222 patients.

**Tableau XXV:** Nombre de pathologies associées.

<b>Nombre de pathologies associées</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
1	32	14,41
2	70	31,53
<b>Plus de 2</b>	<b>120</b>	<b>54,05</b>
<b>Total</b>	222	100

Dans l'étude, 54,05% des patients opérés avaient plus de deux(2) pathologies associées.

**Tableau XXVI:** Type de pathologies associées.

<b>Pathologies associées</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Anémie	11	3,96

Autres*	78	28,06
Broncho- pneumopathie	10	3,60
Diabète	9	3,24
Déshydratation	17	6,11
<b>HTA</b>	<b>89</b>	<b>32,01</b>
Tuberculose	8	2,88
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>79,86</b>

Une hypertension artérielle était retrouvée chez 32,01% des patients, soit 89 patients.

\*Pour 20,14% des cas (56 patients) il n'existe pas de pathologies associées.

\***Autres**= adénome de la prostate, l'asthme, calcul vésical, hémorroïde, hydrocèle et trouble de la vision.

## IV-5-COMPLICATIONS

**Tableau XXVII:** Répartition des patients selon les suites opératoires.

Suites opératoires	Fréquence	Pourcentage
--------------------	-----------	-------------

<b>Décès</b>	<b>19</b>	<b>6,83</b>
Eviscération	1	0,4
Incontinence urinaire	1	0,4
Simple	255	91,73
Suppuration pariétale	2	0,7
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

6,83% de décès ont été enregistrés soit 19 patients.

**Tableau XXVIII:** Répartition des patients en fonction des pathologies et les suites opératoires.

<b>Pathologies</b>	<b>Suites opératoires</b>				
	<b>Décès</b>	<b>Eviscération</b>	<b>Incontinence urinaire</b>	<b>Simple</b>	<b>Suppuration</b>

<b>pariétale</b>					
Pathologies infectieuses	2	1	-	3	-
Tumeurs bénignes	1	-	1	<b>75 (27%)</b>	-
Pathologies lithiasiques	-	-	-	14	-
Pathologies thoraciques	1	-	-	5	-
Pathologies proctologiques	-	-	-	3	-
Cancers digestif	<b>12 (4,32%)</b>	-	-	30	2
Cancers uro-génitaux	1	-	-	3	-

Les cancers digestifs étaient à l'origine de 4,32% des décès.

27% des patients opérés pour tumeurs bénignes avaient des suites opératoires simples.

\*l'occlusion intestinale et la gangrène du pied étaient à l'origine chacune d'un décès.

**Tableau XXIX:** Croisement de l'âge et les Suites opératoires.

Age (Année)	Suites opératoires					Total
	Décès	Éviscéra- tions	Inconti- nence urinaire	Simple	Suppura- tions	
					pariétales	
[60-74]	13	1	1	186	2	203
[75-84]	6	-	-	53	-	59
[85 et plus]	-	-	-	16	-	16
<b>Total</b>	19	1	1	255	2	278

**Dans la tranche d'âge 60-74 ans :** les suites opératoires étaient simples chez 186 patients ; 13 décès ont été enregistrés, soit 4,67% de décès dans cette tranche d'âge.

**Dans la tranche d'âge 75 - 84 ans :** les suites opératoires étaient simples chez 53 patients ; 6 décès ont été enregistrés soit 2,15% de décès dans cette tranche d'âge.

**Chez les patients âgés de 85 ans et plus:** les suites opératoires étaient simples chez 16 patients, aucun décès n'a été enregistré.

**Tableau XXX:** Répartition des patients selon la polypathologie et les suites opératoires.

Nombre de pathologies associées	Suites opératoires				
	Décès	Eviscération	Incontinence urinaire	Simple	Suppurat Ion pariétale
1	4	-	1	27	-
<b>2</b>	<b>7</b>	1	-	62	2
Plus de 2	2	-	-	118	-

7(2,52%) patients décédés avaient deux(2) pathologies associées.

\*6(2,16%) patients décédés n'avaient pas de pathologies associées. Les pathologies à l'origine de ces décès étaient : la péritonite, la gangrène du pied, cancer de l'antre de l'estomac et le cancer du col de l'utérus.

#### IV-6- PRISE EN CHARGE

**Tableau XXXI:** Répartition des patients selon la réanimation pré-opératoire.

<b>Réanimation pré-opératoire</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>65</b>	<b>23,38</b>
Non	213	76,62
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

La réanimation pré-opératoire à été réalisée chez 65(23,38%) patients.

**Tableau XXXII:** Transfusion per-opératoire.

<b>Transfusion per-opératoire</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	241	86,7
<b>Oui</b>	<b>37</b>	<b>13,3</b>
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

Dans l'étude, 13,3% des patients ont été transfusés en per opératoire soit 37 patients.

**Tableau XXXIII:** Unités de sang total iso-groupe, iso-rhésus transfusées en per-opératoire.

<b>Nombre d'unités de sang total transfusés</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Aucune	241	86,69
<b>1</b>	<b>31</b>	<b>11,15</b>
2	6	2,2
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

Une unité (500ml) de sang total iso-groupe et iso-rhésus a été transfusée à 11,15% des patients, soit 31 patients.

