

universitaire du Point G
Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



U.S.T.T.B

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année Universitaire : 2018-2019

N°...../

THESE

**Prise en charge des urgences médicales
au service d'accueil des urgences du centre
hospitalier universitaire du Point G**

Présentée et soutenue publiquement le 07 /12 /2019
Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

M. Oumar Harouna SIDIBE

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

Président : Pr. Nouhoun DIANI
Membres : Dr. Mamadou Abdoulaye Chiad CISSE
Dr. André KASSOGUE
Co-directeur : Dr. Seydina Alioune BEYE
Directeur : Pr. Mohamed KEITA

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

ADMINISTRATION

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA**-Professeur
VICE-DOYEN : **M. Ousmane FAYE**-Professeur
SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M. Mozon TRAORÉ**-Maitre-assistant
AGENT COMPTABLE : **M. Harouna SIDIBÉ**-Inspecteur de trésor



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr. Mamadou KOUMARÉ	Pharmacologie
Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie

Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr. Sinè BAYO	Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie
Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Medicine interne
Mr. Boulkassoum HAIDARA	Legislation
Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURÉ	Orthopedie-Traumatologie
Mr. Daouda DIAL	Chimie-générale et Minérale
Mr. Issa TRAORÉ	Radiologie
Mr. Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
Mme. Sy Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr. Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr. Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie générale
Mr. Amadou DIALLO	Zoologie-biologiste
Mr. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr. Mahamdou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
Mr. Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr. Brehima KONARÉ	Bactériologie-Virologie
Mr. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
Mr. Amadou TOURÉ	Histo-Embryologie
Mr. Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologue
Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr. Djibril SANGARÉ	Chirurgie générale
Mr. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologue
Mr. Alhousseini AG MOHAMED	O.R.L
Mme. Traoré J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mme. Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr. Yéya Tiémoko TOURÉ	Entomologie-Médicale
Biologie Cellulaire,	

LES ENSEIGNANTS DÉCÉDÉS

Mr. Mahamed TOURÉ	Pédiatrie
Mr. Alou BAH	Ophtalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopedie-Taumatologie-

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

Secouriste

Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP	Chirurgie générale
Mr. Moussa TRAORÉ	Neurologie
Mr Yéminégué Albet Kader DEMBÉLÉ	Chimie Organique
Mr. Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr. Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mme. TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
Mr. Bouraïma MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr. Mahamadou TOURÉ	Radiologie
Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr. Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie-générale
Mr. Sanoussi KONATÉ	Santé Publique
Mr abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie

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

D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

PROFESSEURS ET DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
Mr. Mohamed Amadou KEITA	O.R.L
Mr. Adégné TOGO	Chirurgie générale
Mr. Samba Karim TIMBO	O.R.L Chirurgie maxillofaciale
Mr. Aly TEMBELY	Urologie
Mr. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Allassane TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Lassana KANTÉ	Chirurgie générale
Mr. Birama TOGOLA	Chirurgie générale
Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
Mr. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mme. Doumbia Kadiatou SINGARÉ	O.R.L
Mr. Hamidou Baba SACKO	O.R.L
Mr. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Lamine TRAORÉ	Ophtalmologie
Mr. Souleymane TOGORA	Stomatologie
Mr. Hamady TRAORÉ	Stomatologie
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Broulaye Massaoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

Mr. Aladji Seïdou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie
Mr. Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Tièman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mr Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
36. Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
38. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES

Mr. Yousseuf SOW	Chirurgie Générale
Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
Mr. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
Mr. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
Mr. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
Mr. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
Mr. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
Mr. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
Mr. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
Mr. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
Mr. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Boubacary GUINDO	O.R.L-C.C. F
Mr. Siaka SOUMAORO	O.R.L
Mr. Yousseuf SIDIBÉ	O.R.L
Mr. Fatogoma Issa KONÉ	O.R.L
Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Boubacar BAH	Odontostomatologie
Mr. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr. Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr. Addoulay NAPO	Ophtalmologie
Mr. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
Mr. Bougadari COULIBALY	Protèse Scellée
Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
Mr. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
Mr. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
Mr. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
Mr. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
Mr. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Layes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amady COULIBALY	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amadou KASSOGUE	Urologie
Mr. Dramane Nafo CISSE	Urologie
Mr. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
Mr. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
Mr. Alkadri DIARRA	Urologie
Mr. Tioukani Théra	Gynéco-Obstétrique
Mr. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Abdoulay SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Amadou Bocoum	Gynéco-Obstétrique
Mr. Ibraahim Ongoiba	Gynéco-Obstétrique
Mr. Ibrahima Ousmane Kanté	Gynéco-Obstétrique
Mr. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mr. Amsalah NIANG	Odonto-préventive-Sociale
Mr Mamadou BAH	Chirurgie-Buccale

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

Mme. Lydia B. SITA	Stomatologie
--------------------	--------------

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr. Adama DIARRA	Physiologie
2. Mr. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
3. Mr. Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie chef de DER
4. Mr. Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie

MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES

1. Mr. Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
2. Mme. Safiatou NIARE DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
3. Mr. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire
4. Mr. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire
5. Mr. Bokary Y SACKO	Biochimie
6. Mr. Bakary MAIGA	Immunologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr. Abdoulay KONE	Parasitologie-Mycologie
2. Mr. Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
3. Mr. Mamadou MAIGA	Bactériologie-Virologie
4. Mr. Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mme. Djeneba Bocar MAIGA	Bactériologie-Virologie
6. Mr. Sidi Boula SISSOKO	Histologie Embryologie et Cytogénétique
7. Mr. Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
8. Mr. Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr. Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
10. Mr. Boubacar Sidiki Ibrahim DIAKITE	Biologie-Médicale/Biochimie Clinique
11. Mr. Mamadou BA	Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

12. Mr. Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
13. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
14. Mr. Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
15. Mr. Nouhoum SACKO	Hématologie/Oncologie/Cancérologie
16. Mme. Mariam TRAORE	Pharmacologie
17. Mr. Saidou BALAM	Immunologie
18. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr. Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
2. Mr. Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
3. Mr. Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
4. Mr. Moussa KEITA	Entomologie-Parasitologie
5. Mr. Yacouba FOFANA	Hématologie
6. Mr. Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
7. Mr. Djakaridja TRAORE	Hématologie

D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr. Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr. Adama Diaman Keita	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr. Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr. Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE

Mr. Abdel Kader TRAORE	Medicine interne
Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme. KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mme. Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr. Abdoul Azize DIAKITE	Pediatrie
Mr. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr. Ilo Bella DIALLO	Cadiologie
Mr. Ichiaka MENTA	Cardiologie
Mr. Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr. Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
Mr. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr. Souleymane COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr. Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/ Ophtalmologie
Mr. Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

Mr. Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Konimba DIABATE	Radiologie et Thérapie

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

Mr. Adama DIAKITE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Aphou Sallé KONE	Radiologie et Thérapie
Mr. Mory Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mme. Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Issa CISSÉ	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mme. Djenebou TRAORE	Médecine Interne
Mr. Djibril SY	Médecine Interne
Mme. Djéneba DIALLO	Néphrologie
Mr. Hamadoun YATTARA	Néphrologie
Mr. Seydou SY	Néphrologie
Mr. Hamidou Oumar BA	Cardiologie
Mr. Massama KONATE	Cardiologie
Mr. Ibrahim SANGARE	Cardiologie
Mr. Youssouf CAMARA	Cardiologie
Mr. Samba SIDIBE	Cardiologie
Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie
Mr. Mamadou TOURE	Cardiologie
Mr. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
Mr. Bourama DEMBELE	Cardiologie
Mme Adiaratou Coumba THIAM	Cardiologie
Mr. Boubacar SONFO	Cardiologie
Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
Mr. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
Mr. Seydou HASSANE	Neurologie
Mr. Guida LANDOURE	Neurologie
Mr. Thomas COULIBALY	Neurologie
Mr. Adama Seydou SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
Mr. Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
Mr. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
Mr. Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
Mr. Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
Mr. Belco MAIGA	Pédiatrie
Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
Mr. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
Mr. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
Mr. Djigui KEITA	Rhumatologie
Mr. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Drissa Massa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

Mr. Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
-------------------------	----------------------

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

Mr. Seydou DOUMBIA	Épidémiologie
Mr. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr. Samba DIOP	Anthropologie Médicale et Éthique en Santé
4. Mr. Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE

Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO	Information Médicale
Mr. Massambou SACKO	Santé Publique
Mr. Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr. Modibo DIARRA	Nutrition

MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE

Mr. Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr. Ousmane LY	Santé Publique
Mr. Ogobara KODIO	Santé Publique
Mr. Oumar THIERO	Bio statistique/Bio-informatique
Mr. Cheick Abou COULIBALY	Épidémiologie

ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr. Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr. Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
Mr. Mohamed Moumine TRAORE	Santé Communautaire
Mr. Housseini DOLO	Épidémiologie
Mr. Souleymane Sékou DIARRA	Épidémiologie
Mr. Yaya dit Sadio SARRO	Épidémiologie
Mr. Moctar TOUNKARA	Épidémiologie
Mr. Nouhoum TELLY	Épidémiologie
Mr. Bassirou DIARRA	Recherche-Opérationnelle
Mme. Fatoumata KONATE	Nutrition-Diététique
Mr. Bakary DIARRA	Santé-Publique
Mr. Baba DIALLO	Épidémiologie
Mme. Fatoumata SY	Gestion des Ressources Humaines

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr. Souleymane GUINDO	Gestion
Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr. Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr. Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mr. Alou DIARRA	Cardiologie
6. Mme. Assétou FOFANA	Maladies Infectieuses
7. Mr. Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie
8. Mr. Mamadou KARAMBE	Neurologie
9. Mme. Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
10. Mr. Alassane PEROU	Radiologie
11. Mr. Boubacar ZIBEIROU	Physique
12. Mr. Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie-Organique

13. Mme. Doulata MARIKO

Stomatologie

14. Mr. Elimane MARIKO

Pharmacologie

15. Mr. Issa COULIBALY

Gestion

ENSEIGNANTS EN MISSION

Mr. Lamine GAYE

Physiologie

DEDICACES

Je dédie ce travail :

- ***Au tout puissant, le clément, le très miséricordieux***

*De m'avoir donné la vie et d'y veiller, de m'avoir donné la chance, la santé, et courage nécessaire pour la réalisation de cette thèse. Que ton nom soit exalté. Merci seigneur !
Continuez de m'assister.*

- ***A mon cher papa Harouna Sidibé***

Très cher père très sensible, très affectueux que j'adore beaucoup.

Tu as bien su me soutenir sur ce long parcours, saches que ce jour grandiose, ce tournant important de ma vie, est le résultat de tes souffrances endurées. Je souhaite que le bon Dieu me donne la chance et la force nécessaire pour mieux bénéficier pendant longtemps de ta compagnie et de suivre tes conseils.

- ***A ma très chère maman Maimouna Sidibé***

Je me souviendrai pendant le reste de ma vie de tes souffrances consenties, de tes nuits blanches de prière pour qu'enfin arrive ce beau jour tant attendu. Je remercie le tout puissant pour m'avoir donné la chance que tu sois à mes côtés pour m'assister. Je ne trouverai pas ici les mots pour t'expliquer mes sentiments. Que Dieu te donne longue vie.

- ***A ma grand-mère Dandio Sidibé***

Les mots m'ont toujours manqué pour exprimer toute affection que j'ai pour toi, tes valeurs humaines, ton amour pour tes prochains m'ont inspiré et guidé à apprendre un métier sacerdotal. Je te souhaite longue vie ma chérie adorée que Dieu nous protège.

- ***A mon épouse Safiatou Sidibé***

Tu m'as toujours compris, admiré et aimé puis tu as surtout supporté mes caprices pendant certaines périodes sur ce parcours. Ce travail est le tiens. Je souhaite que le bon Dieu nous aide à renforcer d'avantage notre foyer.

- *A mon oncle Daouda Sidibé et à ses femmes Safiatou Sidibé, Sira Sidibé et Sali Diakité*

Merci tout ce que vous aviez fait pour moi. Merci pour votre soutien moral et financier. Ce travail est le résultat de votre soutien. Je vous serai reconnaissant.

- *A mes frères et sœurs : Soumaila Sidibé, Karamoko Sidibé, Mahamadou Sidibé, Zoumana Sidibé, Kariatou Sidibé et Fatoumata Sidibé*

Ce travail est le vôtre. Je souhaite que Dieu nous donne longue l'attachement des liens naturels qui nous unis.

REMERCIEMENTS

A tous mes ami(e)s et allié(e)s pour les conseils et encouragements

- *Au personnel et corps professoral de la F.M.O.S*

Ce travail est le vôtre.

- *A tous mes camarades de promotion.*

Bonne chance pour le reste.

- *A tous les étudiants de la F.M.O.S et de la FAPH.*

Pour leur souhaiter courage.

- *A tous les personnels du service d'accueil des urgences et du service polyvalent de réanimation anesthésie du CHU du Point G*

Merci pour votre collaboration et votre amitié tout au long des moments que nous avons passés ensemble.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A Notre maitre et président du jury

Professeur Nouhoun Diani

- Médecin spécialiste en anesthésie- réanimation
- Maitre de conférences en anesthésie-réanimation de la Faculté de Médecine d'odontostomatologie (FMOS)
- Praticien hospitalier et chef de service Anesthésie-réanimation à l'hôpital du Mali
- Chevalier de l'ordre du Mérite de la santé du Mali
- Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-Mali)
- Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF)

Cher Maitre :

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre grande culture scientifique, vos qualités de bon enseignant expliquent l'estime que vous portent tous les étudiants que vous avez enseigné à la faculté. Soyez assuré cher Maître de notre profond respect.

A notre Maître et membre du jury

Docteur André Kassogué

- Anesthésiste-réanimateur et urgentiste
- Praticien hospitalier en anesthésie- réanimation au Centre Hospitalier Universitaire de Gabriel Touré
- Membre de la Société d'Anesthésie-réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-Mali)

Cher maître :

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport combien inestimable pour l'amélioration et la qualité de ce travail. Veuillez accepter cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maitre et membre du jury

Docteur Mamadou Abdoulaye Chiad Cissé

- Spécialiste en médecine d'urgences et catastrophes,
- Maitre-assistant à la FMOS,
- Chef de service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali

Cher maître :

Nous avons été conduit vers vous par votre gentillesse, votre compétence ; la clarté et la précision scientifique qui caractérise vos remarques et réflexions.

Votre participation a été déterminante dans la réalisation de ce travail qui est également le vôtre. Vous nous faites honneur en acceptant d'être parmi nos juges. Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

A notre Maitre et co-directeur

Docteur Seydina Alioune BEYE

- Spécialiste en Anesthésie- Réanimation
- Maitre-assistant en Anesthésie-Réanimation à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)
- Praticien hospitalier en anesthésie- réanimation au Centre Hospitalier Universitaire du Point G
- Ancien chef de service Anesthésie-réanimation et des urgences à l'hôpital régional Nianankoro Fomba de Ségou

Cher Maitre, votre disponibilité, vos qualités humaines, votre souci de travail bien fait, ainsi que vos différents conseils ont contribué à l'amélioration de ce travail. Recevez ici, nos remerciements sincères et toute notre gratitude.

A notre Maitre et Directeur de thèse

Professeur Mohamed Keita

- Médecin spécialiste en Anesthésie-réanimation
- Maitre de Conférence en Anesthésie-réanimation à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)
- Praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G
- Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la santé (INFSS)
- Membre de la Société d'Anesthésie-réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-Mali)
- Membre de la Société d'Anesthésie-réanimation d'Afrique Francophone
- Ancien coordinateur adjoint du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)

Cher Maitre, votre disponibilité, votre rigueur et votre souci permanent pour le travail bien fait font de vous un exemple à envier et à suivre. Veuillez accepter cher maitre l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect. Nous vous remercions pour la confiance que vous avez faite, en nous confiant ce travail. La courtoisie et l'amabilité avec lesquelles vous nous avez reçu, nous ont séduit. Recevez ici, nos remerciements sincères et toute notre gratitude.

Sigles et abréviations

% : pourcentage

> : supérieur

≥ : supérieur ou égal

< : inférieur

≤ : inférieur ou égal

± : plus ou moins

3TC : lamivudine

ACM : acidose métabolique

ADO : antidiabétiques oraux

AEG : altération de l'état général

AIC : accident ischémique continué

AICC : accident ischémique cérébral continué

AINS : antiinflammatoire non stéroïdien

ALU : artémether luméfantrine

AIT : accident ischémique transitoire

ARV : antiretroviral

ATCD : antécédent

AVC : accident vasculaire cérébral

AZT : zidovudine

BAAR : bacille acido-alcolo-résistante

BPCO : bronco-pneumopathie chronique obstructive

BU : bandelette urinaire

Ca²⁺ : calcium

CD4 : lymphocyte CD4

CHU : centre hospitalier universitaire

CaCl : chlorure de calcium

CCMU : classification clinique des malades aux urgences

CCMUP : classification clinique des malades aux urgences psychiatriques

CCMUD : classification clinique des malades aux urgences décédés

CIVD : coagulation intravasculaire disséminée

Cl⁺ : chlore

Cp : comprimé

CSCOM : centre de santé communautaire

CSRéf : centre de santé de référence

CTA : combinaison thérapeutique à base d'artémisinine

CRP : protéine C réactive

D4T : stavudine

DAC : diabète acido-cétosique

DDB : dilatation des bronches

DDC : zalcitadine

DDI : didanosine

dl: décilitre

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

E : éthambutol

ECBU : examen cytbactériologique des urines

E. coli: Escherichia coli

ECG: electrocardiogramme

FC : fréquence cardiaque

FM : frottis mince

FMOS : faculté de médecine et d'odontostomatologie

g: gramme

GB : globules blancs

GE : goutte épaisse

GEMSA : Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des Urgences

H: isoniazide

HbA1: hémoglobine glyquée

HCO; high cut off

HTA : hypertension artérielle

HTIC : hypertension intracrânienne

IC : insuffisance cardiaque

IDR : intradermo-réaction

IDM : infarctus du myocarde

IGSA : indice de gravité simplifié ambulatoire

IH : insuffisance hépatique

IM : intramusculaire

INRT : inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

INNRT : inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

INR : international normalised ratio (rapport normalisé international en français)

