

LA PETITE CHIRURGIE

Philip B. Wood MA MB FRCS DTM&H

Table des matières:

- [Introduction](#)
- [Blocs](#)
- [Dénudation](#)
- [Complications](#)
- [Urologie](#)
- [Circoncision](#)
- [Césarienne](#)
- [GEU](#)
- [Fractures](#)
- [Trépan](#)
- [Plaies](#)
- [Anus](#)
- [Invagination](#)
- [Hernies](#)
- [Infection](#)

INTRODUCTION:

La chirurgie est praticable dans les conditions très simples ou les malades sont souvent très reconnaissant des soulagements reçus. Peut être-ils ne connaissent pas que leurs vies aient été sauvées par une intervention propice. Les règles de la chirurgie sont multiples mais pas difficiles à apprendre. Le plus difficile est de savoir quand une intervention est nécessaire. J'espère que ce livre vous aide dans ces décisions.

Histoire :

La chirurgie est très ancienne - en Egypte on a trouvé les corps momifiés qui ont subi une craniotomie. Pendant les guerres du moyen âge on faisait les amputations, sans anesthésie en 30 secondes. Chirurgie pour les problèmes abdominaux était impossible jusqu'à l'arrivée de la chirurgie antiseptique à l'aérosol d'acide carbolique (phénol) selon Lister (circa 1850)

La teinture d'iode a été utilisée en 1839 contre la goutte, l'anthrax, le panaris, puis largement employée pour traiter les blessures de guerre. Les fondements scientifiques de l'antisepsie et de la désinfection reposent sur les découvertes de Pasteur. La théorie des micro-organismes responsables d'un certain nombre de maladies infectieuses marqua la rupture avec les pratiques antérieures. La microbiologie, nouvelle discipline concourut à rendre plus performantes les mesures et pratiques d'hygiène et de la chirurgie sans agents infectieux = la chirurgie aseptique :

L'autoclavage est la méthode de stérilisation la plus fiable et la seule qui permette de stériliser l'ensemble du matériel nécessaire en particulier les tissus et le caoutchouc. Mais elle nécessite du matériel spécial et une source d'énergie, électricité, pétrole ou gaz.

Le principe est le même que celui d'une casserole à pression domestique: de l'eau est chauffée dans une enceinte fermée, ce qui permet d'obtenir des températures supérieures à 100°.

En l'absence d'air (on évacue l'air en début de stérilisation), la pression et la température sont liées, ce qui permet de régler la température en contrôlant la pression. Suivant le type de matériel, on stérilise à 121°C (=1 atmosphère de surpression) ou à 134°C (= 2 atmosphères de surpression).

Chirurgie aseptique :

La stérilisation à l'autoclave. Lavage antiseptique des mains. L'habillement chirurgical avec les gants stériles.

Application de l'antiseptique sur la région et installation des champs et la disposition du champ opératoire.

Les mains constituent la voie la plus importante de transmission des infections au centre chirurgical. Des micro-organismes indésirables, parmi lesquels éventuellement des germes multi-résistants, sont indirectement transportés d'un patient à l'autre par l'intermédiaire des mains. La prévention des infections commence donc par l'imposition d'une stricte hygiène des mains.

Ceci suppose :

- la connaissance de la méthode correcte pour se laver et se désinfecter les mains,
- la motivation des travailleurs hospitaliers au respect de ces recommandations,
- la mise à disposition de l'équipement et des produits nécessaires à l'exécution correcte de ces techniques.

(NB Dans de nombreux pays, on réserve le terme antiseptique pour des médicaments qui sont utilisés pour désinfecter des tissus vivants et qui, par opposition aux désinfectants, sont réservés à la désinfection des surfaces et d'instruments.)

Le lavage des mains se déroule comme suit:

- régler l'écoulement de l'eau pour obtenir un débit modéré, mouiller les mains,
- prendre une dose de savon antiseptique liquide dans la paume de la main en poussant sur le levier du distributeur, de préférence au moyen du coude,
- frotter les mains soigneusement, de sorte que toutes les parties des mains soient touchées (dos de la main, pouces et espaces interdigitaux), et ce durant 5 minutes au minimum,
- rincer les mains sous l'eau courante,
- tamponner les mains pour les sécher au moyen d'une serviette stérile
- fermer le robinet au moyen du coude.