**Tableau XXXIV:** Séjour des patients dans le service de réanimation en post-opératoire.

<b>Réanimation post-opératoire</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>45</b>	<b>16,19</b>
Non	233	83,81
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

En post-opératoire, 16,19% des patients ont séjourné en unité de soins intensifs (réanimation), soit 45 patients.

**Tableau XXXV:** Délai de séjour en unité de soins intensifs en post-opératoire (réanimation).

<b>Réanimation post-opératoire</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Moins de 3 jours</b>	<b>31</b>	<b>11,15</b>
3 à 7 jours	14	5,04
Aucun	223	83,81
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100</b>

Dans l'étude, 11,15% des patients ont séjourné en unité de soins intensifs (réanimation) pendant moins de 3 jours, soit 31 patients.

**Tableau XXXVI:** Répartition des patients selon la durée de vie post-opératoire après leurs sorti du service.

<b>Durée de vie post-opératoire</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Inferieure à 1 an	3/259	1,16
1-2 ans	12/259	4,63
3-4 ans	34/259	13,13
<b>Supérieure à 4 ans</b>	<b>45/259</b>	<b>17,37</b>
<b>Total</b>	<b>94/259</b>	<b>36,29</b>

La durée de vie post-opératoire était supérieure à 4 ans dans 17,37% des cas.

\* 71(27,41%) patients âgés opérés sont perdu de vue.

# *CHAPITRE V*

## *COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS*

## **V-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :**

### **V-1-Méthodologie :**

Nous avons réalisé une étude rétrospective allant du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 Décembre 2008 soit sur une période de 5 ans. Nous avons colligé 278 dossiers de patients âgés opérés ; de soixante ans et plus dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

**V-2-Les limites de cette étude :** l'étude a connu des insuffisances liées :

- Aux dossiers médicaux ne comportant pas les mêmes données.
- Au manque de bibliographie concernant les personnes âgées.
- A l'impossibilité de réaliser certains examens complémentaires en urgence.
- Au manque de moyens financiers des patients.

### **V-3-Fréquence de la géronto-chirurgie :**

Durant la période d'étude nous avons colligé 278 dossiers des personnes âgées opérées. Un total de 1966 patients ont été opérés à la même période, soit une fréquence globale de 7,07% des patients âgés opérés dans le service de chirurgie « A ».

### **V-4-Caractéristiques socio-démographiques :**

#### **V-4-a-Age :**

Nous avons observé une prédominance de la tranche d'âge de 65 à 74 ans. L'âge moyen était de 69,87 ans, avec des extrêmes de 60 et de 99 ans. Aucun malade centenaire n'a été enregistré dans l'étude. Ce résultat est comparable à celui trouvé par NAGORNGAR Tog-yeum [28] (70,81 ans) comme l'âge moyen et différent de celui trouvé par SANOGO B [38] (74,68 ans).

La morbidité et la mortalité augmentent avec l'âge. Pourtant, les taux de morbidité et de mortalité ne sont pas plus élevés chez les octogénaires en bonne condition physique que chez les adultes jeunes, devant bénéficier du même type d'intervention chirurgicale. Il est habituel d'affirmer que, plus

que l'âge chronologique, c'est l'âge physiologique, et donc l'état de santé antérieur, qu'il faut prendre en compte.

#### **V-4-b- Le sexe :**

Dans l'étude, le sexe masculin était prédominant, soit 65% de sexe masculin contre 35% de sexe féminin, pour un sex-ratio de 1,9. Le fait que dans l'étude qu'il ya un grand nombre de patients opérés pour adénome de la prostate peut porter au biais à ce sex ratio.

#### **V-5-Durée d'évolution de la pathologie avant la consultation :**

Dans l'étude, 30,6% des patients ont été consultés dans le service de la chirurgie « A » après une année d'évolution de la pathologie. Seulement 5,03% des patients ont été consulté précocement dans le service, à moins d'une semaine d'évolution de la pathologie. Cela pourrait signifier qu'il ya un problème dans l'orientation des patients. Tous les patients opérés en urgence sont venus le même jour dans le service.

Les causes de la consultation tardive pourraient s'expliquer par la bénignité apparente ou réelle de la pathologie, le retard d'orientation, et les problèmes financiers qui sont des handicaps majeurs pour les populations pauvres.

#### **V-6-Durée d'hospitalisation totale :**

**Tableau XXXVII:** Durée moyenne d'hospitalisation selon les auteurs.

<b>Auteurs</b>	<b>Durée moyenne d'hospitalisation</b>
KA.O(Sénégal) <b>(18) en 1991</b>	31 jours
NAGORGAR Tog-yeum(Mali) <b>(28) en 1999</b>	18,23 jours
<b>Notre étude</b>	<b>14,5 jours</b>

La durée moyenne d'hospitalisation dans l'étude était de 14,5 jours pour toutes les pathologies confondues, avec des extrêmes de 2 jours et 90 jours. Cette moyenne cache des variations énormes d'une pathologie à l'autre. Ce

résultat est comparable à celui trouvé par NAGORNGAR Tog-yeum (18,23 jours) comme durée moyenne d'hospitalisation, et différent de celui trouvé par KA.O (31 jours).