IR : insuffisance rénale

IRA : insuffisance rénale aiguë

IRC : insuffisance rénale aiguë chronique

I.respiratoire : insuffisance respiratoire

IRM : imagerie par résonance magnétique

IP : inhibiteur de protéase

IV : intraveineuse

IVD : intraveineuse directe

IVL : intraveineuse lente

J : jour

K⁺ : potassium

KCl : chlorure de potassium

Kg : kilogramme

L : litre

LBA : lavage broncho-alvéolaire

MAV : malformation artérioveineuse

Mg : milligramme

ml : millilitre

Mm³ : millimètre cube

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

MmHg : millimetre de mercure
Na⁺ : sodium
NaCl : chlorure de sodium
NB : noté bien
NFS: numération formule sanguine
NIHSS: national Institute of Health Stroke score
NT-proBNP : précurseur du BNP
O₂ : oxygène
OAP : œdème aigue du poumon
OMS : organisation mondiale de la santé
PA : préssion artérielle
P. falciparum : plasmodium
Pao₂ : préssion partielle en oxygène
Pg : pétagramme ou picogramme
Ph : potentiel hydrogène
PL : ponction lombaire
PMI : protection maternelle et infantile
PO : per os
PSE : pousse seringue électrique
R : rifampicine
RA : retrecissement aortique
RM : retrecissement mitral
SAMU : service d'assistante médicale d'urgence
SAU : service d'accueil des urgences
SFMU : société française de médecine d'urgence
SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise
SMUR : service médical d'urgence et de réanimation
SNG : sonde nasogastrique
SPo₂ : saturation
SC : sous catané
t : temps
T° : temperature
TA : tension artérielle
Tb : tuberculose
TDM : tomodensitométrie
TDF : tenofovir
TDR : test de diagnostic de rapide
TP : taux de prothrombine
UGD : ulcère gastroduodenale
UI : unité internationale
VIH : virus de l'immunodéficience humaine
VVP : voie veineuse périphérique
Z : pyrazinamide

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1 : Fréquence des différents symptômes et signes cliniques observés dans une série consécutive de 101 pneumonies communautaires survenues chez des sujets âgés.....	38
Figure 2 : Radiographie thoracique montrant des consolidations diffuses dans tout le poumon gauche évoquant une pneumonie	38
Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe par rapport aux modalités de prise en charge	46
Figure 4 : Répartition des patients selon la tranche d'âge par rapport aux modalités de prise en charge	47
Figure 5 : Répartition des patients selon la résidence par rapport aux modalités de prise en charge	47
Figure 6 : Répartition des patients selon la profession par rapport aux modalités de prise en charge	48

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon la référence et le moyen de transport par rapport aux modalités de prise en charge.....	49
Tableau II : Répartition selon le grade de personnel de santé accompagnant le malade par rapport aux modalités de prise en charge	49
Tableau III : Répartition des patients selon le traitement reçu en amont et les antécédents du malade par rapport aux modalités de prise en charge	50
Tableau IV : Répartition des patients selon les antécédents médicaux par rapport aux modalités de prise en charge	50
Tableau V : Répartition des patients selon les habitudes alimentaires par rapport aux modalités de prise en charge	51
Tableau VI : Répartition des patients selon la CCMU par rapport aux modalités de prise en charge	51
Tableau VII : Répartition des patients selon le motif de recours au SAU par rapport aux modalités de prise en charge	52
Tableau VIII : Répartition des patients selon l'examen clinique par rapport aux modalités de prise en charge.....	52
Tableau IX : Répartition des patients selon les examens complémentaires biologiques par rapport aux modalités de prise en charge	53
Tableau X : Répartition des patients selon les examens complémentaires imagériques par rapport aux modalités de prise en charge	53

<u>Tableau XI</u> : Répartition des patients selon le diagnostic rétenu par rapport aux modalités de prise en charge.....	54
<u>Tableau XII</u> : Répartition des patients selon les actes thérapeutiques par rapport aux modalités de prise en charge	54
<u>Tableau XIII</u> : Répartition des patients selon le traitement administré par rapport aux modalités de prise en charge	55
<u>Tableau XIV</u> : Répartition des patients selon l'évolution du malade par rapport aux modalités de prise en charge.....	55
<u>Tableau XV</u> : Répartition des patients selon le service de transfert par rapport aux modalités de prise en charge.....	56
<u>Tableau XVI</u> : Le rapport des patients selon le sexe, la tranche d'âge et le décès	56
<u>Tableau XVII</u> : Le rapport des patients selon la CCMU et le décès.....	57
<u>Tableau XVIII</u> : Le rapport des patients selon le motif de recours au SAU et le décès.....	57
<u>Tableau XIX</u> : Le rapport des patients selon le diagnostic rétenu et le décès	58
<u>Tableau XX</u> : Le rapport des patients selon les actes thérapeutiques et le décès.....	58
<u>Tableau XXI</u> : Le rapport des patients selon les modalités de prise en charge le décès.....	59
<u>Tableau XXII</u> : Le rapport des patients selon le motif de recours au SAU et le transfert.....	59
<u>Tableau XXIII</u> : Le rapport des patients selon la CCMU et le transfert.....	60
<u>Tableau XXIV</u> : Le rapport des patients selon les affections rétenues et le transfert.....	61

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I. OBJECTIFS	4
1. Objectif général	4
2. Objectifs spécifiques	4
II. GENERALITES	5
1. Définitions.....	5
2. Les urgences neurovasculaires	5
3. Les urgences médicales chez les patients VIH positifs :.....	14
3.1 Infections Opportunistes	14
3.2 Des Complications non infectieuses :.....	16
3.3 Prise en charge des infections opportunistes	17
4. Paludisme grave	24
4.1 Définition :.....	24
4.2 Physiopathologie du paludisme grave :	24
4.3 Diagnostiques cliniques et biologiques de paludisme grave :	25
4.4 Protocole de traitement :	26
5. Coma métabolique.....	30
6. Infections bronchopulmonaires	37
6.1. Bronchopneumopathie ou pneumonie	37
6.2. Les agents pathogènes en cause :.....	40
6.3. Traitement.....	41
6.4. Evolution sous traitement	41
III- PATIENTS ET METHODE	43
1. Cadre de l'étude	43
2. Types et période d'étude	44
3. Population d'étude	44
4. Echantillonnage.....	44
5. Techniques de collecte des données.....	44
6. Plan de traitement et d'analyse des données.....	45
V. RESULTATS	46
1. Fréquence	46
2. Caractéristiques des malades.....	46

4. Antécédents et habitudes alimentaires	50
5. Caractéristiques cliniques.....	51
6. Examens complémentaires :.....	53
7. Diagnostics retenus	54
8. Traitement médical.....	54
9. L'évolution du malade	55
10. Traitement médical	58
VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	62
1. Limites de notre étude:.....	62
2. Données sociodémographiques :.....	62
3. Le mode de transport utilisé :.....	63
4. Le mode d'admission au SAU :	63
5. Le grade et la présence d'un personnel de santé accompagnant au bord de l'ambulance 63	
6. Le traitement médical antérieur :	63
7. Les caractéristiques cliniques :.....	64
8. Le diagnostic retenu	64
9. Les examens paracliniques.....	65
10. La prise en charge thérapeutique :.....	66
VII.CONCLUSION.....	68
VIII. RECOMMANDATIONS	69
V. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	70
ANNEXES.....	75
Fiche d'enquete	75
Classification clinique des malades des urgences modifiée :.....	Erreur ! Signet non défini.
Les chapitres de la classification internationale des maladies.....	80
Fiche signalétique	81
Serment d'Hippocrate.....	82

INTRODUCTION

Selon la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), on entend par "urgence", toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital, si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement [1].

Les différents niveaux évoquent plutôt la notion de besoins de soins exprimés en urgence :

- le besoin de soins immédiats, qui engage le pronostic vital et/ou fonctionnel et qui exige la mobilisation immédiate de moyens médicalisés lourds,
- le besoin de soins urgents, qui appelle la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir,
- le besoin de consultation exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide, mais non immédiat, la présence d'un médecin.

Dans certains ouvrages médicaux, la notion d'urgence n'est pas clairement définie. Les chapitres traitent d'une pathologie spécifique et énumèrent les signes de gravité qui requièrent alors une prise en charge urgente [2].

Classifications de l'urgence :

L'urgentiste s'appuie sur des classifications pour définir les situations cliniques :

- ➔ La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) tient compte du pronostic vital et des examens réalisés, mais reste fondée sur un jugement médical subjectif.
- CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

- CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manoeuvre de réanimation immédiate.
- CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manoeuvres de réanimation.

La CCMU modifiée y ajoute deux items :

- CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant, en l'absence de toute pathologie somatique instable.
 - CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences [3, 4].
- ➔ La classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des urgences (GEMSA) distingue six types de passages. Elle reflète la gravité mais également le circuit du patient par son mode d'arrivée et de sortie :
- GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation.
 - GEMSA 2 : Patient non convoqué sortant après consultation ou soins.
 - GEMSA 3 : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale.
 - GEMSA 4 : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage aux urgences.

- GEMSA 5 : Patient attendu dans un service, ne passant aux urgences que pour des raisons d'organisation.
- GEMSA 6 : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique importante ou prolongée [5].

Le service des urgences a pour rôle de répondre aux demandes de santé des personnes qui se présentent à l'hôpital sans y avoir rendez-vous, que leur état soit réellement urgent d'un point de vue médical ou qu'il soit ressenti comme tel [6].

Un service d'urgences doit donc être fonctionnel à toute heure. La rapidité de prise en charge suppose un personnel et des équipements performants.

Dans les pays développés, plusieurs évaluations ont été faites, pour en ajuster le fonctionnement [7-8]. Les normes de structures et de procédures ont été proposées par plusieurs auteurs [9, 10,].

Au Mali, peu d'études concernent la prise en charge des urgences médicales. Au centre hospitalier universitaire (CHU) du point G, le service d'accueil des urgences (SAU), vitrine de l'hôpital, est soumis à des critiques quotidiennes. Il est habituel de retrouver dans ce service le couloir rempli de monde, patients et accompagnants en attente, ou passants en quête de renseignements.

Malgré la loi hospitalière et son application, nous au Point G ne disposons pas de dechocage, ni d'armoire d'urgence, de kit d'urgence et de chariot d'urgence. Pour ce faire, tous les cas d'urgent sont pris en charge par le malade ou ses proches. Ce qui pose de réel problème de prise charge (bilans biologique ou radiologique non faits, médicament non acheté etc).

Le but de ce travail est de faire une étude sur la prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du CHU Point-G.

I. OBJECTIFS

1. Objectif général

Evaluer la prise en charge des patients admis pour une urgence médicale selon deux modalités (observation et hospitalisation).

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des urgences médicales au SAU ;
- Décrire les aspects sociodémographique, clinique, paraclinique et thérapeutique des urgences médicales ;
- Etablir le pronostic des urgences médicales.

II. GENERALITES

1. Définitions

L'Urgence : C'est ce qui ne peut pas être différé, qui doit être fait, décidé, sans délai avec une nécessité d'agir vite et immédiatement [11].

Selon le Larousse médical, l'urgence est l'ensemble des soins médicaux ou chirurgicaux qui doivent être pratiqués sans délai [12].

On distingue : les urgences vraies et les urgences ressenties ou d'appréhension.

Les urgences vraies : parmi ces urgences, on peut distinguer suivant le temps qui, sans préjudice pour le patient, peut s'écouler avant l'application des soins : les premières, les deuxièmes et les troisièmes urgences

- La première urgence implique un traitement immédiat dès les toutes premières heures ou même minutes,
- La deuxième urgence peut attendre quelques heures,
- La troisième jusqu'à 24 heures [13].

2. Les urgences neurovasculaires

2.1 AVC

a) Définition :

Toute symptomatologie en rapport avec une atteinte cérébrale secondaire à une lésion des vaisseaux cérébraux.

Selon OMS : développement rapide de signes localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes dont la durée est >24h, pouvant conduire au décès, sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire.

Diminution de la perfusion d'un territoire + ou – étendu du cerveau

Atteinte artérielle ou veineuse

Atteinte ischémique ou hémorragique

b) Epidémiologie :

Incidence : 140 000 cas/an en France

Prévalence : 4 à 6 cas pour 1000 habitants en France

Prépondérance masculine entre 45 et 75 ans en France

2ème cause de décès : derrière cancer 10 à 12% de la mortalité générale en France.

- 30% des décès d'origine cardiovasculaire en France
- 30% des décès dans la 1ère année qui suit l'AVC en France.

1ère cause de handicap physique et mental acquis : 400 000 hémiplégiques vivants en France.

c) Diagnostic des AVC

Anamnèse : apparition brutale, précise antécédents du patient, traitement en cours.

Examen clinique : déficit neurologique selon territoire concerné.

Imagerie : scanner/IRM, le plus rapidement possible :

Scanner : distinction infarctus vs hémorragie ; normal dans les 1ères heures si infarctus ou signes précoces discrets ; immédiatement pathologique (hyperdensité) si hémorragie.

IRM : visualise dès le début l'infarctus ou l'hémorragie.

➤ AVC ischémique (Infarctus cérébraux) et AIT :

❖ Physiopathologie :

Occlusion vasculaire → Ischémie → Activation d'une cascade biochimique complexe → Infarctus.

Reperméabilisation spontanée en cas d'accident ischémique transitoire.

❖ Facteurs de risque généraux :

HTA, tabagisme, hypercholestérolémie, diabète, alcoolisme chronique, facteurs alimentaires, obésité, migraine, contraception orale.

❖ **Manifestations cliniques :**

Accident ischémique transitoire (AIT) :

Tout déficit neurologique focal d'origine ischémique d'installation brutale et entièrement régressif sans lésion.

- Sur le territoire carotidien : amaurose fugace, aphasie, déficit moteur, déficit sensitif ;
- Sur le territoire vertébro-basilaire : drop attacks, ataxie cérébelleuse, vertiges, troubles oculomoteurs ;
- C'est une urgence : risque majeur de récurrence sous forme d'un AVC constitué vrai = Hospitalisation impérative ;

AVC ischémique constitué :

- Symptomatologie durable par nécrose du tissu cérébral ;
- Signes cliniques selon localisation : hémiparésie, hémianesthésie, troubles visuels (hémianopsie latérale homonyme), aphasie.

Bilan :

Imagerie du cerveau : IRM ou scanner ;

Imagerie des vaisseaux artériels : angioscanner, ARM, écho-doppler des artères cervicales et transcrâniennes, artériographie cérébrale ;

Bilan cardiaque : ECG, Holter ECG des 24h ;

Echographie cardiaque ;

Bilan biologique : NFS, plaquettes, coagulation, ionogramme, créatinine ; bilan lipidique ; glycémie à jeun et HbA1C ; bilan thyroïdien ;

➤ **Hémorragies cérébrales intraparenchymateuses :**

De 10 à 15 % des AVC en France

Présence de sang dans le parenchyme cérébral suite à une rupture d'un vaisseau intracérébral.

Facteur majeur : HTA.

Symptômes selon localisation.

❖ Causes

Maladie des petits vaisseaux cérébraux, angiopathie amyloïde, malformations vasculaires, tumeurs cérébrales, toxiques et alcool, substances agissant sur la coagulation, anomalies de l'hémostase, artérite et angiopathies cérébrales, thrombophlébites cérébrales, traumatismes crâniens, causes indéterminées [14].

d) Stratégie de prise en charge d'un AVC à la phase aigue mesures communes (AVC ischémique ou hémorragique) :

Hospitalisation, prendre une glycémie capillaire (Dextro) ; repos strict ; position de la tête à 30° ; monitoring cardiaque ; TA ; saturation en O₂ ; assurer la liberté des voies aériennes à fin d'éviter l'inhalation (interdire l'alimentation si troubles de vigilance ou de déglutition, aspiration des sécrétions, O₂ nasale si besoin, intubation ventilation : si indications) ; traitement anti-arythmique si troubles du rythme cardiaque ; pose d'une sonde gastrique en cas de troubles de conscience ou troubles de la déglutition ; assurer l'équilibre hydro-électrolytique (attention pas de sérum hypotonique ni de sérum glucosé à la phase aigue) ; lutter contre les troubles glycémiques, l'hyperthermie et l'hypothermie ; traitement antiépileptique si crise avérée ; traitement anti-oedémateux si oedème péri-lésionnel important ; réaliser un bilan initial : NFS, TP, INR, Ionogramme complet, ECG, radio thorax.

○ Traitement spécifique d'un AVC ischémique :

- Respecter d'une TA jusqu'à 220/100mmHg.
- Réhydrater et administrer de l'antalgique au malade.
- Demander un avis de neurologue de garde.
- Organiser le transfert au service de neurologie dès que le malade est stabilisé.

Si indication d'hospitalisation ou de thrombolyse.

○ **Traitement anti-thrombotique :**

Traitement antiagrégant plaquettaire :

Aspirine à faible dose (160-300mg/j).

Traitement anticoagulant : Pour prévenir les récurrences (énoxaparine 75 à 100Ui/kg/jr).

Thrombolyse si AVC dans le délai et pas de contre-indications.

Prévention secondaire : prévention des facteurs de risque cardiovasculaire

Traitement d'un AVC Hémorragique :

- Traitement de l'élévation de la TA si supérieure à 140/100mmHg (Loxen : protocole hypertension artérielle).
- Aviser le neurochirurgien de garde.
- Discuter une éventuelle chirurgie.

Contre-indications de la thrombolyse : INR > 1.7 ou héparine administrée dans les dernières 24h, plaquettes < 100 000/mm³, AVC ou traumatisme crânien < 3 mois, TA > 185/110, déficit neurologique régressif ou mineur, glycémie < 0.5 g/l ou > 4g/l, crise épileptique symptomatique aiguë, hémorragie digestive ou urinaire ou IDM < 21 jours, femmes enceintes ou malades < 18 ans.

La thrombolyse est déconseillée : signes d'ischémie précoce étendus sur le scanner cérébral, déficit neurologique sévère ou coma (NIHSS>22) [15, 16,17, 18].

Hémorragies méningées :

- Présence de sang dans l'espace sous arachnoïdien suite à la rupture d'une artère intracrânienne ;
- Rupture d'anévrisme+++ ou MAV ;
- Mortalité = 60% ;
- Séquelles +++.

Anévrisme :

- Maladie du média ;
- Taille augmente avec les années ;
- Risque de rupture si diamètre > 7mm ;
- Diagnostic : céphalée en coup de tonnerre, syndrome méningé brutal, troubles de conscience, décès, scanner (hyperdensité sous arachnoïdienne), PL hémorragique ;
- Complication : HTIC, spasme artériel dans 15% (entre J4 et J10), dure 2-3 semaines (ischémie d'aval), Récidive hémorragique ;

Pronostic :

- Mortalité : 60% ;
- Déficit invalidant : 25% ;
- Traitement : chirurgical, endovasculaire, médicamenteux (vasospasme), antiépileptiques, antalgiques.

Thrombose veineuse cérébrale :

Plutôt femme jeune.

Causes : contraception orale, infection locale (abcès, mastoïdite, furoncle), infection systémique, pathologie tumorale, pathologies systémiques, troubles de la coagulation.