Pour les petites interventions une salle d'opération ne doit guère être d'une construction spéciale mais on essaye à garder la salle propre et désinfecte.

[Top](#)

ENTRETIEN - DESINFECTION DES BLOCS OPERATOIRES:

LE MATIN AVANT LE PROGRAMME	ENTRE LES INTERVENTIONS	EN FIN DE JOURNEE	UNE FOIS PAR SEM
<ul style="list-style-type: none"> • Essuyage humide des surfaces horizontales. • Essuyage humide du scialytique. • Balayage humide des sols. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evacuer: <ul style="list-style-type: none"> • le linge sale, (fermer les sacs), • les déchets, vider les baquets et les nettoyer, fermer les sacs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser les mêmes procédures que: <p>ENTRE LES INTERVENTIONS</p> <p>Complétées par les étapes suivantes:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ré <p>pro</p> <p>EN</p> <p>Co</p> <p>sui</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer avec un produit détergent désinfectant: <ul style="list-style-type: none"> • la table + appuis-bras, mettre un 	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer avec un produit détergent désinfectant: <ul style="list-style-type: none"> • les surfaces horizontales fixes 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne • ver • Po • mo

	<ul style="list-style-type: none"> drap, la table à instruments, les accessoires du bistouri électrique. changer les bouches d'aspiration. lavage du sol avec détergent désinfectant. Attendre que le sol soit sec avant de pénétrer dans la salle. 	<ul style="list-style-type: none"> et les murs, le matériel mobile, le dégager dans un local propre (si possible). Désinfection decontact par spray Nettoyage des annexes(salles préparation opéré et chirurgical, sas malades, arsenaux stériles, salle de réveil si contiguë). Entretien des auge chirurgicales suivant le système en vigueur. Nettoyage étrangement du matériel de ménage. 	<ul style="list-style-type: none"> seu qui et r Pla ada arc spé Dé aér pos si l la p dés de Dé des
--	---	--	--

Eviter le stockage de l'équipement a la salle d'opération. Gardez-la aussi dégagé que possible.

Les instruments de première nécessité sont :

Ciseaux, Bistouri, Pince à disséquer avec ou sans dents, Pince de Kocker, Pince haemostatique, Pince à tissus, pince à champs.

Ligatures résorbables - catgut, daxon, vicryl

Ligatures non résorbables - nylon tresse (Qu'on peut acheter localement, ou faire un bobinage sur un morceau de sonde et stérilisation dans un bocal a l'autoclave.)

Le taille des ligatures :

O = ordinaire : hémostase, petits parois, petites chirurgies

00 le numéro le plus utilise.

00000 ophtalmique

1 et 2 parois

3 et 4 gynécologie et urologie

Aiguilles : droites (utilisation a la main) ou courbes (utilisation avec une porte aiguille)

Rondes (pour les tissus mols) ou triangulaires ([tranchant] surtout pour la peau)

Troues ou serties (fil inclus dans le chas 'atraumatique')

Manière le plus simple de faire un nœud

Le nœud de chirurgien

Nœud réalise à la pince.

Manière de becquer la pince.

a) Pansement protecteur si la plaie n'est pas le siège d'aucun écoulement. Une lame de gaze dépassant la longueur de la plaie est pliée en quatre, fixés par les bandelettes d'adhésif.

b) pansement absorbant

c) pansement humide (antiseptique)

d) pansement compressif (hémostase)

[Top](#)

DÉNUDATION VEINEUSE:

La dénudation est d'exécution facile et sans danger pour un malade perfuse depuis longtemps ou il devient difficile de procéder par voie percutanée. Aussi on l'utilise lorsque le malade est en état de choc et des quantités massives de liquide doivent être injectés par une voie sûre.

Étapes:

Désinfection, champ troué, garrot

Repérage de la veine saphène interne devant la malléole interne

Anesthésie locale

Incision de la peau

Dissection de la veine

Soulever la veine par une sonde

Ouverture de la veine au bistouri

Enfoncement d'un cathéter et sa fixation par une ligature.