## V-7-Renseignements cliniques

### V-7-1-Les facteurs de risques :

- **Polypathologie :**

**Tableau XXXVIII:** la polypathologie selon les auteurs.

<b>Auteurs</b>	<b>Polypathologie</b>
KA.O(Sénégal) [18]	50%
SANOOGO .B(Mali) [38]	40,43%
<b>Notre étude</b>	<b>79,86%</b>

Dans l'étude, 79,86% des patients avaient une polypathologie. Ce résultat est différent de ceux trouvés par KA.O et SANOGO. B, qui ont trouvé respectivement 50% et 40%.

54,05% des patients opérés avaient plus de deux(2) pathologies associées.

L'association la plus fréquente a été celle associant l'hypertension artérielle et le diabète, soit 3,60% (8) des patients ayant la polypathologie.

- **HYPERTENSION ARTERIELLE :**

**Tableau XXXIX:** l'hypertension artérielle selon les auteurs.

<b>Auteurs</b>	<b>HTA</b>
SANOOGO.B(Mali) [38]	53,13%
OUOLOGUEM Nouhoum(Mali) [30]	71,4%
<b>Notre étude</b>	<b>32,01%</b>

Dans l'étude, 89 patients (32,01%) présentaient une hypertension artérielle. Ce résultat est différent de ceux trouvés par SANOGO.B et OUOLOGUEM Nouhoum qui ont trouvé respectivement 53,13% et 71,4%.

- **Diabète :**

**Tableau XXXX:** le diabète selon les auteurs.

<b>Auteurs</b>	<b>Diabète</b>
SANOGO. B(Mali) [38]	9%
<b>Notre étude</b>	<b>3,24%</b>

Dans l'étude, 3,24% des patients présentaient une hyperglycémie, soit 9 patients. Ce résultat est différent de celui trouvé par SANOGO.B (9%).

## **V-8-Suites opératoires :**

Les suites opératoires étaient simples chez 91,73% des patients, ce résultat est comparable à celui trouvé par NAGORNGAR Tog-yeum (91,89%).

Les complications post-opératoires étaient faites de suppurations pariétales (0,7%), d'incontinence urinaire (0,4%), d'éviscération (0,4%) et de décès (6,83%).

La polyopathie compromet le pronostic vital des personnes âgées opérées. Ainsi dans l'étude 13(4,68%) patients décédés avaient la polyopathie.

Le taux de mortalité était plus élevé chez les patients qui étaient dans la tranche d'âge de 60-74 ans (4,64%) que chez les patients âgés de 85 ans et plus, où aucun décès n'a été enregistré.

Aucun décès per-opératoire n'a été enregistré dans cette étude.

Le taux de mortalité dans étude était de 6,83%. Ce résultat est comparable à celui trouvé par NAGORNGAR Tog-yeum (6,94% de décès) et différent de celui trouvé par SANOGO.B (55,32%). Cette différence pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des patients en détresse respiratoire sur un terrain

fragilisé par l'âge dans cette étude, réalisée dans un service de réanimation polyvalente.

## **V-9-Prise en charge :**

### **V-9-1- La réanimation pré-opératoire :**

La réanimation pré-opératoire a été effectuée chez 65(23,38%) patients opérés.

### **V-9-2-Transfusion per-opératoire :**

Dans cette étude 13,3% des patients ont été transfusés en per-opératoire, soit 37 patients.

Une unité (500ml) de sang total iso-groupe et iso-rhésus a été transfusée à 11,15% des patients, soit 31 patients. Deux unités (1000ml) de sang total iso-groupe et iso-rhésus ont été transfusées à 2,2% des patients.

### **V-9-3-Séjour en unité de soins intensifs en post-opératoire :**

Dans cette étude 16,19% des patients ont séjourné en unité de soins intensifs(Réanimation) en post-opératoire immédiat, soit 45 patients. Ce résultat est comparable à celui trouvé par NAGORNGAR Tog-yeum à savoir 14,67% des patients.

Ce résultat faible des patients admis en réanimation pourrait s'expliquer par la capacité de cette unité qui ne dispose que de 9 lits, par le manque des moyens financiers car ce passage entraîne une majoration des frais d'hospitalisation.

## **V-10- Pronostic et survie :**

L'âge n'est pas le seul facteur de pronostic, il est important de prendre en compte l'état antérieur du patient. Ainsi dans l'étude, les antécédents d'hypertension artérielle ont une incidence significative sur la mortalité.

8(2,88%) patients décédés avaient un antécédent d'hypertension artérielle.

Les cancers digestifs étaient responsables de 4,32% des décès enregistrés. Le fait que les patients sont vus à un stade tardif du cancer peut porter au biais de cette fréquence élevée de décès pour cancers.

Malgré la fragilisation de l'organisme par l'âge, 255(91,73%) patients opérés avaient des suites opératoires simples.

Dans l'étude la durée de vie post-opératoire était supérieure à 4 ans chez 45(17,37%) patients opérés. 27,41% des patients opérés sont perdus de vue.

