

Revue des activités au service des urgences chirurgicales de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry (Guinée).

Review of activities at surgical emergency department of Ignace Deen national hospital, teaching hospital of Conakry (Guinea).

Soumaoro LT, Fofana H, Camara M, Diakité S, Toure A

Service de chirurgie générale, hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry

Auteur correspondant : Labilé Togba SOUMAORO, service de chirurgie générale, hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry. Téléphone : (+224) 666 09 10 95 ;

Email : soumaoro66@gmail.com

Reçu le 23 janvier 2025 - Accepté le 19 mars 2025 - Publié le 28 avril 2025

RESUME

But : était d'analyser les activités liées à la prise en charge des urgences chirurgicales au sein de l'hôpital national Ignace Deen du CHU de Conakry.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif couvrant la période de Octobre à Décembre 2024 (3 mois) portant sur les malades admis en urgence pour une affection chirurgicale à l'hôpital national Ignace Deen du CHU de Conakry. Les variables étudiées ont concerné la fréquence, les caractéristiques démographiques (âge, sexe, profession, provenance), le délai et motif de consultation, le délai de prise en charge, la méthode thérapeutique, le mode de sortie et le niveau de satisfaction des patients ou de leurs accompagnants.

Résultats : nous avons enregistré 409 urgences chirurgicales représentant 65,7% de l'ensemble des admissions dans le service. L'âge moyen était de 28 ± 11 ans. Le sexe masculin était le plus prédominant (66,5%). Le délai moyen de consultation était de 19,3 heures. Le délai moyen de prise en charge thérapeutique a été de 7,29 heures. Les urgences traumatiques étaient les plus courantes (54,3%). Une intervention chirurgicale d'urgence a été réalisée dans 39,9% des cas. Dans la série, 21 patients (5,1%) sont décédés aux urgences. Le taux de satisfaction des patients était de 33,7%.

Conclusion : les activités du service des urgences chirurgicales sont diverses et variées. Des efforts sont encore nécessaires en vue de rehausser le taux de satisfaction des patients.

Mots clés : activités, urgences chirurgicales, Hôpital national Ignace Deen, Conakry

SUMMARY

Aim: to analyze activities related to the management of surgical emergencies at the Ignace Deen National Hospital of Conakry University Hospital.

Patients and methods: this was a prospective descriptive study covering the period from October to December 2024 (3 months) on patients admitted for emergency surgery at the Ignace Deen National Hospital of Conakry University Hospital. Variables studied included frequency, demographic characteristics (age, sex, profession, origin), consultation time and reason, treatment time, therapeutic method, discharge mode and level of satisfaction of patients or those accompanying them.

Results: we recorded 409 surgical emergencies, representing 65.7% of all admissions to the department. The mean age was 28 ± 11 years. Males predominated (66.5%). Average consultation time was 19.3 hours. The mean time to treatment was 7.29 hours. Traumatic emergencies were the most common (54.3%). Emergency surgery was performed in 39.9% of cases. In the series, 21 patients (5.1%) died in the emergency department. The patient satisfaction rate was 33.7%.

Conclusion: the activities of the surgical emergency department are diverse and varied. Efforts are still needed to improve patient satisfaction.