La perfusion mise en place

La peau est refermée

[Top](#)

COMPLICATIONS POSTE OPÉRATOIRE:

Les troubles de transit à cause de l'agression de son tube digestif que constitue l'acte chirurgical sont souvent immédiatement après l'opération.

Rétention d'urine et paludisme tôt après une opération.

La douleur toute de suite après l'opération.

L'infection, 3 à 7 jours après l'opération

Thrombose des veines et embolie pulmonaire - d'habitude vers 10 jours post opératoire.

Pour éviter ces problèmes

L'application stricte des règles de l'asepsie.

Le lever précoce

L'alimentation

L'hydratation - intraveineuses

- goutte à goutte rectale

[Top](#)

PETITS SOINS DE L'UROLOGIE:

Le phimosis est une sténose de l'orifice du prépuce du pénis suite à plusieurs infections mineures sous le prépuce (= balanite)

Le para-phimosis est un incident aigu est souvent une complication du phimosis : le prépuce rétrécit à été décalotté et ne peut être recalotté. L'anneau de peau qui serre le pénis sous la base du gland provoque un œdème (gonflement des tissus). Cet œdème entraîne une majoration de l'effet de strangulation de l'anneau de peau, et ainsi de suite...

Il faut le traiter en urgence. On doit reconnaître le paraphimosis et tenter immédiatement de le réduire, c'est-à-dire de refaire passer l'anneau de peau au-dessus du gland afin de le recalotter. Pour cela, il faut d'abord appuyer de façon circonferentielle avec la main sur l'œdème pendant quelques secondes, afin de le résorber. Si la réduction du paraphimosis n'est pas possible, une circoncision doit être effectuée en urgence, car une nécrose (destruction tissulaire) de l'extrémité du gland peut survenir.

Lorsque le paraphimosis peut être réduit, une intervention chirurgicale (circoncision) est habituellement

effectuée secondairement afin d'éviter que l'incident ne se reproduise.

[Top](#)

CIRCONCISION:

Le prépuce est la peau qui couvre le gland chez un male. La circoncision est l'excision de cette peau et est plus facile à faire le 8ème jour après la naissance. On utilise une pince serrant spéciale sans anaesthésie et sans suture.

On peut le faire sous anaesthésie locale en bague et avec les sutures (points séparés) pour les jeunes de 12 à l'adulte.

La circoncision rend les infections urinaires moins fréquentes. Il y a d'évidence que la transmission du SIDA et d'autres maladies transmises sexuellement est plus difficile chez les circoncis en Afrique. Le cancer du pénis s'établissait à 3,2 plus fréquemment auprès des hommes non circoncis par rapport aux hommes circoncis. Le cancer du col de l'utérus est moins fréquent chez les femmes des hommes circoncis. Circoncision évite les complications de la phimosis et paraphimosis (en haut).

Plusieurs articles ont été publiés présentant des arguments pour ou contre la circoncision néonatale systématique. On a également procédé à des évaluations approfondies des avantages financiers et médicaux de cette intervention.

Technique chez les nouveau-nés et adultes.

La prostate : La prostate est une glande située sous la vessie, autour du canal de l'urètre (le canal qui évacue l'urine vers l'extérieur) et en avant du rectum. Son rôle consiste à sécréter des substances entrant dans la composition du liquide séminal (sperme). Contrairement à beaucoup d'idées reçues, la prostate n'est pas directement impliquée lors d'un acte sexuel : elle n'intervient pas dans les mécanismes de la libido ni dans ceux de l'érection. En revanche, la prostate participe au mécanisme de l'éjaculation et ses sécrétions sont nécessaires à la bonne composition du liquide séminal. Pour que la prostate fonctionne correctement, la présence d'hormones mâles est indispensable, en particulier la testostérone.

Les maladies de la prostate peuvent toucher l'homme jeune (prostatite aiguë) mais aussi et surtout l'homme à partir de 40-50 ans. Contrairement à certaines idées, les maladies bénignes de la prostate (prostatite aiguë ou chronique, hypertrophie bénigne) ne favorisent pas l'apparition d'un cancer. Les trois peuvent même coexister chez un même individu, ce qui complique parfois la tâche du médecin.