# *CHAPITRE VI*

## *CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS*

## **VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :**

### **VI-1-Conclusion :**

L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, entraîne une croissance numérique des personnes âgées.

Le vieillissement s'accompagne en général d'une augmentation du nombre et de la gravité des pathologies chirurgicales.

Cette étude nous a permis de connaître que les pathologies chirurgicales dans cette classe d'âge étaient fréquentes (7,07%), et que l'âge n'est pas le seul facteur qui influence le pronostic du patient.

La prise en charge chirurgicale doit être globale, prenant en compte non seulement le traitement chirurgical, mais aussi la prévention des complications.

L'amélioration du pronostic passe nécessairement par un diagnostic précoce, une orientation rapide et adéquate des patients et l'optimisation de l'état clinique.

Nous souhaitons que d'autres études soient réalisées dans cette classe d'âge pour élargir les connaissances chirurgicales sur les personnes âgées, chez lesquelles l'organisme est déjà fragilisé par un processus normal qui est l'âge.

## **VI-2-Recommandations :**

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux personnels socio-sanitaires :**

- Orientation précoce des personnes âgées malades dans les services spécialisés pour la prise en charge rapide de leurs pathologies.

### **Aux autorités socio-sanitaires :**

- Instauration d'un carnet de suivi des personnes âgées.
- La formation des geronto-chirurgiens et la création d'un service de geronto-chirurgie.

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

- Sensibilisation des personnes âgées sur leur santé, les avantages et les facilités qui leur sont reconnues au niveau des établissements socio-sanitaires.
- Octroi de la gratuité d'hospitalisation dans les hôpitaux et centre de santé de l'état.
- Equipement des centres de santé périphériques en matériels de diagnostic.

### **Au Conseil Pédagogique de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie de l'université de Bamako :**

- Introduction d'un module de gérontologie et de gériatrie dans le programme de formation des médecins à la FMPOS.

### **Aux personnes âgées :**

- La consultation précoce devant toutes les pathologies aiguës.

- Le suivi régulier des affections chroniques.

## *REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES*

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1-ALBRAND G, DREVON T, DRUGUET M, et Al.**

Traitement de gonarthrose chez la personne âgée de 70 ans et plus : influence de l'âge sur la survenue des complications et sur le résultat fonctionnel de la prothèse totale à glissement du genou. Revue de gériatrie, 1995 ; 5 : 291-296.

### **2- BALIQUE JG, CHABERT M, PORCHERON J, et al.**

Cancer du colon gauche en occlusion. Place et résultats des exérèses chez le sujet de plus de 75 ans. Lyon chirurgical, 1992 ; 88, (4) : 331- 334.

### **3-BALLO Mamadou Basséry, TRAORE Seydou Moussa.**

Présentation générale du pays et Métrologie de l'enquête. In : Enquête Démographique et de Santé Mali (EDSM-III).2001, 7p.

### **4- BERTHELOT MC, COUFFIN JP, BROCHARD M, MORCELET M.**

Occlusion, péritonite et fécalomes chez le sujet âgé. Geriatric- praticiens et 3<sup>eme</sup> âge. 1991 ; 12 :330-331.

### **5- Brutel O C.**

Projections de population à l'horizon 2005. Un vieillissement inéluctable. Insee première 2001.N° 762, p 1 – 4.

**6- CHAHWAKILIAN A, PONCHE A, MEIGNAN DEBRAY S.**

Les affections aiguës en service gériatrique. Revue de gériatrie, 1996 ; 21 (8) :535-542.

**7- Chirurgie.** Wikipedia l'encyclopédie libre. [En ligne]. 2009 juin [consulté le 16/06/2009].1p.

Consultable à l'URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/chirurgie>.

**8- GAINANT A, SAUTEREAU D, MINANIM.**

La chirurgie digestive chez les sujets de plus de 80 ans. A propos de 690 interventions. Paris : Elsevier, annales de chirurgie, 1992 ; 46(10) : 923-927.

**9- Courson JP, Madinier C.**

Recensement de la population 1999. La France continue de vieillir. Insee Première 2000 ; 746 : 1-4.

**10- COSSA. J.P, et le Club Coelio.**

Réséction colorectale sous coelioscopie chez le patient âgé : Etude prospective multicentrique de 144 patients. E-mémoire de l'académie nationale de chirurgie, 2008 ; 7 (1) :69 – 75.

**11- CUNY. Gérard.**

Précis de gériatrie. Paris : ellipses, 1995 p.

**12- David M G, Starzec C.**

Aisance à 60 ans dépendance et isolement à 80 ans. Insee première 1996 ; 447 :1-4.

**13- DEMINE Blaise, KENDJA Flavien, TANAUH Yves et al.**

Morbidité et mortalité en chirurgie thoracique non cardiaque à Abidjan : une étude comparative et rétrospective sur deux périodes : 1977 à 1989 et 1990 à 2002. Publication de la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire, 2006, 6p.

**14- DUPORTAIL Ph, PALISSON M, COUOMBEL I, CACHIN H, MAURY S.**

Etude des durées de séjour des patients en moyen séjour de gériatrie. Présentation des résultats. Geriatrics- praticiens et 3<sup>eme</sup> âge.1995 ; 14 : 37-40.

