

Les contraintes du management des urgences chirurgicales abdominales en Afrique francophone subsaharienne

The constraints of the management of abdominal surgical emergencies in French-speaking sub-Saharan Africa

Brouh Y

Université Alassane Ouattara de Bouaké (RCI)

Auteur correspondant : Brouh Yapo. Email : brouhyapo17@gmail.com, tel : 0022507773649

Introduction

Les urgences chirurgicales abdominales représentent des affections fréquemment observées dans nos services d'urgence. Sa prise en charge peut être délicate du fait de la gravité de la pathologie ou des conditions locales de gestion.

Les causes sont diverses, allant de l'appendicite à la péritonite généralisée en passant par les traumatismes abdominaux.

Les pays francophones en dessous du Sahara connaissent des fortunes diverses tant les organisations, les équipements, le fonctionnement des services et la qualification du personnel sont différents d'un pays à un autre.

Les faits qui traduisent les contraintes

A Niamey, au Niger [1], pour un âge moyen de 26,57 ± 17 ans et des extrêmes de 1 et 82 ans ; la péritonite généralisée prédominait (68,32%), suivie des appendicites (8,39%). Les patients étaient classés ASA II (85,87%), I (9,54%) et III (4,58%). Les patients étaient opérés sous anesthésie générale dans 96,56 % des cas. L'anesthésie était pratiquée par les Techniciens Supérieurs en Anesthésie et Réanimation (TSAR) sous la supervision du médecin anesthésiste-réanimateur et la chirurgie était pratiquée par des résidents dans 96,94 % des cas (n = 254) et des chirurgiens titulaires dans 3,05 % des cas. Vingt-cinq événements indésirables sur 262 patients pris en charge en un an étaient enregistrés en per opératoire dont 1 décès.

A saint louis, au Sénégal [2] ; sur 118 patients pris en charge dans ce contexte, on notait un âge moyen de 35,8 ans et des extrêmes de 16 et 90 ans. Ils étaient classés ASA II et III dans la plupart des cas. Ces patients étaient admis dans un tableau jugé grave avec un sepsis sévère dans 39 % des cas. La péritonite généralisée ici aussi, prédominait. Ils étaient opérés sous anesthésie générale. Dans 7,92 % des complications anesthésiques étaient observées et, des complications chirurgicales dans 20,92 % des cas. Au total 10 décès soit 8,4 % des patients pris en charge étaient enregistrés.

A Bukavu en RDC [3], le traumatisme abdominal constituait la principale préoccupation pour l'équipe d'anesthésie. Ceux-ci représentaient 10,9 % des traumatismes en général admis dans l'hôpital de Panzi. L'âge moyen était de 34,5 ans avec des extrêmes de 6 et 59 ans. La contusion abdominale était la lésion la plus fréquemment retrouvée. Dans ce contexte de traumatisme et de polytraumatisme, la mortalité enregistrée était de 20,6 % (7/34 cas). La gestion de ces urgences chirurgicales abdominales était difficile au vu d'une si forte mortalité. La prise en charge préhospitalière et initiale mal organisée est le reflet de ce qui se passe dans la plupart des hôpitaux d'Afrique francophone subsaharienne.

A Dapaong au Togo [4], sur 303 patients pris en charge dans le cadre des urgences chirurgicales abdominales, un âge moyen de 24 ans était observé. La péritonite généralisée dominait les causes de ces urgences (48,1 %), les occlusions suivaient avec 34,8 %. Chez 71 d'entre eux (28 %) des complications périopératoires ont été observées. Une mortalité de 21,8 % était enregistrée. L'insuffisance du plateau technique expliquerait cette lourde mortalité.

A Comè au Bénin [5], sur 169 patients pris en charge, le long délai de prise en charge (3 à 6 h) était mentionné. Les appendicites aiguës (31,95 %) et les péritonites généralisées (18,34 %) étaient les causes les plus fréquentes. La rachianesthésie était la technique la plus utilisée. On notait 34 complications postopératoires et une létalité de 3,7 %.

A Parakou au Bénin [6], les urgences chirurgicales abdominales étaient les plus enregistrées (83,3 %) sur l'ensemble des admissions aux urgences. La létalité était de 10 %. Les raisons de cette lourde létalité étaient entre autres le long délai de consultation, la gravité des pathologies et la manque de moyen financier des patients. En effet, il est connu que dans les hôpitaux d'Afrique francophone, la prise en charge même dans le cadre des urgences, était assurée financièrement par le patient ou ses accompagnants.

Conclusion

Dans tous les cas, une forte mortalité était enregistrée et des difficultés liées à la prise en charge de ces urgences abdominales étaient observées. La plupart des services notait le long délai d'admission ou de consultation, l'insuffisance du plateau technique, le manque de moyen financier et une Faiblesse dans la prise en charge préhospitalier et initiale des patients. Tout ceci avec pour

conséquence ; des patients qui arrivent aux urgences dans un tableau jugé grave. Tous ces dysfonctionnements pourraient expliquer la lourde mortalité et les nombreuses complications périopératoires observées.

Une meilleure organisation et un équipement adéquat de nos services des urgences pourraient améliorer le pronostic

Références

1. **Daddy H, Chaibou MS, Gagara M, Magagi A, Moussa BM, Gagara M, Dillé I, Didier JL.** Prise en charge anesthésiologique des urgences abdominales à l'Hôpital National Niamey (HNN). *Rev Afr anesthésiol Med Urgence*. 2020; 25 (1): 10-15
2. **Diedhiou M, Dieng M, Traoré MM, Barboza D, Ba EB, Gaye I, Sarr N, Diao ML, Ndong A, Tendeng JN, Konaté I, Beye MD.** Anesthésie-réanimation pour urgences chirurgicales de l'abdomen chez l'adulte : à propos de 118 cas *Rev Afr anesthésiol Med Urgence*. 2020; 25 (1): 16-21
3. **Iteke F R, Bafunyembaka M, Nfundiko K, Mukanire N, Luhiriri N L, Cikwanine J P, Alumeti, Mukwege M D, Ahuka O** Urgences Abdominales Traumatiques: Aspects épidémiologique, lésionnel et pronostique au service d'accueil des urgences de l'HGR de Panzi de Bukavu (RD Congo). *Rev Afr anesthésiol Med Urgence*. 2014; 19 (1): 72-75
4. **Kassegne I¹, Sewa EV², Alassani F³, Kanassoua KK³, Adabra K³, Tchangai B³, Azialey KG¹, Amavi AK³, Attipou K.** Prise en charge des urgences chirurgicales abdominales au Centre Hospitalier Régional de Dapaong (Togo). *Rev Afr anesthésiol Med Urgence*. 2015; 20 (2): 31-34
5. **Gbessi DG¹, Dossou FM¹, Ezin EFM², Hadonou A², Imorou-Souaibou Y³, Lawani I³, Mehinto DK¹, Olory-Togbe JL¹, Bagnan KO¹.** Prise en charge des urgences chirurgicales abdominales à l'hôpital de zone de Comè au Bénin à propos de 169 cas. *Rev Afr anesthésiol Med Urgence*. 2015 ; 20 (2): 50-56
6. **Mensah E, Tchaou B, Hodonou MA, Fatigba H, Tamou BE, Kulimushi R, Allode A.** Problématique de la prise en charge des urgences chirurgicales au CHU de Parakou (Bénin) *Rev Afr anesthésiol Med Urgence*. 2015 ; 20 (1) : 46-53