Obstruction à la voie urinaire chez l'homme :

Il y a deux causes principales :

	Sténose de l'urètre	Hypertrophie de la prostate
Age	Des la jeunesse	Chez les âgées
Fistules urinaires	Deviennent fréquent	Inconnus
Sondage	Difficile	Facile

Touche rectale	Normal	Prostate agrandie
Pus et urétrite	Maintenant ou avant	Rare
Nocturie	De temps en temps	Fréquent
Traitement	Dilatation ou opération	Ablation de la prostate

Cathétérisme dilataateur:

= L'introduction d'instruments de calibre croissant dans l'urètre pour augmenter son diamètre. On utilise les sondes beniques d'avantage. Les sondes sont bouillies ou flambes puis laves à l'eau bouillie. Apres gel de lignocaine on introduit progressivement les benique SANS FORCE.

Premier temps : Introduit dans l'urètre antérieur parallèlement au pli de l'aîne pendant que la main gauche tire sur le pénis pour déplisser l'urètre

Deuxième temps : Doucement avance l'extrémité du panique jusqu'au collet du bulbe

Troisième et quatrième : quand le benique s'engage dans l'urètre postérieur il s'incline par son propre poids entre les cuisses du patient pour que son extrémité interne pénètre la prostate et dans la vessie.

On passe généralement 3 beniques par séance.

En cas d'échec ou le malade ne peut pas passer l'urine, la vessie est bombe et douloureuse (GLOBE VÉSICAL) (et on ne peut pas passer un sonde on vide la vessie par ponction sus-pubienne et puis essayer encore un sondage après 12hrs.

Pour stabiliser le malade on procède au cathétérisme sus-pubien (GLOBE VÉSICAL OBLIGATOIRE.)

On utilise un gros trocart et cathéter long perforé à l'une de ses extrémités, au minimum de calibre 14 G. Faire un bouton anesthésique à la lidocaïne à un travers de doigt au-dessus de la symphyse, sur la ligne médiane puis l'anesthésie des plans profonds. Vérifier avec la même seringue qu'en aspirant, on ramène de l'urine. Ponction sur le bouton anesthésique, à l'occasion d'un effort de toux du malade. Mise en place du drain perforé: enfoncer entre 10 et 15 cm de cacheter, retirer le trocart et brancher sur un collecteur d'urine stérile. Fixation du drain sur la peau avec un fil non résorbable et pansement.

[Top](#)

CÉSARIENNE:

La césarienne réalise l'accouchement artificiel, après ouverture chirurgicale de l'utérus.

Avant toute césarienne, précédant le coup de bistouri, on vérifie une dernière fois la présence des bruits du cœur fœtal. Un fœtus mort s'extrait mieux par embryotomie, on laisse accoucher par voie basse un fœtus dont on est certain qu'il n'est plus vivant.

On notera que, pour une épreuve du travail, les délais normalement acceptés pour une femme de pays avancé (6 à 8 heures pour la multipare, 12 heures pour la primipare), peuvent être prolongés, mais sans excès.

L'indication principale est la dystocie osseuse (bassin rétréci, diamètre promonto-rétropubien inférieur à 9 cm. Séquelles de poliomyélite, avec bassin asymétrique,etc.)

Aussi : La dystocie utérine (grande inertie utérine chez la multipare fatiguée, sans progression), Placenta praevia et hématome rétroplacentaire

- Procidence du cordon
- Présentations dystociques (Présentation de l'épaule , Présentation de la face , Présentation du front)
- Rachianesthésie: possible mais attention, elle provoque une vasoplégie qui peut aggraver un état de choc (placenta praevia, hématome rétroplacentaire).
- En cas de situation cardio-vasculaire précaire, on peut à la limite commencer l'incision cutanée à l'anesthésie locale et entamer l'anesthésie générale, lorsque l'on est proche de l'extraction foetale.
- Anesthésie générale à la kétamine.

Dans nos jours on emploie une hystérotomie segmentaire (coupe transversale du segment inférieur de l'utérus. L'avantage de cette portion d'utérus est qu'elle cicatrise beaucoup mieux que le corps et permet des césariennes itératives. Ce segment est recouvert d'un péritoine facilement décollable vers la vessie, plus adhérent vers le corps.