Pronostic des AVC artériels :

- 10 -15 % de décès dans les 30 jours : dépend de la cause. Mortalité hémorragie >> infarctus ;
- 30% de décès à 1an ;
- Séquelles graves, invalidantes ;
- Mais possible amélioration en dépit de la perte définitive des neurones : résorption de l'oedème vasogénique puis plasticité neuronale : aptitude à compenser la perte de fonction due à 1 lésion cérébrale

- Intérêt de la rééducation.

Respiration : Surveillance de la saturation, O2 si nécessaire, kiné si encombrement bronchique.

Alimentation : attention au risque de fausses routes SNG si nécessaire, source d'infections pulmonaires, apport protidique (prévention escarre), prise en charge diététique et orthophoniste.

Positionner : prévention escarre, prévention des attitudes vicieuses, attention à algodystrophie.

Moteur : hémiplégie, paraplégie, déficit brachio-facial, monoplégie crurale, paralysie faciale centrale.

Sensitif : hémianesthésie, ataxie proprioceptive, déficit thermo-algique.

Aphasie : expression ou compréhension, dysarthrie, expression (orale, écrite, écriture).

Equilibre : syndrome cérébelleux statique ou cinétique.

Visuel : hémianopsie latérale homonyme.

Répercussions fonctionnelles : les plus étudiées

Elles conditionnent :

- le retour à domicile ;
- la reprise professionnelle ;
- le recours à une tierce personne ;

Répercussions cognitives : influencent +++ l'état du patient après un AVC.

- la détérioration intellectuelle ;
- les troubles aphasiques ;
- troubles de l'attention, du raisonnement ;
- syndrome dépressif réactionnel.

Répercussions sociales : confrontation individu/regard de la société.

Pronostic – Algodystrophie

Survient du côté paralysé beaucoup plus souvent que du côté sain.

Le plus souvent syndrome épaule-main : douleurs, troubles vasomoteurs et trophiques (main tuméfiée, chaude et douloureuse), raideur articulaire (rétraction capsulaire).

Mobilisation du patient hémiplégique

Verticalisation :

Toujours se préoccuper de la tolérance tensionnelle, vérifier la bonne tonicité du tronc, première verticalisation après accord médical.

Transferts :

Ne jamais saisir le patient par le membre plégique, ne pas soulever le patient par les aisselles, s'aider des vêtements, echarpes de soutien.

Prise en charge à long terme

Prévention secondaire ; mesures sociales (Prise en charge à 100%, maison du handicap, aides à domicile) ; rééducation si besoin (kiné, orthophonie, ergothérapie).

Complications :

- Epilepsie vasculaire ;
- Spasticité : antispastiques (baclofène, dantrolène), toxine botulique IM, orthèses ;
- Démence : bilan neuropsychologique ;
- Dépression, anxiété : traitement spécifique- Troubles vésico-sphinctériens ou anorectaux ;
- Troubles de la déglutition : fausses routes, pneumopathies de déglutition

[14]

3. Les urgences médicales chez les patients VIH positifs :

Elles sont décrites comme étant les complications survenues au cours de l'évolution de la maladie. Ces urgences concernent essentiellement :

3.1 Infections Opportunistes

On qualifie d'opportunistes, des infections dues à des agents microbiens qui ne rendent pas malades si ce n'est l'immunodépression ou entraînant seulement des maladies bénignes. Une fois installées elles sont difficiles à traiter à cause des récurrences dues à la persistance de l'Immunodépression.

La Pneumocystose :

Elle débute, le plus souvent, de façon lente et progressive. Le malade se plaint de toux « sèche » sans crachat, fatigante, empêchant le sommeil. Parallèlement il apparaît un essoufflement (dyspnée) qui gêne à l'effort puis survient pour des actes de plus en plus minimes (faire sa toilette, faire son ménage) et devient au repos.

Les symptômes respiratoires s'accompagnent de fièvre, d'une fatigue, d'anorexie et d'amaigrissement.

Son diagnostic repose sur la mise en évidence des Trophozoïtes surtout des Kystes de *Pneumocystis carinii* dans l'expectoration ou dans le lavage broncho – alvéolaire.

Les infections par le Cytomegalovirus :

Sont très fréquentes et polymorphes au cours de sida. Elles se manifestent par une pneumonie intestinale, une gastro – enterocolite, encéphalite, une rétinite, une éruption cutanée et purpura thrombopénique. Le diagnostic repose sur la mise en évidence des cellules à inclusion virale dans le liquide de lavage broncho – alvéolaire (LBA), sur des techniques d'immunofluorescence indirecte.

La Cryptococcose

Réalise des atteintes méningées, pulmonaires, cutanées, osseuses.

Cependant les formes disséminées avec atteinte digestives, ganglionnaires, cardiaque et rénale sont possibles.

Le diagnostic sur l'examen microscopique direct du liquide de ponction lombaire à l'encre de chine et culture sur gélose **SABOURAUD**.

La Toxoplasmose cérébrale

La Toxoplasmose cérébrale associe généralement des maux de tête de timportantes et persistants, résistants aux médicaments habituels (paracetamol, aspirine), une fièvre et des signes temoignant de la souffrance cérébrale (il peut s'agir de la paralysie d'un membre des troubles du langage avec manque de mots, de problèmes de vision, parfois de crises d'épilepsie...). Le diagnostic de certitude est anatomo – pathologique ou microscopique par isolement du parasite sur culture ou sur des arguments radiologiques présomptifs.

Les Candidoses

Elles sont très fréquentes et provoquent des lésions buccales avec muguet et une oesophagite se traduisant par la dysphagie et la douleur rétrosternale. Le diagnostic de certitude repose sur l'examen parasitologique et la fibroscopie oesogastroduodenale dans certains cas.

Les infections à herpes simplex virus

Se traduit au cours du sida par des lésions cutanéomuqueuses, érythémato – vésiculeuses évoluant vers des ulcérations chroniques, creusant et siégeant sur les régions génitales et buccales. Le diagnostic repose sur la biopsie et l'examen histologie.

La Cryptosporidiose

Le cryptosporidium est cosmopolite et réalise au cours du sida une diarrhée aigue, profuse, incontrôlable avec souvent malabsorption conduisant à une cachexie mortelle. Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'oocystes par la technique activation.

Les Mycobactérioses

La tuberculose est une affection respiratoire bactérienne due à *Mycobacterium tuberculosis* très fréquente surtout en Afrique. La mycobactériose atypique se traduit par une atteinte des poumons, du tube digestif de la moelle osseuse etc.

On remarque au cours de la phase tardive du sida des pneumonies bactériennes dues à plusieurs bactéries : *Streptococcus* et *Haemophilus*.

En plus des pneumonies on observe aussi des symptômes associés à certaines affections bactériennes du tube digestif dues à *Salmonella*, *Campylobacter*, *Shigella*.

3.2 Des Complications non infectieuses :

- Troubles psychiatriques : dépression, angoisse, manifestations psychotiques
- Atteintes Cardiaques : Maladie coronaire, athérosclérose infra clinique
- Atteintes Rénales : Insuffisance rénale aigue non spécifique, les désordres électrolytiques, les glomérulopathies, la néphrotoxicité et l'insuffisance rénale chronique.
- Anomalies Métaboliques : Insulinorésistance, hypertriglycéridémie hypercholestérolémie.

3.3 Prise en charge des infections opportunistes

a. Schéma Thérapeutique

Schéma I : Pneumopathie à *Pneumocystis jirovecii* carinii [19 ;20]

Traitement d'attaque :

- Triméthoprime (15 – 20 mg/kg/j) + sulfaméthoxazole (75 –100 mg/kg/j);
Soit 12 ampoules de Cotrimoxazole perfusion, ou 6 CP par jour en trois prise de cotrimoxazole 960mg boîte par voie orale pendant 3 semaines.

- Adjonction de corticothérapie à la dose de 1 mg/ jour si hypoxémie < 70 mm Hg et d'une oxygénothérapie de 6 à 9 litres par minute.

- En cas d'intolérance au cotrimoxazole, l'alternative peut être :

Soit la pentamidine (pendacarinatR) : IV 3 - 4 mg /kg ou en aérosol : 300 mg/j ;

Soit l'atovaquone : 750 mg x 2 en suspension buvable dans les formes à gravité moyenne.

Prophylaxie Secondaire [20]

- Cotrimoxazole forte 1 CP/j
- Ou Pentamidine : 300 mg en aérosol/mois

Prophylaxie primaire [19] :

- **Cotrimoxazole** (480 ou 960mg/j)
- **Atovaquone (1500 mg/ jour)**

Schéma II : Toxoplasmose Cérébrale

Traitement d'attaque :

Traitement de référence :

- Association pyriméthamine (MalocidR, 50 mg/j pers en 1 prise) ;
- Sulfadiazine (Adiazine R, 4 a 6g/j en 4 prises) ;

Alternative 1 : en cas d'intolérance ou de contre indication aux sulfamides ;

Pyriméthamine : 1 mg/kg/j a 50 mg/j en 1 prise orale chez l'adulte +
Clindamycine (Dal acine R : 40 mg/kg/j (1,6 à 2,4 g/j) en prises orales ;

Alternative 2 : Cotrimoxazole :

- En perfusion ou IVD : 3 ampoules x 2 /jour ;
- Voie Orale : 2 CP forme x 3/jour.

Traitement Adjuvant :

Contre l'oedème cérébral :

Glycérol : 30 à 60 ml x 3 fois/j par voie orale.

Corticothérapie en bolus ; par Méthylprédnisolone (Solumedrol R).

Prévention des effets hépatotoxiques :

Acide fol inique (Lederfoline R) : 5 mg/jour.

En cas de crise comitiale :

Associer un traitement anti convulsivant : Valproate de sodium (Depakine R) : 20 mg/kg/j en 3 prises.

Prophylaxie secondaire [21] :

Pyrimethamine (25 mg en prise orale par jour) + Sulfadiazine (2g/j en 2 prises orale, ou Cotrimoxazole forte : 960 mg (1 comprimé) par jour.

Prophylaxie Primaire [22] :

En cas de sérologie Toxoplasmique négative : surveillance régulière et conseil des mesures prophylactique :

- Ne manger que des viandes très cuites ;
- Bien laver les crudités ;
- Eviter le contact avec les chats ;
- En cas de sérologie toxoplasmique positive :

Notamment quand les lymphocytes CD4 < 200 /mm

Cotrimoxazole forte : 960mg (1 comprimé par jour).

Schéma III : Cryptosporidiose digestive chronique [23,24 ,25]

Il n'existe pas de traitement efficace, aussi le traitement reste essentiellement.

Symptomatique :

- Equilibrer les troubles ioniques ;
- Prise en charge nutritionnelle ;
- Ralentisseur du transit : Loperamide (Imodium R), jusqu'à 8 gelules/j ;
- La Paromomycine (Humatrin R, gelule a 250 mg, 2g/j) en 6 prises ;
- Le Nitrazoxanide (Cryptaz R) : 500 mg x 2 fois/j pendant 14 jours ;
- Un traitement ARV efficace constitue donc aujourd'hui le principal le traitement de ces infections.

Schéma IV : Microsporidiose [26,27]

Pas de traitement idéal selon l'agent pathogène :

Encephalitozoon intestinalis : ont été proposés : Albendazole : 400 mg x 2/j pendant 3 semaines.

Enterocytozoon bienewisi : Fumagiline (ATU) : 20 mg x 3/j pendant 21 jours

Prophylaxie : Intéret non démontré.

Schéma V : Isosporose [28] :

Cotrimoxazole : 80 mg /kg /jour pendant 10 à 15 jours (2 comprimés forme forte a 960 mg x 2 /jour), avec supplémentation en acide folique.

- En cas d'allergie aux sulfamides : Ciprofloxacine 500 mg x2/jour pendant 7 jours puis 500 mg x 3 fois/semaines en entretien.
- Traitement d'entretien : Cotrimoxazole : 1g x 3/semaine, est nécessaire pour prévenir les rechutes tant que persiste l'immunodépression.

Schéma VI : Candidoses [29] :

Local :

- Gargarisme par solution de bicarbonate a 14 ‰ 4 à 8 fois par jour ;
- Nystatine (MycostatineR) : comprimé à sucer 5000 000 UI x 4 /jour ou miconazole (Daktarin R : 4 cuilleres mesures x 3/jour.

Général :

- Amphotericine B (Fungigone R) : 2 gelules x 2/jour ou 1 ml/2 kg/j per os pendant 15 jours ;
- Ketoconazole (Nizoral R) : 200 mg x 2 : jour per os pendant 15 jours ;
- Fluconazole (Triflucan R) : 50 – 100 mg/jour en 1 prise per os pendant 15 jours ;

Schéma VII : Cryptococcose [30, 31, 32,33] :

Traitement d'attaque :

Amphotericine B (Fungizone R) par voie IV a la posologie de 0,7 à 1 mg/kg/jour pendant au moins 15 jours, plus ou moins associée à la 5 – fluorocytosine

(Ancotil R) : 150 mg/kg/jour en perfusion IV pendant 15 jours

En surveillance la N.F.S, l'ionogramme sanguin (hypokaliémie) et la créatininémie toutes les 48 heures.

Relais par :

Fluconazole (Triflucan R) : 400-800 mg/jour 6 à 8 semaines pendant 10 jours

Traitement d'entretien :

Molécules :

- Fluconazole : 200-400 mg/ jour ;
- Amphotericine B : dose du traitement d'attaque.

Durée :

- A vie, pour prévenir les rechutes ;
- Sous multi thérapie ARV chez un patient ayant des CD4<200/mm³ de façon continue pendant 6 mois, on peut envisager l'arrêt de la prophylaxie secondaire.

Schéma VIII : Tuberculose [34,35,36]

✓ **Conduite à suivre**

- L'efficacité du régime standard, quelque soit le stade de l'infection à VIH auquel survient la tuberculose, est voisine de celle observée chez les séronégatifs,
- Pendant les deux premiers mois.

Quadrithérapie par :

Isoniazide (H) : 5 mg/kg/jour per os ;

Rifampicine (R) : 10 mg/kg/jour per os ;

Pyrazinamide : (Z) 35 mg/kg/jour per os ;

Ethambutol (E) : 20 mg/kg/jour per os;

- Pendant au moins 4 à 7 mois après la négativation des cultures de l'expectoration, le traitement est poursuivi par isoniazide + rifampicine.

✓ **Interactions antituberculeux – Antirétroviraux**

- La rifampicine, inducteur enzymatique du cytochrome P 450, réduit beaucoup la biodisponibilité de tous les IP et des INNRT ;
- La rifabutine est moins inducteur enzymatique, entraîne à utiliser plutôt que la rifampicine en association avec les ARV.
- Indication des Antirétroviraux : selon le niveau des CD4 :

+ < 50/mm³ : débuter les ARV à J – 15 du traitement antituberculeux ;

+ < 50 – 200 :mm³ : débiter les ARV à la fin de la première phase du traitement antituberculeux.

+ 50 – 350 : différer les ARV à la fin du traitement antituberculeux

- Schémas ARV en cas d'association avec de la rifampicine :

- D4T + 3TC ou AZT + 3TC associées à l'un des trois suivantes :

+ Efavirenz : 600 mg/jour ;

+ Saquinavir + Ritonavir : 1000/100mg x 2/jour ou 1600/200 x 1/jour ;

+ Abacavir : 300 mg x 2/jour.

✓ **Traitement Préventif :**

En cas d'hypersensibilité tuberculique (IDR > 5 mm si absence de vaccination, IDR > 10 mm si patient vacciné) sans autres signes cliniques ou biologiques de tuberculose, et lorsque les lymphocytes CD4 sont < 500/mm³, une chimioprophylaxie de la tuberculose peut être proposée :

- Protocole prophylactique – Tb : Rifampicine, 10 mg/kg/jour + Pyrazinamide 20 mg/kg/jour pendant 2 mois (risque d'hépatopathies sévères) ou Isoniazide (5 mg/kg/j) pendant 6 – 12 mois :

Recommandation OMS :

Schéma IX : Infections à Mycobacterium avium [37,38]

✓ **Traitement d'attaque :**

- Rifabutine (Ansatine R) : PO : 150 – 300 mg/kg/jour ;
- Ethambutol (Myambutol R): PO: 20 mg/kg/jour;
- Clarithromycine (Zeclar R): PO: 500 mg x 2/jour;
- Azithromycine (Zithromax R): PO: 600 mg/jour;
- Ciprofloxacine (CifloxR) : PO : 750 mg x 2/jour ;
- Amikacine (Amikin R) : IV : CO – 15 mg/kg/jour.

✓ **Traitement Préventif :**

Prévention primaire de l'infection à MAC est nécessaire chez les patients à VIH positifs très immunodéprimés ($CD4 < 75 - 100/mm^3$) avec les macrolides (clarithromycine 500 mg x 2/jour).

Azithronycine : 1200 mg/semaine) utilisés seuls ou en association avec la Rifabutine PO : 300 mg/jour.

Schéma X : Salmonelloses

Traitements : Les fluoroquinolones

- Ofloxacin PO : 200 mg x 2/jour pendant 10 jours ;
- Pefloxacin PO : 400 mg x 2/j pendant 10 jours ;
- Ciprofloxacine PO : 500 mg x 2/jour pendant 10 jours ;

Schéma XI : Herpès Cutanéomuqueux [39] :

Local :

- Eosine aqueuse a 1% ou solution de Milans : assèchent les lésions ;
- Acyclovir en pommade.

Général :

- Herpès récidivant ou chronique :

Aciclovir (Zovirac R) CP 200 mg : 5 à 7 cp/jour pendant 5 jours puis 2 à 4 cp/j pendant 1 mois.

- Valaciclovir (Zelitrex R) cp 500 mg : 1 cp x 2/j pendant 5 jours.
- Herpès cutanéomuqueux extensif ou nécrosant :

Aciclovir IV : 15 mg/kg/j en 3 perfusions IV pendant 7 à 14 jours.

Relais par voie orale : 4 cp/jour en 4 prises pendant 2 semaines.

- Herpès résistant a l'aciclovir :

Foscarnet (Foscavir R) : 30 à 40 mg/kg/8 h en perfusion.

Schéma XII : Infection a cytomégalovirus [40, 41, 42,43]

Ganciclovir (CymevanR) :

- Attaque : IV 5 mg/kg x 2/j pendant 15 à 21 jours.
- Entretien : 5 mg/kg/jour en 1 perfusion IV ou 3 g/j per os.
- Surveillance biologique : Hémogramme et Créatininémie.

Fos carnet (Foscavir R) :

- Attaque : 90 mg/kg x 2/j en perfusion IV pendant 15 à 21 jours.
- Entretien : 100 à 120 mg/kg/jour en 1 perfusion.
- Surveillance biologique : Créatininémie et Calcémie.

Cidofovir (Vistide R) :

- Attaque : 5 mg/kg/semaine en 1 perfusion de 1heure.
- Entretien : 5 mg/kg tous les 15 jours.
- Surveillance biologique : Créatininémie, Protéinurie, Ionogramme Sanguin.

