

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DU MALI

EE 1992

N 51

ETUDE RETROSPECTIVE DES  
ACTIVITES DU SERVICE DE  
CHIRURGIE "B"  
A L'HOPITAL NATIONAL DU POINT "G"

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement le.....devant  
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par

Monsieur Elie M. BANKINEZA

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE  
(Diplôme d'Etat)

JURY

PRESIDENT: Professeur Sambou SOUMARE

MEMBRES : Docteur Zakaria MALGA

Docteur Abdoul Kader TRAORE Dit DIOP

Professeur Abdel Karim KOUMARE : Directeur de thèse

**LE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
DU MALI  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1991 - 1992**

esneur	ISSA TRAORE	Doyen
esneur	BOUBACAR S. CISSE	Premier Assesseur
esneur	AMADOU DOLO	Deuxième Assesseur
teur	BERNARD CHANFREAU	Conseiller Technique
esneur	BAKARY M. CISSE	Secrétaire Général

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS AGREGES**

esneur	ABDEL KARIM KOUMARE	Chef D.E.R de Chirurgie
esneur	MAMADOU LAMINE TRAORE	Chirurgie Générale
esneur	ALIOU BAH	Ophthalmologie
esneur	BOCAR SALL	Ortho.Traumat.Séccourisme
esneur	SAMBOU SOUMARE	Chirurgie Générale
esneur	ABDOU ALASSANE TOURE	Ortho-Traumato
esneur	AMADOU DOLO	Gynéco-Obstétrique
esneur	DJIBRIL SANGARE	Chirurgie Générale

**2 ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

cteur	Madame SY AIDA SOW	Gynéco-Obstétrique
cteur	KALILOU OUATTARA	Urologie
cteur	MAMADOU L. DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
cteur	SALIF DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
cteur	ABDOULAYE DIALLO	Ophthalmologie
cteur	ALHOUSSEINI AG MOHAMED	O.R.L.
cteur	Mme DIANE FANTA DIABATE	Gynéco-Obstétrique
cteur	ABDOULAYE DIALLO	Anesth.-Réanimation
cteur	SIDI YAYA TOURE	Anesth.-Réanimation
cteur	GANGALY DIALLO	Chirurgie Générale
cteur	SEKOU SIDIBE	Ortho.Traumatologie
cteur	A.K.TRAORE DIT' DIOP	Chirurgie Générale

**D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

**1 PROFESSEURS AGREGES**

ofesseur	BREHIMA KOUMARE	Microbiologie
ofesseur	SINE BAYO	Anatomie-Pathologie
ofesseur	GAOUSSOU KANOUTE	Chimie Analytique
ofesseur	YAYA FOFANA	Hématologie
ofesseur	OGOBARA DOUMBO	Parasitologie

**2 DOCTEURS D'ETAT**

ofesseur	YEYA TIEMOKO TOURE	Biologie
ofesseur	AMADOU DIALLO	Chef DER Sciences Fond.
ofesseur	YENIMEGUE A. DEMBELE	Chimie Organique

### **3 DOCTEURS 3ème CYCLE**

fesseur	MOUSSA HARAMA	Chimie Organique
fesseur	MASSA SANOGO	Chimie Analytique
fesseur	BAKARY M. CISSE	Biochimie
fesseur	MAHAMADOU CISSE	Biologie
fesseur	SEKOU F.M. TRAORE	Entomologie médicale
fesseur	ABDOULAYE DABO	Malacologie, Biolo. anima.
fesseur	N'YENIGUE S. KOITA	Chimie organique

### **4 ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

cteur	ABDERHAMANE S. MAIGA	Parasitologie
cteur	ANATOLE TOUNKARA	Immunologie
cteur	AMADOU TOURE	Histo-Embryologie

### **5 MAITRES ASSISTANTS**

cteur	ABDRAMANE TOUNKARA	Biochimie
cteur	FLABOU BOUGOUDO	Bactériologie

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1 PROFESSEURS AGREGES**

fesseur	ABDOULAYE AG RHALY	CHEF D E R Médecine
fesseur	SOULEYMANE SANGARE	Pneumo-phtisiologie
fesseur	ALY GUINDO	Gastroenterologie
fesseur	MAMADOU K. TOURE	Cardiologie
fesseur	MAHAMANE MAIGA	Néphrologie
fesseur	ALI NOUHOUM DIALLO	Médecine Interne
fesseur	BABA KOUMARE	Psychiatrie
fesseur	MOUSSA TRAORE	Neurologie
fesseur	ISSA TRAORE	Radiologie
fesseur	MAMADOU M. KEITA	Pédiatrie
fesseur	ERIC PICHARD	Médecine Interne
fesseur	TOUMANI SIDIBE	Pédiatrie

### **2 ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

cteur	ABDEL KADER TRAORE	Médecine Interne
cteur	MOUSSA Y. MAIGA	Gastro-Enterologie
cteur	BALLA COULIBALY	Pédiatrie
cteur	BOUBACAR DIALLO	Cardiologie
cteur	DAPA ALI DIALLO	Hémato.Médec. Interne
cteur	SOMITA KEITA	Dermato-Leprologie
cteur	BAH KEITA	Pneumo-phtisiologie
cteur	HAMAR A. TRAORE	Médecine Interne

## D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1 PROFESSEURS AGREGES

esseur	BOUBACAR CISSE	Toxicologie
esseur	AROUNA KEITA	Matière Médicale

### 2 MAITRES ASSISTANTS

eur	BOULKASSOUM HAIDARA	Législ. Gest.Pharm.
eur	ELIMANE MARIKO	Pharmacodynamie
eur	OUSMANE DOUMBIA	Chef D E R SCESPHARM.
eur	DRISSA DAILLO	Matières Médicales

## D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1 PROFESSEURS AGREGES

esseur	SIDI YAYA SIMAGA	Santé Publique (ChefD.E.R)
esseur	HUBERT BALIQUE	Maitre de Conf. Santé Pub.
esseur	MOUSSA A. MAIGA	Santé Publique

### 2 ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

teur	BERNARD CHANFREAU	Santé Publique
teur	JEAN MICHEL MOURILLE	Santé Publique
teur	SORY I. KABA	Santé Publique
teur	BOCAR G. TOURE	Santé Publique
teur	SANOUSI KONATE	Santé Publique

## CHARGES DE COURS

cteur	MME CISSE A. GAKOU	Galénique
ofesseur	N'GOLO DIARRA	Botanique
ofesseur	BOUBA DIARRA	Bactériologie
ofesseur	SALIKOU SANOGO	Physique
ofesseur	DAOUDA DIALLO	Chimie Générale et Min.
ofesseur	BAKARY I. SACKO	Biochimie
ofesseur	YORO DIAKITE	Maths
ofesseur	SIDIKI DIABATE	Bibliographie
octor	ALIOU KEITA	Galénique
octor	BOUBACAR KANTE	Galénique
octor	SOULEYMANE GUINDO	Gestion
octor	Mrs SIRA DEMBELE	Maths
r	MODIBO DIARRA	Nutrition
rs	MAIGA FATOUMATA SOKONA	Hygiène du Milieu

## ASSISTANTS

cteur	NOUHOUM ONGOIBA	Chirurgie
cteur	SAHARE FONGORO	Néphrologie
cteur	BAKOROBA COULIBALY	Psychiatrie
cteur	BENOIT KOUMARE	Chimie Analytique
cteur	ABABACAR I. MAIGA	Toxicologie
cteur	MAMADOU DEMBELE	Médecine Interne
cteur	SADIO YENA	Chirurgie Générale
cteur	IBRAHIM ALWATA	Ortho-traumatologie
cteur	ADAMA D. KEITA	Radiologie
cteur	TATIANA KEITA	Pédiatrie
cteur	MASSAMBOU SACKO	Santé Publique

## C.E.S

cteur	GEORGES YAYA (CENTRAFRIQUE.)	Ophtalmologie
cteur	ABDOU ISSA (NIGER)	Ophtalmologie
cteur	AMADOU DIALLO (SENEGAL)	Ophtalmologie
cteur	ASKIA MOHAMED (NIGER)	Ophtalmologie
cteur	OUMAR BORE	Ophtalmologie
cteur	N'DJIKAM JONAS (CAMEROUN)	Ophtalmologie
cteur	DEZOUNBE DJORO (TCHAD)	Ophtalmologie
cteur	ABOUBACRINE A. MAIGA	Santé Publique
cteur	DABABOU SIMPARA	Chirurgie Générale
cteur	MAHAMANE TRAORE	Chirurgie Générale
cteur	MOHAMED AG BENDECH	Santé Publique
cteur	MAMADOU MAIGA	Dermatologie
cteur	TONGO DOUMBIA	Chirurgie Générale
cteur	SALIMATA KONATE	Ophtalmologie
cteur	LAMINE TRAORE	Ophtalmologie
cteur	OUSMANE C. FAYE	Dermatologie
cteur	MME N'DIAYE HAWA THIAM	Dermatologie
cteur	IDRISSA A. CISSE	Dermatologie
cteur	AKORY AG IKNANE	Santé Publique
cteur	HAMADOUN SANGHO	Santé Publique
cteur	MAHAMADOU MAIGA	Santé Publique
cteur	ADAMA DIAWARA	Santé Publique
cteur	MAHAMADOU THERA	Santé Publique
cteur	NKOK LUC LOIS (CAMEROUN)	Ophtalmologie

## PROFESSEURS MISSIONNAIRES

fesseur	P. HAVLCK	Biophysique
fesseur	F. ROUX	Biophysique
fesseur	G. FARNARIER	Physiologie
fesseur	G. GRAS	Hydrologie
fesseur	E.A. YAPO	Biochimie
fesseur	BABACAR FAYE	Pharmacodynamie
fesseur	MAMADOU BADIANE	Pharmacie Chimique
fesseur	ISSA LO	Législation

## PERSONNES RESSOURCES

cteur	MADANI TOURE	H.G.T
cteur	TAHIROU BAH	H.G.T
cteur	AMADOU MARIKO	H.G.T
cteur	BADI KEITA	H.P.G
cteur	ANTOINE NIANTAO	H.G.T
cteur	KASSIM SANOGO	H.G.T
cteur	YEYA I. MAIGA	I.N.R.S.P
cteur	CHOMPERE KONE	I.N.R.S.P
cteur	BA MARIE P. DIALLO	I.N.R.S.P
cteur	ALMAHDY DICKO	H.G.T
cteur	MOHAMED TRAORE	Kati
cteur	ARKIA DIALLO	P.M.I. Centrale
cteur	REZNIKOFF	IOTA
cteur	TRAORE J. THOMAS	IOTA
cteur	P. BOBIN	I. Marchoux
cteur	A. DELAYE	H.P.G
cteur	N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
cteur	HAMIDOU B. SACKO	H.G.T

**D E D I C A C E S**

**E T**

**R E M E R C I E M E N T S**

## JE DEDIE CE TRAVAIL

mon Père et à ma Mère.

Vous êtes toujours prêts à tout sacrifier pour que nous, vos enfants, devenions meilleurs.

Ce travail est une réponse à vos prières. Il est aussi le fruit de l'éducation que vous m'avez donnée:

" La crainte de l'Eternel et l'amour du travail, du travail bien fait".

Je suis très fier de vous et promets de suivre la voie que vous nous avez tracée.

Avec toute l'affection de votre fils qui vous aime beaucoup.

mes petits frères et soeurs.

Béatrice, Arthemond, Toro et Michel.

Ce travail que je vous dédie est un exemple que vous devez non seulement suivre, mais surtout dépasser.

Deurerons fortement unis dans la chair et dans le Christ.

Mlle Bintou COULIBALY.

Avec tout mon amour.

Profond attachement.

pour tous les enfants du monde.

pour tous ceux qui vivent loin de chez eux.



## REMERCIEMENTS .

Docteur Daniel GIFONDORWA.

Le silence te dira mieux ce que je ressens pour toi et que le mots ne peuvent pas exprimer.

Ce travail, je te le dois.

Affection et profonde reconnaissance.

mes frères, mes soeurs et leurs enfants

Zephyrin et Jacqueline.

Gertrude et Zabulon.

Murishi et son Epouse.

Mapendo et Célestin.

Rudoviko et Nzeye.

En souvenir des liens qui nous unissent .

Ma chère Mémé Feue Henriette BADAMIE.

Du haut de tes 103 ans, nous nous entendions si bien.

Auprès de toi, j'ai beaucoup appris.

Dors en paix très chère Mémé.

Mme Jeannette ADAMON née GOMEZ

Merci de m'avoir accepté comme fils.

Affectueusement.

Ma Soeur Myriam AMSALE BADAMIE " Super NANY " .

Toi qui avait si peur que je n'arrive.

Ce travail est le fruit de tes prières et de tous ces sacrifices multiformes pour moi.

Merci pour tout NANY.

Monsieur MICHEL, Mairaine RENEE et Mamy ODETTE.

Pour l'affection dont vous m'avez toujours entouré.

Sincères remerciements.

Mme Haoua COULIBALY et son époux Emile DACKO.

Pour l'accueil chaleureux que vous m'avez toujours réservé.

Merci sincèrement.

Mme Annie SYLLA.

Vos conseils sont très profonds. Votre contact ne laisse pas indifférent.

Merci pour vos prières et votre si précieuse compréhension.

Affectueusement.

Monsieur Théodore NSEKA.

Ta disponibilité ne m'a jamais fait défaut.

Ta générosité est pour moi , comme une leçon profondément gravée dans ma mémoire.

Crois moi, je ne l'oublierai jamais.

Merci beaucoup Théo.

Imaye IGNENGONGBA.

Malgré votre lourd emploi du temps, vous parveniez toujours à me consacrer beaucoup de temps.  
Profondément reconnaissant.

TEFT.

Je ne sais pas ce que je dois te dire pour te remercier.  
Tu es simplement FANTASTIQUE.  
A VICKY et à toi, beaucoup de bonheur.  
Merci pour tout.

mba, Bertin, Jules, Didier, Youssouf, Angèle, Klaingar, Sira et Lalia.

Je vous ai beaucoup fatigués.  
Merci pour votre compréhension.  
COURAGE.

ude RUGAMBWA et Charles MUHIZI.

Amicalement.

UDEREGA Pamphile .

En souvenir des moments de joie et de peine passés ensemble à Kinshasa.  
Pamphile, je ne t'oublie pas.  
A ROSY et à toi beaucoup de joie.  
Toute mon amitié.

NDA YIHEBURA Innocent.

Pour ce que nous avons vécu ensemble à Cotonou.  
Toute mon amitié.

JIYUNGEKO Absalom

DUWUMWAMI Christophe

KESHIMANA Théophile

YOGO Butoyi Déo

UKIRIRO Gédéon

SIMIR'IMANA Joseph

Je me rappelle de nous à l'Institut Bwindi, C'était beau.  
Avec mon meilleur souvenir.

IMBARAKIYE Jean.

Toute ma reconnaissance.

irélie DA et ANNE-ARMANDE

Bon courage. Amitiés.

KPO Emmanuel .

"Mon grand frère de Cotonou". Ton soutien multiforme ne m'a jamais fait défaut.  
Trouves ici l'expression de ma proude gratitude.

- A Emmanuel MABWIRE et Yvonne avec vos enfants  
Nous sommes toujours touché par votre accueil  
bienvaillant. Soyez assuré de notre profonde  
amitié.
- A Emmanuel BATURURIMI et Médiatrice avec vos enfants  
Avec tout nos sentiments d'amitié
- A Hervé LUDOVIC-DE-LYS  
Merci pour la compréhension et l'espoir  
Toute mon amitié
- A Madame Marie DARBOUX  
Ma petite maman de Cotonou  
Merci pour tout ce que tu as fait pour moi  
Avec toute mon affection.
- A DOUMBIA et à tous les amis de la P.M.I Centrale de Bamako  
Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi  
Toute notre reconnaissance
- A Modibo TRAORE, Ismaël KALIL Chérif et à Modibo KASSOGUE  
En souvenir de ces années que nous venons de  
passer ensemble  
Dans l'espoir que les "éléphanteaux"  
abandonnerons...  
Nous formions une bonne équipe.  
En nous souhaitant des lendemains meilleurs vous  
pouvez compter sur mon amitié pour vous dans  
l'espoir que ce sera réciproque
- A Yozefu KAMANYOLA et toute sa famille  
Vous avez beaucoup fait pour ma famille et moi  
même.  
Nous vous aimons beaucoup et vous demandons  
d'être rassuré de notre profonde reconnaissance
- A Sylvestre NDIMUBANDI  
J'espère que tu seras fier du grain que tu as  
sémé à NYAMIBU  
En première année primaire. T'en souviens-tu? Moi  
je n'ai pas oublié. Merci pour tout ce que tu as  
fait pour moi
- A tous les internes.
- A tous les enfants de l'Ecole de Dimanche de l'Eglise  
Protestante de GBETO à Cotonou en particulier les  
"JUNIORS" sans oublier les animateurs (trices)  
nous avons passé des moments richement bénis  
ensemble à Bopa, à Parakou, à Porto-Novo, à  
Ganvié... C'était merveilleux. Je garde de cette  
période des souvenirs inoubliables. Dans l'espoir  
que vous ferez mieux que "Frère Elie" et que vous  
demeurerez dans l'amour de la parole de Dieu.

Toutes ces familles qui ont rendu heureux mon séjour à COTONOU et plus particulièrement:

Les familles DOUMATEY  
DOSSOU  
AKUESON  
BELLO  
GOMEZ

Avec les AHOUANMENOUE,  
Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Hervé GBAGUIDI; Akoutey V. de Paul; Njipap Octavie.  
Amicalement.

Christelle et Christel.

Vous n'êtes plus mes "Juniors" mais mes " grandes".  
Demeurez fermes dans l'enseignement que vous avez reçu: La crainte de l'Eternel.  
A travers ce travail, trouvez un appel qui vous invite à faire mieux que "frère Elie".

Salah WAGUE.

Ime MAIGA Astan COULIBALY et son époux.  
Amicalement.

Assitan COULIBALY et JEFF.  
Amitiés.

Toutes les Soeurs de N'TOMIKOROBOUGOU et la " Mère Généreuse".  
Votre accueil est toujours empreint de grâce et de joie.  
Votre maison est comme un havre de paix.  
Profonde gratitude.

Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés.  
Pour le soutien matériel que vous m'avez apporté.  
Sincère reconnaissance.

JX DOCTEURS Nouhoum ONGOIBA et Tongo DOUMBIA.

Siby B; Moussa B; Aguibou C; Saly T.

TOUT LE PERSONNEL DE LA CHIRURGIE "B".

## AUX MEMBRES DU JURY.

Maître et Président du Jury  
Monsieur Sambou SOUMARE  
Spécialiste en Chirurgie générale  
Service de Chirurgie "A"  
Hôpital National du Point "G"

Par votre grande expérience chirurgicale,  
votre simplicité font de vous un maître apprécié de tous.  
Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider  
ce jury de notre travail.  
Permettez-nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre  
profond respect.

Maître  
Monsieur Zakaria MAIGA  
Spécialiste en Médecine  
Service de l'Hôpital National du Point "G"

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger notre travail.  
Soyez assuré, cher maître, de notre profonde gratitude.

Maitre  
M. Abdoul Kader TRAORE dit DIOP  
Titulaire chef de clinique  
Chirurgie "B"  
National du Point "G"

Votre simplicité et votre modestie font que vous êtes d'un abord facile.  
Vos qualités humaines et scientifiques nous ont beaucoup impressionnés.  
Nous sommes très heureux de vous compter parmi nos  
juges.  
Soyez assuré, cher maitre, de notre profonde gratitude.

Maitre et Directeur de thèse  
M. Abdel Karim KOUMARE  
Titulaire en chirurgie générale  
Chirurgie anatomie  
National du service de Chirurgie "B"  
National du Point "G"

Votre amour du travail bien fait, votre rigueur, votre minutie dans le travail, votre  
dextérité chirurgicale, vos vastes connaissances scientifiques, autant de  
qualités que nous avons remarquées en vous et qui nous ont poussées à  
vous choisir pour la chirurgie "B".  
Nous sommes fier d'être compté parmi vos élèves.  
Nous vous prions d'accepter ce travail comme modeste témoignage de notre sincère  
reconnaissance et de notre profond respect.

## S O M M A I R E.

TITRES	PAGES
INTRODUCTION et Objectifs.....	1
GENERALITES	
I. Présentation de l'Hôpital du Point "G".....	4
I. Présentation du service de chirurgie "B".....	4
I. Liste des tableaux.....	10
METHODOLOGIE.....	16
RESULTATS	
I. Description des malades reçus en consultation dans le service.....	20
I. Description des malades reçus en urgence dans le service.....	43
II. Description des malades hospitalisés dans le service.....	50
IV. Description des types d'intervention qui ont été effectuées dans le service.....	60
V. Description des suites post opératoires dans le service.....	65
VI. Les pathologies qui ont été traitées dans le service.....	73
DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES.....	135
CONCLUSIONS.....	159
RECOMMANDATIONS.....	161
BIBLIOGRAPHIE.....	163
ANNEXES.....	172

# INTRODUCTION



Aujourd'hui, les statistiques sanitaires constituent une science qui a fait ses preuves. malheureusement dans nos pays en voie de développement, les services de statistique mal équipés. Si les dossiers ne sont pas mal conservés, ils sont alors inexistant.

Cette situation rend difficile la recherche en matière de santé et la bonne gestion des ces sanitaires. Des études ont été effectuées dans certains centres de Santé.

A Abidjan, YAPI Goh Théophile (77) dans "Bilan statistique et de fonctionnement des nces médicales du CHU de Cocody sur une période d'activité de 1 an "a déterminé la uence des affections rencontrées et a évalué la morbidité et la mortalité du même service lant la même période. Mais il n'a pas abordé la durée d'hospitalisation et le taux cupation des lits.

DOUMBIA GNAMAKOLO (24) a étudié le problème de la morbidité et de la talité observées dans le service de chirurgie générale au CHU de Treichville. Il a étudié olution des hospitalisations, de la mortalité et des complications post opératoires. Mais 'a pas traité la question des consultations ni des k operatoires.

Dans son étude à propos de 82.987 actes chirurgicaux dans les hôpitaux de Bamako de Kati ; COULIBALY D.K.(17) s'est limité à l'étude de l'évolution du nombre interventions chirurgicales effectuées dans les hôpitaux. Il n'a pas étudié la question des es post-opératoires, ni la répartition de ces interventions en fonction de l'âge et du sexe.

TEMBELY G.(61), dans "Contribution à l'étude comparative des interventions rurgicales effectués dans les centres de santé périphérique du Mali" a traité l'évolution des rventions chirurgicales par an et par région. Mais il n'a pas abordé les complications itopératoires, ni le taux d'occupation des lits.

TRAORE B.M.(69) dans "Bilan de l'activité chirurgicale du service de gynécologie stétrique à l'hôpital du Point G" a démontré la baisse de la fréquence des interventions rurgicales non gynécologiques et l'orientation essentiellement chirurgicale du service. Mais n'a pas étudié le taux des complications post opératoires.

Par ailleurs, des études s'étendant sur une longue période ont été effectuées dans le vice de chirurgie B c'est le cas de :

- L'Evaluation de 10 ans de cure de hernie de l'aine en chirurgie B. Par TOUNKARA A. (52)
- Ulcères gartro-duodenaux en chirurgie "B" de 1979 à 1989. Par KEITA B.J.(32)
- "Evaluation de 10 ans de chirurgie thyroïdienne" dans le service de chirurgie "B" de l'hôpital du Point G. Par YENA S.(78)
- "Les cancers gastriques en chirurgie B ( sur 10 ans). Par SAKO L. (53)

omme nous le constatons, les études effectuées dans ce service ont porté souvent sur le pathologie, surement pour mieux appréhender tous les aspects des problèmes posés cune de ces pathologies.

Il nous a paru alors intéressant d'étudier l'évolution, non d'une seule activité ou d'une athologie, mais de plusieurs activités (consultations, hospitalisations, opérations et post opératoires précoces) effectuées dans ce service, la chirurgie B de l'Hôpital al du Point "G" à Bamako.

Car, c'est dans la mesure où l'on connaît l'évolution d'une activité dans le passé peut projeter sa gestion dans l'avenir.

plan ci-après sera suivi:

- Objectifs.
- Généralités.
- Méthodologie.
- Resultats.
- Discussions et Commentaires.
- Conclusion.
- Recommandations.
- Bibliographie.
- Annexes.
- 0 - Résumé.

## OBJECTIFS

l'objectif général de notre travail a été:

1. D'étudier les activités réalisées dans le service de chirurgie B Du 08.12.1978 au 30 Mars 1992.

les objectifs spécifiques ont été de déterminer l'évolution:

1. Des consultations et des hospitalisations.
2. De la fréquence de différentes pathologies et interventions chirurgicales.
3. De la valeur en K opératoire et en K anesthésique des différents actes exécutés
4. Des taux de complications post-opératoires précoces.
5. De l'aire géographique couverte par le service.
6. Taux d'occupation des lits.

# GENERALITES

## PRESENTATION DE L'HOPITAL DU POINT "G".

L'hôpital du Point G est le premier hôpital du Mali. C'est aussi un hôpital national celui de Gabriel TOURE et de KATI.

situé à 8kms du centre ville. Ses travaux de construction ont commencé en 1906. Mais en 1912 que l'hôpital est devenu fonctionnel, donc pendant la période de colonisation : Mali s'appelait "Soudan Français" ou "Colonie du haut fleuve Niger". Actuellement, l'hôpital est composé des services suivants:

- Chirurgie A,B et C, urologie, gynéco-obstétrique.
- Médecine interne A, B, C, D, cardiologie, neurologie, Maladies infectieuses, Psychiatrie, Nouveau pavillon (Gastro-enterologie), Néphrologie, Pneumo-phthisiologie.
- Laboratoire, Pharmacie, Réanimation, Bloc-opératoire, Radiologie.

Il compte 612 lits pour les malades hospitalisés, 300 travailleurs et son administration composée de:

- un directeur général
- un directeur général adjoint
- un directeur administratif et financier
- un directeur technique
- un gestionnaire
- un surveillant général
- un chef du personnel
- sept fonctionnaires administratifs
- quatre dactylographes

## PRESENTATION DU SERVICE DE CHIRURGIE "B".

Historique et Evolution du service :

Le service de chirurgie "B" a vu le jour en fin 1978 avec l'arrivée du Professeur Abdel Karim KOUMARE.

Depuis sa création jusqu'à nos jours, ce service est composé de 2 pavillons:

- Une partie du pavillon S. DOLO.
- La chirurgie I. avec un bloc opératoire.

La partie du pavillon DOLO :

Elle est composée des salles d'hospitalisation et celles du personnel:

. Salles d'hospitalisation:

Première catégorie :

Une salle à 2 lits pour femmes

Une salle à 2 lits pour hommes

Les salles de la première catégorie sont climatisées et comportent des installations sanitaires internes (douche, W.C, lavabo) L'hospitalisation coûte 35.000 Franc CFA par quinzaine.

Deuxième catégorie :

Une salle à 5 lits pour femmes.

Une salle à 5 lits pour hommes

Les salles de la 2<sup>ème</sup> catégorie ont à la place de climatiseur, un brasseur avec des installations sanitaires internes.

L'hospitalisation coûte 25.000 Francs CFA pour quinze jours.

Autres salles :

- Une salle de garde pour chirurgiens et internes
- Une salle de garde pour infirmiers.
- Une salle de garde pour garçon de salle.
- Une salle ; bureau du Major du pavillon Dolo.
- Une salle de Pansement.

Le pavillon de la chirurgie I ou 3<sup>ème</sup> catégorie :

Salles d'hospitalisation :

\* D'abord jusqu'en 1990 :

- Salle I : 7 lits pour femmes.
- Salle II : 8 lits pour femmes.
- Salle III : 8 lits pour hommes.
- Salle unique : 2 lits.

Ici, les installations sanitaires sont situées à l'extérieur et tous les malades hospitalisés en chirurgie I partagent les mêmes toilettes. L'hospitalisation coûte 12.500 francs CFA pour quinze jours.

Jusqu'en 1990, le bureau du professeur et sa salle de consultation étaient dans l'actuel emplacement du service de cardiologie.

\* En 1990, le service a connu des modifications suivantes :

- La salle I de la chirurgie I a été scindée en deux pour donner :
  - . le bureau du Professeur.
  - . le magasin.
- Le bureau du major de la chir I et sa salle de garde sont devenus respectivement bureau de consultation et d'examen physique.

- La salle unique de la chirurgie I est devenue Bureau et salle de garde du Major.

- Juste derrière le nouveau bureau du professeur, une salle a été aménagée la Secrétaire.

Après toutes ces modifications, le nombre de lits en 3ème catégorie est passé alors à 20 selon la répartition ci-après :

- Une salle pour femmes : 10 lits.
- Une salle pour hommes : 10 lits.

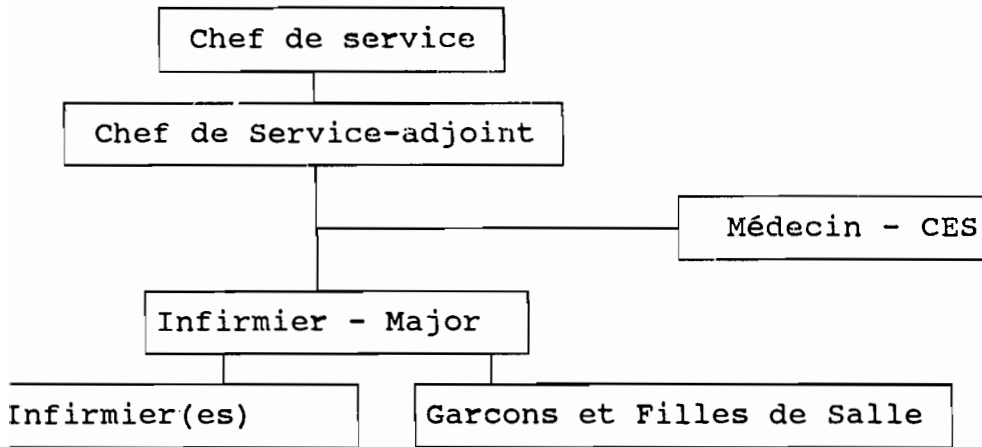
Autres salles:

- Le bureau du professeur.
- La salle de consultation.
- La salle d'examen.
- Le bureau de l'infirmier Major.
- La salle de garde des infirmiers.
- La salle de garde des garçons de salle.
- Le bureau de la secrétaire.
- Le magasin.

Le pavillon Dolo n'a pas connu de modification. Evolution du nombre des lits du vice :

Période	1979 - 1990	1991 à Nos jours
1ère catégorie	4 lits	4 lits
2ème catégorie	10 lits	10 lits
3ème catégorie	25 lits	20 lits
T O T A L	39 lits	34 lits

## Organigramme du Service.



## Fonctionnement du Service.

### - Consultations et soins aux malades hospitalisés.

Le service assure la consultation une fois par semaine de 9 à 1990 et 2 fois par semaine de 1990 à nos jours :

- . Une consultation du Professeur les Mercredi à partir de 10h.
- . Une consultation de l'Assistant chef de clinique les Jeudi.

Les internes participent aux 2 consultations.

### - Conditions de consultation.

L'anamnèse est recueillie dans une salle commune (salle de consultation) où médecins et Internes interrogent les malades en même temps. Au cours de ces consultations, diverses décisions peuvent être prises:

- . le malade peut être adressé à un autre médecin.
- . Il peut être traité en externe.
- . Ou alors être hospitalisé.

Lorsqu'un malade est hospitalisé et s'il doit être opéré, il y a une période appelée période de préopératoire observée dans le service. Au cours de cette période, le malade est sous surveillance. Il subit une préparation particulière en fonction de sa pathologie et du type d'intervention qu'il doit subir.

### - Interventions chirurgicales:

L'Equipe de la chirurgie B opère 3 jours/Semaine : Lundi, Mardi et Jeudi.



- Gardes :

La chirurgie B partage les tours de garde avec les autres services de chirurgie c'est-à-dire : A, C et l'urologie.

Avant décembre 1992, chaque équipe prenait la garde tous les 5 jours. Mais depuis que le service de gynécologie est devenu autonome, les équipes de garde reviennent tous les 4 jours.

Au cours de ces gardes chirurgien et Internes de garde partagent la même salle !

- Le service assure d'autres activités :

- . Formation des étudiants (Internes, externes), élèves infirmier(es).
- . Travaux de recherche.

- Périodes de fonctionnement effectif du service:

Ces périodes ont été fortement influencées par les voyages de formation du chef de service:

1978: Arrivée.

1979: Chef de service présent pendant toute l'année.

1980: 1981; 1982: Chef de service souvent absent de Bamako (6mois/an) pour la préparation de ses deux concours d'agrégation.

1978 à 1981: Le service n'avait pas de salle d'opération.

Les opérations étaient effectuées dans les salles d'opération de chirurgie "A"(Lundi), de chirurgie "C"(Mardi) et urologie (Jeudi).

1981: Ouverture de la salle d'opération de la chirurgie "B".

1983, 1984: Chef de service présent.

1985 (fin), 1986 (toute l'année), 1987 (début): Chef de service au Canada pour sa formation en pédagogie.

