

**MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une foi

UNIVERSITE DE BAMAKO



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

(F.M.P.O.S)

Année académique : 2007-2008

N°..... /2008

TITRE

**EPIDEMIOLOGIE DES URGENCES MEDICO-
CHIRURGICALES AU SERVICE DES
URGENCES DU CHU GABRIEL TOURE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le .../... / 2008
à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie

Par

Mr Oumar KONE

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**
DIPLOME D'ETAT

Jury

Président : Pr Tieman Coulibaly

Membres : Dr Mahamane Traore

Codirecteur de thèse : Dr Mohamed A Cisse

Directeur de thèse : Pr Abdoulaye Diallo

Dédicaces et remerciements

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail

- **Allah (S.W.A) le Tout Puissant, le Miséricordieux, le Clément pour m'avoir permis d'accomplir ce travail.**

A toi je remets toute mon existence.

Et à son Prophète Mohamed, Ahamadou, Hamidou (S.A.W).

Aux grands Khalifs du Prophète (P.S.L)

- Aboubacar Sidiki ;
- Oumar Boun Khatab ;
- Ousmane Boun Affane ;
- Aliou Boun Abou Thalib

- **A mes parents :**

Ce travail est la manifestation de l'affection que j'ai pour vous et l'infini témoignage de ce que je vous dois. Votre vœux le plus ardent a été d'avoir un fils médecin ; aujourd'hui c'est chose faite.

Que Dieu vous accorde santé et longévité pour savourer avec moi, le fruit de votre labeur.

- **A ma grande mère :** in memoriam Kadia Fané dite Noumou Kadia

Tu as été une mère et non une grande mère car c'est toi qui dirigeas mes premiers pas sur cette terre.

J'aurai voulu que tu sois parmi nous en ce jour.

Tes sages conseils, tes bénédictions, tes doux mots d'encouragements et de consolation m'ont marqué l'esprit.

Dors en paix chérie.

- **A mes frères et sœurs :** Bourama, Mariam, Magna, Issa, Kadidia, Oumou, Modibo, votre soutien a toujours été une source d'encouragement pour moi. Que le Tout Puissant nous accorde longue vie, afin que nous puissions bâtir une famille unie et prospère.

○ **A mes amis :**

- Feu Kouressi Aguibou TALL
- Feu Abdoul Fatah TRAORE
- Feu Boubacar S. KONE

J'aurais tant souhaité partager avec vous ces instants sublimes. Mais le destin en a décidé autrement.

Que vos âmes reposent en paix. Amen.

○ **Mes remerciements vont à l'endroit :**

Des familles de :

- Adama FANE Bamako Kalaban – coura ACI
- Feu Kouressi TALL Ségou Darsalam
- Soumana KONE Ségou Hamdallaye
- Botié DIARRA Bamako Magnambougou
- Allaye DIA Bamako Kalaban coura ACI
- Seydou MALE Bamako Djélibougou

De mes Maîtres :

- Dr CISSE Mamadou A, Dr DJIBO Django, Dr SIDIBE Souleymane, Dr KASSABARA Boubou, Dr DOUMBIA Modibo, Dr KASSOUGUE André, Dr BOMOU Yamadou, Dr TOURE A Salia.

Veillez accepter mes vifs et sincères remerciements pour votre disponibilité et la qualité de l'encadrement reçu.

De mes promotionnaires du service :

Bane, Konaté, Bolez, Wattara, Aiba, Kanta, Berthé, Kané, en souvenir des bons moments passés ensemble. Merci pour votre complicité et franche collaboration.

Au personnel du service des urgences du C.H.U Gabriel TOURE.

Merci pour votre étroite et franche collaboration.

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

Encore merci.

Hommage aux membres du jury

Hommage aux membres du jury

A notre maître et président du jury :

Professeur Tieman Coulibaly,

Maitre de conférence agrégé en ortho traumatologie,

Honorable 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, votre amour du travail bien fait, expliquent l'estime que vous portent vos pairs et les étudiants de la faculté.

Veillez accepter cher maitre, l'expression de notre grande admiration et notre profonde gratitude.

A notre maître et juge :

Dr Mahamane Traore,

Chirurgien généraliste,

Praticien hospitalier,

Cher maitre,

Nous sommes très touché par votre franchise et votre modestie dans vos activités de tous les jours.

Vos critiques, vos suggestions, vos encouragements ont été d'un apport capital pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Permettez nous cher maitre de vous exprimer toute notre reconnaissance et notre respect.

A notre Maître et codirecteur de thèse

Docteur Mamadou A Cissé

Spécialiste en médecine d'urgence et de catastrophe

Chef de service adjoint des urgences chirurgicales de l'Hôpital

Gabriel Touré

Nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage et votre exigence pour le travail bien fait.

Vos critiques, vos suggestions et vos encouragements ont été d'un apport capital pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Permettez nous, cher maître de vous exprimer toute notre reconnaissance et notre respect.

A notre maitre et directeur de thèse

Professeur Abdoulaye Diallo

Médecin colonel

Maitre de conférence agrégé en anesthésie - réanimation

Chef du service d'anesthésie-réanimation polyvalente du CHU

Gabriel Toure.

Cher maitre,

Votre disponibilité constante, votre compétence, votre exigence pour le travail bien fait, vos immenses qualités humaines nous ont marqués a jamais.

La clarté de votre enseignement et votre grande culture scientifique imposent respect et admiration.

Soyez rassure cher maitre de notre profonde gratitude.

Abbreviations

LES ABREVIATIONS :

A.A.G : Asthme Aigue Grave
A.V.C : Accident Vasculaire Cérébral
A.V.P : Accident de la Voie Publique
C.B.V : Coups et Blessures Volontaires
C.C.M.U : Classification Clinique des Malades des Urgences
C.H.U : Centre Hospitalo Universitaire
E.C.G : Electro Cardio Gramme
E.U: Extreme Urgence
H.E.D: Hematome Extra Dural
H.G.T: Hospital Gabriel Touré
H.I.V: Human Immunodéficiens Virus
H.S.D: Hematome Sous Dural
H.T.A: Hypertension Arterielle
I.N.P.S: Institut National de Prévoyance Sociale
I.L.6 :Interleukine-6
I.I.A : Invagination Intestinale Aigue
I.R.M : Imagerie par Résonance Magnétique
K.G : Kilogramme
O.A.P : Oedème Aigue du Poumon
O.R.L : Oto-Rhyno-Laryngologie
S.A.M.U : Service d'Aide Médicale d'Urgence
S.A.R : Service d'Anesthésie et de Réanimation
S.A.U : Service d'Accueil des Urgences
S.A.O2 : Saturation artérielle en oxygène
S.U.C : Service des Urgences Chirurgicale
T.A : Tension Artérielle
T.C : Traumatisme Crânien
T.D.M : Tomodensitométrie
T.N.F: Tumor Necrose Factor
U.B.S : Unité de Brûlure Standard
U.I.V : Urographie intraveineuse

Sommaire

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION

II- OBJECTIFS

III- GENERALITES

1- Définition

2- Classification

3. Classification Clinique des Malades aux Urgences (C.C.M.U)

4. Classification Glasgow

IV- METHODOLOGIE

A- Cadre d'étude

B- Période d'étude

C- Type d'étude

D- Variables

E- Critères d'inclusion

F- Critères de non inclusion

V- RESULTATS

1. Les résultats de l'accueil – tri

2. Les résultats du déchoquage

3. Les résultats au niveau des soins intensifs

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VII- CONCLUSION

VIII- RECOMMANDATIONS

IX- BIBLIOGRAPHIE

Introduction

I- INTRODUCTION

Dans les pays en voie de développement particulièrement en Afrique subsaharienne les problèmes sanitaires sont encore caractérisés par la persistance des maladies épidémiques dans un contexte économique défavorable.

Cette situation oblige les responsables des services de santé à faire des choix spécifiques mettant en première ligne la santé publique et les soins de santé primaire [27]. Un constat s'impose à nous ; la population urbaine ne cesse de croître du fait de l'exode rural.

Par ailleurs le développement économique et ses corollaires (urbanisation, industrialisation) favorisent l'émergence des pathologies nouvelles non répandues il y a quelques temps dans les pays du Sud. notamment :

- les affections cardiovasculaires : infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque.
- Les maladies de la civilisation : dépression, tentative d'autolyse, alcoolisme, drogue, délinquance, criminalité.
- Les traumatismes de la voie publique. [28]

Tous ces changements entraînent une diversification des problèmes de santé, il devient donc impératif de proposer des solutions pour venir en aide aux populations particulièrement touchées.

La Médecine d'urgence serait une solution innovante pour atténuer les conséquences de ces problèmes de santé.

La Médecine d'urgence est la médecine la plus active, elle s'exerce à domicile, sur les lieux de travail, sur la route, à l'hôpital car si les malades des urgences sont habituellement amenés aux médecins, il est préférable d'aller à eux hors de l'hôpital afin d'intervenir dans les précieuses minutes qui suivent un accident ou un malaise. [29]

L'aide médicale d'urgence est le dispositif mis en place par un Etat pour apporter une aide médicale aux personnes victimes d'un accident ou une

affection brutale et inattendue. Le concept d'aide médicale d'urgence est basé sur la nécessité de fournir dans les délais correspondants au degré de gravité de l'urgence la réponse techniquement et humainement la mieux adaptée [29].

Au Mali, l'organisation des urgences ne répond à aucun schéma préétabli.

En effet, il n'existe pas de structures de prise en charge pré hospitalière, de type "S.A.M.U".

Certains malades sont évacués sur le service des urgences par la protection civile ou la police, les autres viennent d'eux mêmes ou transportés par la famille, ou par des personnes de bonne volonté témoins d'un accident par exemple.

Seules les évacuations à partir des centres de santé périphériques ou régionaux non équipés sont assurées par les ambulances non médicalisées.

En cas de catastrophe, les blessés sont évacués par tous les moyens de bord sur l'hôpital, ce qui déplace la catastrophe de son site sur la structure d'accueil.

En France, les urgences ont fait l'objet d'études récentes portant sur l'organisation pré hospitalière et hospitalière et sur la formation du personnel impliqué à différent niveau. [32]

En cas d'urgence, c'est au généraliste assurant la garde de proximité de s'assumer ou de déclencher s'il l'estime nécessaire la chaîne de secours en appelant au S.A.M.U (centre 15), ou au service départemental d'incendie et de secours (n° d'appel 18) ou dans certaines situations à la police ou à la gendarmerie (n° 17) et le numéro d'appel européen (112). C'est l'interconnexion 15 - 18 qui permet la régulation médicale, déclenche le moyen de transport le plus adapté à chaque cas et détermine le centre d'accueil choisi. [32]

Dans tous les cas l'organisation du secours est indissociable voire inhérente au devoir du médecin. En France l'article 9 du code de déontologie médical est formel «tout médecin qui se trouve en présence

d'un malade ou d'un blessé en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires».

Au Mali ce sont les articles 5 et 28 du code de la déontologie médicale qui fixent le devoir du médecin face à la personne en détresse : [33]

- Selon l'Article 5 «tout médecin quelle que soit sa fonction ou sa spécialité sauf cas de force majeure, est tenu de porter secours d'urgence à un malade en danger immédiat si une autre assistance ne peut être assurée».

- L'Article 28 stipule «devant le caractère d'urgence des soins que réclame l'état d'un mineur ou d'un handicapé, lorsqu'il est impossible d'avoir en temps utile, l'avis du représentant légal, le médecin appelé doit donner les soins qui s'imposent».

L'orientation ou la décision, au terme d'une démarche médicale d'urgence ne doit pas être hasardeuse, mais la plus adaptée et la plus pertinente en fonction des possibilités offertes. Qu'il s'agisse de déplacer un patient (et de déterminer par quel moyen) de l'hospitaliser (et de déterminer dans quelle unité) ou de renoncer à l'hospitaliser (et délivrer des conseils, des prescriptions, orientation vers une consultation...).

Ces impératifs supposent l'existence d'un système intégré et doté de capacité " d'absorber ", d'évaluer, de trier, d'orienter et de dispatcher tous les malades à travers les différents accès que ce système offre [27].

Les Services d'Accueil des Urgences (S.A.U) sont des composantes importantes dans le système moderne des soins médicaux et chirurgicaux, les malades qui s'adressent à ces services se présentent avec une variété de problèmes et ces malades sont traités par plusieurs spécialistes.

Le service des urgences étant le service porte de l'hôpital Gabriel Touré, il se doit de pouvoir répondre à la préoccupation sans cesse croissante de la population. Il reçoit tous les types d'urgences à l'exception des urgences obstétricales qui sont reçu directement au niveau du service de gynéco-obstétrique de l'hôpital.

C'est pour avoir un aperçu des différentes pathologies et leurs proportions que nous nous proposons de faire une étude épidémiologique sur les urgences admises au S.U.C pendant la période d'une année.

objectifs

I. OBJECTIFS :

1- Objectif Général :

Evaluer les différentes urgences médicales et chirurgicales reçues au Service des Urgences pendant 12 mois.

2- Objectifs spécifiques :

- Enumérer les différents types d'urgences reçues au niveau de ce service.
- Déterminer la fréquence des principales pathologies au cours de l'année.
- Identifier les causes de décès au service des urgences de l'hôpital Gabriel Touré.
- Déterminer le nombre de malades pris en charge au niveau de chaque secteur du service.

Généralités

III- GENERALITES

I. DEFINITION :

L'URGENCE :

L'Urgence vient du terme Grec : (Urgens qui signifie : pressé)

Selon le nouveau Larousse Médical, « l'urgence » est l'ensemble des soins médicaux ou chirurgicaux qui doivent être pratiqués sans délais.

L'urgence médicochirurgicale peut se définir comme toute circonstance, qui par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale et/ou chirurgicale, présumée efficace n'est pas entreprise immédiatement [1].

II. CLASSIFICATION DES URGENCES :

En pratique courante et en médecine d'urgence on distingue Cinq catégories d'urgences selon la notion de catégorisation militaire française :

- **Extrême urgence (E.U) :** Ce sont des blessés en danger de mort à très court terme et dont le traitement doit être réalisé immédiatement.

Exemples :

- Les asphyxies ranimées ou en cours de réanimation ;
- Les hémorragies importantes non garrottables :
 - + Les hémorragies internes.
 - + Certaines hémorragies artérielles mal arrêtées par la compression et rendant impossible la pose d'un garrot (plaies au cou, de l'aisselle, de l'aîne).
- Les grands choqués : grands brûlés, grands choqués traumatisés.

➤ **Première urgence (U1) :**

Ce sont des blessés en danger de mort dans un bref délai, sous réserve d'une réanimation cardio-pulmonaire ; l'intervention chirurgicale peut être différée de 6 heures. C'est le cas de la plupart des polytraumatisés, des blessures de l'abdomen etc.

➤ **Deuxième urgence (U2) :**

Ce sont des blessés non immédiatement en danger de mort et dont le traitement chirurgical, sous réserve, de quelques soins peut être retardé. C'est le cas des fractures de membres, des plaies articulaires etc.

➤ **Troisième Urgence (U3) :**

Ce sont des blessés légers et dont le traitement chirurgical peut attendre.

Ces deuxième et troisième urgences se regroupent dans la catégorie des urgences relatives.

➤ **Eclopés de la 5^{ème} catégorie :**

Faite de blessés très légers ne nécessitant que des soins simples, dans la mesure où, ils sont examinés et soignés sur place par un Médecin, ils ne sont pas dirigés vers le poste de triage, ils peuvent être renvoyés sur leurs unités.

Au Service des Urgences Chirurgicales nous recevons 2 types d'urgences : les urgences chirurgicales et les urgences médicales.