Key words: activities, emergency surgery, Ignace Deen national hospital, Conakry

INTRODUCTION

Le service des urgences chirurgicales est un service hospitalier disposant des ressources humaines et matérielles nécessaires pour l'accueil et la prise en charge des malades externes dont l'état exige une intervention médicale ou chirurgicale immédiate. Il constitue de ce fait la "vitrine" de l'hôpital. Dans les hôpitaux publics africains, les urgences demeurent un mode fréquent d'admission [1,2] et posent de réels problèmes de santé publique. En effet, l'insuffisance de personnels qualifiés, le sous équipement, le manque chronique de kits d'urgence dans ces structures hospitalières et le bas niveau de revenus des populations sont autant de facteurs qui aggravent le pronostic de malades souvent admis tardivement au stade de complications [1-4]. Le but de ce travail était d'analyser les activités liées à la prise en charge des urgences chirurgicales au sein de l'hôpital national Ignace Deen du CHU de Conakry.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif couvrant la période de Octobre à Décembre 2024 (3 mois) portant sur les malades admis en urgence pour une affection chirurgicale à l'hôpital national Ignace Deen du CHU de Conakry. C'est un hôpital de référence situé au centre administratif et des affaires de la ville de Conakry qui reçoit toutes les urgences médicochirurgicales en consultation de première intention ou référées à partir des structures sanitaires périphériques. Les activités aux urgences chirurgicales sont sous la supervision du service de chirurgie générale et assurées par une équipe mixte pluridisciplinaire (chirurgie générale, traumatologie, urologie). Il n'y a pas d'approvisionnement en kits d'urgence pour la prise en charge des malades. Ont été inclus dans cette étude, tous les patients reçus au service des urgences chirurgicales quel que soit le motif de consultation et ayant accepté de répondre à notre questionnaire. Les variables étudiées ont concerné la fréquence, les caractéristiques démographiques (âge, sexe, profession, provenance), le délai et motif de consultation, le délai de prise en charge, la méthode thérapeutique, le mode de sortie et le niveau de satisfaction des patients ou de leurs accompagnants. Les données qualitatives ont été présentées en termes de fréquence ou pourcentage et celles quantitatives ont été évaluées en moyenne.

RESULTATS

Durant les trois mois d'étude, nous avons enregistré 409 urgences chirurgicales représentant 65,7% de l'ensemble des admissions dans le service de chirurgie générale (N=623). L'âge moyen était de 28±11 ans avec des extrêmes de 1 an et 93 ans. Les patients âgés 15 à 45 ans représentaient 71,22%. Le sexe masculin était le plus prédominant (66,5%) avec un sex-ratio de 1,89. Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées étaient celles des professions libérales (33,5%), des élèves/étudiants (23,2%) et les femmes

au foyer (12,9%). L'origine urbaine des malades a été très marquée (84,5%). Le délai moyen de consultation était de 19,3 heures. Dans 43,30% des cas, les malades ont consulté dans les 24 heures depuis l'installation des premiers symptômes de la maladie. Les taxis de ville étaient le moyen de transport le plus utilisé contre 3,7% de transport médicalisé. Dans la majorité des cas (67,2%) il s'agissait d'une référence à partir des structures sanitaires périphériques. Dans la série 73,6% des malades ont consulté entre 19 heures et 8 heures. Le diagnostic a été clinique aidé par des examens biologiques complémentaires de routine: taux d'hémoglobine, groupage sanguin et facteur Rhésus, temps de saignement et de coagulation, glycémie et la sérologie rétrovirale à VIH. Les examens d'imagerie ont été limités à la radiographie standard sans préparation (n=274), l'échographie abdominale (n=53) et la tomodensitométrie (n=31). Les urgences traumatiques étaient les nombreuses (62,1%). Le tableau I présente la répartition des pathologies recensées. Le délai moyen de prise en charge thérapeutique a été de 7,29 heures avec des extrêmes de 1 et 43 heures. Le manque de moyen financier (44,3%) et l'absence de la famille (9,3%) ont été les principales causes du retard de prise en charge. Dans la série, aucun malade n'a bénéficié d'une prise en charge par les assurances ou mutuelles de santé. Les tableaux II et III illustrent respectivement le mode de sortie des malades et les indications opératoires d'urgence. Le choc septique (76,2%) et le choc hémorragique (23,8%) étaient les principales causes de décès aux urgences. La durée moyenne de séjour était de 5,1 heures avec des extrêmes de 1 et 68 heures. La figure 1 présente le niveau de satisfaction des malades et/ou de leurs accompagnants. Le coût élevé des soins (47,9%), l'insalubrité des locaux (18,1%) et le mauvais accueil (15,2%) ont été les motifs de non satisfaction les plus évoqués.