1988: Début de fonctionnement effectif du service. Soit environ 10 ans de fonctionnement à temps plein.

Ces périodes seront suivies d'une astérisque (\*) dans les tableaux au cours de la présentation de nos résultats.

## Liste des Tableaux

Description de tous les malades qui ont été reçus en consultation simple ou Urgente dans le Service.

Tableau 1.1 : Evolution de l'effectif de l'ensemble des malades reçus dans le service.

Tableau 1.2 : Evolution de l'effectif des malades reçus dans le Service en fonction du mode de recrutement.

Tableau 1.3 : Répartition de l'effectif des malades reçus en fonction de l'âge.

Tableau 1.4 : Evolution de l'effectif des malades reçus selon leur sexe.

Tableau 1.5 : Répartition de malades reçus en consultation en fonction de leur résidence.

Tableau 1.6 : Répartition des malades reçus en fonction de leurs Occupations.

Tableau 1.7 : Répartition des malades reçus en fonction de leur religion.

Tableau 1.8 : Répartition des malades reçus en fonction de leur nationalité.

Tableau 1.9 : Répartition des malades reçus en fonction de leur ethnie.

Tableau 1.10: Répartition des malades reçus selon qu'il ont été réorientés ou non vers un autre médecin.

Tableau 1.11: Répartition des malades selon qu'ils ont été hospitalisés ou non.

Tableau 1.12: Répartition des malades selon les personnes qui les ont envoyés.

Tableau 1.13: Répartition des pathologies en fonction du diagnostic de consultation.

Tableau 1.14: Répartition des malades en pathologies médicales ou chirurgicales.

Description des malades reçus en Urgence.

- eau 2.1 : Répartition des malades reçu en urgence selon leur âge.
- eau 2.2 : Répartition des malades reçus en urgence selon leur sexe.
- eau 2.3 : Répartition des malades reçus en urgence en fonction de leur résidence.
- eau 2.4 : Répartition des urgences adressées ou non vers d'autres médecins.
- eau 2.5 : Répartition des malades reçus en urgence en fonction du diagnostic à l'arrivée.
- eau 2.6 : Répartition des malades reçus en urgence en fonction du diagnostic pré-opératoire.
- eau 2.7 : Répartition des malades reçus en urgence selon qu'ils ont été hospitalisés ou non.

Description des malades hospitalisés.

- eau 3.1 : Evolution de l'effectif des malades hospitalisés.
- eau 3.2 : Répartition des malades hospitalisés en fonction de l'âge.
- eau 3.3 : Répartition des malades hospitalisés en fonction du sexe.
- eau 3.4 : Répartition des malades hospitalisés en fonction de la résidence.
- eau 3.5 : Répartition des malades en fonction de la catégorie d'hospitalisation.
- eau 3.6 : Répartition des malades hospitalisés en fonction du diagnostic d'entrée.
- eau 3.7 : Evolution des durées moyennes d'hospitalisation pré et post-opératoires.
- eau 3.8 : Répartition des durées moyennes d'hospitalisation pré et post opératoire en fonction de la catégorie d'hospitalisation.
- eau 3.9 : Evolution en fonction des années, des journées d'hospitalisation et du taux d'occupation des lits.

Description des types d'intervention.

- Tableau 4.1 : Répartition des effectifs des différents types d'interventions
- Tableau 4.2 : Comparaison de l'évolution du nombre des malades hospitalisés à celui des malades opérés.
- Tableau 4.3 : Répartition de l'effectif des interventions selon l'opérateur.
- Tableau 4.4 : Répartition de  $Kop$  et  $Ka$  moyens en fonction de l'appareil opéré.

Description des suites post-opératoires.

- Tableau 5.1 : Evolution du taux de décès dans le service.
- Tableau 5.2 : Evolution du taux de l'infection de paroi.
- Tableau 5.3 : Répartition de l'infection de paroi en fonction de l'organe opéré.
- Tableau 5.4 : Répartition des suites post opératoires en fonction du sexe.
- Tableau 5.5 : Répartition des suites post opératoires en fonction de l'âge.
- Tableau 5.6 : Répartition de suites post opératoires en fonction de l'organe opéré.
- Tableau 5.7 : Répartition des infections et des décès en fonction des pathologies courantes + urgence.
- Tableau 5.8 : Répartition des suites post opératoires en fonction de la catégorie d'hospitalisation.

DESCRIPTION DES PATHOLOGIES QUI ONT ETE TRAITÉES  
DANS LE SERVICE.

Hernie.

- bleau 6.1.1 : Répartition des différents types de hernie.
- bleau 6.1.2 : Evolution de l'effectif de la hernie en fonction du Sexe.
- bleau 6.1.3 : Evolution de la hernie par rapport au nombre total des malades hospitalisés par an.
- bleau 6.1.4 : Répartition de la hernie en fonction de l'âge.
- bleau 6.1.5 : Répartition de la hernie en fonction de la profession.

. Pathologie thyroïdienne.

- bleau 6.2.1 : Répartition des différents type de goitres
- bleau 6.2.2 : Evolution de l'effectif de goitre en fonction du sexe.
- bleau 6.2.3 : Répartition des goitre en fonction de l'âge.

. Les cancers.

- bleau 6.3.1 : Répartition des différents types des cancers.
- bleau 6.3.2 : Evolution de l'effectif des cancéreux.
- bleau 6.3.3 : Répartition des cancéreux en fonction de l'âge.

. Pathologie appendiculaire.

- bleau 6.4.1 : Répartition des différents types d'appendicite.
- bleau 6.4.2 : Evolution la pathologie appendiculaire en fonction du sexe.
- bleau 6.4.3 : Répartition de la pathologie appendiculaire en fonction de l'âge.

4. Pathologie oesophagienne.

- bleau 6.5.1 : Répartition des différents types de pathologie oesophagienne
- bleau 6.5.2 : Evolution de la pathologie oesophagienne.
- bleau 6.5.3 : Répartition de la pathologie oesophagienne en fonction de l'âge

5. Pathologie gastrique.

- bleau 6.6.1 : Répartition de différents types de pathologies gastriques.
- bleau 6.6.2 : Evolution de l'effectif de la pathologie gastrique en fonction du sexe.
- bleau 6.6.3 : Répartition de la pathologie gastrique en fonction de l'âge.

7. Pathologie duodénale.

- bleau 6.7.1 : Répartition des différents type de pathologies duodénales.
- bleau 6.7.2 : Evolution de la pathologie duodénale en fonction de l'âge.

- Pathologie iléo colique + Peritoine.  
eau 8.8.1 : Répartition des différents types de pathologie iléo-colique.  
eau 6.8.2 : Evolution de la pathologie iléo-colique en fonction du sexe.  
eau 6.8.3 : Répartition de la pathologie iléo-colique en fonction de l'âge.

.Pathologies ano rectales.

- 6.9.1. : Fissures et Fistules anales.  
bleau 6.9.1.1:Effectif de fissures et fistules anales.  
bleau 6.9.1.2:Répartition des fissures et fistules anales en fonction de l'âge.  
bleau 6.9.1.3:Evolution et répartition des fissures et fistules anales en fonction du sexe.

6.9.2 : Pathologie hémorroïdaire.

- bleau 6.9.2.1:Répartition des autres types de pathologie hémorroïdaire.  
bleau 6.9.2.2:Répartition de de la pathologie hémorroïdaire en fonction de l'âge.  
bleau 6.9.2.3:Evolution et répartition de la pathologie hémorroïdaire en fonction du sexe.

6.9.3 : Autres pathologies ano-rectales.

- bleau 6.9.3.1:Répartition des autres types de pathologie ano-rectales.  
bleau 6.9.3.2:Répartition des autres pathologies ano-rectales en fonction de l'âge.  
bleau 6.9.3.3:Evolution et répartition de autres pathologies ano-rectales en fonction du sexe.

10. Pathologies Vasculaires .

- bleau 6.10.1 :Répartition des différentes pathologies vasculaires.  
bleau 6.10.2 :Répartition de la pathologie vasculaire en fonction de l'âge.  
bleau 6.10.3 :Evolution de la pathologie vasculaire en fonction du sexe.

11. Pathologies Mammaires.

- bleau 6.11.1 :Répartition des différentes pathologies mammaires  
bleau 6.11.2 :Répartition de la pathologie mammaire en fonction de l'âge.  
bleau 6.11.3 :Evolution de la pathologie mammaire en fonction du sexe.

12. Les complications de la grossesse.

- bleau 6.12.1 :Répartition des différentes complications de la grossesse.  
bleau 6.12.2 :Evolution de l'effectif des complication de la grossesse.  
bleau 6.12.3 :Répartition des complications de la grossesse en fonction de l'âge.

bleau 6.12.4 :Répartition des complications de la grossesse en fonction du mode de recrutement.  
bleau 6.12.5 :Complications de la grossesse et hospitalisation.

13. Les pathologies de l'appareil urinaire.

bleau 6.13.1: Répartition des pathologies de l'appareil urinaire.

bleau 6.13.2 :Répartition des pathologies de l'appareil urinaire en fonction de l'âge.

bleau 6.13.3 :Evolution des pathologies de l'appareil urinaire en fonction du sexe.

14. Les pathologies de la peau et de la paroi.

bleau 6.14.1 :Répartition des pathologies de la peau et de la paroi.

bleau 6.14.2 :Evolution des pathologies de la peau et de la paroi en fonction du sexe.

bleau 6.14.3 :Répartition des pathologies de la peau et de la paroi en fonction de l'âge.

15. Les pathologies du foie, de la rate et des voies biliaires.

bleau 6.15.1 :Répartition des pathologies du foie, de la rate et des voies biliaires.

bleau 6.15.2 :Répartition des pathologies du foie, de la rate et des voies biliaires en fonction du sexe.

bleau 6.15.3 :Répartition des pathologies du foie de la rate et des voies biliaires en fonction de l'âge.

16. Les pathologies de l'appareil génital mâle.

bleau 6.16.1 :Répartition des pathologies de l'appareil génital mâle.

bleau 6.16.2 :Répartition des pathologies de l'appareil génital mâle en fonction du sexe.

bleau 6.16.3 :Répartition des pathologies de l'appareil génital mâle en fonction de l'âge.

17. Les Pathologies de l'appareil génital femelle.

bleau 6.17.1 :Répartition des pathologies de l'appareil génital femelle.

bleau 6.17.2 :Evolution des pathologies de l'appareil génital femelle.

bleau 6.17.3 :Répartition des pathologies de l'appareil génital femelle selon l'âge.

18. Les Pathologies traumatiques.

bleau 6.18.1 :Répartition des pathologies traumatiques.

bleau 6.18.2 :Evolution des pathologies traumatiques selon le sexe.

bleau 6.18.3 :Répartition des pathologies traumatiques selon l'âge.

## **METHODOLOGIE**



Notre étude a été rétrospective. Elle a porté sur certaines activités (consultations, hospitalisations, interventions chirurgicales, suites post opératoires précoces) du service de chirurgie B de l'hôpital national du point G sur une période allant du 08.Déc.1978 au 30 Mars. 1992. Soit 13 ans et 4 mois d'activité.

- Le questionnaire d'enquête et le pré-test.

Cette étude a commencé le 1er Déc - 1991 par l'élaboration d'un questionnaire réalisé par nous même, critiqué et corrigé par les internes, les assistants du service et le Directeur de thèse.

L'élaboration du questionnaire a été suivie par un pré-test. Nous avons réalisé ce dernier sur 1500 dossiers. Ce qui nous a permis de réajuster le nombre et la pertinence de nos variables.

Le questionnaire définitif fût prêt le 15.05 1992. Il comportait 31 variables regroupées en :

- Renseignements administratifs.
- Renseignements sur le diagnostic.
- Renseignements sur le traitement.
- Renseignements sur les suites post opératoires.

- La collecte des données.

Pour la collecte de nos données, nous avons utilisé les documents ci-après :

- Les fiches de consultation.
- Les registres de compte rendu opératoire.
- Les registres des malades hospitalisés.

Nous avons commencé cette collecte le 20.05.1992 et l'avons terminée le 20 Février. 1993. Elle nous a permis de rassembler des données sur 11910 dossiers des malades reçus dans le service de chirurgie B du 08. Déc. 1978 au 30 Mars 1992.

- La saisie des données.

A cause de l'immensité du travail nous avons décidé de faire parallèlement à la collecte, la saisie des données sur ordinateur. Nous avons commencé cette saisie le 02.sept.1992 et avons terminée le 02.03.93.

La saisie a été faite par nous même selon le logiciel dbase 4.

L'analyse des données et la rédaction de la thèse.

A ce niveau nous avons rencontré beaucoup de problèmes à cause du fichier assez volumineux de nos données. Les logiciels tels que Epi-info, STATA nous répondaient qu'il fallait diviser le fichier par 10. C'est-à-dire le traiter par groupe de 1000. Nous avons trouvé ce processus très fastidieux. Seul le logiciel SPSS/PC+ (*Statistical Package for the Social Sciences*) a pu accepter de traiter notre fichier en entier. Ce qui nous a permis de faire l'analyse de nos données sur SPSS avec l'aide d'un informaticien. Au cours de cette analyse, nous avons été amené à créer des nouvelles variables en subdivisant toutes les dates retenues dans notre questionnaire en jour, mois et année. Nous sommes passés donc de 31 à 37 variables. C'est cette nouvelle disposition des variables "date" qui nous a permis de perfectionner des tableaux représentant l'évolution des activités au cours des années. Pour l'élaboration des graphiques nous avons utilisé le logiciel QUATTRO PRO. Nous sommes passé ensuite à l'étude de nos résultats que nous avons, dans commentaires et discussions, comparés à ceux d'autres auteurs. Après la conclusion, nous avons saisi tout notre travail avec le logiciel WordPerfect version 5.1.

# R E S U L T A T S

I. DESCRIPTION DE TOUS LES MALADES QUI ONT ETE RECUS X  
EN CONSULTATION DANS LE SERVICE.

Tableau 1.1. Evolution de l'effectif des malades venus en  
consultation en fonction de l'année.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
A N N E E		
N.D.	38	0.3
1978*	31	0.3
1979	1159	9.7
1980*	864	7.3
1981*	562	4.7
1982*	634	5.3
1983	1067	9.0
1984	908	7.6
1985*	562	4.7
1986*	492	4.1
1987*	623	5.2
1988	781	6.6
1989	1116	9.4
1990	1346	11.3
1991	1359	11.4
1992*	368	3.1
T O T A L	11910	100.0

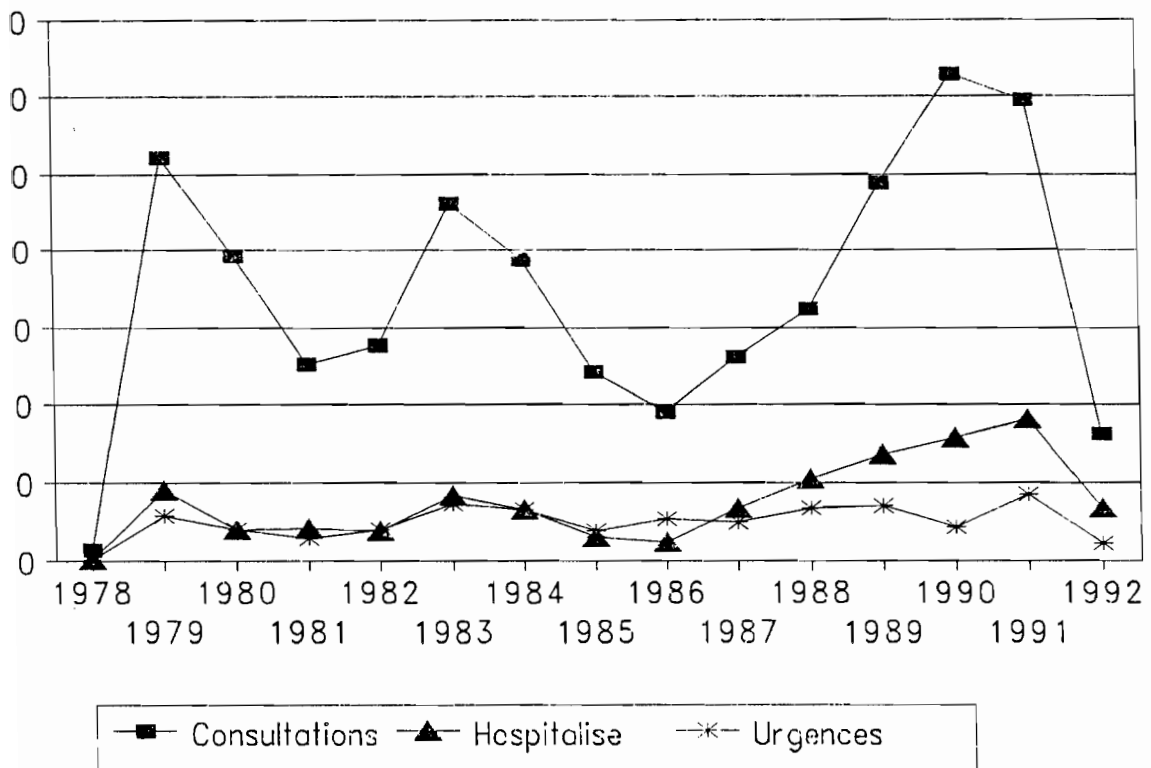
C'est en 1986 que le service a enregistré  
effectif le plus bas des malades venus en consultation ; soit  
2. Mais à partir de 1987, l'effectif n'a fait qu' augmenter; de  
3 en 1987 il a atteint 1359 en 1991.

Tableau 1.2. Evolution des malades reçus dans le service selon le mode de recrutement et l'année.

MODE D'ENTREE	CONSULTATION	URGENCE	NON DETERMINE	TOTAL
N.D.	36	2	0	38 0.3%
1978*	28	3	0	31 0.3%
1979	1042	115	2	1159 9.7%
1980*	783	80	1	864 7.3%
1981*	506	56	0	562 4.7%
1982*	554	80	0	634 5.3%
1983	918	147	2	1067 9.0%
1984	776	132	0	908 7.6%
1985*	485	77	0	562 4.7%
1986*	382	110	0	492 4.1%
1987*	523	100	0	623 5.2%
1988	644	134	3	781 6.6%
1989	975	140	1	1116 9.4%
1990	1260	86	0	1346 11.3%
1991	1189	169	1	1359 11.4%
1992*	323	44	1	368 3.1%
T O T A L	10424 87.5%	1475 12.4%	11 0.1%	11910 100%

Sur 11910 malades reçus dans le service, 1475 sont venus en urgence soit 12.4%. L'effectif de consultation le plus élevé a été atteint en 1990: 1260 malades et celui des urgences en 1991: 169 malades.

### Evolution consultations, urgences et hospitalisations par an



bleau 1.3: Répartition de l'effectif des malades reçus en fonction de l'âge.

AGE	NOMBRE	POURCENTAGE
0 - 9	617	5.2
10 - 19	1307	11.0
20 - 29	3140	26.4
30 - 39	2733	22.9
40 - 49	1728	14.5
50 - 59	1076	9.0
60 - 69	711	6.0
70 - 79	297	2.5
80 - 89	78	0.7
90 - 99	10	0.1
100 +	1	0.0
T O T A L	11910	100.0

Le service a reçu des patients âgés de 0 à 101 ans.

Les effectifs les plus élevés ont été enregistrés dans les tranches d'âge de 20 - 29 ans et de 30 - 39 ans. Ils ont atteint en 1980 respectivement 370 et 230.

Près de la moitié des malades (5873 soit 49.3%) qui ont consulté la chirurgie B ont été recrutés dans ces deux tranches d'âge.



Evolution des consultations, hospitalisations et des urgences selon l'âge.

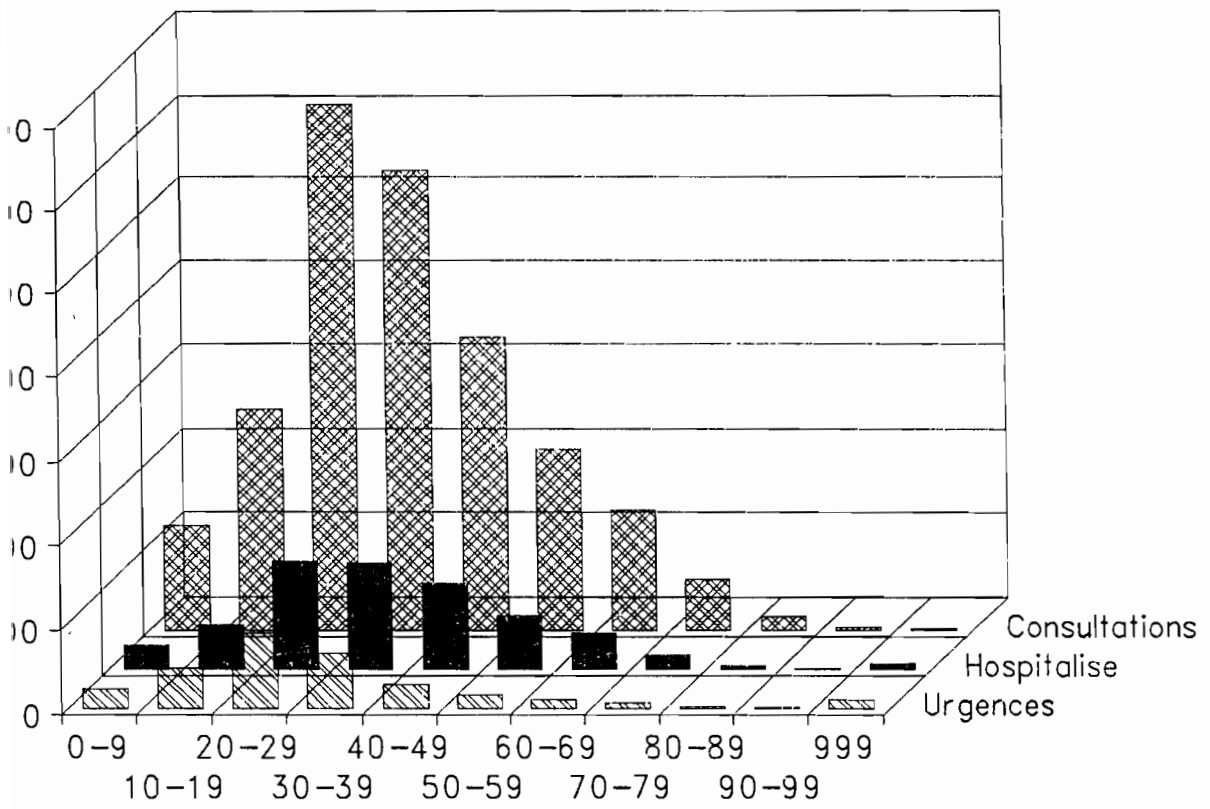
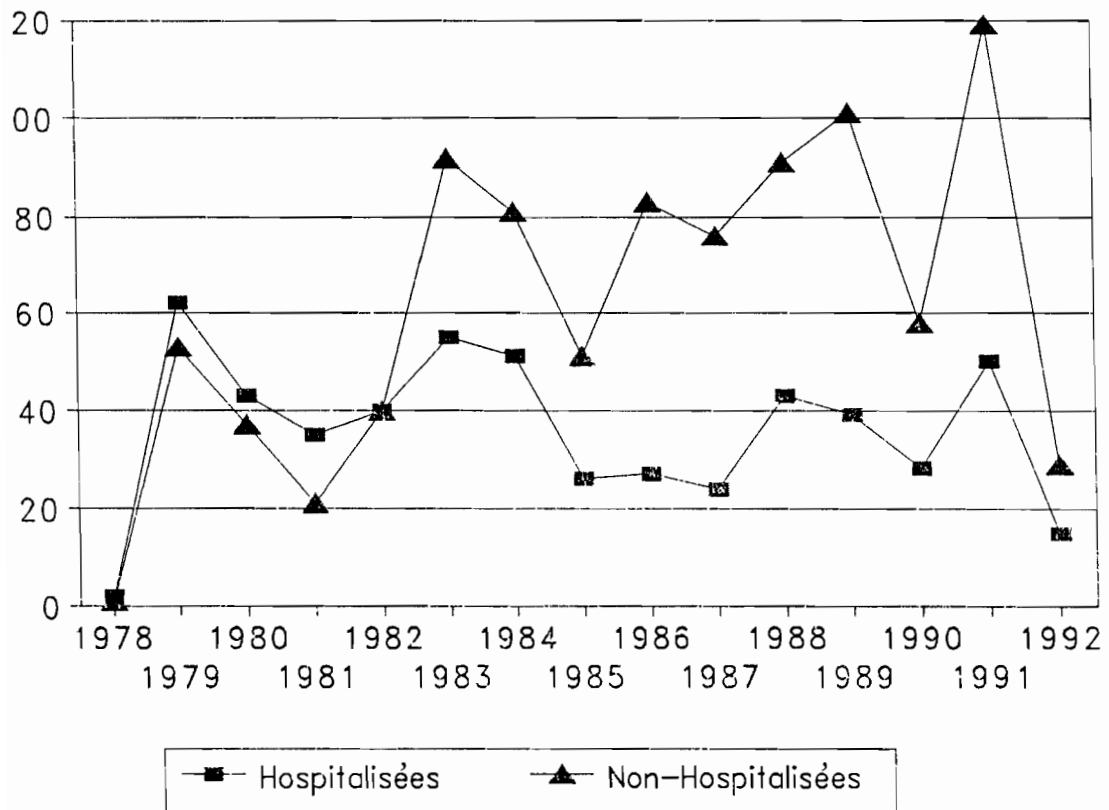


Tableau 1.4: Evolution des effectifs des malades reçus en consultation selon le sexe et l'année.

ANNEE	MASCULIN	FEMININ	NON DETERM	TOTAL
N.D	17 0.1%	21 0.2%	0 0.0%	38 0.3%
1978*	10 0.1%	21 0.2%	0 0.0%	31 0.3%
1979	476 4.0%	671 5.6%	12 0.1%	1159 9.7%
1980*	437 3.7%	420 3.5%	7 0.1%	864 7.3%
1981*	260 2.2%	299 2.5%	3 0.0%	562 4.7%
1982*	318 2.7%	312 2.6%	4 0.0%	634 5.3%
1983	537 4.4%	535 4.5%	5 0.0%	1067 9.0%
1984	430 3.6%	478 4.0%	0 0.0%	908 7.6%
1985*	278 2.3%	284 2.4%	0 0.0%	562 4.7%
1986*	243 2.0%	247 2.1%	2 0.0%	492 4.2%
1987*	322 2.7%	301 2.5%	0 0.0%	623 5.2%
1988	388 3.3%	391 3.3%	2 0.0%	781 6.6%
1989	581 4.9%	534 4.5%	1 0.0%	1116 9.4%
1990	657 5.5%	686 5.8%	3 0.0%	1346 11.3%
1991	640 5.4%	719 6.0%	0 0.0%	1359 11.4%
1992*	185 1.6%	182 1.5%	1 0.0%	368 3.1%
T O T A L	5769 48.4%	6101 51.2%	40 0.3%	11910 100%

Le service a reçu plus de femmes ( 51.2 % ) que d'hommes ( 48.4 % ) avec un sex ratio égal à 5769/6101 soit 0.9.

Evolution des Urgences Hospitalisées et Non-Hospitalisées par an



bleau 1.5: Répartition de l'effectif des malades reçus en fonction de leur résidence.

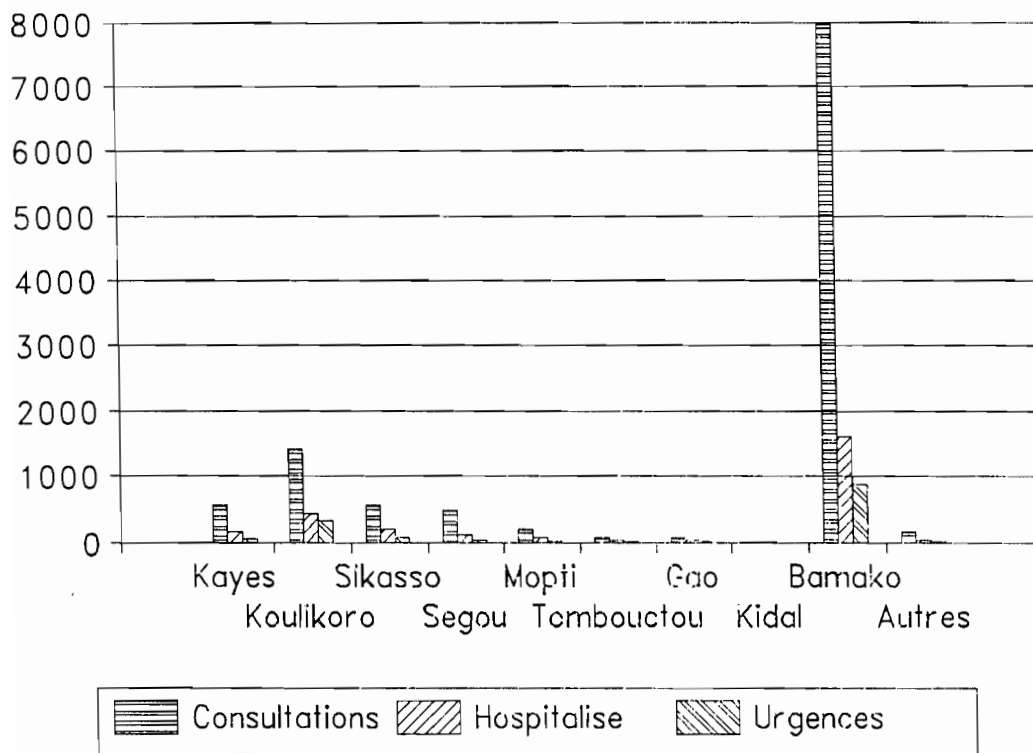
EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
RESIDENCE		
1ère REGION	555	4.7
2ème REGION	1412	11.9
3ème REGION	552	4.6
4ème REGION	477	4.0
5ème REGION	203	1.7
6ème REGION	77	0.6
7ème REGION	64	0.5
8ème REGION	2	0.0
BAMAKO	7980	67.0
AUTRES (HORS BAMAKO)	167	1.4
NON DETERMINEE	421	3.5
T O T A L	11910	100.0

grande partie des malades reçus dans le service sont respectivement de:

- Bamako: 7980 soit 67.0%.
- 2ème région: 1412 soit 11.9%.

fait, toutes les régions sont concernées avec une diminution progressive de l'effectif quand on s'éloigne de Bamako.

Répartition consultations, urgences et hospitalisations selon résidence



bleau 1.6: Répartition des malades reçus en fonction de l'occupation.

OCCUPATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
MENAGERE	2979	25.0
COMMERCANTE	1188	10.0
ONCTIONNAIRE	1963	16.5
MULTIVAT/PAYSAN	1388	11.7
HOMEUR	279	2.3
ONVENTIONNAIRE	30	0.3
ETUDIANT/ELEVE	1561	13.1
MILITAIRE	140	1.2
PECHEUR	33	0.3
ELEVEUR/BERGER	108	0.9
MECANIC/CHAUFFEUR	366	3.1
AUTRES	1370	11.5
INDETERMINEE	505	4.2
T O T A L	11910	100.0

es ménagères (2979 soit 25.0%) ont constitué la grande partie des malades qui ont consulté dans le service.

elles ont été suivies par les fonctionnaires (16.5%) et ensuite les élèves et étudiants (13.1%).

Tableau 1.7a: Répartition des malades reçus en fonction de leur religion.

RELIGION	EFFECTIF	POURCENTAGE
MUSULMANE	7006	96.2
CHRÉTIENNE	229	3.1
INDUIMISTE	22	0.3
TÉMOIN DE JÉHOVAH	7	0.0
AUTRES	15	0.2
TOTAL	7279	100.0

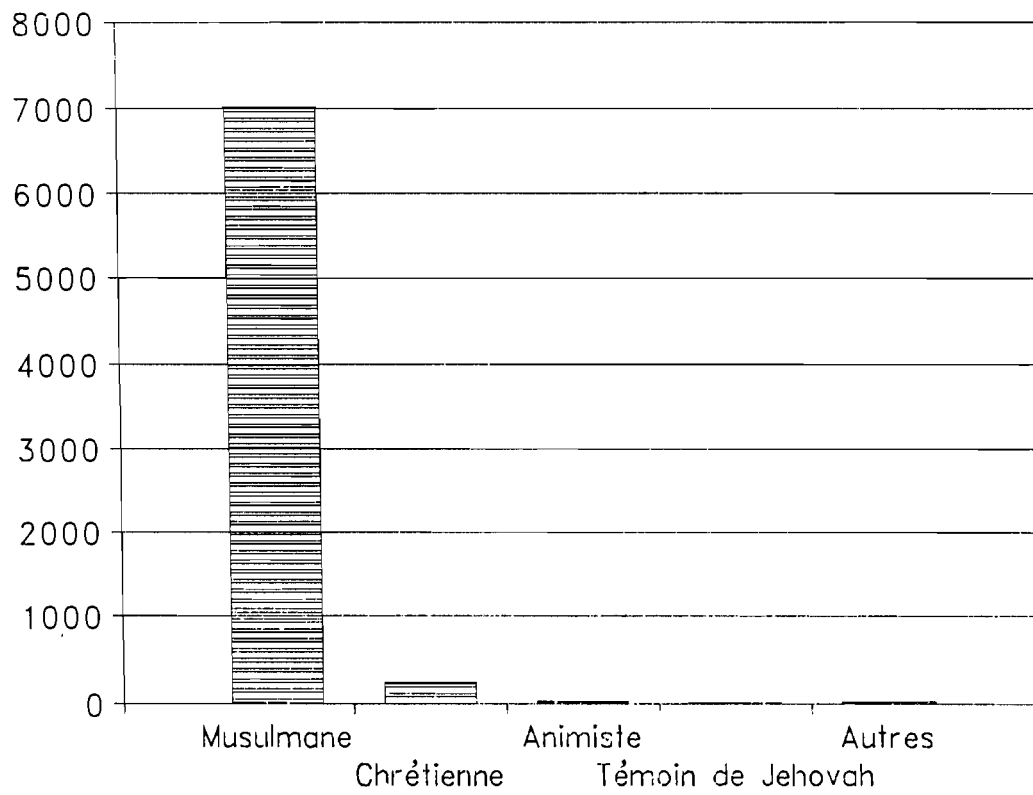
La majorité des malades (7006 soit 96.2%) venus en consultation dans le service étaient des musulmans . Ils ont été suivis par des chrétiens (229 soit 3.1 %)

Tableau 1.7b: Répartition des malades selon que la religion été déterminée ou non.