4. Paludisme grave

4.1 Définition :

Le paludisme est une maladie fébrile due à un parasite du genre *Plasmodium et qui se transmet habituellement par la piqûre du moustique (anophèle femelle infectée).*

Les différentes formes de paludisme peuvent être classées en deux catégories principales : les cas de paludisme simples et les cas de paludisme graves [44].

4.2 Physiopathologie du paludisme grave :

Plusieurs hypothèses :

- ▶ Séquestration intravasculaire des hématies parasitées dans les capillaires viscéraux profonds surtout ceux du cerveau et du placenta,
- ▶ Cytoadhérence,
- ▶ Augmentation de la perméabilité des vaisseaux par destruction de l'endothélium vasculaire,

- ▶ Hyperhémolyse
- ▶ Facteurs Génétiques [45].

Paludisme simple : se caractérise essentiellement par une fièvre (Température axillaire \geq à 37,5°C) ou antécédent de fièvre avec souvent des maux de tête, des douleurs musculaires, de la faiblesse articulaire, des troubles digestifs, des frissons, et des courbatures, confirmé par un examen biologique (TDR ou GE/FM positif)

Paludisme grave : se caractérise par une confirmation biologique (TDR ou GE/FM positif) avec la présence de *P. falciparum* associé à l'une ou plusieurs des manifestations cliniques et /ou biologiques.

4.3 Diagnostiques cliniques et biologiques de paludisme grave :

Manifestations cliniques :

- Troubles de la conscience (y compris un coma aréactif) ;
- Prostration, c'est-à-dire une faiblesse généralisée, de sorte que le patient est incapable de s'asseoir, de se tenir debout ou de marcher sans assistance ;
- Convulsions répétées : plus de deux épisodes en 24 h ;
- Respiration profonde et détresse respiratoire (respiration acidotique) ;
- Oedème pulmonaire aigu et syndrome de détresse respiratoire aigu ;
- Collapsus circulatoire ou choc, tension artérielle systolique $<$ 80 mm Hg chez l'adulte et $<$ 50 mm Hg chez l'enfant ;
- Lésion rénale aiguë ;
- Ictère clinique avec mise en évidence d'autres dysfonctionnements d'organes vitaux ;
- Anomalies hémorragiques.

Les manifestations biologiques :

- Hypoglycémie ($<$ 2,2 mmol/l ou $<$ 40 mg/dl) ;

- Acidose métabolique (bicarbonate plasmatique < 15 mmol/l) ;
- Anémie normocytaire grave (hémoglobine < 5 g/dl, hémocrite < 15% chez l'enfant ; hémoglobine < 7g/dl, hémocrite < 20% chez l'adulte) ;
- Hémoglobinurie ;
- Hyperlactatémie (lactate > 5 mmol/l) ;
- Insuffisance rénale (créatinine sérique > 265 µmol/l) ; et
- Oedème pulmonaire (à la radiographie).

4.4 Protocole de traitement :

Le paludisme grave se traite avec : artésunate injectable, artémether injectable, quinine injectable. Passer à la voie orale dès que l'état du patient le permet.

a- Le traitement d'urgence des complications :

Il s'agit de traitement symptomatique visant à : corriger l'hypoglycémie, la déshydratation, l'anémie, faire baisser la fièvre, arrêter les convulsions et prendre en charge le coma et les problèmes respiratoires, rénaux et cardiovasculaires.

Le traitement de l'hypoglycémie :

Chez l'enfant ou l'adolescent administrer en IV lente :

□ 3 à 5 ml /kg pour le sérum glucosé à 10% ou 1 ml/kg pour le sérum glucosé à 30 %.

Pour l'adulte administrer en IV lente :

□ 3 à 5 ml /kg pour le sérum glucosé à 10% ou 1 ml/kg pour le sérum glucosé à 30 % ou 25 ml de sérum glucosé à 50% : Si l'on n'a que du glucose à 50 %, on en dilue un volume dans 4 volumes d'eau stérile pour obtenir une solution à 10 % (par exemple, 0,4 ml/kg de glucose à 50 % avec 1,6 ml/kg d'eau pour préparations injectables ou 4 ml de glucose à 50 % avec 16 ml d'eau pour préparations injectables). Le glucose hypertonique (> 20 %) n'est pas recommandé car il a un effet irritant sur les veines périphériques. Lorsque

l'administration par voie intraveineuse est impossible, donner du glucose ou toute autre solution sucrée par sonde naso-gastrique.

Le traitement de la déshydratation :

- administrer 100 ml/kg de solution de Ringer en 2 ou 4 heures,
- Réévaluer le malade après pour déterminer, les besoins hydriques et l'état de déshydratation.

Le traitement des convulsions :

- Administrer du diazépam à la dose de 0,5 mg/kg en intra rectal (IR) ou IV.
- Si les convulsions persistent 10 à 15 mg / kg de phénobarbital en voie parentérale.

Le traitement de l'anémie :

Si anémie sévère (taux d'hémoglobine < 5g/dl) : administrer en urgence de concentrés érythrocytaires (CE) : les volumes à transfuser sont fonctions de l'objectif fixés (chez l'adulte : 1CE augmente de 1 à 2g/dl ; chez l'enfant : volume = $(Hb \times MS \times P) / Q$ (Hb = Hb souhaitée en g/dL; MS = masse sanguine en ml/kg; P = poids en kg, Q = quantité d'Hb apportée par le CE)

Si la transfusion est impossible :

- faire un traitement pré transfert avant d'envoyer le malade dans un centre disposant de service de transfusion sanguine.

En cas de coma :

- Evaluer le stade du coma (Echelle de Blantyre ou Glasgow), mettre le malade en position latérale de sécurité, aspirer les sécrétions et libérer les voies respiratoires, prendre une voie veineuse, placer une sonde urinaire, changer le malade de position toutes les 4 heures, mesurer le volume des urines (diurèse), mettre en place une sonde naso-gastrique d'alimentation.

En cas de difficultés respiratoires : (Oedème Aigu des Poumons)

- Mettre le malade en position demi assise, administrer de l'oxygène et du furosémide en IV : 0,5 à 1 mg/kg.
- Vérifier qu'il ne présente pas une insuffisance cardiaque due à l'anémie sévère
- transférer si possible le malade vers un service de réanimation.

En cas d'insuffisance rénale :

- Administrer des solutés si le malade est déshydraté : 20ml /kg de sérum salé isotonique, 1 à 2 mg/kg de furosémide
- Placer une sonde vésicale

Si le malade n'émet pas d'urine dans les 24 heures qui suivent :

- Transférer dans un centre pour une dialyse.

N.B :

Les autres maladies graves doivent être traitées conformément au schéma approprié

Traitement non recommandé : Corticoïde et autres anti-inflammatoires, L'héparine, la prostacycline, la desferoxamine, la pentoxifylline, le dextran de faible masse moléculaire, l'urée, la déferoxamine, la cyclosporine, l'acide dichloracétique, l'adrénaline

b- Traitement spécifique antipaludique

❖ **L'artésunate** est le médicament de choix pour le traitement du paludisme grave. Elle peut être administrée en injection intra veineuse (IV) ou intra musculaire (IM).

- Artésunate 2,4 mg/kg de poids corporel administrés par voie intraveineuse (IV) ou intramusculaire (IM) à l'admission (t = 0), puis 12 h et 24 h plus tard et, par la suite, une fois par jour pour les patients de 20 kg et plus pendant 5 à 7 jours. Prendre le relai avec CTA dès que la voie orale est possible. Pour les enfants de moins de 20kg : artésunate 3mg/kg de poids corporel conformément aux temps indiqués précédemment.

Si l'on n'a pas d'artésunate injectable, il peut être remplacé par l'artéméther ou la quinine.

Prendre le relais avec CTA dès que la voie orale est possible.

❖ **Artémether**

Posologie et mode d'administration

Traitement sur 5 jours par voie intramusculaire : la posologie est de 3.2mg/kg de poids corporel en une injection à l'admission du malade suivi de 1,6mg/kg en une injection par jour pendant 4 jours.

En cas de non disponibilité de l'une ou l'autre présentation le clinicien utilise celui qui est disponible en tenant compte que 1 amp 80mg = 4 amp de 20mg.

Prendre le relais avec CTA dès que la voie orale est possible.

❖ **Quinine :**

Posologie recommandée :

Quinine administrée par perfusion en intraveineuse

Dose de charge : 20 mg de sel de quinine/kg à l'admission chez l'adulte et l'enfant

NB : La dose de charge est administrée seulement lorsque le malade n'a pas pris de quinine dans les 24 heures précédentes ou la Méfloquine dans les 7 jours, si oui c'est la dose d'entretien qui est retenue.

Dose d'entretien :

Enfants : Posologie : 10 mg/kg de sels de chlorhydrate de quinine (8,3mg base) dilués dans 10 ml/kg de sérum glucosé à 10 % (ou dextrose à 4,3% ou sérum salée à 0,9 % chez les diabétiques). Durée de la perfusion : 2 – 4 heures.
Intervalle entre le début des perfusions : 8 heures

Passer à la voie orale avec les CTA dès que le malade peut avaler ou

Posologie : 15 mg/kg de sels de chlorhydrate de quinine (12,4 mg base) dilués dans 10 ml/kg de sérum glucosé à 10 % (ou dextrose à 4,3% ou sérum salée à 0,9 % chez les diabétiques) Durée de la perfusion : 2 – 4 heures

Intervalle entre le début des perfusions : 12 heures

Passer à la voie orale avec les CTA dès que le malade peut avaler

Adultes :

10 mg/kg de sels de quinine (8,3 mg base) dilués dans 10 ml/kg d'un soluté hypertonique en perfusion pendant 4 heures glucose à 10%, dextrose à 4,3 % ou (sérum salé isotonique à 0,9 % chez les diabétiques). Intervalle entre le début des perfusions : 8 heures, durée de la perfusion : 4 heures.

La durée du traitement avec la quinine est de sept (7) jours.

NB : Prendre les comprimés de quinine avec de l'eau sucrée pour prévenir l'hypoglycémie.

Traitement du paludisme chez la femme enceinte :

Paludisme grave

On administrera sans tarder par voie parentérale des antipaludiques aux femmes enceintes souffrant d'un paludisme grave, quel que soit le stade de la grossesse et sans réduire la dose. Le taux de mortalité dû au paludisme grave pendant la grossesse est de 50 % environ, chiffre plus élevé que chez les femmes non gravides. L'artesunate constitue le traitement de choix. En cas d'indisponibilité de ce médicament, l'artemether est préférable à la quinine en fin de grossesse car la quinine est associée à un risque d'hypoglycémie de 50 %. Passer à la voie orale dès que le malade peut avaler (Quinine comprimé pour les femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse et CTA à partir du deuxième trimestre de la grossesse) [44].

5. Coma métabolique

6.1. Définition :

► le coma est défini comme étant la diminution de la réactivité aux stimulations diverses, le sujet devient selon le niveau d'atteinte non perceptif et non réactif. En absence d'une prise en charge précoce, la mort survient dans la grande majorité des cas.

► Les Comas du diabétique = complications métaboliques aiguës résultent d'une anomalie : soit dans l'équilibre diabétique (arrêt traitement, infection) ; soit dans le traitement du diabète. Leur fréquence est fonction de l'éducation du malade, de l'accès aux soins, de l'attitude de l'entourage.

Les différents types de comas chez le diabétique Sont par ordre de fréquence :

- a. **Le coma céto acidosique**
- b. **Le coma hypoglycémique**
- c. **Le coma hyper osmolaire**
- d. **Le coma par acidose lactique**

L'évolution est en général fonction de la rapidité de la mise en route du traitement correcteur et de l'état antérieur du malade :

- Soit la récupération
- Soit la persistance de séquelles reçues
- Soit l'évolution fatale

INTERET : Urgences médicales

a- Conduite à tenir devant un diabète acido-céto-sique (DAC)

Introduction et définition :

- C'est une complication fréquente du diabète.
- Définition biologique : glycémie > 2.5g/l + acétonurie positive.
- Le DAC est une acidose métabolique associée à une hyperglycémie, une hyper-cétonémie et une cétonurie franche.
- C'est la conséquence évoluée d'une carence en insuline, responsable de la non-pénétration intracellulaire du glucose. Ceci entraîne : une

hyperglycémie, elle-même responsable d'une glycosurie avec polyurie osmotique, compensée au début par une polydipsie. Elle entraîne des pertes massives d'eau, de sodium et de potassium, une déviation du métabolisme des acides gras, aboutissant à la production de corps cétoniques, responsables d'une acidose métabolique à trou anionique élevé.

Diagnostic : glycémie > 2.5g/l + acétonurie positive + glycosurie positive

Interrogatoire :

- Age du patient, connu diabétique ou non, traitement prescrit (Insuline ou antidiabétiques oraux).
- Syndrome polyuro-polydipsique avec des signes digestifs.
- Rechercher un facteur déclenchant : arrêt du traitement, erreur thérapeutique, foyer infectieux, agression (traumatisme ou intervention chirurgicale), prise médicamenteuse (Corticoïdes, B2 mimétique).

Examen clinique :

Priorités :

- Apprécier l'état de conscience (Glasgow).
- Signes de déshydratation et existence d'éventuels signes de choc.
- Dyspnée de Kausmaul, odeur cétonique de l'haleine.
- Fièvre : chercher infection déclenchante.
- Glycémie capillaire > 2.5g/l.
- Acétonurie +++ et glycosurie positive aux bandelettes urinaires.

Para-clinique :

- Facteurs déclenchants : Bilans infectieux (NFS, CRP, ECBU, hémocultures).

- Retentissement : Ionogramme sanguin ; rechercher une insuffisance rénale fonctionnelle (Déshydratation et glycosurie), hyperkaliémie, hypokaliémie, ECG : signes électriques de dyskaliémies.

Signes de Gravité : appeler le réanimateur de garde en cas de signes de gravité ou atypies :

- Détresse hémodynamique : choc non corrigé par un remplissage, anurie (+++)
- Détresse neurologique : coma, confusion, agitation.
- Détresse métabolique : acidose métabolique sévère, hypoxie.
- Terrain à risque : sujet âgé, insuffisance rénale sévère, cardiopathie.
- Infection grave.

Prise en charge : le principe du traitement est la correction progressive de l'acidose, de la glycémie et de la déshydratation, et la prévention des complications (dyskaliémies et choc).

- Hospitalisation en salle de Déchoquage.
- Mise en condition : 2VVP, scope, Oxymétrie du pouls, sonde urinaire.
- Remplissage vasculaire si signes de choc : 500cc de Serum Salé 0.9% ou Ringer lactate/30min à répéter si nécessaire.
- Réhydratation avec supplémentation potassique et sodique : Nacl 0.9% + Kcl à majorer initialement puis adapter le potassium en fonction de l'ionogramme de control.
- Insulinothérapie : Insuline rapide (Actrapid®) :

10UI /h en IV à la pousse seringue électrique (PSE), puis adapter l'insuline en fonction de la glycémie capillaire (DEXTRO) /heure.

Si pas de PSE : faire insuline en fonction de la glycémie capillaire chaque 30 minutes.

Poursuivre la voie intraveineuse jusqu'à négativation de l'acétonurie.

Objectif de la glycémie : alentours de 2.5g/l.

Si glycémie <2.5g/l : utiliser Sérum glucosé 30% ou 10% => ne jamais arrêter l'insuline.

Traitement de facteurs déclenchants : antibiothérapie le plus souvent en IV.

Surveillance :

Clinique :

- Signes de choc : TA, FC, diurèse, signes de déshydratation.
- Surveillance glycémie capillaire et BU (cétonurie) horaire en cas d'utilisation de PSE et chaque 30 minutes si pas d'utilisation de PSE.

Para-clinique :

- Ionogramme (Kaliémie) /4h
- ECG : signes électriques d'hypokaliémie /4h

b- Conduite à tenir devant une hypoglycémie

Définition :

- Il n'y a pas de définition biologique stricte : il faut une glycémie "basse", moins d'environ 0.5g/l associée à des symptômes compatibles.
- La recherche d'une hypoglycémie est donc une priorité en cas de : coma, convulsion, signes neurologiques de focalisation, troubles psychiatriques ou du comportement.
- Disparition des signes cliniques immédiatement après resucrage.

Interrogatoire : doit être rapide.

Notion de diabète (insulinodépendant ou non insulinodépendant), erreur thérapeutique (surdosage en insuline), notion de jeun, saut d'un repas, effort physique non prévu, insuffisance rénale, insuffisance hépatocellulaire grave, intoxication éthylique.

Clinique : 3 stades évolutifs :

- Syndrome neuro-végétatif (signes adrénurgiques) : sueurs, tremblements, pâleur, anxiété, palpitations/tachycardie, sensation de faim.
- Signes neurologiques : hémiparésie, diplopie, convulsions, signes neurosensoriels (acouphène), syndrome confusionnel, paresthésie.
- Coma hypoglycémique : devant ces signes cliniques toujours commencer par prendre une glycémie capillaire < 0.5g/l.

Modalité de resucrage :

- Patient conscient : sucre par voie orale 15g, à répéter.
- Patient inconscient : Sérum Glucosé 30% : 40ml en IVL puis relais par le Sérum Glucosé 10% dès le réveil.

Surveillance :

- Glycémie capillaire chaque 20 min jusqu'à atteindre l'objectif glycémique : >1.5g/l puis prendre une glycémie horaire.
- Si patient sous sulfamides hypoglycémisants : l'hospitalisation est indiquée pendant 24- 48h jusqu'à l'élimination complète [46, 47, 48, 49].

c- Hyperosmolarité et coma :

Sujet âgé : >50 ans

→Grave : mortalité **50%** – **30**

→Physiopathologie* : Déficit moindre en insuline ,hyperosmolarité **350** : mosm/kg avec Na >150meq/l: (Na +k) 2+G+ azotémie.

→Circonstances de découverte et déclanchantes : diabète T2 méconnu 1 fois sur 2 ; causes de déshydratation ; affections intercurrentes ; corticothérapie, ADO non surveillés.

→Clinique : Insidieux ,progressif, asthénie, signes de déshydratation

- Perte hydrique 6-10litres : déshydratation intracellulaire (Perte de poids, Fièvre, langue rôtie) et extracellulaire (pli cutané hypotension, oligo-anurie) . Absence de cétose
- Trouble conscience → coma parfois agité

→Biologie :sang → glucose>8g/l (44-mmol/l);PH subnormal >7,30

Urines → glycosurie massive, cétonurie 0 ou traces

→Complications*:décès dans les 2 à 3 semaines

Septicémie à gram négatif → collapsus

Accident thrombo emboliques, CIVD par hyperviscosité

Détresse respiratoire, OAP si réhydratation trop rapide

Déshydratation → I. rénale

→Traitement : Diminuer hyperglycémie

Correction Hyperosmolarité

Prévention risques thrombose et embolie

→Résultat : Mortalité reste élevée 20 à 30% de décès même avec traitement.

