

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de
la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



U.S.T.T-B

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS)



Année Universitaire 2021-2022.

Mémoire N° : /...../

Mémoire

COELIO-CHIRURGIE EN URGENCE AU CHU

GABRIEL TOURE

Soutenu publiquement le .../.../2022 devant le jury de la FMOS

Par

Dr DEMBELE Bambaké

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Chirurgie générale

JURY

Président du jury : Pr KEITA Soumaila

Membre du jury : Pr TRAORE Drissa

Directeur de mémoire : Pr KANTE Lassana

:

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la provenance.	9
Tableau II : Répartition des patients selon la nationalité	10
Tableau III : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.....	10
Tableau IV : Répartition des patients selon la durée pré opératoire. Erreur ! Signet non défini.	
Tableau V : Répartition des patients selon la durée post opératoire. Erreur ! Signet non défini.	
Tableau VI : Répartition des patients selon la classification ASA.....	11
Tableau VII : Répartition des patients selon l'état nutritionnel.	12
Tableau VIII : Répartition des patients selon l'indice de l'OMS.....	12
Tableau IX : Répartition des patients selon les tares associées.....	13
Tableau X : Répartition des patients selon le Score NNISS	13
Tableau XI : Répartition des patients selon les signes fonctionnels	14
Tableau XII : Répartition des patients selon les signes physiques.....	14
Tableau XIII : Répartition des patients selon l'abdomen sans préparation (ASP).....	15
Tableau XIV : Répartition des patients selon la tomodensitométrie abdomino-pelvienne (TDM)	15
Tableau XV : Répartition des patients selon l'échographie	15
Tableau XVI : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire	16
Tableau XVII : Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire.....	16
Tableau XVIII : Répartition des patients selon la nature de l'intervention	17
Tableau XIX : Répartition des patients selon le type de l'intervention Erreur ! Signet non défini.	
Tableau XX : Répartition des patients selon la technique opératoire.	17
Tableau XXI : Répartition des patients selon l'incident et accident	17
Tableau XXII : Répartition des patients selon la durée d'intervention.....	18
Tableau XXIII : Durée d'hospitalisation postopératoire en jours	19
Tableau XXIV : Répartition des patients selon les types de complications.....	20
Tableau XXV : Répartition des patients selon leur niveau de satisfaction par rapport aux informations données par le chirurgien.	20
Tableau XXVI : Répartition des patients selon leur niveau de satisfaction par rapport aux informations données par l'anesthésiste.....	Erreur ! Signet non défini.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon leur niveau de satisfaction par rapport aux l'accueil.	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XXVIII : Répartition des patients selon leur niveau de satisfaction par rapport à la confidentialité.....	21
Tableau XXIX : Répartition des patients selon le score d'EVA	21
Tableau XXX: Répartition des patients selon le traitement de la douleur.	21
Tableau XXXI : Répartition des patients selon la qualité de cicatrisation.....	22
Tableau XXXII: Répartition des patients selon la reprise de l'activité.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XXXIII : Répartition des patients selon la conversion en laparo.....	23
Tableau XXXIV : Répartition des patients selon la satisfaction globale.....	24
Tableau XXXV : Répartition des auteurs selon la fréquence de la coelio-chirurgie.	25
Tableau XXXVI : Répartition des auteurs selon l'âge moyen des patients opérés par coelio-chirurgie.	26
Tableau XXXVII: Répartition des auteurs selon le sexe des patients opérés par coelio-chirurgie.	27
Tableau XXXVIII : Répartition des auteurs selon le mode d'admission en urgence	28
Tableau XXXIX : Répartition des auteurs selon les signes physiques.	30
Tableau XL : Répartition des auteurs selon l'appendicite	31
Tableau XLI : Répartition des auteurs selon la cholécystite aigue	32
Tableau XLII : Répartition des auteurs selon l'appendicectomie par coelioscopie.....	32
Tableau XLIII : Durée d'hospitalisation postopératoire moins 5jours et auteurs	34
Tableau XLIV: Répartition des auteurs selon taux de conversion.....	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	8
Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe.	9
Figure 3 : Répartition des patients selon le mode de recrutement.	11

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	Erreur ! Signet non défini.
OBJECTIFS.....	4
Objectif général	4
Objectifs spécifiques	4
I. METHODOLOGIE.....	5
1.1. Cadre d'étude	Erreur ! Signet non défini.
1.2. Type et période d'étude.....	Erreur ! Signet non défini.
1.3. Population d'étude	Erreur ! Signet non défini.
1.4. Méthodes et Matériels.....	Erreur ! Signet non défini.
1.5. Saisie et Analyse des Données	Erreur ! Signet non défini.
1.6. Ethique	Erreur ! Signet non défini.
1.7. Conflit d'intérêt	Erreur ! Signet non défini.
II. RESULTATS	8
2.1. Aspects sociodémographiques.....	8
2.2. Aspects cliniques	11
2.3. Traitements	17
2.4. Suites post_operatoires	20
2.5. Satisfactions	20
III. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	25
CONCLUSION	37
ANNEXES	41

INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales sont des affections qui, pour la plupart, faute d'une intervention obtenue sans délai, font succomber les patients en quelques heures ou en peu de jours [1]. S'il est important de « ne pas passer 1'heure chirurgicale», une laparotomie blanche est toujours préjudiciable au malade [1]. Elles occupent une place importante en chirurgie par: leur fréquence élevée, leur prise en charge difficile, leur taux de mortalité et de morbidité élevée [2].Elles constituent de ce fait une préoccupation permanente pour le chirurgien. La fréquence varie selon les pays [2].

La cœlio-chirurgie ou chirurgie laparoscopie est une technique chirurgicale permettant d'intervenir sous le contrôle d'un endoscope (tube muni d'un système optique), introduit dans la cavité abdominale préalablement distendue par un pneumopéritoine artificiel [1].

Cette chirurgie pratiquée grâce à de petites incisions respecte la paroi abdominale et est dite « minimale invasive ». En effet, elle a de multiples avantages indiscutables pour le patient : moindre préjudice esthétique, plus grand confort postopératoire, moindre risque d'adhérence, conséquence respiratoire diminuée, réduction de la durée d'hospitalisation [4]. Ses dangers sont rarissimes lorsque la cœlioscopie est pratiquée par une équipe entraînée En France, sur 636 urgences chirurgicales opérées 272 étaient la coelio-chirurgie soit 42,75% [2,3].

Au Pakistan, sur une série de 759 urgences chirurgicales opérées 71,4% étaient la coelio-chirurgie [2,3].

En Afrique, une étude prospective réalisée dans le service des urgences de l'hôpital national de Niamey a trouvé 255 cas du 06 mars au 02 septembre 2010[3].

A Dakar selon PADONOU [4], 5 principales étiologies dominaient sur 1167 urgences non traumatiques de l'abdomen (occlusions intestinales aiguës, péritonites aiguës, appendicites aiguës, G.E.U rompue, éviscération).

Au Mali en 2019 une étude réalisée par Diakité ML2019 [5] sur 139 patients opérées urgences chirurgicales 71 patients était la coelio-chirurgie urgence [2,3]. La morbidité post opératoire était dominée par les complications pariétales, les occlusions post opératoires, les éviscérations, et les déhiscences anastomotiques du grêle et du colon.

Les attitudes décisionnelles très pragmatiques offrant le choix entre intervention d'urgence, abstention et intervention différée, s'est développé une attitude thérapeutique plus fine qui est la coelio-chirurgie en urgence.

Elle connaît un développement constant. Ses indications se sont élargies au contexte d'urgence tant du point de vue diagnostique que thérapeutique.

Sa mise en œuvre continue toujours à s'agrandir depuis l'avènement jusqu'aujourd'hui. La fréquence d'utilisation était de 83,5% sur 1330 d'interventions chirurgicales en 26 mois selon une étude réalisée au Mali par SAMAKE N [6] Ces contraintes sont encore plus difficiles à surmonter quand les conditions économiques ne sont pas optimales et il faut s'y adapter [7]

La coeliochirurgie ou chirurgie laparoscopique est une technique chirurgicale permettant d'intervenir sous le contrôle d'un endoscope (tube muni d'un système optique), introduit dans la cavité abdominale préalablement distendue par un pneumopéritoine artificiel [8]. En pleine expansion dans les pays du nord depuis une vingtaine d'années, cette technologie est en plein transfert dans les pays en développement notamment le Cameroun en 1992, le Sénégal en 1995 et la Côte d'Ivoire en 1999 [9].

L'avènement de la coelio-chirurgie au Mali remonte à Mars 2001 dans le service de chirurgie A du CHU du Point G.

Au CHU GT cette technique a vu le jour le 05/11/2016 avec l'accompagnement des équipes entraînées du CHU du Point G. Cette chirurgie pratiquée grâce à de petite incision respecte la paroi abdominale et est dite « minimale invasive ». En effet, elle a de multiples avantages indiscutables pour le patient : moindre

préjudice esthétique, plus grand confort postopératoire, moindre risque d'adhérence, conséquence respiratoire diminuée, réduction de la durée d'hospitalisation [10]. Ses dangers sont rarissimes lorsque la cœlioscopie est pratiquée par une équipe entraînée.

Depuis la fréquence élevée des pathologies digestives et gynécologiques tant en urgence qu'en chirurgie programmée sont prises en charge.