RELIGION	EFFECTIF	POURCENTAGE
DETERMINEE	7279	61.1
NON DETERMINEE	4631	38.9
T O T A L	11910	100.0

Pour 4631 soit 38.9%, la religion n'a pas été déterminée.

Consultations selon la religion





bleau 1.8a: Répartition des malades reçus en consultation en fonction de leur nationalité.

NATIONALITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
MALIENNE	5462	96.5
AUTRES	193	3.4
TOTAL	5655	100.0

plupart des malades venus consulter dans le service étaient nationalité malienne : 5462 soit 96.5 %.

bleau 1.8b: Répartition des malades reçus en consultation selon que la nationalité a été déterminée ou non.

NATIONALITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
DECLAREE	5655	47.5
NON DECLAREE	6255	52.5
T O T A L	11910	100.0

Sur plus de la moitié des malades , la nationalité était indéterminée : 6255 soit 52.5 %.

Consultations selon la nationalité

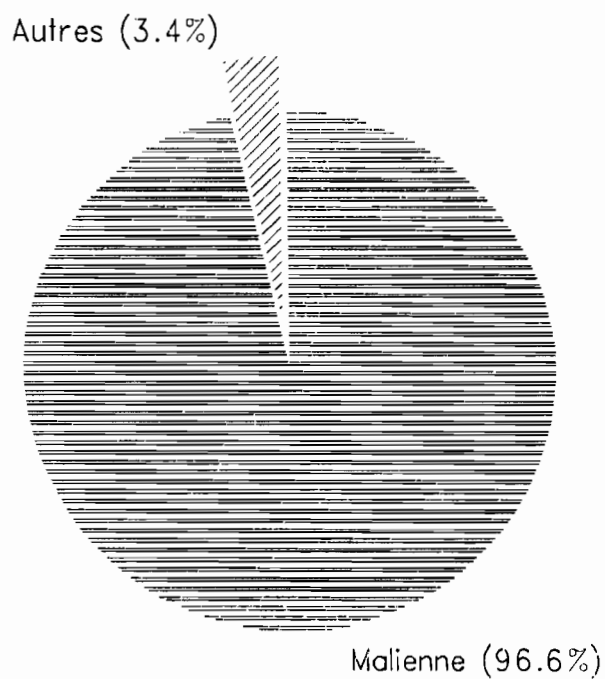
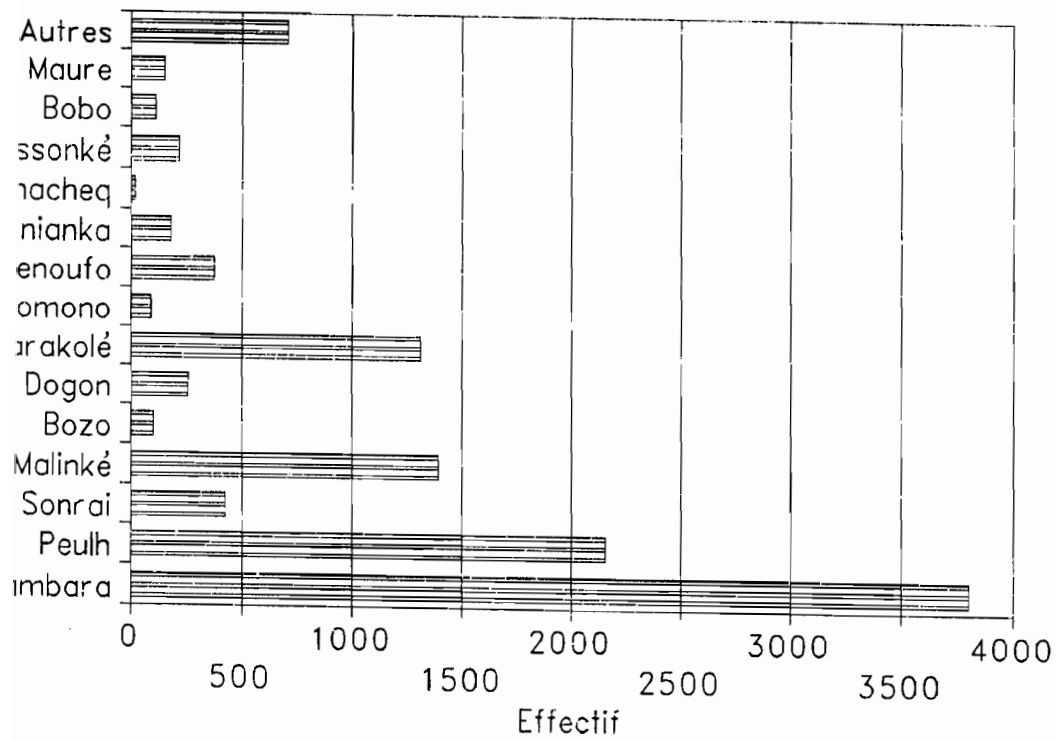


Tableau 1.9 : Répartition des malades reçus en fonction de leur ethnie.

ETHNIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
BAMBARA	3805	31.9
PEULH	2161	18.1
SONRHAI	431	3.6
MALINKE	1397	11.7
BOZO	104	0.9
DOGON	261	2.2
SARAKOLE	1316	11.0
SOMONO	94	0.8
SENOUFO	376	3.2
MINIANKA	183	1.5
TAMACHEQ	21	0.2
KASSONKE	220	1.8
BOBO	113	0.9
MAURE	155	1.3
AUTRES	712	6.0
NON DETERMINEE	561	4.7
T O T A L	11910	100.0

Le service a reçu beaucoup plus de bambaras : 3805 soit 31.9 %. Ils ont été suivis par les peulhs, les malinkés et les sarakolés qui faisaient respectivement 18.1 %, 11.7 % et 11.0 % .

## Consultations selon l'ethnie



bleau 1.10 : Répartition des malades selon qu'ils ont été réorientés ou non vers un autre médecin.

REORIENTE	EFFECTIF	POURCENTAGE
OUI	1782	15.0
NON	10128	85.0
T O T A L	11910	100.0

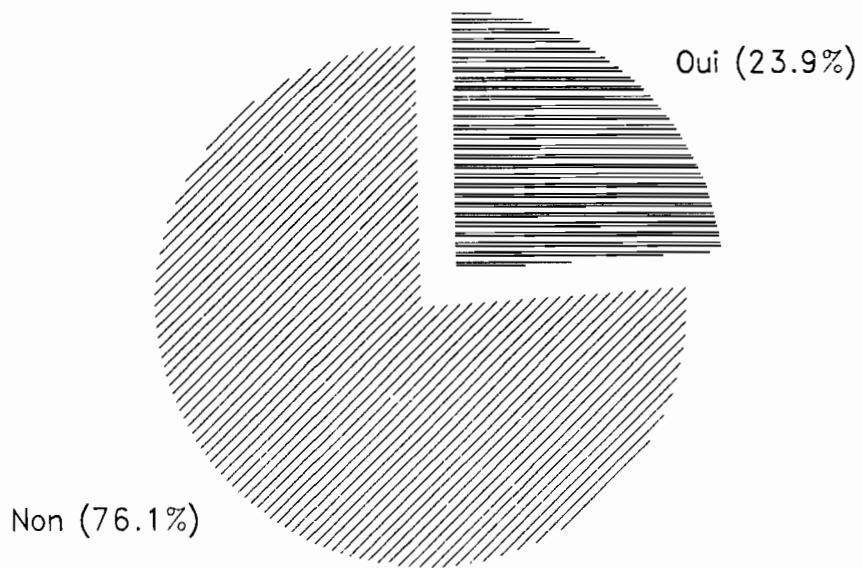
Sur 11910 malades qui ont été reçus dans le service, 1782 soit 15.0 % ont été orientés vers d'autres médecins.

bleau 1.11 : Répartition des malades selon qu'ils ont été hospitalisés ou non.

HOSPITALISATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
OUI	2846	23.9
NON	9064	76.1
T O T A L	11910	100.0

Pendant le cours de la période étudiée, 2846 malades ont été hospitalisés, soit 23.9 % de l'ensemble des malades reçus dans le service pendant la même période.

Hospitalisés et Non-Hospitalisés



leau 1.12: Répartition des malades du service selon les personnes qui les ont envoyés.

ADRESSE PAR	EFFECTIF	POURCENTAGE
CHIRURGIEN	214	1.8
MEDECIN	2552	21.4
INFIRMIER	625	5.2
SAGE FEMME	75	0.6
ANCIEN MALADE	65	0.5
TRANSFERT	742	6.2
LUI MEME	623	5.2
PARENT / AMI	723	6.1
AUTRES	336	2.8
INDETERMINEE	5950	50.0
T O T A L	11910	100.0

plupart des malades ont été adressés au service par des médecins: 2552 soit 21.4 % .

ans 50 % des cas la personne qui a adressé le malade au service est pas déterminée.

bleau 1.13 : Répartition des pathologies en fonction du diagnostic de consultation

DIAGNOSTIC DE CONSULTATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
PARASIToses	429	3.6
TUMEURS	890	7.5
MALADIES ENDOCRI NUTRI METABO	1091	9.2
MALADIES HEMATOLOGIQUES	192	1.6
MALADIES MENTAL NERV ORG DE SENS	176	1.5
MALADIES APP CIRCULATOIRE	397	3.3
MALADIES APP RESPIRATOIRE	113	0.9
MALADIES APP DIGESTIF	2864	24.0
MALADIES ORGANES GENITO URINAIRES	1930	16.2
COMPLICATIONS GROSSESSES	604	5.1
MALADIES PEAU ET TISSU S/CUTANE	811	6.8
MALADIES OS ARTICULAT TISS CONJONC	1049	8.8
MALADIES CONGENITALES	78	0.7
TRAUMATISMES ET EMPOISONNEMENTS	656	5.5
AUTRES	283	2.4
NON DETERMINE	347	2.9
T O T A L	11910	100.0

es pathologies de l'appareil digestif ont été les plus fréquentes : 2864 soit 24.0 % de l'ensemble des pathologies reçus dans le service.

Elles ont été suivies respectivement par:

- les maladies de l'appareil génito-urinaire : 1930 soit 16.2%
- les maladies endocriniennes : 1091 soit 9.2 % .



leau 1.14 : Répartition des pathologies médicales et chirurgicales reçus en consultation

DIAGNOSTIC DE CONSULTATION	PATH MEDIC	PATH CHIR
PARASIToses	400	29
TUMEURS	0	890
MALADIES ENDOCR NUTRI METABO IMMUN	275	816
MALADIES HEMATOLOGIQUES	98	94
MALADIES MENTAL NERV ORG DE SENS	176	0
MALADIES APP CIRCULATOIRE	155	242
MALADIES APP RESPIRATOIRE	91	22
MALADIES APP DIGESTIF	1357	1507
MALADIES ORGANES GENITO URINAIRES	898	1032
COMPLICATIONS GROSSESSES	82	522
MALADIES PEAU ET TISSU S/CUTANE	65	746
MALADIES OS ARTICULAT TISS CONJONC	198	851
MALADIES CONGENITALES	5	73
TRAUMATISMES ET EMPOISONNEMENTS	62	594
T O T A L	3862 34.2%	7420 65.8%

Les pourcentages des pathologies médicales et chirurgicales ont été calculés à partir de l'ensemble des malades venus en consultation, soit 11910.

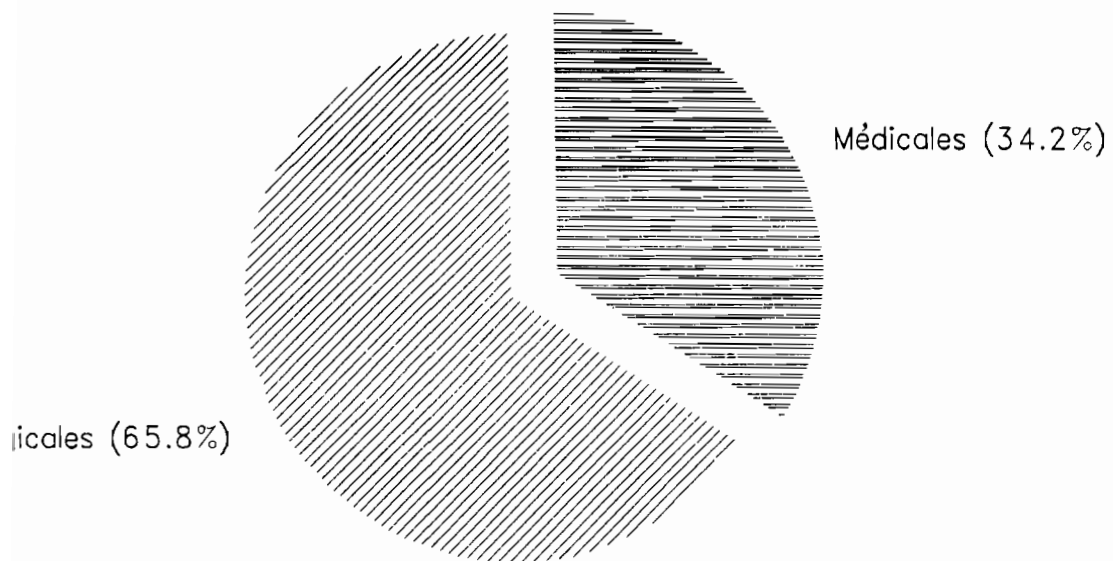
Dans ce tableau :

- autres = 283 cas
- non déterminé = 347 cas

Pour ces deux situations nous ne pouvons pas préciser le nombre de cas médicaux ou chirurgicaux.

Sur l'ensemble des malades reçus en consultation dans le service 65.8 % étaient porteurs d'une pathologie chirurgicale contre 34.2 % qui eux avaient une pathologie médicale.

### Pathologies Médicales et Chirurgicales



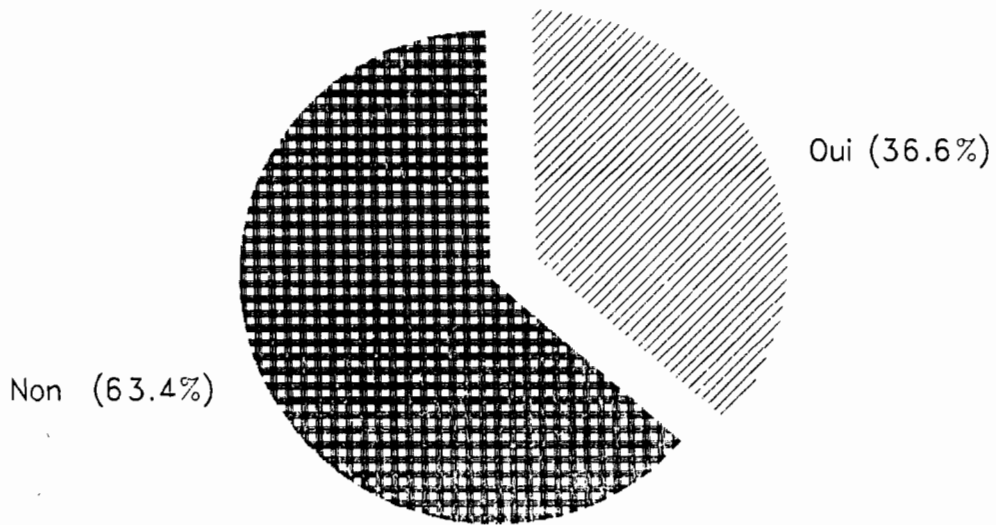
DESCRIPTION DES MALADES RECUS EN URGENCE DANS LE SERVICE

Figure 2.1: Répartition des malades reçus en urgence selon leur âge.

AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
0 - 9	113	7.7
10 - 19	234	15.9
20 - 29	452	30.6
30 - 39	327	22.2
40 - 49	138	9.4
50 - 59	78	5.3
60 - 69	51	3.5
70 - 79	23	1.6
80 - 89	9	0.6
90 - 99	1	0.1
NON DETERMINE	49	3.3
T O T A L	1475	100.0

Effectif le plus élevé a été atteint par la tranche d'âge de 20 à 29 ans : 452 cas soit 30.6 % . Sont venus ensuite les patients dont l'âge est situé entre 30 et 39 ans : 327 cas soit 22.2 % .

Répartition des Urgences Hospitalisées  
et Non-Hospitalisées



bleau 2.2 : Répartition des malades reçus en urgence selon leur sexe.

SEXE	EFFECTIF	POURCENTAGE
MASCULIN	726	49.2
FEMININ	745	50.5
NON DETERMINE	4	0.3
T O T A L	1475	100.0

Le service a reçu plus de femmes que d'hommes avec un sex ratio 1.02 (Femmes/hommes).

bleau 2.3. Répartition des malades venus en urgence en fonction de leur résidence

RESIDENCE	EFFECTIF	POURCENTAGE
1ère REGION	54	3.7
2ème REGION	314	21.3
3ème REGION	73	4.9
4ème REGION	33	2.2
5ème REGION	13	0.9
6ème REGION	5	0.3
7ème REGION	1	0.1
BAMAKO	894	60.6
AUTRES	16	1.1
NON DETERMINEE	72	4.9
T O T A L	1475	100.0

La majorité des urgences sont venues de Bamako : 894 soit 60.6 %. Bamako a été suivi par la deuxième région avec 314 malades soit 21.3 %. Toutes les autres régions ont envoyées des malades en urgence dans le service, mais les effectifs ont diminué au fur et à mesure que l'on s'éloignait de Bamako.

bleau 2.4: Répartition des urgences adressées ou non vers d'autres médecins.

ADRESSE VERS D'AUTRE MEDECIN	EFFECTIF	POURCENT
O U I	123	8.3
N O N	1352	91.7
T O T A L	1475	100.0

1475 urgences , 123 cas soit 8.3 % ont été adressés à autres médecins.

bleau 2.5: Répartition des malades reçus en urgence en fonction du diagnostic à l'arrivée

DIAGNOSTIC A L'ARRIVEE	EFFECTIF	POURCENT
PARASITOSSES	12	0.8
TUMEURS	15	1.0
MALADIES ENDOCR NUTRIT METAB IMMUNOL	11	0.7
MALADIES HEMATOLOGIQUES	9	0.6
MALADIES MENTAL NERV ORGANES DE SENS	5	0.3
MALADIES APPAREIL CIRCULATOIRE	17	1.2
MALADIES APPAREIL RESPIRATOIRE	3	0.2
MALADIES APPAREIL DIGESTIF	279	18.9
MALADIES ORGANES GENITO-URINAIRES	107	7.3
COMPLICATIONS GROSSESSES	369	25.0
MALADIES PEAU TISSUS SOUS CUTANES	100	6.8
MALADIES OS ARTICULAT TISSUS CONJONCT	67	4.5
MALADIES CONGENITALES	1	0.1
TRAUMATISMES ET EMPOISONNEMENTS	463	31.4
AUTRES	5	0.3
NON DETERMINE	12	0.8
T O T A L	1475	100.0

traumatismes et empoisonnements ont constitué le motif d'urgence le plus fréquent dans le service: 463 cas soit 31.4 % Ils ont été suivis respectivement par les complications des grossesses (369 soit 25.0%) et les maladies de l'appareil digestif (279 soit 18.9 %).

leau 2.6 : Répartition des malades reçus en urgence en fonction du diagnostic pré opératoire

DIAGNOSTIC PRE-OPERATOIRE	EFFECTIF	POURCENT
PATHOLOGIE THYROIDIENNE	8	1.5
PATHOLOGIE OESOPHAGIENNE	3	0.6
PATHOLOGIE GASTRIQUE	1	0.2
PATHOLOGIE DUODENALE	14	2.6
PATHOLOGIE ILEO COLIQUE	96	17.8
PATHOLOGIE APPENDICULAIRE	88	16.3
PATHOLOGIE ANO RECTALE	1	0.2
FISSURES ET FISTULES ANALES	1	0.2
PATHOLOGIE HEMORROIDAIRE	8	1.5
PATHOLOGIE HERNIAIRE	56	10.4
PATHOLOGIE DE L'APPAREIL URINAIRE	4	0.7
PATHOLOGIE APPAREIL GENITAL MALE	2	0.4
PATHOLOGIE APPAREIL GENITAL FEMMELE	25	4.6
PATHOLOGIE MAMMAIRE	3	0.6
COMPLICATIONS GROSSESSES	95	17.6
FOIE RATE PANCREAS VOIES BILIAIRES	7	1.3
PATHOLOGIE VASCULAIRE ET LYMPHATIQ	1	0.2
PATHOLOGIE DE PEAU ET LA PAROI	32	5.9
PATHOLOGIE MEMBRES THORAX RACHIS	35	6.5
CANCERS	11	2.0
PATH OS ARTIC MUSCLE TISS CONJONC	2	0.4
ASSOCIATION PATHOLOGIQUE	1	0.2
AUTRES	43	8.0
NON DETERMINE	3	0.6
T O T A L	540	100.0

Le motif le plus fréquent des urgences hospitalisées dans le service a été constitué par la pathologie iléo-colique : 96 cas soit 17.8 % Elle a été suivie par la pathologie appendiculaire 88 cas soit 16.3 % .

Tableau 2.7: Evolution au cours des ans des malades reçus en urgence selon qu'ils ont été hospitalisés ou non.

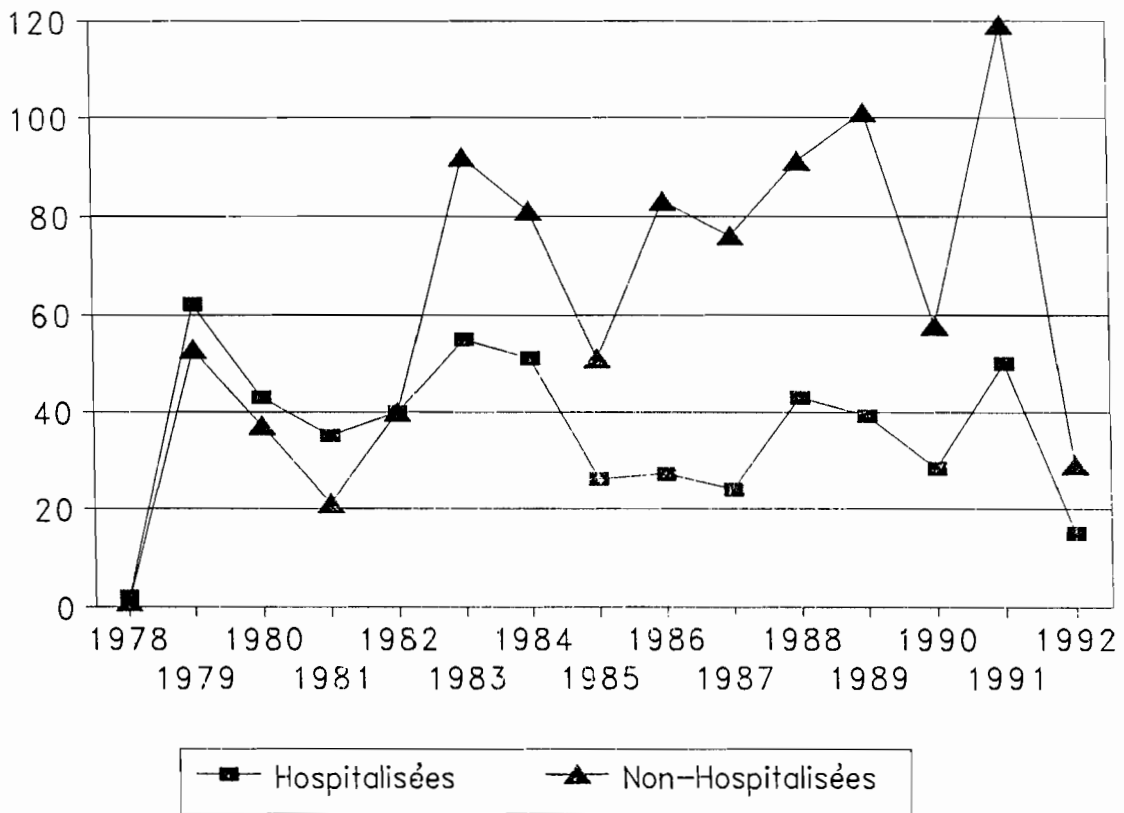
ANNEE	MALADES HOSPITALISES	MALADES NON HOSPITALISES	T O T A L	
N.D.	0	2	2	0.1
1978*	2	1	3	0.2
1979	62	53	115	7.8
1980*	43	37	80	5.4
1981*	35	21	56	3.8
1982*	40	40	80	5.4
1983	55	92	147	10.0
1984	51	81	132	8.9
1985*	26	51	77	5.2
1986*	27	83	110	7.5
1987*	24	76	100	6.8
1988	43	91	134	9.1
1989	39	101	140	9.5
1990	28	58	86	5.8
1991	50	119	169	11.5
1992*	15	29	44	3.0
T O T A L	540	935	1475	100.0%

Sur 1475 malades qui sont venus en urgence 935 cas soit 63.4 % n'ont pas été hospitalisés.

De façon générale, au cours de la période d'étude, le nombre des malades non hospitalisés a été supérieur à celui des malades hospitalisés.



Evolution des Urgences Hospitalisées et Non-Hospitalisées par an



## II. DESCRIPTION DES MALADES HOSPITALISES DANS LE SERVICE.

Tableau 3.1: Evolution en fonction des années des effectifs des malades hospitalisés.

ANNEE	EFFECTIF	POURCENTAGE
N.D.	593	20.8
1978*	3	0.1
1979	181	6.4
1980*	81	2.9
1981 *	82	2.9
1982*	75	2.6
1983	167	5.9
1984	132	4.6
1985*	60	2.1
1986*	48	1.7
1987*	135	4.7
1988	211	7.4
1989	270	9.5
1990	312	11.0
1991	361	12.7
1992*	135	4.7
T O T A L	2846	100.0

Pendant la période étudiée, 2846 malades ont été hospitalisés dans le service de chirurgie B. Les effectifs les plus bas ont été enregistrés en 1985 et 1986 années au cours desquelles le service a hospitalisé respectivement 60 et 48 malades.

À partir de 1987, l'effectif des malades hospitalisés n'a fait qu'augmenter. De 135 en 1987 il a atteint 361 en 1991.

Tableau 3.2: Répartition des malades hospitalisés en fonction de l'âge.

AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
0 - 9	140	4.9
10 - 19	264	9.3
20 - 29	637	22.4
30 - 39	628	22.1
40 - 49	506	17.8
50 - 59	318	11.2
60 - 69	215	7.6
70 - 79	81	2.8
80 - 89	19	0.7
90 - 99	3	0.1
NON DETERMINNE	35	1.2
T O T A L	2842	100.0

L'âge des malades qui ont été hospitalisés dans le service de chirurgie B allait de 0 à 99 ans.

Les effectifs d'hospitalisation les plus élevés ont été enregistrés au niveau des tranches d'âges suivantes :

- 20 à 29 ans : 637 malades soit 22.4 % .
- 30 à 39 ans : 628 malades soit 22.1 % .

Tableau 3.3: Répartition des malades hospitalisés selon leur sexe.

SEXE	EFFECTIF	POURCENTAGE
MASCULIN	1570	55.2
FEMININ	1268	44.5
NON DETERMINE	8	0.3
T O T A L	2846	100.0

Le service a hospitalisé plus d'hommes ( 55.2 % ) que de femmes ( 44.5 % ).

Sex ratio = 1.2.

bleau 3.4: Répartition des malades hospitalisés en fonction de leur résidence.

RESIDENCE	EFFECTIF	POURCENTAGE
1ère REGION	161	5.7
2ème REGION	444	15.6
3ème REGION	210	7.4
4ème REGION	116	4.1
5ème REGION	59	2.1
6ème REGION	22	0.8
7ème REGION	25	0.9
8ème REGION	1	0.1
BAMAKO	1660	58.3
AUTRES	35	1.2
INDETERMINE	111	3.9
T O T A L	2846	100.0

effectif le plus élevé des patients hospitalisés est venu de Bamako : 1660 soit 58.3 % . Cet effectif a diminué au fur et à mesure que l'on s'éloignait de Bamako.

bleau 3.5: Répartition des malades en fonction de la catégorie d'hospitalisation.

CATEGORIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
1ère CATEGORIE	331	11.6
2ème CATEGORIE	339	11.9
3ème CATEGORIE	863	30.3
NON DETERMINEE	1313	46.1
T O T A L	2846	100.0

la majorité des patients a été hospitalisée en 3ème catégorie 863 malades soit 30.3 % . Pour 1313 malades la catégorie d'hospitalisation n'a pas été déterminée.

À partir de 1987 jusqu'en 1991 les effectifs des malades en fonction de leurs catégories d'hospitalisation n'ont fait qu'augmenter.

Répartition des Malades selon  
la catégorie d'Hospitalisation

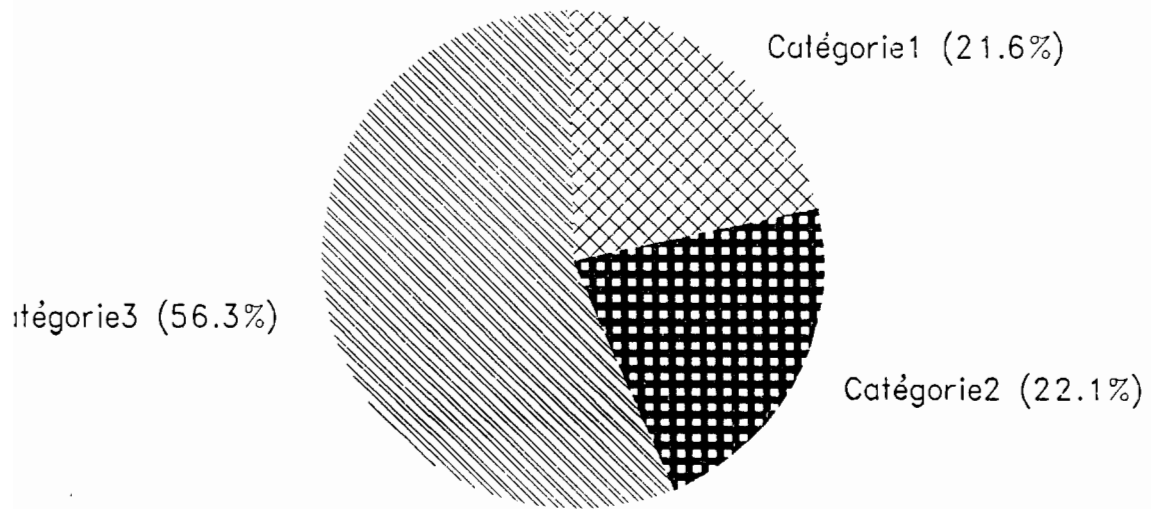


Tableau 3.6: Répartition des malades en fonction de leur diagnostic à l'entrée.

DIAGNOSTIC PRE-OPERATOIRE	EFFECTIF	POURCENT
PATHOLOGIE THYROIDIENNE	343	12.1
PATHOLOGIE OESOPHAGIENNE	27	0.9
PATHOLOGIE GASTRIQUE	35	1.2
PATHOLOGIE DUODENALE	119	4.2
PATHOLOGIE ILEO COLIQUE	135	4.7
PATHOLOGIE APPENDICULAIRE	182	6.4
PATHOLOGIE ANO RECTALE	35	1.2
FISSURES ET FISTULES ANALES	84	3.0
PATHOLOGIE HEMORROIDAIRE	59	2.1
PATHOLOGIE HERNIAIRE	435	15.3
PATHOLOGIE DE L'APPAREIL URINAIRE	31	1.1
PATHOLOGIE APPAREIL GENITAL MALE	111	3.9
PATHOLOGIE APPAREIL GENITAL FEMELLE	181	6.4
PATHOLOGIE MAMMAIRE	24	0.8
COMPLICATIONS GROSSESSES	132	4.6
FOIE RATE PANCREAS VOIES BILIAIRES	55	1.9
PATHOLOGIE VASCULAIRE ET LYMPHATIQ	61	2.1
PATHOLOGIE DE PEAU ET LA PAROI	145	5.1
PATHOLOGIE MEMBRES THORAX RACHIS	46	1.6
CANCERS	306	10.8
PATH OS ARTIC MUSCLE TISS CONJONC	11	0.4
ASSOCIATION PATHOLOGIQUE	11	0.4
AUTRES	259	9.1
NON DETERMINE	19	0.6
T O T A L	2846	100.0

Les principaux motifs d'hospitalisations dans le service ont été :

- les hernies : 435 cas soit 15.3 % .
- les goitres : 343 cas soit 12.1 % .
- les cancers : 306 cas soit 10.8 % .

