

URGENCES CHIRURGICALES EN ZONE DE CONFLIT ARME : CAS DE L'HOPITAL REGIONAL DE TOMBOUCTOU, MALI.

SURGICAL EMERGENCIES IN ARMED CONFLICT ZONE: CASE OF THE REGIONAL HOSPITAL OF TIMBUKTU, MALI.

Sanogo S¹, Togola B^{1,2}, Traoré D^{1,2}, Bengaly B^{1,2}, Coulibaly M⁴, Ongoïba O³, Samber M³, Ouattara D¹, Coulibaly B^{1,2}, Ba Babou^{1,2}, Diallo S¹, Ongoïba N^{1,2}.

1-Chirurgie B, CHU Point G, Bamako, MALI,
2-Faculté de médecine de l'USTTB, Bamako, MALI
3-Hôpital Régional de Tombouctou, MALI
4- Hôpital Régional de Koutiala

**Auteur correspondant : Sanogo Souleymane : CHU Point G, Bamako/Mali, BP : 333 ;
Email : sanogosouleymane23@yahoo.fr ou ssanogo93@gmail.com;
Tel : (00223) 76241641/ 65729869**

Résumé

But : Déterminer le profil des urgences chirurgicales à l'hôpital de Tombouctou en période d'insécurité. **Patients et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude

rétrospective descriptive portant sur les patients reçus et opérés en urgence à l'hôpital de Tombouctou du 1er Avril 2012 au 31 Décembre 2016 soient 56 mois.

Résultats : Nous avons recensé les dossiers de 15019 patients qui ont consulté en urgence, parmi lesquels 1530 ont été opérés soit 10,2 % de toutes les urgences. La moyenne d'âge était de 24,1 ans avec des extrêmes de 1 et 90 ans. Il y'avait 1009 femmes (66 %). Les urgences gynéco-obstétricales étaient les plus fréquentes avec 52,4% (n=801), suivi des urgences chirurgicales digestives 22,4 % (n= 334) et les cas traumatologiques 14,2% (n=296). Les 30 autres cas (11%) étaient de nature urologique (17) et ORL/chirurgie maxillo-faciale (13). Les suites étaient simples dans 92,9% (n=1421) et compliquées dans 5,6% (n=86). La mortalité globale était de 0,8% (n=13). **Conclusion :** Les urgences chirurgicales ont occupé une grande partie de l'activité chirurgicale de l'hôpital de Tombouctou pendant cette période de conflit et étaient dominées par les urgences obstétricales.

Mots clés : Urgences, chirurgie, zone d'insécurité, Tombouctou.

Abstract

Purpose: To determine the profile of surgical emergencies at Timbuktu hospital in the period of insecurity. **Patients and Methods:** This was a descriptive retrospective study of patients received and operated on an emergency basis at the Timbuktu hospital from April 1st, 2012 to December 31st, 2016, ie 56 months.

Results: We identified the files of 15019 patients who consulted among which 1530 were operated, ie 10.2% of all emergencies. The average age was 24.1 years with extremes of 1 and 90 years. There were 1,009 women (66%). Gynecological emergencies represented 52.4% (n = 801), digestive surgical emergencies 334 cases (22.4%), trauma 296 (14.2%). The other 30 were urological (17) and ENT / maxillofacial surgery (13). The follow-up was simple in 92.9% (n = 1421) and complicated in 5.6% (n = 86). The overall mortality rate was 0.8% (n = 13). **Conclusion:** Surgical emergencies occupied a large part of the surgical activity of the Timbuktu hospital during the

period of high insecurity and were dominated by obstetric emergencies.

Keywords: *Emergencies, surgery, insecurity zone, Timbuktu.*

INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales représentent selon Mondor, les affections qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, font succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours [1]. La définition la plus simple est celle d'Etienne : « l'urgence est ce cas nécessitant des soins sans délai » [2]. Dans la littérature, la fréquence des urgences chirurgicales représente 60 à 82,3 % de toutes les urgences [3-4]. Le taux de mortalité varie de 8,1 à 12% [5-6].

Le but de ce travail était de déterminer le profil des urgences chirurgicales à l'hôpital régional de Tombouctou en période de conflit.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive du 1^{er} Avril 2012 au 31 Décembre 2016 (56 mois), portant sur les patients reçus et opérés en urgence à l'hôpital de Tombouctou. Nous n'avons pas retenu les patients dont les dossiers étaient inexploitable. L'indication opératoire était posée selon la clinique en l'absence d'examens biologique et radiologique. L'activité chirurgicale était organisée en urgences chirurgicales digestives, gynéco-obstétricales, traumatologiques, et autres. La prise en charge était gratuite, et assurée par Médecin Sans Frontière (MSF) France. Les variables étudiées étaient : La fréquence ou nombre de cas, l'âge, le sexe, le type ou

profil de l'urgence, le geste effectué, les suites opératoires.

RESULTATS

Sur 15019 dossiers de patients ayant consulté, 1530 (10,2%) ont été opérés. Le nombre d'admission annuelle était croissant passant de 157 (10,2%) en 2012 à 545 (35,6%) en 2016 (Tableau I).

Tableau I : Répartition selon le nombre d'admission annuelle

Année	Effectifs
2012	157
2013	148
2014	388
2015	292
2016	545

L'âge moyen des patients était de 24,1 ans avec des extrêmes de 1 et 90 ans. Les femmes représentaient 66 % des cas (n=1010). Le profil des urgences était composé de gynéco-obstétrique 52,4% (n=801), de chirurgie digestive (viscérale) 22,4 % (n=344), traumatologique 14,2% (n=217) et autres (urologie, odontostomatologie) 11% des cas (n=30). Les urgences chirurgicales digestives avaient pour principales indications, la péritonite aigue dans 33,4% des cas (n=115) et l'occlusion intestinale dans 31,7% (n=109 (Tableau II).

Tableau II : Répartition selon l'indication opératoire en chirurgie viscérale

Indications	Effectif	Pourcentage (%)
Péritonite	115	33,4
Occlusion intestinale	109	31,7
Appendicites aiguës	87	25,3
Traumatisme abdominale	6	1,7
Urgences urologiques et stomatologiques	27	7,9
Total	344	100

En gynéco-obstétrique, l'accouchement dystocique était l'indication la plus fréquente avec 39,3% des cas (n=315)

suivi de l'avortement incomplet dans 20,1% des cas (n=161) (Tableau III).

Tableau III : Répartition selon l'indication opératoire en gynéco-obstétrique

Indication	Effectif	Pourcentage (%)
Avortement incomplet	161	20,1
Accouchement difficile	315	39,3
Hémorragie du 3 ^{ème} trimestre	72	9
Utérus cicatriciel	60	7,5
Eclampsie	78	9,7
Rupture utérine	55	6,9
Grossesse extra-utérine	32	4
Mort fœtale intra-utérine	11	1,4
Autres	17	2,1
Total	801	100

En traumatologie, la fracture ouverte était l'indication la plus fréquente (37,3%), les plaies par balle (20,7%) et les plaies

traumatiques par accident de la voie publique (19,4%) étaient les indications les plus fréquentes (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition selon l'indication opératoire en traumatologie

Indication	Effectif	Pourcentage (%)
Fractures ouverte par accidents de la voie publique (AVP)	81	37,3
Plaies par balle	45	20,7
Plaies traumatiques par AVP	42	19,4
Amputation traumatique et broiement	36	16,6
Traumatisme avec épanchement thoracique	8	3,7
Plaies par explosion d'engin improvisé	2	0,92
Autres	10	4,6
Total	217	100

La césarienne représentait le geste chirurgical le plus effectué avec 37% (n=565) soit 70% des gestes en gynéco-obstétrique, le parage, 8,5% (n=130) soit 60,7% des gestes en traumatologie, l'appendicectomie, 5,7% (n=88) soit 25,6% des gestes en chirurgie digestive.

Les suites étaient simples dans 92,9% (n=1421) et compliquées dans 5,6% (n=86). Parmi les 86 cas de complications, on notait 31,4% (n= 27) pour la chirurgie digestive, 62,8% en gynéco-obstétrique (n=54) et 5,8% en traumatologie (n=5).

La principale complication était le saignement post opératoire en gynéco-obstétrique avec 34 cas soit 3,5% des patients opérés et l'infection du site opératoire en chirurgie viscérale et en traumatologie avec respectivement 1,8% (n=17) et 0,3% (n=2). La mortalité globale était de 0,8% (n=13).

DISCUSSION

Nous avons recensé 1 530 patients opérés en urgences sur 15 019 consultations soit 10,2% des patients consultés. Le nombre de patients opérés a augmenté

progressivement de 157 (10,2%) en 2012 à 545 en 2016 soit 35,6%. Cette augmentation peut s'expliquer par le retour progressif des populations déplacées après l'intervention de l'armée Française, appelée opération « Serval », une opération militaire multinationale qui a débuté le 11 janvier 2013 suite à la résolution 2085 du Conseil de sécurité des Nations Unies du 20 décembre 2011. Notre population d'étude est relativement jeune avec une moyenne d'âge de 24 ans, un écart-type de 13,7 et des extrêmes de 1 et 90 ans. Cette moyenne d'âge est inférieure à celle trouvée par O Barbier à Gao (29 ans) avec des extrêmes de 0,7 et 60 ans [7]. Nos résultats sont proches de ceux trouvés par Ka Sall et al. qui avait trouvé une moyenne d'âge de 23 ans ($p=0,50$) [8]. Les femmes représentaient 66% de nos patients opérés. Au contraire, dans les séries de Ngowe Ngowe et Barbier, le sexe masculin était plus fréquent avec respectivement 63% et 86% cas [5-7]. Le nombre élevé de femme dans notre série peut s'expliquer par le nombre important d'urgences gynéco-obstétriques notamment les cas de césarienne.

Notre étude révèle que les urgences gynéco-obstétriques étaient les plus fréquents avec 801 cas soit 52,4%. Cette prédominance de cas d'urgence gynéco-obstétrique dans notre travail pourrait être due au nombre élevé de cas de césarienne. Cette dernière était le geste le plus effectué avec 37% ($n=565$) dans notre série.