Nous avons initié le présent travail en vue d'évaluer la place de cette technique dans la prise en charge des pathologies d'urgence chirurgicale au service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

OBJECTIFS

Objectif général

Evaluer les résultats de la prise en charge coelioscopique des urgences chirurgicales au CHU GT

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence d'utilisation de la coelio-chirurgie en urgence
2. Décrire les principales indications
3. Décrire les difficultés de sa réalisation en urgence
4. Analyser les résultats du traitement par coelioscopie d'urgence

I. METHODOLOGIE

1- Type et période d'étude : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective et prospective qui va se dérouler de janvier 2020 à Août 2022 soit une période de 32mois.

2-cadre d'étude :

Cette étude s'est réalisée dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré.

Situé au centre commercial de la ville de Bamako (commune III) ; le CHU Gabriel Touré est limité à l'Est par le quartier populaire de Médina courra, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (E.N.I), au Nord le Quartier Général de l'Etat-major de l'Armée de Terre, au Sud le TRANIMEX.

Ancien dispensaire, il a été renforcé en hôpital le 17 février 1959. Il porte le nom d'un étudiant soudanais, Gabriel Touré, mort de peste contractée au chevet de Son malade.

L'Hôpital est devenu un centre hospitalier universitaire depuis l'avènement de l'université de Bamako en 1996. C'est un hôpital de 3ème référence de notre système de santé. Dans l'enceinte du dit hôpital, le service de chirurgie générale se trouve au côté Nord-Ouest, au pavillon « Bénitiéni Fofana » qui regroupe les spécialités chirurgicales hors mis l'ORL.

2-1 Le service de chirurgie générale

-Les locaux :

33 Salles d'hospitalisation réparties entre 9 salles

3 salles VIP (salle unique, toilette intérieure, climatisée)

6 salles de 2ème catégorie (2 à 4 lits)

Les bureaux des médecins et une salle de staff

Les salles de garde (DES, internes, thésards, infirmiers)

Une salle de pansement

- Le personnel:

- Douze chirurgiens dont dix professeurs, trois maitres de conférences agrégés et trois professeurs titulaires.

-un technicien supérieur en santé, infirmier major du service.

-Quatre agents de techniciens de santé et une secrétaire.

Deux techniciens de surface ou manœuvres.

-Le personnel non permanent:

Comprend les médecins stagiaires, les médecins en formation de DES, les thésards, les étudiants en médecine ou d'infirmière.

2-2. Les activités :

-le staff : tous les jours attendus, le matin à 7h45mn ;

-La visite : tous les jours attendus après le staff du matin

-Les consultations externes du lundi au vendredi après la visite

-Les interventions chirurgicales à froid : lundi, mardi, Mercredi et jeudi ;

-Un staff de programme opératoire tous les jeudis à 13h

- un staff de RCP avec les autres services et les oncologues thérapeutes tous les vendredis à 10h

-Les soins aux malades hospitalisés : tous les jours.

3-POPULATION D'ETUDE: Il s'agit des patients qui ont été hospitalisés et opérés par voie coelioscopique ou classique en urgence.

3-1-Echantillonnage : Les patients qui ont été hospitalisés et opérés dans le service en urgence par coelio-chirurgie.

-Critères d'inclusion :

Tous les patients opérés par coelio-chirurgie pour pathologies d'urgence chirurgicale avec ou sans conversion ont été inclus dans l'étude.

-Critères de non inclusion :

Les patients opérés par coeliochirurgie pour pathologies non urgentes, dossiers incomplet et inexploitable n'ont pas été inclus dans l'étude.

4 Méthodes et Matériels :

4-1 Méthodes :

Les patients sont reçus directement au service d'accueil des urgences. Après avoir posé le diagnostic, nous demandons la consultation d'anesthésie.

Après une brève préparation préopératoire et l'acquisition du kit opératoire le patient était conduit au bloc opératoire.

Pour la coelio-chirurgie d'urgence l'anesthésie générale et intubation oro-trachéale était la règle. En fin d'intervention chirurgicale, le malade était conduit soit en réanimation ou en salle de réveil (SSPI) avant de regagner la salle d'hospitalisation dans le service.

4-2 Support des données : La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire sur une fiche individuelle d'enquête comportant les données démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et de suivi, des dossiers des malades opérés ; des registres de consultation, d'hospitalisation et des registres consignant le comptes rendu-opératoire

5-Saisie et analyse des données :

La saisie, le traitement de texte ont été fait à l'aide du logiciel le Microsoft Windows version 2013.

L'analyse des données a été effectuée sur les logiciels Excel 10.0 pour Windows, Epi info version 6.4 et 7.1 ; le test statistique utilisé a été le khi2 avec un seuil de signification $p < 0,05$.

6-ETHIQUE :

Nous avons obtenu le consentement éclairé de tous les patients avant leur inclusion dans l'étude.

7- CONFLIT D'INTERET :

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt dans la réalisation de cette étude.

II. RESULTATS

1-Fréquence d'utilisation de coelio-chirurgie en urgence:

En 32 mois 3840 interventions d'urgence ont été réalisées dont 83 cas d'interventions sous coelioscopiques soit 2,16% dans le service de chirurgie générale

2-Aspects sociodémographiques :

Age :

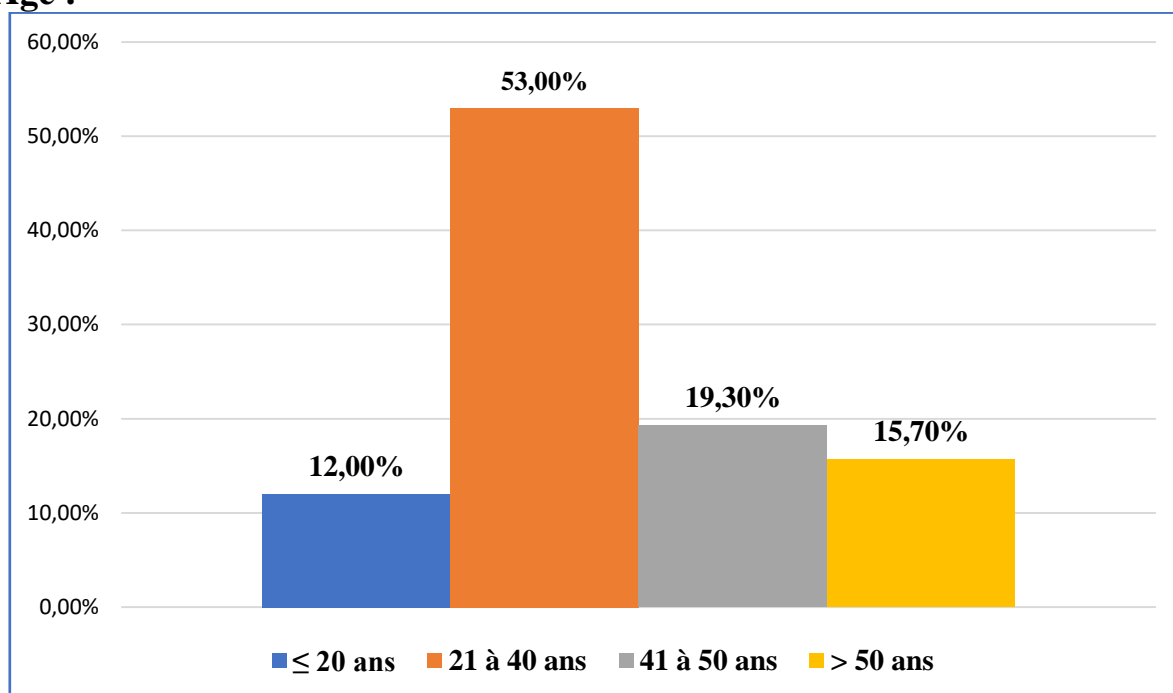


Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

L'âge moyen était de 37 ans, écart-type =14 ans et extrêmes allant de 16 à 74 ans.

Sexe :

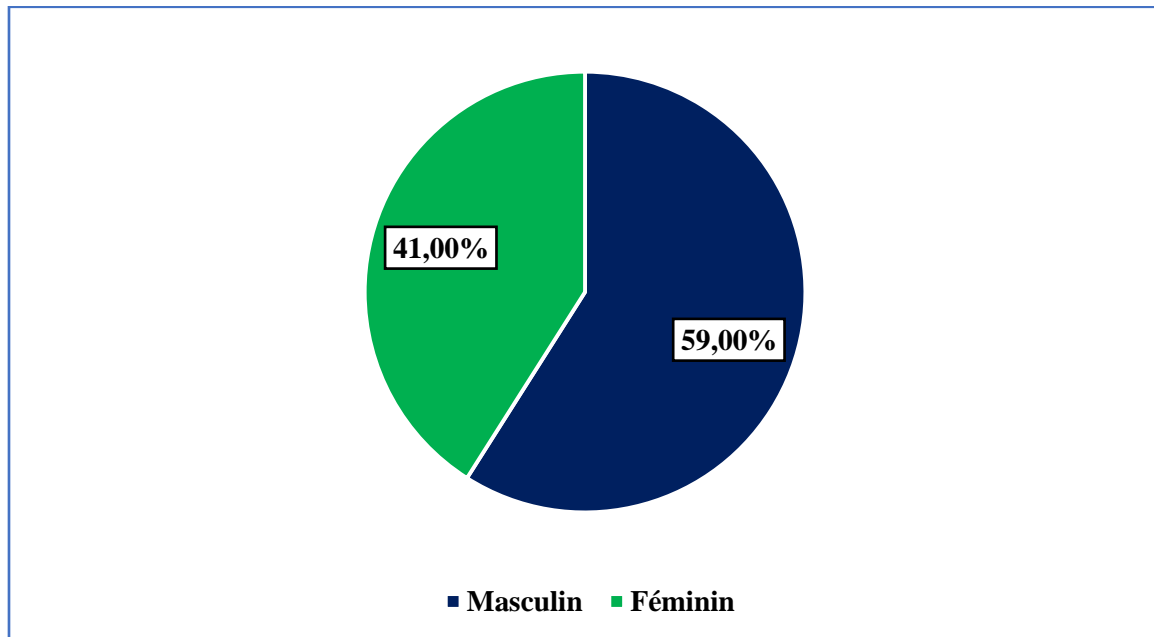


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe.