**15- DURON J.J, DURON E, MANEGLIA R.**

Chirurgie digestive du grand âge. Paris : Masson, Journal de chirurgie, 2005 ; 142 (3) :150- 159.

**16- DONDELINGER. R, MEAUME. S.**

Prise en charge des escarres. Repères en gériatrie 2006 ; 8(58) :61-79.

**17- E. Martin, J-P. Junod.**

Gérontologie. 3<sup>eme</sup>edition revue et augmentée. Paris: Masson ,1983 p.

**18- KA O.**

Gérontologie et gériatrie au Sénégal : émergence des problèmes et recherche des solutions. Thèse de médecine. Dakar. Université de Dakar.1991, N° 5, 76p.

**19- Kitzman D W, Scholtz D G, Ilstrup DM et al.**

Age-related changes in normal human hearts during the first ten decades of life. Part II (maturity): a quantitative anatomic study of 765 specimens from Subjects 20 to 99 years old. Mayo Clin Proc 1988; 63 : 137-146.

**20- KIRSCH J. M, LOISANCE D.**

La chirurgie cardiaque chez le sujet âgé. Neurologie-psychiatrie-gériatrie, 2006 ; 31(31) :23-31.

**21- L'ESSOR quotidien d'information du Mali. N° 15567 du 27/10/2005.**

Au titre du ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées **in** communiqué du conseil des ministres.

**22- LE PETIT LAROUSSE illustre 2007.**

**23- L.FOURN, A.M. YACOUBOU, Th. ZOHOUN.**

Essai d'évaluation des aspects médicaux du vieillissement au Bénin (district de Porto-Novo) : Médecine d'Afrique noire, 1991 ; 38(4) :252-260

**24- L. Morel, C. Fantin, C. Mortier, F. Gros, M Bussone.**

La chirurgie du sujet âgé dans : les soins aux personnes âgées. Paris : Masson, 1997, p164-172.

**25-LUQUEL Laurence.**

Vieillesse normale, aspects biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique. Paris : Masson, 2005, 7p.

**26- M. Bussone.**

L'âge, une contre-indication chirurgicale, Editorial. *Gazette Médicale*, 1990 ; 97 : 10. 9.

**27- MORERE J. F, RAINFRAY M.**

Cancer du sujet âgé. Paris : Springer, 2007, 249p.

**28- NAGORNGAR Tog-yeum.**

Les pathologies chirurgicales des personnes à l'hôpital du Point G. Thèse de médecine. Bamako. Université de Bamako, 1999, 67p.

**29- NORDBACK P, WASSMER F-A, CUTTAT J-F.**

Rétablissement de la continuité intestinale chez les patients de plus de 70 ans après opération de Hartmann. Med et hyg.1993 ; 51 : 2089- 2090.

**30-OMS.**

La santé des personnes âgées. Rapport d'un comité d'expert de l'OMS. Seri des rapports techniques.779, Genève, 1989.

**31-OUOLOGUEM Nouhoum :** place de l'hypertension artérielle dans la pathologie cardio-vasculaire dans le district de Bamako en 2002. Thèse de médecine. Bamako. Université de Bamako : 2005, 78p.

**32- OOUAKAM OOUAKAM. Jacques Fernand.**

Autonomie, dépendance et sante des personnes âgées. Cas du district de Bamako(MALI). Thèse de médecine. Bamako. Université de Bamako : 2005, 67p.

**33- PASSONE-SZERZYNA N, NAVERZ B, CAMBIER E, BAERT G, RICHER C, GUIOT P.**

Cholécystectomie coelioscopique chez le sujet âgé. Annales de chirurgie 1995 ; 4 :291- 295.

**34-PAYE François.**

Chirurgie sus-mesocolique carcinologique chez la personne âgée. DIU onco-gériatrie. Paris. Service de chirurgie et de réanimation digestive. Hôpital Saint Antoine. 2009, 17p.

**35-R. HSSAIDA, M.DAAL, R. SEDDIKI, et al.**

Les péritonites post-opératoires chez le sujet âgé : Médecine du Maghreb, 2000 ; 81 : 19-22.

**36- REISS .Raphael, DEUTSCH. Alexander. A.**

Emergency abdominal procedures in patient above 70. Journal of gerontology. 1985; 40. (2):154-158.

**37- REISS Raphael, DEUTSCH Alexander. A.**

Decection – marking process in abdominal surgery in the geriatric patient

**38- SANOGO. Bouna.**

Pathologies des personnes âgées en réanimation polyvalente du CHU du Point G; profils épidémio-cliniques et évolutif. Thèse de médecine. Bamako : Université de Bamako, 2008, 73p.

**39- Senni M, Tribouilloy C M, Rodeheffer R J, Jacobsen SJ, Evans J M, Bailey K R, Redfield M M.**

Congestive heart failure in the Community: a study of all incident cases in Olmsted County, Minnesota, in 1991, Circulation 1998; 98: 2282-9.

**40- SERVIN. F.**

Anesthésie-réanimation du sujet âgé. Paris : Masson, 1993, 191p.

