

ARTICLE ORIGINAL

URGENCES CHIRURGICALES VISCERALES EN CHIRURGIE VISCERALE AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) DE COTONOU: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, ITINERAIRE CLINIQUE ET REPERTOIRE DIAGNOSTIQUE

VISCERAL SURGICAL EMERGENCIES IN VISCERAL SURGERY AT TEACHING AND HOSPITAL CENTER HUBERT KOUTOUKOU MAGA OF COTONOU: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS, CLINICAL WAY AND DIAGNOSIS

KC VIGNON, DK MEHINTO, NH NATTA'NTCHA, CA BOHOUN, N PADONOU.

Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale-Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou Maga. 01BP386 Cotonou-Bénin.

RÉSUMÉ

Introduction: Les urgences constituent un motif fréquent de consultation en chirurgie viscérale.

But: Décrire les aspects épidémiologiques, l'itinéraire clinique et lister les urgences chirurgicales viscérales.

Méthode: Au cours d'une étude prospective du 1er Janvier au 30 Juin 2012 ; 138 patients étaient pris en charge en chirurgie viscérale du CNHU-HKM de Cotonou pour urgence chirurgicale viscérale.

Résultats : Avec 138 cas, les urgences chirurgicales viscérales représentaient 36,1% des 382 patients hospitalisés. La sex-ratio était de 1,4 et l'âge moyen de 34,8 ans. Au début de la maladie, 76,1% (105/138) des patients étaient à leur domicile. Cent un patients (73,2%) étaient référés d'une structure sanitaire périphérique située dans Cotonou, pour le CNHU-HKM de Cotonou. Il s'agissait surtout de cabinets privés (50 cas ; 49,5%) et de structures à caractère public (41 cas ; 40,6%). La principale raison des patients était leur proximité avec la structure sanitaire (57,4% des cas). Le transport vers le CNHU-HKM était médicalisé seulement chez 19,1% des 131 concernés. Après l'opération au bloc de chirurgie viscérale logé aux urgences, les patients passaient ou non en réanimation centrale puis hospitalisés en chirurgie viscérale. Les appendicites aiguës et les péritonites aiguës généralisées étaient les plus fréquentes.

Conclusion. Les urgences chirurgicales viscérales, fréquentes, ont concerné surtout des jeunes de sexe masculin. Le CNHU-HKM de Cotonou n'est pas choisi en première intention. Les urgences infectieuses étaient plus fréquentes.

Mots clés: Urgence ; Viscérale ; Itinéraire clinique ; Appendicite aiguë ; Péritonite aiguë généralisée.

SUMMARY

Introduction: Emergencies constitute a frequent reason for consultation in visceral surgery.

Aims: Describe epidemiologic aspects, clinical way and list the visceral surgical emergencies.

Method: During an prospective study from January 1st to June 30th 2012; 138 patients were managed in visceral surgery at CNHU-HKM of Cotonou for visceral surgical emergency.

Results: On 382 patients hospitalized, 138 (36,1%) had being taking care for visceral surgical emergency. Sex-ratio was 1.4 and the average age was 34.8 years. At the beginning of the disease, 76.1% (105/138) of the patients were in their home. Hundred and one patients (73.2%) were referred from a peripheral medical structure located in Cotonou, to the CNHU-HKM of Cotonou. They came essentially from privates medicals structures (50 cases; 49.5%) and publics medicals structures (41 cases; 40.6%). The main reason of the patients was their proximity with the medical structure (57.4% of the cases). Transport towards the CNHU-HKM was provided with health care only at 19.1% of the 131 concerned. After operation in operation room of visceral surgery placed to the emergencies, patients passed or not in central reanimation before hospitalized in visceral surgery. Acute appendicitis and the generalized acute peritonitis were most frequent.

Conclusion : Visceral surgical emergencies, frequent, concerned essentially young and male sex people. The CNHU-HKM of Cotonou is not selected in first intention. Infectious emergencies were more frequent.

Keywords: Emergencies; Visceral; Clinical way; Acute appendicitis; Generalized acute peritonitis.