Le sexe masculin était prédominant avec 59% des patients avec un sex-ratio de 0,7.

Tableau I : Répartition des patients selon la provenance.

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Bamako	65	78,3
Gao	6	7,2
Koulikoro	3	3,6
Kayes	2	2,4
Mopti	2	2,4
Ségou	2	2,4
Bandiagara	1	1,2
Mauritanie	1	1,2
Sikasso	1	1,2
Total	83	100,0

Plus de deux tiers des patients provenaient de la ville de Bamako.

Tableau II : Répartition des patients selon la nationalité

Nationalité	Effectifs	Pourcentage
Maliennne	81	97,6
Mauritanienne	1	1,2
Togolaise	1	1,2
Total	83	100,0

La majorité des patients était de nationalité maliennne.

Tableau III : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Secondaire	31	37,3
Aucun	30	36,1
Supérieur	15	18,1
Faible	7	8,4
Total	83	100,0

Plus d'un tiers des patients avait un niveau d'instruction secondaire.

2.1. Aspects cliniques

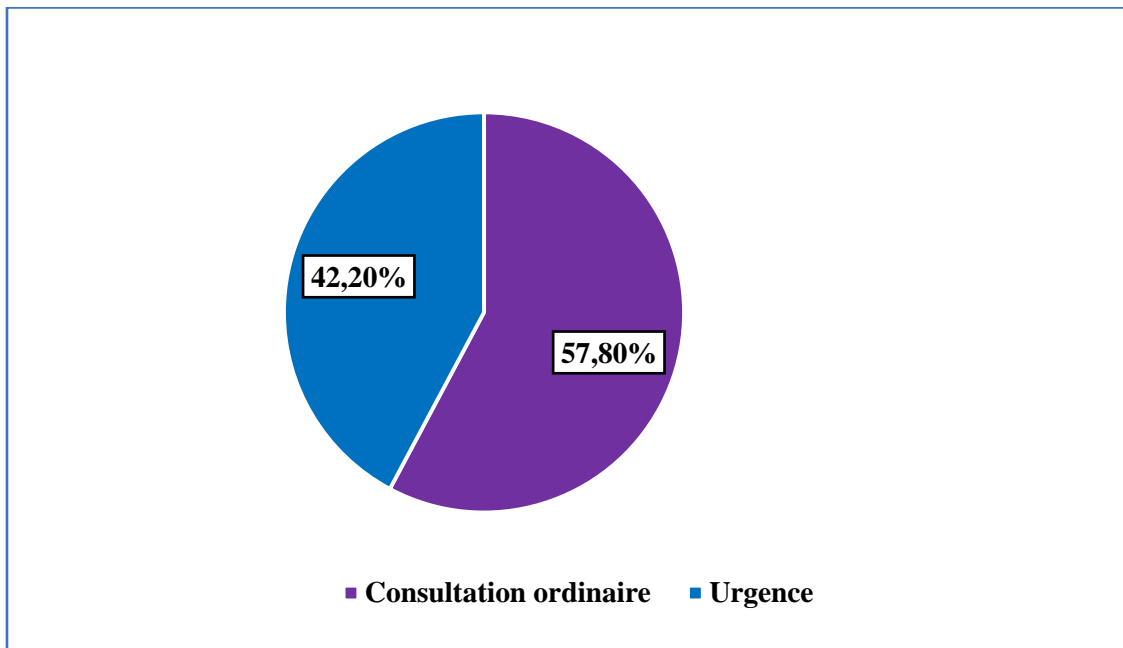


Figure 3 : Répartition des patients selon le mode de recrutement.

Plus de la moitié des patients était recruté en consultation externe.

Tableau IV : Répartition des patients selon la classification ASA.

Classification ASA	Effectifs	Pourcentage
ASA 1	75	90,4
ASA 2	8	9,6
Total	83	100,0

La majorité des patients était classé ASA1.

Tableau V : Répartition des patients selon l'état nutritionnel.

Etat nutritionnel	Effectifs	Pourcentage
Poids normal	49	59,0
Surpoids	21	25,3
Obésité	12	14,4
Maigreur	1	1,2
Total	83	100,0

Plus de la moitié des patients avait un poids jugé normal.

Tableau VI : Répartition des patients selon l'indice de l'OMS

Indice de l'OMS	Effectifs	Pourcentage
OMS 0	11	13,3
OMS 1	60	72,3
OMS 2	10	12,0
OMS 3	2	2,4
Total	83	100,0

Environ deux-tiers des patients avaient un IP-OMS estimé à 1.

Tableau VII : Répartition des patients selon les tares associées

Tares associés	Effectifs	Pourcentage
UGD	7	36,8
HTA	6	31,6
Drépanocytose	4	21,1
Asthme	3	15,8
Diabète	2	10,5

UGD, HTA, Drépanocytose étaient les principales tares associées.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le Score NNISS

Score NNISS	Effectifs	Pourcentage
0	58	69,9
1	14	16,9
2	9	10,8
3	2	2,4
Total	83	100,0

Le Score de NNISS était coté à 0 chez 69,9% des patients.

Tableau IX : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectifs	Pourcentage
Vomissements	13	15,7
Douleur de l'hypochondre droit	12	14,5
Douleur abdominale diffuse	9	10,8
Fièvre	3	3,6
Douleur de la FID	37	55,4
Total	83	100

Plus de la moitié des malades présentaient une douleur de la FID.

Tableau X : Répartition des patients selon les signes physiques

Signes physiques	Effectifs	Pourcentage
Bloomberg positif	43	51,8
Murphy positif	26	31,3
Cris ombilic positif	10	12,0
Algie pelvienne	3	3,6
Contracture abdominale	1	1,2
Total	83	100,0

Le signe de Bloomberg était observé chez 51,8% des patients.

Tableau XI : Répartition des patients selon l'abdomen sans préparation (ASP)

Abdomen sans préparation (ASP)	Effectifs	Pourcentage
Oui	1	1,2
Non	82	98,8
Total	83	100

La Rx de l'ASP n'était pas systématiquement demandé chez les malades bénéficiant de la coeliochirurgie.

Tableau XII : Répartition des patients selon la tomodensitométrie abdomino-pelvienne (TDM)

Tomodensitométrie (TDM)	Effectifs	Pourcentage
Oui	7	8,4
Non	76	91,6
Total	83	100,0

Seuls 8,4% des patients ont réalisé une TDM abdomino-pelvienne.

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'échographie

Echographie	Effectifs	Pourcentage
Oui	73	88,0
Non	10	12,0
Total	83	100,0

L'échographie était un apport important pour le diagnostic en urgence.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire

Diagnostic pré opératoire	Effectifs	Pourcentage
Appendicite aigue	31	37,3
Cholécystite aigue	21	25,3
Péritonite aigue	11	13,24
Abcès du foie	11	13,24
GEU	9	10,8
Total	83	100,0

Plus d'un tiers des patients opérés en urgence sous cœlioscopie avait une appendicite aigue.

Tableau XV : Répartition des patients selon le diagnostic per opératoire

Diagnostic per opératoire	Effectifs	Pourcentage
Appendicite phlegmoneuse	31	37,3
Cholécystite aigue	21	25,3
Péritonite aigue	11	13,24
Grossesse extra utérine	9	10,8
Abcès hépatique	6	7,2
Total	83	100,0

Le diagnostic peropératoire de l'appendicite phlegmoneuse avait été évoqué chez 28,9% patients.

Tableau XVIII : Indications des péritonites

Etiologies des péritonites	Effectif	Pourcentage
Appendiculaire	4	36,36
Rupture d'abcès du foie	7	63,6
Total	11	100

Les péritonites par rupture d'abcès du foie prédominaient avec un taux de 63,6%

2-Traitements

Tableau XVI : Répartition des patients selon la nature de l'intervention

Nature de l'intervention	Effectifs	Pourcentage
Urgence	59	62,0
Urgence différée	34	38,0
Total	83	100,0

Il s'agissait d'une urgence dans plus de la moitié des interventions.

Tableau XVII : Répartition des patients selon la technique opératoire.

Technique opératoire	Effectifs	Pourcentage
Appendicectomie	30	36,14
Cholécystectomie	27	32,52
Exploration	5	6,02
Appendicectomie + lavage, drainage	8	9,63
Salpingectomie	12	14,44
Drainage de l'abcès hépatique	6	7,21
Total	83	100,0

L'appendicectomie et la cholécystectomie étaient les gestes plus réalisés.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon l'incident et accident

Incident et accident	Effectifs	Pourcentage
Hémorragie	1	1,2
Néant	82	98,8
Total	83	100,0

Une hémorragie peropératoire était observée chez un seul patient.