Parmi les urgences chirurgicales, nous avons les urgences chirurgicales traumatiques et les urgences chirurgicales non traumatiques.

1. Les urgences chirurgicales :

Les urgences chirurgicales traumatiques :

Traumatismes :

Ils sont constitués par l'ensemble des manifestations lésionnelles locales ou générales provoquées par l'action brutale d'un agent vulnérant sur une partie quelconque du corps.

Ils comprennent :

les contusions :

Ce sont des lésions des tissus profonds (muscle, vaisseau, nerf, etc.) causées par des traumatismes avec meurtrissures des tissus sans ruptures de la peau. Le mécanisme de la contusion est double :

- le corps contondant animé d'un mouvement propre vient frapper le sujet. C'est la contusion active.
- Le corps du sujet lui-même en mouvement est projeté par le corps contondant immobile. C'est la contusion passive [9].

Ecchymoses :

Tâches tantôt noires, tantôt brunes ou jaunâtres qui résultent de l'infiltration des tissus cellulaires par une quantité variable de sang, elle peut apparaître sur la peau, les muqueuses ou les séreuses [34].

Les Fractures :

- La fracture est une solution de continuité complète ou incomplète avec ou sans déplacement des éléments du squelette (des os).

Les fractures incomplètes ne s'observent que chez l'enfant, c'est la classique fracture en « bois vert » [43].

Les fractures complètes s'observent par :

Le trait de fracture qui peut être transversal, oblique, spiroïde, comminutif.

Le déplacement des fragments pouvant se faire par ascension suivant la longueur de l'os : c'est le chevauchement ; par translation suivant l'épaisseur ; par rotation si l'un des fragments tourne au tour de son axe

longitudinal, tandis que l'autre reste immobile ; par angulation entre les fragments.

Les fractures peuvent être ouvertes ou fermées.

➤ Les signes cliniques des fractures : [44]

Sur le plan clinique une fracture se traduit par des douleurs, une impotence fonctionnelle.

L'examen clinique se traduit par une déformation qui constitue un des signes majeurs de diagnostic clinique d'une fracture. On note aussi un point douloureux vif, bien limité exquis qui peut être décelé au niveau du trait de fracture.

➤ La radiographie confirme la fracture et le déplacement.

➤ Le traitement est fonction du type de fracture.

Dans le traitement des fractures fermées ; l'immobilisation doit être la première intention. Cette immobilisation doit être accompagnée d'un traitement médical à base d'anti-inflammatoires et d'antalgiques.

Pour ce qui est des fractures ouvertes en plus de l'immobilisation, un pansement convenable et une antibiothérapie correcte s'imposent.

Le traitement des fractures avec déplacement des fragments nécessite une réduction puis une contention plâtrée ou une ostéosynthèse.

Les Plaies [44]:

Une plaie est une solution de continuité du revêtement cutané qui dans certaine condition peut poser des problèmes de chirurgie réparatrice.

On distingue : les piqûres, les coupures et les plaies contuses.

Une piqûre est habituellement une effraction tégumentaire limitée ou le risque essentiel est l'infection. Son traitement est simple et consiste en une désinfection locale.

La coupure est une ouverture plus ou moins étendue et plus ou moins profonde de la peau au bord rectiligne. Lorsque la coupure est de dimension assez importante, son traitement doit être chirurgical pour éliminer tout risque d'infection et d'hémorragie.

Les plaies contuses sont des plaies aux bords déchiquetés.

1.1.1.5. Les Luxations [44]:

La luxation est un déplacement ou un écartement produit entre deux surfaces articulaires qui normalement se trouvent bout à bout.

Si la perte des rapports est partiellement modifiée il s'agit d'une subluxation.

On distingue deux grandes variétés de luxations :

- les luxations traumatiques
- les luxations congénitales

Signes cliniques des luxations :

Le diagnostic se base devant l'association de trois éléments :

La douleur, la déformation, l'impotence fonctionnelle.

Dès que le diagnostic de luxation est posé après contrôle radiologique et examen clinique complet, la réduction doit être pratiquée d'urgence puis immobilisation plâtrée ou par bandage. Dans des cas exceptionnels où la réduction ne peut être obtenue par des manœuvres externes, il faut alors pratiquer une réduction sanglante ; ceci également pour des luxation récidivantes.

1.1.1.6. Les entorses [44] :

Une entorse est une lésion traumatique d'une articulation provoquée par un mouvement brutal de distorsion avec élongation ou arrachement des ligaments sans déplacement des surfaces articulaires, ni fractures.

On distingue les entorses bénignes et les entorses graves.

- **Les entorses bénignes :** sont consécutives à un mouvement, mettant brutalement en torsion des ligaments d'une articulation, se traduisant par l'apparition d'une douleur vive à la mobilisation et d'une tuméfaction articulaire. L'examen recherchera l'existence

de points douloureux au niveau du ligament étiré et de mouvements anormaux.

Le traitement est simple, une immobilisation de l'articulation par un bandage compressif et élastique qui devra être maintenu dix à douze jours. La guérison est obtenue en 7 – 10 jours.

- **Les entorses graves :** sont caractérisés par l'existence des mouvements anormaux dus à l'arrachement ligamentaire. La recherche de ces mouvements est très douloureuse, pratiquée parfois sous anesthésie générale.

La radiographie montre l'arrachement ligamentaire. Le traitement est difficile avec possibilité de séquelles fonctionnelles. L'immobilisation plâtrée est maintenue plusieurs semaines ; un traitement chirurgical peut être envisagé lorsque persiste une instabilité articulaire. La guérison est obtenue en quinze jours.

1.1.1.7. Les claquages : [44]

Un claquage est la rupture à la suite d'un effort violent de quelques fibres d'un muscle non échauffé ou fatigué. Il se traduit par une vive douleur exagérée par la mobilisation de la région atteinte. La mise au repos de la région intéressée est la première chose à faire. Des applications de glace peuvent au début limiter l'extension de l'épanchement sanguin. Des massages doux ne seront entrepris qu'après quelques jours.

1.1.1.8. Les traumatismes crâniens :

Ils représentent un choc accidentel sur le crâne, compliqué ou non de lésions de l'encéphale [43].

On appelle traumatisé crânien ou crânio-cérébral ou cranio-encéphalide tout blessé qui à la suite d'une agression mécanique directe ou indirecte sur le crâne présente immédiatement ou ultérieurement des troubles de la conscience traduisant une souffrance encéphalique diffuse ou localisée allant de l'obnubilation au coma.

Il est dit grave lorsque l'évaluation de l'échelle de Glasgow est inférieure à 8 [45]. Les différentes lésions des traumatismes crânio-encéphaliques sont :

- ✓ **Les plaies du cuir chevelu** au sein desquelles figurent des plaies cutanées. Ce sont des plaies petite taille à bords francs peu hémorragiques ou des plaies étendues avec un saignement important.
- ✓ **Les enfoncements** : ils correspondent à une pénétration au dessous du plan crânien d'un fragment osseux fracturé.
- ✓ **Les hématomes extraduraux (H.E.D)** : ce sont des collections sanguines se constituant dans l'espace extra-dural c'est-à-dire entre la face interne de l'os et la dure-mère [43]. Ils sont provoqués par une rupture de l'artère méningée moyenne ou de l'une de ses branches ou d'un sinus veineux. Il est le plus fréquent chez l'adulte jeune. Il s'accompagne parfois d'une fracture de la voûte crânienne et siège du côté du trait de fracture [45]. Le tableau clinique est souvent caractéristique. Le diagnostic est évoqué devant :
 - Une notion d'intervalle libre
 - Une mydriase unilatérale
 - Un babinski controlatéral

Il est confirmé par la tomodensitométrie (TDM) ou scanner, ou a défaut par l'artériographie carotidienne. L'H.E.D réalise une urgence neurochirurgicale. Son traitement est simple. Il vise l'évacuation de l'hématome par un trou de TREPAN, ou un volet crânien qui a l'avantage de permettre de faire l'hémostase de visu [45].

- ✓ **L'hématome sous-dural (H.S.D)** : c'est une collection sanguine siégeant entre la dure mère et l'arachnoïde. Les H.S.D coexistent souvent avec un trait de fracture de voûte mais

celui-ci siège fréquemment du côté opposé à l'hématome. Le tableau clinique est moins caractéristique et associe :

- Un intervalle libre (H.S.D chronique)
- Une altération de la conscience avec ou sans signe de focalisation.

Le diagnostic est confirmé par :

Un trou de trépan explorateur qui montrera dans le meilleur des cas une dure-mère bleutée traduisant la collection sanguine sous-durale. Une artériographie carotidienne qui opacifiera la dure-mère et la pie-mère permettant de suspecter la collection sanguine le plus souvent étendue à l'ensemble de la convexité. La TDM montrera l'H.S.D, qui se présente sous forme d'une hyperdensité qui signe un saignement récent ou d'une hypodensité qui est le résultat de la liquéfaction de l'hématome. Le traitement chirurgical permet l'évacuation de l'hématome, l'hémostase par trépanation ou volet crânien [45].

- ✓ **L'hématome intracérébral** : c'est une collection sanguine intra cérébrale. Il est rare en traumatologie. Le plus souvent, il s'agit d'hémorragie mêlée d'œdème au sein d'un foyer de contusion cérébrale. La lésion se traduit par une aggravation secondaire du coma et des signes de focalisation. Le scanner montre admirablement ces hématomes. [45] Le traitement consiste là encore à évacuer l'hématome. A faire l'hémostase de la cavité opératoire et de l'éventuel foyer de contusion. [43]
- ✓ **La commotion cérébrale** : c'est une perte de connaissance brève (inférieure à 5 mn) et qui n'est suivi par aucun trouble permanent. On admet habituellement qu'elle ne s'accompagne d'aucune lésion anatomique ; c'est l'ébranlement du cerveau qui détermine la perte de connaissance immédiate. Elle peut être génératrice également de trouble de la mémoire. [43]

- ✓ **La contusion cérébrale :** Elle consiste à une altération des structures intéressant habituellement la surface du cerveau et est caractérisée par une extravasation sanguine ainsi que par la nécrose du tissu cérébrale.

- **L'examen clinique d'un traumatisé crânien :**

L'évaluation des grandes fonctions vitales telles que la mesure de la pression artérielle de tout patient traumatisé crânien afin d'évaluer l'état hémodynamique, un choc hypovolémique. Il faut rechercher les lésions viscérales, thoraciques, abdominales ou périphériques.

- **Examen de la face et du crâne :**

On recherchera une déformation de la voûte liée à une embarrure ; l'existence d'une plaie crânio-cérébral, imposant un parage chirurgical.

L'existence d'otorrhée témoigne d'une fistule ostéo-durale en regard de l'étage moyen, et une rhinorrhée cérébro-spinale signe une fistule en regard de l'étage antérieur de la base du crâne.

On recherchera également une fracture des os de la face.

- **L'examen neurologique :**

L'état de conscience constitue l'élément fondamental de la surveillance d'un traumatisé crânien. Le score de Glasgow (Glasgow coma score) a pour but de quantifier l'état de conscience des réactions d'ouverture des yeux, de la réponse verbal, de la réponse motrice à des stimulations sonores et douloureuses ; l'addition des valeurs de ces trois items donnent un score de Glasgow compris entre trois et quinze.

Les signes de localisations quelque soit la vigilance du traumatisé, sont systématiquement recherchés, guidés par le point d'impact. Ils apportent une orientation clinique du lieu de la souffrance cérébrale que le mécanisme soit intra ou extra durale.

○ **Les examens para cliniques : [46]**

Le scanner cérébral est indiqué dans les cas suivants : une altération de la conscience, une crise comitiale, des signes neurologiques, une plaie crânio-cérébral, une embarrure.

L'imagerie par Résonance Magnétique (I.R.M), elle permet de visualiser les lésions non identifiées au scanner [45].

La radiographie du crâne : elle pourra également être fait à la recherche d'une fracture des os du crâne.

○ **Le Traitement : [46]**

Le traitement médical sur les lieux d'accidents consiste à lutter contre l'hypoxémie et l'hypercapnie. Le maintien d'une pression de perfusion cérébrale optimale est importante, l'hypotension artérielle aggrave l'ischémie cérébrale ce qui justifie un remplissage vasculaire avec du sérum salé 0,9%. Le sérum glucosé 5% et le Ringer lactate sont proscrits car ils entraîneraient une aggravation de l'hypertension intracrânienne.

La sédation associe le plus souvent les Benzodiazépines et Morphinomimétiques.

La prise de la température et la protection thermique deviennent indispensables.

Le Traitement chirurgical va permettre l'évacuation des H.E.D, H.S.D aigus, la fermeture des brèches ostéoméningées, la levée des embarrures, le parage des plaies crânio-cérébrales et le drainage ventriculaire. Celui des lésions encéphaliques focales telles que les contusions hémorragiques d'allure expansive est très discuté. [45]

○ **Complications des traumatismes crâniens** [43]

- **Complications infectieuses :**

Les suppurations sous-cutanées ou extra durales et les ostéites, les méningites, les abcès post-traumatiques, les ventriculites...

- **Séquelles :**

Le syndrome post-commotionnel des traumatisés du crâne, l'atrophie cérébrale, les syndromes du tronc cérébral, les hydrocéphalies post-traumatiques, les arachnoïdites, les pertes de substances osseuses.
[43]

- **Pronostic :**

Le pronostic d'un traumatisé crânien grave est difficile, il varie des séquelles neurologiques légères (déficit) au décès survenant dans la première semaine.

1.1.1.9. Polytraumatisme : [53]

a) Définition : le polytraumatisé est blessé présentant des lésions traumatiques mettant en jeu le pronostic vital, soit chacune par elle même soit par leur association.

Cette définition permet de souligner les difficultés de prise en charge de ces blessés.

- **Le pronostic vital est engagé :** il faut être rapide et efficace ;
- **Les lésions sont multiples :** il faut les reconnaître ;
- **Enfin il faut hiérarchiser la prise en charge de ces lésions.**

b) Physiopathologie : [52]

La gravité du polytraumatisé n'est pas la simple addition de la gravité de chaque lésion. Les lésions se potentialisent entre elles par un triple effet :

- **Effet de sommation** : la perte de sang entraînée par chaque lésion (par exemple fracture du fémur, lésion de la rate, hémothorax) va entraîner un choc hémorragique grave ;
- **Effet d'occultation** : un coma peut masquer un déficit médullaire dû à une fracture du rachis ;
- **Effet d'amplification** : le coma d'un traumatisme crânien diminue les possibilités d'adaptation d'un traumatisme thoracique et l'hypoxie va aggraver les lésions cérébrales.

De même, les traitements des différentes lésions seront parfois incompatibles.

De tout ceci, il faut déduire la nécessité absolue d'un diagnostic lésionnel complet et l'importance de la hiérarchisation des lésions afin de dégager des priorités thérapeutiques.

c) Prise en charge : [53]

Schématiquement, la prise en charge s'effectue en trois étapes :

- **La prise en charge initiale** : doit être stéréotypée, pratiquée par une équipe entraînée dans laquelle le rôle de chacun est déterminée à l'avance. Elle comprend :
 - le recueil des données anamnestiques fait auprès de l'équipe pré hospitalière : circonstances de l'accident, analyse du mécanisme lésionnel permettant de faire suspecter certaines lésions, état clinique lors du relevage, traitement mise en route, délais de prise en charge et de transport.
 - L'Évaluation clinique initiale à la recherche d'une détresse vitale qui peut être :
 - ✓ **Circulatoire** : recherchée par la palpation du pouls, la mesure de la pression artérielle, l'auscultation cardiaque.
 - ✓ **Respiratoire** : par la mesure de la fréquence et de l'amplitude ventilatoire, l'auscultation pulmonaire, la recherche de signes de lutte d'un encombrement, la recherche d'une cyanose ou mieux la mesure de la Spo2 par un saturomètre de pouls.