Tableau I: répartition selon les pathologies

Pathologies	Nombre de cas	%
Plaies cutanées	81	19,8
Péritonites aiguës	79	19,3
Occlusions intestinales aiguës	53	12,9
Fractures de membres	46	11,2
Traumatisme crânio-facial	33	8,1
Appendicites aiguës	32	7,8
Traumatismes de l'abdomen	25	6,1
Polytraumatisme	14	3,5
Entorse des membres	13	3,2
Hernies étranglées	10	2,5
Fistules digestives post opératoires	8	1,9
Traumatismes du thorax	6	1,6
Brûlure thermique	4	0,9
Grossesse extra utérine rompue	3	0,7
Hémorragie digestive	2	0,5
Total	409	100

Tableau II: répartition selon le mode de sortie des urgences

Mode de sortie	Nombre de cas	%
Intervention chirurgicale d'urgence	163	39,9
Traitement ambulatoire	94	22,9
Hospitalisation en traumatologie	46	11,2
Transfert en neurochirurgie	33	8,1
Décès	21	5,1
Hospitalisation en chirurgie générale	20	4,9
Sortie contre avis médical	13	3,2
Transfert en réanimation	9	2,2
Transfert en chirurgie thoracique	6	1,5
Evasion	4	0,9
Total	409	100

Tableau III : répartition des indications de l'intervention chirurgicale d'urgence

Indications	Nombre de cas	%
Péritonite aigue généralisée	68	41,7
Occlusion intestinale aigue	45	27,6
Appendicite aigue	32	19,6
Hernie de la paroi abdominale étranglée	10	6,1
Syndrome d'hémopéritoine traumatique	5	3,1
Grossesse extra-utérine rompue	3	1,8
Total	163	100

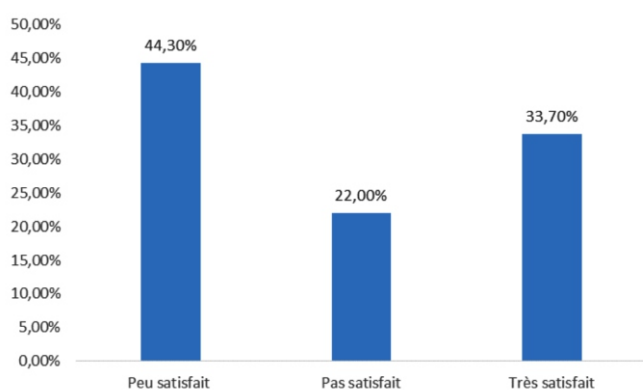


Figure 1: répartition selon le niveau de satisfaction des patients

DISCUSSION

Durant la période des trois mois, nous avons noté que les urgences étaient le principal mode d'admission des malades dans notre service. Ce résultat est similaire aux données rapportées par plusieurs études Africaines [1-5]. Au Niger, elles ont représenté 42,2% des admissions aux urgences à l'hôpital National de Niamey en 2010 [2]. Ces chiffres indiquent clairement que l'urgence est un mode fréquent d'admission dans les hôpitaux en milieu

défavorisé. En effet, le coût élevé des soins de santé et la quasi absence d'assurances ou de mutuelles de santé obligent de nos jours nos populations à consulter les tradi-praticiens ou à faire recours à l'automédication au début de la symptomatologie. C'est devant l'échec de ce traitement ou l'aggravation des signes qu'ils décident de venir à hôpital souvent avec retard [5-7] et la nuit (73,6%). Le long délai de consultation (19,3 heures dans notre série) explique ce long parcours des malades. Un contrôle rigoureux de la vente illicite de médicaments, une régulation de la médecine traditionnelle ainsi que la mise en place de mutuelles de santé devraient être des axes prioritaires dans la politique sanitaire des Etats Africains. Ce sont les sujets jeunes qui sont les plus concernés; traduisant la jeunesse de la population Africaine. La presque totalité des malades de cette série sont arrivés à l'hôpital par taxi de ville. Ceci pourrait s'expliquer par l'absence de service d'aide médicale urgence (SAMU) dans la plus plupart des pays Africains. Cette pratique présente un risque potentiel d'aggravation des lésions en particulier traumatiques mais constitue une charge supplémentaire de la famille au regard de l'éloignement des hôpitaux [5-8].