Tableau XIX : Durée d'intervention de cholécystectomie

Durée de l'intervention en minutes	Effectif	Pourcentage
<60	12	21,4
61-120	36	64,3
121-180	8	14,3
Total	56	100

La durée moyenne d'intervention de cholécystectomie était de 73,8 écart-type =35,69 extrêmes 30 mn et 180 mn.

Tableau XXI : Durée d'intervention d'appendicectomie

Durée de l'intervention	Effectif	Pourcentage
<60	20	64,5
61-120	11	35,5
Total	31	100

La durée moyenne d'intervention d'appendicectomie était 52,5, écart-type =16,71 avec extrêmes 35 mn et 90 mn.

Tableau XXIV : Durée moyenne d'intervention des péritonites

Durée d'intervention	moyenne	Effectif	Pourcentage
<60		2	18,2
61-120		6	54,5
121-180		3	27,3
Total		11	100

La durée moyenne d'intervention des péritonites était de 81,36, écart-type =35,60 avec extrêmes de 55mn et 150 mn.

Tableau XXI : Durée d'hospitalisation postopératoire en jours

Durée d'hospitalisation postopératoire en jours	Effectif	Pourcentage
Moins de 4	48	57,83
4-6	31	37,34
7-10	2	2,4
Plus de 10	2	2,4
Total	83	100

La durée moyenne d'hospitalisation postopératoire était de 5,6. \pm 5,53 avec des extrêmes de 2 et 15 jours.

3-Suites post-opératoires

Tableau XXIV : Répartition des patients selon les suites opératoires

Suites opératoires	Effectifs	Pourcentage
Complicé	3	3,6
Simple	80	96,4
Total	83	100,0

Les suites opératoires étaient simples chez 96,4% des patients.

Tableau XXII : Répartition des patients selon les types de complications

Types de complications	Effectifs	Pourcentage
Hémorragie peropératoire	1	33,3
Infection du site opératoire	2	66,7
Total	3	100,0

Il s'agissait d'une hémorragie en peropératoire et d'une infection de site opératoire qui étaient les plus observées.

4-Satisfactions

Tableau XXIII : Répartition des patients selon leur niveau de satisfaction par rapport aux informations données par le chirurgien.

Information donnée par le chirurgien	Effectifs	Pourcentage
Très satisfait	51	61,4
Satisfait	24	28,9
Assez satisfait	7	8,4
Peu satisfait	1	1,2
Total	83	100,0

Plus de la moitié des patients se disait très satisfait de ce type de chirurgie.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon leur niveau de satisfaction par rapport à la confidentialité.

Confidentialité	Effectifs	Pourcentage
Bonne	25	30,1
Excellente	6	7,2
Très bonne	52	62,7
Total	83	100,0

La confidentialité était bonne chez 62,7% des patients.

Tableau XXV : Répartition des patients selon le score d'EVA

EVA	Effectifs	Pourcentage
EVA 1-3	28	33,7
EVA 3-6	55	66,3
Total	83	100,0

L'EVA était coté entre 3 et 6 chez 66,3 % des patients.

Tableau XXVI: Répartition des patients selon le traitement de la douleur.

Traitement de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Excellente	58	69,9
Très bonnes	25	30,1
Total	83	100,0

Le traitement de la douleur était jugé excellent chez 69,9% des patients.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la qualité de cicatrisation.

Qualité de cicatrice	Effectifs	Pourcentage
Excellente	63	77,8
Bonnes	9	11,1
Satisfait	6	7,4
Très bonnes	3	3,7
Total	81	100,0

La cicatrisation était jugé excellente chez 77,8% des patients.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon la conversion en laparo

Conversion en laparo	Effectifs	Pourcentage
Non	77	95,1
Oui	4	4,9
Total	81	100,0

Le taux de conversion en laparotomie était 4,9%.

Tableau XXXIV : difficultés liés à la conversion

Causes de conversion de cholécystectomie	Effectif	Pourcentage
Hémorragie peropératoire	1	25
Bistouri électrique et aspirateur non fonctionnels	2	50
Difficultés liés aux instruments	1	25
Total	4	100

La cause la plus fréquente des conversions était des difficultés liées à la non fonctionnalité de bistouris électriques et aspirateurs avec 50%

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la satisfaction globale

Satisfaction globale	Effectifs	Pourcentage
Pas satisfait	2	2,5
Satisfait	37	45,7
Très Satisfait	42	51,9
Total	81	100,0

La majorité des patients était satisfait de façon globale de ce type d'intervention chirurgicale.

III. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Au cours de la période d'étude nous avons mené une étude descriptive rétrospective et prospective allant de janvier 2020 à Août 2022 soit une période de 32 mois dans le but de recruter le maximum des patients et d'avoir un recul conséquent sur leur suivi.

Le point faible de cette phase rétrospective a été : Le manque de certaines données des dossiers.

La phase prospective de janvier 2022 à aout 2022 a concerné 25 patients.

Nous avons participé à la prise en charge de ces patients depuis leur admission au service jusqu'à leur sortie et leur suivi à la consultation externe ce qui nous a permis de recueillir des informations nécessaires à l'obtention de nos objectifs et la prise en compte de certains consommables à l'AMO constituant ainsi les points forts de cette phase.

Comme points faibles de cette phase :

- ✓ La difficulté d'organisation de coelio-chirurgie en urgences.
- ✓ Le coût élevé de certains consommables coelio-chirurgicaux et non pris en compte par l'AMO.

Tableau XXX : Fréquence et auteurs.

Autres	Effectif total	Ceolio-chirurgie (%)	p-value
Didier LJ [1] Niger 2018	20640	2,16	P=0,99
Diakité ML [2] Mali 2019	1047	13,5	P=0,0001
Sanogo ZZ et al [3] Mali 2007	426	18,6	P=0,0561
Notre série	83	2,16	

Nous avons enregistré 83 patients opérés en urgence par coelio-chirurgie sur un ensemble de 3840 d'interventions soit une fréquence de 2,16%. Ce résultat ne

diffère pas à ceux de Sanogo ZZ et al[3] et Didier LJ[1] qui ont trouvé 18% et 2,16 avec ($p > 0,05$). Par contre inférieur à celui de Diakité ML [2] en 2019 qui a trouvé 13,5% ($p=0,0001$) avec($p < 0,05$).

La différence des fréquences pourrait s'expliquer par le plateau technique qui a nettement évolué depuis l'avènement de la ceolio-cirurgie.

1.1. Données sociodémographiques

- Age

Tableau XXXI : tranche d'âge et auteurs.

Autres	Effectif	Age moyen
Didier LJ [1] Niger 2018	447	35,28 P=0,441
Diakité ML [2] Mali 2019	71	13,5 P=0,001
Cui N et al[4] 2020	304	36,1 P=0,5
Cissé M et al [5]Sénégal 2009	100	39 P=0,442
Notre série	83	37±14

La majorité des patients avait un âge compris entre 21 et 40 ans soit 53% des cas. L'âge moyen était de 37±14 ans avec des extrêmes allant de 16 à 74 ans. Ce résultat est similaire à ceux de Cui N et al [4] en 2020; Cissé M et al en 2009 et Didier LJ [1]au Niger 2018 qui ont trouvé respectivement 36,1%(P=0,441) ; 39% (P=0,442) et 35,28%(P=0,441) des cas avec ($p > 0,05$) , mais inférieur à celui de Diakité ML [2] Mali 2019 qui a trouvé 13,5% de cas. L'âge moyen dans notre étude pourrait s'expliquer également par la jeunesse de la population au Mali comme partout en Afrique où la moitié de la population est jeune. Ce résultat corrobore aussi avec les données de la littérature.

- Sexe

Tableau XXXII : Auteurs et Sexe.

Autres	Effectif	Féminin (%)	p-value
Didier LJ [1] Niger 2018	447	70,9	<i>p</i> =0,0316
Maroc Yahya AA [6] en 2018	95	51,0	<i>p</i> =0,2567
Diakité ML [2] Mali 2019	71	43,0	<i>p</i> =0,0577
Cissé M et al [5]Sénégal 2009	100	40,0	<i>p</i> =0,0105
Notre étude	83	59	-

Le sexe féminin était prédominant dans 59% avec sex-ratio était de 0,7 dans notre étude. Ce résultat ne diffère pas à ceux de Yahya A au Maroc [6] en 2018 et Diakité ML [2] au Mali en 2019 qui ont trouvé une prédominance féminine 51% ($p=0,2567$) et 43% ($p=0,0577$) des cas ($p > 0,05$). Par contre inférieur à ceux de Didier LJ au Niger 2018[1] et Cissé M et al [5] en 2009 au Sénégal qui ont trouvé respectivement 70,9% ($p =0,0316$) et 40% ($p =0,0105$) des cas avec ($p > 0,05$) . Cette différence pourrait s'expliquer par la prédominance de sexe féminin dans notre population mais aussi la prédominance des pathologies gynécologiques et vésiculaires. Dans la littérature nous retrouvons la même prédominance.