Tirés à part:

DK MEHINTO

01 BP 499 Cotonou.

E-mail : dmehinto@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les urgences constituent un motif fréquent de consultation en chirurgie viscérale [1]. Selon Mondor H [2], les urgences chirurgicales abdominales sont des affections abdominales qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale réalisée sans délai, font succomber les patients en quelques heures ou en peu de jours. Harouna Y et al [3] et Attipou K et al [4] avaient noté que les urgences chirurgicales viscérales représentaient respectivement 25,6% et 44,9% des urgences chirurgicales. Nous avons rapporté en 2006, qu'elles ont représenté 43,5% des hospitalisés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM de Cotonou [5]. Elles concernent des sujets de tout âge et des deux sexes. La plupart de nos patients ne viennent pas directement au CNHU-HKM. L'itinéraire clinique est le parcours du patient dans des structures à la recherche de sa prise en charge. La nature des affections est variée. Notre but a été de décrire les aspects épidémiologiques, l'itinéraire clinique et de lister les urgences chirurgicales viscérales.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude prospective du 1er Janvier au 30 Juin 2012 dans les services de chirurgie viscérale "A" et "B" du CNHU-HKM de Cotonou qui disposent d'un bloc opératoire et d'une partie de son personnel de garde au service des urgences. L'étude a porté sur les patients pris en charge pour urgence chirurgicale viscérale. Etant donné qu'un nombre de patients au moins égal à 30 permet de tirer des conclusions statistiquement valables, nous avons décidé de réaliser le travail une fois ce chiffre dépassé. Nos critères d'inclusion ont été les suivants : le consentement éclairé des patients, la disponibilité des renseignements pré-hospitaliers et l'existence d'un dossier hospitalier avec observation médicale attestant le diagnostic d'urgence chirurgicale viscérale. Pour les opérés, le diagnostic retenu a été le diagnostic per-opératoire. Les variables étudiées ont été : l'âge, le sexe, la profession, l'ethnie, le circuit pré-hospitalier (lieu de début des symptômes, mode d'admission, nombre de structures sanitaires parcourues, types de structures sanitaires périphériques, motifs du choix d'une structure autre que le CNHU-HKM en première intention, délai de référence des structures sanitaires périphériques vers le CNHU-HKM, motifs de non référence immédiate au CNHU-HKM, passage chez un tradipraticien, mode et type de transport), le circuit hospitalier (délai de consultation aux urgences du CNHU-HKM depuis l'apparition des premiers symptômes, délai entre l'arrivée aux urgences du CNHU-HKM et la réalisation du premier examen, type de personnel examinateur, lieux du premier examen aux urgences du CNHU-HKM, le délai de réalisation du bilan à visée diagnostique, le délai de réalisation du

bilan préopératoire, le délai entre l'indication opératoire et l'installation au bloc opératoire, le circuit hospitalier proprement dit) et le diagnostic retenu. Les données ont été saisies à l'aide d'un masque élaboré sous Epi Data version 3.1. La base de données ainsi obtenue a été transférée vers les logiciels Epi Data Analysis version 2.2.2.178 et Microsoft Excel 2007 pour l'analyse et la tabulation. La confidentialité des données a été garantie par l'anonymat des patients.

RÉSULTATS

1 Aspects épidémiologiques

1.1 Fréquence

Durant notre période d'étude, 382 patients ont été hospitalisés en chirurgie viscérale dont 138 soit 36,1% pour une urgence chirurgicale viscérale. Les 138 cas d'urgence chirurgicale viscérale étaient répartis en urgence chirurgicale non traumatique (120 cas ; 87%) et en urgence chirurgicale traumatique (18 cas ; 13%). La fréquence mensuelle était de 23 cas/mois.

1.2 Sexe

Une prédominance masculine a été observée avec 80 hommes (58%) et 58 femmes (42%), soit une sex-ratio de 1,4.

1.3 Age

L'âge moyen a été de 34,8 ans avec des extrêmes de 15 ans et 88 ans.

1.4 Profession

Il s'agissait des élèves et étudiants (31 cas ; 22,6%), suivis des fonctionnaires (27 cas ; 19,6%) ; commerçants (19 cas ; 13,8%) ; ouvriers et manœuvres (15 cas ; 10,8%); ménagères (9 cas ; 6,5%) ; couturiers (8 cas ; 5,8%) ; artisans, retraités (6 cas chacun ; 4,3%) ; mécaniciens (5 cas ; 3,6%); cultivateurs (4 cas ; 2,9%); coiffeurs, chauffeurs (3 cas chacun ; 2,2%) et cuisiniers (2 cas ; 1,4%).

1.5 Ethnie

La répartition était la suivante : Fon (72 cas : 52,2%) ; Yoruba (21 cas : 15,2%); Mina (11 cas ; 8%) ; Goun (9 cas ; 6,5%) ; Dendi (5 cas ; 3,6%) ; Adja (4 cas ; 2,9%) ;, Xla (2 cas ; 1,5%), Aïzo, Waci (1 cas chacun ; 0,7%) et les autres (Fan, Iboo, Jerma, Natimba, Ahoussa, Kolalko, Baoulé: 12 cas soit 8,7%).