- ✓ **Neurologique** : par l'étude de la conscience, l'évaluation du score de Glasgow, la comparaison du diamètre et de la réactivité pupillaire, la recherche d'un déficit.

L'existence d'une détresse vitale impose des gestes de réanimation immédiats et simultanément la mise en place d'une surveillance clinique et d'un monitoring ; c'est la mise en condition.

- **Mise en condition : [52]**

- **Déshabillage** : (c'est à dire découpage aux ciseaux afin de limiter les mobilisations).
- **Oxygénothérapie systématique** : à fort débit au masque à haute concentration, éventuellement pose d'une canule de Guedel, surveillance de la Spo2 rendue souvent difficile par l'état du choc.
- **Pose de 2 voies veineuses sûres et efficaces** : au moins, de gros calibre (16 G ou plus), alimentées par du Ringer lactate et des macromolécules.
- **Prélèvements sanguins pour le groupage et les examens biologiques d'entrée** : gazométrie, hémogramme, coagulation, urée-créatinine, Ionogramme, glycémie, alcoolémie etc.
- **Mise en place du monitoring** : électrocardioscope, pression non invasive sur les zones indemnes, sonde vésicale et thermique, éventuellement sonde naso-gastrique, vérification du plateau d'intubation, du respirateur, des drogues d'urgence usuelles.

A l'issue de cette évaluation sommaire qui n'a duré que quelques minutes et de cette mise en condition initiale on peut se retrouver face à deux situations :

- **Le blessé ne présente pas de détresse vitale ou celle-ci évolue rapidement favorablement** ; un collapsus se corrige sous remplissage, une hypoxie régresse sous oxygénation, l'examen neurologique est normal dès que l'équilibre hémodynamique et respiratoire est établi : il s'agit d'un **poly**

blesé qui justifie une surveillance pendant que l'on pratiquera les examens conduisant à un bilan lésionnel précis.

Les principaux examens à réaliser dans l'investigation « systématique » d'un polytraumatisé : [53]

Radiographie standard

- Rachis cervical, dorsal, lombaire F/P
- Crâne, thorax, bassin, membres

Echographie

Abdomen, retro péritoine

Scanographie

Tête, abdomen, thorax

Electrocardiographie

- Le blessé présente une ou plusieurs détresses vitales nécessitant un traitement immédiat.

- **Détresses vitales [52]**

- ❖ **Détresse circulatoire** : c'est la principale cause de mortalité en urgence. Elle est le plus souvent secondaire aux pertes sanguines par hémorragies. Plus rarement l'hypovolémie est relative, liée à la vasoplegie d'une section médullaire. Enfin on peut être parfois confronté à une défaillance cardiaque.

La défaillance hémodynamique est caractérisée par un pouls rapide et filant, une pression artérielle basse avec pincement de la différentielle, une pâleur des téguments, des marbrures et une diminution du pouls capillaire, des extrémités froides, une oligurie. Devant une situation très inquiétante avec une pression artérielle effondrée (< 60 mmhg), ce qui prime c'est le remplissage vasculaire. Le traitement initial est l'expansion volémique par perfusion rapide de solutés de remplissage cristalloïdes ou colloïdes.

Cristalloïdes : Ringer lactate, salé isotonique et récemment salé hypertonique qui majore l'expansion volémique par un appel d'eau intracellulaire.

Colloïdes : H.E.A, gélatines fluides modifiées, plus rarement dextrans.

Enfin la transfusion sanguine est rapidement indispensable.

Elle est si possible iso groupe, iso rhésus mais dans certains cas extrêmes, on devra faire appel au O négatif.

L'utilisation d'amines vasoactives (adrénaline et noradrénaline) et de dopaminergiques (dopamine et dobutamine) dans cette indication de choc hypovolémique est réservée au cas où l'expansion volémique ne suffit pas ou n'est pas suffisamment rapide. Mais toutes ces manœuvres de réanimation ne sont qu'un prélude au traitement étiologique qui passe par la recherche de l'origine du saignement.

❖ **Détresse respiratoire : [52]** Les signes sont principalement cliniques. On recherche : une polypnée ou une bradypnée, un tirage, un encombrement, l'immobilité d'un hemithorax, la respiration paradoxale d'un volet thoracique avec une dépression inspiratoire et un bombement à l'expiration, voire une plaie soufflante.

On apprécie le retentissement en recherchant : une cyanose, des sueurs, un trouble de la conscience qui peut être conséquence de l'hypoxie ou cause d'une détresse respiratoire ; tout blessé ayant un score de Glasgow < 8 est potentiellement en détresse respiratoire et doit être intubé afin de protéger les voies aériennes et de contrôler la ventilation. Le diagnostic est confirmé par la saturation en oxygène puis les résultats de la gazométrie : $P_{aO_2} < 60$ mmhg ou $S_{aO_2} < 90\%$ sous masque à haute concentration et / ou $P_{aCO_2} > 50$ mmhg.

Un emphysème sous cutané important ou une hémoptysie évoquent une lésion trachéo – bronchique et font demander une fibroscopie en urgence.

Le traitement de la détresse respiratoire à deux objectifs : assurer la liberté des voies aériennes et permettre le fonctionnement de l'échangeur pulmonaire.

❖ **Détresse neurologique : [52]** chez le polytraumatisé, l'atteinte neurologique est une cause importante de mortalité à la phase initiale et ultérieurement peut être responsable de lourdes séquelles. Le maître signe de la détresse neurologique est l'existence ou l'apparition d'un coma avec ou sans signes de localisation.

L'examen clinique initial consiste, outre la recherche d'un point d'impact crânien, à évaluer l'état de conscience par la réponse ou non à un ordre simple et l'établissement du score de Glasgow.

On étudie ensuite la taille et la réactivité pupillaire, la motricité, la sensibilité et les réflexes ostéotendineux, et la symétrie de l'examen. Devant une altération de la conscience, on prendra en compte l'existence d'une hypoxie, d'un collapsus, d'intoxications médicamenteuses ou éthylique associées. La répétition de cet examen clinique est un des éléments de surveillance essentiels. Comme nous l'avons déjà vu, un score de Glasgow < à 8 conduit à l'intubation.

Indication du scanner cérébral : [53]

- un score de Glasgow < à 8 lors de l'examen initial ;
- tout polytraumatisé sédaté à l'arrivée à l'hôpital quelle que soit la raison de la sédation ;
- toute altération secondaire de la conscience et toute apparition d'un signe de focalisation ;
- l'existence d'un trait de fracture sur la radiographie du crâne.

Tout traumatisé présentant un trouble de la conscience doit avoir un scanner cérébral le plus tôt possible.

Le scanner permet de détecter :

- Des lésions chirurgicales expansives intracrâniennes faisant poser une indication opératoire immédiate : hématome extra dural, hématome sous dural aiguë compressif, hématome intracérébral.
- Des lésions médicales : contusion hémorragique, hématomes multiples, œdème cérébral.

Du point de vue thérapeutique, il faut éviter l'aggravation des lésions en prescrivant un sédatif au malade, en maintenant une ventilation correcte et une stabilité hémodynamique en évitant les épisodes hypotensifs (le but est de maintenir une pression de perfusion cérébral > à 70 mmHg).

L'autre point important de l'examen neurologique initial est l'étude de la motricité et de la force musculaire des 4 membres, à la recherche d'une atteinte médullaire. En cas de suspicion de lésion du rachis, le blessé doit être placé sur un matelas coquille, radio-transparent, et le rachis cervical doit être immobilisé dans un collier, jusqu'à la réalisation des clichés radiologiques et scanographiques.

En conclusion le polytraumatisé est l'exemple type du patient médico-chirurgical lourd dont l'accueil doit se faire dans le cadre de structures rodées à ce genre de patients complexes, disposant d'un plateau technique complet et d'équipes pluridisciplinaires.

Le polytraumatisé se différencie du :

- ❖ **Poly blessé** : [43] patient présentant au moins deux lésions traumatiques.

- ❖ **Poly fracturé** : patient présentant au moins deux fractures intéressant des segments anatomiques différents ;

Qui peuvent devenir des polytraumatisés par atteinte d'au moins une fonction vitale.

Les examens complémentaires sont fondamentaux en cas de polytraumatisme pour rechercher les lésions : radiographie, scanner, bilan biologique (groupe sanguin et rhésus, taux d'hémoglobine, taux d'hématocrite...), l'artériographie cérébrale. En cas d'insuffisance du scanner, l'imagerie par

résonance magnétique s'impose, échographie si on suspecte une atteinte d'organe plein.

1.1.1.10. Hémorragie : [43] c'est un écoulement abondant de sang hors des vaisseaux sanguins.

L'hémorragie au cours de l'accident peut être :

- **Externe :** saignement à travers les plaies, les fractures ouvertes.
- **Interne :** saignement non extériorisé ;

Il peut s'agir dans ce dernier cas d'hématome cérébral, d'hémopéritoine par rupture d'organe plein (rate, foie, et rarement les reins) lorsque l'accident a été violent.

Le traitement repose sur l'arrêt de l'hémorragie en général par une intervention chirurgicale, la restauration de la volémie par une perfusion de solutés, et parfois une transfusion sanguine est nécessaire.

1.1.1.11. Brûlures graves [53]

a) Définition : c'est une destruction du revêtement cutané voire des structures sous jacentes par la chaleur sous toutes ses formes.

Les brûlures thermiques sont les plus fréquentes, provoquées par des solides et liquides portés à haute température ou par des flammes. Les autres causes sont : les brûlures chimiques, électriques et les irradiations.

b) Physiopathologie : [54]

La brûlure est une affection générale s'accompagnant d'un syndrome inflammatoire suraigu et évoluant en deux phases : l'une précoce où dominant les problèmes hémodynamiques et l'autre, plus tardive, où apparaissent les problèmes de dénutrition et d'immunosuppression.

Phase Primaire

La libération des médiateurs de l'inflammation (cytokines, radicaux libres, prostaglandines) semblent être à la base des troubles hydroélectrolytique et hémodynamique observés au cours des brûlures graves.

La brûlure entraîne un phénomène local et général, aboutissant à la création d'un œdème majeur tant au niveau des tissus brûlés qu'au niveau des tissus sains. Ce phénomène entraîne l'installation d'un choc hypovolémique responsable d'une ischémie rénale (insuffisance rénale aiguë), cutanée (aggravation des lésions), mésentérique (translocation bactérienne) et gastrique (hémorragies digestives). Par ailleurs, de nombreux organes sont la cible des médiateurs de l'inflammation (cœur, poumon, foie). Une défaillance multiviscérale de très mauvais pronostic peut alors apparaître.

Phase secondaire : [54]

Elle s'étend du troisième jour au recouvrement complet des surfaces brûlées. Alors que persiste une fuite hydrosodée importante, apparaissent les problèmes d'infections liés à une dénutrition et une immunodépression sévères.

- Phénomènes locaux

La fuite hydrique se poursuit, essentiellement par évaporation à partir des surfaces brûlées.

Chez l'adulte, ces pertes sont évaluées à $0,3 \text{ ml-cm}^{-2}/24 \text{ h}$ de surface exsudante. Ces pertes sont majorées chez l'enfant.

- Phénomènes généraux :

Les tissus brûlés continuent de relarguer des médiateurs de l'inflammation (cytokines, radicaux libres, prostaglandines). Ces médiateurs et surtout les cytokines agissent sur l'axe hypothalamo-hypophysaire en : dérégulant la régulation thermique (déplacement du thermostat autour de $38,5^{\circ}\text{C}$) ;

b) Stimulant les hormones catabolisantes : les catécholamines et le glucagon sont responsables d'une augmentation de la consommation d'oxygène, d'une protéolyse, d'une lipolyse et d'une néoglucogenèse hépatique accrue ;inhibant les hormones anabolisantes,s'installe donc un état d'hypermétabolisme responsable d'une dénutrition sévère. Celle-ci associée à l'augmentation de certains médiateurs (PGE2, TNF, IL6), aboutit à une dépression

immunitaire tant humorale (diminution de la synthèse des immunoglobulines) que cellulaire (diminution de l'activité cytotoxique des lymphocytes T)

Dénutrition et immunosuppression conduisent à l'infection qui est la deuxième cause de mortalité dans les services de brûlés.

c) Examen du brûlé, critères pronostiques : [53]

- ✓ Est réalisé sur un malade nu dans une pièce chaude en s'entourant d'un maximum de précautions (asepsie rigoureuse).
- ✓ L'appréciation de la surface est réalisée le plus souvent selon la règle des 9 de Wallace. En dessous de 10 ans, il faut tenir compte des différences de proportion existant au niveau de la tête et des membres inférieurs.
- ✓ La détermination de la profondeur de la brûlure n'obéît à aucune règle précise, elle est affaire d'expérience.

Les localisations particulières : [53]

- **Face** : Les brûlures de la face, outre le préjudice esthétique, sont parfois cause de complications redoutables. L'œdème monstrueux qui s'y développe peut constituer une obstruction de la filière respiratoire, mais surtout les brûlures de la face cachent bien souvent des lésions pulmonaires en relation avec une inhalation de fumée.
 - ✓ **Périné** : les brûlures du périné et des organes génitaux externes représentent un risque infectieux particulier. Elles justifient un sondage vésical rapide avant d'en être empêché par l'œdème.
 - ✓ **Brûlures circulaires des membres** : lorsqu'elles sont profondes peuvent réaliser une compression sous jacente avec ischémie distale. Une escarrotomie est alors nécessaire.
 - ✓ **Mains** : les brûlures des mains sont des urgences chirurgicales qu'il faut opérer vite afin de préserver l'avenir fonctionnel.

Certaines affections peuvent modifier considérablement le pronostic :

- ✓ **le diabète insulino-dépendant: peut** décompenser sur le mode d'un coma acidocétosique.
- ✓ **L'insuffisance cardiaque : peut** mal tolérer la réanimation initiale.
- ✓ **L'augmentation du travail de synthèse et de détoxication** due à la brûlure ne permet pas à l'insuffisant hépatique de survivre.
- ✓ **L'âge** aussi du malade est un facteur pronostique important.

Le score U.B.S (Unité de Brûlure Standard) est un des scores pronostiques les plus précis. Il consiste à ajouter au pourcentage de la surface totale brûlée, trois fois le pourcentage de brûlures profondes (3^e degré).

Une brûlure est grave à partir de 100 U.S.B et bien souvent mortelle au dessus de 150 U.S.B.

d) Traitement : [53]

- **Période initiale** : Réanimation hydro électrolytique.

Dans les 8 premières heures pendant lesquelles la fuite capillaire est maximale, nous utilisons uniquement du ringer lactate à la dose de 2 ml/kg/% de S.C.B.

Une voie centrale qui s'impose dès que la brûlure dépasse 30% de S.C.B ou qu'il existe une lésion associée, notamment pulmonaire.

De 8 à 16h, les perfusions sont donc ainsi calculées : 0,5 ml/kg/% de S.C.B de Ringer lactate + 0,5 ml/kg/% de S.C.B de sérum albumine à 4%.

A la 24^{ème} heure : une nutrition entérale à faible débit continu est débutée avec surveillance étroite des résidus gastriques.

Les perfusions de 24 à 48 heures sont identiques à celles passées de 8 à 24 heures.

➤ **Surveillance clinique : [53]** porte sur

- le pouls et la pression artérielle

- la diurèse : l'élément essentiel de la surveillance.

Les perfusions doivent être adaptées de façon à obtenir une diurèse aussi proche que possible de 0,5 à 1 ml/kg/h chez l'adulte, et 1 à 1,5 ml/kg/h chez l'enfant en dehors de toute diurèse osmotique due à une glycosurie.