1.2. Données cliniques

1.2.1. Mode de recrutement

Tableau XXXIII : Auteurs et mode d'admission en urgence

Autres	Effectif	Urgence (%)	p-value
Sanogo ZZ et al [3] Mali 2007	426	8,0	<i>p =0,9999</i>
Didier LJ [1] Niger 2018	447	5,5	<i>p =0,9999</i>
Notre série	83	42,2	-

La majorité des patients était reçu en consultation ordinaire avec un taux de 57,8% contre 42,2% en urgence. Ce résultat est comparable à ceux de Sanogo ZZ et al [3] au Mali en 2007 et Didier LJ et al [1] en 2018 au Niger qui ont trouvé 92,0% et 13,2% des patients en consultation ordinaire contre 8,0% et 5,5% en urgence. Dans notre étude ce résultat pourrait s'expliquer que la majorité de nos patients préfère aller en consultation ordinaire ou consulter un médecin dans son bureau malgré CHU GT est un centre d'urgence.

Tableau XXXX : Auteurs et signes fonctionnels et généraux.

Auteurs	Yahya AA [6] Maroc 2018	Diakité ML [2] Mali 2019	NOTRE ETUDE Mali 2022
Effectif	95	71	83
Douleur FID	26(27,36%) P=0,001	34(47,88%) P=0,198	37(55,4%)
Fièvre	3(3,15%) P=0,311	3(4,22%) P=0,184	1(1,2%)
Vomissements	19(20%) P=0,290	2(2,81%) P=0,001	13(15,7%)
Douleur HCD	10(10,52%) P=0,257	6(8,4%) P=0,129	12(14,5%)

La douleur au niveau de l'HCD et de la FID sont les symptômes les plus constants. La fréquence de 55,4% et 14,5% dans notre étude ne diffère pas à celui de Diakité ML[2] Mali 2019 qui a trouvé respectivement 47,88% et 8,4% avec ($p > 0,05$). Par contre inférieur à celui de Yahya AA [6] Maroc 2018 qui a trouvé 27,36% et 10,52% ($p=0,001$) avec ($p < 0,05$). Cette différence pourrait s'expliquer par l'origine étiologique mais aussi l'évaluation qualitative de la douleur par nos patients. La fièvre et les vomissements étaient également constants dans notre étude 1,2% et 15,7%. Ce résultat est similaire à ceux de Diakité ML[2] Mali 2019 et de Yahya AA [6] Maroc 2018 qui ont trouvé (3,15% et 20%) et (4,22% et 2,81%) avec ($p > 0,05$).

Tableau XXXIV : Auteurs et les signes physiques.

Auteurs	YahyaAA [6]Moroc 2018	Diakité ML[2]Mali 2019	NOTRE ETUDE Mali 2022
Effectif	95	71	83
Bloomberg positif	39(41,05%) P=0,078	42(59,15%) P=0,196	43(51,8%)
Murphy positif	4(42,10%) P=0,070	36(50,70%) P=0,003	26(31,3%)
Contracture abdominale	2(2,10) P=0,5	3(4,22%) P=0,184	1(1,2%)

Dans notre étude les signes physiques étaient principalement : Bloomberg positif et Murphy positif qui représentaient 51,8 % et 31,3% de cas. Ce résultat ne diffère pas à celui Yaya AA[6]Moroc 2018 qui a trouvé respectivement 41,05% et 42,1% de cas avec ($p > 0,05$). Par contre inférieur à celui de Diakité ML[2]Mali 2019 qui a trouvé 59,15% et 50,70% ($p=0,003$) ($p < 0,05$). Cette différence pourrait s'expliquer par l'expérience de l'examineur mais aussi l'évaluation qualitative de la douleur par nos patients. La contracture abdominale était présente aussi dans notre étude 1,2% de cas. Ce résultat ne diffère pas à ceux de Yaya AA[6]Moroc 2018 et de Diakité ML[2]Mali 2019 qui ont trouvé respectivement 2,10% ($p=0,5$) et 4,22% ($p=0,184$) des cas avec ($p < 0,05$).

1.2 .3 Pathologies en causes

- Appendicite aigue

Tableau XXXV : Auteurs et appendicite

Autres	Effectif	Appendicite	p-value
Maroc Yahya AA [6] en 2018	95	32,6	$p = 0,7458$
Diakité ML [2] Mali 2019	71	39,4	$p = 0,5658$
Cissé M et al [5]Sénégal 2009	100	18	$p = 0,0092$
Didier LJ et al [1] Niger 2018	447	5,59	
Notre série	83	34,9	-

Le diagnostic de l'appendicite aigue était le plus fréquent soit 34,9% des cas. Notre résultat est similaire à ceux de Diakité ML [2] Mali 2019, Yahya AA [6] Maroc 2018 et Didier LJ et al [1] Niger 2018 qui ont trouvé respectivement 39,4% ($p = 0,5658$); 32,6 ($p = 0,7458$) et 5,59 ($p = 0,9999$) des cas avec ($p > 0,05$). Par contre inférieur à celui de Cissé M et al [5]Sénégal 2009 qui a trouvé 18% ($p = 0,0092$) de cas avec ($p < 0,05$). Cette différence pourrait s'expliquer par leur effectif élevé en urgences d'une part et d'autre part par l'insuffisance de ressources humaines et la difficulté d'organisation de la coeliochirurgie en urgences dans notre service.

Plusieurs pathologies peuvent être prises en charge aux urgences par la coelioscopie dont l'appendicite aigue est très fréquente dans notre contexte [10]. Il a été démontré que la prise en charge des appendicites aigues peut se faire aujourd'hui en ambulatoire grâce à la coeliochirurgie [11].

- **cholécystite aigue**

Tableau XXXVI : Auteurs et cholécystite aigue

Auteurs	Effectif	Cholécystite aigue	p-value
Maroc Yahya AA [6] en 2018	95	57,1	$p = 0,9999$
Saeed A et al [7] 2010	162	90,4	$p = 0,9999$
Kaimba BM, Tchad [8] 2015	22	91,0	$p = 0,9999$
Diallo AT Guinée Conakry [9] 2010	73	80,8	$p = 0,9999$
Notre série	83	13,3	-

Le diagnostic de cholécystite aigue a été retrouvé dans 13,3% des cas dans notre étude. Ce résultat ne diffère pas à ceux retrouvés dans le tableau ci-dessous ($p=0,9999$) avec ($p > 0,05$). Cette similarité pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon dans les autres séries.

Traitement

- **Appendicectomie par coelioscopie**

Tableau XXXVII : Auteurs et appendicectomie par coelioscopie

Auteurs	Effectif	Appendicectomie par coelioscopie	p-value
Maroc Yahya AA [6] en 2018	95	6,45	$p = 0,9999$
Diakité ML [2] Mali 2019	71	39,2	$p = 0,6752$
Didier LJ et al [1] Niger 2018	447	5,35	$p = 0,9999$
Notre série	83	36,14	-

L'appendicectomie était le geste chirurgical le plus réalisé dans notre étude 36,14% des cas. Ce résultat ne diffère pas à ceux de Maroc Yahya AA [6] en 2018, Diakité ML [2] Mali 2019 et Didier LJ et al [1] Niger 2018 qui ont trouvé respectivement 6,45% ($p = 0,9999$) ; 39,2% ($p = 0,6752$) et 5,35% ($p = 0,9999$) avec ($p > 0,05$). L'appendicectomie sous coelioscopie est l'acte chirurgicale le plus

pratiqué dans la plupart des études. Elle constitue une option facile, sûre et bénéfique par la prise en charge des appendicites aiguës. Il a été démontré que la prise en charge des appendicites aiguës peut se faire aujourd'hui en ambulatoire grâce à la coelioscopie [10].

- **Cholécystectomie par coelioscopie**

Tableaux XXXXV auteurs et cholécystectomie cœlioscopie

Auteurs	Effectif	Cholécystectomie par coelioscopie	p-value
Diakité ML [2] Mali 2019	71	15,4	<i>p =0,9999</i>
Didier LJ et al [1] Niger 2018	447	58,02	<i>p =0,7028</i>
Notre série	83	32,52	-

La cholécystectomie a été réalisée chez 32,52% des patients dans notre étude. Ce résultat ne diffère pas à ceux de Didier LJ et al [1] au Niger 2018 et Diakité ML [2] Mali 2019 qui ont trouvé respectivement 58,02%($p=0,7028$) et 15,7%($p=0,9999$) des cas avec ($p > 0,05$). Ce résultat montre que la cholécystectomie par laparoscopie est devenue la technique de choix pour le traitement de la cholécystite aiguë [11,12]. Des études récentes ont largement démontré l'intérêt de la coelioscopie dans la cholécystectomie pour pathologies vésiculaires bénignes [13]. Aujourd'hui la cholécystectomie par coelioscopie représente le « goal standard », même chez les sujets obèses où elle porte tout son intérêt. C'est le geste le plus réalisé en chirurgie digestive par abord laparoscopique dans certaines études [14].

- **Traitement des péritonites et auteurs**

Auteurs	Effectif de péritonites sous coelioscopie	Pourcentage	P
ABDELKARIM Maroc 2018[16] N=95	4	4,2	0,1213
CISSE Sénégal 2015[17] N=144	68	55,3	0,0001
CASANELLI Côte d'Ivoire 2007[18] N=494	36	7,5	0,4119
Notre étude N =83	11	13,24	

Les progrès des techniques et la diffusion de la coelioscopie au cours des dernières années ont conduit à étendre ses indications aux urgences abdominales

La fréquence de péritonites dans notre étude a été de 13,24%. Cette fréquence est inférieure à celle de la série sénégalaise [17] (55,3%) avec $p < 0,05$.