Tableau 3.7: Evolution en fonction des années des durées d'hospitalisation pré et post opératoires moyennes.

A N N E E	DUREE PRE - OPERATOIRE	DUREE POST OPERATOIRE	T O T A L
N . D .	12	12	24
1978*	2	11	13
1979	6	17	23
1980*	9	16	25
1981*	4	14	18
1982*	4	17	21
1983	5	17	22
1984	4	13	17
1985*	5	16	21
1986*	3	20	23
1987*	5	16	21
1988	5	11	16
1989	6	15	21
1990	8	13	21
1991	7	12	19
1992*	5	12	17
M O Y E N N E	6	14	20

Pendant la période d'étude les durées moyennes d'hospitalisation pré et postopératoires ont été respectivement de 6 jours et de 14 jours.

Evolution durées moyennes hospi  
pré/post opératoires par an

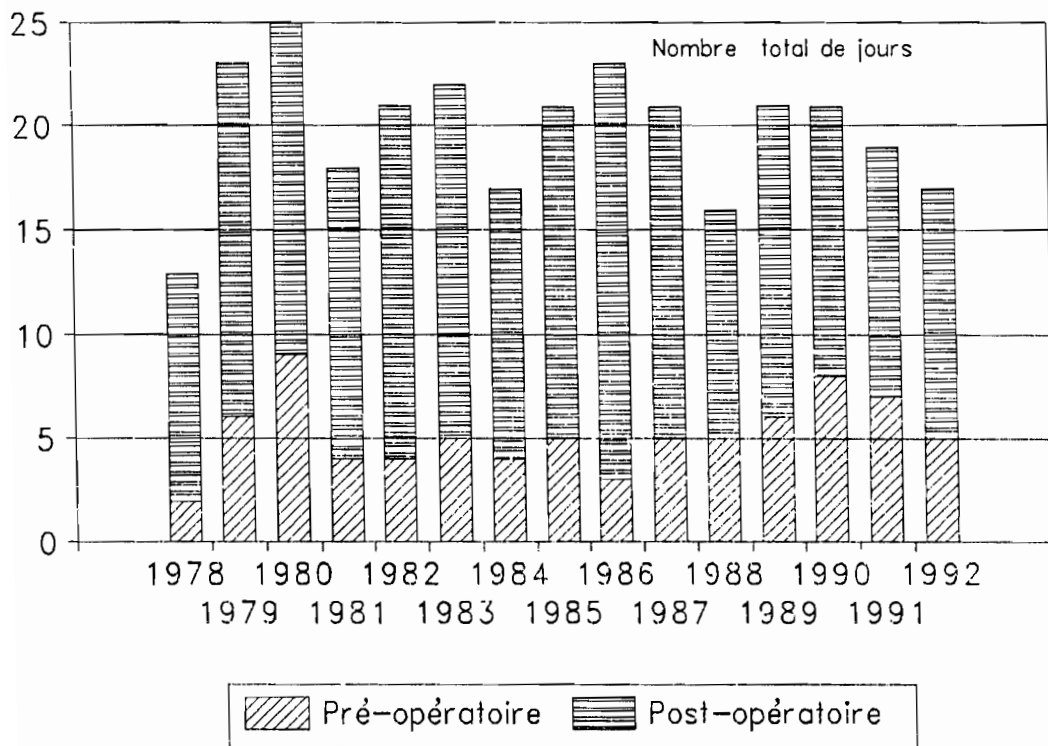




Tableau 3.8: Répartition des durées d'hospitalisation moyennes pré et post opératoires selon la catégorie d'hospitalisation.

CATEGORIE	DUREE PRE-OPERATOIRE	DUREE POST-OPERATOIRE	T O T A L
1ère CATEGORIE	6	11	17
2ème CATEGORIE	6	13	19
3ème CATEGORIE	7	15	22
INDETERMINEE	5	10	15
M O Y E N N E	6	14	20

Les durées moyennes d'hospitalisation pré et post opératoires ont été relativement élevées en 3ème catégorie.

Test statistique:

d.d.l = 2

$\chi^2 = 7.04519e-02$

Probabilité d'indépendance des deux variables=0.96539

Il n'existe pas de liaison statistique entre les deux variables.

Durée d'hospitalisation pré/post opératoires/catégorie d'hospitalisation

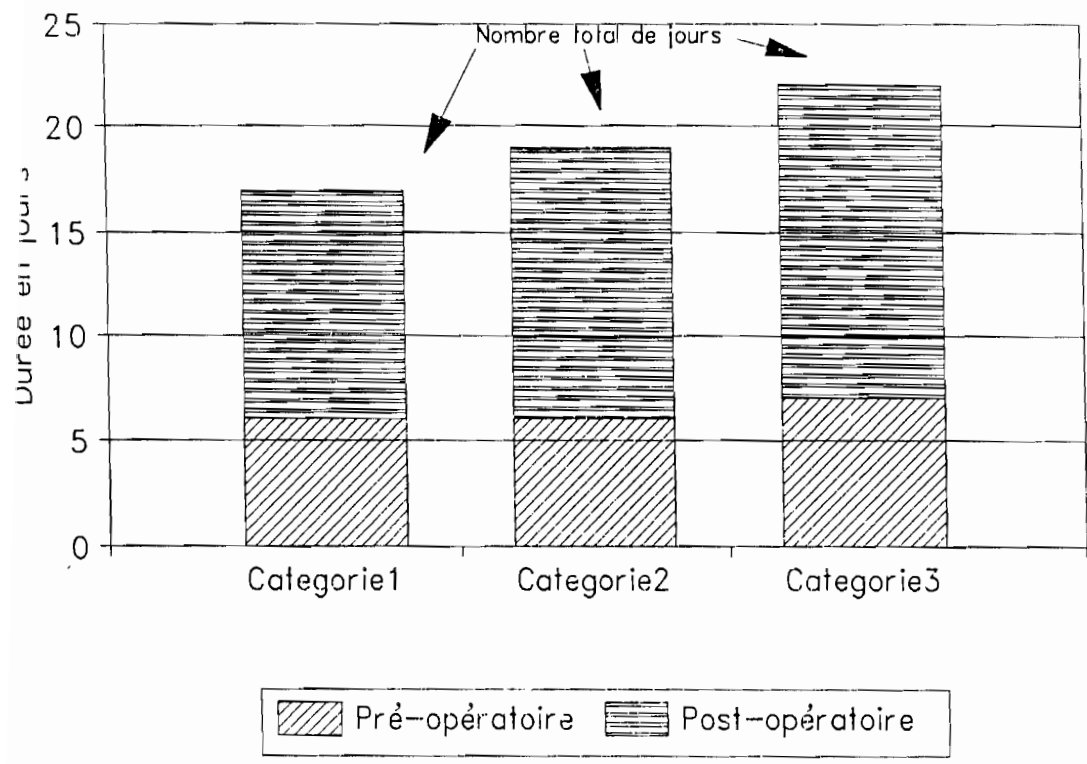


Tableau 3.9: Evolution en fonction des années des journées d'hospitalisation et du taux d'occupation des lits.

ANNEE	DUREE HOSPITALISATION	NOMBRE DES MALADES	NOMBRE JOURNEES D'HOSPITALISATION	NOMBRE DES LITS	T.O.L
1978**	13	3	39	39	3.3
1979	23	181	4163	39	29.2
1980*	25	81	2025	39	14.2
1981*	18	82	1476	39	10.3
1982*	21	75	1575	39	11.1
1983	22	167	3674	39	25.8
1984	17	132	2244	39	15.7
1985*	21	60	1260	39	8.8
1986*	23	48	1104	39	7.8
1987*	21	135	2835	39	19.9
1988	16	211	3376	39	23.7
1989	21	270	5670	39	39.8
1990	21	312	6552	39	46.0
1991	19	361	6859	34	55.3
1992**	17	135	2295	34	75.0
MOYENNE	20	150	3010	38	25.7

O.L = Taux d'occupation des lits.

1978\*\* = 1 mois ; 1992\*\* = 3mois

Le taux d'occupation des lits le plus bas (7.8) a été atteint en 1986. Mais à partir de 1988, ce taux n'a fait qu'augmenter pour atteindre 55.3 en 1991.

IV. DESCRIPTION DES TYPES D'INTERVENTIONS QUI ONT ETE EFFECTUES DANS LE SERVICE.

au 4.1: Répartition des effectifs des différents types d'interventions.

NIQUE OPERATOIRE	EFFECTIF	POURCENTAGE
I OP THYROIDE	326	10.7
I OP GASTRO-DUODENALE	275	9.0
I OP GRELE COLON	171	5.5
I OP ANUS	148	4.9
I OP HERNIE	435	13.9
I OP APPENDICE	169	5.6
I OP APP URIN	39	1.3
H OP AP GEN MALE	104	3.4
H OP APP GEN FEM GROSS	495	16.3
H OP VAISSEAUX	60	2.0
H OP FOIE RATE VOIES BIL	62	2.0
UTATION	29	1.0
H OP PEAU TISSU S/C PAROI	282	9.3
RES TECH OPERATOIRE	408	15.2
H OP SEIN	42	1.4
O T A L	3058	100.0

interventions sur l'appareil génital de la femme et les complications des grossesses ont été les plus fréquentes: 495 cas . 16.3 % .

es ont été suivies par :

- les interventions sur la hernie : 422 cas soit 13.9 % .
- les interventions sur la thyroïde : 326 cas soit 10.7 % .

Tableau 4.2: Tableau comparant l'évolution en fonction des années, du nombre des malades hospitalisés à celui des malades opérés.

A N N E E	HOSPITALISES	OPERES	POURCENT
N . D .	590	280	-
1978*	3	5	60.0
1979	181	186	97.3
1980*	81	171	47.3
1981*	82	113	72.5
1982*	75	113	66.4
1983	167	202	82.7
1984	132	161	82.0
1985*	60	99	60.6
1986*	48	64	75.0
1987*	135	152	88.8
1988	211	227	93.0
1989	270	298	90.6
1990	312	345	90.4
1991	361	388	93.0
1992*	135	146	92.5
T O T A L	2846	2950	96.5

Le tableau indique que de manière générale, sur toute la période étudiée, les malades opérés ont été plus nombreux que ceux qui ont été hospitalisés.

bleau 4.3: Répartition de l' effectif des interventions en fonction de l'opérateur.

OPERATEUR	EFFECTIF	POURCENTAGE
PROF A.K.KOUMARE	1168	45.7
DOCTEUR DIOP	624	24.4
MEDECINS/CES	632	24.7
INTERNE	119	4.6
AUTRES	11	0.4
T O T A L	2554	100.0

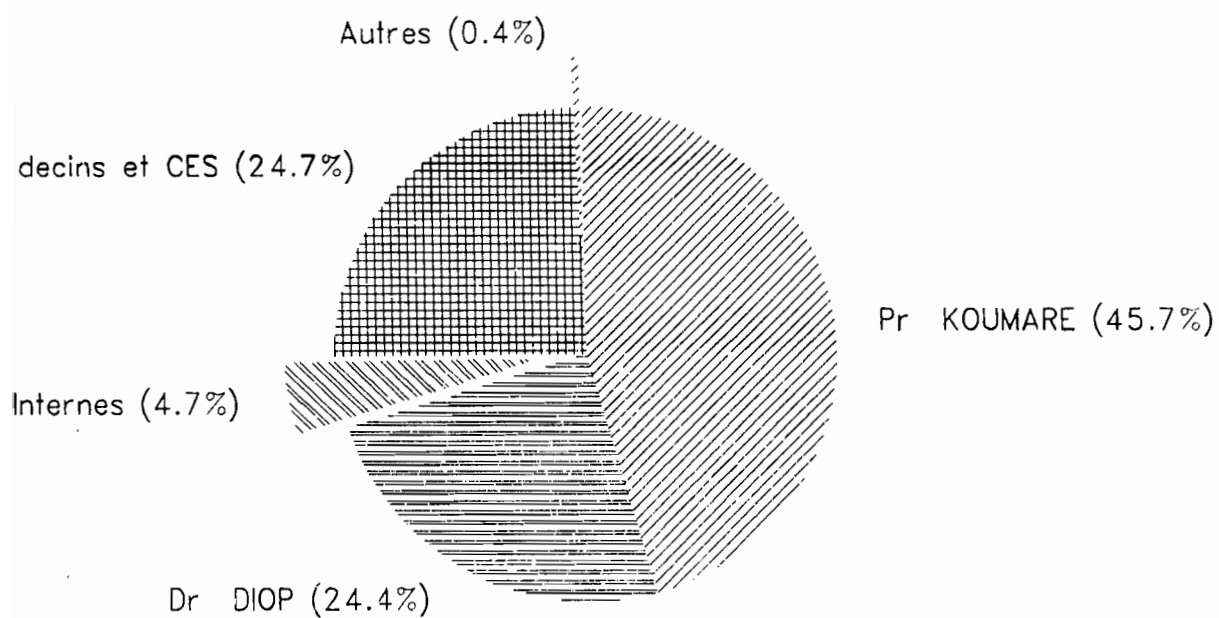
Le professeur KOUMARE est celui qui a effectué le plus grand nombre d'interventions : 1168 cas soit 45.7 % .

bleau 4.3: Répartition de l' effectif des interventions selon que l'opérateur a été déterminé ou non.

OPERATEUR	EFFECTIF	POURCENTAGE
DETERMINE	2554	86.6
NON DETERMINE	396	13.4
T O T A L	2950	100.0

pour 396 patients soit 13.4%, l'opérateur n'a pas été mentionné.

Nombre d'interventions en fonction de l'opérateur



bleau 4.4: Répartition des Kop et Ka moyens en fonction de l'appareil opéré.

O R G A N E O P E R E	K OPERATOIRE	K ANESTHESIQUE
THYROIDE	101	47
ESTOMAC - DUODENUM	134	71
INTESTIN GRELE ET COLON	124	74
ANUS	47	25
HERNIE	53	26
APPENDICE	51	25
APPAREIL URINAIRE	90	39
APPAREIL GENITAL MALE	46	26
APPAREIL GENITAL FEMELLE + GROSSESSE	94	39
APPAREIL VASCULAIRE	76	35
FOIE, RATE, VOIES BILIAIRES	105	54
AMPUTATION	60	29
PEAU ET PAROI	26	24
AUTRES	94	48
K MOYEN	78.6	40.1

Les Kop et Ka moyens ont été respectivement de 78.6  
40.1



V. DESCRIPTION DES SUITES POST-OPERATOIRES DU SERVICE.

Tableau 5.1: Evolution du taux de décès dans le service par an.

EFFECTIF	NOMBRE	D E C E S	TAUX DE DECES
ANNEE			
N.D.	593	36	6.1
1979	181	9	5.0
1980*	81	2	2.5
1981*	82	9	11.0
1982*	75	10	13.3
1983	167	13	7.8
1984	132	6	4.5
1985*	60	3	5.0
1986*	48	0	0.0
1987*	135	8	6.0
1988	211	11	5.2
1989	270	11	4.1
1990	312	4	1.3
1991	361	13	3.6
1992*	135	7	5.2
T O T A L	2846	142	5.0

est en 1982 que le service a déploré un taux de décès plus élevé: 13.3.

Tableau 5.2: Evolution du taux d'infection de paroi dans le service par an.

N N E E	EFFECTIF	INFECTION	TAUX D'INFECTION DE PAROI
N.D.	593	9	1.5
1979	181	17	9.4
1980*	81	8	9.9
1981*	82	11	13.4
1982*	75	9	12.0
1983	167	15	9.0
1984	132	2	1.5
1985*	60	1	1.7
1986*	48	4	8.3
1987*	135	8	5.9
1988	211	7	3.3
1989	270	12	4.4
1990	312	9	2.9
1991	361	17	4.7
1992*	135	2	1.5
T O T A L	2846	131	4.6

C'est en 1981 et 1982 que les taux d'infection paroi ont été les plus élevés, soit respectivement 13.4 % et 12.0 %.

Tableau 5.3: Répartition de l'infection post opératoire en fonction de l'organe opéré.

ORGANE OPERE	EFFECTIF	INFECTION	%
THYROIDE	326	20	6.1
ESTOMAC - DUODENUM	275	8	3.0
INTESTIN GRELE ET COLON	171	14	8.2
ANUS	148	2	1.4
HERNIE	422	36	8.5
APPENDICE	169	7	4.1
APPAREIL URINAIRE	39	2	5.1
APPAREIL GENITAL MALE	104	6	5.8
APP GEN FEMME ET GROSSESSE	316	14	4.4
VAISSEAUX	60	4	6.7
FOIE RATE VOIES BILIAIRES	62	3	4.8
AMPUTATION	29	3	10.3
TISSUS S/CUT ET PAROI	282	1	0.4
AUTRES	498	11	2.2
T O T A L	2901	131	4.5

Les interventions sur le grêle, le colon et la hernie ont présenté un taux d'infection de paroi plus élevé.

Tableau 5.4: Répartition des suites post-opératoires en fonction du sexe.

SEXE	MASC	FEM	N . D	TOTAL
COMPLICATIONS	1158	989	4	2151
INFECTION DE PAROI	76	54	1	131
DÉCÈS	87	54	1	142
AUTRES COMPLICATIONS	236	332	31	571
TOTAL	1557	1429	37	2995
	52.0 %	47.7 %	1.2 %	100.0%

Sur 131 patients qui ont développés une infection de paroi dans les suites post opératoires 76 cas sont des hommes contre 54 femmes.

Sur 142 décès, le service a déploré 87 décès chez les hommes contre 54 chez les femmes.

Dans la plupart des cas les suites post opératoires ont été compliquées.

Test statistique:

d.d.l = 3

$\chi^2 = 35.55296$

Probabilité d'indépendance entre les deux variables=0.0000

Il existe une liaison statistique entre les deux variables.

Tableau 5.5: Répartition des suites post opératoires en fonction de l'âge.

SUITES	SIMPLES	INFECTION DE PAROI	DECES	AUTRES COMPLICATIONS	TOTAL	
0-9	108	6	6	25	145	4.8%
0-19	190	6	9	77	282	9.4%
0-29	501	25	18	168	712	23.8%
0-39	503	25	20	130	678	22.6%
0-49	380	31	21	75	435	14.5%
0-59	233	14	26	43	316	10.5%
0-69	152	13	24	22	211	7.0%
0-79	52	5	11	12	80	2.8%
0-89	11	0	3	4	18	0.0%
0-99	2	0	0	0	2	0.0%
N.D.	19	6	4	15	44	1.5%
TOTAL	2151	131	142	571	2995	
	71.8%	4.4 %	4.7 %	19.1 %		100.0%

Le taux d'infection post opératoire relativement plus élevé a été 31/435 soit 7.1 % Nous l'avons retrouvé chez des malades âgés 40 à 49 ans.

Un seul des décès fut de 3/18 soit 16.6 % .

Il a été retrouvé chez des malades âgés de 80 à 89 ans.

71.8 % des cas les suites post opératoires ont été simples.

Test statistique:

d.d.l = 18

$\chi^2 = 97.75644$

Probabilité d'indépendance entre les deux variables = 1.00000

Il n'existe pas de liaison statistique entre les deux variables.

Tableau 5.6: Répartition des suites post opératoires en fonction de l'organe opéré

SUITES	SIMPLES	INFECTION PAROI	DECES	AUTRES COMPL	TOTAL
ORGANE OPERE					
THYROIDE	274	20	2	30	326
ESTOMAC-JODENUM	205	8	27	35	275
INT GRELE COLON	94	14	26	37	171
ANUS	133	2	1	12	148
HERNIE	341	36	2	43	422
APPENDICE	143	7	1	18	169
APPAREIL URINAIRE	29	2	2	6	39
APP GENITAL MALE	82	6	1	15	104
APP GEN FEM+GROSS	239	14	15	48	316
VAISSEAUX	44	4	3	9	60
FOIE RATE BIL	51	3	2	6	62
AMPUTATION	21	3	2	3	29
TISS S/C PAROI	207	1	5	65	278
AUTRES	284	11	53	64	412
T O T A	2147	131	142	570	2990
	71.8 %	4.4 %	4.7 %	19.1 %	100.0%

l'infection post opératoire a atteint un taux relativement plus élevé

que dans les amputations 10.3 % .

Le taux de décès a été plus élevé après interventions sur le côlon

et le colon: 15.2 % .

Tableau 5.7: Répartition des infections et des décès en fonction des pathologies courantes et urgence.

PATHOLOGIE	INFECTION			DECES		
	NB	NB/TOTAL INFECTION (131)	NB/TOTAL HOSPITALISEES (2846)	NB	NB/TOTAL DECES (142)	NB/TOTAL HOSPITALISEES (2846)
CANCER	11	8.4	0.4	50	35.2	1.7
PATHOLOGIE ILEO-COLIQUE	14	10.7	0.5	26	14.1	0.9
DUODENITE	20	15.3	0.7	4	2.8	0.1
HERNIE	37	28.2	1.3	5	3.5	0.2
DUODENUM	6	4.5	0.1	27	19.0	0.9
ROSSESSE	2	1.5	0.1	11	7.7	0.4
APPENDICITE	7	5.3	0.2	3	2.1	0.1
PATHOLOGIE VASCULAIRE	5	3.8	0.2	2	1.4	0.0
URGENCE	17	12.9	0.6	43	30.3	1.5

Les taux d'infection de paroi les plus élevés ont été enregistrés au cours des pathologies suivantes: Hernie (28.2%), Duodénite (14.5%), urgence (12.5%), cancer (8.4%) et pathologie iléo-colique (6.9%).

Sur le décès, les taux les plus élevés ont été enregistrés au cours des cancers (35.2%), des urgences (30.3%), duodénum (19.0%), pathologie iléo-colique (14.1%) et complications de rosse (7.7%).

Tableau 5.8: Répartition des suites post opératoires en fonction de la catégorie d'hospitalisation.

SUITES CATEGORIE	SIMPLES	INFECTION PAROI	DECES	AUTRES	TOTAL
1ère CATEGORIE	280	11	9	31	331 11.6%
2ème CATEGORIE	287	12	7	33	339 11.9%
3ème CATEGORIE	655	47	49	112	863 30.3%
NON ETERMINEE	895	61	77	280	1313 46.1%
O T A L	2117	131	142	456	2846 100.0

Il n'y a pas une grande variabilité des suites post opératoires en fonction de la catégorie d'hospitalisation.

Test statistique:

d.d.l = 9

$\chi^2 = 77.51276$

Probabilité d'indépendance entre les deux variables = 1.00000

Il n'existe pas de liaison statistique entre les deux variables.



VI. LES PATHOLOGIES QUI ONT ETE TRAITÉES  
DANS LE SERVICE.

6.1. LES HERNIES .

Tableau 6.1.1: Répartition des différents types de hernies.

EFFECTIF	NOMBRE	POURCENTAGE
OMS) TYPE DE HERNIE		
50.0 HERNIE INGUINALE +GANGRENE	1	0.2
50.1 HERNIE INGUINALE ETRANGLEE	50	11.5
50.9 HERNIE INGUINALE NON ETRANGLEE	340	78.2
52.0 HERNIE CRURALE ETRANGLEE	4	0.9
53.0 HERNIE CRURALE NON ETRANGLEE	10	2.3
53.1 HERNIE OMBILICALE	16	3.7
53.9 AUTRES HERNIES	14	3.2
T O T A L	435	100.0

Les hernies inguinales non étranglées ont été de loin les plus fréquentes avec 340 cas soit 78.2 % .

Les hernies ont été suivies par les hernies inguinales étranglées : 50 cas soit 11.5 % .

Tableau 6.1.2: Evolution de l'effectif de la hernie  
en fonction du sexe et de l'année.

ANNEE	SEXE	MASCULIN	FEMININ	T O T A L	
NON DETERMINEE		91	22	113	26.0%
1978*		0	0	0	0.0%
1979		21	4	25	5.7%
1980*		12	0	12	2.8%
1981*		8	3	11	2.5%
1982*		1	0	1	0.2%
1983		24	5	29	6.7%
1984		17	0	17	3.9%
1985*		3	1	4	0.9%
1986*		2	1	3	0.7%
1987*		14	1	15	3.4%
1988		30	3	33	7.6%
1989		36	7	43	9.9%
1990		49	12	61	14.0%
1991		44	2	46	10.6%
1992*		18	4	22	5.1%
T O T A L		370 85.1%	65 14.9%	435	100.0%

la hernie est plus fréquente chez l'homme : 370 cas soit 85.1 %  
que chez la femme : 65 cas soit 14.9 % .

x-ratio =  $370/65$  soit 5.7

puis 1987 , l'effectif de la hernie n'a jamais cessé  
augmenter.

leau 6.1.3: Evolution des hernies par rapport au nombre total des malades hospitalisés par an.

N N E E	MALADES HOSPITALISES	EFFECTIF DES HERNIES	POURCENTAGE
N.D.	593	113	19.1
1978*	3	0	0.0
1979	181	25	13.8
1980*	81	12	14.8
1981*	82	11	13.4
1982*	75	01	1.3
1983	167	29	17.3
1984	132	17	12.9
1985*	60	4	6.6
1986*	48	3	6.2
1987*	135	15	11.1
1988	211	33	15.6
1989	270	43	15.9
1990	312	61	19.5
1991	361	46	12.7
1992*	135	22	16.2
T O T A L	2846	435	15.2

r rapport au nombre total des malades hospitalisés, le taux le us bas de l'effectif de la hernie (après 1987) a été atteint 1991.

Tableau 6.1.4: Répartition de la hernie en fonction de l'âge.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
G E		
0 - 9	23	5.3
10 - 19	21	4.8
20 - 29	63	14.5
30 - 39	80	18.4
40 - 49	80	18.4
50 - 59	79	18.2
60 - 69	62	14.3
70 - 79	21	4.8
80 - 89	3	0.7
90 - 99	1	0.2
NON DETERMINE	2	0.5
T O T A L	435	100.0

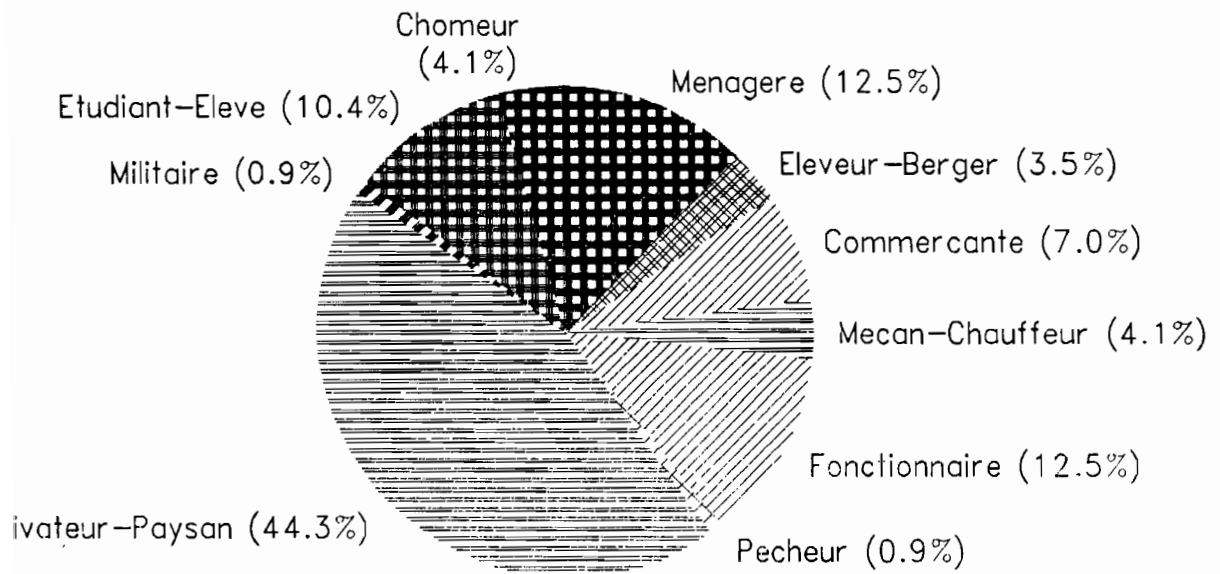
Les effectifs les plus élevés de la hernie se sont retrouvés chez les patients âgés de 30 à 39 ans, 40 à 49 ans et 50 à 59 ans avec respectivement 80 cas ( 18.4 %) pour les deux premières tranches d'âge et 70 cas ( 18.2 %) pour la dernière tranche d'âge. L'effectif le plus élevé des hernies a été atteint en 1990 avec 140 cas soit 14.0 %

leau 6.1.5: Répartition de l'effectif de la hernie en fonction de la profession.

EFFECTIF	NOMBRE	POURCENTAGE
OCCUPATION		
ENAGERE	43	9.9 %
OMMERCANTE	24	5.5 %
ONCTIONNAIRE	43	9.9 %
ULTIVATEUR / PAYSAN	153	35.2 %
HOMEUR	14	3.2 %
TUDIANT / ELEVE	36	8.3 %
ILITAIRE	3	0.7 %
ECHEUR	3	0.7 %
LEVEUR / BERGER	12	2.8 %
MECANICIEN / CHAUFFEUR	14	3.2 %
UTRES	76	17.5 %
ION DETERMINEE	14	3.2 %
T O T A L	435	100.0 %

ccupation qui a été la plus touchée par la pathologie niaire fût celle du cultivateur ou paysan : 153 cas soit 35.2%

Répartition de la hernie en fonction  
de l'occupation



## 6.2. PATHOLOGIE THYROIDIENNE BENIGNE.

Tableau 6.2.1 : Répartition des différents types de goitres.

EFFECTIF	NOMBRE	POURCENTAGE
10 OMS) TYPES DES GOITRES		
140.9 GOITRE HYPERTHYROIDIEN NON BASEDOWIEN	10	2.9 %
141.9 GOITRE NODULAIRE	277	80.7 %
142.0 BASEDOW	23	6.7 %
142.2 GOITRE TOXIQUE	5	1.5 %
145.2 STRUMITE	5	1.5 %
146.8 AUTRES GOITRES	5	1.5 %
146.0 NON DETERMINE	18	5.2 %
T O T A L	343	100.0 %

Les goitres nodulaires ont été les plus fréquents : 277 cas soit 80.7 % . Ils ont été suivis par la maladie de basedow : 23 cas soit 6.7 % .

Tableau 6.2.2 : Evolution de l'effectif des goitres en fonction du sexe et de l'année.

S E X E	MASCULIN	FEMININ	T O T A L	
A N N E E				
NON DETERMINEE	14	44	58	16.9 %
1978*	0	0	0	0.0 %
1979	1	5	6	1.7 %
1980*	0	0	0	0.0 %
1981*	2	6	8	2.3 %
1982*	0	7	7	2.0 %
1983	3	4	7	2.0 %
1984	0	14	14	4.1 %
1985*	0	5	5	1.5 %
1986*	0	4	4	1.2 %
1987*	5	20	25	7.3 %
1988	2	28	30	8.7 %
1989	4	32	36	10.5 %
1990	10	42	52	15.2 %
1991	8	53	61	17.8 %
1992*	4	26	30	10.5 %
T O T A L	53 15.5%	290 84.6%	343	100.0 %

Les femmes ont été les plus touchées (84.5 %) par les goitres que les hommes (15.5 %).

sex-ratio = 290/53 soit 5.5

Après 1987, l'effectif des goitres n'a fait que croître; De 25 cas en 1987 il est passé à 61 cas en 1991.



Figure 6.2.3 : Répartition des goitres en fonction de l'âge.

A G E	EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
0 - 9		1	0.3 %
10 - 19		31	9.0 %
20 - 29		88	25.7 %
30 - 39		95	27.7 %
40 - 49		71	20.7 %
50 - 59		27	7.9 %
60 - 69		14	4.1 %
70 - 79		3	0.9 %
80 - 89		1	0.3 %
N.D.		12	3.5 %
T O T A L		343	100.0 %

Les tranches d'âges qui ont été le plus touchées par le goitre sont :

- 30 - 39 ans et 40 - 49 ans.

Elles ont atteint respectivement 95 cas soit 27.7 % et 88 cas soit 25.7 % .

### 6. 3 . LES CANCERS .

bleau 6.3.1: Répartition des différents types de cancers reçus dans le service.