- la pression veineuse centrale (P.V.C) est nécessaire si la brûlure est supérieure 30%.
- La pression capillaire pulmonaire (P.C.P) si une pathologie cardiaque ou pulmonaire antérieure ou acquise.

NB : l'utilisation de drogues alpha mimétiques peut s'imposer si le choc persiste malgré la perfusion de quantité importante de soluté.

- **Sédation** : est réalisée avec les benzodiazépines lorsque le malade est angoissé. S'il est algique, les morphiniques sont capables de le calmer.

- **L'antibiothérapie de couverture** n'a aucune raison d'être sauf en cas de risque anaérobie ou de geste chirurgical majeur (excision, greffe précoce).

- **L'héparinothérapie** à la dose de 0,5 à 1 mg/kg/24h à effet micro circulatoire est intéressante mais n'est pas systématique dans toutes les équipes.

- **Les antiacides gastriques**

- **la vaccination antitétanique** doit toujours être vérifiée

• **Période secondaire :**

- ❖ **Confort thermique** : la température ambiante doit varier de 28 à 35°C en fonction du malade et de sa période évolutive
- ❖ **Lutte contre l'infection**
- ❖ **Support nutritionnel.**
- ❖ **Prévention des maladies thromboemboliques .[53]**

1-2 Urgences Chirurgicales non traumatiques : (Abdomens Aigus non Traumatiques)

Les cas les plus fréquents sont : les péritonites, les appendicites, les occlusions, les invaginations intestinales aiguës, les hernies étranglées...

1-2-1- La Péritonite : [30] Une Péritonite est une inflammation ou une infection aiguë du péritoine. Les péritonites peuvent être généralisées ou localisées. Elles sont le plus souvent secondaires à la perforation d'un organe digestif ou à la diffusion d'un foyer septique intra abdominale.

Le pronostic des péritonites aiguës est fonction de l'état général du patient (âge, pathologies associées), de l'étiologie et du délai de la prise en charge thérapeutique.

Le diagnostic de péritonite aiguë impose une intervention chirurgicale en urgence.

Il existe :

a- Les péritonites primitives : elles surviennent en absence de foyer infectieux intra abdominal primitif. Elles sont liées à une inoculation par voie hématogène du liquide péritonéal, au cours d'une bactériémie.

Le diagnostic de péritonite primitive est souvent fait lorsqu'aucune étiologie n'est retrouvée lors de l'intervention.

a- Les péritonites secondaires : Elles compliquent la perforation d'un organe creux (duodénum, jéjunum et colon essentiellement), la rupture d'un abcès en péritoine libre (abcès appendiculaire, abcès perisigmoïdien, pyosalpinx, pyocholécystite...) ou la diffusion d'un foyer infecté local (appendicite, salpingite, sigmoïdite, cholécystite...).

On oppose :

- Les péritonites « chimiques » dues à l'agression péritonéale par le liquide digestif qu'on observe lors des perforations gastriques, duodénales,

- Les péritonites d'emblée septiques par perforation intestinale ou extension d'un foyer septique. [30]

1-2-2- Appendicite :

C'est l'infection ou l'inflammation aiguë de l'appendice. Elle est due :

- Soit à une obstruction de la lumière appendiculaire (les germes circulent dans un appendice normal). Si l'appendice est bouché par un corps étranger les germes vont stagner au fond et vont se multiplier d'où l'infection.
- Soit à une infection hématogène ce qui est le cas le plus rare.

Il y a 3 grandes catégories d'appendicite :

- L'appendicite catarrhale :

C'est un appendice rouge.

- **L'abcès appendiculaire :** est une appendicite purulente avec du pus autour de l'appendicite (plastron).
- **La péritonite :** c'est l'abcès appendiculaire avec du pus qui a diffusé dans la grande cavité péritonéale.

Donc l'appendicite peut évoluer plus ou moins rapidement de la forme catarrhale à la péritonite en 24 – 72 heures : c'est une urgence chirurgicale. [31]

2-2-3 Les occlusions intestinales aiguës :

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

- Trois mécanismes peuvent créer une occlusion :
L'intestin bouché (obstruction), l'intestin étranglé (volvulus ou strangulation), l'intestin paralysé (occlusion inflammatoire, fonctionnelle ou paralytique). Chacun de ces mécanismes peut

porter sur le grêle ou sur le colon seul ou sur les deux en même temps. [30]

1-2-3- L'Invagination Intestinale Aiguë (I.I.A) :

L'invagination intestinale se définit comme étant une introduction d'une portion proximale de l'intestin dans sa portion distale. On décrit à l'invagination intestinale un boudin avec un collet et une gaine, d'où risque d'ischémie qui commence au niveau de la muqueuse. Cette ischémie de la muqueuse entraîne une hémorragie qui se révélera par une rectorrhagie. L'ischémie peut évoluer vers la nécrose de toute la paroi de l'intestin. [35]

2-2-5- La Hernie : Se définit comme la sortie d'un organe ou d'une partie d'organe hors de la cavité dans laquelle il est normalement contenu, par un orifice naturel ou accidentel.

La hernie est habituellement réductible mais si elle est étranglée sa réduction chirurgicale d'urgence s'impose.

1-3 Urgences Médicales :

1-3-1- Etat de choc : [36] Est une défaillance circulatoire aiguë entraînant une insuffisance de la perfusion tissulaire qui, si elle se prolonge, provoque des lésions irréversibles de l'ensemble des viscères. Ils existent plusieurs types de choc :

1-3-1-1- Choc hypovolémique :

a) Hypovolémique vraie par diminution importante de la masse sanguine ou du plasma :

- **Hémorragie extériorisée ou non :** post traumatique, per ou post opératoire, obstétricale (grossesse extra-utérine, rupture utérine etc.), perte de sang liée à une pathologie sous-jacente (ulcère gastro - duodénale).

La perte de 30 à 50% de la masse sanguine engendre un état de choc hémorragique.

- **Déshydratation** : vomissements et diarrhée graves, choléra, occlusion intestinale, coma diabétique (hyperosmolaire ou acidocétosique), etc.

- **Fuites plasmatiques** : brûlures étendues, écrasement des membres, etc.

b) Hypovolemie relative par inadéquation contenant/contenu vasculaire :

- **Choc anaphylactique par vasodilatation extrême** : allergie à une piqûre d'insecte, à un médicament etc.

- **Contusion médullaire avec vasoplegie**

1-3-1-2- Choc septique :

Par un mécanisme complexe associant souvent vasodilatation, défaillance cardiaque et hypovolemie vraie : **septicémie.**

1-3-1-3- Choc cardiogénique :

Par diminution importante du débit cardiaque :

a) **Atteinte direct du myocarde** : infarctus, contusion, traumatisme, intoxication.

b) **Mécanisme indirect** : trouble du rythme, péricardite constrictive, hémopéricarde, embolie pulmonaire, pneumothorax étendu, atteintes valvulaires, anémies graves, etc.

1-3-2-Asthme aiguë grave[37] : est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires associée, chez des sujets prédisposés, à une hyper réactivité bronchique à des stimuli divers et se manifestant par des crises de dyspnées sifflantes, souvent nocturnes, réversibles spontanément ou sous l'effet du traitement.

1-3-3- Crises d'éclampsie [37]: Forme avancée de la pré éclampsie non maîtrisée, avec apparition de convulsions lors d'une poussée hypertensive (> 150/110mmhg) chez une femme enceinte. La crise convulsive est tonico-clonique, suivie d'une brève période comateuse (encéphalopathie hypertensive), avec œdèmes importants et protéinurie massive. Les convulsions peuvent apparaître après la 20^e semaine de

gestation, au cours du travail ou dans la première semaine du post partum chez une patiente sans antécédents de convulsions. [37]

1-3-4- Les Accidents vasculaires cérébraux [37]: = A.V.C, apoplexie cérébrale, attaque cérébrale.

Sont des affections cérébrales aiguës dues à un trouble de la circulation sanguine cérébrale ou à la rupture d'une artère cérébrale qui entraînent l'ischémie d'un certain nombre de cellules cérébrales par manque d'oxygène et des troubles neurologiques plus ou moins graves, dont la régression est possible.

Le terme général «accident vasculaire cérébral» désigne couramment les syndromes neurologiques qui accompagnent :

- **l'ischémie**, l'infarctus et le ramollissement cérébral, conséquences d'une thrombose ou d'une embolie [37] ;
- **l'hémorragie intracérébrale**, conséquence de la rupture d'un vaisseau.

- **1-3-5- Les œdèmes aigus du poumon (O.A.P.) [37]**

C'est une affection caractérisée par l'extravasation paroxystique dans les alvéoles pulmonaires d'un transsudat séreux provenant des capillaires pulmonaires.

Plusieurs facteurs sont impliqués dans sa physiopathologie.

- L'augmentation de la pression capillaire pulmonaire : elle joue un rôle essentiel dans l'œdème du poumon de l'insuffisance cardiaque gauche.
- Diminution de la perméabilité de la membrane alvéolocapillaire : elle est observée dans les atteintes toxiques ou inflammatoires des voies aériennes.
- Diminution de la pression oncotique : elle favorise le passage du transsudat des capillaires dans les alvéoles.

Dans tout œdème pulmonaire, ces trois facteurs sont intriqués, l'un des facteurs étant la cause principale.

Certains œdèmes du poumon ont une pathogénie mal éclaircie, en particulier les formes neurogènes, médicamenteuses, par ponction d'épanchement et secondaires à la haute altitude. [37]

1-3-6- Les intoxications aiguës [51,52]:

L'ensemble des manifestations pathologiques consécutives à l'ingestion d'aliment ou à l'administration de produits ou de drogues qui se comportent comme un poison dans l'organisme. Il existe deux types d'intoxications : intoxication volontaire qui peut survenir dans un but d'autolyse ou criminel, intoxication accidentelle ou involontaire.

Classiquement on peut distinguer deux groupes d'intoxication : les intoxications aiguës et les intoxications chroniques.

- **l'intoxication aiguë** est due à l'exposition massive de courte durée. Les manifestations pathologiques résultent de l'absorption spontanée du toxique dans l'organisme.

- **l'intoxication chronique** est consécutive à l'exposition répétée pendant une longue période à un toxique.

a) Conduite à tenir devant une intoxication :

- **Diagnostic positif** : l'examen clinique précise la symptomatologie de l'intoxication, recherche les signes de gravité et permet de poser les indications thérapeutiques dans l'immédiat.

L'interrogatoire est le temps capital du diagnostic. Il s'adresse à l'intoxiqué lui-même, s'il est en mesure de répondre aux questions ou à son entourage dans le cas contraire (enfant, malade mental, malade dans le coma etc).

L'interrogatoire détermine la nature du produit, la quantité supposée ingérée, le temps écoulé, les circonstances de l'intoxication.

L'examen physique en urgence permet une évaluation rapide des fonctions vitales (cardiovasculaire, respiratoire) de l'état neurologique. Il recherche les signes d'orientation étiologique.

La symptomatologie de l'intoxication est très polymorphe, dépend du produit en cause, de la quantité ingérée, de la voie de pénétration, du délai écoulé avant le traitement. Elle peut être initialement digestive (c'est la voie de pénétration la plus fréquente) puis neurologique par fixation du toxique sur le système nerveux et tardivement viscérale ou hématologique selon l'affinité du produit pour tel ou tel organe.

C'est ainsi qu'on peut observer des signes :

- ✓ **Cardiovasculaires et neurosensoriels** dans les intoxications à la chloroquine et la quinine ;
- ✓ **Digestifs et hématologiques** avec les A.I.N.S ;
- ✓ **Digestifs et hépatiques** avec le paracétamol ;
- ✓ **Hématologiques** avec les anticoagulants ;
- **Respiratoires et neurologiques** avec des barbituriques, les opiacés, les benzodiazépines.

C) Traitement : le traitement général des intoxications aiguës associe trois principes dont les effets sont complémentaires :

- **Evacuateur et épurateur**

- **Elimination gastrique**

- + **Vomissements provoqués :** attouchement retropharyngé, administration de sirop d'IPECA, administration d'apomorphine, administration de sulfate de cuivre.

- + **Lavage gastrique :**

- **l'administration de charbon activé**

En cas d'altération de la conscience, de convulsions, le lavage gastrique est réalisé après protection des voies aériennes supérieures. Le lavage gastrique est contre indiqué :

- En cas d'ingestion de produits corrosifs à cause des risques de lésions oesophagiennes de retour ;
- En cas d'ingestion de produits moussants, des produits volatils à cause du risque d'inhalation.

- **Traitement symptomatique :** notamment :

- un état de mal convulsif ;
- un œdème aigu du poumon ;
- une insuffisance rénale ;
- un collapsus cardiovasculaire ;
- un arrêt cardiaque ;

Tous ces symptômes engagent le pronostic vital dont la prise en charge est symptomatique.

- **Le traitement par antidotes spécifiques.**

1-3-7-Envenimation par morsure de serpent [36,55]

C'est l'introduction dans l'organisme d'une substance toxique, le venin, consécutive à la morsure d'un serpent.

- En cas d'inoculation de venin, la sévérité de l'envenimation varie selon l'espèce, la quantité de venin injectée, la localisation (les morsures de la tête et du cou sont les plus dangereuses), le poids, l'état général et l'âge du sujet (plus grave chez l'enfant)
- Il est rare en pratique de pouvoir identifier le serpent en cause. L'observation des signes cliniques permet toute fois d'établir un diagnostic étiologique et d'orienter la conduite à tenir.

On distingue schématiquement deux grands syndromes d'envenimation :

- Des troubles neurologiques évoluant vers un coma avec paralysie des muscles respiratoires évoquent une envenimation par un élapidé (cobra, mamba etc.) ;

- Des lésions locales extensives (douleurs intenses, syndrome inflammatoire avec œdème puis nécrose) et des troubles de la coagulation évoquent une envenimation par un vipéridé ou un crotalidé (serpent à sonnette).

- Le diagnostic précoce et la surveillance des troubles de la coagulation reposent sur la mesure du temps de coagulation sur tube sec (à l'arrivée du patient puis toutes les 4 heures le premier jour).

Prélever 2 à 5 ml de sang, attendre 30 mn et examiner le tube :

- Coagulation complète : pas de syndrome hémorragique ;
- Coagulation incomplète ou absence de coagulation : syndrome hémorragique.

S'il existe des troubles de la coagulation, poursuivre la surveillance une fois par jour jusqu'à normalisation.

- Le traitement étiologique repose sur l'administration de sérum anti venimeux (SAV) uniquement s'il existe des signes cliniques évidents d'envenimation ou une anomalie de la coagulation sur tube sec.

L'administration du S.A.V se fait le plus précocement possible par perfusion (dans du chlorure de sodium 0.9 %) pour les sérums faiblement purifiés ou par I.V.D lente en cas d'envenimation sévère, à condition d'utiliser un sérum correctement purifié.

Dans tous les cas, prévoir l'éventualité d'une réaction anaphylactique qui, malgré sa sévérité potentielle est en général plus facile à contrôler qu'un trouble de la coagulation ou une atteinte neurologique grave.

Renouveler le sérum 4 ou 6 heures plus tard si les symptômes d'envenimation persistent.

Chez un patient asymptomatique (morsure sans signes d'envenimation et sans troubles de la coagulation), la surveillance médicale dure au moins 6 heures (au mieux, 12 heures).

- Prophylaxie antitétanique
- Le pansement du point de morsure
- L'analgésie
- L'antibiothérapie

NB :

La pose de garrot, l'incision-succion, la cautérisation sont des gestes inutiles, voire dangereux ;

Ne pas utiliser l'acide acétylsalicylique.