2. Itinéraire clinique

2.1. Circuit pré-hospitalier

2.1.1. Lieu de début

Les lieux où se trouvaient les patients au moment de l'apparition des premiers symptômes étaient : leur domicile (105 cas ; 76,1%); au travail ou à l'école (12 cas ; 8,7%); dans la rue (18 cas ; 13%); à l'hôpital (3 cas ; 2,2%).

2.1.2 Mode d'admission

Sur les 138 patients, 101 soit 73,2% étaient référés d'une structure sanitaire périphérique située dans Cotonou (ils n'ont donc pas choisi le CNHU-HKM de Cotonou en première intention); 30 soit 21,7% avaient

directement consulté aux urgences du CNHU-HKM et 7 soit 5,1% étaient transférés d'un autre service du CNHU-HKM.

2.1.3. Nombre de structures sanitaires périphériques parcourues

Sur les 101 patients concernés, 87 soit 86,1% avaient parcouru une seule structure sanitaire; 13 soit 12,9% étaient passés dans 2 et 1 patient (1%) avait été dans 3 avant d'être pris en charge au CNHU-HKM.

2.1.4. Types de structures sanitaires périphériques parcourues

Il s'agissait pour les 101 patients, de : cabinets privés (50 cas ; 49,5%) ; centre de santé à caractère publique (23 cas ; 22,8%) ; hôpital de zone sanitaire publique (16 cas ; 15,8%) ; centre confessionnel religieux (10 cas ; 9,9%) ; hôpital publique départemental (2 cas ; 2%).

2.1.5. Motifs du choix d'une structure autre que le CNHU-HKM en première intention

Les motifs du choix, d'une structure autre que le CNHU-HKM en première intention, réalisé par les patients pris en charge pour urgence chirurgicale viscérale sont présentés dans le tableau I.

Tableau I. Répartition des patients pris en charge pour urgence chirurgicale viscérale en fonction du motif du choix d'une structure sanitaire en 1ère intention autre que le CNHU-HKM de Cotonou.

	Nombre	Pourcentage
Proximité	58	57,4%
Coût des soins abordable	18	17,8%
Lieu habituel de consultation	12	11,9%
Non perception de la gravité de l'affection actuelle	7	6,9%
Conseil d'une tierce	4	4,0%
Meilleure qualité de l'accueil	1	1,0%
Besoin d'intimité	1	1,0%
Total	101	100,0%

2.1.6. Délai de référence des structures sanitaires périphériques vers le CNHU-HKM

Sur les 101 patients concernés, les délais de référence ont été : moins de 2 heures (11 cas ; 10,9%) ; 2 à 6 heures (24 cas ; 23,8%) ; 6 à 12 heures (15 cas ; 14,9%) ; 12 à 18 heures (17 cas ; 16,8%) ; 18 à 24 heures (11 cas ; 10,9%) ; 1 à 2 jours (10 cas ; 9,9%) ; 2 à 5 jours (6 cas ; 5,9%) ; plus de 5 jours (7 cas ; 6,9%).

2.1.7. Motifs de non référence immédiate au CNHU-HKM

Les motifs étaient: soins en cours (66 cas ; 65,5%) ; attente des résultats du bilan (26 cas ; 25,6%) ; mis en observation sans soins ni bilan (7 cas ; 6,7%) ; absence

du médecin (2 cas ; 2,2%).

2.1.8. Passage chez un tradipraticien

Des 138 patients de notre étude, 14 soit 10,1% ont affirmé avoir été chez un tradipraticien. Les 124 autres (89,9%) ne seraient pas allés consulter un tradipraticien.

2.1.9 Mode et type de transport

Hormis les 7 patients transférés d'un autre service du CNHU-HKM, le mode et le type de transport des 131 autres se présentaient comme suit: transport médicalisé dans 25 cas (19,1%) et transport non médicalisé chez 106 patients (80,9%) avec pour ces derniers, 56 soit 52,8% par véhicule léger à 4 roues et 50 soit 47,2% par moto. Les raisons exprimées par les patients chez qui le transport n'était pas médicalisé ont été les suivantes: coût élevé du transport médicalisé (36 cas; 34%) ; transport médicalisé non nécessaire (35 cas ; 33%) ; transport non médicalisé plus rapide (11 cas ; 10,4%) ; procédure d'accès au transport médicalisé inconnue (9 cas ; 8,5%) ; transport systématique par les sapeurs-pompiers (8 cas ; 7,6%); transport médicalisé indisponible (5 cas ; 4,7%) ; retard d'arrivée du transport médicalisé et transport non médicalisé imposé à un patient prisonnier (1 cas chacun; 0,9%).