EFFECTIF	NOMBRE	POURCENTAGE
No OMS) TYPES DES CANCERS		
50.9 CANCER DE L'OESOPHAGE	7	2.3
51.0 CANCER DU CARDIA	3	1.0
51 CANCER DU RECTUM	21	6.9
51.9 CANCER GASTRIQUE	131	42.8
52.9 CANCER DU GRELE	3	1.0
53.9 CANCER DU COLON	23	7.5
54.3 CANCER DU CANAL ANAL	3	1.0
55.0 CANCER PRIMITIF DU FOIE	9	2.9
57.0 CANCER DE TÊTE DU PANCREAS	18	5.9
74.9 CANCER DU SEIN	25	8.2
80 CANCER DU COL	15	4.9
83.0 CANCER DE L'OVAIRE	8	2.6
93 CANCER DE LA THYROÏDE	24	7.8
89.0 CANCER DU REIN	14	4.6
59.0 CARCINOME IN SITU	2	0.7
T O T A L	306	100.0

cancer gastrique a été de loin le plus fréquent avec 131 cas soit 42.8 % .

On a également noté une fréquence non moins importante des cancers du sein , de la thyroïde, du colon et du rectum.

Tableau 6.3.2: Evolution des cancers reçus dans le service en fonction du sexe et de l'année.

SEXE	MASCULIN	FEMININ	T O T A L	
A N N E E				
NON DETERMINEE	41	28	69	22.5 %
1978*	0	0	0	0.0 %
1979	8	11	19	6.2 %
1980*	5	3	8	2.6 %
1981*	2	2	4	1.3 %
1982*	2	4	6	2.0 %
1983	6	7	13	4.2 %
1984	3	6	9	2.9 %
1985*	3	1	4	1.3 %
1986*	0	0	0	0.0 %
1987*	7	5	12	3.9 %
1988	10	11	21	6.9 %
1989	26	17	43	14.1 %
1990	18	14	32	10.5 %
1991	31	25	56	18.3 %
1992*	6	4	10	3.3 %
T O T A L	168 54.9%	138 45.1%	306	100.0 %

306 cancers qui ont été reçus dans le service, 168 étaient des hommes soit 54.9 % et 138 , des femmes .  
 avec un sex-ratio =168/138 soit 1.2  
 l'effectif le plus élevé des cancers a été atteint en 1991:56  
 soit 18.3 % .

bleau 6.3.3: Répartition des cancéreux en fonction de leur âge.

A G E	EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
0 - 9		9	2.9
10 - 19		5	1.6
20 - 29		23	7.5
30 - 39		50	16.3
40 - 49		75	24.5
50 - 59		71	23.2
60 - 69		50	16.3
70 - 79		18	5.9
80 - 89		3	1.0
N . D.		2	0.7
T O T A L		306	100.0

s tranches d'âges de 40-49 ans et de 50-59 ans ont atteint les effectifs les plus élevés des cancéreux avec respectivement 75 s (24.5 %) et 71 cas (23.2 %).

#### 6.4. PATHOLOGIE APPENDICULAIRE.

Tableau 6.4.1 : Répartition des différents types d'appendicites.

EFFECTIF	NOMBRE	POURCENTAGE
No OMS) TYPE D'APPENDICITE		
40 APPENDICITE AIGUE	132	72.5
40.0 PERFORATION APPENDICULAIRE	16	8.8
40.1 ABCES/PLASTRON APPENDICULAIRE	34	18.7
T O T A L	182	100.0

Les appendicites aiguës ont été de loin les plus fréquentes: 132 sur 182 soit 72.5 % .

Tableau 6.4.2: Evolution de la pathologie appendiculaire en fonction du sexe et de l'année.

S E X E	MASCULIN	FEMININ	T O T A L	
N N E E				
NON DETERMINEE	11	9	20	11.0 %
1978*	0	0	0	0.0 %
1979	1	2	3	1.6 %
1980*	1	2	3	1.6 %
1981*	2	0	2	1.1 %
1982*	4	3	7	3.8 %
1983	11	3	14	7.7 %
1984	8	8	16	8.8 %
1985*	8	3	11	6.0 %
1986*	3	3	11	6.0 %
1987*	5	5	10	5.5 %
1988	11	4	15	8.2 %
1989	12	8	20	11.0 %
1990	9	7	16	8.8 %
1991	9	14	23	12.6 %
1992*	4	7	11	6.0 %
T O T A L	104 57.1 %	78 42.9 %	182	100.0 %

Le sexe masculin a été le plus touché par la pathologie appendiculaire avec 57.1 % .

sex - ratio = 104/78 soit 1.3

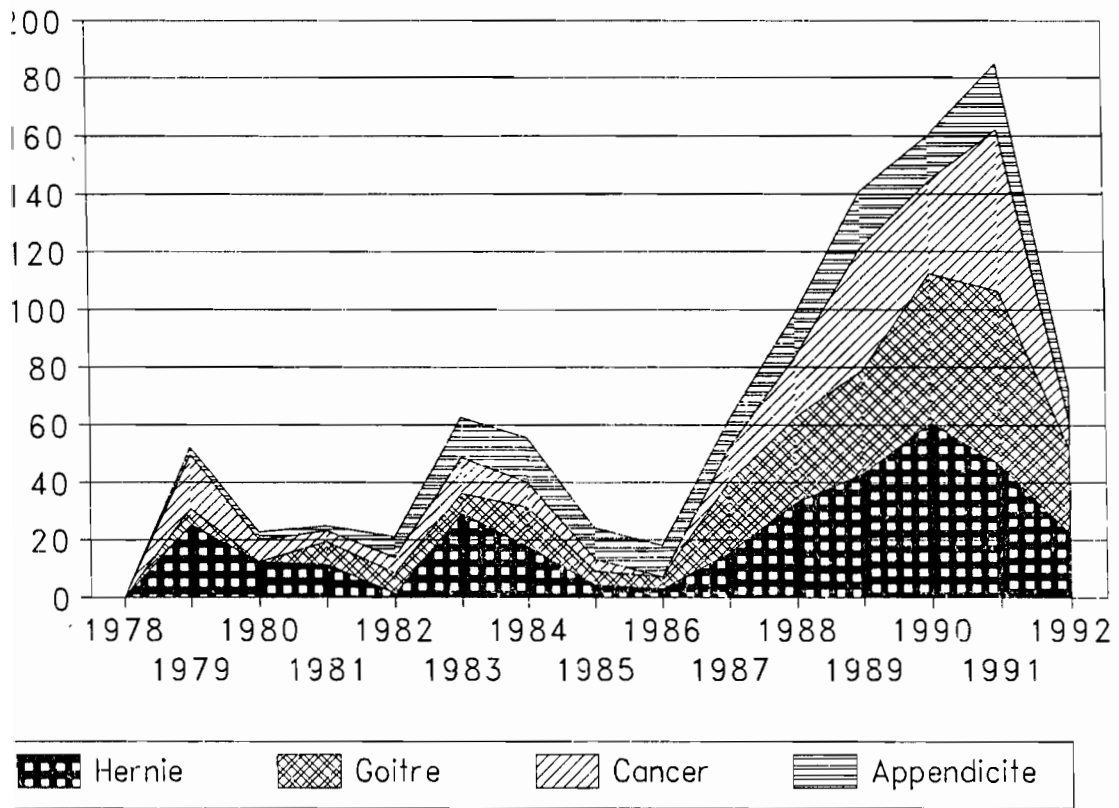
est en 1991 que le service a reçu le plus d'appendicites:23 cas soit 12.6 % avec un effectif élevé chez les femmes 14 cas soit 7 % .

bleau 6.4.3: Répartition de la pathologie appendiculaire en fonction de l'âge.

A G E	N O M B R E	POURCENTAGE
0 - 9	5	2.7
10 - 19	46	25.3
20 - 29	60	33.0
30 - 39	33	18.1
40 - 49	26	14.3
50 - 59	7	3.8
60 - 69	4	2.2
70 - 79	1	0.5
T O T A L	182	100.0

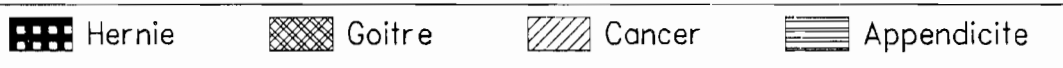
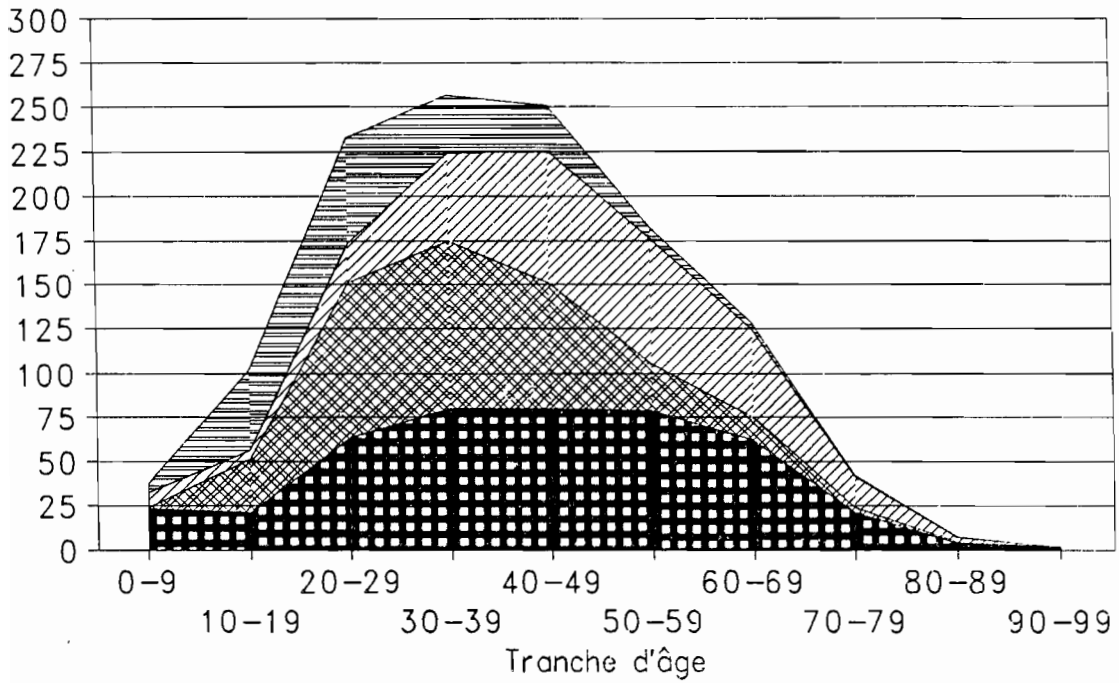
est au niveau des tranches d'âges suivantes:10-19 et 20-29 que service a enregistré les effectifs les plus élevés des tients ayant développé une pathologie appendiculaire avec spectivement :46 cas (25.3 %)et 60 cas (33.0 %).

Evolution des pathologies  
les plus fréquentes par an

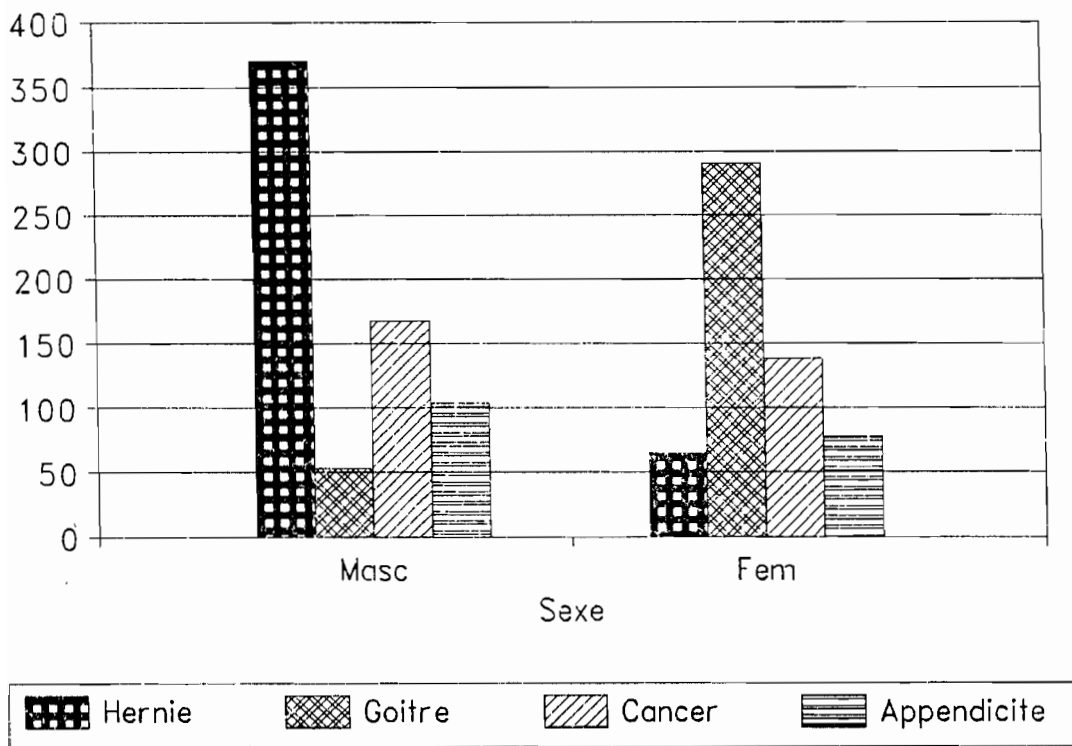




Répartition des pathologies les plus fréquentes en fonction de l'âge



Répartition des pathologies les plus fréquentes en fonction du sexe



6.5. PATHOLOGIE OESOPHAGIENNE NON CANCEREUSE.

Tableau 6.5.1 : Répartition des différents type de pathologie oesophagienne

EFFECTIF	NOMBRE	POURCENTAGE
No OMS) TYPE PATHOL OESOPHAGE		
30.0 MEGAOESOPHAGE	17	63.0
30.3 STENOSE OESOPHAGIENNE	10	37.0
T O T A L	27	100.0

Le service a reçu plus de mégaoesophage : 17 cas soit 63.0 % contre 10 cas de sténose oesophagienne.

Tableau 6.5.2: Evolution de la pathologie oesophagienne en fonction du sexe et de l'année.

S E X E	MASCULIN	FEMININ	T O T A L
A N N E E			
NON DETERMINEE	5	5	10 37.0 %
1980*	1	0	1 3.7 %
1982*	1	1	2 7.4 %
1984	1	1	2 7.4 %
1986*	1	0	1 3.7 %
1987*	2	0	2 7.4 %
1988	1	0	1 3.7 %
1989	1	0	1 3.7 %
1990	3	0	3 11.1 %
1991	1	2	3 11.1 %
1992*	1	0	1 3.7 %
T O T A L	18 66.7%	9 33.3%	27 100.0 %

Sur ce qui est de la pathologie oesophagienne les hommes ont été plus touchés que les femmes avec respectivement 66.7 % et 33.3 %.

Tableau 6.5.3: Répartition de la pathologie oesophagienne en fonction de l'age.

A G E	EFFECTIF	NOMBRE	POURCENTAGE
0 - 9		5	18.5
10 - 19		3	11.1
20 - 29		8	29.6
30 - 39		7	25.9
40 - 49		2	7.4
60 - 69		2	7.4
T O T A L		27	100.0

Les effectifs relativement plus élevés ont été enregistrés chez les patients ayant 20-29 ans et 30-39 ans avec respectivement 8 cas (29.6 %) et 7 cas (25.9 %).

6.6. PATHOLOGIE GASTRIQUE NON CANCEREUSE.

Tableau 6.6.1: Répartition des différents types de pathologies gastriques non cancéreuses.

No OMS) TYPES DE PATHOLOGIES GASTRIQUES	EFFECTIF NOMBRE	POURCENTAGE
31.4 ULCERE GASTRIQUE HEMORRAGIQUE	6	17.1
31.5 ULCERE GASTRIQUE PERFORE	2	5.7
3110 ULCERE GASTRIQUE STENOSE	1	2.9
3111 ULCERE GASTRIQUE RESISTANT AU TRAITEMENT MEDICAL	22	62.9
3112 AUTRES ULCERES GASTRIQUES	4	13.3
T O T A L	35	100.0

est l'ulcère gastrique résistant au traitement médical qui a été la pathologie gastrique la plus fréquente avec 22 cas soit 62.9 % .

Tableau 6.6.2: Evolution de l'effectif de la pathologie gastrique non cancéreuse en fonction du sexe.

S E X E	MASCULIN	FEMININ	T O T A L
NON DETERMINEE	10	0	10 28.6 %
1979	1	0	1 2.9 %
1980*	1	0	1 2.9 %
1981*	1	1	2 5.7 %
1982*	1	0	1 2.9 %
1983	1	1	2 5.7 %
1984	2	0	2 5.7 %
1985*	1	0	1 2.9 %
1990	5	1	6 17.1 %
1991	4	1	5 14.3 %
1992*	2	2	4 11.4 %
O T A L	29 82.9%	6 17.1%	35 100.0 %

Le tableau montre que 82.9 % des 35 patients traités pour pathologie gastrique étaient des hommes. Ceci est un sex-ratio = 29/6 soit 4.8. L'effectif relativement élevé des patients a été atteint en 1990 : 6 cas soit 17.1 %.

Tableau 6.6.3: Répartition de la pathologie gastrique en fonction de l'âge.

A G E	EFFECTIF	NOMBRE	POURCENTAGE
10 - 19		1	2.9
20 - 29		5	14.3
30 - 39		7	20.0
40 - 49		13	37.1
50 - 59		4	11.4
60 - 69		4	11.4
70 - 79		4	11.4
T O T A L		35	100.0

Sur 35 patients qui ont été soignés dans le service pour pathologie gastrique, 37.1 % (13 cas) avaient 40 à 49 ans.

## 6.7. PATHOLOGIE DUODENALE NON TUMORALE.

Tableau 6.7.1: Répartition des différents types de pathologie duodénale.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
No OMS) TYPES DE PATHOLOGIE DUODENALE		
32.4 ULCERE DUODENAL HEMORRAGIQUE	11	9.2
32.5 ULCERE DUODENAL PERFORE	14	11.8
3210 ULCERE DUODENAL RESISTANT AU TRAITEMENT MEDICAL	59	49.6
3212 AUTRES ULCERES DUODENaux	13	10.9
37.0 STENOSE HYPERTROPHIQUE DU PYLORE	6	5.0
37.2 STENOSE DUODENALE	14	11.8
50.5 STENOSE CONGENITALE HYPERTROPHIQUE DU PYLORE	2	1.7
T O T A L	119	100.0

est l'ulcère duodénal résistant au traitement médical qui a été le plus fréquent dans la pathologie duodénale avec 59 cas soit 49.6 % .



Tableau 6.7.2: Evolution de la pathologie duodénale en fonction du sexe et de l'année.

S E X E	MASCULIN	FEMININ	T O T A L	
A N N E E				
NON DETERMINEE	40	7	47	39.5 %
1979	10	2	12	10.1 %
1980*	3	0	3	2.5 %
1981*	5	1	6	5.0 %
1982*	3	1	4	3.4 %
1983	4	1	5	4.2 %
1984	4	0	4	3.4 %
1985*	3	0	3	2.5 %
1986*	1	0	1	0.8 %
1987*	6	1	7	5.9 %
1988	6	0	6	5.0 %
1989	9	0	9	7.6 %
1990	8	0	8	6.7 %
1991	2	1	3	2.5 %
1992*	1	0	1	0.8 %
T O T A L	105 88.2%	14 11.8%	119	100.0 %

Sur 119 patients qui ont été traités dans le service pour pathologie duodénale 105 étaient des hommes soit 88.2 % . le sex ratio a été de 105/14 soit 7.5

Tableau 6.7.3: Répartition de la pathologie duodénale non cancéreuse en fonction de l'âge.

EFFECTIF A G E	N O M B R E	POURCENTAGE
0 - 9	2	1.7 %
10 - 19	4	3.4 %
20 - 29	26	21.8 %
30 - 39	33	27.7 %
40 - 49	30	25.2 %
50 - 59	10	8.4 %
60 - 69	8	6.7 %
70 - 79	4	3.4 %
80 - 89	1	0.8 %
NON DETERMINE	1	0.8 %
T O T A L	119	100.0 %

effectif le plus élevé a été de 33 malades. Il correspond aux patients agés de 30 à 39 ans.

6.8. PATHOLOGIE ILEO-COLIQUE NON CANCEREUSE  
+ PERITOINE.

leau 6.8.1: Répartition des différents types  
de pathologies iléo-coliques non cancéreuse.

	EFFECTIF	NOMBRE	POURCENTAGE
No OMS) TYPE DE PATHOLOGIE			
50 OCCLUSION+INVAGINATION INTESTINALE AIGUE		72	53.3
50.1 ILEUS PARALYTIQUE		1	0.7
50.2 VOLVULUS DU SIGMOIDE		12	8.9
60.9 AUTRES OCCLUSIONS		3	2.2
67.0 PERITONITE+PERFORATION TYPHIQUE		43	31.9
51.3 MEGACOLON CONGENITAL		3	2.2
51.5 DOLICHOSIGMOIDE		1	0.7
T O T A L		135	100.0

le tableau montre que les occlusions intestinales + invaginations  
intestinales aiguës ont été les plus fréquentes dans la  
pathologie iléo-colique(+péritoine) avec 72 cas soit 53.3 % .  
elles ont été suivies par les péritonites(+perforation TYPHIQUE)  
avec 43 cas soit 31.9 %

Tableau 6.8.2: Evolution de la pathologie iléo-colique non  
cancereuse en fonction du sexe et de l'année.

S E X E	MASCULIN	FEMININ	T O T A L	
A N N E E				
N.D.	2	2	4	2.9 %
1978*	1	0	1	0.7 %
1979	7	4	11	8.1 %
1980*	6	3	9	6.7 %
1981*	4	2	6	4.4 %
1982*	5	1	6	4.4 %
1983	8	4	12	8.9 %
1984	6	2	8	5.9 %
1985*	4	1	5	3.7 %
1986*	3	1	4	3.0 %
1987*	6	2	8	5.9 %
1988	9	4	13	9.6 %
1989	11	2	13	9.6 %
1990	6	6	12	8.9 %
1991	11	6	17	12.6 %
1992*	3	3	6	4.4 %
T O T A L	92 68.1%	43 31.9%	135	100.0 %

Sur 135 personnes traitées dans le service pour pathologie iléo-colique 92 étaient des hommes (soit 68.1 %).  
Le sex ratio a été de 92/43 soit 2.1.  
L'effectif le plus élevé ( 17 cas soit 12.6 % ) a été atteint en 1991.

Tableau 6.8.3: Répartition de la pathologie iléo-colique non cancéreuse en fonction de l'âge.

A G E	EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
0 - 9		15	11.1
10 - 19		19	14.1
20 - 29		20	14.8
30 - 39		30	22.2
40 - 49		22	16.3
50 - 59		15	11.1
60 - 69		7	5.2
70 - 79		4	3.0
80 - 89		1	0.7
90 - 99		1	0.7
NON DETERMINE		1	0.7
T O T A L		135	100.0

outes les tranches ont été concernées par la pathologie iléo-colique avec un effectif relativement élevé entre 30 et 39 ans 30 cas soit 22.2 % .

6.9. PATHOLOGIES ANO-RECTALES NON CANCEREUSES.

6.9.1. FISSURES ET FISTULES ANALES.

Tableau 6.9.1.1 : Distribution entre fissures et fistules anales.

EFFECTIF		N O M B R E	POURCENTAGE
No OMS)	TYPE DE PATHOLOGIE		
565.0	FISSURE ANALE	30	35.7
565.1	FISTULE ANALE	54	64.3
T O T A L		84	100.0

Le service a enregistré plus des fistules ( 64.3 % ) que de fissures ( 35.7 % ).

Tableau 6.9.1.2: Répartition des fissures et fistules anales en fonction de l'âge.

EFFECTIF		N O M B R E	POURCENTAGE
A G E			
0 - 9		1	1.2
10 - 19		2	2.4
20 - 29		26	31.0
30 - 39		31	36.9
40 - 49		20	23.8
50 - 59		3	3.6
60 - 69		1	1.2
T O T A L		84	100.0

L'effectif relativement élevé chez les patients porteurs de fissure ou fistule anales a été compris entre 30 et 39 ans avec 31 cas soit 36.9 % .

Tableau 6.9.1.3: Répartition des fissures et fistules anales en fonction du sexe et de l'année.

S E X E	MASCULIN	FEMININ	T O T A L
A N N E E			
N.D.	12	8	20 23.8 %
1979	3	1	4 4.8 %
1980*	0	1	1 1.2 %
1982*	0	1	1 1.2 %
1983	2	2	4 4.8 %
1984	5	0	5 6.0 %
1986*	1	0	1 1.2 %
1987*	4	0	4 4.8 %
1988	4	4	8 9.5 %
1989	6	3	9 10.7 %
1990	10	0	10 11.9 %
1991	9	6	15 17.9 %
1992*	1	1	2 2.4 %
T O T A L	57 67.9%	27 32.1%	84 100.0 %

Sur 84 patients traités dans le service pour fissures et fistules 57 cas (soit 67.9 %) étaient des hommes.  
 x-ratio = 57/27 soit 2.1

## 6.9.2. PATHOLOGIE HEMORROIDAIRE.

Tableau 6.9.2.1 : Répartition de la pathologie hémorroïdaire.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
10 OMS) TYPES D'HEMORROIDES		
55.6 HEMORROIDE SIMPLE	41	69.5
55.7 HEMORROIDE THROMBOSEE	18	30.5
T O T A L	59	100.0

Les hémorroïdes simples qui ont été les plus fréquents  
 41 cas soit 69.5 % de la pathologie hémorroïdaire.

Tableau 6.9.2.2 : Répartition de la pathologie hémorroïdaire  
 en fonction de l'âge.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
A G E		
10 - 19	1	1.7
20 - 29	17	28.8
30 - 39	22	37.3
40 - 49	9	15.3
50 - 59	6	10.2
60 - 69	2	3.4
70 - 79	2	3.4
T O T A L	59	100.0

L'effectif le plus élevé de la pathologie hémorroïdaire dans le service a été atteint par des patients âgés  
 30 à 39 ans : 22 cas soit 37.3 % .



leau 6.9.2.3 : Evolution de la pathologie hémorroïdaire en fonction du sexe et de l'année.

S E X E	MASCULIN	FEMININ	T O T A L
A N N E E			
N.D.	18	2	20 33.9 %
1979	2	1	3 5.1 %
1980*	1	0	1 1.7 %
1981*	1	0	1 1.7 %
1983	1	0	1 1.7 %
1984	3	1	4 6.8 %
1985*	1	1	2 3.4 %
1986*	0	1	1 1.7 %
1987 *	1	1	2 3.4 %
1988	4	2	6 10.2 %
1989	2	0	2 3.4 %
1990	3	1	4 6.8 %
1991	7	2	9 15.3 %
1992*	3	0	3 5.1 %
T O T A L	47 79.7%	12 20.3%	59 100.0%

majorité des patients opérés dans le service pour hémorroïde aient des hommes : 47 cas soit 79.7 % .  
 ec un sex-ratio = 47/12 soit 3.9 .

6.9.3. AUTRES PATHOLOGIES ANO-RECTALES NON CANCEREUSES.

Tableau 6.9.3.1 : Répartition des autres pathologies ano-rectales.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
6.0.0) AUTRES PATHOLOGIES ANO-RECTALES		
6.0.0) ABCES ISCHIO-RECTAUX	8	22.9
6.0.0) POLYPE DU RECTUM	14	40.0
6.0.1) PROLAPSUS RECTAUX	5	14.3
6.0.2) IMPERFORATION ANALE	7	20.0
6.0.5) KYSTE DERMOIDE PARA-RECTAL	1	2.8
T O T A L	35	100.0

Dans les autres pathologies ano-rectales , les polypes du rectum ont atteint l'effectif le plus élevé : 14 cas soit 40.0 % .

Tableau 6.9.3.2 : Répartition des autres pathologies ano-rectales en fonction de l'âge.

A G E	EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
0 - 9		15	42.9
10 - 19		6	17.1
20 - 29		8	22.9
30 - 39		2	5.7
40 - 49		1	2.9
50 - 59		2	5.7
60 - 69		1	2.9
T O T A L		35	100.0

Il est dans la tranche d'âge de 0 à 9 ans que le service a enregistré l'effectif le plus élevé des autres pathologies ano-rectales : 15 cas soit 42.9 % .

Tableau 6.9.3.3 : Evolution des autres pathologies ano-rectales en fonction du sexe et de l'année.

S E X E	MASCULIN	FEMININ	T O T A L
A N N E E			
N.D.	1	3	4 11.4 %
1979	3	1	4 11.4 %
1980*	0	1	1 2.9 %
1981*	1	0	1 2.9 %
1982*	0	1	1 2.9 %
1983	1	0	1 2.9 %
1984	1	0	1 2.9 %
1986*	1	0	1 2.9 %
1987*	1	2	3 8.6 %
1988	1	2	3 8.6 %
1989	0	4	4 11.4 %
1990	7	2	9 25.7 %
1991	1	1	2 5.7 %
T O T A L	18 51.4%	17 48.6%	35 100.0 %

Le tableau montre que les autres pathologies ano-rectales ont atteint 18 hommes (51.4%) et 17 femmes (48.6%).  
Le ratio = 18/17 soit 1.1.

6.10. PATHOLOGIES VASCULAIRES .

Tableau 6.10.1 : Répartition de la pathologie vasculaire.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
10 OMS) TYPES DES PATHOLOGIES VASCULAIRES		
2.9 ANEURYSMES	8	13.1
7.6 ARTERITE	1	1.6
1.9 PHLEBITE	8	13.1
4.9 VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	33	54.1
5.6 ADENOPATHIES	11	18.1
T O T A L	61	100.0

Plus de la moitié des malades porteurs d'une pathologie vasculaire avaient les varices des membres inférieurs : 33 cas soit 54.1 % .

Tableau 6.10.2: Répartition de la pathologie vasculaire en fonction de l'âge.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
A G E		
0 - 9	2	3.3
10 - 19	6	9.8
20 - 29	12	19.7
30 - 39	20	32.8
40 - 49	10	16.4
50 - 59	6	9.8
60 - 69	5	8.2
T O T A L	61	100.0

Il est entre 30 et 39 ans que la pathologie vasculaire a atteint l'effectif le plus élevé : 20 cas soit 32.8 % .

Tableau 6.10.3: Evolution de la pathologie vasculaire en fonction du sexe et de l'année.

S E X E	MASCULIN	FEMININ	T O T A L	
A N N E E				
N.D.	14	5	19	31.1 %
1979	3	1	4	6.6 %
1980*	1	0	1	1.6 %
1983	6	0	6	9.8 %
1985*	2	0	2	3.3 %
1986*	0	1	1	1.6 %
1987*	3	1	4	6.6 %
1988	4	3	7	11.5 %
1989	4	1	5	8.2 %
1990	5	0	5	8.2 %
1991	4	2	6	9.8 %
1992*	0	1	1	1.6 %
T O T A L	46 75.4%	15 24.6%	61	100.0 %

61 malades qui ont été traités dans le service pour pathologie vasculaire, 46 étaient des hommes soit 75.4 % .  
 <-ratio 46/15 soit 3.1 .

6.11. PATHOLOGIE MAMMAIRE NON CANCEREUSE .

Tableau 6.11.1: Répartition des différents types des pathologies mammaires.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
100 OMS) TYPES DES PATHOLOGIES MAMMAIRES		
17 TUMEUR BENIGNE DU SEIN	16	66.7
1.0 ABCES DU SEIN	7	29.2
1.0 DYSPLASIE MAMMAIRE BENIGNE DU SEIN	1	4.2
T O T A L	24	100.0

17 sur 24 cas de la moitié des malades qui ont été traités dans le service de pathologie mammaire souffraient d'une tumeur bénigne du sein ; ce cas soit 66.7 % .

Tableau 6.11.2: Répartition de la pathologie mammaire selon l'âge.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
A G E		
10 - 19	5	20.8
20 - 29	10	41.7
30 - 39	3	12.5
40 - 49	3	12.5
50 - 59	2	8.3
NON DETERMINE	1	4.2
T O T A L	24	100.0

10 cas est dans la tranche d'âge de 20 à 29 ans que le service a enregistré l'effectif le plus élevé des malades traités pour pathologie mammaire : 10 cas soit 41.7 % .

Tableau 6.11.3: Evolution de la pathologie mammaire en fonction du sexe et de l'année.

S E X E	MASCULIN	FEMININ	T O T A L
A N N E E			
N.D.	1	5	6 25.0 %
1987*	0	1	1 4.2 %
1988	1	5	6 25.0 %
1989	0	4	4 16.7 %
1990	0	1	1 4.2 %
1991	0	4	4 16.7 %
1992*	0	2	2 8.3 %
T O T A L	2 8.3 %	22 91.7 %	24 100.0 %

Sur dix hommes soit 8.3 % ont été traités dans le service pour pathologie mammaire.

Le ratio = 11

est en 1987 que le service a commencé à recevoir des malades atteints d'une pathologie mammaire.



## 6.12. LES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE.

leau 6.12.1 : Répartition des différents types de complications de la grossesse.