Le diagnostic de ces urgences repose souvent sur l'examen clinique. Dans cette étude si explorations biologiques de routine et la radiographie sans préparation ont été systématiques et radiologiques, il faut noter que l'échographie et la tomodensitométrie n'ont été contributives à l'établissement du diagnostic que dans une faible proportion. En effet, ces examens morphologiques restent encore inaccessibles en urgence et sont réalisés à un coût élevé, très au-dessus du pouvoir d'achat de nos populations [10].

Les urgences traumatiques étaient les plus courantes. Cette recrudescence des traumatismes dans nos pays, pourrait s'expliquer par l'augmentation considérable du nombre des accidentés de la route et les troubles socio-politiques connues ces dernières années en Afrique subsaharienne [11-12]. En effet, un rapport de l'OMS décrit les traumatismes de la voie publique comme une épidémie gravissime, car ils sont responsables dans le monde de 1,2 million de décès par an [13].

Quant aux urgences non traumatiques, elles restent dominées par les péritonites aigues, les occlusions intestinales aigues et les appendicites aigues. Dans la majorité de ces cas, le malade est vu tardivement, référé à partir des structures sanitaires périphériques; souvent en phase de complications [14-17].

Dans notre contexte la prise en charge thérapeutique de ces urgences est toujours confrontée à l'insuffisance chronique des kits d'urgences, au bas niveau socio-économique de nos populations. En effet, en l'absence d'assurance maladie, c'est la famille du malade qui assure le coût financier. Aussi, notre hôpital n'a pas un service de neurochirurgie ni de chirurgie thoracique. En conséquence, en dehors des urgences abdominales,

et traumatologiques mineures opérées en urgence ; nous avons enregistré un taux considérable de malades transférés dans d'autres structures hospitalières (9,5%). Les sorties contre avis médical et les évactions de malades sont souvent dues à l'incapacité financière des familles à prendre en charge leurs malades.

Les décès enregistrés (5,1%) étaient survenus dans un tableau clinique de choc septique ou hémorragique et sont imputables au retard de prise en charge des urgences abdominales infectieuses (péritonites aiguës) [14-17] et les cas de polytraumatisme [11,18]. Dans cette série, seulement 33,7% des malades et/ou accompagnants étaient très satisfaits de la qualité des soins. Le coût élevé des soins, l'insalubrité des locaux et le mauvais accueil ont été les motifs de non satisfaction les plus évoqués. Cette constatation devrait amener les autorités administratives à œuvrer pour la mise en place des mutuelles de santé, l'amélioration des infrastructures hospitalières et la motivation du personnel médical travaillant dans le service des urgences chirurgicales.

CONCLUSION

Les activités du service des urgences chirurgicales sont diverses et variées. Le retard de consultation, la faiblesse du plateau technique, l'absence de kits d'urgence et le besoin de motivation du personnel médical sont autant de facteurs à prendre en compte en vue d'une amélioration de la qualité des soins et la satisfaction des patients et leurs accompagnants.

REFERENCES

- 1. Solagberu BA, Duze AT, Kuranga SA, et al.** Surgical emergencies in a Nigerian University Hospital. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal* 2003;10(3):140-143.
- 2. Zué AS, Josseume A, Nsifu DN, et al.** Surgical emergencies at Libreville hospital center. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2003;22(3):189-195.
- 3. Agboola JO, Olatoke SA, and Rahman GA.** Pattern and presentation of acute abdomen in a Nigerian teaching hospital. *Niger Med J.* 2014;55(3):266-270.
- 4. Soumaoro LT, Touré A, Diersou L, Diallo AT.** Physionomie des urgences chirurgicales abdominales à l'hôpital régional de n'Nzérékoré. *Guinée Méd* 2015 ;87(3):19-22
- 5. Chaibou MS, Sani R, Bako H, et al.** Management of Acute Abdominal Emergencies at the Niamey National Hospital. *Int J Clin Anesthesiol* 2014;2(1):1024.
- 6. Harouna Y, Ali L., Seibou A, et al.** Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger): Etude analytique et pronostique. *Médecine d'Afrique Noire* : 2001,48 (2):49-54.
- 7. Adamu A, Maigatari M, Lawal K, Iliyasu M.** Waiting time for emergency abdominal surgery in Zaria, Nigeria. *African Health Sciences* 2010;10(1):46-53.
- 8. Raheerantenaina F, Rakotomena SD, Rajaonarivony T, Rabetsiahiny LF, Rajaonahary TMNA, Rakototiana FA, Hunald FA et al.** Traumatismes fermés et pénétrants de l'abdomen : analyse rétrospective sur 175 cas et revue de la littérature. *Pan African Medical Journal* 2015;20:129-135.
- 9. Ashindoitiang JA, Atoyebi AO, Arogundade RA.** The value of plain abdominal radiographs in management of abdominal emergencies in Luth. *Nig QJ Hosp Med.* 2008;18(3):170-174.
- 10. Nnamonu MI, Ihezue CH, Sule AZ, Ramyil VM, Pam SD.** Diagnostic value of abdominal ultrasonography in patients with blunt abdominal trauma. *Niger J Surg* 2013;19 (2): 73-78.
- 11. Sani R, Ngo Bissemb NM, Bade MA, Baoua BM, Illo A, Bazira L.** Les contusions de l'abdomen. Revue de 360 dossiers à l'hôpital National de Niamey, Niger. *Med Afr Noire* 2004; 51(10): 505-508.
- 12. Mehinto DK, Padonou N.** Aspects épidémiologique et diagnostique des contusions abdomino-pelviennes chez l'adulte au CNHU-HKM de Cotonou. *Med Afr Noire* 2006; 53(10): 533-538.
- 13. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, et al.** Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation. Genève : Organisation mondiale de la santé 2004.
- 14. Soumaoro LT, Fofana N, Diakité S et al.** Prise en charge de la perforation iléale probablement d'origine typhique à l'hôpital national Ignace Deen de Conakry (Guinée). *J Afr Chir Digest* 2023 ; 23(2) : 4029 – 4034.
- 15. Adakal O, Adamou H, James Didier I, Abdoulaye MB, Rouga MM, Magagi IA , Mounkeila Seybou I et al.** Perforation non traumatique du grêle: à propos de 1775 cas pris en charge au centre hospitalier régional de Maradi au Niger. *J Afr chir digest* 2021;21(1):3250-3256.
- 16. Magagi IA, Adamou H, Habou O, Magagi A, Halidou M, Ganiou K.** Urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne : étude prospective d'une série de 622 patients à l'Hôpital national de Zinder. *Pathol Exot.* 2017;110(3):191-7.
- 17. Sanogo ZZ, Sanogo B, Koïta AK, Traoré D, Camara M, Traoré S, Soumaré L.** Perforations typhiques iléales: aspects cliniques et thérapeutiques en milieu tropical. *Mali médical.* 2013;(3):6-11.
- 18. Soumaoro LT, Diallo AT, Diakité S et al.** Contusions de l'abdomen: aspects, épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry. *Journal Africain de Chirurgie* 2014;3(1):7-11.