L'hystérotomie doit être suturée par des points en X séparés de fil lentement résorbable 0 extra-muqueux.

[Top](#)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE (GEU):

C'est une grossesse développée en dehors de la cavité utérine.

Ces grossesses ectopiques sont rarement diagnostiquées en milieu tropical isolé au stade d'hématocèle ou d'hématosalpinx, mais le plus souvent au stade de rupture avec hémopéritoine.

C'est le plus souvent une femme qui est examinée en état de choc: pâleur, accélération du pouls, chute tensionnelle, etc. L'interrogatoire, s'il est possible, révèle une aménorrhée, des métrorragies, parfois quelques syncopes.

L'examen de l'abdomen peut montrer une défense hypogastrique, ou une douleur provoquée, le toucher vaginal met en évidence un col un peu mou, un utérus un peu gros, si la douleur le permet, une masse annexielle, et enfin un cul-de-sac du Douglas douloureux.

Si cet examen laisse subsister un doute, on pratique une ponction du péritoine (FID ou Cul de Sac) ou on retire le sang violé qui ne coagule jamais.

La rachi-anesthésie est possible, mais attention à la décompensation d'un choc, liée à la vasoplégie qu'elle provoque. L'anesthésie générale à la kétamine est souvent préférable.

- Aspiration de l'hémopéritoine, en se souvenant de la possibilité de récupération du sang pour auto-transfusion, s'il n'est pas trop vieux.
- Exploration
- Salpingectomie

[Top](#)

TECHNIQUE DU CURETTAGE UTERIN ABRASIF:

Dilatation avec les sondes puis curettage avec un curet non tranchant pour les avortements incomplets. La douceur et la précision éviteront tout risque de perforation. On arrête quand on perçoit la sensation de grattage du muscle, le " cri utérin " étant une sensation plus tactile qu'auditive.

[Top](#)

TRAUMATISMES:

Anesthésie locale - bouton dermique (dans le derme - peau d'orange)

Infiltration en nappe (aponévrotique, musculaire, sous péritonéal ou périostique)

Infiltration en bague - 5 a 10ml chaque cote des doigts

Anesthésie par réfrigération (chlorure d'éthyle)

Une plaie s'accompagnant d'une fracture = fracture ouverte

Plaie d'un tendon ou un nerf doit être reconnu puis réparé.

Nettoyage, anesthésie, exploration, parage (débridement), drain, suture

La prévention du tétanos - rappel de vaccin antitétanique (anatoxine) si non sero-vaccination après épreuve de sensibilité

Suture le long des lignes de tension minimales. Par des points séparés

Les autoplasties locales (lambeau de rotation, lambeau d'échange, plastie en Z) et les greffes

Hématome sous-ungueal - simple perforation avec une agrafe très chaude (rouge) sans anesthésie sur la poche de sang (hématome) pour diminuer la douleur et sauver l'ongle.

[Top](#)

FRACTURES:

En cas de suspicion d'un os brisé (fracture) on peut toujours le comparer avec l'os a l'autre cote du corps. Est-ce qu'un membre est court ou en rotation par rapport avec son voisin ? Donc les fractures n'ont toujours besoin d'un radiograph ni pour faire le diagnostic ni traitement. Bien entendu la radiologie est souvent très utile.

Les soins d'urgence d'une fracture est la contention pour soulager la douleur et éviter les complications. Une attelle

Le traitement définitif est une réduction puis contention.

Appareils d'immobilisation (contention) sont choisis pour maintenir l'os en position de fonction.

Pour éviter la douleur et assurer la guérison une immobilisation des articulations sous et sus jacent est ordinairement nécessaire.

Méthode des bandes plâtrées

La peau doit être préservée du contact immédiat du plâtre soit avec le jersey, ouate, une couche de vaseline ou une bande non amidonnée enroulée régulièrement sans plis ni renverses.

Confection de l'appareil : Inhibition, essorage, étalement, ajustage, polissage

On ne doit jamais serrer un tour de bande de peur de couper la circulation sanguine. Pour être certain on emploie les gouttières plâtrées qu'on étale avec une bande ordinaire mouillée. En case de gonflement de l'extrémité on peut couper le long la bande (non plâtrée), puis appliquer une autre bande a l'extérieur.