2.2. Circuit hospitalier

2.2.1. Délai de consultation aux urgences du CNHU-HKM depuis l'apparition des premiers symptômes

Le délai moyen de consultation était de 6,7 jours avec des extrêmes de 0 et 36 jours. Il était de 4,8 heures pour les urgences viscérales traumatiques et de 27 heures pour les non traumatiques. Le tableau II montre la répartition des patients pris en charge pour urgence chirurgicale viscérale en fonction du délai de consultation aux urgences du CNHU-HKM depuis l'apparition des premiers symptômes.

Tableau II. Répartition des patients admis aux urgences du CNHU-HKM pour urgence chirurgicale viscérale, en fonction du délai de consultation depuis l'apparition des premiers symptômes.

	Nombre	Pourcentage
Moins de 6 heures	29	21,0%
6 à 12 heures	8	5,8%
12 à 18 heures	10	7,3%
18 à 24 heures	30	21,7%
1 à 2 jours	15	10,9%
2 à 5 jours	21	15,2%
Plus de 5 jours	25	18,1%
Total	138	100,0%

2.2.2 Délai entre l'arrivée aux urgences du CNHU-HKM et la réalisation du premier examen clinique

Hormis les 7 patients déjà hospitalisés dans un autre service du CNHU-HKM et pour lesquels le premier examen était fait dans leur lit, les 131 autres ont eu leur premier examen réalisé dans le service des urgences. Dans 91,6% des cas (120/131), le premier examen a eu lieu dans les 15 premières minutes suivant leur arrivée. Dans 10 cas (7,6%), le premier examen avait débuté entre 15 et 30 minutes après leur arrivée et dans un cas (0,8%), plus de 30 minutes après son arrivée. Pour les 11 patients examinés plus de 15 minutes après leur arrivée, les raisons évoquées étaient : affluence de cas occupant tout le personnel (8/11); absence d'un traducteur (2/11); absence d'examineur disponible sans qu'il n'y ait cependant affluence de cas.

2.2.3 Type de personnel examinateur

Des 131 patients arrivés aux urgences du CNHU-HKM, 84 soit 64,1% avaient été examinés d'abord par un interne puis par le médecin en spécialité de chirurgie générale alors que les 47 autres (35,9%) l'ont été directement par un médecin en spécialité de chirurgie générale.

2.2.4. Lieux du premier examen aux urgences du CNHU-HKM

La répartition des 131 patients en fonction des lieux d'examen aux urgences du CNHU-HKM était la suivante : table d'examen (88 cas ; 67,1%) ; brancard (27 cas ; 20,6%) ; à même le sol (9 cas ; 6,9%) ; lit d'hospitalisation (7 cas ; 5,3%).

2.2.5. Délai de réalisation du bilan à visée diagnostique

Le délai de réalisation était : inférieur à 30 minutes (4 cas ; 3,2%) ; entre 30 minutes et 1 heure (35 cas ;

27,8%) ; entre 1 heure et 3 heures (57 cas ; 45,2%) ; entre 3 et 6 heures (17 cas ; 13,5%) ; entre 6 heures et 24 heures (12 cas ; 9,5%) ; plus de 24 heures (1 cas ; 0,8%).

2.2.6. Délai de réalisation du bilan préopératoire

Des 138 patients, 4 soit 2,9% étaient admis avec un bilan préopératoire. La répartition des 134 autres en fonction du délai de réalisation du bilan préopératoire était la suivante : moins de 30 minutes (9 cas ; 6,7%) ; 30 minutes à 1 heure (42 cas ; 31,4%) ; 1 à 3 heures (68 cas ; 50,7%) ; 3 à 6 heures (12 cas ; 9%); 6 à 12 heures (2 cas ; 1,5%) et 12 à 24 heures (1 cas ; 0,7%).