2. Classification Clinique des Malades aux Urgences (C.C.M.U)

La Classification Clinique des Malades des Urgences (C.C.M.U) présentée dans la lettre des systèmes d'information médicalisés n° 34 (mai 1999) et n° 36 (janvier 2000) a été élaborée par l'Association pour la Recherche aux Urgences (A.R.U). Elle est stratifiée en 5 niveaux et s'articule autour de la notion de pronostic vital, déterminé à priori, et des actes réalisés. Cette classification répond à une logique médicale,

mais son arbre de décision principal est fondé sur un jugement médical subjectif (état jugé stable ou non) qui biaise la répartition finale des passages entre la classe, par ailleurs non iso ressources. Cette classification est publiée le 12 janvier 2000. [40]

Classe I : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique et thérapeutique aux urgences.

Classe II : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostic ou thérapeutique aux urgences.

Classe III : Etat fonctionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas de pronostic vital et décision d'acte diagnostic et thérapeutique aux urgences.

Classe IV : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.

Classe V : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.

3. Classification Glasgow

Elle permet d'évaluer le niveau de conscience. Ces troubles peuvent être variables allant de l'obnubilation au coma en passant par la confusion et la stupeur.

La nécessité de consigner les résultats de l'examen clinique de la façon la plus reproductible et objective possible par des observateurs différents, à des temps différents afin de proposer des approches quantitatives pour l'évaluation clinique des troubles de la conscience présentés par les traumatisés crâniens.

Les approches sont basées sur une description analytique simple et quantifiable des troubles observés.

L'échelle proposée par TEADALE et JENNET (1974) connue sous le nom de GLASGOW coma scale est la plus utilisée.

Elle analyse trois temps que sont : l'ouverture des yeux, la réponse motrice et la qualité des réponses obtenues du patient.

Un état de vigilance normale est quotté à 15.

Un TC léger	15 – 13
Un TC modéré	12 – 9
Un TC grave	8 – 3

Le score comporte 3 Items :

✓ **Ouverture des yeux : OY (4)**

+ Spontanée :	4
+ A l'appel :	3
+ A la stimulation :	2
+ Absence :	1

✓ **Réponse verbale : R.V (5)**

+ Orientée :	5
+ Confuse :	4
+ Inadaptée :	3
+ Incompréhensible :	2
+ Absence :	1

✓ **Réponse motrice : R.M (6)**

+ Exécution des ordres :	6
+ Orientée vers le stimuli :	5
+ Evitement :	4
+ Décortication :	3
+ Décérébration :	2
+ Absente :	1

Le coma est défini à partir d'un score de Glasgow ≤ 8 .

Méthodologie

IV- METHODOLOGIE

A. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le service des urgences Chirurgicales du CHU Gabriel TOURE de Bamako.

1- Situation Géographique du S.U.C

Il est situé au Sud Ouest du C.H.U.Gabriel Touré

2-1- Les Locaux :

Le service des urgences comprend 04 secteurs

- Un secteur accueil-tri
- Un secteur déchoquage
- Un secteur bloc opératoire
- Un secteur de réanimation

2.1.1 Secteur accueil-tri

- Une grande salle équipée
- 06 tables d'examen
- Une salle de soins (pansements, suture)
- Une tente installée à l'entrée du service sert de lieu d'attente pour les accompagnants.

2-1-2- Secteur bloc opératoire

- Une salle de stérilisation, équipée d'autoclave et de poupinels.
- Il y a 3 salles autonomes dont une pour la traumatologie et les deux autres sont occupées par la chirurgie viscérale, équipée chacune d'une table d'opérateur manipulable avec accessoires, une lampe scialytique un appareil d'anesthésie, un moniteur (TA, pouls, Sao2 et d'un capnographe), un aspirateur sur vide.

2-1-3- Secteur de Déchoquage :

- Une salle de déchoquage équipée d'une armoire d'urgence, d'un moniteur, (TA, pouls, Sao2) d'un aspirateur, de deux brassards à TA

muraux et de deux prises murales d'oxygènes. Cette salle sert aussi de salle de réveil.

- Les installations des gaz médicaux et le groupe électrogène sont à l'extérieur du bâtiment.

2-1-4- Secteur de Réanimation comprend :

- deux salles de 4 lits chacune.
- trois salles de gardes avec toilettes intérieures
- une salle de surveillance vitrée (observatoire)
- un magasin de consommables
- deux toilettes réservées aux malades

2-1-5- Un secteur administratif qui comprend :

- un bureau pour le major du bloc.
- un bureau pour le major du service.
- un bureau pour les médecins.
- un bureau pour l'adjoint du chef de service.
- un bureau pour le chef de service et le secrétariat.

3- Personnel :

- un chef de service : anesthésiste et réanimateur
- un chef de service adjoint : urgentiste et médecin de catastrophe
- un secrétaire de direction
- 03 médecins généralistes
- 01 major : anesthésiste (assistant médical)
- 29 infirmiers
- 09 manœuvres

Le service reçoit des stagiaires étudiants en médecine, des stagiaires infirmiers et des étudiants de médecine en année de thèse.

4- Fonctionnement du service

Les infirmiers sont repartis en équipe dont une à l'accueil, une au déchoquage et une autre en réanimation, toutes les équipes travaillent de façon rotatoire, une permanence de 8 heures à 15 heures suivi le

lendemain d'une garde de 15 heures à 8 heures ensuite 48 heures de repos.

Les heures de relève : 8h 00 et 15h 00.

Les internes et les médecins généralistes assurent les gardes médicales 7j/7. Les médecins spécialistes dont le chef de service sont permanents les heures ouvrables et sont en astreinte aux heures non ouvrables.

L'équipe de chirurgie assure une permanence pour appuyer ce système et la médecine seulement pendant la garde.

Les frais de consultation sont fixés à 1000 FCFA

Le kit déchoquage 5000 FCFA

Le passage en réanimation 25 000 FCFA

5 – Le circuit des patients

Au niveau de l'accueil, tout malade venu pour une consultation en urgence est accueilli et trié selon 5 couleurs : Rouge, vert, jaune/Noir , jaune, noir.

- **Le vert** désigne des malades sans aucun risque dont la prise en charge peut se faire à l'accueil et ils sont libérés après les premiers soins (attouchements, sutures, pansements)

- **Le Jaune** : signifiant les malades dont le risque vital n'est pas grand mais méritent d'être surveillés pour une prise en charge qui peut être différée.

- **jaune/Noir** : les cas désespérés ou quelque soit la prise en charge la mortalité est proche de 100 %.

- **Le rouge** : désigne les malades à grand risque vital qui nécessitent une prise en charge rapide et lourde.

- **Le Noir** : ce sont les cas de décès constatés à l'arrivée.

Il faut noter qu'en dehors du service nous hospitalisons à partir de l'accueil tri ou du déchoquage, les malades au service de réanimation, en traumatologie, en chirurgie générale et infantile, en médecine selon les cas.

En effet tout malade en état de choc, de perte de conscience ou de confusion mentale est orienté au déchoquage

Lorsqu'il s'agit d'un cas opératoire, le malade est amené au bloc après déchoquage. Les cas graves sont admis immédiatement en réanimation en post opératoire. (Péritonite en mauvais état général, les occlusions vue tardivement etc....)

Dans les autres cas le malade est orienté après son réveil dans un autre service.

C- Période d'étude :

Notre étude a été effectuée du 1er Octobre 2005 au 31 Septembre 2006 sur l'effectif des malades passés par le service pendant la dite période.

D-type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective,transversale.

E- Critères d'inclusion

Tous les malades qui se sont présentés au service des urgences pendant la période d'étude.

F- Critères de non inclusion :

Il s'agissait des patients en provenance d'un autre service de l'hôpital Gabriel Touré.

G- Variables

- ✓ Age
- ✓ Sexe
- ✓ Profession
- ✓ Adresse
- ✓ Le motif d'admission
- ✓ Examen clinique
- ✓ Examens complémentaires réalisés
- ✓ Diagnostic
- ✓ Evolution
- ✓ Lieu de transfert

H- Collecte, saisie et analyses statistiques :

Le recrutement des données a été réalisé sur des fiches d'enquête à partir des différents registres du service (accueil, déchoquage, soins intensifs). La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels Word, Excel, Epi Info.

Résultats

V- RESULTATS

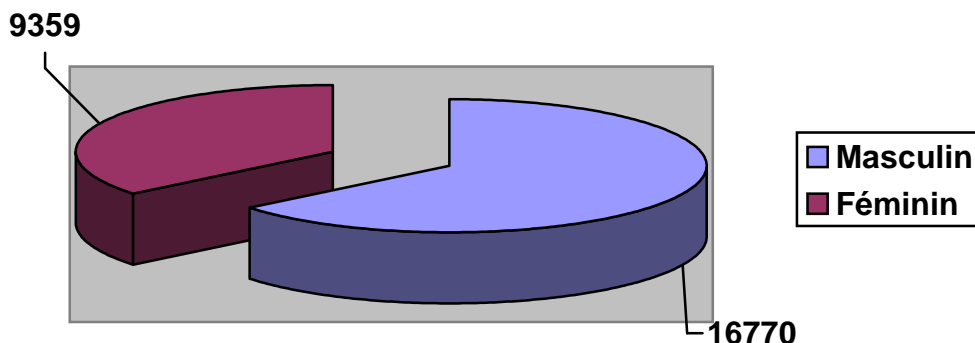
I- les résultats au niveau de l'accueil des urgences

Tableau 1-1 Répartition des malades par mois

Mois	Effectif	Fréquence %
Octobre 2005	2216	8,46
Novembre 2005	2193	8,37
Décembre 2005	2227	8,50
Janvier 2006	2164	8,26
Février 2006	1828	6,98
Mars 2006	2224	8,49
Avril 2006	2287	8,73
Mai 2006	2309	8,82
Juin 2006	2040	7,79
Juillet 2006	2287	8,73
Août 2006	2197	8,39
Septembre 2006	2204	8,41
Total	26176	100

La plus forte fréquence à été observée pendant le mois de Mai avec 2309 cas soit un taux de 8,82 %. Par ailleurs le taux d'admission reste plus ou moins stable autour de 8%.

Graphique I Répartition des malades selon le sexe.



Le sexe masculin a été prédominant avec 16770 cas (63,87 %) contre 9359 (35,75 %) chez le sexe féminin, soit un sex-ratio de 1,79.

Tableau I-2 Répartition des malades par tranches d'âge.

Tranche d'âge (année)	Fréquence	Fréquence %
Inférieur à 1 an	52	0,2
1-10	2775	10,6
11-20	4005	15,3
21-30	9214	35,2
31-40	5706	21,8
41-50	1414	5,4
51-60	811	3,1
61-70	916	3,5
71-80	236	0,9
Supérieur à 80	681	2,6
Age non précisé	837	3.2
Total	26176	100

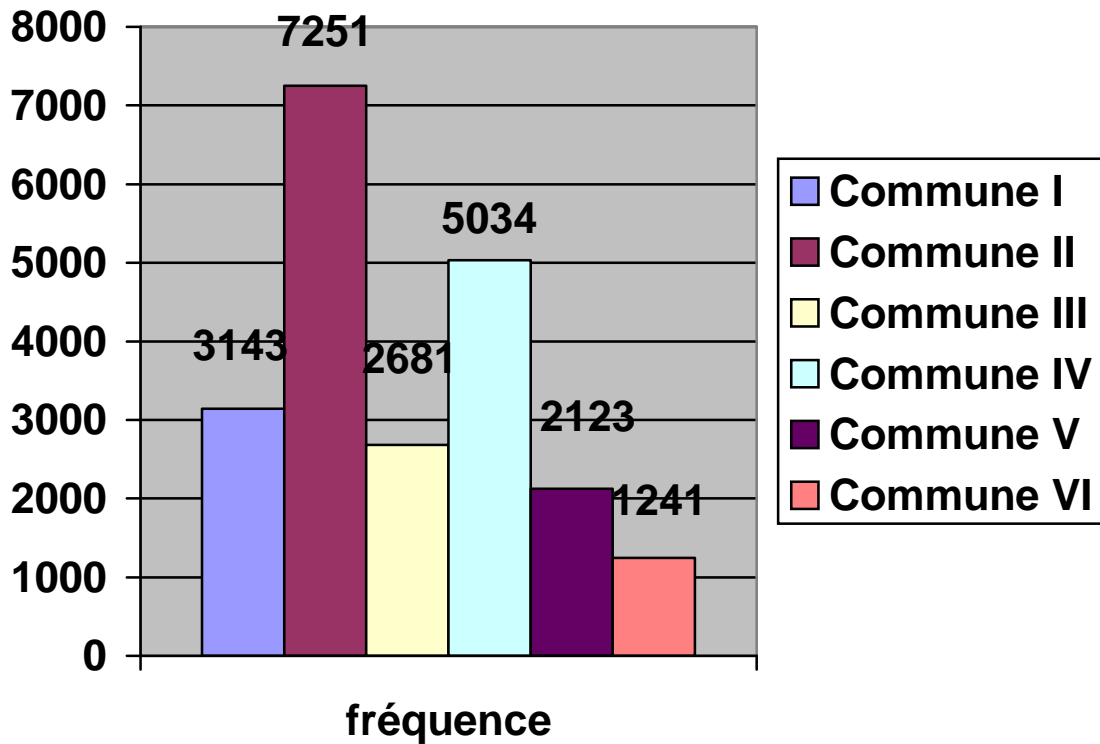
La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était celle de 21-30 ans avec 35,2 %. Les ages extrêmes étaient de 4 jours et 96 ans.

Tableau I-3 Répartition des malades selon leur provenance.

Région	Effectif	Fréquence %
Bamako	21473	82,4
Kayes	93	0,35
Koulikoro	3337	12,75
Sikasso	109	0,41
Ségou	1025	3,91
Mopti	41	0,15
Tombouctou	15	0,05
Gao	22	0,09
Cote d'ivoire	5	0,01
Guinée Conakry	3	0,01
Non précisé	55	0,21
Total	26176	100

Le district de Bamako a enregistré la plus forte fréquence avec 21473 cas soit un taux de 82,4 %.

Graphique 2 : Répartition des malades selon leur résidence à Bamako



La commune la plus représentée était la commune II avec 7251 cas (33,76%) suivie des communes IV et I avec respectivement 5034 et 3143 soit un taux de 23,44% et 14,63%.

Tableau I-4 : Répartition des malades en fonction du motif d'admission

Motifs d'admission	Effectif	Fréquence %
AVP	10339	39,49
Coups et Blessures	1980	7,56
Brûlure	586	2,23
Intoxication Aiguë	720	2,75
Asthme aigue grave	71	0,27
Noyade	78	0,29
Morsures de serpent	650	2,48
Corps étranger en O.R.L	130	0,49
Syndrome infectieux	2722	10,39
Diabète et Complications	290	1,10
Broncho pneumopathie	266	1,01
HTA et complications	2539	9,69
Urgences gynécologiques compliquées	264	1,00
Abdomen Aigue	2539	9,69
Traumatisme divers*	1966	7,51
Autres**	1036	3,95
Total	26176	100

* : accidents domestiques, chute d'arbre, éboulement...