Son meilleur traitement reste la prévention (éviter la déshydratation chez le sujet âgé)

c- Acidose lactique et coma :

Accumulation ions H* venant de l'acide lactique

Souvent chez diabétique traité par biguanide

→Grave :Mortalité50%

→Physiopathologie :Glucose →pyruvate ↔lactate si hypoxie

→Circonstances déclenchantes

- Hypoxie : IC, IRespiratoire, IDM, anesthésie
- Exercice musculaire intense
- Intoxication alcoolique
- Utilisation biguanide

→Clinique : début progressif, AEG sévère, troubles digestifs

Polypnée

Acidose métabolique : Tachycardies + troubles du rythme

Trouble conscience : comas calme, parfois signes de localisation
collapsus et anurie hypothermie ($T^{\circ}34,35^{\circ}C$)

Parfois crampes et myalgies

Na, K⁺, bicarbonates, cl

→Biologie : Trou anionique >20 mg/l (cations – anions),
acétonurie =0, hyperglycémie modérée
pH <7 avec effondrement RA, Lactate $6 < \uparrow$ mmol/l

→complications* : mortalité élevée

→Traitement : Hémodialyse = pour éliminer Metformine et lactates

Réhydratation, Insulinothérapie éventuelle adaptée

Alcalinisation prudente

Oxygénation

Vasodilatateur, traitement insuffisance cardiaque

Antibiothérapie

→Prévention : arrêt biguanide 3 jours avant chirurgie

Contre indiqué si IR, IH, IC ou anorexie [50].

6. Infections bronchopulmonaires

6.1. Bronchopneumopathie ou pneumonie

Le diagnostic positif est le plus souvent facile. La clinique associe des signes généraux (fièvre, malaise, frissons, myalgies) et des signes spécifiques (dyspnée, douleur thoracique, toux, expectoration). En cas de pneumonie, il existe des signes en foyer à l'auscultation. Certaines présentations sont cependant trompeuses, en particulier chez le sujet âgé, où les signes respiratoires sont souvent peu marqués et à l'inverse les troubles neuropsychiques souvent au premier plan (Figure 1).

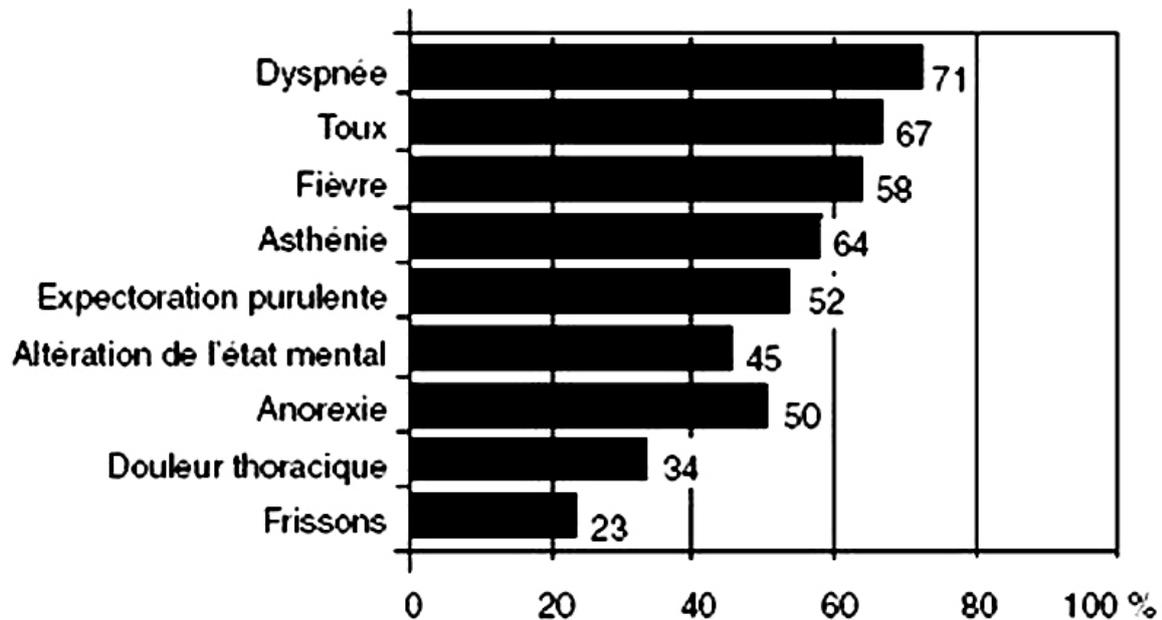


Figure 1 : Fréquence des différents symptômes et signes cliniques observés dans une série consécutive de 101 pneumonies communautaires survenues chez des sujets âgés

L'association d'une dyspnée, d'une toux et d'une fièvre n'a été observée que dans 31 % des cas. (D'après Riquelme et al. Am J Respir Crit Care 1997 ; 156 : 1908-14).



Figure 2 : Radiographie thoracique montrant des consolidations diffuses dans tout le poumon gauche évoquant une pneumonie

(Source : <http://www.cdc.gov>)

La radiographie de thorax permet de confirmer la suspicion clinique et de différencier une pneumonie – il existe des opacités alvéolaires – d'une bronchite aiguë – la radio est normale

- ou d'une poussée de suppuration bronchique compliquant une bronchopathie chronique
- la radiographie montre simplement les signes en rapport avec la pathologie respiratoire préexistante.

L'hospitalisation :

La gravité d'une infection bronchopulmonaire est essentiellement liée à l'âge du malade, à l'existence de comorbidités, à la sévérité du tableau clinique, radiologique et biologique, et à l'absence d'amélioration malgré les premières mesures thérapeutiques. **Principaux facteurs de gravité des pneumonies**

communautaires :

Age > 65 ans

Comorbidité :

- maladie pulmonaire (BPCO, DDB, mucoviscidose)
- diabète
- insuffisance rénale chronique
- insuffisance cardiaque
- insuffisance hépatique chronique
- insuffisance cérébrovasculaire
- intoxication éthylique, malnutrition
- déficit de l'immunité (cancer, lymphome, leucémie, VIH, splénectomie)
- hospitalisation dans l'année précédant la pneumonie
- mauvaises conditions sociales

Signes cliniques :

- fréquence respiratoire $> 30/\text{min}$
- pression artérielle systolique $< 90 \text{ mmHg}$ ou diastolique $< 60 \text{ mmHg}$
- fréquence cardiaque $\geq 125/\text{min}$
- $T^\circ < 35 \text{ }^\circ\text{C}$ ou $\geq 40 \text{ }^\circ\text{C}$
- altération de l'état de conscience ou confusion
- localisations septiques extrapulmonaires

Signes biologiques :

- $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ ou $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$ en air ambiant
- leucopenie $< 4\ 000 \text{ GB/mL}$ ou hyperleucocytose $> 30\ 000 \text{ GB/mL}$ ou neutropénie $< 1\ 000/\text{mL}$
- altération de la fonction rénale (urée $> 7 \text{ mmol/L}$ ou créatinémie $> 1,2 \text{ mg/dL}$)
- hémocrite $< 30 \%$ ou hémoglobémie $< 9 \text{ g/L}$
- pH artériel $< 7,35$

Signes radiologiques :

- atteinte bilatérale ou plurilobaire ou extension rapide
- épanchement pleural

Nécessite de recourir à une ventilation mécanique

Syndrome septique sévère ou défaillance d'organe

Pneumopathie d'inhalation ou sur obstacle bronchique

6.2. Les agents pathogènes en cause :

Les germes le plus souvent en cause dans les pneumonies communautaires : *Streptococcus pneumoniae* (20 à 60 % de tous les épisodes), suivis par *Haemophilus influenzae* (3 à 10 %), puis par *Staphylococcus aureus*, certains bacilles à Gram négatif du groupe des enterobactéries (*Klebsiella pneumoniae*, *E. coli*, *Proteus spp.*), *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*,

Chlamydiae pneumoniae et les virus à tropisme respiratoire tel que Influenza A (jusqu'à 10 % de tous les épisodes pour chacun de ces agents).

6.3. Traitement

En cas de pneumonie sévère, il est recommandé d'utiliser des posologies élevées par voie intraveineuse : amoxicilline et céfotaxime, 2 g toutes les 8 heures, ceftriaxone, 2 g toutes les 24 heures. Ces posologies couvrent la possibilité d'une infection due à un pneumocoque de sensibilité diminuée à l'amoxicilline. La place des nouvelles fluoroquinolones a activité antipneumococcique comme la levofloxacin reste à définir pour éviter de compromettre rapidement leurs remarquables potentialités.

Les résultats des prélèvements effectués avant l'antibiothérapie probabiliste initiale doivent être pris en compte dès qu'ils sont connus de façon à optimiser le traitement en fonction des germes identifiés et de leur antibiogramme. En l'absence d'isolement d'un agent pathogène, il n'y a pas lieu de modifier l'antibiothérapie initiale si l'évolution est favorable.

6.4. Evolution sous traitement

En cas d'échec clinique, un bilan clinique complet doit être entrepris dès le 3^e jour de traitement à la recherche d'une erreur diagnostique, d'un micro-organisme non intégré dans l'antibiothérapie initiale, d'une résistance de la bactérie responsable à l'antibiothérapie initiale, d'une erreur de posologie ou d'une complication précoce (empyème, abcès, endocardite, autre foyer extrapulmonaire, infection nosocomiale, etc.). De nouveaux prélèvements à visé microbiologique devront être réalisés, en règle générale sous fibroscopie. Un scanner peut être nécessaire pour mettre en évidence une collection localisée, difficile à visualiser sur la radiographie standard.

En revanche, il faut savoir que la radiographie pulmonaire peut demander plusieurs semaines avant de se normaliser. Il n'y a donc pas lieu de s'inquiéter si tous les autres signes cliniques et biologiques évoluent favorablement [52].

III- PATIENTS ET METHODE

1. Cadre de l'étude

Notre étude a été réalisée au service d'accueil des urgences (SAU) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G.

Situé à 8 km du centre-ville de Bamako sur la colline du Point G, le Centre Hospitalier Universitaire est un hôpital de troisième niveau de la pyramide sanitaire du Mali. Il dispose de 19 services techniques dont le service d'accueil des urgences. Le SAU est situé à l'entrée principale du CHU à côté des services de réanimation, de chirurgie et de l'imagerie médicale. Il assure la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et fonctionne 24H/24 et 7jours /7.

Il reçoit les urgences médico-chirurgicales de Bamako, des autres régions du Mali et de l'étranger.

Il comprend un secteur d'accueil-tri pouvant accueillir 16 patients, un bloc opératoire non fonctionnel, trois salles de garde pour les médecins, les thésards et les infirmiers, un magasin, le bureau du chef de service, le bureau des médecins, le bureau de l'infirmier major et une salle de staff.

Le personnel du service compte :

- ✚ Un (1) Maître de conférences en anesthésie-réanimation, médecine d'urgence et de catastrophe,
- ✚ Trois (3) médecins généralistes,
- ✚ Un assistant médical en anesthésie réanimation major,
- ✚ Deux (2) techniciens supérieurs de santé,
- ✚ Trois (3) infirmiers,
- ✚ Une (1) aide-soignante,
- ✚ Trois (3) brancardiers et quatre (4) bénévoles de technicien de surface.

Le service reçoit des thésards plus les étudiants externes de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie (FMOS) et les élèves des différentes écoles

de santé. Le service reçoit tous les patients admis pour urgence à l'exception des urgences gynéco-obstétricales et psychiatriques.

Les horaires de travail sont repartis comme suit : les permanences de 08 h00 à 14 h00 et les gardes de 14 h00 à 08 h00 pour les jours ouvrables puis de 08h00 à 08h00 pour les week-ends et les jours fériés.

2. Types et période d'étude

Il s'agissait une étude prospective, observationnelle, et analytique sur trois mois de juin en août 2018.

3. Population d'étude

L'ensemble des patients admis au SAU quel que soit l'âge, le sexe et le motif d'admission.

Critères d'inclusion

Tous les patients admis pour une urgence médicale quel que soit le motif d'admission, le sexe et l'âge pendant la période d'étude.

Critères de non inclusion

Tous les patients admis pour urgences chirurgicales.

4. Echantillonnage

Un échantillonnage était exhaustif de l'ensemble des patients admis pour une urgence médicale.

5. Techniques de collecte des données

Les données étaient recueillies sur une fiche individuelle préétablie.

Les paramètres recueillis étaient : les données sociodémographiques (âge, sexe, résidence, profession, situation matrimoniale), les modalités d'admission et l'itinéraire, les données de l'examen clinique, les conditions de transport (médicalisé ou non), le diagnostic.

L'IGSA (Annexe II) est un score dérivé de l'indice de gravité simplifié (IGS), dont il ne comporte que les variables cliniques. Chacune des variables sera

affectée d'une note allant de zéro à quatre selon qu'elle s'écartait plus ou moins des valeurs considérées comme normales. L'IGSA était constitué de la somme de ces notes : plus il sera élevé, plus l'état du patient sera considéré comme grave.

6. Plan de traitement et d'analyse des données

La saisie et le traitement des données, ont été effectués à l'aide du logiciel Word 2016, IBM SPSS statistics 23. Pour vérifier les relations entre les variables, nous avons utilisé le chi carré de Yates comme test statistique. La limite de significativité a été fixée à 5 %.

7. Définitions opératoires :

Au cours de notre étude, nous avons considéré deux modalités de prise en charge qui sont des malades observés et hospitalisés. Les malades observés sont des patients qui ont fait moins de 24 heures et hospitalisés plus de 24 heures dans le service.

V. RESULTATS

1. Fréquence

Au total pendant la période d'étude, 993 patients étaient admis pour une urgence médicale sur 1032 patients soit une fréquence de 96.2% et les autres étaient des urgences chirurgicales.

2. Caractéristiques des malades

Sociodémographiques

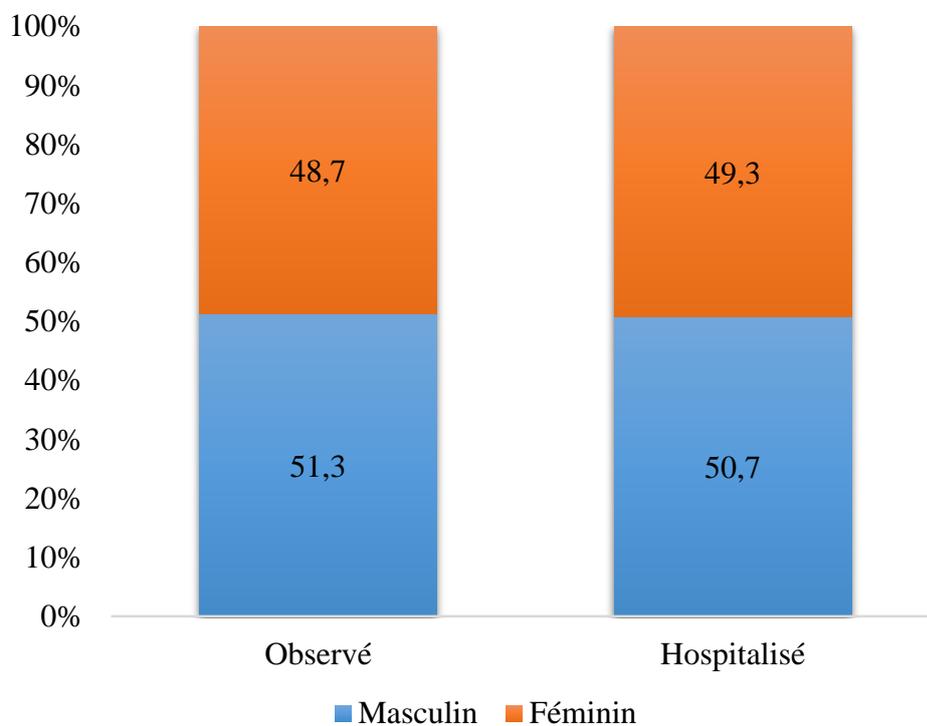


Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe par rapport aux modalités de prise en charge

Le sexe masculin prédominait en observation qu'en hospitalisation respectivement 51,3 et 50,7% avec un sexe ratio de 1,03 dans l'ensemble des cas.

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

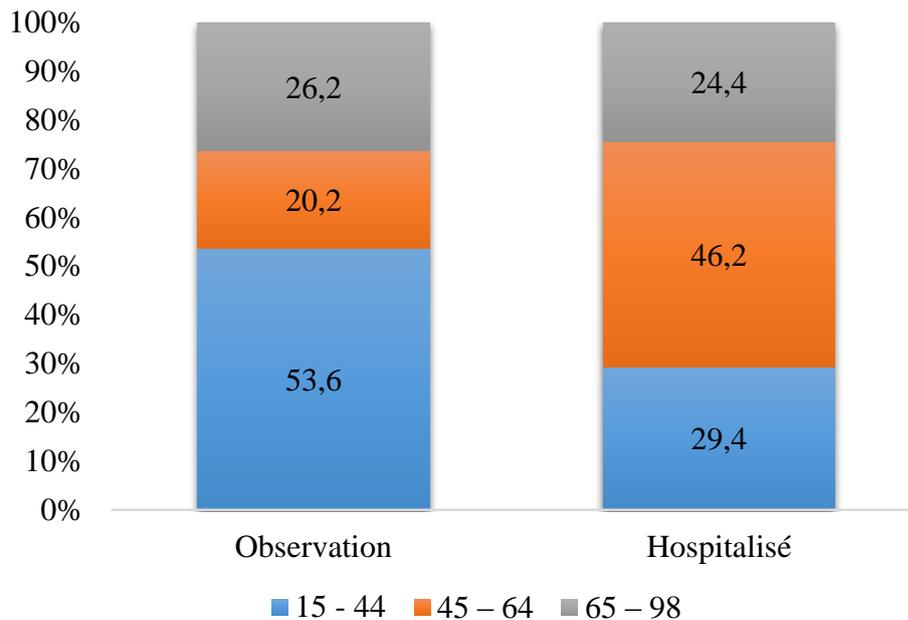


Figure 4 : Répartition des patients selon la tranche d'âge par rapport aux modalités de prise en charge

Dans notre étude, les malades observés étaient plus nombreux de 53,6% entre 15 à 44 ans par contre 46,2% de 45 à 64 ans prédominaient pour des malades hospitalisés.