La prédominance de la chirurgie digestive en urgence est rapportée par plusieurs auteurs [9-10]. Par contre, la série de Sama, à Kidal, révèle que les urgences traumatologiques étaient plus représentées avec 532 cas sur 2255 interventions chirurgicales soit 23,4% [6]. Dans notre série, les urgences traumatologiques représentaient 14,2% des cas ($n=217$),

parmi lesquelles la plaie traumatique a été le motif de consultation le plus fréquent soit 53,47 %. Cela s'explique par le fait du conflit pendant cette période et, aussi, le mauvais état des routes (route sablonneuse). Nous avons également recensé 40 cas de plaie par balle soit 20,7%. Nos chiffres sont proches de ceux de Barbier et al. en 2014 soit 29 % [7]. Les parages (61%), étaient les gestes chirurgicaux les plus réalisés suivis des amputations (9 %), la pose de fixateur externe (6 %). Barbier et al. avaient trouvés en 2014 des chiffres inférieurs aux nôtres (parage : 43%), pouvant s'expliquer par le fait de la durée de leur étude plus courte (une année) [7].

Dans notre série, la principale complication était le saignement post opératoire (3,5%) dû au fait que la césarienne n'était pas toujours effectuée par des chirurgiens séniors. Harissou et al avaient trouvé une proportion plus importante de suppuration pariétale en post-opératoire. Il s'agit généralement de la complication la plus fréquemment retrouvée dans nos études surtout en zone rurale [11]. La mortalité tourne autour de 10% dans la littérature [7-8]. Notre faible taux de mortalité de 0,8 % pourrait s'expliquer par le fait que tous nos patients ont été pris en charge gratuitement, ce qui fait que la prise en charge d'aucun patient n'a été retardé pour faute de moyen dans notre série.

CONCLUSION

Les urgences chirurgicales ont occupé une grande partie de l'activité chirurgicale de l'hôpital de Tombouctou pendant la période de haute insécurité et étaient dominées par les urgences obstétricales. Nos résultats satisfaisants montrent que, malgré le conflit, une prise en charge rapide des patients améliore leur pronostic.

REFERENCES

1. **Mondor H.** Diagnostics urgents (1965): (Paris) Masson ; 1119p
2. **Etienne J.C.** Diagnostic des urgences chirurgicales (1998). Enc Med Chir (Paris), Urgences ; 240-039 B-10 : 27p
- 3- **Dieng M, Wilson E, Konaté I, Ngom G, Ndiaye A, Ndoye JM, et al.** Plaies pénétrantes de l'abdomen: "abstentionnisme sélectif" versus laparotomie systématique. E-mémoires académie national chir. 2003;2(2):22–25.
- 4- **Zaré C, Belemlilga H, Ouangre E, Zida M, Sanon BG, Barro D, et al.** Epidemiological, etiological, therapeutic and evolutionary aspects of acute surgical abdomens operated at the university hospital of Bobo-Dioulasso. Surg sci. 2018;9(01):1
- 5- **Ngowe Ngowe M.*, Mboudou E.*, Ngo-Nonga B.**, Mouafo Tambo F.*, Ze Minkande J.*, Bahebeck J.***et al.** La mortalité hospitalière des urgences chirurgicales de l'adulte à Yaoundé. Rev Afr Chir spec 2009 . 3 (5) : 5-8.
6. **H.D. Sama , S. Adam, H. Bissa, MY.Akpoto, D. Lmboni , M. Akpanahe et al.** Bilan d'activité de l'Hôpital militaire togolais de Niveau 2 déployé au Mali et perspectives pour le soutien médical des forces de l'Union Africaine. Revue Internationale des Services de Santé des Forces Armées 2017. 90. (20) :2
- 7- **Barbier O. et coll.** Bilan de l'antenne chirurgicale implantée à Gao (Mali), Au cours de l'opération « serval ». Médecine et armées 2017 ;4 ;429-34(4).
- 8- **Ka Sall B, Kane O, Diouf E, Beye MD.** Les urgences dans un centre hospitalier et universitaire en milieu tropical. Le point de vue de l'anesthésiste réanimateur. Med trop. 2002;62:247–250.
- 9-**Mahoungou-Guimbi KC , Odzebe A.W.S , Diouf E , Massamba Miabaou D , Ele N , Soussa R.G.** Pratique anesthésique au cours des urgences chirurgicales au CHU de Brazzaville, Congo. RAMUR, 2011.16, (2) :2
- 10-**Ouro-bang'na maman AF, Egbohoun P, Sama H, Tomta K, Ahouangbevi S, Chobli M.** Pratique anesthésique dans un hôpital régional (niveau 2) au Togo. Etude rétrospective à propos de 1100 cas. Med Afr Noire 2009; 56: 645-651
11. **Harissou A, Ibrahim AM, Oumarou H, Mansour A, Amadou M, Ousseni EA, et al.** Retard diagnostique et implication pronostique en milieu africain. Cas des urgences en chirurgie digestive à l'hôpital national de Zinder, Niger. Eur sci j esj. 2015;11(12).