EFFECTIF	N O M B R E	%
O OMS) TYPES DES COMPLICATIONS		
2 RETENTION FOETUS MORT IN UTERO	3	0.9
1.1 G.E.U* ROMPUE OU NON	63	20.2
4 AVORTEMENT SPONTANE	14	4.5
5 AVORTEMENT PROVOQUE	14	4.5
7 AVORTEMENT INCOMPLET	5	1.6
10 HEMORRAGIE DE LA GROSSESSE AU DEBUT	3	0.9
11 PLACENTA PRAEVIA	19	6.1
12 HTA + GROSSESSE	1	0.3
15 GROSSESSE PROLONGEE	2	0.6
16 AUTRES COMPLICATIONS	46	14.7
52 PRESENTATION FOETALE ANORMALE	36	11.5
53 DYSPROPORTION FOETO PELVIENNE	20	6.4
60 DYSTOCIE OBSTACLE	64	20.5
65.1 RUPTURE UTERINE	21	6.7
T O T A L	311	100.0

E.U\* =Grossesse extra-utérine.

cours de la période étudiée , 311 patientes ont été soignées dans le service pour diverses complications de la grossesse dont les plus importantes ont été :

- Les grossesses extra-utérines rompues ou non : 63 cas soit 20.2 %
- Les dystocies par obstacle : 64 cas soit 20.5 %

leau 6.12.2 : Evolution de l'effectif des complications des grossesses en fonction de l'année.

EFFECTIF N N E E	N O M B R E	P O U R C E N T A G E
N.D.	8	2.6
1978*	1	0.3
1979	22	7.1
1980*	19	6.1
1981*	18	5.8
1982*	13	4.2
1983	27	8.7
1984	26	8.4
1985*	11	3.5
1986*	16	5.1
1987*	19	6.1
1988	26	8.4
1989	19	6.1
1990	28	9.0
1991	46	14.0
1992*	12	3.9
TOTAL	311	100.0

effectif le plus élevé des complications de la grossesse a été enregistré en 1991 : 46 cas soit 14.8 %

Tableau 6.12.3 : Répartition des complications de la grossesse en fonction de l'âge.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
A G E		
10 - 19	46	14.8
20 - 29	140	45.0
30 - 39	103	33.1
40 - 49	6	1.9
NON DETERMINE	16	5.1
T O T A L	311	100.0

Il est entre 20 et 29 ans que le service a enregistré le nombre plus élevé des femmes venu pour complication de grossesse : cas soit 45.0 %

Tableau 6.12.4: Répartition des complications de la grossesse en fonction du mode de recrutement.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
MODE DE RECRUTEMENT		
CONSULTATION	59	19.0
URGENCE	252	81.0
T O T A L	311	100.0

La majorité des femmes ( 80.0 % ) traitées dans le service pour complications de la grossesse sont venues en urgence.

leau 6.12.5: Répartition des complications de la grossesse selon que les parturientes ont été hospitalisées ou non.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
HOSPITALISATION		
OUI	132	42.4
NON	179	57.6
T O T A L	311	100.0

majorité des femmes ( 57.6 % ) opérées pour complications de grossesse n'ont pas été hospitalisées dans le service.

6.13. PATHOLOGIE NON CANCEREUSE DE L'APPAREIL URINAIRE .

Tableau 6.13.1 : Répartition de l'effectif des pathologies de l'appareil urinaire .

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
No OMS) PATHOLOGIES DE L'APPAREIL URINAIRE		
90.2 ABCES PERINEPHRETIQUE	2	6.5
92.1 CALCUL URETERAL	9	29.0
92.2 CALCUL RENAL	8	25.8
94.1 CALCUL VESICAL	5	16.1
94.2 CALCUL URETRAL	3	9.7
AUTRES	4	12.9
T O T A L	31	100.0

Le calcul urétral ( 29.0 % ) et le calcul rénal ( 25.8 ) ont été ,dans le service , les pathologies les plus fréquentes de l'appareil urinaire.

Tableau 6.13.2. Répartition des pathologies de l'appareil urinaire en fonction de l'âge.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
A G E		
0 - 9	1	3.2
10 - 19	4	12.9
20 - 29	8	25.8
30 - 39	10	32.3
40 - 49	7	22.6
NON DETERMINE	1	3.2
T O T A L	31	100.0

Le service a enregistré l'effectif légèrement plus élevé dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans : 10 cas soit 32.3 %

LEAU 6.13.3 : Evolution des pathologies de l'appareil urinaire selon le sexe et de l'année.

SEXE	MASCULIN	FEMININ	T O T A L
A N N E E			
N.D.	4	2	6 19.4 %
1979	3	0	3 9.7 %
1980*	1	0	1 3.2 %
1981*	1	0	1 3.2 %
1982*	0	1	1 3.2 %
1983	1	2	3 9.7 %
1984	0	1	1 3.2 %
1987*	1	0	1 3.2 %
1988	2	2	4 12.9 %
1989	2	0	2 6.5 %
1990	2	2	4 12.9 %
1991	2	2	4 12.9 %
T O T A L	19 63.1 %	12 38.7 %	31 100.0 %

31 malades qui ont été hospitalisés dans le service pour pathologie de l'appareil urinaire, 19 soit 63.1 % étaient des hommes. Sex-ratio = 19/12 soit 0.6

6.14. PATHOLOGIE BENIGNE DE LA PEAU

ET DE LA PAROI.

leau 6.14.1 : Répartition des pathologies de la peau  
et de la paroi.

	EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
(10 OMS) PATHOLOGIES DE LA PEAU ET DE LA PAROI			
14 LIPOME		27	18.6
32 ABCES SOUS CUTANE		77	53.1
01.4 CHELOIDE		7	4.8
09.4 GRANULOME SUR FIL		9	6.2
29.1 MYOSITE		13	9.0
35.4 GANGRENE CUTANEE ET SOUS CUTANEE		12	8.3
T O T A L		145	100.0

s abcès ont eu l'effectif le plus élevé (53.1 %)  
s pathologies de la peau et de la paroi.



au 6.14.2 Répartition de la pathologie de la peau  
et de la paroi en fonction du sexe.

SEXE	MASCULIN	FEMININ	T O T A L	
ANNEE				
N.D.	14	5	19	13.1 %
1979	8	3	11	7.6 %
1980*	2	3	5	3.4 %
1981*	7	1	8	5.5 %
1983	12	2	14	9.7 %
1984	2	1	3	2.1 %
1985*	4	1	5	3.4 %
1986*	2	1	3	2.1 %
1987*	3	1	4	2.8 %
1988	9	5	14	9.7 %
1989	9	3	12	8.3 %
1990	9	5	14	9.7 %
1991	16	8	24	16.6 %
1992*	6	3	9	6.2 %
O T A L	103 71.0%	42 29.0%	145	100.0 %

sont les hommes ( 71.0 % ) qui ont été nombreux à être  
ités dans le service pour pathologie de la peau et de la  
oi.

leau 6.14.3 Répartition de la pathologie de la peau  
et de la paroi en fonction de l'âge.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
A G E		
0 - 9	10	6.9
10 - 19	22	15.2
20 - 29	37	25.5
30 - 39	22	15.2
40 - 49	21	14.5
50 - 59	15	10.3
60 - 69	10	6.9
70 - 79	4	2.8
80 - 89	2	1.4
NON DETERMINE	2	1.4
T O T A L	145	100.0

effectif le plus élevé ( 25.5 % ) des pathologies de la peau  
de la paroi a été atteint par la tranche d'âge de 20 à 29 ans.

6.15. PATHOLOGIES NON CANCEREUSES DU FOIE  
DE LA RATE ET DES VOIES BILIAIRES.

leau 15.1 : Répartition des pathologies du foie, de la rate et des voies biliaires.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
(10 OMS) TYPE DE PATHOLOGIE		
15.5 RUPTURE DE LA RATE	7	12.7
19.5 ABCES DE LA RATE	3	5.5
12.0 ABCES DU FOIE	4	7.3
14.2 LITHIASE VESICULAIRE	31	56.4
14.5 LITHIASE DU CHOLEDOQUE	1	1.8
15.0 CHOLECYSTITE AIGUE	7	12.7
19.0 SPLENOMEGALIE	1	1.8
14.0 RUPTURE DU FOIE	1	1.8
T O T A L	55	100.0

is ce groupe de pathologies, la lithiase vésiculaire a été plus  
équente :  
cas soit 56.4 %

eau 6.15.2 : Evolution des pathologies du foie, de la rate et des voies biliaires en fonction du sexe et de l'année.

S E X E N N E E	MASCULIN	FEMININ	T O T A L	
N.D.	3	4	7	12.7 %
1979	0	3	3	5.5 %
1980*	0	2	2	3.6 %
1983	2	0	2	3.6 %
1984	1	0	1	1.8 %
1986 *	0	1	1	1.8 %
1987*	1	1	2	3.6 %
1988	2	2	4	7.3 %
1989	4	5	9	16.4 %
1990	2	7	9	16.4 %
1991	3	11	14	25.5 %
1992*	0	1	1	1.8 %
T O T A L	18	37	55	100.0 %

s femmes ont été plus nombreuses ( 67.3 % ) à se faire traiter ns le service pour pathologie du foie , de la rate et de la sicule biliaire.

x ratio = 18/37 soit 0.5

est en 1991 que le service a soigné un nombre important des lades atteints par ce groupe de pathologies.

Tableau 6.15.3 Répartition des pathologies du foie de la rate et des voies biliaires.

EFFECTIF A G E	N O M B R E	POURCENTAGE
0 - 9	4	7.3
10 - 19	6	10.9
20 - 29	11	20.0
30 - 39	13	23.6
40 - 49	10	18.2
50 - 59	7	12.7
60 - 69	3	5.5
70 - 79	1	1.8
T O T A L	55	100.0

Un effectif relativement élevé ( 23.6 % ) a été atteint par des patients âgés de 30 à 39 ans.

6.16.PATHOLOGIES NON CANCEREUSES DE L'APPAREIL  
GENITAL MALE.

Tableau 6.16.1: Répartition des types de pathologies de  
l'appareil génital male.

EFFECTIF	NOMBRE	POURCENTAGE
No OMS) PATHOLOGIES DE L'APPAREIL GENITAL MALE		
00 ADENOME DE LA PROSTATE	1	0.9
03.9 HYDROCELE	97	87.4
52.5 ECTOPIE ESTICULAIRE	13	11.7
O T A L	111	100.0

Le hydrocèle a été de loin la pathologie la plus fréquente avec  
87.4%

leau 6.16.2: Evolution de l'effectif de la pathologie génitale e par an.

EFFECTIF /MALE	N O M B R E	POURCENTAGE
A N N E E		
N.D.	36	32.4
1979	8	7.2
1981*	2	1.8
1983	9	8.1
1984	4	3.6
1985*	2	1.8
1986*	2	1.8
1987*	5	4.5
1988	7	6.3
1989	7	6.3
1990	12	10.8
1991	11	9.9
1992*	6	5.4
T O T A L	111	100.0

est en 1990 que le service a reçu un nombre relativement élevé patients porteurs d'une pathologie de l'appareil génital mâle.

leau 6.16.3 : Répartition des patients atteints d'une pathologie de l'appareil génital mâle en fonction de l'âge.

A G E	N O M B R E	POURCENTAGE
0 - 9	9	8.1
10 - 19	13	11.7
20 - 29	16	14.4
30 - 39	11	9.9
40 - 49	20	18.0
50 - 59	14	12.6
60 - 69	12	10.8
70 - 79	11	9.9
80 - 89	4	3.6
NON DETERMINE	1	0.9
T O T A L	111	100.0

tranche d'âge de 40 à 49 ans a atteint un effectif lativement élevé.



6.17. PATHOLOGIES NON CANCEREUSES DE L'APPAREIL  
GENITAL FEMELLE.

Tableau 6.17.1 : Répartition des pathologies de l'appareil  
général femelle.

EFFECTIF	NOMBRE	POURCENTAGE
100 OMS) TYPES DE PATHOLOGIES		
108 FIBROME UTERIN	61	33.2
101.1 GYNECOMASTIE	2	1.1
104.2 PYOSALPINX	12	6.5
108.0 CYSTOCELE	14	7.6
110.2 KYSTE DE L'OVAIRE	45	24.9
108.1 PROLAPSUS UTERIN	24	13.0
104.0 SALPINGITE AIGUE	5	2.7
109.0 PELVI-PERITONITE	14	7.6
102.4 IMPERFORATION DE L'HYMEN	1	0.5
100.5 TORSION DE L'OVAIRE	1	0.5
106.6 METRORRAGIE	1	0.5
130 MOLE HYDATIFORME	1	0.5
AUTRES	3	1.6
<b>O T A L</b>	<b>184</b>	<b>100.0</b>

184 malades qui ont été hospitalisés pour pathologies de  
l'appareil général femelle, 61 cas soit 33.2% étaient atteintes  
d'un fibrome utérin.

7.2: Evolution de l'effectif des pathologies de l'appareil génital femelle en fonction de l'année.

EFFECTIF	N O M B R E	POURCENTAGE
N N E E		
. D .	47	26.0
.978*	2	1.1
.979	15	8.3
.980*	7	3.9
1981*	4	2.2
1982*	5	2.8
1983	12	6.6
1984	9	5.0
1985*	3	1.7
1986*	1	0.6
1987*	7	3.9
1988	8	4.4
1989	14	7.7
1990	21	11.6
1991	23	12.7
1992*	6	3.3
T O T A L	184	100.0

est en 1991 que le service a reçu l'effectif le plus élevé des pathologies de l'appareil génital femelle: 23 cas soit 12.7% puis 1987, l'effectif n'a fait que croître.

Tableau 6.17.3 : Répartition des pathologies de l'appareil génital femelle en fonction de l'âge.

E F F E C T I F A G E	NOMBRE	POURCENTAGE
0 - 9	1	0.6
10 - 19	10	5.5
20 - 29	50	27.6
30 - 39	56	30.9
40 - 49	39	21.5
50 - 59	15	8.3
60 - 69	3	1.7
70 - 79	2	1.1
80 - 89	1	0.6
90 - 99	1	0.6
NON DETERMINE	6	3.4
T O T A L	184	100.0

Tous les âges ont été touchés. Les effectifs élevés étaient entre 20 et 49 ans avec un maximum entre 30 et 39 ans: 56 cas soit 30.9%.

6.18. PATHOLOGIES TRAUMATIQUES.

Tableau 6.18.1: Répartition des différentes pathologies traumatiques.

EFFECTIF		NOMBRE	POURCENTAGE
(No OMS) TYPES DE TRAUMATISMES			
800	FRACTURE VOUTE CRANIENNE	1	1.2
805	FRACTURE COU ET TRONC	2	2.3
810	FRACTURE MEMBRE SUPERIEUR	6	7.0
820	FRACTURE MEMBRE INFERIEUR	9	10.5
830	LUXATIONS	3	3.4
840	ENTORSES	2	2.3
852	HEMORRAGIE SOUS DURALE, EXTRA DURALE ET SOUS ARACHNOIDIEN	1	1.2
854	TRAUMATISME CRANIEN SANS PRECISION	18	20.9
860	PNEUMOTHORAX ET HEMOTHORAX TRAUMATIQUES	3	3.4
863	TRAUMATISME DU TUBE DIGESTIF	1	1.2
879.0	PLAIE TRAUMATIQUE	40	46.5
T O T A L		86	100.0

Ce tableau montre que les plaies traumatiques ont été les plus fréquentes: 40 cas soit 46.5%

Tableau 6.18.2: Evolution des pathologies traumatiques en fonction du sexe et de l'année.

S E X E A N N E E	MASCULIN	FEMININ	T O T A L
N.D.	2	0	2
1979	11	1	12
1980*	4	1	5
1981*	5	1	6
1982*	5	0	5
1983	11	0	11
1984	1	1	2
1985*	4	0	4
1986*	2	0	2
1987*	3	0	3
1988	5	1	6
1989	3	1	4
1990	3	1	4
1991	2	2	14
1992*	4	2	6
T O T A L	75	11	86 100.0

Les hommes ont été les plus touchés par la pathologie traumatique: 87.2% d'hommes contre 12.8% des femmes. Sex- ratio = 6.8

TABLEAU 6.18.3: Répartition des pathologies traumatiques en fonction de l'âge.

AGE	EFFECTIF	NOMBRE	POURCENTAGE
0 - 9		5	5.6
10 - 19		14	16.3
20 - 29		30	34.9
30 - 39		18	21.0
40 - 49		8	9.3
50 - 59		5	5.8
60 - 69		2	2.3
70 - 79		1	1.2
NON DETERMINE		3	3.4
T O T A L		86	100.0

Ce sont les patients dont l'âge était situé entre 20 et 29 ans qui ont été le plus atteint par la pathologie traumatique.

## **COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

## I. LA METHODOLOGIE.

Notre étude a été rétrospective. Le document de base que nous avons utilisé pour la collecte de nos données fût la fiche de consultation. Cette dernière comporte tous les renseignements sur le malade ; depuis la 1ère consultation jusqu'aux consultations post-opératoires en passant par l'hospitalisation et l'opération pour ceux qui ont été opérés.

Nous avons constaté que ces dossiers ont été bien conservés. Sur les 12095 dossiers auxquels nous nous attendions, nous avons retrouvé 11910 soit 98,5%.

Il nous est arrivé de constater que sur cette fiche, n'étaient pas toujours mentionnés : Diagnostic (surtout quand celui-ci pose problème) , Sexe, Age. La date d'hospitalisation n'a commencé à être marquée que depuis 6 ans seulement.

Les registres de compte rendu opératoire ont été bien tenus à partir de 1981 ( date à partir de laquelle la chirurgie "B" a eu sa salle d'opération. Il nous est arrivé de constater dans certains cas, que sur la fiche de consultation du malade, l'opération pratiquée été mentionnée et de ne pas retrouver son compte rendu opératoire. Certains compte rendus opératoires de 1978, 1979 et 1980 n'ont pas été retrouvés.

Dans la plupart des cas, les petites interventions comme : les abcès sous cutanés, le panaris, les furoncles ne figuraient pas dans le registre de compte rendu opératoire.

Le volume de notre travail imposait un traitement informatique de nos données. Or, lorsque nous avons commencé avec la saisie, les ordinateurs de la cellule informatique de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie étaient en panne. Nous avons donc été obligés de faire le travail avec les ordinateurs des amis en ville. Nous devrions respecter l'emploi du temps des propriétaires de ces ordinateurs tout en continuant avec notre stage à l'hôpital. Ce qui n'a pas été facile.



## II. LES CONSULTATIONS

### 2.1. Cadre où se déroulent les consultations.

Comme nous l'avons fait remarquer dans nos généralités, le service de Chirurgie "B" ne dispose que d'une seule salle de consultation. Les médecins (souvent 2) et les internes (parfois 4) reçoivent et interrogent les malades dans cette même salle et au même moment. Cette manière de faire comporte beaucoup d'inconvénients :

- les malades sont souvent gênés et ne peuvent pas exposer au médecin certains problèmes devant d'autres malades.
- Ils sont parfois distraits et même intéressés par ce que d'autres malades sont entrain de dire.
- Parfois un médecin ou un interne, au lieu de s'occuper du malade qui est en face, arrête son interrogatoire pour suivre celui de son confrère.

### 2.2. Caractéristiques des malades venus en consultation.

#### 2.2.1. La fréquence :

Au cours de la période allant du 8 Décembre 1978 au 30 Mars 1992 (soit 13 ans et 4 mois), nous avons trouvé 11 910 consultations, soit théoriquement une moyenne annuelle de 893 malades. KEITA B.J (32) a trouvé dans le même service, mais sur une période de 10 ans, une moyenne annuelle de 795 consultants.

C'est en 1986 que le service a atteint le plus bas effectif de consultants : 492 cas . Ceci serait dû au fait que pendant cette période, le chef de service était en formation au Canada au cours de cette année.

Mais à partir de 1987, l'effectif des consultations n'a fait qu'augmenter. Ceci serait dû au fait que le service se spécialise de plus en plus dans certaines pathologies qui ne sont pas couramment traitées ailleurs ; ex : le goitre et puis le nombre des chirurgiens a augmenté.

#### 2.2.2. Le sexe

La répartition des malades reçus en fonction du sexe a montré un effectif relativement élevé des femmes (51.2% de femmes et 48.4% d'hommes) soit un sex-ratio = 0,9 (hommes/femmes). Nos résultats sont similaires à ceux de la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (22) qui a trouvé 49% d'hommes contre 51% des femmes.

Pourtant plusieurs études ont trouvé la prédominance du sexe masculin avec les résultats ci-après :

YAPI G.T (77) sex-ratio = 1,05  
OUININGA R.M (49) sex-ratio = 2,9.  
SANOU M.J (55) sex-ratio = 3,1.

La légère prédominance du sexe féminin dans notre étude serait due au fait que l'hôpital du Point G ne disposant pas d'un service de tri, certains patients qui devaient aller en gynéco ou en médecine interne se sont retrouvés en chirurgie "B". Et puis, le fait que les services de chirurgie assuraient les gardes de la gynécologie obstétrique peut expliquer cela. En plus de cela, il y a le goitre qui est très fréquent chez la femme (78) et couramment traité dans le service.

Au Centre hospitalier et Universitaire de Cocody où YAPI G.T (77) a fait son étude, il y a un service de tri. Là, les femmes qui souffrent d'une pathologie gynécologique ou obstétricale sont orientées vers le service concerné.

### 2.2.3. L'âge

Le service a reçu en consultation des malades âgés de 0 à 101 ans. Dans l'ensemble, les patients étaient jeunes avec un âge moyen égal à 31,5. Certains auteurs ont trouvé les résultats semblables aux nôtres : OUININGA R.M (49) a trouvé comme âge moyen: 31,2.

### 2.2.4. La résidence.

La majorité des malades est venue de Bamako. Ceci s'explique par le fait que l'hôpital du Point G est à Bamako. D'autres auteurs ont fait la même constatation (75,78) Par ailleurs, toutes les régions sont représentées (même la région de Kidal située à l'extrémité nord-est du pays).

L'effectif diminue au fur et à mesure qu'on s'éloigne de Bamako. Ce qui est normal parce que la distance réduit les facilités d'accès.

### 2.2.5. L'Occupation.

Selon l'occupation, les ménagères ont été les plus nombreuses. Cette situation pourrait être due au fait qu'au Mali plus de 90% de femmes sont analphabètes donc s'occupent surtout du ménage.

### 2.2.6. La religion.

Les musulmans : 96,2% ont été les plus nombreux. Ils ont été suivis par les chrétiens : 3,1%

Les patients dont la religion n'a pas été déterminée sont nombreux : 4 631 soit 52,5% Ceci a été dû au fait que à partir de 1988 les fiches de consultation ne comportaient pas le

renseignement sur la religion.

#### 2.2.7. La nationalité.

La nationalité malienne a représenté 96,9% de l'ensemble des malades reçus dans le service. Les autres nationalités: 3.4% Le recensement de 1987 (22) a trouvé pour les autres nationalités : 2.3% à Bamako et 0.8% pour l'ensemble du Mali.

#### 2.2.8. L'ethnie

Les bambara (31.9%) ont été les plus nombreux. Ceci n'a rien d'étonnant à cause de la forte concentration de cette ethnie à Bamako où est implanté l'hôpital du Point G. Le recensement de 1987 (22) a trouvé pour les bambara:38.3%

#### 2.2.9. Le diagnostic de consultation.

Malgré la spécialité chirurgicale du service, 34,2% des malades ont été reçus en consultation pour des pathologies médicales. Nous estimons que cette proportion est importante et qu'elle serait due au fait que l'hôpital du Point G n'a pas de service de tri. C'est une situation qui fait perdre au malade, du temps et de l'argent. Signalons que dans 15,0% des cas, le service a adressé ces malades vers d'autres médecins.

#### 2.2.10. Les personnes qui ont adressé les malades au service

Un grand nombre de malades reçus dans le service ont été adressés par des médecins : 21,4% . Mais dans 50,0% des cas, la personne qui a adressé le malade au service n'était pas mentionnée . Dans ces conditions, le feed back qui permet un bon suivi du malade est quasiment impossible.

Signalons que sur les 11 910 consultations, 1 475 sont venues en urgence.

### III. LES URGENCES.

Elles ont été reçues au cours des gardes que le service partageait avec d'autres équipes chirurgicales et la gynécologie obstétrique jusqu'en décembre 1992 pour cette dernière.

#### 3.1. L'équipe de garde.

Elle a été généralement constituée de deux internes et d'un chirurgien auxquels venaient s'ajouter parfois les externes. Toutes ces personnes se retrouvaient dans une seule petite salle qui ne contenait que deux lits.

#### 3.2. Les caractéristiques des malades qui sont venus en urgence.

##### 3.2.1. La fréquence.

Au cours de la période étudiée, le service a reçu 1 475 malades en urgence soit : 2,4% de l'ensemble des malades reçus au cours de la même période.

##### 3.2.2. Le sexe.

Le service a reçu 50,5% de femmes, 49,2% d'hommes. Dans 0,3%, le sexe n'avait pas été mentionné par le médecin.

##### 3.2.3. L'âge.

La plus haute fréquence de nos malades a été située entre 20 et 29 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que la plupart des urgences sont obstétricales et que l'âge de la procréation se situe dans cette tranche d'âge.

##### 3.2.4. La résidence.

Bamako a fourni la majorité des urgences : 60,6% ce qui s'explique par le fait que le service de chirurgie "B" est à Bamako.

##### 3.2.5. Urgences réadressées à d'autres services.

Certaines urgences reçues par le service ont été réadressées à d'autres hôpitaux : 8,3% des urgences. Cette situation serait due au fait que :

- La plupart de ces urgences étaient traumatologiques. Comme l'hôpital du point G n'avait pas de service ni de matériel pour la traumatologie, les équipes de garde ont été obligées d'évacuer ces traumatisés vers l'hôpital Gabriel TOURE ou l'hôpital de Kati.
- Parfois, lorsque le programme opératoire est chargé, il arrive que le linge et les instruments stériles manquent, le service de garde est alors obligé d'orienter le patient vers d'autres formations sanitaires.

## 2.6. Les urgences courantes.

Les pathologies les plus courantes que le service a traitées en urgence soit :

- Les pathologies iléo-coliques: 96 cas soit 17.8%
- Les complications des grossesses : 95 cas soit 17.6%
- Les pathologies appendiculaires: 88 cas soit 16.3%
- Les pathologies herniaires: 56 cas soit 10.4%

## 2.7. Urgences et hospitalisation.

Sur les 1475 malades qui ont été reçus en urgence, seuls 535 malades soit 36,6% ont été hospitalisés et les 935 autres soit 63,4% ne l'ont pas été.

Le pourcentage élevé des urgences non hospitalisées peut s'expliquer par le fait que :

- Les panaris, les furoncles, les abcès sous cutanés et d'autres petites interventions pouvant se faire sous anesthésie locale ou loco-régionale ne nécessitent pas souvent d'hospitalisation.
- Les traumatismes des membres (fractures, luxation...) ont, dans la plupart de cas, été évacués sur l'hôpital Gabriel TOURE ou sur celui de Kati.
- Plus de la moitié (57%) des complications de grossesse opérées par l'équipe de la chirurgie "B" ont été hospitalisées en Gynéco-obstétrique. Mais depuis Décembre 1992, les gardes de la gynécologie obstétrique et celles de la chirurgie générale ont été séparées. Ce qui est une bonne chose pour les patients. Mais les internes en chirurgie générale ne peuvent plus apprendre la prise en charge des complications gynéco-obstétricales.

#### IV. HOSPITALISATIONS.

Les hospitalisations ont été faites les jours de consultation. Mais les urgences étaient, lorsque cela s'avérait nécessaire, automatiquement hospitalisées au cours des gardes. Au cours de la période que nous avons étudiée, sur 11910 malades qui ont été reçus dans le service, 2864 soit 24 % furent hospitalisés.

##### 1. Fréquence.

Les variations des effectifs des malades hospitalisés en fonction des années, sont similaires à celles que nous avons observées plus haut sur les consultations. Comme ces dernières, le pourcentage le plus élevé des malades hospitalisés (46 malades soit 1.7%) a été atteint en 1986, année au cours de laquelle le chef de service était en stage au Canada. Par ailleurs la date d'hospitalisation de 593 soit 20.8 % des malades n'a pas été mentionnée.

##### 2. Age.

Plus de la moitié (62.2%) des malades hospitalisés avaient entre 20 et 49 ans. L'effectif le plus élevé a été enregistré entre 20 et 29 ans.

##### 3. Sexe.

La répartition des malades hospitalisés diffère de celle des consultations et des urgences. Ici les hommes sont plus nombreux que les femmes avec un sex-ratio égal à 1.2. Cette différence serait due au fait que la plupart des femmes opérées pour complications obstétricales n'ont pas été hospitalisées dans le service.

##### 4. Résidence.

Plus de la moitié des malades hospitalisés (58.3%) sont venus de Bamako. Ceci est dû au fait que le service est à Bamako. Nous signalons quand même que les 41.7% des malades originaires hors de Bamako constituent une proportion non négligeable bien que 80% de la population du Mali habitent hors de Bamako (22). Ce rétrécissement de la couverture géographique du service peut s'expliquer par le coût élevé du transport dans un pays très vaste comme le Mali. Sur 111 cas, la provenance n'a pas été mentionnée dans le dossier.

##### 5. Catégories d'hospitalisation.

La majorité des malades pour lesquels la catégorie d'hospitalisation a été mentionnée étaient en 3ème catégorie. Cette situation serait due au fait que cette catégorie coûte moins cher et contient un grand nombre de lits. Les mêmes constatations ont été faites par YENA S. (78).

6. Motifs d'hospitalisation.

La hernie vient en 1ère position avec 15.3% des malades hospitalisés. Quant aux complications obstétricales, elles occupaient la 1ère position des malades opérés, elles se retrouvent à la 9ème position des malades hospitalisés. Ceci, parce que la majorité de ces femmes ont été hospitalisées dans le service de gynécologie obstétrique.

7. Durées moyennes d'hospitalisation pré / post-opératoire et totale.

La longue durée d'hospitalisation s'explique entre autre par le fait que sauf urgence, il est rare qu'un malade hospitalisé aujourd'hui soit opéré demain. D'une manière générale, les malades sont hospitalisés le mercredi pour être opérés au plus tôt le lundi de la semaine suivante. Toute période est mise à profit par le personnel médical

- . pour préparer le malade à l'intervention.
  - . pour former les étudiants (les observations sont faites le jeudi, corrigées le Vendredi au cours de la visite générale.
  - . le programme opératoire est établi samedi.
- Le succès de la plupart des interventions est lié au travail effectué pendant cette période.

Le cours de la période que nous avons étudiée, nous avons constaté que, sans tenir compte ni de la pathologie considérée, ni du mode de recrutement, ni de l'année, la durée moyenne d'hospitalisation pré-opératoire était de 6 jours.

Nous estimons que cette durée est acceptable pour les malades dont les interventions nécessitent une préparation pré-opératoire en dehors du jeûn imposé par l'anesthésie. Mais pour des interventions généralement effectuées sous anesthésie locale ou loco-régionale, 6 jours, c'est beaucoup.

La durée moyenne d'hospitalisation post-opératoire a été de 14 jours. Ce qui a fait une durée totale moyenne de 20 jours.

8. Taux d'occupation des lits.

Ce taux a atteint sa valeur la plus basse (7.8%) en 1986. Mais à partir de 1988 ce taux n'a fait qu'augmenter pour atteindre 55.3% en 1991.

## V. TYPES D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES.

### 1. Fréquence, sexe et âge.

L'évolution et la répartition de l'effectif des interventions chirurgicales épousent celles constatées précédemment au cours des consultations et des urgences. 152 en 1987 elles sont passées à 388 en 1991.

### 2. Opérateur.

Sur les 2554 interventions pour lesquelles les noms et les titres des opérateurs ont été précisés, le chef de service a effectué 1168 interventions soit 45.7% . Son adjoint, 624 interventions soit 24.4% .

Le nombre élevé d'interventions effectuées par le chef de service serait dû aux faits que:

- Au début, il était le seul chirurgien dans le service. Donc seul à opérer.
- La plupart des interventions effectuées dans le service sont très complexes, donc nécessitent la compétence de son expérience
- Cette complexité des interventions rend l'initiation des assistants lente.

Parmi ces interventions , les plus complexes, mais très rares furent :

- Le Belsey.
- L'Amputation abdomino-périnéale.
- L'Hépatectomie.

Malgré le nombre annuel croissant des interventions , les boîtes des instruments n'ont jamais été remplacées depuis le 08.12.1978. Sauf une fois où le service a acquis une boîte complète de laparotomie et deux boîtes complètes d'appendicite. Cette situation peut à la longue réduire les performances du service.

### 3. k opératoire et k anesthésique.

Dans notre étude nous avons trouvé un kop moyen égal à 80 et un kA égal à 49.4 Nos résultats sont superposables à ceux de TRAORE S. (75) qui a trouvé respectivement kop=79 et kA=41.



## VI. SUITES POST-OPERATOIRES.

Dans ce paragraphe nous avons étudié le suivi des malades à partir de l'opération jusqu'à la sortie. Nous avons donc réparti ces suites post-opératoires en quatre groupes:

- Suites simples.
- Infection de paroi.
- Décès.
- Autres.

### 1. Infection de paroi.

Le taux moyen d'infection de paroi a été de 4.6% . Le maximum (13.4%) a été atteint en 1981 et son minimum (5%) en 1985.

TRAORE N.(74) a trouvé dans le même service 9.3% d'infection de paroi.