** : tumeurs, infection VIH, ...

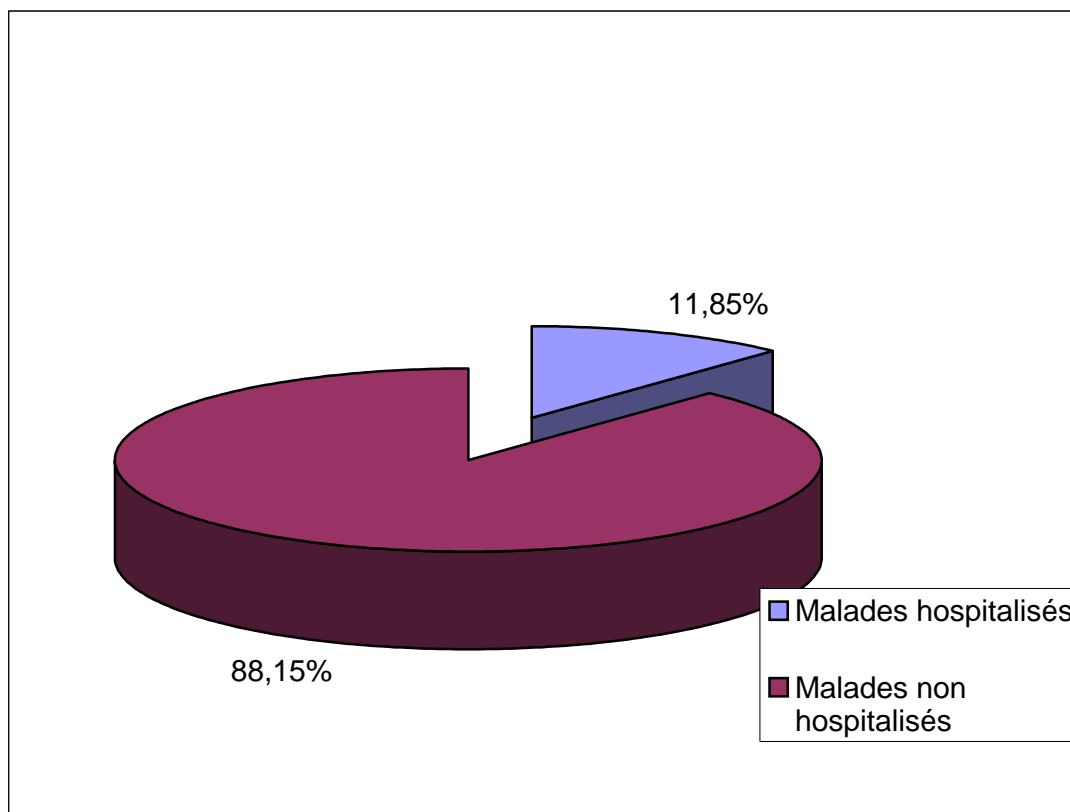
Les AVP étaient le motif d'admission le plus fréquemment rencontré avec 39,49% des cas.

Tableau I-5- Répartition des malades selon le diagnostic

Diagnostic	Effectif	Fréquence %
Traumatisme crânien	8873	33,89
Syndrome infectieux	2722	10,39
Abdomen Aigu chirurgical	2539	9,69
HTA et complications	2539	9,69
Fractures	2774	10,58
Polyblessure	1389	5,30
Intoxication aiguë	720	2,75
Polytraumatisme	680	2,59
Envenimations par Morsure de serpent	650	2,48
Brûlure	586	2,23
Traumatisme thoracique	314	1,19
Diabète et Complications	290	1,10
Broncho-pneumopathie infectieuse	266	1,01
Traumatisme du rachis	266	1,01
Urgences gynéco –obstétriques compliquées	264	1,00
Corps étrangers	130	0,49
Noyade	78	0,29
Asthme aiguë grave	71	0,27
Autres	1498	5,72
Total	26176	100

Le traumatisme crânien était le diagnostic prédominant dans notre étude 33,89%.

Graphique 3: Répartition des malades hospitalisés à partir de l'accueil des urgences par rapport au nombre total de malades admis dans le service



Parmi les 26176 malades admis, 3104 malades ont été hospitalisés à partir de l'accueil représentant un taux de 11,85 % de l'activité du service.

Tableau I-6 : Répartition des malades hospitalisés à partir de l'accueil des urgences par mois.

Mois	Malades hospitalisés	Malades Total	Fréquence %
Octobre 2005	215	2216	0,82
Novembre 2005	197	2193	0,75
Décembre 2005	259	2227	0,98
Janvier 2006	302	2164	1,15
Février 2006	283	1828	1,09
Mars 2006	258	2224	0,98
Avril 2006	283	2287	1,08
Mai 2006	276	2309	1,05
Juin 2006	248	2040	0,94
Juillet 2006	256	2287	0,97
Août 2006	247	2197	0,94
Septembre 2006	276	2204	1,05
Total	3104	26176	11,85

Parmi les 26176 malades admis, 3104 malades ont été hospitalisés à partir de l'accueil représentant un taux de 11,85 % de l'activité du service.

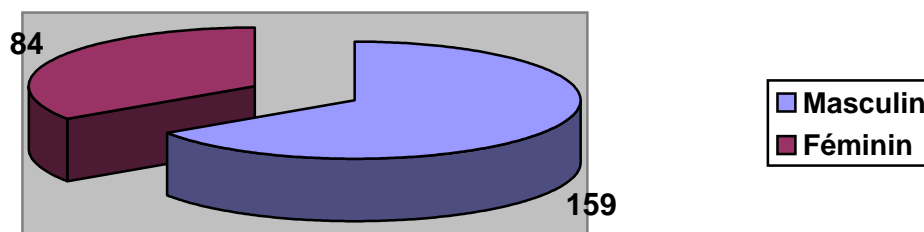
Le mois de janvier a connu le plus grand nombre d'hospitalisation 302 cas soit un taux de 9,72 %.

Tableau I-7 : Répartition des décès constatés à l'arrivée par mois.

Mois	Effectif	Fréquence %
Octobre 2005	15	5,35
Novembre 2005	14	5
Décembre 2005	25	8,21
Janvier 2006	24	8,57
Février 2006	17	6,07
Mars 2006	20	7,14
Avril 2006	20	7,14
Mai 2006	36	12,85
Juin 2006	24	8,57
Juillet 2006	26	9,28
Août 2006	33	11,78
Septembre 2006	28	10
Total	280	100

Le mois de Mai a connu le taux de décès constatés à l'arrivée le plus élevé avec 12, 85% de l'ensemble de décès.

Graphique 4 : Répartition des décès constatés à l'arrivée selon le sexe



Parmi les décès constatés à l'arrivée, le sexe masculin était prédominant par rapport au sexe féminin avec 159 cas soit 65,43 %.

Tableau I-8 : Répartition des décès constatés a l'arrivée selon leur motif.

Motif de décès	Effectif	Fréquence %
AVP	134	47,85
Coups et Blessures	10	3,57
Brûlure	4	1,42
Envenimation par morsure de serpent	2	0,71
Intoxication	1	0,35
Noyade	7	2,5
Syndrome infectieux	1	0,35
Urgences gynéco - obstétrique	1	0,35
Trauma divers	21	7,5
Syndromes abdominaux (aigues)	1	0,35
Diagnostic non précisé	98	35
Total	280	100

NB : chute, Eboulement, électrisation, ...

Les accidents de la voie publique ont été la première cause de décès constatés à l'arrivée.

II- les résultats du déchoquage :

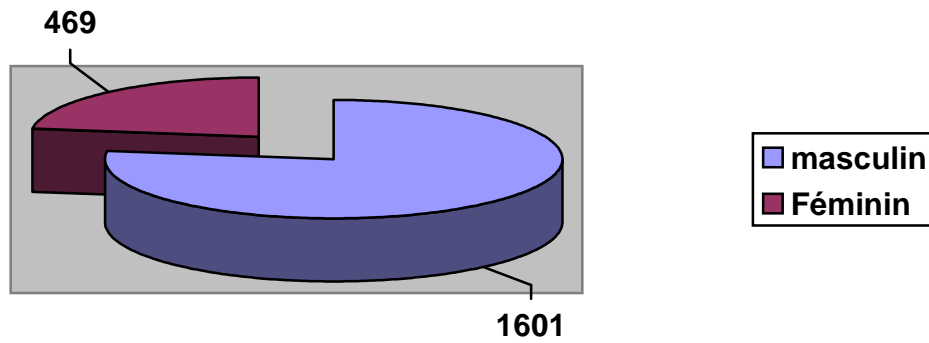
Tableau II-1 : Répartition des patients admis au déchoquage par mois en fonction du nombre total de malade :

Mois	Nombre total de déchoqués	Fréquence %
Octobre 2005	169	8,16
Novembre 2005	175	8,45
Décembre 2005	174	8,40
Janvier 2006	130	6,28
Février 2006	163	7,87
Mars 2006	203	9,80
Avril 2006	208	10,04
Mai 2006	213	10,28
Jun 2006	293	14,15
Juillet 2006	206	9,95
Août 2006	56	2,70
Septembre 2006	180	8,69
Total	2070	100

2070 malades ont fait l'objet d'une prise en charge en unité de déchoquage.

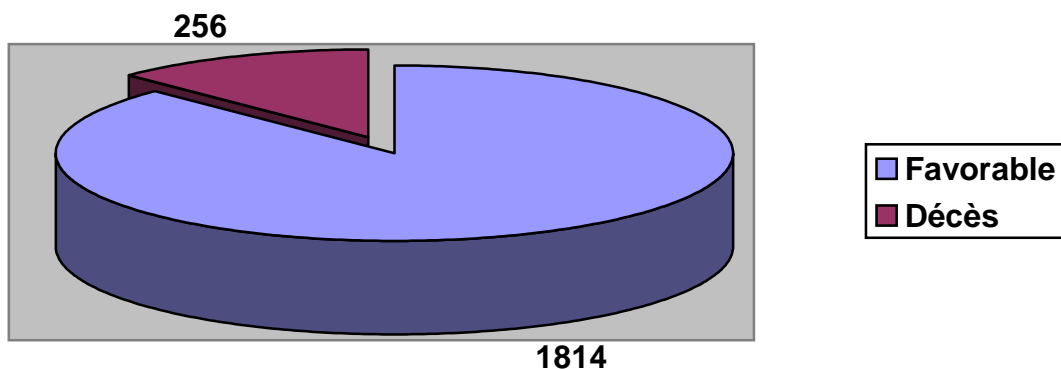
Le mois de juin a enregistré la plus forte fréquence avec 293 cas soit 14,15 %.

Graphique 5 : Répartition des malades déchoqués selon leur sexe



La majorité des malades admis au déchoquage étaient de sexe masculin 1601 soit un taux de 77,34%.

Graphique 6 : Répartition des malades du déchoquage selon leur évolution



Parmi les malades déchoqués 256 cas (soit 12,36%) ont connu une évolution fatale.

Tableau II-2 : Répartition des malades selon leur orientation après le déchoquage.

Orientation	fréquence	Fréquence %
Soins intensifs d'urgence	604	29,17
Traumatologie	358	17,3
Bloc opératoire	342	16,52
Décès	256	12,36
Chirurgie générale	203	10,8
Exeat	165	7,97
Médecine	85	4,10
Odontostomatologie	19	0,91
Gynéco – Obstétrique	14	0,7
ORL	4	0,2
Total	2070	100

La majorité de nos malades ont été orienté dans le secteur soins intensifs du service après déchoquage.

Tableau II-3 : Répartition des malades opérés en fonction du motif

Diagnostic ou cause	effectif	Fréquence %
Péritonite	298	29
Occlusion	257	25
Traumatisme	236	23
Appendicite	113	11
Hernie étranglée	72	7
Omphalocèle	21	2
Corps étranger ORL	10	0,9
Urgence Gynécologique	2	0,1
Autres*	21	2
TOTAL	1026	100

* : tumeurs, imperforation anale,

29 % des malades opérés étaient des cas de péritonites.

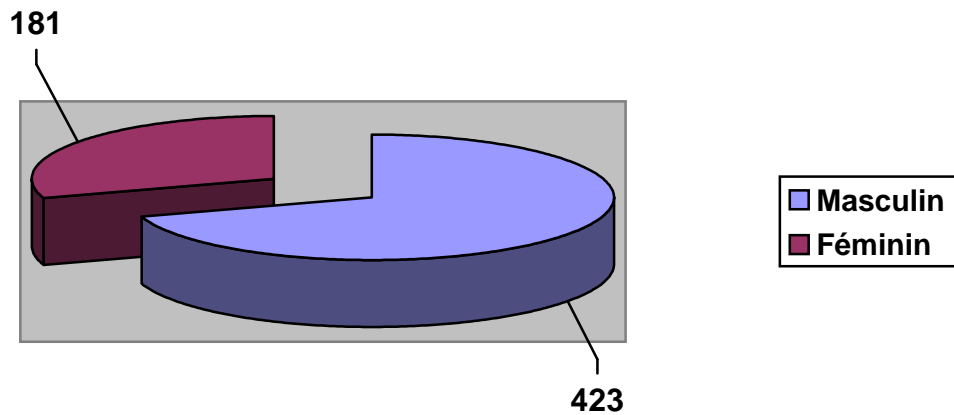
III- Résultats au niveau des soins intensifs

Tableau III-1 : Répartition des malades admis en soins intensifs d'urgence par mois

Mois	Nombre de malade admis en soins intensifs	Fréquence %
Octobre 2005	56	9,27
Novembre 2005	53	8,77
Décembre 2005	50	8,27
Janvier 2006	58	9,60
Février 2006	51	8,44
Mars 2006	49	8,11
Avril 2006	43	7,11
Mai 2006	54	8,94
Juin 2006	41	6,78
Juillet 2006	48	7,94
Août 2006	50	8,27
Septembre 2006	52	8,60
Total	604	100

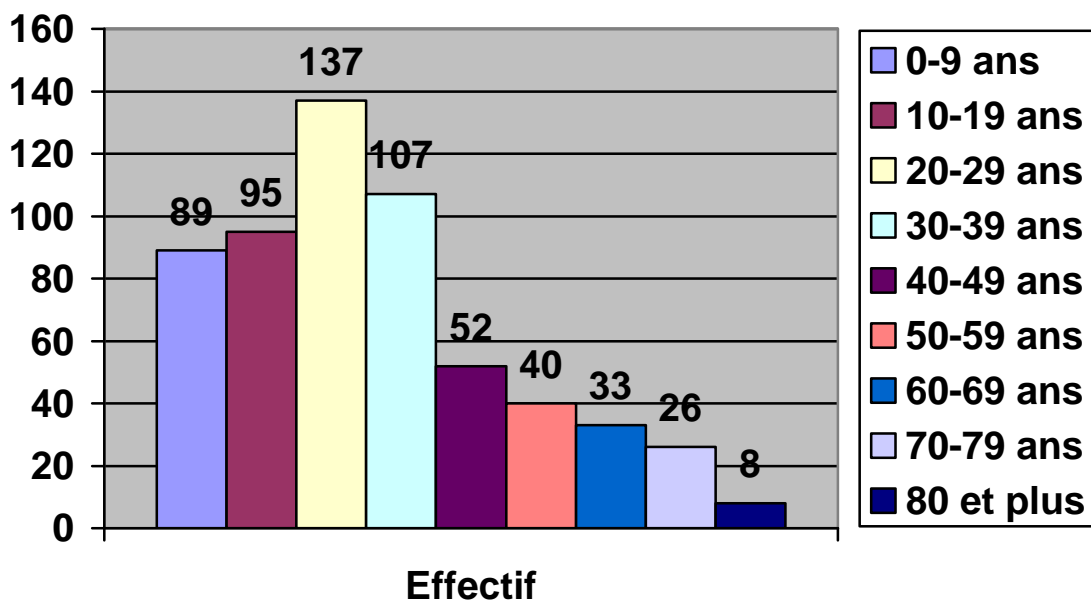
604 malades ont bénéficié d'une prise en charge en soins intensifs. Le mois de Janvier a enregistré le plus grand nombre de malade orienté dans ce secteur.

Graphique 7 : Répartition des malades de soins intensifs selon leur sexe



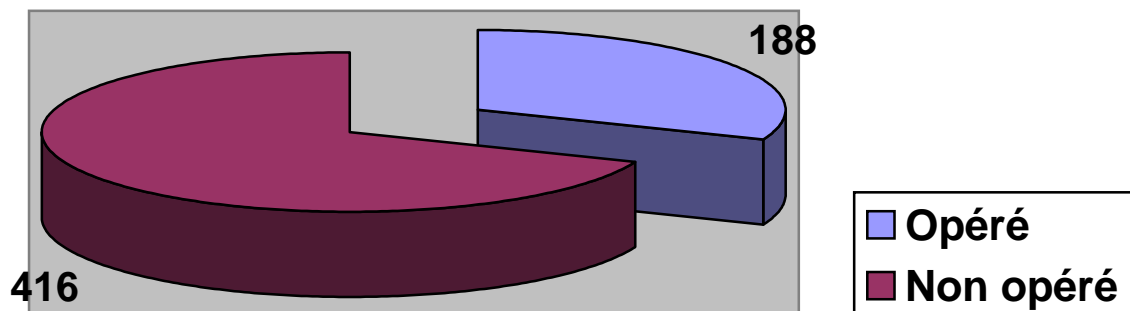
Le sexe masculin a été le plus représentatif en réanimation 423 cas soit un taux 70,03 %

Graphique 8 : Répartition des malades de réanimation selon leur Ages



La tranche d'âge 20-29 ans a été la plus représenté en soins intensifs 137 cas soit 22,68 %.

Graphique 9 : Répartition des malades réanimés ayant été opérés :



188 malades hospitalisés en secteur soins intensifs ont bénéficié d'une intervention chirurgicale au bloc opératoire soit 31 %.

Tableau III-2 : Répartition des malades de soins intensifs selon leur profession

Profession	Effectif	Fréquence %
Elève/Étudiant	118	19,53
Ménagères	98	16,22
Ouvriers	88	14,56
Enfants	70	11,58
Commerçants	68	11,25
Cultivateurs	65	10,76
Fonctionnaires	38	6,29
Chauffeurs	14	2,31
Retraités	14	2,31
Gardiens	12	1,98
Marabouts	5	0,82
Coiffeuses	4	0,66
mendiants	2	0,33
Autres	8	1,32
Total	604	100

Les élèves et étudiants ont été la couche socioprofessionnelle dominante avec 118 patients soit 19,53 % de cas.

Tableau III-3 : Répartition des malades de soins intensifs selon leur motif d'admission

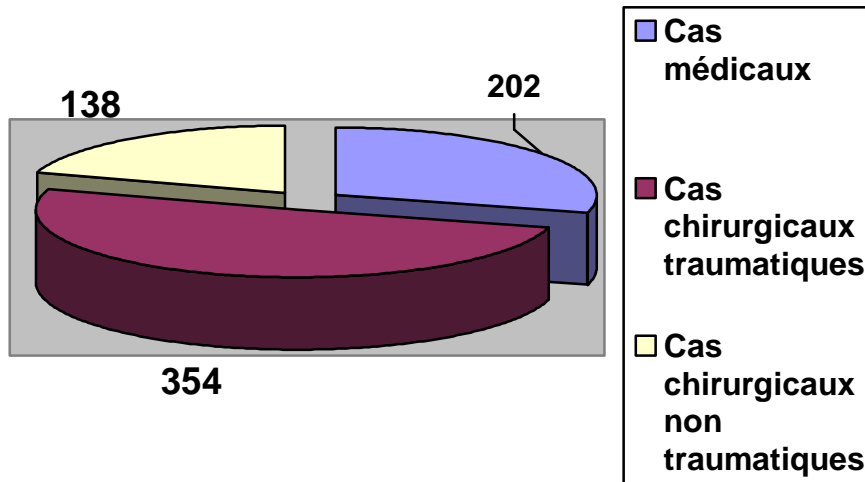
Motifs d'admission	effectif	Fréquence %
AVP	284	47,01
Abdomen aigu	118	19,53
brûlure	38	6,29
Altération de la conscience non traumatique	28	4,63
Coups et Blessures	22	3,64
HTA et complications	19	3,14
Traumatismes divers*	18	2,98
Crise d'éclampsie	14	2,31
Les broncho-pneumopathies infectieuses	12	1,98
Intoxication aiguë	9	1,49
Syndrome infectieux	9	1,49
Morsure de serpent	7	1,15
Autres**	26	4,30
Total	604	100

* : accidents de travail, chute d'un arbre, éboulement...

** : Tumeurs, infection à VIH, syndrome anémique...

Les accidents de la voie publique ont été le premier motif d'admission en soins intensifs 284 soit 47,01%.

Graphique 10 : Répartition des malades de soins intensifs selon le type d'urgence.



Les cas chirurgicaux traumatiques ont représentés l'essentiel de l'activité en réanimation avec un effectif de 354 soit un taux de 58,60 %.

Tableau III-4 Répartition des malades de soins intensifs en fonction des examens complémentaires effectués (imagerie)

Examens	Effectif	Fréquence %
Radiographie standard	293	41,32
Scanner	271	38,22
Echographie	144	20,31
Electro-encéphalogramme	1	0,14
Total	709	100

La radiographie standard à été l'examen complémentaire le plus demandé en imagerie médicale 293 soit un taux de 41,32%

Tableau III-5 Répartition des malades de soins intensifs en fonction des examens biologiques demandés

Examens	Effectif	fréquence %
Groupage rhésus	598	57,38
Biochimie (urée- créatinémie)	187	17,94
Goutte épaisse	130	12,47
Ionogramme	77	7,38
Hémoculture	47	4,51
HIV	3	0,28
Total	1042	100

Après le groupage rhésus, le bilan rénal (Biochimie) à été l'examen biologique le plus demandé en soins intensifs 187 soit un taux de 17,94 %.

Tableau III-6 : Répartition des malades de soins intensifs selon leur évolution

Evolution	Effectif	Fréquence %
Favorable avec transfert	380	62,91
Très favorable avec exeat	45	7,45
Décès	179	29,63
Total	604	100

Plus de 70% des malades hospitalisés en soins intensifs ont eu une évolution favorable.

Tableau III-7 : Orientation des malades après soins intensifs d'urgence au sein du CHU Gabriel Touré

Lieu	Effectif	Fréquence %
Traumatologie	169	44,47
Chirurgie générale	115	30,26
Chirurgie infantile	42	11,05
Gynécologie	19	5,00
Médecine	13	3,42
SAR	11	2,89
Pédiatrie	1	0,26
Urologie	1	0,26
Autres	9	2,36
Total	380	100

La traumatologie à été le service qui a reçu une large majorité de nos malades 169 cas soit un taux de 44,47 %.

Tableau III-8 : Orientation des malades après soins intensifs vers d'autres structures sanitaires.

Lieu	Effectif	fréquence %
Hôpital de Kati	2	22,22
Hôpital du point G	6	66,66
Evadé	1	11,11
Total	9	100

L'hôpital du point G a reçu la majorité de nos malades référés avec 66,66%.

Commentaires

et

Discussion

VI- Commentaires et discussion

Notre étude s'est étalée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Octobre 2005 au 31 Septembre 2006 au service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Touré. Il s'agissait d'une étude Epidémiologique descriptive transversale des urgences médico - chirurgicales.

Au cours de cette période 26176 patients ont été admis en consultation soit une moyenne de 71 patients par jour.

Nous avons rencontré quelques difficultés au cours de cette étude :

- Beaucoup de dossiers étaient incomplets, ce qui a rendu difficile la collecte des données.
- Pour certains malades comateux, l'entourage n'était pas toujours à mesure de nous donner tous les renseignements nécessaires.

Cependant cette étude a été faite dans un cadre de travail collégial, très pratique où se trouvaient regroupés sur le même site l'accueil, le déchoquage, le bloc opératoire et les soins intensifs d'urgence.

I-A l'accueil des urgences :

I-1-Selon le mois :

Pendant l'année la période plus active a été le mois de Mai avec 2309 consultations soit 8,79 % des activités du service. Ce qui correspond à une moyenne journalière de 76 patients. Il est suivi par les mois d'avril et de juillet avec 2287 patients soit 8,71 % des consultations. Cela pourrait s'expliquer par la forte chaleur pendant ces périodes où beaucoup de pathologies médicales se décompensent (déshydratations, cardiopathies).

Le mois le moins actif a été Février avec 1828 consultations soit 6,96% des activités.

- A. Sanogo [35] en 1998 a trouvé 13755 patients en consultations soit une moyenne de 38 patients par jour dans le même service. L'augmentation de ces chiffres s'expliquerait à la fois par le fait

que le service reçoit maintenant les urgences chirurgicales et médicales et d'autre part par l'augmentation croissante de la population.

I-2-Le sexe

Le sexe masculin à été le plus représenté avec 16770 cas soit 64,06% contre 35,75% de sexe féminin. Le sexe Ratio était de 1,79.en faveur du sexe masculin. Odelawo.O au Nigeria [1] avait trouvé en 1993 lors d'une étude que 78,6 % des patients étaient de sexe masculin. Cette prédominance pourrait s'expliquer par un plus grand goût du risque de la part des hommes.

I-3- L'âge

Nous avons trouvé une moyenne d'âge de 48 ans avec des extrêmes de 4 jours et de 96 ans. La tranche d'âge de (21 - 30) était la classe prédominante avec (35,2%) des cas.

Sandrine. L [38] en 2005 dans une étude dans le même service sur la problématique des urgences medico chirurgicales pré hospitalier sur 6 mois à trouver une moyenne d'âge de 40,5 ans avec comme tranche d'âge prédominante (21-30) correspondant à 30% des cas.

La fréquence élevée des jeunes adultes peut s'expliquer par le fait que les traumatismes ont été notre principal motif d'admission et ils constituent la couche la plus active de la société donc la plus exposée à toute forme d'accidents.

I-4- Résidence :

Les patients résidant dans la capitale étaient les plus représentés avec 82,04 % des cas. La vocation d'hôpital de zone de référence au sommet de pyramide sanitaire nationale de l'hôpital Gabriel Touré fait que nous retrouvons également des patients de toute les régions, nous notons toute fois un taux de représentation d'autant plus faible que ces régions sont éloignés de Bamako. C'est ainsi que nous avons 12,75 % de nos patients résidaient à Koulikoro (60 Km de Bamako) contre 0,05 % qui résidaient à Tombouctou (1024 Km de Bamako).

Sanogo A [35] dans son étude, a trouvé que 91,8 % des patients résidaient à Bamako ; 4,6 % à Koulikoro ; 0,4 % à Ségou ; 0,3 % à Sikasso.

- Au niveau de Bamako la commune II vient en tête avec 33,76 % de consultations et ensuite viennent la commune IV avec 23,44 %, la commune I, la commune III.

I-5 Motif de Consultation

Le principal motif d'admission était représenté par les traumatismes (56,79 %). Parmi les traumatismes, les AVP étaient de loin la première cause d'admission avec 39,49 % de cas suivi par les coups et blessures (7,56 %) et les traumatismes divers constitués par les chutes, les accidents de travail, les accidents de sport, les accidents domestiques, les éboulements, les électrisations etc...ont représentés 7,51 % de cas.

Le deuxième motif d'admission après les AVP était représenté par les syndromes infectieux avec 2722 cas soit (10,39 %), suivi par l'hypertension artérielle et ses complications avec 2539 cas (9,69 %).

Les abdomens aigus non traumatiques (appendicites aigues, péritonites, occlusions intestinales aigues, invaginations intestinales aigues, hernies étranglées, omphalocèles etc.) occupaient le même rang que l'hypertension artérielle et ses complications.

Sanogo A [35] avait trouvé comme première cause de consultation les traumatismes avec 86,3 % ; La deuxième cause était représentée par les abdomens aigus non traumatiques (7,10 %) et la troisième par les pathologies non chirurgicales.

1-6-Les décès constatés à l'arrivée

Il s'agissait pour la plupart des accidents de la voie publique et des décès liés à la violence.

Les victimes sont soit décédés sur le lieu, soit au cours du transport vers l'hôpital.

Ils représentent la majorité des décès certifiés au service : sur les 280 décès constatés à l'arrivée avec une prédominance masculine 159 cas soit un pourcentage de 65,78 % contre 121 cas de décès pour le sexe féminin soit 43,21 % donnant ainsi un sexe ratio de 1,31.

Les accidents de la voie publique représentaient la première cause de décès constaté à l'arrivée avec 134 cas donnant un pourcentage de 47,85 %. Durant la période d'étude, le mois de Mai a enregistré 36 cas (12,85 %) de décès constaté à l'arrivée venant en première position suivi par le mois d'Août avec 33 cas (11,78 %). Par contre le mois de Novembre a enregistré la plus faible fréquence avec 14 cas de décès constaté à l'arrivée (5 %).

Sanogo A [35] a enregistré au total 332 décès en 1998 soit 77 décès en réanimation et 245 décès constatés à l'arrivée et au déchoquage.

2-Au déchoquage

2070 malades ont bénéficiés d'une prise en charge immédiate au déchoquage soit 7,90 % de toute l'activité du service.

Le mois le plus actif a été le mois de Mai avec 213 cas de déchoquage, le mois d'Août a enregistré la plus faible fréquence avec 56 cas.

Le déchoquage a enregistré 256 décès soit 35,85 % de l'ensemble des décès certifiés dans le service.

Les AVP ont été la première cause de décès au déchoquage, 203 cas soit 79,29 % suivi par les syndromes infectieux 23 cas (8,98%), les traumatismes divers.

L'évolution au déchoquage a été favorable pour 87,63 % des patients.

3- Au bloc opératoire

Au cours de la période d'étude, le bloc opératoire du SUC a connu une intense activité ; il y a eu 1026 interventions au bloc. Avec une moyenne de 86 opérations par mois.

Parmi les 1026 patients opérés 342 ont été déchoqués avant leurs entrées au bloc. Parmi eux 180 ont nécessités des soins intensifs à la sortie du bloc.

Sanogo A [35] en 1998 avait enregistré 598 interventions avec une moyenne de 50 opérations par mois.

Ceci pourrait s'expliquer d'une part par le fait que les centres de santé de référence de Bamako ne s'occupent généralement que des urgences gynéco-obstétricales .La plupart des urgences traumatologiques sont dirigées vers les urgences de l'hôpital Gabriel Touré ;

Et d'autre part par l'augmentation démographique que connaît la ville de Bamako du fait de l'exode rural.

4- En réanimation (soins intensifs)

Pendant la période d'étude nous avons hospitalisé 604 malades en réanimation soit 2,30 % des malades consultés avec une moyenne de 54 malades par mois.

Le mois de Janvier a été le plus animé avec 58 malades soit 9,6 % de l'ensemble des cas.

Le sexe masculin a été plus représenté avec 423 patients (70,03 %) contre 177 cas pour le sexe féminin.

La tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 20 -29 ans avec 133 malades soit 22,16 %. Cette fréquence élevée de jeunes adultes masculins peut s'expliquer par le fait que les traumatismes ont été notre principal motif d'admission et ils constituent la couche la plus active de la société donc la plus exposé a toute forme d'accident.

Parmi les malades hospitalisés en soins intensifs 184 ont subi une intervention chirurgicale au bloc soit 30,7 %.

La couche socioprofessionnelle la plus touchée a été les élèves étudiants avec 118 cas soit 19,7 %.

Les AVP restent de loin la première cause d'admission en soins intensifs avec 284 cas soit 47,3 %. Le deuxième motif d'admission était représenté par les abdomens aigus 118 cas. Les cas de brûlures thermiques occupaient la troisième position.

- La radiographie standard a été l'examen complémentaire le plus sollicité avec 289 cas soit 41,32 % suivi par le scanner 271 cas soit 38,22 % ensuite l'échographie 144 cas (20,31 %).