**41- SIRWARDANA. M, BERIGAUD. S, CHEBIB. A, PAUTAS. S.**

Cancer du sein. La prise en charge du cancer du sein chez les sujets âgés : recommandation de la société internationale de la gériatrie oncologie. La revue de gériatrie, 2008 ; 33(9) :823-826.

**42- Le vieillissement de la population dans le monde.** Réseau senior strategic, 15p. Disponible sur <<[www.lemarchedesseniores.com](http://www.lemarchedesseniores.com)>>. Consulté le 13/ 05/ 2009.

## *FICHE SIGNALTIQUE*

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** SAYE      **Prénom :** Jacques      **Email :** j\_saye05@yahoo.fr

**Titre :** les pathologies chirurgicales des personnes âgées dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

**Année universitaire :** 2009-2010.

**Pays d'origine :** Mali.

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

**Secteur d'intérêt:** Chirurgie

**Résumé : Introduction :** La proportion des personnes âgées dans le monde n'a cessé de croître durant le 21<sup>ème</sup> siècle, et l'on prévoit que cette tendance se poursuivra. Elle est passée de 8 % en 1950, à 10 % en 2000 et devrait atteindre, d'ici 2050, 21 %. Le vieillissement s'accompagne en général de l'augmentation du nombre et de la gravité des affections et d'une dégradation de l'état de santé. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les pathologies chirurgicales des personnes âgées, réalisée dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G, durant une période de 5 ans, allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2004 au 31 Décembre 2008. Incluant 278 personnes âgées opérées.

**Résultats :** Les pathologies chirurgicales des personnes âgées ont  
SAYE Jacques

représentées 7,07% des pathologies chirurgicales. Elles ont été dominées par les tumeurs malignes (27,69%), les tumeurs bénignes (27,69%). 79,86% des patients avaient une polypathologie. L'hypertension artérielle représente le premier facteur de risque dans cette étude soit 32,01%. 16,19% des patients ont séjourné dans le service de soin intensif (Réanimation). Le taux de mortalité est de 6,83%. La durée de vie post-opératoire est supérieure à 4 ans dans 17,37% des cas. **Conclusion** : Les pathologies chirurgicales des personnes âgées sont fréquentes. Leur prise en charge nécessite la formation des spécialistes et la création d'une unité de géronto-chirurgie.

**Mots clés** : Pathologies, Chirurgie, Personnes âgées.

## ***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 !**

*ANNEXES*

## **Décret n° 95-368 / P-RM**

### **Fixant le régime de rémunération des prestations en faveur des personnes âgées au sein des structures de diagnostics, de soins et d'hospitalisation de l'Etat**

**Article 1er :** Le régime de rémunération des prestations au sein des établissements de diagnostics, de soins et d'hospitalisations relevant de l'Etat est fixé ainsi qu'il suit, en ce qui concerne les personnes âgées de 60 ans et plus. Il ne s'applique pas à leurs descendants ou collatéraux.

#### **Centres de santé de cercle, de commune et d'arrondissement**

- Consultations : gratuité
- Hospitalisations : gratuité
- Analyses et radio : demi-tarif
- Actes chirurgicaux : demi-tarif.

#### **Hôpitaux secondaires et régionaux**

- Consultations : gratuité
- Hospitalisations : demi-tarif
- Analyses et radio : demi-tarif

- Actes chirurgicaux : demi-tarif.

### **Hôpitaux nationaux**

- Consultations : gratuité

- Hospitalisations : demi-tarif

- Analyses et actes de diagnostic radio : demi-tarif.

**Article 2** : Les dispositions du décret n° 243 / PG-RM du 19 septembre 1983 susvisé restent valables pour les retraités en ce qui concerne les hospitalisations.

Article 3 : Les prestations au sein des établissements de diagnostics, de soins et d'hospitalisations relevant de l'Etat sont gratuites en ce qui concerne les personnes âgées centenaires et les médaillés d'or de l'Indépendance.

Article 4 : Le ministre de la santé, de la solidarité et des personnes âgées, le ministre des finances et du commerce, le ministre de l'administration territoriale et de la sécurité sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera enregistré et publié au Journal officiel.

## FICHE D'ENQUETE

### LES DONNEES ADMINISTRATIVES

**Q1** Numero de la fiche d'enquête...../ / / / /

**Q2** Numero du dossier...../ / / / /

**Q3** Nom et prénom du malade.....

**Q4** Age du malade (année)...../ / / /

**Q5** Sexe du malade..... / /

1-Masculin 2-Féminin

**Q6** Profession du malade...../ /

1=Fonctionnaire de l'état 2=Ouvrier 3-Cultivateur 4=Commerçant(e)

5= Ménagère 6= Retraité 7= Autres

Si autres préciser.....

**Q7** Provenance..... / /

1=Kayes 2= Koulikoro 3= Sikasso 4= Ségou 5= Mopti

6= Tombouctou 7= Gao 8= Koulikoro 9= Bamako 10= Autres

Si autres préciser.....