Cette infériorité par rapport à la série sénégalaise [17] s'expliquerait par la multiplicité de leurs indications et leur période d'étude longue.

Par ailleurs cette fréquence ne diffère pas avec celles trouvées dans la série marocaine [18] (4,21%) et ivoirienne [18] (7,5%) avec $p > 0,05$.

Tableau XXXVIII : Durée d'hospitalisation postopératoire moins 4jours et auteurs

Auteurs	Pourcentage	P
Diakité ML Mali 2018	76	0,6893
ABDELKARIM Maroc 2018[27]	80	0,4722
Notre étude	57,83	

Dans notre étude la durée d'hospitalisation en moins de cinq jours était de 57,83%. Ce résultat ne diffère pas à ceux de Diakité ML au Mali et ABDEL KARIM au Maroc avec ($p > 0,05$). Cette similarité pourrait s'expliquer par le faible taux de complication dans notre contexte.

Durée moyenne de l'intervention et auteurs

Dans notre étude la durée d'intervention était comprise entre 46 et 60 min dans 41% des cas. La durée moyenne de l'intervention était de 45 minutes dans l'étude de Sanogo ZZ et al [3]. Didier LJ et al [1], ont rapporté que le temps opératoire moyen était de 62 minutes. Cette concordance pourrait s'expliquer par le faible taux de complications dans notre contexte. D'autres articles, montrent que la prise en charge des appendicites aiguës par laparoscopie est sûre, avec un temps opératoire qui peut être plus court (55 minutes, contre 70 minutes pour la laparotomie), avec moins de complications comparées à la laparotomie (de l'ordre de 5% de différence), et une réduction de la durée d'hospitalisation [15]. La coeliochirurgie est une technique encore en développement permettant une récupération rapide, avec une courte hospitalisation [6].

- **Conversion**

Tableau XXXIX: Répartition des auteurs selon taux de conversion

Auteurs	Effectif	Taux de conversion (%)	p-value
Didier LJ [1] Niger 2018	447	6	$p = 0,6636$
Diakité ML [2] Mali 2019	71	5,6	$p = 0,8209$
Cissé M et al [5]Sénégal 2009	100	20	$p = 0,0025$
Notre série	83	4,9	-

La conversion ne doit pas être perçue comme un échec mais comme une décision sage permettant de minimiser les complications peropératoires. Cette décision doit être rapidement prise, car un retard au-delà de 50 minutes elle aggrave la morbidité peropératoire [11]. Dans notre étude le taux de reconversion en laparotomie était de 4,9%. Ce résultat ne diffère pas à ceux de Didier LJ au Niger et Diakité ML au Mali qui avaient trouvé 6% et 5,6% de cas avec ($p > 0,05$). Mais inférieur à celui de Cissé M et al au Sénégal qui avait trouvé 20% ($p = 0,0025$) ($p < 0,05$). Cette différence pourrait s'expliquer par l'expérience de chirurgien. Mais aussi de l'échantillon d'étude car la sélection des patients pour la coeliochirurgie doit être faite de façon minutieuse pour minimiser les incidents/accidents et la qualité du plateau technique.

- **Evolution**

L'évolution était favorable dans la majorité des cas soit 96,4%. Trois (3) cas de complications post-opératoires ont été enregistré dont 2 cas d'infection du site opératoire et 1 cas d'hémorragie peropératoire. Au Niger, Didier LJ et al[1] ont rapporté une évolution favorable chez 99,35% des patients. Dans l'étude de Diakité ML 91,5% [2] des patients avaient une évolution favorable et Cissé M au Sénégal ont trouvé une évolution favorable dans 91% des cas.

CONCLUSION

La coelochirurgie représente actuellement un progrès considérable dans le traitement chirurgical de bons nombres d'affections en chirurgie digestive. Son application en urgence est de plus en plus fréquente notamment les appendicites aiguës, les cholécystites aiguës, les péritonites et dans les explorations à but diagnostique. Il est donc essentiel d'étendre nos indications en coelochirurgie sur d'autres pathologies. Pour cela beaucoup d'effort reste à faire dans la mise en place des infrastructures, la fourniture des matériels et la formation du personnel soignant. Les suites opératoires sont bonnes avec très peu de complications et un séjour hospitalier réduit. Le coût de la coelochirurgie comparativement à la chirurgie classique reste élevé.

BIBLIOGRAPHIES

1. Didier LJ, Adama S, Abdoulaye MB, Ide K, Hama Y, Chaibou MS, et al. La Pratique de la Coelioscopie dans un Service de Chirurgie Générale au Niger : le Cas de l'Hôpital National de Niamey. Health Sci Dis [Internet]. 5 févr 2018 [cité 6 nov 2022];19(1 (Suppl)). Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1019>
2. Diakité ML. Coelio-chirurgie en urgence au Centre Hospitalier universitaire Gabriel Touré. 2019 [cité 6 nov 2022]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5703>
3. Sanogo Z, Yéna S, Doumbia D, Ouattara M, Koita A, Sidibé S. Bilan de 45 mois d'activités de coeliochirurgie à Bamako. 2007;5.
4. Cui N, Liu J, Tan H. Comparison of laparoscopic surgery versus traditional laparotomy for the treatment of emergency patients. J Int Med Res. 1 mars 2020;48(3):0300060519889191.
5. Cissé M, Konaté I, Ka O, Dieng M, Tendeng J, Diop B, et al. La laparoscopie en urgence à la clinique chirurgicale de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar : les 100 premiers cas. 2009;4.
6. Yahya AA. Urgences viscérales et coeliochirurgie. Thèse Méd. Université Caddi Ayyad ; 2018, N°017 :111p. [Internet]. [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2018/these17-18.pdf>
7. Saeed A, Nawaz M, Noreen A, Ahmad S. Early cholecystectomy in acute cholecystitis: experience at DHQ Hospital Abbottabad. J Ayub Med Coll Abbottabad. sept 2010;22(3):182-4.
8. Kaimba BM, Mahamat Y, Akouya SD. [Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis gallstones: about 22 cases compiled at the Rebirth hospital of Ndjamena]. Pan Afr Med J. 2015;21:311.
9. Diallo AT, Soumaoro LT, Toure A, Conte A, Fofana H, Soumah MS, et al. Cholécystite aigue lithiasique: à propos de 73 cas opérés à l'Hôpital National Ignace Deen de Conakry. Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités. 2010;4(7):26-9.
10. Polliand C, Bayeh PJ, Barrat C, Champault G. Faut-il opéré les appendicites aigues par laparoscopique ? J Coelio-Chir 2004 ; 51 : 17-23.

11. Aboua G, Blegole C, Casanelli JM, Keita M, Keli E, Meneas G, et al. Bilan de quatre années de chirurgie laparoscopique à Abidjan. *Médecine Tropicale*. :481-4.
12. Keita M. Cholécystite aiguë lithiasique dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. 2012 [cité 6 nov 2022]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1255>
13. Laurent C. Indications de la laparoscopie en chirurgie générale et digestive. Recommandations factuelles de la Société française de chirurgie digestive (SFCD). *Annales de Chirurgie* [Internet]. 1 janv 2006 [cité 6 nov 2022]; Disponible sur: https://www.academia.edu/33261932/Indications_de_la_laparoscopie_en_chirurgie_g%C3%A9n%C3%A9rale_et_digestive_Recommandations_factuelles_de_la_Soci%C3%A9t%C3%A9_fran%C3%A7aise_de_chirurgie_digestive_SFCD_
14. Youssef H. la cholécystectomie laparoscopique, expérience du service de chirurgie viscérale A du CHU Hassan II Fès(Maroc). Thèse de doctorat en Médecine 2014. 84-99.
15. Yau KK, Siu WT, Tang CN, Yang GP, Li MK. Laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis. *J Am Coll Surg*. 2007 Jul;205(1):60-5.
16. ABDELKARIM. Urgences viscérales et coeliochirurgie. Thèse de doctorat en médecine, N°017, Maroc 2018.
17. CISSE. Apport de la laparoscopie devant les urgences abdominales au CHU A le Dantec de Dakar, à propos de 144 cas. *Le journal de coeliochirurgie – Edition numérique–N°95-septembre 2015*.
18. J.M. CASANELLI, E. KELI, J. N'DRI, G. ABOUA, M. KEITA, G. MENEAS et al. Bilan de quatre années de chirurgie laparoscopique à Abidjan. *Med Trop* 2007; 67: 481-484.

IV- RECOMMANDATIONS

AUX AUTORITES SANITAIRES

- La dotation d'une unité de formation en coeliochirurgie.
- La formation des ingénieurs biomédicaux permanents et des infirmiers de blocs pour la coelioscopie.
- La mise en place d'un système pérenne d'approvisionnement en consommables.

AUX PRATICIENS HOSPITALIERS

- Le renforcement du compagnonnage pour améliorer la courbe d'apprentissage pour les jeunes chirurgiens.
- La promotion de la coeliochirurgie par des campagnes d'information à l'endroit du public.