Un test statistique a été effectué entre notre taux moyen et celui de TRAORE N.(74). Il a trouvé qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux taux ( écart tuit de la différence des taux = -8.633168 ).

Les taux d'infection les plus élevés ont été retrouvés au cours des hernies, des goîtres, des urgences, des cancers et des pathologies iléo-coliques.

### 2. Taux de décès.

Le taux de décès moyen dans le service a été égal à 5.0% avec un maximum de 13.3% en 1982 et un minimum de 0% en 1986.

En outre, notre étude a constaté que les taux de décès les plus élevés étaient retrouvés chez les cancéreux et les malades qui étaient venus en urgence. Donc des patients porteurs d'une pathologie incurable ou alors ceux qui étaient venus à un stade des complications.

## VII. PATHOLOGIES TRAITÉES DANS LE SERVICE.

Dans ce chapitre, nous passerons en revue les différents types des pathologies qui ont été traitées dans le service en insistant surtout sur leur fréquence et leur répartition en fonction de l'âge et du sexe.

### 7.1. HERNIE .

#### 7.1.1. Place de la hernie dans le service.

Elle a été la pathologie la plus fréquente dans le service : 435 soit 15.3% de l'ensemble des malades hospitalisés. Avec nette prédominance de la hernie de l'aine 405 cas soit 14.2% .

ANKARA B (62), au cours d'une étude effectuée dans le service pendant 10 ans sur la hernie, a constaté aussi que cette maladie était la plus fréquente avec 311 cas soit 17.4% .

Un test statistique, fait entre ces derniers résultats et ceux de Ankara, a montré que la différence entre nos deux taux était pas significative (Ecart réduit de la différence entre les deux taux: -1.176252)

D'autres auteurs (28,38,39) ont fait les mêmes constatations quant à la grande fréquence de la hernie. À partir de 1987, la fréquence absolue de la hernie dans le service n'a fait qu'augmenter. Mais il faut noter que si la fréquence absolue augmente, la fréquence relative elle est stable avec une tendance à la diminution.

#### 1.2. Sexe.

Dans les hernies, la prédominance masculine est classique. La littérature rapporte que l'homme est 3 à 4 fois plus atteint que la femme (3,4,9,15,34,43). Notre étude a montré que pour 6 hommes, 1 femme était touchée par la hernie. Ceci place nos résultats dans les limites de la littérature.

#### 1.3. Age.

En tenant compte de la répartition de la population nationale, CISSE S.(15) a conclu que la prévalence de la hernie était plus élevée chez les sujets âgés de plus de 55 ans.

Notre étude, a trouvé que cette fréquence était plus élevée entre 30 et 59 ans.

#### 1.4. Profession.

Notre travail a montré que les cultivateurs étaient les plus touchés 35.2% .

Pour TOUNKARA B.(62), 49.9% des sujets présentant une hernie avaient une profession nécessitant beaucoup d'effort physique.

### 1.5. Techniques opératoires.

Au cours de notre étude, la hernie fut sanctionnée par 3 techniques opératoires:

- Shouldice.
- Mac-Vay.
- Bassini.

De 1978 jusqu'en 1987, en chirurgie "B" les hernies étaient traitées par les techniques de Mac-Vay et de Bassini. Mais à partir de 1988, une autre technique; le Shouldice, fût introduite et s'avéra plus efficace avec moins de recidives que les deux premières (62). Dès lors le Shouldice fût la technique la plus pratiquée dans le service.

## 7.2. G O I T R E .

### 7.2.1. Place du goitre dans le service.

Dans notre étude, la pathologie thyroïdienne est arrivée en 2ème position après la hernie . Elle a réalisé 12.1% de l'ensemble des interventions toute pathologies confondues.

YENA S.(78) a trouvé une fréquence égale à 13.25% dans le même service sur 10 ans.

Le test statistique fait a montré qu'il n'y avait pas de différence statistique entre nos deux résultats ( Ecart réduit de la différence des taux = -0,6282055) .

Comme la hernie, la fréquence de la pathologie thyroïdienne n'a fait qu'augmenter depuis 1987.

### 7.2.2. Sexe.

Beaucoup d'auteurs (78,25,65,18) ont affirmé la prédominance féminine en ce qui concerne la pathologie goitreuse.

- YENA (78 ) a trouvé 4 à 5 femmes pour 1 homme.
- FANTINO (25) a trouvé 6 à 7 femmes pour 1 homme.
- TOURNIAIRE (65) a trouvé 6 à 8 femmes pour 1 homme.
- DEMARD (18) a trouvé 7 à 8 femmes pour 1 homme.

Notre étude a trouvé 5 à 6 femmes pour 1 homme.Ces résultats sont semblables à ceux de la littérature.

### 7.2.3. Age.

Dans notre étude, la plupart des malades (24.7%) sont âgés de 20 à 49 ans avec un maximum entre 30 et 39 ans.

La fréquence la plus élevée chez YENA S.(78) a été retrouvée chez des patients âgés de 21 à 30 ans.

#### .4. Techniques opératoires.

Plusieurs interventions ont été effectuées sur le  
tre. Les plus fréquentes parmi ces dernières furent :  
thyroïdectomie sub-totale (50.6%) et la lobectomie  
1.8%).

### 7.3. LES CANCERS.

#### 7.1. Place des cancers dans le service.

Sur 11910 patients reçus en consultation dans le  
service, 774 avaient le cancer soit 6.4% . SAKO L.(53)  
trouvé dans le même service mais sur 10 ans, 5.2% .  
de ces 774 malades, 306 ont été hospitalisés ( 39.5%)  
traités. Ce qui représente 10.5% de l'ensemble des  
malades hospitalisés toutes pathologies confondues.

Sur les 306 malades qui ont été hospitalisés pour cancer  
3 ( 71.2%) étaient porteurs d'un cancer digestif. Avec  
une nette prédominance du cancer gastrique: 60.1% des  
cancers digestifs.

KO L.(53) a trouvé que le cancer gastrique représentait  
10.9% des cancers digestifs.

Les cancers ont occupé la 3ème position en pourcentage (10.5%),  
après la hernie et la pathologie du goitre.

BOURE A.(63) a trouvé dans son étude que à Bamako, le  
cancer de l'estomac ( 38.4% des cancers digestifs) venait  
en 2ème position, après le cancer primitif du foie.

Sur SAMAKE S.(54), ce même cancer représentait 39.1% des  
cancers digestifs.

Comme si les tests statistiques effectués entre les  
résultats de notre étude et ceux des 2 dernières études  
montrent pas de différence significative, nous avons  
l'impression que nos chiffres sont plus élevés.

Dans notre étude le cancer digestif ( 71.2% ) a été  
réparti par:

- a) Le cancer du sein : 25 cas soit 8.2%
- b) Le cancer de la thyroïde : 24 cas soit 7.8%
- c) Le cancer du col : 15 cas soit 4.9%
- d) Le cancer du rein : 14 cas soit 4.6%

Depuis 1987, nous avons constaté que l'effectif des  
malades qui ont consulté pour cancer ne faisait qu'  
augmenter.

#### 7.2. Le sexe.

Sur l'ensemble des cancéreux traités dans le service  
44.9% étaient des hommes et 45.1% des femmes.

BOURE A. (63) a trouvé des résultats semblables aux  
nôtres. Il a constaté 56.2% d'hommes et 43.8% de femmes.

### 3.4. L'âge.

Notre étude a situé la tranche d'âge la plus touchée entre 40 et 49 ans. Nos résultats sont superposables à ceux de TOURE A (63) qui a situé l'âge le plus touché entre 40 et 60 ans.

## 7.4. PATHOLOGIE APPENDICULAIRE.

### 4.1. Place de la pathologie appendiculaire dans le service.

Par rapport à l'ensemble des malades qui ont été hospitalisés, la pathologie appendiculaire a occupé 5.9% certains auteurs (11,41,71), qui ont travaillé sur cette pathologie en Afrique, pensèrent qu'elle était rare. Ces auteurs ont trouvé dans leurs centres sanitaires les fréquences suivantes :

RAYON A. (11) : 2,92%

IGA B. (41) : 3.6%

TRAORE I.T. (71) : 6.31%

Notre résultat est comparable à ceux des auteurs précités.

Par contre il diffère de celui de KEITA N. (33) : 12.91%. Dans notre étude, les appendicites aiguës ont été les plus fréquentes (72.5%). Néanmoins, le service a reçu certaines complications d'appendicite: perforation, abcès et plastron appendiculaire.

À partir de 1987, l'évolution de la pathologie appendiculaire au cours des années n'a fait que s'améliorer.

### 4.2. Le sexe.

La littérature (57,71,33) rapporte que la prévalence de l'appendicite est égale chez l'homme que chez la femme, avec un sex-ratio voisin de 1:

SKOUBO . . . . (57): 0.8

TRAORE I. . . (71): 1.0

KEITA N . . . (33): 0.8

Notre étude a trouvé un sex-ratio = 1.3

### 4.3. L'âge.

L'appendicite est une pathologie qui survient à tout âge. Les âges au cours desquels sa fréquence est maximale varient selon les études.

Pour certains auteurs (11,41,71,37,51), la fréquence maximale se situe entre la 2ème et la 3ème décennie. Notre étude a situé cette fréquence au niveau de la 3ème décennie.

Nos résultats sont donc comparables à ceux des auteurs précités plus haut.

#### 7.4.3. Techniques opératoires.

Ici 3 techniques ont été utilisées:

- Appendicectomie simple.
- Appendicectomie simple + drainage.
- Appendicectomie + enfouissement.

#### 7.5. PATHOLOGIE OESOPHAGIENNE NON CANCEREUSE.

##### 7.5.1. Place de la pathologie oesophagienne dans le service

Mis à part le cancer de l'oesophage, notre étude a retrouvé deux pathologies au niveau de l'oesophage:

Mégaoesophage : 63%

Sténose : 37%

Sur l'ensemble des malades admis dans le service 27 cas soit 0.9% étaient porteurs d'une pathologie oesophagienne.

L'étude de cette dernière a été effectuée par des centres d'endoscopie, incidemment au cours de celle des pathologies digestives hautes(1,10,20,26) ou sur une anomalie précise de l'oesophage (1).

##### 7.5.2. L'âge.

Notre étude a montré que toutes les tranches d'âge étaient concernées. Plus de la moitié (55.5%) de nos patients avaient un âge situé entre 30 et 49 ans. Dans sa thèse soutenue en 1991, TOURE D.F. (64) a observé les mêmes constatations que nous. Mais pour elle plus de la moitié des patients était âgée 30 à 49 ans.

##### 7.5.3. Le sexe.

TOURE D.F. (64) a trouvé une prédominance masculine avec un sex-ratio égal à 1. Notre étude a aboutit aux résultats semblables avec un sex-ratio égal à 2.

##### 7.5.4. Techniques opératoires:

- Gastrostomie.
- Oesocardio-myotomie.
- (Belsey).

## 7.6. PATHOLOGIES GASTRIQUES ET DUODENALES NON CANCEREUSES.

### 7.6.1. Place de la pathologie gastro-duodénale dans le service.

Sur l'ensemble des malades hospitalisés toute pathologies confondues, la pathologie gastro-duodénale occupait 5.4%

Sur 154 cas de pathologie gastro-duodénale, 132 soit 85.7% cas sont des ulcères.

Ces 132 ulcéreux constituent 4.6% de l'ensemble des malades hospitalisés.

KEITA B.J.(32) a trouvé dans le même service mais sur une période de 10 ans, 4.08% d'ulcéreux.

Ces résultats sont superposables aux nôtres.

Le test statistique fait pour comparer notre taux à celui de KEITA B.J.(32) n'a pas montré de différence significative.(Ecart réduit des taux =  $-1.161533E-02$ ).

En France (60), cette pathologie représente 1.77% de l'ensemble des interventions des affections digestives. Toutes les pathologies que nous avons étudiées jusqu'ici ont connu, en ce qui concerne leur effectif, une évolution croissante surtout depuis 1987.

Les pathologies gastro-duodénales elles, ont connu une évolution en dents de scie avec une tendance à la diminution.

Cette constatation a été faite par d'autres auteurs (32,13), le 1er au Mali, le second en France.

KEITA (32) a mis la baisse de cette fréquence sur le compte de :

- L'automédication.
- L'augmentation des prescripteurs.
- Les meilleurs résultats des traitements médicaux des ulcéreux gastro-duodénaux.

Ces 3 raisons évoquées par KEITA (32) ont été confirmées par MERADJI (45).

### 7.6.2. Le sexe.

Toutes les études faites sur les ulcères gastro-duodénaux ont mis en évidence la prédominance du sexe masculin:

- DIALLO B.A. (21) a trouvé 75.80%
- FOTIADIS (27) a trouvé 83%
- KEITA B.J. (32) a trouvé 86.8%

Notre étude, elle a trouvé 82.95% d'hommes pour la pathologie gastrique et 88.2% pour la pathologie duodénale.

### 7.6.3. L'âge.

Plus de la moitié de nos patients :74.7% étaient âgée de 20 à 49 ans. Mais l'effectif le plus élevé étaient situé entre 40 et 49 ans ( pour la pathologie gastrique), 30 et 39 ans pour l'ulcère duodénal.

KEITA B.J.(32) comme d'autres auteurs (2,40,42) avaient déjà fait la même constatation en ce qui concerne l'âge.

#### 7.6.4. Technique opératoire.

C'est la vagotomie supra sélective qui a été l'intervention la plus pratiquée dans le service au cours du traitement chirurgical de l'ulcère duodénal.

### 7.7. PATHOLOGIES NON CANCEREUSES ILEO - COLIQUES ET PERITONEALES.

#### 7.7.1. Place de la pathologie iléo-colique dans le service.

Elle a représenté 4.7% de l'ensemble des pathologies traitées dans le service. Ici, la pathologie la plus fréquente a été l'occlusion: 65.2% ( compte non tenu de l'étranglement herniaire). La péritonite vient en 2ème position avec 31.9%

#### 7.7.2. Le sexe.

Dans son étude sur les occlusions mécaniques, MOUCHILI Daniel (46) a trouvé une prédominance du sexe masculin avec 2 hommes pour 1 femme.  
KONIPO Fanta (36) a trouvé aussi cette prédominance masculine: 5 à 6 hommes pour 1 femme.  
Notre étude qui a regroupé occlusion et péritonite a trouvé des résultats semblables: 2 hommes pour 1 femme.

#### 7.7.3. L'âge.

Dans notre étude toutes les tranches d'âge ont été touchées. Le maximum a été atteint entre 30 à 39 ans.  
KONIPO Fanta(36) a trouvé une grande fréquence à 37 ans.  
Donc des résultats superposables aux nôtres.

#### 7.7.4. Technique opératoire.

Les plus fréquentes, dans le traitement des pathologies iléo-coliques, ont été :

- Colectomie segmentaire + anastomose.
- Resection segmentaire du grêle + anastomose.
- Resection de bride.
- Suture de perforation.

### 7.8. PATHOLOGIES ANALES NON CANCEREUSES.

La pathologie ano-rectale a occupé 6.3% de l'ensemble des interventions chirurgicales effectuées dans le service.

#### 7.8.1. HEMORROIDE.

7.8.1.1. Place de la pathologie hémorroïdaire dans le service.  
Sur l'ensemble des malades admis dans le service, la pathologie hémorroïdaire a occupé 2.1%



#### 7.8.1.2. Le sexe

La littérature (59,52) a trouvé une prédominance masculine:

-TALL A.H.(59) a trouvé un sex-ratio égal à 3.

-RUIZ M.R.(52), sex-ratio égal à 1.2

Notre étude a également mis en évidence la prédominance masculine avec un sex-ratio égal à 4.

#### 7.8.1.3. L'âge.

Plusieurs auteurs (59,6) ont constaté que l'hémorroïde était une maladie des adultes et qu'elle était exceptionnelle chez l'enfant.

TALL A.H.(59) l'a située entre 20 et 60 ans avec un pic entre 20 et 40 ans.

BRONDEL (6) lui, a situé la survenue de cette pathologie entre 30 et 60 ans.

Notre étude a aboutit aux résultats similaires. Elle a situé la survenue de l'hémorroïde entre 10 et 79 ans avec un maximum ( 61.1% de l'ensemble des hémorroïdes) entre 20 et 39 ans.Nous n'avons pas enregistré de cas chez des enfants de 0 à 9 ans.

### 7.8.2. FISSURES ET FISTULES ANALES.

#### 7.8.2.1. Place des fissures et fistules anales dans le service.

Elles ont constitué 3.0% de l'ensemble des pathologies qui ont été traitées dans le service au cours de la période que nous avons étudiée.

#### 7.8.2.2. Le sexe.

Beaucoup d'auteurs (59,6) ont noté une prédominance masculine. TALL A.H.(59) a trouvé 3 hommes pour 1 femme.Dans notre étude 2 hommes sont atteints contre 1 femme.

#### 7.8.2.3. L'âge.

La littérature (59,6) a situé la grande fréquence de ces deux pathologies entre 20 et 60 ans pour le 1er, 40 et 60 ans pour le 2ème.Notre étude a trouvé des résultats similaires avec une grande fréquence entre 20 et 49 ans.

### 8.3. AUTRES PATHOLOGIES ANO-RECTALES NON CANCEREUSES.

Nous avons au cours de nos travaux mis en évidence autres pathologies ano-rectales ( abcès ischio-rectaux, type du rectum, prolapsus rectaux, imperforation anale).

#### 8.3.1. Place de cette pathologie dans le service.

Sur l'ensemble des malades qui ont été admis dans service, 35 cas soit 1.2% étaient porteurs de l'une ou autre de ces maladies.

#### 8.3.2. Le sexe et l'âge.

Le sex-ratio était de 1.1 .  
Les malades atteints avaient entre 0 et 69 ans. Mais la fréquence plus élevée a été constatée entre 0 et 9 ans.

### 7.9. PATHOLOGIE VASCULAIRE.

#### 9.1. Place de la pathologie vasculaire dans le service.

Elle a représenté 2.1% de l'ensemble des pathologies admises dans le service. Plus de la moitié, 33 cas soit 54.1% étaient porteurs des varices des membres inférieurs. Cette proportion des varices représente 1.2% de l'ensemble des pathologies admises dans le service. DOUCOURE Mady (23), au cours d'une enquête de masses sur les varices des membres inférieurs, a trouvé 8.09% d'autres enquêtes de masse ont aboutit aux résultats suivants:

- BURKITT D.P. (7) : 0.12% en Ouganda.
- COON W.W. and Coll (16) 12.3% aux Etats unis.

#### 9.2. Le sexe et l'âge.

Au cours de son enquête, DOUCOURE (23) a trouvé un sex-ratio = 0.21. L'âge le plus atteint était 37.2 ans. Nous ne pouvons pas comparer nos résultats à ceux de cet auteur car dans notre travail, les varices des membres ont réparties selon le sexe et l'âge dans un ensemble des pathologies vasculaires . Néanmoins, la tranche d'âge la plus touchée dans notre étude fût celle de 30 à 39 ans avec une prédominance masculine: 3 hommes pour 1 femme.

#### 9.3. Technique opératoire.

Le stripping a été l'intervention pratiquée dans le service pour traiter les varices des membres inférieurs. Mais les scléroses et le simple traitement médical n'ont pas été notés dans les observations.

## 7.10. PATHOLOGIES NON CANCEREUSES DE L'APPAREIL URINAIRE.

### 10.1. Place des pathologies de l'appareil urinaire dans le service.

Elles ont représenté 1.1% de l'ensemble des malades hospitalisés dans le service; Ce qui est élevé pour un service qui en principe est spécialisé en chirurgie digestive et vasculaire.

Si nous considérons uniquement l'appareil urinaire, nous constatons une nette prédominance de la maladie lithiasique: 1.5% soit 1.0% de l'ensemble des pathologies.

TRAORE B.(68) qui a travaillé sur l'épidémiologie des lithiases urinaires dans les hôpitaux de Bamako et de Kati, a retrouvé sur une période de 16 mois, 95 lithiases urinaires opérées ou non. L'hôpital du point G a fourni 1.95% , l'hôpital Gabriel Touré:20% et l'hôpital de Kati 05% Mais cet auteur (68) ne nous donne pas la proportion de cette pathologie par rapport à l'ensemble des pathologies.

### 10.2. Le sexe.

Beaucoup d'auteurs (19,68,30) ont démontré dans leurs études la prédominance du sexe masculin:

DEMBELE M.(19) au Mali a trouvé 8 hommes pour 1 femme.

TRAORE B.(68) au Mali a trouvé 7 hommes pour 1 femme.

HORNER (30) au Zaïre a trouvé 2 hommes pour 1 femme.

Notre étude a également confirmé la prédominance masculine avec 2 hommes pour 1 femme.

### 10.3. L'âge.

Dans son étude CABROL D. (8) au Tchad, a situé la fréquence la plus élevée entre 20 et 30 ans.

TRAORE B.(68) a trouvé que la fréquence la plus élevée est située entre 31 et 40 ans.

Ces résultats sont superposables à ceux de notre étude qui a trouvé que plus de la moitié de ces malades avaient 20 à 49 ans avec un pic situé entre 30 et 39 ans.

### 10.4. Types d'opérations.

L'ablation des calculs (rénal, urétéral et vésical) a été l'intervention la plus fréquente sur l'appareil urinaire: 61.5% La néphrectomie est arrivée en deuxième position avec 35.9%, ceci fait penser au stade tardif auquel certains malades urologiques arrivent dans le service.

## 7.11. PATHOLOGIES NON CANCEREUSES DE L'APPAREIL GENITAL MASCULIN.

### 11.1. Place de la pathologie de l'appareil genital mâle dans le service.

Sur l'ensemble des malades admis le service a reçu . cas de malades porteurs d'une pathologie de l'appareil génital mâle soit 3.9% de l'ensemble des malades.

Dans notre étude, ce groupe pathologique a été dominé par l'hydrocèle: 87.4 % soit 3.3% de l'ensemble des malades avec les autres pathologies confondues.

Dans le cadre d'une enquête sur " Les grosses bourses" en zone tropicale a propos de 185 cas. OUTTARA K.(48) a trouvé 33 cas d'hydrocèle soit 17.8% de l'ensemble des malades porteurs des grosses bourses.

### 11.2. L'âge.

Ouattara K.(48) a obtenu la fréquence la plus élevée d'hydrocèle entre 21 et 51 ans. Dans notre étude la fréquence se situait entre 20 et 29 ans, ensuite 40 à 49 ans avec un maximum dans cette dernière tranche d'âge.

### 11.3. Type d'opération.

La résection de la vaginale a été l'intervention la plus pratiquée : 90.4%

## 7.12. PATHOLOGIES NON CANCEREUSES DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ.

### 12.1. Place de cette pathologie dans le service.

Bien que n'étant pas un service de gynécologie, la chirurgie "B" a reçu des cas multiples et variés des pathologies gynécologiques.

Les plus fréquentes furent :

- le fibrome utérin : 61 cas

- le kyste de l'ovaire: 45 cas

Les études effectuées sur le fibrome utérin ont montré les résultats suivants:

Traore M. (72) dans 4 formations sanitaires de Bamako et pendant 1 an a recensé 100 cas de fibrome utérin.

Bayo S.(56) a sélectionné, dans un service du CHU de Dakar pendant 5 ans, 316 cas de fibromes uterins dont les dossiers étaient utilisables.

### 12.2. L'âge.

Certains auteurs (56,72,73) ont situé la fréquence de survenue du fibrome entre 31 et 40 ans. Parmi ces auteurs, citons: Bayo S.(56) à Dakar et Traore M.(72) au Mali.

Traore N. (73) sur 38 tumeurs ovariennes opérées pendant 1 an dans les deux hôpitaux de Bamako, 92.10% de ses patientes étaient âgées de 20 à 40 ans.

ANE (76 ) lui, a situé 81.27% des ses malades porteuses tumeurs ovariennes entre 20 et 50 ans. Dans notre étude, nous avons constaté que 80 % des patientes porteuses de la pathologie des organes génitaux inférieurs étaient âgées de 20 à 49 ans avec un maximum entre 30 et 39 ans.

### 2.3 Types d'opérations

Les interventions les plus fréquentes furent: l'hystérectomie, la myomectomie et l'ovariectomie.

## 7.13. COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE.

### 7.13.1. Place des complications de la grossesse dans le service .

Elles ont représenté une activité assez importante dans le service ( 4.6 %). Ceci est dû au fait que les services de chirurgie assuraient les gardes de gynéco-obstétrique. Elles ont été dominées par les dystocies ( 38.6%) et les grossesses extra-utérines rompues ou non.

Sur les 311 patientes qui ont été opérées pour complication de la grossesse, 252 cas soit 81.0 % l'ont été en urgence.

57.6% de ces patientes n'ont pas été hospitalisées en chirurgie "B".

BORE A.F.(66) a trouvé également que les dystocies ( 49.75% ) occupaient la première place des complications obstétricales.

### 7.13.2. L'âge.

La majorité de nos patientes ( 75.1%) étaient âgées entre 20 à 39 ans.

### 7.13.3. Types d'opérations.

L'intervention la plus fréquente a été la césarienne, suivie de la salpingectomie puis de la réparation de la rupture utérine.

#### 7.14. PATHOLOGIES NON CANCEREUSES DU FOIE, DE LA RATE, ET DE VOIES BILIAIRES.

##### 1. Place de ce groupe pathologique dans le service.

Il a obtenu 1.9% de l'ensemble des pathologies du service. Il fût dominé par la lithiase vésiculaire : 31 cas  
56.4 %

##### 2. L'âge et le sexe.

Des études (58,13,29) sur la lithiase vésiculaire ont montré une prédominance féminine de l'ordre homme pour 2 à 5 femmes.  
Dans notre étude, la fréquence la plus élevée se situait entre 30 et 39 ans. Avec prédominance féminine de 2 femmes pour 1 homme.

##### 3. Types d'interventions.

La plus fréquente fût la cholecystectomie (62.9%) suivie par la splenectomie (17.7%).

#### 5. AUTRES PATHOLOGIES.

Le service a soigné de nombreuses autres pathologies (traumatiques, mammaires et celles de la peau et la paroi).

##### 5.1. Pathologies traumatiques.

Même s'il n'y a pas de service de traumatologie à l'hôpital du point G, certains traumatisés ont été transférés vers cet hôpital.  
Le service de chirurgie B a reçu pendant la période étudiée 86 traumatisés parmi lesquels la prédominance masculine était prépondérante: 6 à 7 hommes pour 1 femme.  
Plus de la moitié (72.2%) de ces malades étaient âgés de 20 à 39 ans, avec un pic entre 20 et 29 ans.

##### 5.2. Pathologie mammaire non cancéreuse.

Dans ce groupe, nous avons trouvé 42 cas. La tranche la plus atteinte est de 20 à 29 ans.  
Parmi les 42 cas, 2 sont des hommes.

##### 5.3. Pathologies de la peau et de la paroi.

Ici, les plus fréquentes furent:  
- Les abcès sous cutanés: 77 cas.  
- Les lipomes: 27 cas.  
- Les myosites: 13 cas.

Les hommes ont été plus touchés que les femmes: 2 à 3 hommes pour 1 femme.

Mais un grand nombre de ces lésions cutanées est vu en urgence pour infection aiguë, traité et exécuté sans observation.

# C O N C L U S I O N

Le service de chirurgie "B" entre 1978 et 1992 soit originairement 15 ans mais pratiquement environ 10 ans ( si on lui les quatre années pendant lesquelles le service n'avait pas de salle d'opération et les mois pendant lesquels le chef était en formation hors du Mali) a effectué:

11910 consultations soit environ 1000 consultations / an.

33% de malades sont venus hors de Bamako.

23% de malades ont été hospitalisés avec un taux d'occupation de lits maximal en 1991: 55.3%

25% de malades ont été opérés.

Toutes ces activités pré-citées ont connu une évolution en dents de scie de 1978 à 1987. Ceci est dû au fait que le chef de service a effectué plusieurs voyages de formation en France et au Canada. Dès à partir de 1988, comme le chef de service était présent, les effectifs annuels de ces activités n'ont fait qu'augmenter.

Taux moyen d'infection post-opératoire : 4.6 dont la majorité est constituée par ( 28.2% pour la hernie, 14.5% pour le goitre, 14% pour le cancer, 6.9% pour la pathologie iléo-colique et péritonéale et 12.9% pour les urgences).

Taux moyen de décès post-opératoire: 5.0 dont la majorité est constituée par ( les cancers 35.2%, les urgences 30.3%, les pathologies iléo-coliques et péritonéales 14.1% et les complications des grossesses 7.7%)

Ces deux taux qui dépassaient parfois 10% par an avant 1987 ont passé rarement leurs moyennes respectives après 1988. Donc une nette tendance à la baisse. Les taux de décès les plus élevés ont été constatés surtout au d'une pathologie incurable ou alors lorsque le malade consulte au stade de complication.

Les pathologies les plus fréquentes ont été:

1. Hernie: 435 cas soit 15.3%
  2. Goitre: 343 cas soit 12.1%
  3. Cancers: 306 cas soit 10.8%
  4. Pathologie appendiculaire: 182 cas soit 6.4%
  5. Pathologie de l'appareil génital femelle: 6.4%
  6. Pathologie gastro-duodénale: 154 cas soit 5.4%
  7. Pathologie de la peau et de la paroi: 145 soit 5.1%
  8. Pathologie iléo-colique: 135 cas soit 4.7%
  9. Complications grossesses: 132 cas soit 4.6%
  10. Pathologie de l'appareil génital male: 111 cas soit 3.9%
- Encore des pathologies multiples et variées dont certaines éloignent de la chirurgie digestive et vasculaire ; spécialité du service.

Nous ne prétendons pas avoir tout dit sur les activités de ce service, mais nous espérons que ce travail:

- facilitera la recherche en chirurgie "B".
- contribuera à l'amélioration de la prestation des soins dans ce service et dans tous les services médicaux surtout ceux à caractère chirurgical.



## **R E C O M M A N D A T I O N S**

Pour rendre encore plus performant ce service, nous recommandons les recommandations suivantes:

1. Transformer l'actuelle salle de consultation en "box".
2. Réinstaurer au niveau du service, des séances mensuelles au cours desquelles les fiches de consultation et les registres de compte rendu opératoire seront vérifiés et complétés (Cette activité a été abandonnée en 1987).
3. Accorder à l'équipe de garde une autre salle.
4. Réduire la durée d'hospitalisation pré-opératoire des pathologies qui ne nécessitent pas de préparation spéciale.
5. Renouveler certains instruments du bloc opératoire vieux de plus de 10 ans.
6. Pendant la période où l'étudiant est considéré comme stagiaire interne, organiser des stages obligatoires en gynéco-obstétrique. Ceci pour permettre aux sortants de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie de maîtriser la prise en charge des femmes en dystocie, complication de grossesse très fréquente au Mali, (Un même type de stage pourrait être organisé en Médecine interne, Pédiatrie et en chirurgie générale).
7. Créer au niveau de l'hôpital un service de tri ou d'orientation des malades.

## BIBLIOGRAPHIE

- ABRACHY H.  
Contribution à l'Etude de la hernie hiatale.  
Inter-Fac - Afr : 1989 ; 8 ; 47
- AMAR Khimeche  
La vagotomie hyperselective dans le traitement de la  
maladie ulcéreuse duodenale à propos de 200 cas. Thèse;  
Alger ; Avril 1983.
- BERGE P.  
Le traitement chirurgical des hernies inguinoscrotales.  
Rev. Chir. 1. 902 - 25.1.
- BOUARE Mountaga  
Etude épidémiologique des hernies inguinales dans le cercle de  
Kolokani.  
Thèse Méd. Bamako (Mali) 1982 No-23
- BRONDEL H  
Hémorroïdes maladies familiales  
Revue Médicale Alpes Fr (1977). 6, No2, P 51-61
- BRONDEL H, GONDEAU M.  
Facteurs prédisposants liés à l'hérédité et à la profession  
dans la maladie hémorroïdaire.  
Arch. Fr. Maladie appareil digestif  
Fr(1976), 65, No7, P.541-550
- BURKITT D.P  
Varicose veins, deep veins thrombosis and hemorrhoids :  
epidemiology and suggested etiology (où) Br - Med. J.,  
1972, 2, p : 556 - 561.
- CABROL D.  
La Lithiase vésicale au Tchad  
Med. Trop - 35, No1, 1975, pp 47, 54.
- CALVET J.P.  
Les hernies inguinales de l'adulte et leur pronostic.  
Revue du praticien (Paris) 1969, No19, pp 591 - 596
- . CAPDEVILLE P;  
Vingt mois d'endoscopie digestive à Tananarive.  
Méd. Trop ; 1979 ; 39 ; 643 - 649
- . CARAYON A. BLIN F.  
"Enquête complémentaire sur l'appendicite chez l'africain"  
(Réflexion sur 1 million de cas)  
Bull - soc - Méd - Afr. Noire, 1968 T X III, 3 696 - 698
- . CAVANESSE R.  
Les cancers du corps thyroïde  
A propos de 132 observations  
Thèse Marseille 1963 No 88

13. CHAMPAULT G.  
Introduction à l'étude de la lithiase biliaire  
G.M. de France, 1975, 82, 7, 707 - 726
14. CHAMPAULT G.  
Ulcère duodenal : que reste-t-il des indications  
chirurgicales ?  
Actual - Dig. ; 1988 ; 10 ; 16 - 17
15. CISSE S.  
Etude de 727 hernies de l'aine dans les hôpitaux de Bamako  
et Kati.  
Thèse Mèd. Bamako (Mali), 1985 No
16. CONN W.W and COLL  
Venus thrombo embolisms and other ven ous disease in  
tecumseh community health study.  
Circulation, 1973, 48, P : 839 - 846
17. COULIBALY D. KOUNADI  
Etude statistique de l'évolution du nombre d'intervention  
chirurgicale dans les hôpitaux de Bamako et de Kati  
(A propos de 82 987 actes chirurgicaux).  
Thèse Mèd. BKO (Mali) 1985 No 25
18. DEMARD F., SANTINI J., PAPINO J.M.  
La thyroïdectomie subtotale pour goitre multinodulaire. A  
propos de 223 cas. Ann - Chiru - 1988, 42 No 10, 735 - 741
19. DEMBELE M.  
La lithiase urinaire du noir africain au Mali (A propos de  
36 observations).  
Méd. d'Afr. Noire 1974, 21 (1), 69-71
20. DERRIEN J.P., GAULTIER Y. ; MONNIER A. et THOMAS Y.  
Bilan de deux années d'endoscopie oesogastroduodenale à  
l'hôpital principal de Dakar. Bull. soc - Méd. Afr. Noire -  
Langue Française, 1978 ; 23 ; 453 - 463.
21. DIALLO B. A.  
Ulcère gastro-duodenal à Bamako, aspect semiologique,  
endoscopique et évolutif à propos de 385 cas.  
Thèse méd. ; Bamako ; 1978 ; 26.
22. Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique.  
Recensement Général de la population et de l'habitat du  
Mali en 1987.
23. DOUCOURE Mady  
Contribution à l'étude épidémiologique des varices des  
membres inférieurs. (A propos de 4527 sujets examinés).  
Thèse Méd. Bamako 1982 No 26.