Cette forte fréquence de la demande de la radiographie standard s'expliquerait par le fait que beaucoup de nos patients sont des cas traumatologiques. Cet examen est disponible à tout moment et son coût abordable ; comparativement au scanner et à l'échographie.

Le groupage rhésus a été le plus demandé en biologie avec 598 cas soit 57,38 % suivi par le bilan rénal (biochimie) 187 cas (17,94 %) ensuite la goutte épaisse 128 cas.

51 % des malades en soins intensifs étaient des cas traumatiques chirurgicaux, suivi par les cas médicaux (29 %).

La péritonite a été le diagnostic le plus posé avec 79 cas soit 13,16 % de l'ensemble des malades hospitalisés en soins intensifs pour les cas chirurgicaux non traumatiques.

Sanogo A [35] avait trouvé comme première cause d'hospitalisation en soins intensifs, les traumatismes (46 % des cas).

Parmi les cas médicaux les AVC ont été les plus fréquents avec 19 cas soit 3,2 % de l'ensemble des malades hospitalisés en soins intensifs.

408 malades ont eu en soins intensifs un délai de séjour inférieur à une semaine soit 68,16 % des hospitalisés seulement 5 malades soit 0,83 % ont eu un séjour supérieur ou égale à 4 semaines.

Plus de 70 % des malades hospitalisés en soins intensifs ont eu une évolution favorable : transférés dans d'autres services, référés vers d'autres structures ou encore sortis pour le domicile.

Sanogo A [35] avait trouvé 85 % d'évolution favorable il y'a environ 10 ans dans le même service.

Cette augmentation de 15 % du taux de décès pourrait s'expliquer par la détérioration des conditions de travail.

179 malades sont décédés en réanimation soit un taux de 29,8 % de l'ensemble des malades.

Conclusion

et

Récommandations

VII- conclusion

- Pendant la période d'étude ; 26176 patients se sont présentés au suc ; avec une prédominance masculine ; résidant majoritairement dans le district de Bamako.
- Toutes les tranches d'âge ont été représentées ; avec une plus grande fréquence des adultes jeunes (21-40 ans).
- Le premier motif de consultation reste de loin les causes traumatiques avec en tête les AVP, les Coups et Blessures et les traumatismes divers (chute, éboulement, accident de travail, accident domestique, etc.).
- Au cours de la période d'étude:
 - ✓ 11,85 % ont été hospitalisés ;
 - ✓ 7,79 % ont été déchoqués ;
 - ✓ 2,30 % des patients ont fait l'objet d'une réanimation en soins intensifs.
- Les traumatisés crâniens ont été la première cause d'hospitalisation dans le service.
- Le taux de mortalité globale a été 2,73 % pour toutes les causes confondues (les accidents de la voie publique restent de loin la première cause de mortalité).

VIII- Recommandations

La gestion des urgences demande une implication à des degrés différents de l'hôpital, des autorités sanitaires et des pouvoirs publics.

Ainsi nous recommandons :

- Au ministère de la santé

- l'organisation d'un système de réponse aux urgences pré hospitalières par la mise sur pied effective d'un Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), afin de prendre précocement des malades en charge.
- La formation du personnel en quantité et en qualité pour la médecine d'urgence au Mali,
- l'équipement des services d'urgence en matériel, et surtout en ressources humaines qualifiées.
- La réorganisation et l'équipement des structures sanitaires périphériques d'un minimum de matériel indispensable à la prise en charge des urgences.
- La promotion de la formation des citoyens en secourisme pour améliorer l'efficacité du premier secours.
- S'investir dans la prévention des accidents du trafic routier par la limitation de vitesse, l'éducation et l'information de la population par les médias sur le code de la route et la prise de mesures incitatives et répressives.
- Elaboration et adaptation d'une bonne politique de sécurité sociale en vue d'une meilleure prise en charge des malades en y associant tous les autres acteurs que sont : les compagnies d'assurance, l'INPS, le ministère des transports et les différents syndicats de transporteur.

- A L'HGT

- D'assurer à l'hôpital la réalisation des examens complémentaires indispensables en urgence pour la biologie et l'imagerie médicale en tout temps.
- la dotation du SUC d'un stock de médicaments d'urgence permettant la prise en charge des indigents et des patients non identifiés.

- Aux agents de santé :

- ✓ Référer à temps tous malades nécessitant une prise en charge spécialisée dans les bonnes conditions.

Bibliographie

IX- BIBLIOGRAPHIE

- 1- Aldeloye.A.** Pattern of acute head injuries in Kuwait Apr 73 (4); 253-58
- 2-Baccino.E.** Certificat de décès, certificat de coups et blessures ; rédaction et conséquence, la réquisition rev prat (paris) 1994-44.1n° 288 : 133-138
- 3- Barker. M.** Injuries and the risk of disability in teenager's young adult
- 4- Bradley. V. Computers:** getting started' Journal of Emergency Nursing 20 (2): 146-148
- 5-Carli. B.** Riou Urgences médico-chirurgicales de l'adulte édition 1991 Av-pro.
- 6- Coladon B.** L'activité chirurgicale dans les établissements de santé 1995 122 (2) :117-121
- 7- Code de déontologie médicale du Mali Annexe à la loi n°86-35/AN-RM portant institution de l'ordre national des médecins
- 8- Coulibaly MZ.** Les urgences pédiatriques. Thèse de médecine 1988 Mali.
- 9-Diallo O.** Etude épidémiologique des coups et blessures volontaires au CHU Gabriel Touré de médecine 1998 Mali.
- 10-Diarra B.** Ortho-traumatologie au Mali. Thèse de médecine 1997 Mali n°28
- 11- ESSOR. Criminalité –Colombie :** le pays le plus violent du monde en temps de paix. Quotidien national du 11 Mai 1998 Mali.
- 12- Gandon.** Admissions for trauma at the university hospital of the West Indies. A prospective study West Indian Med J 1994-Dec 43(4) : 117-20
- 13- Goulon M.** Les urgences 3^{ème} édition 1997 : 1-10
- 14-Huguer M.** Organisation des urgences chirurgicales pédiatrique au CHU de Nantes, 1993-1994 119 (3) : 148-51
- 15- Kedy B N.** Evaluation des besoins en médicament et consommables nécessaires aux activités chirurgicales de l'HPG. Thèse de pharmacie 1997 Mali N°

16. Koné M. Dépense de prise en charge des urgences en gynéco-obstétrique dans les hôpitaux nationaux Gabriel Touré et Point G. Thèse de médecine 1997 Mali N° 11.

17-Naré H. Coût de la consommation des médicaments par les patients hospitalisés dans les services des urgences gynéco-obstétriques des hôpitaux de PG et GT. Thèse de pharmacie 1997 Mali N°2.

18-Noto R, Huguenard P, A Larkan. Médecine de catastrophe 2^{ème} édition (1994 Paris).

19- Odelowo E O. Factors affecting morbidity and mortality from road traffic accidents: A Nigerian périurban med sci 1993 Jun, 22 (2) : 69-74.

20- Oueloguem B. Etude épidémiologique des urgences pédiatriques à l' HGT au Mali thèse de médecine 1997 Mali.

21-Plasencia A. Emergency department and hospital admission and deaths from traffic Injuries in Barcelona, spains. A one year population based study Accid Anal Prev 1995 Aug 27 (4) : 591-600

22- Richard J. Réorganisation et fonctionnement d'un service des urgences chirurgicales. Burkina-Faso 1991

23- Sidibé Y. Les péritonites généralisées au Mali. A propos de 140 cas. Thèse de médecine 1994 Mali.

24- Thiéro M. Les évacuations obstétricales à la maternité de l'HGT

25- Traoré M. Etude économique des activités du service de chirurgie « B » à l' HPG. Thèse de médecine 1992 n° 46 Mali.

26- Wyatt JP. Rate, causes and prevention of death from injuries in south eastscotland Injury 1996 Jun, 27 (5) : 337-340.

27-Chobli M .Massougbodji_D'almeida M.Agboton H. Sanou J .Madougou M .Assouti .P créer un service d'aide médicale d'urgence dans un pays en voie de développement: luxe ou nécessité? 44^{me} congrès National d'anesthésie reanimation. Société française d'Anesthésie et de Reanimation (SFAR) 2002 :1_2

28_MARC GENTILLINI

Aspect Sanitaire dans les pays en voie de développement : Médecine tropicale Médecine _sciences .Flammarion 1993:80

29_ J.M FONTANELLA.AMIRATI et AL

Les SAMU centre 15_Organisation, activités, techniques de régulation médicales, Eléments historiques .Editions SFEM.PARIS.1997.16_17315_319

30_ Urgences: pathologie digestive Médicale et chirurgicale.

Version 2003 (université de Liège: ULG) .

31-Pathologie chirurgicale, Patel J.C, Masson et compagnie .Paris

2eme édition .1975

32- Goulon M. Les urgences 3eme édition 1997 .1.10

33-Code de déontologie médicale due Mali Annexe à la loi n° 86.35/AN.RM porte l'institution de l'ordre national des médecins

34- Sangaré A suivi du sportif d'élite traumatisé crânien dans le district de Bamako; Thèse faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie, Bamako, Mali. 1996; N°7.

35- Sanogo A Bilan annuel de l'activité du service des urgences chirurgicales de l'Hôpital Gabriel Touré, Thèse faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie, Bamako, Mali; 1998.

36 – Guide clinique et thérapeutique pour les programmes curatifs des hôpitaux et des dispensaires 5 éditions 2005 Page 17-18-19

37 – Vadémécum clinique thérapeutique Du diagnostic au traitement V.Fattoruso /O.Ritter 16è édition Masson P : 915-655

38 – Sandrine Lyndas problématique des urgences Médico chirurgicales préhospitalières au Mali Thèse faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie, Bamako, Mali; 2005

40- JEAN P.

Manuel pratique d'initiation à l'anatomie

www.oncorea.com/Syll/Urgences/Urgences.html-3k-En

41- DIARRA A.

Approche épidémiologique des accidents de la route à propos de 322 cas reçus au services des urgences chirurgicales de l'HGT de juillet à décembre 2001, Bamako, 2003, thèse médecine n°1.

42- Vallin M., Chesnais.

Législation routière, code de procédure pénale, France 1967

43- D'Aubigné K. M et coll.

Traumatologie, collection médico-chirurgicale ; Collection Flammarion, médecine – sciences P261 – 262 – 263

44- SANGARE F.

Utilisation des consommables dans la contention plâtrée au service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'HPT de Bamako de Mars 2002 à Août 2002 Thèse de Pharmacie, 2003, Bamako.

45- SIEYAMDJI. C.A

Enquête portant sur 92 de traumatismes crâniens graves recrutés dans les services d'urgences chirurgicales et de réanimations de l'H.G.T.

Thèse de médecine Bamako 1998, n° 65 P 25, 26, 34, 45.

46- Etori à Yombo. M-P

Prise en charge des traumatismes crâniens à l'hôpital du point G, bilan de 6 ans, thèse de médecine 2004, n° 96 P 22, 31, 32, 33.

47- Bismith. C

Toxicologie clinique ; généralités toxicologie clinique : Médecine science, Paris : Flammarion 1987 ; P 23 – 24.

48- Cellule de planification et de statistique

Fiches signalétiques des hôpitaux du Mali et rapport sur les activités de l'année. Juin 2002 ; 5

49- Grande Encyclopédie : ATLAS de la Médecine

Volume 2 / Appe – chirurgie P 2483

50- Issa B. MAÏGA

Les Intoxications médicamenteuses aiguës au service des urgences du C.H.U Gabriel TOURE. A propos de 110 cas d'octobre à septembre 2006.

Thèse de Médecine n° 99 P : 12-13-14-15

51- OMS

Prise en charge des intoxications.

Manuel de l'agent de santé 1999 ; 6 : 15 – 099.

52- Urgences, Réanimations, Transfusions Sanguines : soins

infirmier

Michel Aubert, Jean Pierre Carpentier. 5^{ème} édition. – Paris

Masson, 2005 P : 14 – 15 – 194 – 195 – 196

53- Kamran Samii : Anesthésie, Réanimation Chirurgicale.

Médecine – Sciences. Flammarion P : 979 – 980 – 981 – 982.

54- Les urgences : M.Coulon ; O Goëan-Brissonnière ; P de Rohan-Chabot.3^e édition ;Maloine.

55- André KASSOGUE complications rénales des envenimations par morsure de serpent.

Thèse de médecine 2006 n° 82 pages 3,4

ANNEXES

Fiche d'enquête

Nom : Prénom : Age :

Sexe : Profession Adresse :

Motif d'admission et circonstances de survenu.....

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

Constantes à l'admission : TA : Pouls

Spo2.....FR.....Température.....

Symptômes.....

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Hypothèse

Diagnostic.....

- 1.....
- 2.....
- 3.....

(état du gravité malade)

.....
Rouge jaune Vert Noir J/N

Examen complémentaire :

Imagerie :

- Radiographie
- Echographie
- Glycémie
- Scanner

Biologique

- GE
- Groupage Rhésus
- Lonogramme Sanguin
- Hémoculture

Autres :

Urée Créât

Autres :

Diagnostic Retenu.....

.....

.....

Déchocage durée du séjour.....

.....

Traitement reçu :.....

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

Orientation après salle de Déchocage

1 Bloc

Oui

Non

.....

Si Oui type d'intervention.....

.....

.....

2 Réanimation

Oui

Non

.....

3Transfert.....

Traumatologie

SAR

Chirurgie générale

Chirurgie infantile

Médecine

ORL

Sortie avec une ordonnance

Sortie avec consultation

Odonto

Autres

D C D

Ophtalmo

Délais de séjour dans le service :

Jours

Semaines

Mois

COLLECTE HEBDOMADAIRE DES DONNEES

	M	F	L	M	M	J	V	S	D	Total
Accidents de la voie publique (AVP)										
CBV (coups – blessures)										
Brûlure										
Intoxications										
Asthme aigue grave										
Noyades										
Morsures										
Corps étranger ORL										
Comas fébriles										
Coma diabétique										
Syndromes abdominaux										
Pneumopathies										
HTA complications										
Urgences gynéco obst										
Trauma Divers										
Autres										
Total										

.....

Trauma divers : chute, AT, AS, AD, coups de foudre, Eboulement, électrisation, explosion.
 SD abdominale : Appendicite, Pentonite, Occlusion, Omphalocèle, Invagination intestinale,

Fiche Signalétique

Nom : KONE

Prénom : Oumar Badiè

Titre de la Thèse : Epidémiologie des Urgences Médicochirurgicale au Service des Urgences du CHU Gabriel TOURE

Année Universitaire : 2007 – 2008

Ville de Soutenance : Bamako – Mali

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

Résumé

- Pendant la période d'étude ; 26176 patients se sont présentés au suc ; avec une prédominance masculine ; résidant majoritairement dans le district de Bamako.
- Toutes les tranches d'âge ont été représentées ; avec une plus grande fréquence des adultes jeunes (21-40 ans).
- Le premier motif de consultation reste de loin les causes traumatiques avec en tête les AVP, les Coups et Blessures et les traumatismes divers (chute, éboulement, accident de travail, accident domestique, etc.).
- Au cours de la période d'étude:
 - ✓ 11,85 % ont été hospitalisés ;
 - ✓ 7,79 % ont été déchoqués ;
 - ✓ 2,30 % des patients ont fait l'objet d'une réanimation en soins intensifs.
- Les traumatisés crâniens ont été la première cause d'hospitalisation dans le service.
- Le taux de mortalité globale a été 2,73 % pour toutes les causes confondues (les accidents de la voie publique restent de loin la première cause de mortalité).

Mots-clés : Epidémiologie ; Urgence Médicochirurgicale