ANNEXES

ICNOGRAPHIE :



Image n°1 : SALLE DE COELIOCHIRURGIE



Image n°2 : COLONNE DE COELIOCHIRURGIE



Image n°3 : TABLE DE COELIOCHIRURGIE



Image n°4 : APPAREIL D'ANESTHESIE



Image n°5 : INSTRUMENTS COELIOSCOPIQUES

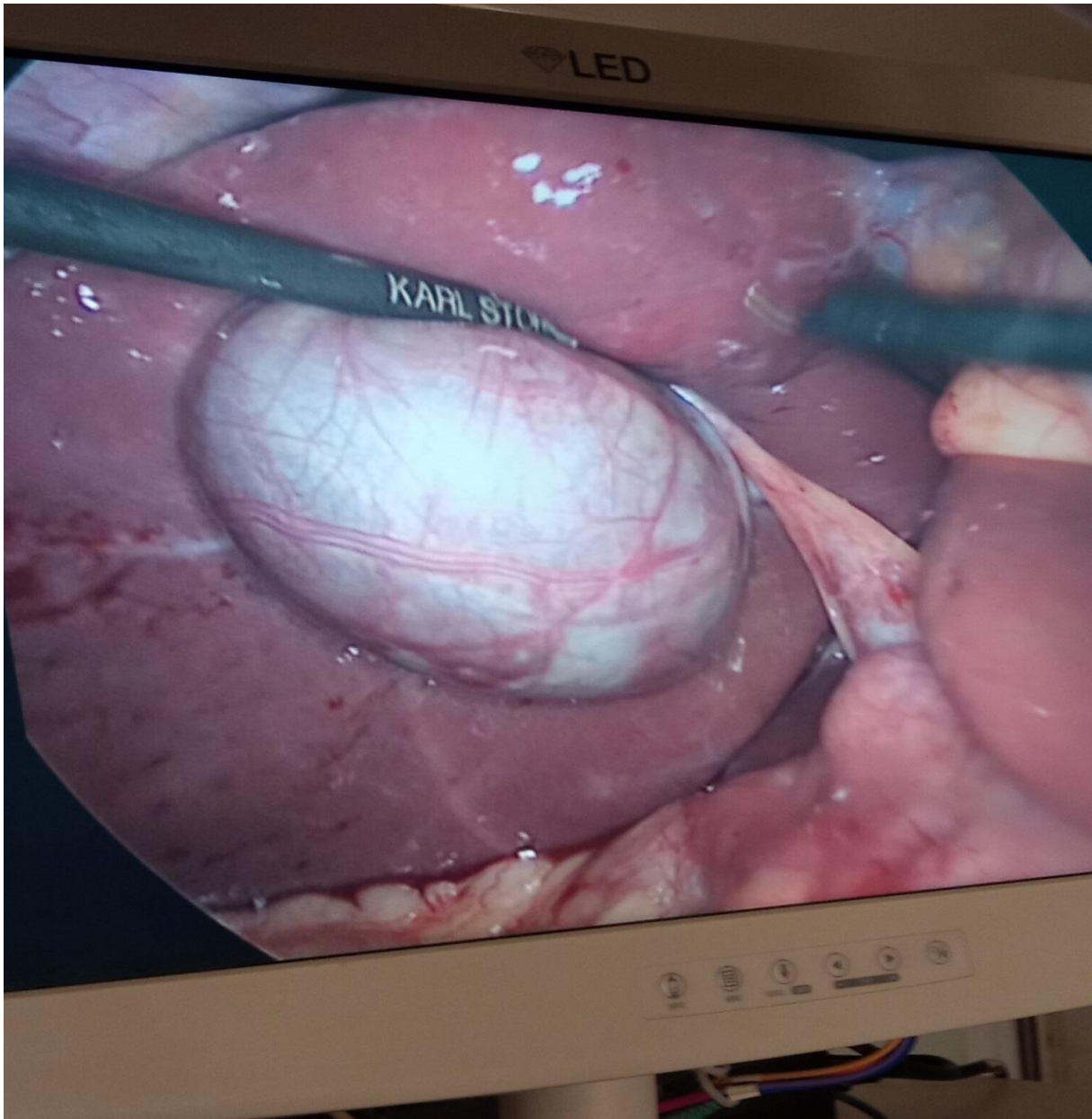


Image n°6 : VUE DE LA VESICULE BILIAIRE AU COURS D'UNE CHOLECYSTECTOMIE

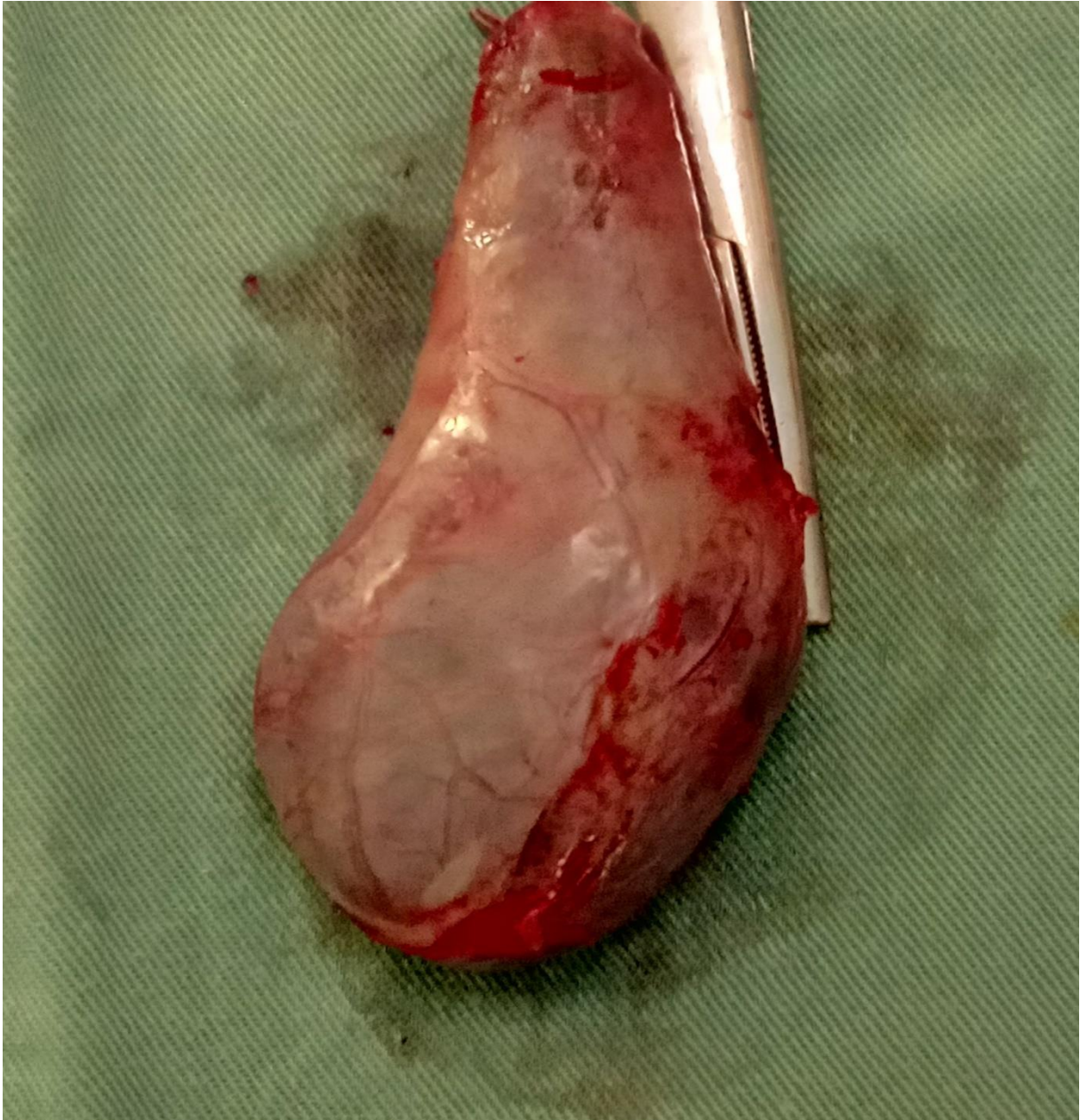


Image n°8 : VESICULE BILIAIRE APRES CHOLECYSTECTOMIE

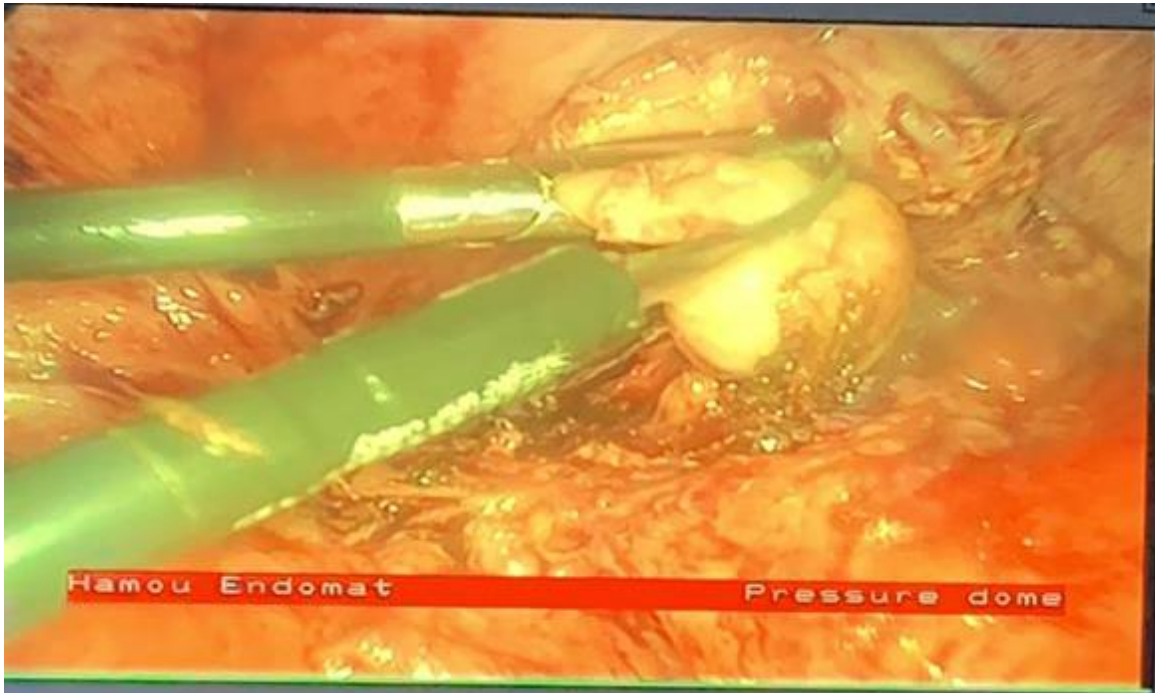


Image n°9 : Appendicectomie sous cœlioscopie



Image n°10 : Appendicectomie sous cœlioscopie

RESUME :

Les urgences chirurgicales sont des affections qui, pour la plupart, faute d'une intervention obtenue sans délai, font succomber les patients en quelques heures ou en peu de jours [1]

La coelio-chirurgie ou chirurgie laparoscopique est une technique chirurgicale permettant d'intervenir sous le contrôle d'un endoscope (tube muni d'un système optique), introduit dans la cavité abdominale préalablement distendue par un pneumopéritoine artificiel [1]. Ce travail a été initié dans le but d'évaluer la place de cette technique dans la prise en charge des pathologies d'urgence par voie coelioscopie.

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective et prospective allant de janvier 2020 à Août 2022 dans le service de chirurgie générale du CHU GT soit une période de 32 mois, incluant tous patients quel que soit la pathologie ayant bénéficié d'une intervention coelio-chirurgicale avec ou sans conversion à la chirurgie conventionnelle en urgence. Au cours de cette étude nous avons enregistré 83 patients opérés en urgence par coelio-chirurgie. La chirurgie urgente était majoritaire dans 62% de cas suivie de la chirurgie différée dans 38%. Les principales indications étaient : appendicite aigue 34,9% ; cholécystite aigue 12% ; péritonites appendiculaires 9,6% et abcès du foie 6,12%

L'âge moyen des patients était de 37 ± 14 ans avec des extrêmes allant de 16 à 74 ans. Le sexe masculin était prédominant avec 59% des cas. La douleur de la FID était le signe fonctionnel le plus signalé soit 55,4% des cas et le Bloomberg était positif chez 51,8% des cas.

La conversion en chirurgie classique a concerné 4 patients soit 4,9%. Les suites opératoires étaient simples dans 96,4% des cas avec une durée d'hospitalisation de moins de 4 jours dans 30,9% des cas. La majorité des patients était très satisfait avec un taux de 61,4% des cas

Conclusion : la coeliochirurgie est une avancée majeure et sûre dans la prise en charge des urgences chirurgicales abdominales.

Mots clés : coelio-chirurgie, Urgence, Mali.

Auteur : Bambaké DEMBELE

1 :1^{ère} catégorie 2 :2^{ème} catégorie 3 :3^{ème} catégorie

Q14 : Mode de recrutement

1 : Urgence 2 : Consultation ordinaire

Q15 :

Date

d'entrée.....
...../ / / /

Q16 :

Date de sortie...../ / / /

Q17 : Durée d'hospitalisation

Pré op...../ / /

Q18 : Durée d'hospitalisation

Post op / / /

II. Description du malade

Q19 : Classe ASA

1 :ASA1 2 :ASA2 3 :ASA3 4 :ASA4 5 : Urgence

Q19a :

Etat

nutritionnel.....
.....

Indice masse corporel.....

Taux

d'Hémoglobine :.....
.....

Indice de performance OMS :.....

Q19b : Facteurs Co morbidités (pathologie et tares associées)

.....
.....

.....
Q20 : Score de NNISS

1 :Score0 2 :Score1 3 :Score2 4 : Score 3

Q21 :Score : 1 : Oui 2 : Non

III. Diagnostic du patient

Q22 : **Diagnostic Clinique :**

Q22a : Signes fonctionnels:...../ /

1 : Ictère 2 : Prurit 3 : Douleur de la FID
4 : vomissement 5 : Douleur de l'hypochondre droit

Q22b : Signes physiques :...../ /

1: Murphy positif 2: Mac Burney positif 3: Bloomberg positif
4 : autres à

Préciser.....

Q23 : **Diagnosticparaclinique :**

Q24: ASP:...../

1 : normal 2 : pas fait
3 : Si anormal, préciser :.....

Q25 :
TDM :.....
...../ /

1 : normale 2 : pas fait

Si anormale, préciser :.....

Q26: Echographie abdominopelvienne/ /

1=normale 2 : pas fait

Si anormale, préciser:.....

Q27:Diagnostic préopératoire :.....

Q28 : Diagnostic

Peropératoire :.....
.....

Q29 : Apport Diagnostic :.....

IV. TRAITEMENT

Q30 : Nature de l'intervention
...../ /

1 : Urgente 2 : Semi urgente 3 : Programmée

Q31:Type d'intervention :..... / /

1 : Propre 2 : Propre contaminée 3 : Contaminée
4 : Sale

Q32 : Technique opératoire

Q33 : Incidents et accidents

peropératoire..... / /

1 : néant 2 : incident technique 3 : hémorragie
4 : blessure d'un organe abdominale

Q34:

Qualification de l'opérateur :.....

1 : Chirurgien plus de 5 ans 2 : DES 3 : Chirurgien moins de 5 ans

Q 35:Qualificatif de l'aide chirurgien :.....

1 : Chirurgien plus de 5 ans 2 : DES 3 : Chirurgien moins de 5ans

Q 35a :Si autres à préciser :.....

Q 36 : Durée de l'intervention

en mn :.....

Q 37 : Traitement post opératoi...../ /

1 :1 antalgiques 2: antibiotiques

3 : Autres à précise.....

V. SUITES POST PORATOIRES

Q 38: Suites Simples : 1 : Simple 2 : Compliqué

Q39 : Type de complication :..... / /

1 : ISO 2 : Hémorragie 3 : Péritonite post op 4 : Décès

5 : Autres à préciser.....

Q40 : Date de survenue de la complication :..... / / /

Q41 : Classification de CLAVIEN DINDON :..... / /

1 : Grade I 2 : Grade II 3 : Grade III 4 : Grade IV
5 : Grade V

VI. SATISFACTION DES PATIENTS

Q42 : Etes-vous satisfait des informations données par le chirurgien l'ors de la consultation préopératoire (sur votre de santé, votre opération, la complication possible).....
..... / /

1 : Très satisfait 2 : Satisfait 3 : Assez satisfait 4 : Peu satisfait
5 : Pas du tout satisfait 6 : Aucune

Q43 : Etes-vous satisfait des informations données par l'anesthésiste l'ors de la consultation pré anesthésique(CPA).....
..... / /

1 : Très satisfait 2 : Satisfait 3 : Assez satisfait 4 : Peu satisfait
5 : Pas du tout satisfait 6 : Aucune

Q44 : Pensez-vous que l'accueil qu'avez reçu lors de votre arrivée dans l'unité était
..... / /

1 : Excellent 2 : Très bon 3 : bon
4 : Mauvais 5 : Très mauvais 6 : Aucune

Q45 : Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter la confidentialité étaient.....
..... / /

1 : Excellentes 2 : Très bonnes 3 : bonnes
4 : Mauvaises 5 : Très mauvaises 6 : Aucune

Q46 : Quel est le délai de votre prise en charge (de votre arrivé à l'hôpital à votre

intervention)

...../ /

1 : 24 H 2 : 48 H 3 : 72 H 4 : Autres à préciser

Q47 : Pendant cette hospitalisation, avez vous eu des douleurs(EVA)...../ /

1 : EVA (1-3) 2 : EVA (3-6) 3 : EVA (6-10)

Q48 : Si vous avez eu des douleurs, elles ont été prise en charge de manière.....

...../ /

1 : Excellentes 2 : Très bonnes 3 : bonnes

4 : Mauvaises 5 : Très mauvaises 6 : Aucune

Q49 : Etes-vous satisfait de la qualité des cicatrices...../ /

1 : Excellentes 2 : Très bonnes 3 : bonnes

4 : Mauvaises 5 : Très mauvaises 6 : Aucune

Q50 : Après combien de jour avez-vous commencé la reprise de vos activités après la sortie.....

...../ /

1 : 5 jours 2 : 10 jours 3 : 15 jours 4 : 20 jours

Q51 : Après votre retour à domicile, avez-vous ressenti des douleurs au niveau de la zone opéré.....

...../ /

1 : Pas de douleur 2 : Faibles 3 : Modérées

4 : Intenses 5 : Extrêmement intenses 6 : Aucune

Q52 : Après votre retour à domicile, avez-vous ressenti d'autres inconforts liés à votre opération.....

...../ /

1 : Pas d'inconforts 2 : Faibles 3 : Modérées

4 : Intenses 5 : Extrêmement intenses 6 : Aucune