2.2.7. Délai entre l'indication opératoire et l'installation du patient au bloc opératoire

Des 138 patients, 134 soit 97,1% étaient opérés et 4 patients (2,9%) avaient bénéficié d'un traitement non opératoire. Le délai moyen entre l'indication opératoire et l'installation au bloc était de 4,3 heures avec des extrêmes de 35 minutes et 23 heures 36 minutes. Les raisons pour lesquelles les patients ont attendu avant leur installation au bloc étaient : attente du bilan préopératoire (65 cas ; 48,5%) ; occupation du bloc opératoire (38 cas ; 28,4%) ; ordonnance tardivement honorée faute de moyens financiers (33 cas ; 24,6%) ; passation tardive de service (4 cas ; 3%) ; mise en observation (3 cas ; 2,3%) ; indisponibilité du matériel de chirurgie (2 cas ; 1,5%) ; indisponibilité du chirurgien (1 cas ; 0,7%) ; refus d'anesthésie par défaut de culot globulaire (1 cas ; 0,7%)

2.2.8. Circuit hospitalier proprement dit

Le circuit hospitalier des patients admis pour urgence chirurgicale viscérale au CNHU-HKM de Cotonou est résumé sur la figure 1.

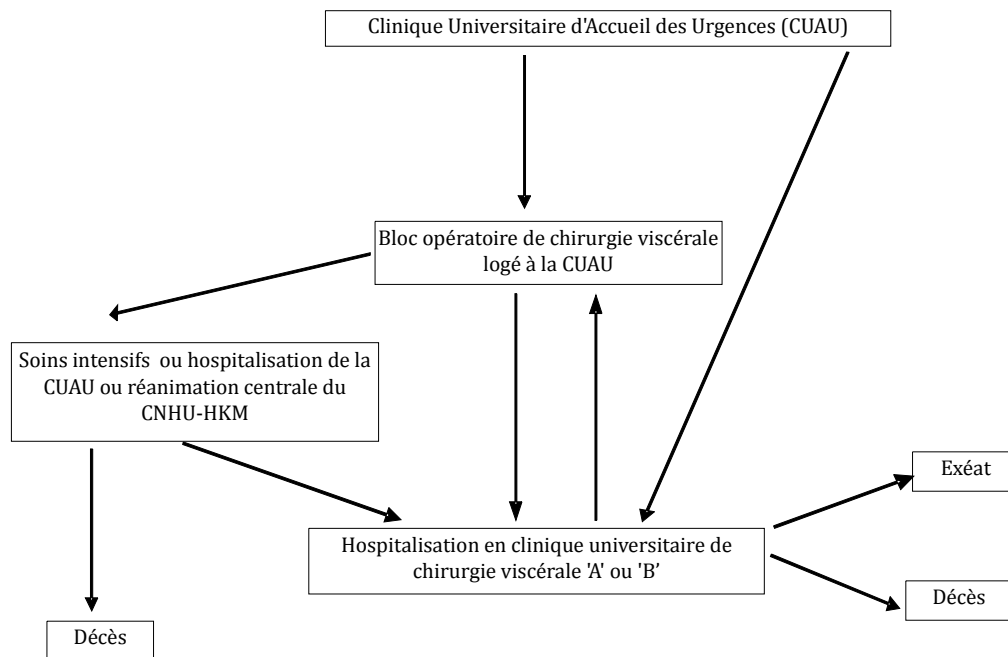


Figure 1. Description du circuit hospitalier des patients pris en charge pour urgences chirurgicales viscérales au CNHU-HKM de Cotonou

3. Répertoire diagnostique

3.1. Moyens diagnostiques

Ils ont été cliniques et paracliniques dans 100% des cas. Le bilan paraclinique à visée diagnostique était demandé à l'admission au CNHU-HKM chez 134 patients (97,1%) puisque 4 patients (2,9%) étaient venus avec leur bilan. Chez les patients opérés, sans que ce ne soit à but diagnostique, la laparotomie a permis de confirmer ou infirmer les diagnostics évoqués en préopératoire.

Des 134 patients à qui le bilan à visée diagnostique a été demandé, 101 patients (75,4%) l'avaient fait réaliser entièrement, 25 soit 18,6% partiellement et 8 soit 6%

n'avaient pas eu de bilan. Ces 33 patients (24,6%) ayant partiellement ou pas du tout réalisé le bilan paraclinique avaient évoqué comme motifs, le défaut de moyens financiers.

3.2. Diagnostics retenus

Chez les 4 patients (2,9%) non opérés en urgence, les diagnostics retenus étaient : pancréatite aiguë (1 cas), tumeur antrale compliquée d'anémie décompensée (1 cas), angiocholite par lithiase du bas cholédoque (1 cas), éviscération postopératoire associée à une suppuration pariétale (1 cas).

Pour les 134 opérés (97,1%), les diagnostics per-opératoires sont répertoriés dans le tableau III.

Tableau III. Répartition des patients opérés pour urgences chirurgicales viscérales, en fonction des diagnostics per-opératoires.

	N o m b r e	P o u r c e n t a g e
Appendicite aiguë	50	37,3 %
Plastron appendiculaire	1	0,7 %
Péritonite aiguë généralisée (n=31 cas)		
- Appendiculaire	2	1,5 %
- Perforation ou rupture iléale d'origine :		
• typhique probable	7	5,2 %
• traumatique	2	1,5 %
• nécrotique par strangulation (OIA)	1	0,7 %
- Perforation ou rupture jéjunale d'origine :		
• infectieuse probable	1	0,7 %
• traumatique	1	0,7 %
- Perforation duodénale		
• Ulcéreuse	9	6,7 %
- Perforation gastrique d'origine		
• tumorale	1	0,7 %
• traumatique	1	0,7 %
- Post abortive :	1	
• par perforation utérine	5	3,7 %
• sans lésion d'organe	1	0,7 %
Occlusion aiguë (n=16 cas)		
- du grêle sur :		
• brides cicatricielles	3	2,2 %
• brides cicatricielles et adhérences	2	1,5 %
• brides inflammatoires	2	1,5 %
• volvulus par brides	1	0,7 %
• hernie inguino-scrotale étranglée	3	2,2 %
- du côlon par :		
• volvulus du sigmoïde sur colostomie	1	0,7 %
• tumeur colique gauche	1	0,7 %
• volvulus du sigmoïde	1	0,7 %
• tumeur rectale	1	0,7 %
• tumeur rectale + envahissement locorégional	1	0,7 %
Hernie inguino-scrotale étranglée	11	8,2 %
Hémopéritoine par : (n=7 cas)		
- plaie traumatique hépatique	4	3,0 %
- plaie traumatique mésentérique	1	0,7 %
- rupture traumatique de la rate	1	0,7 %
- rupture d'une grossesse tubaire gauche	1	0,7 %
Plaie pénétrante de l'abdomen (n=7 cas)		
- par arme blanche		
• sans lésion d'organe	2	1,5 %
• sans lésion d'organe mais avec éviscération du grêle	4	3,0 %
- par arme à feu sans lésion d'organe	1	0,7 %
Abcès périnéal fistulisé dans le rectum	3	2,2 %
Sténose pylorique post ulcéreuse avec cachexie	1	0,7 %
Hernie étranglée de la ligne blanche	3	2,2 %
Hernie ombilicale étranglée	2	1,5 %
Section iatrogène des vaisseaux iliaques externes droits au cours d'une hystérectomie	1	0,7 %
Nécrobiose septique d'un myome utérin avec pelvipéritonite	1	0,7 %
Total	134	100,0 %

DISCUSSION

1. Aspects épidémiologiques

Les 138 cas d'urgence chirurgicale viscérale représentaient 36,1% des hospitalisés et étaient dominés par les urgences chirurgicales viscérales non traumatiques (120 cas ; 87%). Ces résultats sont similaires à ceux que nous avons publiés en 2006 sur un travail réalisé dans le même service et montrent la constance des données concernant cette catégorie d'affections: les urgences chirurgicales viscérales représentaient 43,5% des hospitalisés et les non traumatiques prédominaient avec 92,3%.

L'âge moyen de 34,8 ans signifie que les urgences chirurgicales viscérales ont concerné surtout les jeunes. Ce résultat concorde avec ceux obtenus par plusieurs auteurs africains [3, 6, 7]. Ce constat pourrait être le reflet de la prédominance des jeunes dans la population africaine. Une prédominance masculine était observée avec une sex-ratio de 1,4 sans que nous ne puissions l'expliquer. L'ethnie Fon était la plus fréquente (52,2%). Ceci pourrait s'expliquer par la prédominance de ce groupe ethnique au Sud-Bénin où se situe le CNHU-HKM de Cotonou, cadre de notre étude.