Surveillance des appareils plâtrés : ne doit jamais être douloureux, ni œdémateuse (nécrose cutanée) Au moindre doute le fendre, faire une fenêtre ou même le retirer. A l'inverse l'œdème initial a pu disparaître et l'appareil devenir trop lâche.

Revoir le lendemain, 8ième jour, 15ième jour, tous les mois.

La réduction lente et la contention par extension continue est nécessaire pour la fracture du fémur. On fait l'extension par appui sur les téguments, chez les enfants et par appui osseux pour les adultes.

Fracture de la clavicule - anneaux de Hidden

Fractures de l'humerus - extension par poids de l'appareil plâtrée
Gouttière pour l'avant bras (réduction de la fracture Pouteau-Colles)
Extension pour les fractures de la diaphyse fémorale.

[Top](#)

LUXATIONS:

Luxation de l'épaule - réduction avec le genou dans l'ainseil puis immobilisation pour 3 semaines avec un bandage au poitrine.

Luxation de la mâchoire - la bouche ne peut se fermer. Pour la réduire il faut presser vers le bas sur les arcades dentaires inférieures de façon que le condyle reprenne sa place.

Entorses = luxations passagères - immobilisation.

[Top](#)

TROU DE TRÉPAN TEMPORAL:

Ce geste ne se conçoit en urgence qu'en cas d'hématome extra-dural aigu, diagnostiqué sur la notion de:

- traumatisme crânien,
- avec perte de connaissance secondaire,
- trait de fracture temporale, perçu à la palpation ou visible sur les radiographies si on en dispose,
- apparition d'un déficit moteur et d'une mydriase.

Le but du trou de trépan temporal est double:

- Lever une compression en évacuant l'hématome.
- Si possible, réaliser l'hémostase.

Le geste doit être suivi de l'évacuation rapide du patient vers un centre chirurgical, si les conditions le permettent. La trépanation se fait du côté de la fracture et de la mydriase, du côté opposé aux troubles déficitaires.

- Anesthésie locale: (même sans anesthésie en cas de coma) infiltration large à la xylocaïne 1% des plans sous-cutanés (le forage de l'os n'est pas douloureux). Pas de diazépam ni de kétamine qui risquent d'aggraver les troubles respiratoires, fréquents chez ces patients.

La difficulté du geste tient au fait qu'en dispensaire isolé, le médecin dispose rarement du matériel adéquat (foreuse, fraise d'attaque triangulaire, fraise sphérique, bistouri électrique...)

[Top](#)

LES PLAIES DE LA MAIN:

D'une grande banalité leur bénignité apparente cache souvent des lésions de réparation délicate. La clef d'un diagnostic et d'un traitement correct est l'examen clinique systématique minutieux toujours mené de la même manière et suppose une connaissance anatomique précise de la main pour en tirer tous les fruits.

Au niveau de la plaie, note: Son siège par rapport aux points de repères fixes que sont les plis de flexion et d'extension de la main et des doigts et qui oriente vers les lésions sous-jacentes possibles. La taille de la plaie n'est en rien une indication sur la gravité des lésions sous-jacentes.

Rechercher la vascularisation distale, la sensibilité dans les territoires spécifiques des nerfs, les déformations éventuelles et les sections tendineuse.

Quoi qu'il en soit le dogme reste la réparation en urgence de toutes les lésions et ce tout en un temps. Il commence par la stabilisation du squelette suivie des gestes de sutures tendineuses puis de revascularisation et de sutures nerveuses et enfin de couverture cutanée.

Il faut toujours garder à l'esprit le vieil adage disant que toutes plaies sur un trajet vasculaire, nerveux, tendineux ou articulaire doit être explorée jusqu'à l'affirmation de l'absence de toutes lésions sous-jacentes. La main n'étant que tendons nerfs artères et articulations la conduite à tenir devant une plaie de la main est facile à concevoir: c'est l'exploration systématique de toute plaie et la réparation de tous les tissus lésés, le tout en un temps suivi d'une mobilisation précoce protégée ou non.