24. DOUMBIA Gnamakolo.  
Etude de la mortalité et de la morbidité observées dans le service de chirurgie générale au CHU de Treichville.  
Thèse Méd. Abidjan, 1973. No
25. FANTINO J.K.  
Expérience de 6 ans de chirurgie thyroïdienne (A propos de 422 interventions).  
Thèse médecine. Poitiers, France, 1977.
26. FAOUZI J.  
Les aspects endoscopiques en pathologie oesogastroduodenale en milieu Sénégalais (A propos de 3000 examens réalisés en 2 ans l'hôpital de Dakar.)  
Thèse Méd. Dakar ; 1984 ; 81
27. FOTIADIS C. ; KONTZO GLOU C. ;  
BARAMILY B ; SECHAS M ; SKALKEAS GR.  
Les résultats tardifs des vagotomies tronculaires avec dérivation digestive.  
92 ème congrès Français de chirur. Paris  
Octobre 1990 ; 1 ; 5 - 121
28. HAMAWOO K.  
Réflexion sur 3101 hernies de l'aine traitée au C.H.U. de Lomé - TOKOIN.  
Méd. Afr. Noire, 1989, 36, 12, 917 - 924
29. HOLLENDER L.F. et coll  
Etude évolutive de la chirurgie biliaire : déduction clinique et thérapeutique  
J. Chir. , Paris, 1983, 120, 1, 1 - 6
30. HORNER W.H. ; HORNER M.C.  
Urinary calculi among Negros of Belgian Congo, Africa.  
J. Urol, 1952, 68 No 6, pp 929 - 932.
31. KEITA A.  
La lithiase urinaire dans l'état du Niger.  
Afrique Méd. 1974, 13 (116), pp 31 - 34.
32. KEITA B.J.  
Ulcères gastro-duodénaux en chirurgie "B" Hôpital du Point "G" Bamako (de 1979 à 1989).  
Thèse, Méd. Bamako (Mali) 90 - 4 - 18
33. KEITA N'DJI.  
Etude des appendicectomies dans le service de chirurgie "A", à l'hôpital du point "G" (A propos de 540 cas)  
Thèse Méd. Bamako 1992 NO 34.
34. KHOUADJA F.  
Etude anatomique et statistique des hernies de l'aine ( à propos de 1250 observations).  
Thèse Méd. Paris (France), 1975 No 121.

35. KLOTZ F. ; KONTELE F. ; LIHER P. ; N'GUEMBY, M'BINA C.  
La pathologie analytique et comparative à propos de 1316  
oesogastroduodenoscopies à Libreville.  
Méd. Afr. Noire ; 1987 ; 34 ; 917 - 926.
36. KONIPO Fanta  
Les occlusions intestinales à propos de 260 cas traités à  
l'hôpital du point "G".  
Thèse Méd. Bamako 1979. No 7
37. KOUAME Y.F.  
"Les appendicectomies compliqués : Etude retrospective de  
158 cas traités au CHU de Cocody"  
Thèse Méd. Abidjan 1989, No 1037.
38. KOUAO A.J.  
Contribution à L'étude des hernies de la paroi intestinale  
en milieu Africain : A propos de 1328 cas colligés au CHU  
de Treichville. Thèse Médecine, Abidjan, 1985.
39. KOUMARE A.K., DIOP A.K.T., ONGOIBA N., BOUARE M., SIMPARA  
Evaluation de 5439 cures de hernies inguinales  
effectuées par les médecins généralistes des districts  
du Mali.  
Méd. Afr. Noire, 1991, 38, 2.
40. LAMIZANA Pierre  
Réflexion sur le diagnostic et le traitement actuel de  
l'ulcère duodenal non compliqué, proposition pour une  
stratégie en zone tropicale. Thèse Méd. Dakar, 1981, 100.
41. MAIGA B.  
"Contribution à l'étude des appendicites aiguës : aspects  
cliniques, anatomopathologiques et étiologiques".  
Thèse Méd. Bko, 1875, No 14.
42. MAIGA Boukassim  
Ulcères duodenaux à Bamako. Aspects épidémiologiques,  
cliniques, endoscopiques, biologiques et économiques (A  
propos de 55 cas).  
Thèse Méd. Bamako, 1988 ; 40.
43. MALGAIGNE (Thèse de LUBETH)  
Recherche sur la fréquence des hernies selon les sexes, les  
âges et relativement à la population.
44. MBETI L. ABOLO  
A propos de 500 cas de fibromes à l'hôpital central de  
Yaoundé.  
Thèse Méd. Bordeaux II 1972, No 90 Code 91138.

45. MERADJI B. ; KHIMECHE A. ; SEMMARR. ; DJENNAOUI A. ;  
HAMMOUTENE B.  
Incidence des anti- H2 sur le traitement chirurgical de  
l'ulcère duodenal. A propos d'une expérience portant sur 12  
années 92 ème congrès Français de chirurgie. Paris, Octobre  
1990 ; 2 ; 343.
46. MOUCHILI Daniel  
Contribution à l'étude des occlusions intestinales  
mécaniques en milieu africain à Dakar. A propos de 531  
observations. Thèse Méd.Dakar 1973 No 3.
47. Organisation Mondiale de la Santé  
Classification Internationale des Maladies  
Révision 1975, vol 1 et 2
48. OUATTARA K. ; S.I. DAFE. ; Y. YAKWE. ; C. CISSE  
Enquête sur les "grosses bourses" en zone tropicale.  
Méd. Afr. Noire 1991, 12, 850 - 855
49. OUININGA R. M. , et COLL  
Activité chirurgicale du Centre hospitalier national  
Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou durant l'année 1990.  
Méd. Afr. Noire 1993 No 2.
50. PICAUD R. et COLL  
La cholecystectomie sans drainage  
Méditerranée médicale (MM), 1978, 157, 1, 11 - 16.
51. ROHNER A  
Appendice.  
Masson 3e Edit (Paris) 1978, 753 - 761
52. RUIZ Moreno F.  
Hemorrhoidectomy how I do it.  
Dis colon Rectum USA 1977 20 No 3 177 - 182
53. SAKO Lamine  
Les cancers gastriques. en chir B (sur 10 ans)  
Thèse Méd. BKO 1990. No
54. SAMAKE S.  
Le cancer primitif du foie  
Journal Méd. Mont pellier 1971 6,6, 314 - 322
55. SANOU M.J.  
Les abdomens chirurgicaux au centre hospitalier national  
Yalgado OUEDRAOGO. Bilan de 5 années d'activités dans le  
service de chirurgie générale.  
Thèse Méd. Ouagadougou. 1991, No 162.
56. SINE Bayo  
Contribution à l'étude des fibromes utérins à Dakar. (A  
propos de 316 observations). Thèse Méd. Dakar. 1973, 11



57. SKOUBO E. ; KRISTENSEN E. ; HUID I.  
 "The appendiceal mass : Result of conservative treatment"  
 Ann of surg Nov. 1982, Vol 196, No 5, 584 - 587
58. TAKONGMO S. et COLL.  
 La lithiase biliaire au CHU de Yaoundé. A propos de 46 observations.  
 Pub. Méd. Afr. 1991 No 114, 36 - 39.
59. TALL A. H.  
 Contribution à l'étude épidémiologique de la maladie hémorroïdaire, de la fissure anale et de la fistule anale dans les hôpitaux du point G et de Gabriel TOURE (A propos de 220 cas).  
 Thèse Méd. Bamako (Mali) 1985 No 26
60. TIRET L. ; ROTMAN N. ; HATTON F. ; FAGNIEZ P.L.  
 La chirurgie digestive en France, une enquête épidémiologique nationale (1979 - 1982) Masson, Paris, Gastro-entero - clin - biol 1982, 12, 354-359.
61. TOUNKARA B.  
 Evaluation de 10 ans de cure de hernie de l'aîne en chirurgie "B".  
 Thèse médecine. Bamako 1989, No 6.
62. TIMBELY Guidèrè  
 Contribution à l'étude comparative des interventions chirurgicales effectuées dans les centres de santé périphériques  
 Thèse Méd. Bamako 1987, No 16
63. TOURE Abdoulaye  
 Contribution à l'étude des cancers au Mali.  
 (A propos d'une étude statique de 1378 cas)  
 Thèse Méd. Bamako 1985 No 6
64. TOURE F. D.  
 Contribution à l'étude anatomoclinique des pathologies oesophagiennes au centre d'endoscopie digestive de Bamako.  
 Thèse Méd. Bamako 1991, No 5
65. TOURNIAIRE J.  
 Les goitres diffus.  
 In la thyroïde (Zara M.), connaissances, acquisition, perspectives.  
 Tome III, Paris, expansion scientifique française, 243-270.
66. TRAORE A.F.  
 Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE.  
 Thèse Méd. BKO 1989, 46.

67. TRAORE Baba.; KONATE Mamadou.; STANTON Cyntia.  
Enquête démographique et de santé au Mali:1987.  
CERPOD, Intitut du sahel (Bamako)  
et IRD/Westinghouse. Columbia,Maryland U.S.A.
68. TRAORE Bouraima.  
Contribution à l'étude épidemiologique des lithiases  
urinaires dans les hôpitaux de Bamako et de Kati.  
Thèse Méd. Bamako.1983.No 35.
69. TRAORE B.M.  
Contribution à l'étude épidemiologique des lithiases  
urinaires dans les hôpitaux de Bamako et de Kati.  
Thèse Méd. Bamako. 1983. No 35.
70. TRAORE I.B.  
Contribution à l'étude épidemiologique des hernies  
ombilicales.  
Thèse Méd.Bamako.1983.No 25.
71. TRAORE I.T.  
Contribution à l'étude épidemiologique des  
appendicites dans les hôpitaux de Bamako et de Kati.  
Thèse Méd.Bamako.1983.No 15.
72. TRAORE Mahamane.  
A propos de 100 cas de fibromes uterins à l'hôpital  
Gabriel Toure, l'hôpital du point G, La P.M.I.  
Centrale et à la maternité d'hamdalaye.  
Thèse Méd.Bamako.1986.No 19.
73. TRAORE Namory.  
Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire en  
milieu hospitalier Bamakois.(A propos de 38 cas).  
Thèse Méd.Bamako.1986.No 18.
74. TRAORE Niakalé  
Etude prospective des infections post-opératoires en  
chirurgie "B" au Point "G"  
Thèse Méd. Bamako 1991 No 5
75. TRAORE Salimata  
Etude économique des activités du service de  
chirurgie "B" à L'Hôpital National du Point "G"  
Thèse Méd. Bamako 1992 No 46
76. VILANE Ababacar  
Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire à  
propos de 255 cas observés à l'hôpital le Dantec.  
Thèse Méd.Dakar.1975.No 30.

77. YAPI Goh Théophile.  
Bilan statistique et de fonctionnement des urgences  
médicales du C.H.U. de Cocody sur une période  
d'activité d'1 an, du 1er-Janvier au 31-Décembre-1983.  
Thèse Méd. Abidjan. 1985. No 630.
78. SADIO Yena  
"Evaluation de 10 ans de chirurgie thyroïdienne" dans  
le service de chirurgie "B" de l'hôpital du point "G".  
Thèse Méd. BKO (Mali) 1989 - M-5.

# ANNEXES

## QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

No du questionnaire d'enquête

No du dossier du malade

Date de consultation

Nom et Prénom

Age (en années)

Sexe

1. Masculin                      2. Féminin

Résidence

- |                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| 01. 1ère region  | 06. 6ème region         |
| 02. 2ème region  | 07. 7ème region         |
| 03. 3ème region  | 08. 8ème region         |
| 04. 4ème region  | 09. Bamako              |
| 05. 5ème region  | 10. Autres (à préciser) |
| 99. Indeterminée |                         |

Ethnie

- |              |                         |
|--------------|-------------------------|
| 01. Bambara  | 09. Senoufo             |
| 02. Peulh    | 10. Minianka            |
| 03. Sonraï   | 11. Tamacheq            |
| 04. Malinké  | 12. Kassonké            |
| 05. Bozo     | 13. Bobo                |
| 06. Dogon    | 14. Maure               |
| 07. Sarakolé | 15. Autres (à préciser) |
| 08. Somono   | 99. Indeterminée        |

Nationalité

1. Malienne                      2. Autres (à préciser)

Occupation

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 01. Ménagère           | 08. Militaire            |
| 02. Commerçante        | 09. Pêcheur              |
| 03. Fonctionnaire      | 10. Eleveur ou Berger    |
| 04. Cultivateur/Paysan | 11. Mécanicien/Chauffeur |
| 05. Chômeur            | 12. Autres (à préciser)  |
| 06. Conventionnaire    | 99. Indeterminée         |
| 07. Etudiant/Elève     |                          |

Religion

- |               |                        |
|---------------|------------------------|
| 1. Musulmane  | 4. Témoins de Jehovah  |
| 2. Chrétienne | 5. Autres (à préciser) |
| 3. Animiste   | 9. Indeterminée        |

Mode de recrutement

1. Consultation                      2. Urgence

Adressé par

- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| 1. Chirurgien    | 6. Transfert          |
| 2. Médecin       | 7. Lui-même           |
| 3. Infirmier     | 8. Parent/Ami         |
| 4. Sage femme    | 9. Autre (à préciser) |
| 5. Ancien malade | 99. Indeterminé       |

Diagnostic de consultation

01.1 Infections ou parasitoses médicales.

01.2 Infections ou parasitoses chirurgicales.

02.1 Tumeurs bénignes.

02.2 Tumeurs malignes.

03.1 Maladies endocrines, nutritionnelles, métaboliques et immunologiques médicales.

- 03.2 Maladies endocrines, nutritionnelles, métaboliques et immunologiques chirurgicales.
  - 04.1 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques médicales.
  - 04.2 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques chirurgicales.
  - 05.1 Troubles mentaux.
  - 06.1 Maladies du système nerveux et des organes de sens.
  - 07.1 Maladies médicales de l'appareil circulatoire.
  - 07.2 Maladies chirurgicales de l'appareil circulatoire.
  - 08.1 Maladies médicales de l'appareil respiratoire.
  - 08.2 Maladies chirurgicales de l'appareil respiratoire.
  - 09.2 Maladies médicales de l'appareil digestif.
  - 09.2 Maladies chirurgicales de l'appareil digestif.
  - 10.1 Maladies médicales des organes génito-urinaires.
  - 10.2 Maladies chirurgicales des organes génito-urinaires.
  - 11.1 Complications médicales de la grossesse, accouchement et suites des couches.
  - 11.2 Complications chirurgicales de la grossesse, accouchement et suites des couches.
  - 12.1 Maladies médicales de la peau et du tissu cellulaire sous cutané.
  - 12.2 Maladies chirurgicales de la peau et du tissu cellulaire sous cutané.
  - 13.1 Maladies médicales du système ostéo-articulaire et muscle conjonctif.
  - 13.2 Maladies chirurgicales du système ostéo-articulaire et muscle conjonctif.
  - 14.1 Anomalies congénitales médicales.
  - 14.2 Anomalies congénitales chirurgicales.
  - 17.1 Lésions traumatiques et empoisonnements médicaux.
  - 17.2 Lésions traumatiques et empoisonnements chirurgicaux.
  - 18. Autres (à préciser).
  - 999. Indeterminée
- nombre des consultations pré-opératoires
- 0. Zéro consultation      6. Six consultations
  - 1. Une consultation      7. Sept consultations
  - 2. Deux consultations    8. Huit consultations
  - 3. Trois consultations    99. Indeterminé
  - 4. Quatre consultations
  - 5. Cinq consultations
- été orienté vers un autre médecin
- 1. Oui                      2. Non
- été évacué à l'étranger
- 1. Oui                      2. Non
- été hospitalisé
- 1. Oui                      2. Non
- date d'entrée
- catégorie d'hospitalisation
- 1. 1ère catégorie
  - 2. 2ème catégorie
  - 3. 3ème catégorie
  - 9. Indeterminée
- diagnostic pré-opératoire
- 140.9 Goitre hyperthyroïdien
  - 141.9 Goitre nodulaire
  - 142.0 Basdow

45.2 Strumite  
 46.8 Autres (à préciser)  
 46.9 Indeterminée  
 30.0 Mégaoesophage  
 30.3 Stenose oesophagienne  
 0531 Ulcère gastrique ou pylorique  
 31.4 Ulcère gastrique hémorragique  
 31.5 Ulcère gastrique perforé  
 3110 Ulcère gastrique sténosé  
 3111 Ulcère gastrique résistant au traitement médical  
 3112 Autres ulcères gastriques (à préciser)  
 0532 Ulcère duodéal  
 32.4 Ulcère duodéal hémorragique  
 32.5 Ulcère duodéal perforé  
 3210 Ulcère duodéal résistant au traitement médical  
 3212 Autres ulcères duodénaux(à préciser)  
 37.0 Stenose hypertrophique du pylore  
 37.2 Stenose duodénale  
 50.5 Stenose congénitale hypertrophique du pylore  
 0560 Occlusion et/ ou invagination intestinale  
 50.1 Iléus paralytique  
 50.2 Volvulus du sigmoïde  
 50.9 Atres occlusions (à préciser)  
 0567 Péritonite  
 57.0 Perforation typhique du grèle  
 51.3 Mégacolon congénital  
 51.5 Dolichosigmoïde  
 0540 Appendicite aigue  
 40.0 Perforation appendiculaire  
 40.1 Abscès/Plastron appendiculaire  
 0566 Abscès ischio-rectal  
 59.0 Polype du rectum  
 59.1 Prolapsus rectal  
 55.6 Hémorroïdes simples  
 55.7 Thrombose hémorroïdaire  
 55.0 Fissure anale  
 55.1 Fistule anale  
 51.0 Meckel  
 51.2 Imperforation anale  
 51.3 Hirshiprung  
 0685 Kyste dermoïde para rectal  
 0550 Hernie inguinale  
 50.0 Hernie inguinale + gangrène  
 50.1 Hernie inguinale étranglée  
 50.9 Hernie inguinale non étranglée  
 51.0 Hernie crurale + gangrène  
 52.0 Hernie crurale étranglée  
 53.0 Hernie crurale non étranglée  
 53.1 Hernie ombilicale  
 53.9 Autres hernies ( à préciser)  
 00.2 Abscès perinephretique  
 03.0 Tumeur benigne du rein  
 02.2 Calcul rénal  
 02.1 Calcul urétéral  
 04.1 Calcul vésical

594.2 Calcul urétral  
 753.2 Syndrome de jonction pyelo-uretrale  
 00600 Adenome de la prostate  
 603.9 Hydrocèle  
 752.5 Ectopie testiculaire  
 00217 Tumeur benigne du sein  
 00218 Fibrome uterin  
 611.0 Abscès du sein  
 00610 Dysplasie mammaire bénigne du sein  
 611.1 Gynécomastie  
 614.2 Pyosalpinx  
 618.0 Cystocèle  
 620.2 Kyste de l'ovaire  
 618.1 Prolapsus utérin  
 633.1 G.E.U.Rompue  
 614.0 Salpingite aigue  
 00637 Avortement incomplet  
 639.0 Pelvi-peritonite  
 665.1 Rupture uterine  
 00634 Avortement incomplet  
 539.0 Pelvipéritonite  
 565.1 Rupture uterine  
 00634 Avortement spontané  
 00635 Avortement provoqué illégal  
 752.4 Imperforation de l'hymen  
 520.5 Torsion de l'ovaire  
 526.6 Métrorragie  
 00630 Mole hydatiforme  
 00632 Retention foetus mort in utero  
 00640 Hémorragie grossesse au début  
 00641 Placenta praevia  
 00642 HTA + Grossesse  
 00645 Grossesse prolongée  
 00646 Autres complications  
 00652 Presentation anormale foetale  
 0653 Dysproportion foeto-pelvienne  
 0660 Dystocie obstacle  
 89.5 Abscès de la rate  
 72.0 Abscès du foie  
 74.2 Lithiase vésiculaire  
 74.5 Lithiase du choledoque  
 75.0 Cholecystite aigue  
 0789 Splénomégalie  
 42.9 Anevrysme  
 47.6 Arterite  
 51.9 Plebite  
 54.9 Varices des membres  
 35.6 Adenopathies  
 0214 Lipome  
 0682 Abscès sous cutané  
 01.4 Granulome sur fil  
 29.1 Myosite  
 35.4 Gangrène cutanée et sous cutanée  
 35.5 Rupture de la rate  
 29.9 Fracture osseuse



- 64.0 Rupture du foie
- 79.0 Plaie traumatique
- 0860 Pneumothorax et hémothorax traumatique
- 0863 Trauma du tube digestif
- 0800 Fracture de la voûte crânienne
- 0852 Hémorragie sous durale, extradurale et sous arachnoïdienne
- 0854 Traumatisme crânien sans précision
- 0805 Fracture du cou et du tronc
- 0810 Fracture du membre supérieur
- 0820 Fracture du membre inférieur
- 0830 Luxations
- 0840 Entorses
- 0013 Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
- 50.9 Cancer de l'oesophage
- 51.0 Cancer du cardia
- 0151 Cancer du rectum
- 51.9 Cancer gastrique
- 52.9 Cancer du grêle
- 53.9 Cancer du colon
- 54.3 Cancer du canal anal
- 55.0 Cancer du foie
- 57.0 Cancer de la tête du pancréas
- 74.9 Cancer du sein
- 0180 Cancer du col
- 83.0 Cancer de l'ovaire
- 89.0 Cancer du rein
- 0193 Cancer de la thyroïde
- 0159 Carcinome in situ
- 0018 Autres pathologies ( à préciser)
- 0019 Association pathologique ( à préciser)
- 99.9 Indéterminée

te de l'opération

pe d'intervention

- 1.1 Isthmolobectomie
- 1.2 Thyroïdectomie sub-totale
- 1.3 Enucléation
- 1.4 Lobectomie
- 1.5 Autres ( à préciser)
- 1.9 Indéterminée
- 2.1 Gastrostomie
- 2.2 Gastro enterostomie
- 2.3 Gastrectomie totale
- 2.4 Gastrectomie polaire inférieure
- 2.5 Gastrectomie polaire supérieure
- 2.6 Gastrectomie de proprété
- 2.7 Suture gastrique
- 2.8 Atres ( à préciser)
- 2.9 Indéterminé
- 3.1 Pyloroplastie
- 3.2 Pyloroplastie
- 3.3 Vagotomie supra selective

- .4 Vagotomie tronculaire
- .5 Oesocardiomyotomie
- .6 Suture duodénale
- .7 Autres ( à préciser)
- .9 Indeterminée
- .01 Colectomie segmentaire + anastomose
- .02 Colectomie segmentaire + colostomie
- .03 Colectomie totale + anastomose
- .04 Colectomie totale + colostomie
- .05 Resection segmentaire du grêle + anastomose
- .06 Resection segmentaire du grêle + enterostomie
- .07 Détorsion du volvulus
- .08 Resection bride
- .09 Suture d'une perforation
- .10 Toilette péritonéale
- .11 Autres ( à préciser)
- .99 Indeterminé
- .1 Fistulectomie anale
- .2 Fissurectomie anale
- .3 Hémmorroïdectomie
- .4 Thrombectomie hémorroïdaire
- .5 Polypectomie
- .8 Autres ( à préciser)
- .9 Indeterminé
- .1 Shouldice
- .2 Bassini
- .3 Mac-Vay
- .4 Autres ( à préciser )
- .1 Appendicectomie simple
- .2 Appendicectomie simple + drainage
- .3 Appendicectomie + enfouissement
- .4 Autres ( à préciser)
- .9 Indeterminée
- .1 Néphrectomie
- .2 Ablation calcul rénal
- .3 Ablation calcul vésical
- .5 Autres ( à préciser)
- .9 Indeterminé
- .1 Résection de la vaginale
- .2 Adenomectomie
- .3 Autres ( à préciser)
- .5 Castration
- .9 Indeterminé
- .01 Ovariectomie
- .02 Hysterectomie totale
- .03 Hysterectomie sub totale
- .04 Hysterectomie totale + curage
- .05 Myomectomie
- .06 coloraphie antérieure isolée
- .07 Cure prolapsus utérin par voie basse
- .08 Cure prolapsus utérin par voie haute
- .09 Reparation rupture utérine
- .10 Mammectomie
- .11 Incision abcès du sein
- .12 Salpingectomie

- 13 Curetage
- 14 Kystectomie ovarienne
- 15 Césarienne
- 16 Suture épisiotomie ou déchirure
- 17 Exérèse tumeur du sein
- 18 Amputation
- 19 Amputation du sein + curage axillaire
- 20 Autres ( à préciser)
- 21 Cerclage
- 99 Indeterminé
- .01 Embolectomie
- .02 Biopsie
- .03 Stripping
- .04 Suture plaie vasculaire
- .05 Réparation anevrysme
- .06 Cure éléphantiasis
- .07 Autres ( à préciser)
- .99 Indetermine
- .1 Cholecystectomie simple
- .2 Cholecystectomie simple + drainage
- .3 Cholecystectomie + anastomose ilie-digestive
- .4 Drainage d'un abcès profond
- .6 Autres ( à préciser )
- .9 Indeterminé
- .1 Suture d'une plaie
- .2 Laparotomie.
- .3 Splenectomie
- .4 Amputation
- .5 Hépatectomie
- .7 Autres ( à préciser)
- .9 Indeterminé
- .1 Exérèse lésion bénigne cutanée
- .2 Exérèse lésion maligne cutanée
- .1 Exérèse tumeur bénigne sous cutanée
- .2 Exérèse tumeur maligne sous cutanée
- .5 Autres ( à préciser)
- .9 Indeterminé
- 015 Autres interventions (à préciser)
- 016 Association des interventions ( à préciser )
- 017 Traitement médical
- 018 Abstention
- 9.9 Indeterminé

ou titre de l'opérateur  
 Professeur KOUMARE  
 Docteur DIOP  
 Médecin/CES  
 Interne  
 Autres ( à préciser)  
 Indeterminé  
 eratoire

esthésique

Complications post opératoire

01 Simples

Infection de paroi

Infection profonde

Peritonite

Septicémie

Fistule digestive

Pneumopathie

Hématome

phlébite

Occlusion post opératoire

Eviscération

Eviscération

Hémorragie

hypocalcémie

Retention d'urine

Décès

Autres (à préciser)

Association des complications.

Indéterminé

Durée totale d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation pré-opératoire ( en jours)

Durée d'hospitalisation post-opératoire ( en jours)

Nombre de consultations post opératoires

Zéro Consultation

Une consultation

Deux consultations

Trois consultations

quatre consultations

Cinq consultations

Six consultations

Sept consultations

Consultations

Neuf consultations

Indéterminé

## R E S U M E

Peu de travaux, surtout dans nos pays en voie de développement, ont été effectués sur les activités des services médicaux et chirurgicaux. Il nous a paru alors intéressant de faire une étude retrospective sur l'évolution des activités du service de chirurgie "B" de l'Hôpital National du Point G.

Cette étude a été retrospective. Elle a consisté en une lecture des données sur les consultations, les hospitalisations, interventions chirurgicales et les suites post-opératoires. Cette étude a couvert la période allant du 08.12.1978 au 03.1992. Les documents exploités furent les fiches de consultation et les registres des comptes rendus opératoires.

Les données ont été traitées sur ordinateur avec le logiciel S-PC.

Le service de chirurgie "B" entre 1978 et 1992 soit officiellement 15 ans mais pratiquement environ 10 ans (si on lui retranche les quatre années pendant lesquelles le service n'avait pas de salle d'opération et les mois pendant lesquels le chef était en formation hors du Mali) a effectué:

11910 consultations soit environ 1000 consultations / an.

33% de malades sont venus hors de Bamako.

23% de malades ont été hospitalisés avec un taux d'occupation de lits maximal en 1991: 55.3%

25% de malades ont été opérés.

Sur ces activités pré-citées ont connu une évolution en dents de scie de 1978 à 1987. Ceci est dû au fait que le chef de service a effectué plusieurs voyages de formation en France et au Canada. A partir de 1988, comme le chef de service était présent, les effectifs annuels de ces activités n'ont fait qu'augmenter.

Taux moyen d'infection post-opératoire : 4.6 dont la majorité est constituée par ( 28.2% pour la hernie, 14.5% pour le goitre, 14.5% pour le cancer, 6.9% pour la pathologie iléo-colique et péritonéale et 12.9% pour les urgences).

Taux moyen de décès post-opératoire: 5.0 dont la majorité est constituée par ( les cancers 35.2%, les urgences 30.3%, les pathologies iléo-coliques et péritonéales 14.1% et les complications des grossesses 7.7%)

Les deux taux qui dépassaient parfois 10% par an avant 1987 ont considérablement baissé rarement leurs moyennes respectives après 1988. Donc une nette tendance à la baisse. Les taux de décès les plus élevés ont été constatés surtout au stade d'une pathologie incurable ou alors lorsque le malade consulte au stade de complication.

Les pathologies les plus fréquentes ont été:

1. Hernie: 435 cas soit 15.3%
2. Goitre: 343 cas soit 12.1%
3. Cancers: 306 cas soit 10.8%
4. Pathologie appendiculaire: 182 cas soit 6.4%
5. Pathologie de l'appareil génital femelle: 6.4%
6. Pathologie gastro-duodénale: 154 cas soit 5.4%
7. Pathologie de la peau et de la paroi: 145 soit 5.1%
8. Pathologie iléo-colique: 135 cas soit 4.7%
9. Complications grossesses: 132 cas soit 4.6%

10. Pathologie de l'appareil génital male: 111 cas soit 3.9%  
nc des pathologies multiples et variées dont certaines  
éloignent de la chirurgie digestive et vasculaire ;spécialité  
service.

Nous ne prétendons pas avoir tout dit sur les activités  
ce service, mais nous espérons que ce travail:

- facilitera la recherche en chirurgie "B".
- contribuera à l'amélioration de la prestation des  
soins dans ce service et dans tous les services  
médicaux surtout ceux à caractère chirurgical.

Pour rendre encore plus performant ce service, nous  
mulons les recommandations suivantes:

1. Transformer l'actuelle salle de consultation en "box".
2. Récommencer à organiser au niveau du service, des séances  
mensuelles au cours desquelles les fiches de consultation  
et les registres de compte rendu opératoire seront  
vérifiés et complétés(Cette activité a été abandonnée en  
1987).
3. Accorder à l'équipe de garde une autre salle.
4. Reduire la durée d'hospitalisation pré-opératoire des  
pathologies qui ne nécessitent pas de préparation  
spéciale.
5. Renouveler certains instruments du bloc opératoire  
vieux de plus de 10 ans.
6. Pendant la période où l'étudiant est considéré comme  
stagiaire interné, organiser des stages obligatoires en  
gynéco-obstétrique. Ceci pour permettre aux sortants de  
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie de  
maîtriser la prise en charge des femmes en dystocie,  
complication de grossesse très fréquente au Mali,  
(Un même type de stage pourrait être organiser en  
Médecine interne, Pédiatrie et en chirurgie générale).
7. Créer au niveau de l'hôpital un service de tri ou  
d'orientation des malades.

## S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E .

En présence des Maitres de cette Faculté, de mes  
ers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et  
jure , au nom de l'être suprême ,d'être fidèle aux lois de  
honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et  
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  
sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs,  
à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de  
religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale  
puissent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès  
sa conception . Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire  
usage de mes connaissances médicales contre les loi de  
humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maitres , je  
rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur  
père.

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.