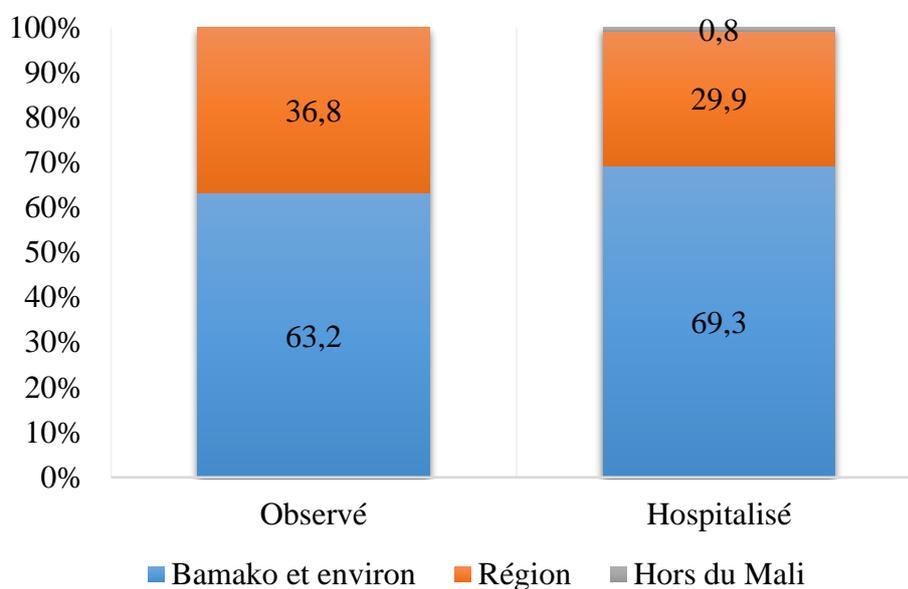


Figure 5 : Répartition des patients selon la résidence par rapport aux modalités de prise en charge

Le nombre de malade observé et hospitalisé résidant à Bamako et environ était supérieur à 63,2 et 69,3% dans les deux cas.

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

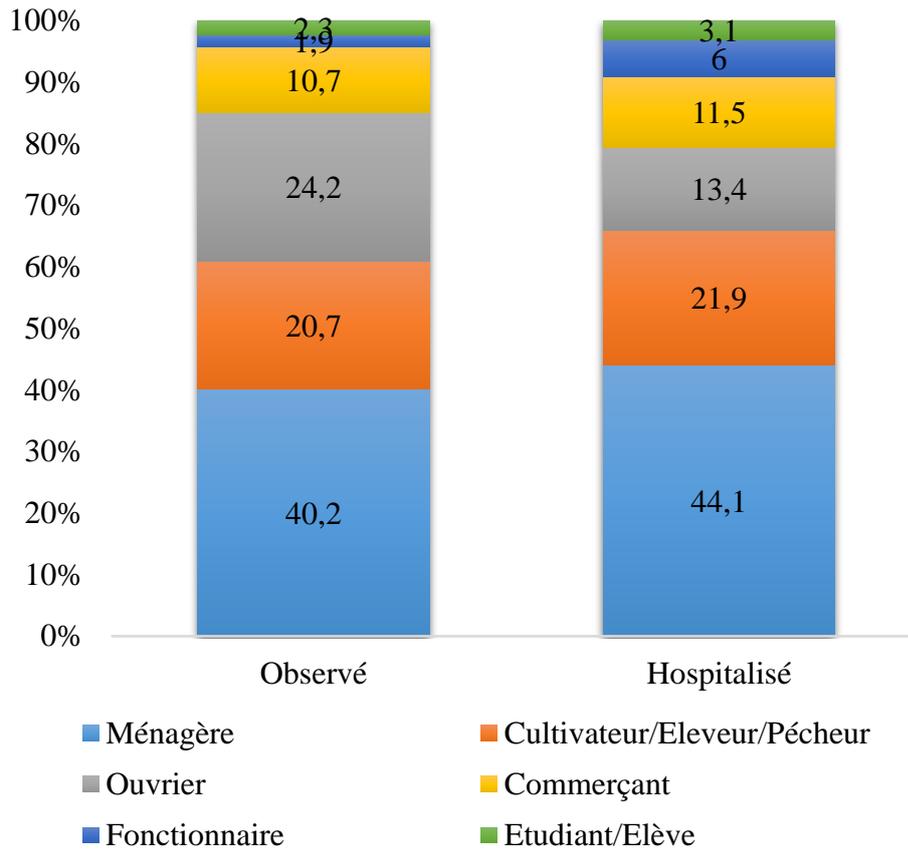


Figure 6 : Répartition des patients selon la profession par rapport aux modalités de prise en charge

Les ménagères étaient plus nombreuses dans les deux cas avec 40,2 et 44,1% pour les observations et hospitalisation.

3. Mode de référence

Tableau I : Répartition des patients selon la référence et le moyen de transport par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	Référence		Moyen de transport				
	Oui	Non	Taxi	Véhicule personnel	Ambulance médicale	Transport en commun	Sapeur Pompier
Observé	165 (63,2)	96 (36,8)	130 (49,8)	39 (14,9)	85 (32,6)	7 (2,7)	0 (0)
Hospitalisé	388 (53)	344 (47)	405 (55,3)	177 (24,2)	112 (15,3)	33 (4,5)	5 (0,7)
Total	553 (55,7)	440 (44,3)	535 (53,9)	216 (21,8)	197 (19,8)	40 (4)	5 (0,5)

Il avait plus de malade référé dans 55,7% des cas. Le taxi était plus utilisé comme de moyen de transport des malades à 53,9% des cas.

Tableau II : Répartition selon le grade de personnel de santé accompagnant le malade par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	Accompagné par un personnel de santé		Grade			
	Oui	Non	Infirmier d'état	Etudiant en médecine	Laboratine	Medecin
Observé	93 (35,6)	168 (64,4)	37 (39,8)	48 (51,6)	4 (4,3)	4 (4,3)
Hospitalisé	162 (22,1)	570 (77,9)	121 (74,7)	35 (21,6)	4 (2,5)	2 (1,2)
Total	255 (25,7)	738 (74,3)	158 (15,9)	83 (8,3)	8 (0,8)	6 (0,6)

La plupart de nos malades n'était pas accompagnée par un personnel de santé avec 74,3% et les infirmiers d'état accompagnaient plus avec 15,9%.

4. Antécédents et habitudes alimentaires

Tableau III : Répartition des patients selon le traitement reçu en amont et les antécédents du malade par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	Traitement reçu en amont				ATCD		
	Médical	Automédication	Traditionnel	Aucun	Médicaux	Chirurgicaux	Familiaux
Observé	244 (93,5)	0 (0)	2 (0,8)	15 (5,7)	98 (37,6)	14 (5,4)	5 (1,9)
Hospitalisé	645 (88,1)	8 (1,1)	9 (1,2)	70 (9,5)	408 (55,7)	109 (15,1)	36 (4,9)
Total	890 (89,5)	8 (0,8)	11 (1,1)	85 (8,6)	506 (51)	123 (12,4)	41 (4,1)

La plupart des malades avait reçu un traitement médical avant son admission au service avec 89,5% et 51% avaient un ATCD médical.

Tableau IV : Répartition des patients selon les antécédents médicaux par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	ATCD médicaux					
	HTA	Drépanosytose	Diabète	Asthme	Autre ATCD	Aucun
Observé	38(14,5)	0(0,0)	31(11,9)	4(1,5)	25(9,6)	163(62,5)
Hospitalisé	266(36,3)	4(0,5)	44(6)	10(1,4)	84(11,5)	324(44,3)
Total	304(30,6)	4(0,4)	75(7,6)	14(1,4)	109(11)	487(49)

Autre* : VIH, insuffisance rénale, affection bronchopulmonaire, accident vasculaire cérébrale, ulcère gastroduodénale

L'HTA avait seule 30,6% des cas d'ATCD médical.

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

Tableau V : Répartition des patients selon les habitudes alimentaires par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	Habitudes alimentaires							
	Thé	Tabac	Alcool	Cola	Café	Toxicomanie	Tabac + Cola	Aucun
Observé	121 (46,4)	27 (10,3)	63(24,1)	12 (4,6)	0(0,0)	1(0,4)	16(6,1)	21(8)
Hospitalisé	477 (65,2)	67 (9,2)	19(2,6)	30 (4,1)	8(1,1)	0(0,0)	6(0,8)	125(17,1)
Total	598 (60,2)	94 (9,2)	82(8,3)	42(4,2)	8(0,8)	1(0,1)	22(2,2)	146(14,7)

Le thé était plus consommé avec 60,2% des habitudes alimentaires.

5. Caractéristiques cliniques

Tableau VI : Répartition des patients selon la CCMU par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	CCMU	
	CCMU :(4 ;5)	CCMU :(1 ;2 ;3)
Observé	211(80,8)	50(19,2)
Hospitalisé	647(88,4)	85(11,6)
Total	858(86,4)	135(13,6)

Le plus grand nombre des malades avait une CCMU (4 et 5) à 86,4% des cas à l'admission.

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

Tableau VII : Répartition des patients selon le motif de recours au SAU par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	Motif de recours au SAU								
	Convulsions	Hyperthermie	Detresse respiratoire	Agitation	Coma	Diarrhée	Déshydratation	Anémie	Autres motifs d'admission
Observé	29(11,1)	4(1,5)	28(10,7)	19(7,3)	2(0,8)	14(5,4)	8(3,1)	8(3,1)	149(57,1)
Hospitalisé	17(2,3)	42(5,7)	117(16)	28(3,8)	278(38)	17(2,3)	12(1,8)	8(1,1)	213(29,1)
Total	46(4,6)	46(4,6)	145(14,6)	47(4,7)	280(28,2)	31(3,1)	20(2)	16(1,6)	362(36,4)

Autre* : hémiplégie, aphasie, altération de l'état général, vertige, vomissements, hématomène, AVC, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, hyperglycémie, chute sa hauteur, impotence des membres inférieurs, œdèmes des membres inférieurs, douleur thoracique, douleur abdominale, toux chronique, anasarque, perte de connaissance.

Le coma était le motif de recours au SAU la plus demandée avec 28,2% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'examen clinique par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	Examen clinique									
	Paleur cutanéomu-queueuse	Ictère	Plis de déshydratation	Oedèmes	Dermatoses	Hépatomégalie	Splénomégalie	Agitation	Déficit neurologique	Convulsion
Observé	90(34,5)	4(1,5)	30(11,5)	22(8,4)	8(3,1)	34(13)	0(0,0)	28(10,7)	142(54,4)	14(5,4)
Hospitalisé	141(19,3)	47(6,4)	151(20,6)	69(9,4)	47(6,4)	80(10,9)	11(1,5)	86(11,7)	211(28,8)	44(6)
Total	231(23,3)	51(5,1)	181(18,2)	91(9,2)	55(5,5)	114(11,5)	11(1,1)	114(11,5)	353(35,5)	58(5,8)

A l'entrée, 35,5% des malades avaient un déficit neurologique à l'examen clinique.

6. Examens complémentaires :

Tableau IX : Répartition des patients selon les examens complémentaires biologiques par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	Examens complémentaires biologiques					
	NFS	Groupe rhésus	Ionogramme sanguin	Goutte épaisse	Glycémie	Créatinine
Observé	73(21,2)	92(35,2)	22 (51,2)	141(26,6)	121(29,9)	62(19,1)
Hospitalisé	272(78,8)	297(40,6)	21(48,8)	389(73,4)	284(70,1)	263(80,9)
Total	345(34,7)	389(39,2)	43(4,3)	530(53,4)	405(40,8)	325(32,7)

La goutte épaisse a été réalisée chez 53,4% des cas.

Tableau X : Répartition des patients selon les examens complémentaires imagériques par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	Examens complémentaires radiologiques/Imagerie médicale exploration fonctionnelle					
	Radiographie de thorax	TDM cérébrale ou abdominale	Echographie abdomino-pelvienne	Echocoeur	ECG	EEG
Observé	59(22,6)	54(20,7)	82(31,4)	8(3,1)	8(3,1)	0(0)
Hospitalisé	198(27)	235(32,1)	125(17,1)	5(0,7)	5(0,7)	1(0,1)
Total	257(25,9)	289(29,1)	207(20,8)	13(1,3)	13(1,3)	1(0,1)

La TDM cérébrale ou abdominale a été effectuée chez 29,1% des cas.

7. Diagnostics retenus

Tableau XI : Répartition des patients selon le diagnostic rétenu par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	Diagnostics retenus								
	AVC	Affections bronchopulmonaires	Coma métabolique	Deshydratation sévère/tumeurs malignes	Opportunistes VIH/SIDA	Paludisme grave	Insuffisance rénale	Insuffisance cardiaque	Autres
Observé	118(45,2)	12(4,6)	24(9,2)	14(5,4)	56(21,5)	5(1,9)	12(4,6)	16(6,1)	4(1,6)
Hospitalisé	290(39,6)	88(12)	54(7,4)	60(8,2)	53(7,2)	60(8,2)	45(6,1)	40(5,5)	42(5,6)
Total	408(41,1)	100(10,1)	78(7,9)	74(7,5)	109(11)	65(6,5)	57(5,7)	56(5,6)	48(4,8)

Autres* : colique néphrétique (hospitalisé :0,1%), crise drépanocytaire (hospitalisé : 0,2%), embolie pulmonaire (hospitalisé : 0,4%), encéphalopathie hépatique (hospitalisé : 0,2%) envenimation par morsure de serpent (observé : 0,2%), épanchement péricardique (hospitalisé : 1,5%), épilepsie (hospitalisé : 0,1%), méningoencéphalite (hospitalisé : 0,2%), pleurésie (hospitalisé : 0,2%), sepsis à point de départ cutané (observé : 0,2 et hospitalisé :1,1%).

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 41,1% des cas d'AVC.

8. Traitement médical

Tableau XII : Répartition des patients selon les actes thérapeutiques par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	Réhydrata-tion	Sondage urinaire	Oxygénation	Transfusion sanguine	Nébulisa-tion	Sondage gastrique	Ponction d'ascite
Observé	173(66,3)	191(73,2)	63(24,1)	30(11,5)	0(0)	0(0)	2(0,8)
Hospitalisé	533(72,8)	483(66)	58(7,9)	72(9,8)	12(1,6)	11(1,5)	0(0)
Total	706(71,1)	674(67,9)	121(12,2)	102(10,3)	12(1,2)	11(1,1)	2(0,2)

Les actes thérapeutiques les plus utilisés étaient la réhydratation à 71,1% des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le traitement administré par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	Traitement administré									
	Antalgiques	Antibiotiques	Antipaludéens	Corticoides	Héparines	Antihypertenseurs	Diuretiques	Antiacide gastrique	Insulines	Serum glucosé 10 ou 30%
Observé	164(62,8)	165(63,2)	117(44,8)	100(38,3)	38(14,6)	17(6,5)	20(7,7)	15(5,7)	17(6,5)	48(1,5)
Hospitalisé	600(82,1)	538(73,5)	388(53)	224(30,6)	170(23,2)	127(17,3)	74(10,2)	31(4,2)	22(3)	0(0)
Total	764(77)	703(70,8)	505(50,9)	324(32,6)	208(20,9)	144(14,5)	94(9,5)	46(4,6)	39(3,9)	4(0,4)

Les antalgiques ont été administré à 77% comme traitement.

9. L'évolution du malade

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'évolution du malade par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	Evolution du malade				
	Transfert	Sortie	Décès	Evasion	Décharge
Observé	193(73,9)	35(13,4)	31(11,9)	2(0,8)	0(0)
Hospitalisé	455(62,2)	171(23,4)	93(12,7)	6(0,8)	7(1)
Total	648(65,3)	206(20,7)	124(12,5)	8(0,8)	7(0,7)

La plupart des malades ont bénéficié de transfert dans les services spécialisés à 65,3% des cas.

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

Tableau XV : Répartition des patients selon le service de transfert par rapport aux modalités de prise en charge

Modalité de prise en charge	Service de transfert						
	Neurologie	Médecine interne	Peumologie	Maladies infectieuses	Néphrologie	Cardiologie	Hématologie
Observé	98(50,8)	9(4,7)	10(5,2)	39(20,2)	9(4,7)	16(8,3)	12(6,2)
Hospitalisé	212(46,7)	38(8,1)	73(16,1)	40(8,8)	37(8,1)	42(9,3)	13(2,9)
Total	310(31,2)	47(4,7)	83(8,4)	79(8)	46(4,6)	58(5,9)	25(2,5)

Le service de neurologie a reçu le plus grand nombre de transfert 31,2% des cas.

Tableau XVI : Le rapport des patients selon le sexe, la tranche d'âge et le décès

Décès	Sexe		Tranche d'âge		
	Masculin	Féminin	15 - 44	45 - 64	65 - 98
Oui	61(49,2)	63 (50,8)	65(52,4)	40(32,3)	19(15,3)
Non	444(51,1)	425 (48,9)	289(33,3)	354(40,7)	226(26)
Total	505 (50,9)	488 (49,1)	354(35,6)	394(39,7)	245(24,7)
	Kh2=0,157; ddl=1; p=0,692		Kh2=18,164; ddl=2; p=0,000		

Il y avait un lien statistiquement significatif entre le décès et la tranche d'âge (p=0,000).

Le décès était légèrement élevé chez les femmes que les hommes à 50,8% des cas.

Tableau XVII : Le rapport des patients selon la CCMU et le décès

Décès	CCMU	
	CCMU : (4 ;5)	CCMU : (1 ;2 ;3)
Oui	104(83,9)	20(16,1)
Non	754(86,8)	115(13,2)
Total	858(86,4)	135(13,6)

Khi²=0,774; ddl=1; p=0,379

La plupart des décès avait une CCMU (4 et 5) à 83,9% des cas à l'admission.

Tableau XVIII : Le rapport des patients selon le motif de recours au SAU et le décès

Décès	Motif de recours au SAU								
	Convulsions	Hyperthermie	Detresse respiratoire	Agitation	Coma	Diarrhée	Déshydratation	Anémie	Autres motifs d'admission
Oui	5(4)	6(4,8)	24(19,4)	13(10,5)	37(29,8)	0(0)	4(3,2)	0(0)	35(28,2)
Non	41(4,7)	40(4,6)	121(13,9)	34(3,9)	243(28)	31(3,6)	16(1,8)	16(1,8)	327(37,6)
Total	46(4,6)	46(4,6)	145(14,6)	47(4,7)	280(28,2)	31(3,1)	20(2)	16(1,6)	362(36,4)

Fisher=26,266 ; ddl=8 ; p=0,001

Autre* : hémiplégie, aphasie, altération de l'état général, vertige, vomissements, hématémèse, AVC, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, hyperglycémie, chute sa hauteur, impotence des membres inférieurs, œdèmes des membres inférieurs, douleur thoracique, douleur abdominale, toux chronique, anasarque, perte de connaissance.

Il y avait un lien statistiquement significatif entre le décès et le motif de recours au SAU (p=0,001).