**Q8** Contact à Bamako.....

**Q9** Durée d'évolution de la maladie avant la consultation en chirurgie A/ /

1= Moins d'une semaine    2= 1-2 semaines    3= 3- 4semaines    4= 2- 6mois

5= 7mois-1an    6= Plus d'une année    7= Autres    8= Indéterminée

Si autres préciser.....

**Q10** Durée d'hospitalisation avant l'intervention chirurgicale...../ /

1= 1jour    2= 2- 7jours    3= 2-4semaines    4= Plus de 4semaines

**Q11** Durée d'hospitalisation post opératoire...../ /

1= 1jour    2= 2- 7jours    3= 2-4semaines    4= 2-3mois    5= Plus de 3mois

6= Autres

Si autres préciser..... / /

**Q 12** Durée d'hospitalisation totale...../ /

1= 1jour    2=2-7 jours    3= 2 - 4 semaines    4= 2- 4mois

5= Plus de 4mois    6= Autres

Si autres préciser.....

## **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**Q13** Motif de consultation...../ / /

1=Douleur thoracique 2=Douleur abdominale 3= Douleur du flanc droit

4= Douleur du flanc gauche 5=Epigastralgie 6=Dysphasie

7= Dyspepsie 8=Vomissements 9= Hématémèse 10= Rectorragie

11=Dysurie 12=Rétention aigue d'urine 13=Hématurie

14= Brûlure mictionnelle 15=Ictère 16= Arrêt des matières et des gaz

17= Tuméfaction cervicale 18= Tuméfaction inguinale 19=Autres

Si autres préciser.....

### **LES ANTECEDANTS**

**Q14**-Les antécédents personnels médicaux...../ /

1=HTA 2-Diabète 3=Asthme 4=Epigastralgie 5= UGD 6= bilharziose

7= Aucun 8=Autres

Si autres préciser.....

**Q15** Les antécédents personnels chirurgicaux...../ /

1-Aucun 2= Opéré(e) de l'abdomen 3=Opéré(e) du pelvis

4= Opéré(e) du thorax 5= opéré(e) du cou 6= autres

Si autre préciser..... / /

**Q16** Les antécédents familiaux...../ /

1= Aucun 2=Notion de tumeur dans la famille

3= Notion de drépanocytose dans la famille 4= Notion de goitre dans la famille 5= Autres 6= Indéterminé

Si autres préciser.....

**Q17** Habitudes alimentaires...../ /

1=Thé 2=Tabac 3= Alcool 4=Cola 5= Café 6= Autres

Si autres préciser.....

### **SIGNES GENERAUX**

**Q18** L'indice de karnofsky...../ /

1=90% - 80% 2= 70% -50% 3= Moins de 50%

**Q19** IMC (indice de masse corporelle)= poids/ (taille)<sup>2</sup>...../ /

1= Moins de 18 2= 18-25 3 = Plus de 25

**PA (pression artérielle en mmHg)**

**Q20** La pression artérielle systolique...../ /

1= < a 140mmHg      2= 140-159mmHg      3=160-179mmHg      4=> ou=  
180

**Q21** La pression diastolique...../ /

1= <90mmHg      2= 90-99mmHg      3= 100-109mmHg      4= >ou = 110

**Q22** Température axillaire (degré celsius)..... / / / / /

1= < a 36,5      2= 36,5- 37,5      3= > a 37,5

**Q 23** Diagnostic pre-opératoire..... / / /

**Les infections :**

- 1-Appendicite
- 2-Abcès du foie
- 3-Abcès du sein
- 4-Cholécystite aigue
- 5-Pleurésie

**Les cancers :**

- 9-Cancer du rein
- 10-Cancer de l'oesophage
- 11-Cancer gastrique
- 12-Cancer du grêle
- 13-Cancer du colon
- 14-Cancer du rectum

**Tumeurs bénignes :**

- 6-Adénome de la prostate
- 7-Fibrome utérin
- 8-Goitre
- Si goitre préciser.....

**les lithiases :**

- 19-Lithiase du cholédoque
- 20- Lithiase vésiculaire

**les pathologies thoraciques**

- 21-Pachypleurite
- 22-Pneumothorax traumatique

15-Cancer de la thyroïde

23-Pneumothorax spontané

16-Cancer de la tête du pancréas

24-Hémothorax

17-Cancer du col de l'utérus

25-Pyothorax

18-Cancer du sein

### **Pathologies anales**

### **Autres pathologies**

26-Fissure anale

29-Hernie inguinale non étranglée (préciser)

27-Fistule anale

30-Hernie inguinale étranglée (préciser)

28-Hémorroïde

31-Hernie ombilicale

32-Hydrocèle

33-Kyste de l'ovaire (préciser)

34-Occlusion intestinale

35-Volvulus du sigmoïde

36-Autres

Si autres préciser.....

**Q 24** Diagnostique per- opératoire.....

## **LES PATHOLOGIES ASSOCIEES**

**Q 25** Les pathologies associées..... / /

1= Aucune    2=HTA    3=Diabète    4=Anémie    5=Déshydratation

6= Tuberculose    7= Insuffisance cardiaque

8=Broncho-pneumopathies    9= Autres

Si autres préciser.....