[Top](#)

LES MALADIES DE L 'ANUS:

1. Fissure anale
2. Hémorroïde externe
3. Prolapsus anale
4. La maladie hémorroïdaire correspond à une dilatation veineuse progressive par dysplasie.

Les facteurs favorisants sont : la constipation, la grossesse, la station debout prolongée, les repas épicés, les antécédents familiaux.

Thrombose hémorroïdaire : tuméfaction douloureuse bleutée de la marge anale correspondant à un caillot. Il s'y associe une réaction inflammatoire. La guérison est spontanée ou obtenue par évacuation chirurgicale du caillot. La séquelle cutanée s'appelle une marisque.

Crise douloureuse correspondant à une anite hémorroïdaire aiguë. Rectorragies modérées, "arrosant" les selles.

Prolapsus hémorroïdaire (stade I à IV) plus gênant que douloureux. Thrombose interne non extériorisée. Prolapsus hémorroïdaire circonférentiel thrombosé ou "étranglement hémorroïdaire ".

Méthodes thérapeutiques

Règles hygiéno-diététiques : éviter épicés, alcool, station debout prolongée.

Régularisation du transit par laxatif doux : mucilage, son, paraffine, sorbitol, PEG.

Médications : topique muqueux, (suppositoires) anti-inflammatoire, anesthésique.

Injections sclérosantes (efficacité transitoire).

Ligatures élastiques de la base d'un paquet hémorroïdaire.

Excision hémorroïdaire localisée

Excision hémorroïdaire complète : résection des trois paquets principaux.

[Top](#)

OCCLUSION INTESTINALE:

Niveau d'obstruction	Vomissements	Constipation
Œsophage	Immédiate sans bile	Peut être

Estomac	Après 1/2hr avec acide	Possible
Intestine grêle	Après les heures avec bile	Probable
Colon	Rare	Absolu - y compris le gaz

[Top](#)

Par exemple : INVAGINATION:

L'invagination intestinale résulte du télescopage d'une portion de l'intestin grêle dans celle qui la précède, comme un doigt de gant retourné, ce qui provoque une occlusion. Pour surmonter cet obstacle, l'intestin se contracte violemment. On ignore la cause de l'invagination intestinale, qui peut survenir à tout âge. Elle est cependant plus fréquente chez les bébés de sexe masculin âgés de moins de 12 mois. Le bébé, qui était en parfaite santé, se met tout à coup à crier : pâle et fiévreux, il est agité de spasmes musculaires et vomit parfois. Entre les spasmes, il semble en bonne santé et évacue normalement ses selles pendant les premières heures, A mesure que les crises continuent, les selles prennent une apparence gélatineuse caractéristique, car elles contiennent surtout du sang et du mucus. L'invagination intestinale est rare mais grave. Elle peut même être mortelle si elle n'est pas soignée. Si l'enfant se met à hurler en ramenant les jambes sur le ventre comme s'il avait mal, mais paraît normal entre les crises, consultez immédiatement le médecin. Examinez ses selles pour voir si elles contiennent du sang et du mucus, vérifiez s'il a de la fièvre.

Le lavement baryté suffit parfois à remettre l'intestin en place ; si ce n'est pas le cas, il faudra pratiquer une intervention chirurgicale.

NOTIONS FONDAMENTALES SUR LES HERNIES DE L'AINE:

La région de l'aîne est séparée par l'arcade crurale, tendue de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis. Cliniquement, cette séparation correspond à la ligne de Malgaigne: les hernies inguinales passent au-dessus de l'arcade crurale, les hernies crurales au-dessous.

Les hernies inguinales

Elles suivent un trajet oblique à travers la paroi antéro-latérale de l'abdomen, au-dessus de l'arcade crurale. Le trajet inguinal est limité par:

- En avant: l'aponévrose du grand oblique. Celle-ci s'ouvre au niveau du pubis pour former l'orifice superficiel du canal inguinal qui laisse passer le cordon spermatique chez l'homme et le ligament rond chez la femme.
- En arrière: le fascia transversalis.
- En dehors: l'arcade crurale, prolongement externe de l'aponévrose du grand oblique.
- En dedans: le tendon conjoint, formé par la réunion des muscles petit oblique et transverse.