La mortalité était plus élevée chez les malades comateux à l'admission 29,8% des cas.

Tableau XIX : Le rapport des patients selon le diagnostic retenu et le décès

Décès	Diagnostics retenus								
	AVC	Affections bronchopulmonaires	Coma métabolique	Deshydratation sévère/tumeurs malignes	Opportunistes VIH/SIDA	Paludisme grave	Insuffisance rénale	Insuffisance cardiaque	Autres
Oui	26 (21)	17 (13,7)	16 (12,9)	19 (15,3)	15 (12,1)	12 (9,7)	7 (5,6)	2 (1,6)	10 (8,1)
Non	382 (44)	83 (9,6)	62 (7,1)	55 (6,3)	94 (10,8)	53 (6,1)	50 (5,8)	54 (6,2)	36 (4,1)
Total	408 (41,1)	100 (10,1)	78 (7,9)	74 (7,5)	109 (11)	65 (6,5)	57 (5,7)	56 (5,6)	48 (4,8)

Fisher=71,610 ; ddl=17 ; p=0,000

Autres* : sepsis à point de départ cutané (9 décès) et crise drépanocytaire (1 décès).

Il y avait un lien statistiquement significatif entre le décès et le diagnostic retenu (p=0,000).

Les décès par AVC étaient les plus nombreux avec 21% des cas.

10. Traitement médical

Tableau XX : Le rapport des patients selon les actes thérapeutiques et le décès

Décès	Réhydratation	Sondage urinaire	Oxygénation	Transfusion sanguine	Nébulisation	Sondage gastrique	Ponction d'ascite
Oui	86(69,4)	84(67,7)	27(21,8)	10(8,1)	0(0)	2(1,6)	0(0)
Non	620(71,3)	590(67,9)	94(10,8)	92(10,6)	12(1,4)	9(1)	2(0,2)
Total	706(71,1)	674(67,9)	121(12,2)	102(10,3)	12(1,2)	11(1,1)	2(0,2)
P	0,647	0,973	0,000	0,387	0,380	0,637	1,000

Il y avait un lien statistiquement significatif entre le décès et la désaturation en oxygène (p=0,000).

Les malades décédés avaient bénéficié d'une prise de voie veineuse périphérique à 91,9% des cas.

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

Tableau XXI : Le rapport des patients selon les modalités de prise en charge le décès

Décès	Modalité de prise en charge	
	Observation	Hospitalisation
Oui	31(25)	93(75)
Non	230(26,5)	639(73,5)
Total	261(26,3)	732(73,7)

Khi²=0,121; ddl=1; p=0,728

75% des décès étaient des malades hospitalisés.

Tableau XXII : Le rapport des patients selon le motif de recours au SAU et le transfert

Transfert	Motif de recours au SAU								
	Convulsions	Hyperthermie	Detresse respiratoire	Agitation	Coma	Diarrhée	Déshydratation	Anémie	Autres motifs d'admission
Neurologie	14(4,5)	3(1)	10(3,2)	(0)	117(37,7)	0(0)	7(2,3)	1(0,3)	158(51)
Cardiologie	0(0)	0(0)	28(48,3)	0(0)	13(22,4)	0(0)	0(0)	0(0)	17(29,3)
Pneumologie	0(0)	0(0)	41(49,4)	1(1,2)	21(25,3)	5(6)	0(0)	1(1,2)	14(16,9)
Néphrologie	0(0)	0(0)	1(2,2)	15(32,6)	10(21,7)	4(8,7)	0(0)	7(15,2)	9(19,6)
Médecine interne	0(0)	17(36,2)	11(23,4)	0(0)	4(8,5)	0(0)	1(2,1)	0(0)	14(29,8)
Hématologie	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	6(24)	0(0)	0(0)	0(0)	19(76)
Maladies infectieuses	15(19)	0(0)	13(16,5)	9(11,4)	11(13,9)	5(6,3)	6(7,6)	0(0)	20(25,3)
Total	29(2,9)	20(2)	104(10,5)	25(2,5)	182(18,3)	14(1,4)	14(1,4)	9(0,9)	251(25,3)

Autre* : hémiplégie, aphasie, altération de l'état général, vertige, vomissements, hématémèse, AVC, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, hyperglycémie, chute sa hauteur, impotence des membres inférieurs, œdèmes des membres inférieurs, douleur thoracique, douleur abdominale, toux chronique, anasarque, perte de connaissance.

A l'admission, les malades qui étaient dans le coma sont 18,3% des cas ont bénéficié de transfert dans un service spécialisé.

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

Tableau XXIII : Le rapport des patients selon la CCMU et le transfert

Transfert	CCMU	
	CCMU :(4 ;5)	CCMU : (1 ;2 ;3)
Neurologie	285(91,9)	25(8,1)
Cardiologie	51(87,9)	7(12,1)
Pneumologie	83(100)	0(0)
Néphrologie	43(93,5)	3(6,5)
Médecine interne	30(63,9)	17(36,1)
Hématologie	23(92)	2(8)
Maladies infectieuses	64(81)	15(19)
Total	579(58,3)	69(6,9)

Les malades qui ont été transféré dans les services spécialisés avaient une CCMU (4 et 5) à 58,3% à l'admission.

Tableau XXIV : Le rapport des patients selon les affections retenues et le transfert

Transfert	Diagnostic retenu								
	AVC	Affections bronchopulmonaires	Coma métabolique	Deshydratation sévère/tumeurs malignes	Opportunistes VIH/SIDA	Paludisme grave	Insuffisance rénale	Insuffisance cardiaque	Autres
Neurologie	308(99,4)	1(0,3)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0,3)
Cardiologie	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	47(81)	11(19)
Pneumologie	0(0)	78(94)	0(0)	0(0)	5(6)	0(0)	0(0)	0(0)	0(5)
Néphrologie	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	46(100)	0(0)	0(0)
Médecine interne	0(0)	0(0)	33(70,2)	14(29,8)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Hématologie	0(0)	0(0)	0(0)	24(96)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(4)
Maladies infectieuses	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	71(89,9)	0(0)	0(0)	0(0)	8(10,1)
Total	308(31)	79(8)	33(3,3)	38(3,8)	76(7,7)	0(0)	46(4,6)	47(4,3)	21(2,1)

Autres* : maladies infectieuses (sepsis à point de départ cutané (4) et méningoencéphalite (4)), cardiologie (épanchement péricardique (7) et embolie pulmonaire (4)), neurologie (épilepsie (1)), hématologie (crise drépanocytaire) (1).

L'AVC était la pathologie dominante mais aussi la plus transférée dans les services spécialisés à 31% des cas.

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Limites de notre étude:

Malgré ces limites suivantes, nous avons pu atteindre nos objectifs :

- ☞ L'échantillonnage sur une période de trois mois, les urgences médicales pédiatriques et psychiatriques ne sont pas admis au service.

2. Données sociodémographiques :

▪ Fréquence :

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 993 malades pour urgence médicale sur 1032 patients admis soit une fréquence de 96,2% sur une période de trois mois de juin en août 2018.

▪ Le sexe:

Pendant la période d'étude, nous avons noté la prédominance du sexe masculin (soit **50.9%** des cas) avec un sexe ratio de **1.03**. Ce chiffre est conforme à l'étude réalisée par **Sissoko M [55]** où les hommes représentaient **60,9%** et **YAPI GOH [56]** au CHU de Cocody qui avait trouvé 49,8% pour les hommes et les femmes 47,5%. Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait que les femmes présentaient beaucoup d'affections gynéco-obstétriques qui nécessitent leur admission directement aux urgences gynéco-obstétrique.

▪ L'âge:

La tranche d'âge de 45 à 64 ans comptait le plus grand nombre de malades avec **394** malades (soit **39.7%** des cas). Nos résultats sont différents de ceux trouvés de **Sissoko M [55]** qui a trouvé **38,1%** pour la tranche 21-40 ans, **Goita A [57]** **90,1%** pour la tranche d'âge 15-44 ans, **YAPI GOH [56]** au CHU de cocody **51,54%** pour la tranche d'âge 20-49 ans.

Cette situation s'explique par le fait que les maladies chroniques surviennent pendant cette période de tranche d'âge (45 à 64). Elles ne sont pas suivies et mal traitées donc peuvent se compliquer.

▪ **La résidence des patients :**

La majorité de nos patients résidaient à Bamako et environs (soit **67,7%** des cas). Ce résultat est comparable à celui de **Sissoko M [55]** qui avait trouvé **78%** des cas et différent de **Goita A [57]** qui avait trouvé 34,20% venus de l'intérieur du Mali. Ceci dénote que le service est une référence pour la population de Bamako.

3. Le mode de transport utilisé :

Dans notre série, 535 de nos patients (soit **53,9%** des cas) ont utilisé le taxi pour se rendre au service d'accueil des urgences. Cette situation s'explique par l'absence de service d'aide médicale d'urgence (SAMU) et la non implication des sapeurs pour les secours à victimes aux domiciles des malades.

4. Le mode d'admission au SAU :

Les patients référés étaient de **55,7%**. Ce résultat est différent de celui de **Sissoko M [55]** où **62,5%** des patients ont consulté d'eux mêmes. Cette situation peut s'expliquer par la présence des structures de santé périphérique.

5. Le grade et la présence d'un personnel de santé accompagnant au bord de l'ambulance

Les infirmiers d'état étaient majoritairement **15,9%** des cas à accompagner les malades.

6. Le traitement médical antérieur :

La plupart de nos patients avaient reçu un traitement médical antérieur soit **89.5%** des cas. Cette prédominance s'explique par le fait que les patients consultent dans les centres de santé les plus proches avant leur admission au service d'accueil des urgences.

7. Les caractéristiques cliniques :

▪ Les motifs de recours au SAU :

Il s'agit des symptômes ayant amenés à recours au SAU. Dans notre étude, le coma (**28,2%**), de détresse respiratoire (**14,6%**) ont constitué les premiers motifs de recours en urgence. La prédominance de ces symptômes pourrait s'expliquer par le retard de consultation, de diagnostic, de prise en charge, de manque de plateau technique ou de compétence dans les centres de santé périphériques.

▪ Les signes physiques à l'examen :

- ❖ **Les signes neurologiques** : le déficit neurologique comme l'hémiplégie, l'aphasie, la dysarthrie dominait dans notre étude à **35,5%** des cas.
- ❖ **Les autres signes physiques** : pâleurs cutanéomuqueuses (**23,3%** des cas) suivi les plis de déshydratation (**18,2%** des cas), hépatomégalie et agitation (**11,5%** des cas) ont été les signes physiques les plus retrouvés.

8. Le diagnostic retenu

Les urgences médicales sont de causes très variées. Ainsi dans notre étude les pathologies les plus rencontrées étaient :

▪ L'AVC :

C'est la première cause des urgences médicales au service d'accueil des urgences avec **41,1%**.

▪ Les urgences infectieuses :

Elles constituent le deuxième groupe de pathologies des urgences médicales à savoir les opportunistes VIH/SIDA à **11%**, le paludisme grave à **6,5%**, les sepsis à point de départ cutané à **1,30%**, méningoencéphalites à **0,2%**, encephalopathies hépatiques à **0,2%**.

▪ **Les affections bronchopulmonaires :**

La troisième pathologie des urgences dans notre étude était de **10,1%** des cas. Elles s'agissaient la BPCO, les pneumopathies bactériennes ou mucobactérienne.

▪ **Les comas métaboliques :**

Elles ont constitué le rang de quatrième pathologie des urgences médicales avec **7,9%** des cas. Il s'agissait les comas hypoglycémique, hyperosmolaire, acidocétose, acidose lactique.

La déshydratation sévère sur tumeurs malignes, l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque, épanchement péricardique, embolie pulmonaire, pleurésie, envenimation par morsure de serpent, crise drépanocytose, épilepsie et colique néphrétique sont respectivement **7,5%** ; **5,7%** ; **5,6%** ; **1,5%** ; **0,4%** ; **0,2%** ; **0,1%** des cas.

Ces résultats sont très différents de ceux de **Sissoko M[55]** qui a trouvé **25,1%** des **maladies infectieuses** et **parasitaires** suivies des **pathologies respiratoires 13,9%** et les **maladies uro-génitales 5,7%** pour **DJAKOURE[58]** les **maladies infectieuses** et **parasitaires 46,1%** suivies des **pathologies respiratoires 12,5%** puis les **maladies circulatoires 9,8%** et celui de **YAPI GOH [56]** qui révèle les **maladies respiratoires 22,9%** des cas, des **maladies infectieuses** avec **19,7%**, les **maladies neurologiques 13,5%** et **cardio-vasculaires 11,4%**.

9. Les examens paracliniques

Nombreux sont les examens complémentaires demandés au service d'accueil des urgences, mais très peu d'examens restent disponibles en urgence à l'hôpital du Point G.

La goutte épaisse a été l'examen paraclinique le plus demandé soit **53,4%** des cas suivie de la glycémie, le groupe rhésus, l'hématocrite, la créatinine, la TDM

cérébrale ou abdominale, la radiographie de thorax, l'échographie abdomino-pelvienne respectivement **40,8%** ; **39,2%** ; **34,7%** ; **32,7%** ; **29,1%** ; **25,9%** et **20,8%**. Ces résultats sont conformes à celui de **Sissoko M [55]** où la glycémie, la créatininémie, la goutte épaisse et la radiographie de thorax ont été respectivement 60,1% ; 52,7% ; 46,2% et 30,9%. Pendant la période d'étude, certains de ces examens paracliniques n'étaient pas réalisables au CHU Point G. Les malades ou leurs accompagnants réalisaient de ces examens dans d'autres structures sanitaires publiques ou privées.

10.La prise en charge thérapeutique :

Les actes thérapeutiques les plus pratiqués ont été la réhydratation à **71,1%** des cas, sondage urinaire à **67,9%** des cas, oxygénation à **12,2%** des cas, la transfusion sanguine à **10,3%** des cas.

La grande utilisation des solutés s'explique par la classification clinique des malades aux urgences au stade 4 et 5 chez la plupart des malades à l'arrivée.

Les traitements administrés aux patients étaient la plupart des antalgiques à **77%**, des antibiotiques avec **70,8%**, des antipaludéens à **50,9%**, la corticothérapie à **32,6%**, héparinothérapie à **20,9%**, les antihypertenseurs à **14,5%**. Nous notons aussi que l'AVC et la fièvre sont retrouvées chez un nombre élevé des patients d'où les taux élevés d'utilisation des antalgiques, des antibiotiques et des antipaludéens. Notre étude était similaire de **Sissoko M [55]** où les antibiotiques et les antalgiques étaient les plus utilisés (69,1% et 49,2% respectivement).

11.L'évolution générale :

En effet, on note plus de malades transférés vers les services spécialisés **65,3%** ; **20,7%** sont retournés à leur domicile ; **12,5%** de décès ; **0,8%** évasion et **0,7%** de décharge. Nos résultats sont proches à ceux de **Sissoko M [55]** où 55,8% de transferts vers les unités spécialisées ; 24,4% sont retournés à domicile et 12%

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

de décès. Par contre YAPI GOH [56] signale plus de retournés à domicile 42,2% ; 20,7% de malades hospitalisés et 3,4% de décès.

Les patients observés étaient au nombre de 261 soit **26,3%** des cas et hospitalisés 732 soit **73,7%** des cas.

Cependant, nous ignorons le devenir des patients évadés, sortie contre avis médical, les patients transférés vers d'autres services et retournés à domicile.

Au cours de notre étude nous avons noté un taux de décès très élevé par rapport aux autres études. Cela s'expliquerait par plusieurs phénomènes :

- Un retard parfois très important qu'accusent certains malades avant de recourir au service ;
- Une insuffisance d'équipement aussi bien en matériel qu'en personnel qualifié au service d'accueil des urgences ;
- L'inexistence de prise en charge pré-hospitalière ;
- L'absence d'une salle de déchocage. Les mêmes réflexions étaient partagées par Sissoko M [55] et DJAKOURE [58].

VII.CONCLUSION

Au terme de cette étude, il apparaît que les urgences médicales constituent un motif de recours fréquent au SAU du CHU Point G soit une prévalence de **96,22%**. Nous avons colligé 993 admissions dont 124 décès. Dans notre série, les hommes ont été plus touchés que les femmes soient 50,9% avec une prédominance de tranche d'âge 45-64 ans soit 39,7%.

Les accidents vasculaires cérébraux constituaient les principales urgences médicales avec 41,1% suivi des infections opportunistes VIH/SIDA à 11% ; les affections bronchopulmonaires 10,1% ; le coma métabolique 7,9% ; la déshydratation sévère sur tumeurs malignes 7,5%.

La majorité de nos patients (65,3%) a été orientée dans les services spécialisés ; 20,7% sont retournés à leur domicile ; 12,5% de décès. La modalité de prise en charge au SAU 26,3% ont été observé et 73,7% des patients hospitalisés.

Nous avons noté une insuffisance aussi bien en matériel qu'en personnel qualifié au SAU, l'absence de salle de déchocage, d'armoire d'urgence, de kit d'urgence ont été également observé.

VIII. RECOMMANDATIONS

Après une analyse des résultats et à l'examen de la situation, nous formulons les recommandations suivantes :

1. Aux Autorités sanitaires

- ✓ Approvisionner en permanence le SAU en produits, matériels et consommables adéquats ;
- ✓ Former du personnel en quantité et en qualité pour la médecine d'urgence au Mali ;
- ✓ Promouvoir la médecine pré-hospitalière ;
- ✓ Rendre possible la faisabilité de certaines analyses biologiques et examens essentiels en urgence (NFS, ionogramme sanguin, TDM, ECG, échocoeur).

2. Aux personnels de la santé

- ✓ Organiser le fonctionnement du service d'accueil des urgences au norme standard international (salle de dechoquage, armoire d'urgences, kits d'urgents, salle de lit porte) ;
- ✓ Organiser l'évacuation des malades dans les bonnes conditions professionnelles ;
- ✓ Référer à temps tous malades nécessitant une prise en charge spécialisée dans les bonnes conditions ;
- ✓ Faciliter le transfert des malades dans les services spécialisés.

3. Aux patients et aux familles

- ✓ Promouvoir la pratique de la médecine de famille afin d'éviter les complications.
- ✓ Fréquenter les services de santé précocement dès l'apparition des premiers symptômes.

- ✓ Suivre régulièrement les régimes, les traitements prescrits par les médecins et les conseils prodigués.

V. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. SFMU. Référentiel. Critères d'évaluation des services d'urgences. p20. 2006.
2. Circulaire n° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.consultablesurwww.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/ 03-20/a0201409.htm consulté en avril2012.
3. La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée. Consultable sur www.orumip.fr/docs/ccmu.pdf. Consulté en avril 2012.
4. Fourestié V, Roussignol E. Classification clinique des malades des urgences : définition et reproductibilité. réan urg 1994;3:573-8.
5. Grall JY. Evaluation du plan urgences 2004 - 2008. 2007. ;
6. Askénasi R, Lheureux P, Gillet JB. Influence des examens demandés en urgence sur le temps de passage des patients dans un service d'urgences. *Rean Soins Intens Med Urg* 1989 ; 5 : 201-2. ;
7. Askénasi R, Lheureux P, Chojnowski JC, Gillet JB, Avni F. Utilité des examens radiologiques demandés en urgence. *Rean Soins Intens Med Urg* 1990 ; 6 : 31-7. ;
8. Bradamantis I, Broche B, Corron J, et al. Evaluation de l'activité d'un service d'urgences. TH 1991, 551 : 39 – 45.
9. Société de Réanimation de Langue Française. Services d'urgences médico-chirurgicales : architecture, accueil. *Rean Soins Intens Med Urg* 1991 ; 7 : 89-92. ;
10. Coulaud JM, Poler F, Boukari M, Barchasz J, Angola R. Services d'urgences-accueil : moyens médico-techniques. *Rean Soins Intens Med Urg* 1991 ; 7 : 96-9. ; 19. Hanoté P. Le département des structures d'urgences : DSU. *Urg Med* 1990 ; 9 : 344-7. ;
11. Larousse médical 4è édition page 4127. ;
12. Livre de l'Interne des urgences, 2è édition page 1235. ;
13. Sanogo A. Bilan médical de la première année du service d'urgences chirurgicales du CHU Gabriel Touré, Thèse de médecine. Bamako Mali 1997-1998 ;
14. Béjot Y, les accidents vasculaires cérébraux, Service de neurologie – CHU DIJON Registre Dijonnais des AVC, EA4184, 2016 ;

15. N. Danziger, S. Alamowitch, chapitre 4 : Hémiplégie, chapitre 28.1 : les infarctus cérébraux, chapitre 28.4 accidents ischémiques transitoires, ECN neurologie 2010. ;
16. F. Faiz, N. Chtaou, O. Messouak, MF. Belahsen, Stratégie de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCI), AMETHER. Octobre ; Volume 1, N° 1 : 40 – 43, 2009 ;
17. G. Turc a, *, b, c, C. Isabel a, b, D. Calvet, Thrombolyse intraveineuse de l'infarctus cérébral, Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle, 95, 1115—1119,2014 ;
18. David Y. Huang, Albert R. Hinn, 125 – Accident vasculaire cérébral et attaques ischémiques transitoires, Médecine interne de Netter 2011, Pages 963–970 ;
19. **Funer, H, opravil, Rossi M et al.** Discontinuation of primary prophylaxis in HIV infected patients at high risk of pneumocystis carinii pneumonia : prospective multicentre study. ADS 2001 ; 15 : 501 – 507.
20. **Lederberger B, Mocroft A, Reiss et al.** discontinuation of secondary prophylaxis against pneumocystis carinii pneumonia in viral therapy: Eight European study groups. N Engl J Med 2001 ; 344 : 168-174.
21. **Berthsch S, Opravil M, Tellenti AZ et al.** Discontinuation of secondary prophylaxis against disseminated toxoplasma encephalitis may be not safe despite sustained response to antiretroviral. Combination therapy. CROI, 2002, Washington, Abstract 633.
22. **Furer H, Opravil M, Bernasceni E et al.** stopping primary prophylaxis in HIV-infected patients at high risk of toxoplasma encephalitis. Swiss HIV cohort study. Lancet 200;355: 2217-2218.
23. **Carr A, Maniott D, Field A et al.** Traitment of AIV-1 associated microsporidiosis and cryptosporidiosis with combinaison antiretraviral therapy. Lancet 1998 ; 351 : 256-260.
24. **Doumbo O, Rossignol JF, Pichard E et al.** Nitazoxonide in the treatment of cryptosporidial diarrhea and other intestinal parasitic infections associated with acquired immunodeficiency. Syndrome intropical Africa. Am I trop Med Hyg 1997 ; 56 : 637-639.
25. **Amadi B, Murwa M, Musuku J et al.** Effect of nitazanide on morbidity and mortality in Zambian Children with cystoporidiosis : A randomized controlled trial. Lancet 2002 ; 360 : 1375-1380.

- 26. Molina Jm, Chastang C, Goguel J et al.** Albendazole for treatment and prophylaxis of microsporiosis due to *Encephalitozoon intestinalis* in patients with AIDS. *J Infect Dis* 1998 ;177 : 1373-1377.
- 27. Gentilini M.** Infection par le VIH/SIDA. *Med Trop* 1993 ; 5 :435-439.
- 28. Cacopardo B, Patamia I, Bonaccorso V et al.** Synergic effet of albendazole plus metronidazole association in the traitment of metronidazole- resistant giardiasis. *Clin Ter* 1995 ; 146 : 761 -767.
- 29. Pappas, PG, Rex JH, Sobel JD et al.** Guidelines for treatment of candidiasis. *Clin Infect Dis* ; 2004, 38 : 161-189.
- 30. Saaq MS, Gray bill RJ, Larsen RA et al.** practice guidelines for the management of cryptococcal disease. *Clin Infect Dis* 2000 ; 30 : 710 -719.
- 31. Dromer F, Lortholary O.** infection a *Cryptococcus Neoformans*. *Encycl Med Char* (Paris), *Maladie infectueuses* ;2004.
- 32. Bozzette SA, Lar Larsen R, Chiu J et al.** A controlled trial of maintenance therapy with fluconazole *Med* 1991 ; 324 : 580-584.
- 33. Saag MS, cloud GC, Graybill JR et al.** Acomparaison of Itraconazol verus Fluconazole as maintenance therapy for AIDS associated *Crystococcal Meningitis*. *Clin Infect Dis* 1999 ; 28 : 291- 296.
- 34. Johnson JL, Okwera A, Hom DL et al.** Duration of efficacy of traitment of latent tuberculosis infection in VIH infected adults. *ADS* 2001 ; 15 : 2137-2147.
- 35. Dreams GL Edurads SG, Ives NJ et al.** Treatment of tuberculosis in VIH- Infected person in the er of HAART. *AIDS* 2002 ; 16 : 75-83.
- 36. Sonnenberg P, Murray J, Glynn JR et al.** HIV 1 and recurrence, relapse, and reinfection of tuberculosis after cure : a cohort study in South African mine workers. *Lancet* 2001 ; 358 : 1687-1693.
- 37. Gordon f, sullam p, shafran S et al.** Randomized placebocontrolled study of rifabutin added to a regimen of clarithroycin and etambutol for treatment of disseminated infection with *mycobacterium avium – complex* (MAC). *Clin Infect Dis* 1999 ; 28 : 1085.
- 38. Cohn DL, Fisher E, Peng GT.** Aprospective ranomized trial of four three- drug regimens in the traitement of disseminated. *Mycobacterium avium – complex* disease in AIDS patients : excess mortality associated with high dose clarithroycin. *Clin Infect Dis* 1999 ; 29 :125-133.

39. **Stewart JA, Reef SE, Pellott PE et al.** Herpes virus infections in persons infected with HIV. Clin Infect Dis 1995 ;21 :114-120.
40. **Studies of ocular complication of AIDS research Group.** Parenteral cidofovir for cytomegalovirus retinitis in patients with AIDS. A randomized controlled trial. Ann Intern Med 1997 ; 126 :264-274.
41. **The studies of ocular complication of AIDS research Group and the ACTG Group :** the ganciclovir cidofovir cytomegalovirus retinitis trial. Am J Ophthalmol 2001 ; 133 : 456-457.
42. **Lalerazi J., Lindley J, Walmsley S et al.** A safety study of oral valganciclovir maintenance treatment of cytomegalovirus retinitis. J Acquir Immun DEF synd 2002 ; 30 :392-400.
43. **Drew WL, Ives, Lalerazi J et al.** Oral ganciclovir as maintenance treatment for cytomegalovirus retinitis in patients with AIDS. N Engl J Med 1999 ; 340 : 1063-1070.
44. **Programme national de lutte contre le paludisme :** directives nationales pour la prise en charge des cas de Mali ; juin 2016.
45. **Doumbo SN, Koné AK, Thera MA, Doumbo OK.** Paludisme, épidémiologie, physiopathologie, Clinique, diagnostic, traitement et stratégie de contrôle/élimination. _ Bamako: _FMOS; année scolaire 2011-2012.
46. **J.-C. Orban, C. Ichai, MISE AU POINT,** Complications métaboliques aiguës du diabète, Réanimation, 17, 761—767, 2008
47. **S. Tenoutasse, T. Mouraux, H. Dorchy,** L'acidocétose diabétique : diagnostic, prise en charge, prévention, Revue Médicale Bruxelles – 2010
48. **S. Elamari,** Hyperleucocytose et infection latente chez le diabétique type 1 en décompensation cétosique : quelle corrélation ? P268, SFE Lyon 2014 / Annales d'Endocrinologie 75, 372–405, 2014
49. **I. Damoune, K. Lahlou, H. El Ouahabi, F. Ajdi** CHU Hassan II, Fès, Maroc. Évaluation et prise en charge des troubles hydro-électrolytiques au cours de la décompensation acido-cétosique P220, Société Francophone du Diabète 2014
50. **Traoré AS.** Complications du diabète: endocrinologie- diabétologie- maladies métaboliques, hôpital du Mali, 05 fév 2016;
51. **Collège National des Enseignants de Réanimation Médicale.** Infections bronchopulmonaires de l'adulte. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2010-2011 ;

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

- 52. FAVRE N, BURNIER M, KISSLING S.** Quand appeler le néphrologue aux urgences ? *Rev Med Suisse* 2016 ; 12 : 398-403 ;
- 53. Collège des Enseignants de Cardiologie et Maladies Vasculaires.** Insuffisance cardiaque de l'adulte. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011-2012 ;
- 54. Sissoko M :** evaluation du service d'accueil des urgences et bilan statistique des urgences médicales à l'hôpital du Point G. Thèse de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie. Bamako 2001 N= 01-M-88.
- 55. YAPI GOH (Théophile) :** Bilan statistique et de fonctionnement des urgences médicales du CHU de Cocody sur une période d'activité d'un an : du 1er Janvier au 31 Décembre 1983, Thèse de médecine.
- 56. Goita A :** Bilan médical de la première année d'activité du service d'accueil des urgences (SAU) du CHU Gabriel Touré, thèse de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie. Bamako 2010-2011.
- 57. DJAKOURE S :** la pathologie médicale d'urgence au CHU de Treichville (à propos de 962 observations d'adulte du 3 juillet 1981 au 19 août 1981). Thèse Bordeaux, 1982. No 413.

ANNEXES

ANNEXE I

FICHE D'ENQUETE

N° Fiche : ----

Date : // // // //

I. IDENTIFICATION

Age : ___ ans

Sexe :

Profession :

Situation matrimoniale :

Résidence :

II. MODE D'ADMISSION :

1- Référé/Evacué : / /

a=Oui b=Non d=Si oui par quelle structure.....

2-Moyen de Transport : / /

a=Ambulance médicalisée b=non médicalisée c=sapeur pompiers

d=Transport en commun

e=véhicule personnel

3-Accompagner par un personnel de sante:/ /

a=Oui b=Non c=Si oui quel grade.....

4-Motif d'admission : / /

a=convulsions b=hyperthermie c= Détresse respiratoire d=Agitation e=Coma

f=Diarrhée g=Déshydratation h=Anémie i=Autres à

préciser :

5-Traitement Antérieur / _ /

a=Médical b=Traditionnel c=Automédication d=Aucun

III. ANTECEDENTS :

6-Médicaux : / /

a=HTA b=drépanocytaire c=diabète d=asthme e=autres à préciser :

7-Chirurgicaux:/ /

a= Oui b= Non c= Si oui quel type d'intervention.....

8-Familiaux : / /

a=oui b=non c= si oui préciser

9-Habitudes alimentaires : / /

a= thé b= alcool c= tabac d= cola e=autres à préciser

IV. EXAMEN CLINIQUE :

10-CCMU : / / ;

a= 4 et 5 c= 1 ; 2 et 3

11-Score de Glasgow/ /

12- T°/ / °C

13-FR/ /cycle/min

14-FC/ /bts/min

15-Diurèses/ / ml/24H

16-TA/ /Mm/Hg

17-conscience / _ / a=Conservé b= Altéré

18-Pâleur Cutanéomuqueuse / _ / a=oui b=Non

19-Ictère / _ / a=oui b=non

20- Plis de Déshydratation / _ / a=oui b=non

21-Plis de dénutrition / _ / a=oui b= non

22- Œdèmes / _ / a=oui b=non

23-Lésion cutanée:/ / a=oui b=non si oui quel type de lésion

24- Hépatomégalie / _ / a=oui b=non

25- Splénomégalie / _ / a=oui b=non

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

- 26-Circulation veineuse collatérale/ / a=oui b=non
27-Douleur abdominale / / a=oui b=non
28-Ascite/ / a=oui b=non
29-Distension abdominale/ / a=oui b=non
30-Météorisme/ / a=oui b=non
31-Syndrome méningé /_/ a=oui b=non
32-Hyperesthésie cutanée /_/ a=oui b=non
33-Convulsion /_/ a=oui b=non
34-Agitations / / a=oui b=non

V. DIAGNOSTICS

.....
.....

VI. EXAMENS PARACLINIQUES :

35-Numérations formules sanguines:/ /

Leucocytes :

Granulocytes :

Monocytes :

Lymphocytes :

✓ Hématies :

Taux d'hémoglobine :

Taux d'hématocrite :

Volume globulaire moyen :

✓ Plaquettes :

36=Groupage rhésus :

37=Ionogramme sanguin complet :

Sodium (Na+) :

Potassium (k+) :

Bicarbonates (HCO₃⁻) :

Chlore (cl-) :

Calcium (Ca²⁺) :

Magnésium (Mg²⁺) :

Phosphore (p) :

38=Taux de prothrombine (TP) :

39=I.N. R :

40=Temps de céphaline activée (TCA) :

41=Temps de saignement :

42=Fibrinogène :

43=D-Dimères :

44=Protéine C réactive (CRP) :

45=Vitesse de sédimentation (VS) :

46=Transaminases :

47=Troponine :

48=Urée :

49=Créatinine :

51=Clairance de la créatinine :

52=Ph:

53=PaO₂:

54=PCO₂:

55=CO₂ total:

56=Saturation en oxygène (SaO₂) :

57=Lactates :

58=Glycémie :

Prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du Point G

59=Radiographie de thorax :

60=Electrocardiogramme (ECG) :

61=Electroencéphalogramme (EEG) :

62=Echographie cardiaque :

63=Scanner :

64=Echographie abdomino-pelvienne :

65=Bandelettes urinaires (BU) :

66=Goutte épaisse (GE) :

67=Autres :

PRISE EN CHARGE :

68=Heure de début de la prise en charge : -----

69=Mise en observation / / a=oui b=non

70=Hospitalisation / / a=oui b=non

71=Oxygénation / / a=oui b=non

72=Nébulisation / / a=oui b=non

73=Voie veineuse périphérique / / a=oui b= non

74=Remplissage vasculaire/ / a= oui b=non

75=Transfusion / / a=oui b=non

76=Sonde urinaire/ / a= oui b=non

77=Sonde nasogastrique/ / a=oui b=non

78=Ponction d'ascite/ / a=oui b=non

79=Ponction pleurale/ / a=oui b=non

80=Intubation/ / a=oui b=non

81=Antibiothérapies/ / a=oui b=non si oui laquelle=

82=Corticothérapie/ / a=oui b=non

83=Antalgique/ / a=oui b=non si oui lequel=

84=Héparinothérapie / / a=oui b=non

85=Diurétiques/ / a=oui b=non

86=Insulinothérapie / / a=oui b=non

87=Antiacides gastrique / / a=oui b=non si oui lequel=

88=Antihypertenseurs/ / a=oui b=non si oui lequel=

89=Beta bloquants/ / a=oui b=non si oui lequel=

90=Antipaludéens / / a=oui b=non si oui lequel=

91=Evolution / / a=Sortie b=Hospitalisation c=Décès d=Evasion

E= Décharge

101=Durée du séjour heures _____

102=Diagnostic retenu : _____

ANNEXE II

Indice de gravité simplifié ambulatoire (IGSA)

Point	Âge	Pouls	PAS*	T°	FR /VM**	Glasgow
4		≥ 180	≥ 190	≥ 41	> 50	
3		140 – 179		39 – 40,9	35 – 49	
2		110 - 139	150 - 189			
1				38,5 – 39,9	25 – 34	
0	≤ 45	70-109	80-149	36-38,4	12-34	13 – 15
1	45 - 55			34 – 35,9	10 – 11	10 – 12
2	56 – 69	55 - 69	55 - 79	32– 33,9	6 – 9	7 - 9
3	66 - 75	40 - 54		30 – 31,9	Oui	4 – 6
4	>75	<40	<55	< 30	< 6	3
Total	Plus l'igsa augmente plus la mortalité est élevée					

- **PAS : Préhension Artérielle systolique**
- **FR/VM : Fréquence respiratoire/ Ventilation mécanique**

Annexe III

Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

Comprend 7 classes :

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

ANNEXE IV

Les chapitres de la classification internationale des maladies

La classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès a été élaborée dans le contexte d'une utilisation mondiale. Depuis 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé a révisé cette classification. La classification de 1975, désignée par le sigle CIM-9 utilise un code hiérarchique à quatre chiffres.

I : Maladies infectieuses et parasitaires

II : Tumeurs

III : Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires

IV : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques

V : Troubles mentaux

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SIDIBE

Prénom : OUMAR HAROUNA

Titre de la thèse : prise en charge des urgences médicales au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire du point g.

Année : 2018-2019

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : santé publique, urgences, réanimation

Résumé :

Nous avons mené une étude prospective, observationnelle et analytique basée sur trois mois allant du 1^{er} juin au 31 août 2018 au service d'accueil des urgences du CHU du Point G.

L'objectif général était d'évaluer la prise en charge des patients admis pour une urgence selon deux modalités (observation et hospitalisation).

Un échantillon était exhaustif de l'ensemble des patients admis pour une urgence médicale au service d'accueil des urgences du Point G.

Au terme de notre étude, la qualité de la prise en charge est d'un niveau satisfaisant ou acceptable et cela par rapport aux normes et recommandations de la prise en charge des urgences médicales. Cela a permis d'obtenir un taux de transfert dans les services spécialités de 65,3% et un taux de sortie de 20,7%, un peu supérieur à celui de Sissoko M.

Les taux de décès sont similaires à celui de Sissoko.

L'AVC étant la plus fréquente pathologie médicale à 41,1%.

Mots clés : évaluation, prise, charge, urgences, médicales, SAU

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !