

Bilan de deux années d'activités chirurgicales au centre de santé amélioré De Gouecké (Guinée)

*Review of two years of surgical activities at the advanced health center
of Gouecke (Guinea)*

Théa k¹, Soumaoro LT¹, Malamou M¹, Oularé I¹, Touré DF², Touré A¹

¹Service de chirurgie générale, hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry, Guinée

²Centre de santé amélioré de Gouecké, Guinée

Auteur correspondant : Kokolypé THEA ; Téléphone : (+224) 621 61 04 23 ;

E-mail : kokolype@gmail.com

Reçu le 02 novembre 2025 - Accepté le 23 décembre 2025 - Publié le 30 décembre 2025

RESUME

Introduction : ce travail vise à faire le bilan de deux années d'activités de chirurgie en vue de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des affections chirurgicales.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude prospective descriptive portant sur les patients admis au centre de santé amélioré de Gouécké – Guinée.

Résultats : de janvier 2023 à décembre 2024, neuf cent-soixante-quatre actes chirurgicaux ont été réalisés, représentant 28% de l'ensemble des admissions de la structure. Les références provenant des structures sanitaires de voisinage ont représenté 56,3% des cas. L'âge moyen des patients était de 35 ans. Nous avons noté une prédominance féminine avec un sex ratio de 0,57. Les femmes au foyer étaient les plus touchées. Les pathologies chirurgicales abdominales étaient les plus fréquentes (49,7%). Le traitement était opératoire (72%) et non opératoire (28%). La morbidité était de 10,1%. La mortalité était de 0,5%.

Conclusion : les activités chirurgicales sont fréquentes à Gouécké où elles sont dominées par les urgences chirurgicales abdominales. Les missions chirurgicales foraines seraient une alternative intéressante et efficace comme une solution d'accès aux soins chirurgicaux dans les zones où le plateau technique humain et matériel est limité.

Mots clés : activités chirurgicales, centre de santé amélioré, Gouécké, Guinée

SUMMARY

Introduction: this work aims to assess two years of surgical activities in order to describe the epidemiological, diagnostic, and therapeutic aspects of surgical diseases.

Patients and methods: This was a prospective descriptive study involving patients admitted to the Gouécké advanced health center – Guinea.

Results: from January 2023 to December 2024, nine hundred sixty-four surgical procedures were performed, representing 28% of all admissions to the facility. Referrals from neighboring facilities accounted for 56.3% of cases. The average age of patients was 35 years. A predominance of females was noted, with a sex ratio of 0.57. Housewives were the most affected. Abdominal surgical pathologies were the most common (49.7%). Treatment was surgical in 72% of cases and non-surgical in 28%. Morbidity was 10.1%. Mortality was 0.5%.

Conclusion: surgical activities are common in Gouécké, where they are dominated by emergency abdominal surgeries. Mobile surgical missions could be an interesting and effective alternative as a means of accessing surgical care in areas where human and material resources are limited.

Keywords: surgical activities, advanced health center, Gouécké, Guinea

INTRODUCTION

La pratique de la chirurgie en milieu rural est un réel problème de santé publique. La réalisation d'actes chirurgicaux nécessite une infrastructure et du personnel adaptés aux exigences sanitaires en matière de soins invasifs. La distribution homogène de ces ressources sur le territoire est un véritable défi dans les pays à ressources limitées [1,2]. Le centre de santé amélioré est le premier niveau de référence chirurgicale dans la pyramide sanitaire en Guinée. Son plateau technique humain et matériel permet de faire la chirurgie générale et gynéco-obstétricale de base pour une aire sanitaire donnée [3]. Ce travail vise à faire le bilan de deux ans d'activités de chirurgie en vue de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des affections chirurgicales.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive portant sur les patients admis au Centre de Santé Amélioré de Gouécké. C'est la formation sanitaire de premier niveau de référence qui reçoit toutes les pathologies médicochirurgicales en consultation de première intention ou référées à partir des structures sanitaires de trois autres communes dont il constitue le bassin d'attraction. Le plateau technique humain et matériel respecte la politique nationale de la pyramide sanitaire de Guinée [4]. L'hôpital régional, structure de référence de troisième niveau se trouve à 50 km dans la ville de N'Zérékoré. La démarche diagnostique était basée sur l'examen clinique et les examens paracliniques disponibles, notamment les examens biologiques d'urgence (le taux d'hémoglobine, la glycémie, le temps de saignement, le temps de coagulation, le groupage sanguin et la sérologie rétrovirale). Les autres examens paracliniques de laboratoire et d'imagerie tels que l'hémodiagramme, l'ionogramme sanguin, les cultures bactériologiques, la radiographie de l'abdomen sans préparation, l'échographie et la tomodensitométrie étaient indisponibles au cours de la période d'étude. Il n'y avait pas de kits d'urgence et la prise en charge des malades était assurée par la famille sur la base des prescriptions médicales. Les patients avaient été opérés par un chirurgien généraliste ou un médecin généraliste à compétence chirurgicale. La structure ne disposait pas de médecin anesthésiste-réanimateur. Notre étude s'est déroulée sur une période de 2 ans allant de janvier 2023 à Décembre 2024. Ont été inclus, les patients admis par référence ou en consultation, opérés ou non au centre de santé amélioré. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, diagnostiques et thérapeutiques. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 19.0 et traitées sur le logiciel Excel 2013. Le test statistique utilisé a été Chi2 avec une différence significative pour p inférieur ou égal 0,05.

RESULTATS

Durant la période d'étude 3442 actes de soins ont été réalisés. Les activités chirurgicales en ont représenté 28% (n = 964). L'âge moyen des patients était de 35 ans avec des extrêmes de 2 jours et de 92 ans. Nous avons noté une prédominance féminine avec un sex ratio de 0,57. Le tableau I regroupe les caractéristiques sociodémographiques des patients.

Tableau I : Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques des patients

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs (n= 964)	%
Sexe		
Masculin	352	36,5
Féminin	612	63,5
Tranches d'âge (ans)		
= 15	12	1,2
15 – 24	182	18,9
25 – 34	231	24,0
35 – 44	208	21,6
45 – 54	164	17,0
55 – 64	98	10,1
= 65	69	7,2
Catégories professionnelles		
Sans profession	3	0,3
Elèves/Etudiants	208	21,6
Femmes au foyer	311	32,3
Agriculteurs	219	22,8
Chauffeurs	74	7,7
Fonctionnaires	58	6,0
Commerçants	49	5,0
Retraité	42	4,3
Mode d'admission		
Référence	543	56,3
En urgence	256	26,5
Planifié	165	17,2

Pour les urgences, le délai moyen d'admission était de 3 jours avec des extrêmes de 30 minutes et 4 jours. La figure 1 et le tableau II illustrent respectivement la répartition des patients en fonction des groupes de pathologies et la nature des pathologies.

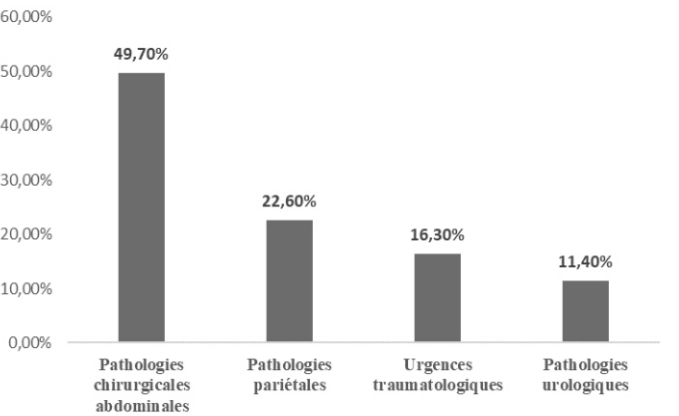


Figure 1 : répartition des patients en fonction des pathologies

Tableau II: répartition des patients selon la nature de l'affection

Nature de l'affection	Effectifs	%
Pathologies abdominales et obstétricales		
Appendicites aiguës	104	10,8
Dystocies	161	16,7
Tumeurs abdominales	103	10,6
Péritonites aiguës généralisées	66	7,0
Occlusions intestinales aiguës	45	4,6
Pathologies pariétales		
Hernies de la paroi	175	18,2
Eventration post opératoire	29	3,0
Abcès de la paroi	13	1,4
Urgences traumatologiques		
Traumatismes des membres	84	8,7
Traumatismes crano-encéphaliques	32	3,3
Traumatismes abdominaux	27	2,8
Traumatismes thoraciques	15	1,5
Pathologies urologiques		
Orchi-épididymite	41	4,3
Rétention aiguë d'urine vésicale	34	3,5
Hydrocèle vaginale	29	3,0
Tumeur prostatique	6	0,6
Total	964	100

Le taux de référence à l'hôpital régional était de 26% (tableau III). Dans la série, 72% des patients ont bénéficié d'un traitement opératoire contre 28% de traitement non opératoire.

Tableau III : répartition des cas selon le motif de la référence à l'hôpital régional

Motifs de la référence	Effectif (251)	%
Péritonites aiguës généralisées	66	26,3
Occlusions intestinales aiguës	45	17,9
Rupture utérine	36	14,3
Traumatismes crano-encéphaliques	32	12,7
Traumatismes abdominaux	27	10,8
Traumatismes thoraciques	15	5,9
Fractures de membres	14	5,6
Eclampsie	10	3,9
Hypertrophie prostatique	6	2,4

Tableau IV : répartition des patients selon le type de complication évolutive

Complications évolutives	Effectifs (n=964)	%
Suppuration pariétale	69	7,2
Péritonite post opératoire	8	0,8
Fistule digestive	4	0,4
Hématome scrotal	10	1,0
Eviscération	6	0,6
Décès	5	0,5

L'évolution défavorable était statistiquement corrélée à la pathologie initiale ($p < 0,001$). La durée moyenne du séjour hospitalier était de 5 jours avec des extrêmes de 45 minutes et 23 jours.

DISCUSSION

Les activités chirurgicales étaient dominées par les pathologies chirurgicales abdominales (49,7%), suivies des pathologies pariétales (22,6%). Ces fréquences affichent la charge de travail du chirurgien généraliste dans un centre de santé amélioré. L'âge moyen des patients était de 35 ans avec des extrêmes de 2 jours et 92 ans. Notre résultat est superposable à celui de Banza et al [1] qui retrouvaient un âge moyen de 32 ans avec des extrêmes de 5 mois et de 74 ans. Les affections chirurgicales sont observées à tous les âges [5]. Ce constat pourrait s'expliquer en partie par la fréquence élevée des situations cliniques étudiées qui ont été les dystocies, les appendicites aiguës et les tumeurs gynécologiques qui touchent le plus souvent les sujets jeunes. Les femmes étaient significativement plus nombreuses avec un sexe ratio de 0,57. Cette prédominance féminine est conforme à la plupart des séries retrouvées dans la littérature [3,6]. Ce constat s'expliquerait en partie par le fait que les complications obstétricales étaient souvent observées chez les femmes au foyer par rapport aux autres. De par sa localisation, le centre de santé amélioré de Gouéké est le centre de premier niveau de référence qui reçoit toutes les pathologies médicochirurgicales notamment à partir des autres structures sanitaires dont il constitue le bassin d'attraction. Ainsi les femmes en âge de procréation étaient majoritaires dans l'échantillon. Dans la série de Ndong, il explique cette prédominance féminine par l'utilisation supplémentaire de la laparoscopie pour redresser certains diagnostics chez les femmes dans 11,3% des cas [6]. En effet, tous les auteurs sont unanimes que le redressement diagnostique est plus important en urgence chez les femmes en activité génitale. Et cela, à cause du fait que, la distinction entre troubles digestifs et gynécologiques dans les douleurs abdominales non spécifiques de la femme en activité génitale est souvent difficile [6 - 9]. Tous les patients ont été admis soit en consultation planifiée, soit en urgence, soit par référence. Les références et les urgences représentaient les modes de recrutement les plus fréquents avec respectivement 56,3% et 26,5% de cas. Ces fréquences corroborent les données de la littérature [3,10]. En effet selon Tamou [3], l'urgence demeure encore un mode fréquent d'admission avec ses multiples complications. L'amélioration du pronostic passera par le recrutement des chirurgiens, la mise en place des kits d'urgence et la sensibilisation de la population pour des consultations précoces [3].

Le diagnostic était le plus souvent clinique étayé quelques fois par certains examens complémentaires dans le but de minimiser les risques de complications liées au retentissement de la pathologie causale. Il n'y'avait pas une très grande différence entre les diagnostics pré et peropératoires. Cela met en exergue l'importance d'un examen clinique minutieux, surtout en milieu rural où les moyens d'exploration sont très limités. L'anesthésie était soit générale à la kétamine, soit locale à la xylocaïne et assurée par des infirmiers. L'anesthésie locorégionale qui représente le gold standard dans la chirurgie pelvienne et obstétricale n'est pas pratiquée dans notre contexte, faute de personnel qualifié. En effet, l'anesthésie locorégionale quel que soit le type (péri médullaire et périphérique), a bénéficié des progrès réalisés par l'industrie pharmaceutique sur la tolérance des produits utilisés avec une réduction considérable des accidents de toxicité locale ou systémique [11]. Dans les pays en développement, précisément en Afrique, l'anesthésie locorégionale est pratiquée de façon très importante et les techniques péri médullaires sont prédominantes avec la rachianesthésie essentiellement [12]. Cette dernière est très utilisée en obstétrique, elle permet d'éviter les accidents liés à l'intubation difficile chez la femme enceinte et le risque de syndrome de Mendelson le plus souvent mortel. Cependant, elle expose le plus souvent à une hypotension artérielle chez la mère et à une baisse de la perfusion utéro placentaire [13]. Le traitement était opératoire et non opératoire. Les cas complexes qui dépassaient le niveau du plateau technique personnel et matériel étaient référés à l'hôpital régional de N'Zérékoré. Ainsi, pour le traitement opératoire, la chirurgie des affections de la paroi a représenté 31% des activités du bloc opératoire, avec une prédominance chez les sujets jeunes de sexe masculin. La cure herniaire en a représenté 17, 1% dont 10,2% pour les hernies étranglées. Ces affections représentent l'essentiel de la pratique chirurgicale non urgente en milieu rural africain [1]. Dans sa série, Manix insiste sur l'intérêt du concept des soins forains pour équilibrer le rapport coût et service médical dans la prise en charge de ces pathologies au Congo [1]. Le jeune âge de la population a été retrouvé dans plusieurs études concernant la chirurgie herniaire. En Afrique, la chirurgie de la hernie est l'une des interventions les plus pratiquées par les chirurgiens [14]. Cette forte prévalence de la hernie a été rapportée dans d'autres séries [5]. Ce taux élevé de chirurgie de hernie peut s'expliquer par la force physique liée aux activités champêtres qui représentent les principales occupations de nos populations rurales. Les césariennes et la chirurgie des tumeurs

gynécologiques représentaient respectivement 26,1% et 22,7% des activités du bloc opératoire. Ces résultats ont été retrouvés dans d'autres séries de la littérature [3,5,6]. Nos résultats sont nettement inférieurs à ceux de la série de Sani et al [16] qui rapportaient notamment 77,8% d'opération de complications obstétricales en une année. Cette large différence s'expliquerait par le caractère multicentrique et la taille de l'échantillon de leur travail. En effet, les femmes en âge de procréation étaient toutefois majoritaires dans notre échantillon. L'appendicectomie semble rare avec 17,5% des activités de chirurgie abdominale. L'appendicite est une des urgences chirurgicales digestives les plus fréquentes. En dépit des avancées des techniques d'imagerie et de biologie, son diagnostic est principalement clinique. Son traitement demeure toujours chirurgical en Afrique subsaharienne [15]. En général, les patients sont vus au stade de complication ce qui l'associe à la fréquence élevée des péritonites aiguës généralisées qui étaient systématiquement référées à l'hôpital régional de N'Zérékoré. Ce constat avait été fait par des auteurs en Afrique [10]. Les plaies traumatiques des parties molles ont représenté 3,6% des activités du bloc opératoire. Ce taux est nettement inférieur à celui des 9,8% retrouvés par Sani Rachid et al au Niger [16]. Cela pourrait s'expliquer en partie par l'augmentation du taux des accidents du trafic routier [3]. La morbidité était de 10,1% dominée par la suppuration pariétale (7,1%). Ce taux varie de 2,5% à 30,90% en Afrique selon les pays et les années [17] pour toutes les interventions chirurgicales. Le taux de mortalité était de 0,5% inférieur à celui de 3,4% retrouvé au Bénin [3]. Ceci pourrait s'expliquer en partie par la taille de notre structure, plus petite que celles hospitalières et aussi par le respect du paquet minimum d'activités d'un centre de santé amélioré. Les décès étaient liés aux retards de consultation, au problème péculaire des patients et à leur état initial à l'admission. Ces mêmes difficultés avaient été relevées à Madagascar [18].

CONCLUSION

Les activités chirurgicales sont extrêmement fréquentes en milieu rural notamment à Gouécké où s'est déroulé notre travail. Elles sont dominées par les pathologies chirurgicales abdominales et les affections pariétales. Le manque chronique de kit d'urgence, le sous équipement, le faible niveau de revenus des patients souvent admis en urgence et l'insuffisance de personnel qualifié constituent autant de facteurs limitant l'accès aux soins chirurgicaux dans notre centre de santé amélioré. L'organisation de missions chirurgicales foraines serait une alternative efficace pour améliorer le pronostic de ces patients.

REFERENCES

1. **Banza MI, Yumba SN, Bwalya AL, Ilunga GRN.** La chirurgie générale en milieu rural. Bilan de la campagne chirurgicale réalisée à Mulongo dans le Haut-Lomami en République démocratique du Congo. *Journal of Dental and Medical Sciences.* 2022?; 21 (2)? : 24-30.
2. **Kushner AL, Cherian MN, Noel L, Spiegel DA, Groth S, Etienne C.** Addressing the millennium development goals from a surgical perspective?: essential surgery and anesthesia in low- and middle-income countries. *Arch Surg.* 2010. 145(2)? : 154-9.
3. **Tamou Sambo B, Hodonou MA, Allodé SA.** Bilan des activités de chirurgie viscérale dans un hôpital de zone au Bénin?: Aspects épidémiologique, diagnostique et résultats de trois ans (2013 à 2015). *World Wide Journal of Multidisciplinary Research and Development.* 2018; 4(2): 108-110.
4. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique Guinée.** Normes Infrastructures et Equipements. Tome I?: District sanitaire. PASA2 2022?; 6?: 15 - 31.
5. **Tounkara C, Cisse AB, Samake H, Diarra I, Sanogo M, Diarra B, Doumbia S, Yena S.** Review of two years of surgical activities of the general surgery department of the reference health center of Commune I of Bamako Mali. *Surgical Science,* 2024, 15, 195-206.
6. **Ndong A, Racine IB, Diao MI, Tendeng JN, Diallo AC, Thiam O et al.** Audit of laparoscopic surgery activities at the Saint-Louis regional hospital center (Sénégal): prospective study over 3 years. *J Afr Chir Digest.* 2022; 22(2)? : 3763 - 3767.
7. **Cisse M, Kaptue EC, Toure AO, Seck M, Ka O, Dieng M, Toure CT.** Prise en charge laparoscopique de la pathologie gynécologique bénigne au service de chirurgie générale de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar: à propos de 50 cas. *J SAGO.* 2014;15:(1):1-6.
8. **Mbaye M, Cissé ML, Kane M, Guèye S, Faye E, Diémé M, Diouf A, Guèye M, et al.** Premiers résultats de la coelioscopie gynécologique au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Dakar: série prospective de 128 cas. *J Obstet Gynaecol Can* 2012; 34: 93946.
9. **Thiam O, Cisse M, Seck M, Gueye ML, Toure AO, Ka O, Dieng M, Dia A, Toure CT.** The laparoscopic appendectomy: indications and results in the general surgery department of the Aristide Le Dantec Teaching Hospital. *Surg Chron.* 2015; 20(3): 96-99.
10. **Harouna Y, Ali L., Seibou A, Abdou I, Gamatie Y, Rakotomalala J, Habibou A, Bazira.** 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.
11. **Beye MD.** Anesthésie locorégionale périphérique en Afrique?: quelles perspectives?? *RAMUR.* Editorial 2011?; 16 (3)? : 1 - 2.
12. **Beye MD, Ndiaye PI, Ndoye Diop M, Diouf E, Fall L, Leye PA, et al.** Evaluation de la pratique de l'anesthésie locorégionale périphérique au bloc des urgences de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar. *Rev. Afr. Anesth. Med. Urg.* 2007. XII : 27-37.
13. **Mercier FJ.** Prévention et traitement de l'hypotension artérielle au cours de la rachianesthésie pour césarienne programmée?: dans les progrès dans les pratiques cliniques (Editorial). *Ann Fr Anesth Réanim* 2011 ;30?: 622-624.
14. **Ohene-Yeboah M, Abantanga FA.** Inguinal hernia disease in Africa: A common but neglected surgical condition. *West African Journal of Medicine.* 2011?; 30?: 77-83.
15. **Amadou Magagi I, Adamou H, Adakal O, Habou O, Douchi M, Magagi A, Ganiou K, Harouna YD, Sani R.** L'appendicite aigue et ses complications dans un pays à ressources limitées: étude d'une série de 254 patients à l'hôpital national de Zinder, Niger. *J Afr Chir Digest.* 2019?; 19(2)? : 2792-2796.
16. **Sani R, Nameoua B, Yahaya A, Hassane I, Adamou R, Hsia RY, Hoekman P, Sako A, Habibou A.** The impact of launching surgery at the district level in Niger. *World J Surg* (2009) 33:20632068.
17. **Bagheri Nejad S, Allegranzi B, Syed SB, Ellis B, Pittet D.** Health-care associated infection in Africa. *BMC Proceedings.* 2011?; 5(Suppl 6): O14.
18. **Rasamoelina N, Rajaobelison T, Ralahy MF, Riel AM, Rabarijaona M, Solofomalala GD, Randriamiarana JM.** Risk factors of mortality by urgent digestive affections in the intensive care unit of the teaching hospital of Fianarantsoa Madagascar. *Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence* 2010?; 2(2): 10-11.