### **EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

#### **Examens biologiques**

**Q 26** Taux d'hémoglobine...../ /

1= Bas

2=Normal

**Q 27** Taux d'hématocrite...../ /

1= Bas

2=Normal

**Q 28** La glycémie...../ /

1= < 7mmol/ l

2=> 7mmol/l

**Q 29** La créatininémie...../ /

1= Normale

2=élevée

## TRAITEMENT

**Q 30** Malade opéré(e)...../ /

1= Oui

2= Non

**Q 31** Traitement chirurgical reçu...../ / /

1- Ablation du calcul

2-Abstention chirurgicale

3- Mastectomie

4- Mastectomie plus curage ganglionnaire

5- Appendicectomie

6- Biopsie

7- Cholécystectomie

8- Colporraphie

9- Cure de la hernie

10- Détorsion du volvulus

11- Drainage de l'abcès

12- Drainage pleural percutané

13- Décortication pleurale

14- Fissurectomie anale

15- Fistulectomie anale

16- Gastrectomie

Si gastrectomie préciser.....

17- Gastroenterostomie

18- Gastrostomie

19- Hemorroïdectomie

20- Hystérectomie

21- Kystectomie

22- Laparotomie exploratrice

23- Pneumonectomie

24- Résection du bride

25- Thyroïdectomie subtotale

26- Autres

Si autres préciser.....

**Q 32** Opération chirurgicale annulée pour...../ / /

1= Refus de l'opération      2= Manque de moyen financier

3= présence de tars              4= Perte de vue      5= Autres

Si autres préciser.....

### **COMPLICATIONS**

**Q 33** Complications per opératoire..... / /

1= Absente

2= Présente

Si présent préciser.....

**Q 34** Suites opératoires...../ / /

1= Simple 2= Infection pariétale 3=Fistule digestive 4= Phlébite

5= Occlusion post- opératoire 6= Rétention d'urines 7= Eventration

8= Eviscération 9= Lâchage anastomotique 10= Escarres 11= Décès

12= infections broncho- pulmonaires 13=Thrombophlébite

14= la dénutrition 15=Autres

Si autres préciser.....

### **PRISE EN CHARGE**

#### **Prise en charge pré opératoire**

**Q 35** Transfusion...../ /

1= Oui

2= Non

**Q36** Nombre d'unité de poche transfusée en pré opératoire...../ /

1=Aucune

2= 1 – 2 poches

3=Plus de 2 poches

**Q37**

Antibiothérapie...../ /

1= Oui

2= Non

Si oui préciser.....

**Q38** Séjour en réanimation en pré opératoire (nombre de jour)..... / /

1= Aucun

2= 1 – 3 jours

3= Plus de 3 jours

### **Prise en charge per-opératoire**

**Q39** Transfusion..... / /

1=Oui

2=Non

**Q40** Nombre d'unité de poche transfusée en per - opératoire..... / /

1=Aucune

2= 1 – 2 poches

3=Plus de 2 poches

**Q41** Antibiothérapie...../ /

1= Oui

2=Non

### **Prise en charge post opératoire**

**Q42** Réanimation post opératoire...../ /

1= Oui

2= Non

**Q43** Séjour en réanimation en post opératoire..... / /

1=Aucun 2= Moins de 3 jours 3= 3-7jours 4= Plus d'une semaine

**Q44** Antibiothérapie...../ /

1= Oui

2= Non

**Q45** Si oui précisé.....

### **Tumeur**

**Q45** Tumeur...../ /

1= Cérébrale 2= Thoracique 3= abdominale 4= pelvienne 5= Des membres inférieur 6= Des membres supérieur.



## **Résumé :**

**Introduction :** La proportion des personnes âgées dans le monde n'a cessé de croître durant le 21<sup>ème</sup> siècle, et l'on prévoit que cette tendance se poursuivra. Elle est passée de 8 % en 1950 à 10 % en 2000 et devrait atteindre, d'ici 2050, 21 %. Le vieillissement s'accompagne en général de l'augmentation du nombre et de la gravité des affections et d'une dégradation de l'état de santé.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les pathologies chirurgicales des personnes âgées, réalisée dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G durant une période de 5 ans, allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2004 au 31 Décembre 2008. Incluant 278 personnes âgées opérées.

**Résultats :** Les pathologies chirurgicales des personnes âgées ont représentées 7,07% des pathologies chirurgicales. Elles ont été dominées par les tumeurs malignes (27,69%), et les tumeurs bénignes (27,69%). 79,86% des patients avaient une polypathologie. L'hypertension artérielle représente le premier facteur de risque dans cette étude

soit 32,01%. 16,19% des patients ont séjourné dans le service de soin intensif (Réanimation). Le taux de mortalité est de 6,83%. La durée de vie post-opératoire est supérieure à 4 ans dans 17,37% des cas. **Conclusion :** Les pathologies chirurgicales des personnes âgées sont fréquentes. Leur prise en charge nécessite la formation des spécialistes et la création d'une unité de géro-chirurgie.

**Mots clés :** Pathologies, Chirurgie, Personnes âgées.

**Contact :** **Email :** [j\\_saye05@yahoo.fr](mailto:j_saye05@yahoo.fr) **Tel :** (+223) 66 03 15 86