2. Itinéraire clinique des patients

2.1 Circuit pré-hospitalier

Sur les 138 patients de notre étude, 101 soit 73,2% avaient consulté dans une structure sanitaire périphérique avant d'arriver au CNHU-HKM. Le CNHU-HKM n'est donc pas l'hôpital de première intention pour ces patients. Cependant il ne s'agit pas d'une perte de crédibilité du CNHU-HKM à leurs yeux. En effet la principale raison (tableau I) était leur proximité avec la structure sanitaire (57,4% des cas). Parfois aussi, le bas niveau socio-économique de la majorité de la population oblige cette dernière, à la recherche de solutions abordables, à se tourner en 1ère intention, vers des structures sanitaires basiques. Ceci pose, entre autres, l'éternel problème de l'absence d'un régime assurance maladie pour nos patients et la nécessité de leur prise en charge par divers mécanismes à développer par les autorités compétentes. De ces 101 patients, seulement 35 soit 34,7% étaient référés aux urgences du CNHU-HKM après un temps inférieur ou égal à 6 heures passé dans la structure sanitaire périphérique, tout le reste était référé après 6 heures de temps. Les principaux motifs de la non référence immédiate au CNHU-HKM étaient soins en cours (66 cas ; 65,5%) et attente des résultats du bilan (26 cas ; 25,6%). Ceci suggère l'ignorance du diagnostic d'urgence chirurgicale qui devrait faire évacuer dans un délai raisonnable, en tout cas, bien avant 6 heures de temps, les patients dans un centre plus équipé dont le CNHU-HKM. Il s'agit alors d'agents pas ou peu qualifiés exerçant dans ces structures sanitaires comme c'est le cas dans la plupart de nos régions. La proximité évoquée plus haut et l'errance diagnostique révèlent

tout l'intérêt d'une décentralisation des compétences et la nécessité d'un meilleur équipement des structures sanitaires de proximité afin de répondre efficacement aux besoins de la population. En dehors de l'ignorance du diagnostic, il pourrait peut-être aussi s'agir malheureusement d'une des stratégies utilisées par ces structures sanitaires et qui vise à garder plus longtemps les patients dans le but de renflouer leurs caisses.

Le transport vers le CNHU-HKM a été médicalisé seulement chez 19,1% des 131 patients concernés. Ce faible taux de transport médicalisé est souvent rapporté dans la plupart des travaux en Afrique noire [8, 9]. Les raisons les plus fréquemment évoquées par les patients chez qui le transport n'était pas médicalisé étaient le coût élevé du transport médicalisé (34% des cas) et transport médicalisé non nécessaire (33% des cas). Le coût élevé pour une population aux ressources financières limitées et qui devrait elle-même payer à 100% dans la majorité des cas, les frais médicaux, repose le problème de l'assurance maladie.

2.2 Circuit hospitalier

Le délai moyen de consultation était de 6,7 jours. Il était de 4,8 heures pour les urgences viscérales traumatiques et de 27 heures pour les non traumatiques. Ce délai moyen que l'on peut juger plus court dans les traumatismes abdominaux peut s'expliquer entre autres, par le fait que les traumatismes constituent pour les patients et parfois pour le personnel des structures sanitaires périphériques, un drame plus que les urgences non traumatiques et donc nécessitent une consultation ou une référence plus rapide au CNHU. Les urgences non traumatiques débutent souvent par une douleur abdominale que les patients peuvent banaliser au départ ou qu'ils pensent souvent traiter eux-mêmes ou en tout cas, ailleurs que dans le plus grand centre que constitue le CNHU. Kendja KF [10] avait rapporté, concernant les cas de traumatisme abdominal par agression, un délai moyen de consultation de 2 heures, inférieur à celui de 4,8 heures dans le présent travail.

Nous avons noté que 91,6% des patients avaient eu leur premier examen clinique dans les 15 minutes suivant leur admission au CNHU-HKM. Ceci témoigne de la promptitude du personnel du service des urgences à prendre en charge les patients. Par contre, les soins sont parfois administrés avec retard.

Des 134 patients chez qui le bilan préopératoire a été réalisé au CNHU-HKM, dans 61,9% des cas, il l'a été plus d'une heure de temps après sa demande. Ce délai relativement long pourrait s'expliquer entre autres, par le retard de paiement du bilan par le patient et par le long temps mis par les services compétents à le réaliser : parfois personnel ou réactifs non disponibles.

Le circuit hospitalier proprement dit, des patients,

résumé sur la figure 1 présente deux particularités : la première, c'est que le bloc d'urgence de chirurgie viscérale est logé dans le service des urgences, lieu d'admission des patients ; ce qui constitue un atout dans leur prise en charge rapide car l'on n'est pas contraint de leur faire faire une longue distance avant l'intervention chirurgicale. La deuxième particularité, c'est que les patients vivants ne sont pas autorisés, à priori, de sortir des urgences pour aller directement à leur domicile, ils sont obligés de séjourner dans les services de chirurgie viscérale, ce qui constitue une bonne stratégie pour la maîtrise des données sur le patient, pour son suivi et, pour un bon archivage des services de chirurgie viscérale.

3. Répertoire diagnostique

Comme l'on peut le constater sur le tableau III, le répertoire diagnostique est riche et comporte presque toutes les urgences chirurgicales viscérales classiques ; il n'a donc rien de particulier. Par contre la fréquence des affections reste à peu près stable dans le service. Ainsi les urgences chirurgicales viscérales infectieuses et inflammatoires, dominées par les appendicites aiguës et les péritonites aiguës généralisées, sont restées les urgences les plus fréquentes comme il a été

déjà signalé dans des travaux antérieurs du service [11, 12]. C'est aussi le cas dans des travaux mêmes anciens d'autres auteurs [13, 14, 15]. Dans cette catégorie d'affections infectieuses, la rareté des cholécystites aiguës dans notre pratique [16] a été encore confirmée puisque en six mois, aucun cas n'a été enregistré.

CONCLUSION

Les urgences chirurgicales viscérales, fréquentes, étaient dominées par les urgences non traumatiques. Elles étaient surtout rencontrées chez des jeunes de sexe masculin. L'itinéraire clinique était marqué par l'absence quasi-permanente du choix du CNHU-HKM de Cotonou comme lieu de soins de première intention. Il ne s'agissait pas cependant d'une absence de crédibilité vis-à-vis du CNHU-HKM. Le répertoire diagnostique a comporté presque toutes les urgences classiques. Une décentralisation des compétences et un meilleur équipement des structures sanitaires de proximité permettront de répondre efficacement aux besoins de la population qui préfère les structures sanitaires de proximité au CNHU.

RÉFÉRENCES

1. Andreu JM. Urgences chirurgicales en milieu africain (L'urgence tropicale existe-t-elle ?). *Med Trop* 2002; 62 (3):242-3.
2. Mondor H. *Diagnostics urgents: Abdomen*. Paris: Masson; 1965.
3. Harouna Y, Ali L, Seibou A, Abdou I, Gamatie Y, Rakotomala J et al. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostic. *Méd Afr Noire* 2001; 48 (2): 49-54.
4. Attipou K, Adambounou K, Gnassingbé K. Les urgences chirurgicales abdominales et génitales externes non traumatiques (UCAGENT) au CHU-Tokoin de Lomé. *Le Bénin Médical* 2007; (37): 35-7.
5. Mèhinto DK, Olory-Togbé JL, Vignon KC, Padonou N. Morbidité et mortalité à la clinique universitaire de chirurgie viscérale "A" du CNHU-HKM de Cotonou. *Le Bénin médical* 2006; (32): 53-6.
6. Matiba TE, Haffejee AA, Mbete DLM, Chaithram H, John J. Appendicitis among african patients at Edward VIII hospital, Durban, South Africa. *Ann R Coll Surg Engl* 2009; 91 (8): 688-92.
7. Otu AA. Tropical surgical abdominal emergencies: Acute appendicitis. *East Afr Med J* 1998; 75: 81-4.
8. Tiemdjo H, Alwata I, Touré A, Coulibaly T, Sangaré A, Simaga S. Traumatismes du thorax : Etude prospective à propos de 125 cas à Bamako. *Med Afr Noire* 2008; 55 (5): 293-9.

9. Niang CD, Ogoubemy M, Diouf MB, Faye M, Sène M, Jaud V. Traumatic lesions in urban area. Experience carried out in hospital principal in Dakar. Bull Soc Pathol Exot 2003; 96 (3): 231-4.
10. Kendja KF, Kouame KM, Coulibaly A, Kouadio K, Boffi KB, Sissoko M et al. Traumatisme fermé de l'abdomen au cours des agressions à propos de 192 cas. Med Afr Noire 1993; 40 (10): 567-75.
11. Mèhinto DK, Olory-togbé JL, Padonou N. Les complications d'appendicectomie pour appendicite aiguë chez l'adulte au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. Méd Afr Noire 2004; 51 (6): 361-5.
12. Mèhinto DK, Lokossou Th, Adoukonou OSA, Chobli M, Padonou N. Les urgences chirurgicales abdominales infectieuses ou inflammatoires de l'adulte au CNHU de Cotonou. RAMUR 2005; X (1): 48-53.
13. Ahmed ME. Acute appendicitis in Khartoum, pattern and clinical presentation. East Afr Med J 1987; 64: 202-6.
14. Naeder SB, Archampong EQ. Clinical spectrum of acute abdominal pain in Accra, Ghana. West Afr J Med 1999; 18: 13-6.
15. Padonou N, Diagne BA, N'doye M, Cherbonnel GM, Nussaume O. Urgences abdominales chirurgicales non traumatiques au CHU de Dakar: statistique de quatre années (1973-1976). Dakar médical 1979; 24: 90-7.
16. Mèhinto DK, Adégnika AB, Padonou N. Lithiase biliaire en chirurgie viscérale au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou. Méd Afr Noire 2006; 53 (8/9): 496-500.