On distingue deux types de hernies inguinales:

- Les hernies obliques externes, situées en dehors de l'artère épigastrique. Le sac herniaire accompagne les éléments du cordon, le plus souvent en avant d'eux, dans la même gaine (fibreuse commune). Il faut ouvrir cette gaine pour trouver le sac. Celui-ci est parfois masqué par un bourrelet graisseux (lipome pré-herniaire).
- Les hernies directes passent en dedans de l'artère épigastrique. Elles sont dues à une distension du fascia transversalis. Il n'y a pas à proprement parler de sac herniaire, mais plutôt une saillie du péritoine, qui est indépendante du cordon.

En pathologie, on distingue:

- Les hernies congénitales, qui résultent de la persistance anormale du canal péritonéo-vaginal. Elles sont, par définition, obliques externes, très fréquentes chez l'enfant et chez l'homme jeune. Leur sac contient fréquemment des organes intra-abdominaux: ovaire, intestin grêle, sigmoïde... A la longue, ces organes adhèrent aux parois du sac qui s'épaissit. Le collet, c'est-à-dire le passage du sac dans l'orifice profond, devient scléreux. La hernie est alors difficilement réductible et sa cure chirurgicale devient délicate.
- Les hernies acquises sont des hernies de faiblesse, plus souvent directes qu'obliques externes. Leur "sac" est en général peu important et contient souvent une corne vésicale qui y adhère intimement. Il est donc inutile, voire dangereux, d'ouvrir ce sac. Le collet est large, rendant compte de la rareté des étranglements. A l'inverse des hernies obliques externes, l'affaiblissement de la paroi musculaire est souvent important, expliquant la fréquence des récurrences. Ainsi, sauf cas particulier, il n'y a pas d'indication en milieu tropical à opérer une hernie directe non compliquée, surtout si l'opérateur est peu expérimenté.
- Le traitement d'une hernie comprend toujours deux temps:
 - le traitement du sac (dissection, résection et fermeture), sauf pour les hernies directes.
 - la réfection de la paroi.
- Les procédés chirurgicaux sont très nombreux. Il n'est pas question ici de les énumérer ni de décrire la technique de Shouldice qui donne de très bons résultats mais dont la réalisation est longue et complexe. Le traitement des hernies inguinales se limitera à la description de la technique classique de Bassini qui permet de traiter de façon satisfaisante la plupart des hernies rencontrées en milieu tropical, où les patients sont le plus souvent jeunes et ont une paroi de bonne qualité.

[Top](#)

ETRANGLEMENT HERNIAIRE:

Tuméfaction douloureuse de l'aine, non réductible, non impulsive à la toux, avec arrêt du transit intestinal.

La réduction d'une hernie étranglée est exclusivement chirurgicale et c'est une urgence, à l'exception de la hernie du nourrisson dont on est absolument sûr qu'elle vient de se produire et qui se réduit manuellement la plupart du temps, après bain chaud et injection IM de 1 mg/Kg de diazépam.

A l'opération on essaye de bien maintenir l'anse herniée, ne pas la laisser disparaître dans l'abdomen après libération du collet de la hernie pour qu'on puisse examiner soigneusement le contenu herniaire. S'il s'agit d'une anse intestinale on recouvre l'anse herniée de champs imbibés de sérum physiologique stérile et tiède et l'on attend quelques minutes qu'elle recouvre sa vitalité et sa couleur normale: de violet, elle récupère sa teinte rosée normale. Elle est réintégrée dans l'abdomen. Si elle reste noirâtre, il faut effectuer une résection intestinale. Au moindre doute, ne pas hésiter à effectuer une résection-anastomose ("résections intestinales").

Lorsque l'anse est déjà infarctée, gangrenée ou abcédée, il vaut mieux recouvrir la région de champs, changer d'instruments et de gants et effectuer une laparotomie médiane sous-ombilicale pour faire des sutures intestinales en milieu aseptique, puis revenir une fois la laparotomie fermée sur la région inguinale.

[Top](#)

HERNIE OMBILICALE:

Cette tare anatomique est endémique dans certaines régions, en particulier en Afrique noire, chez les enfants. On n'en connaît pas l'étiologie, probablement multi-factorielle, raciale et nutritionnelle. Mais chez l'enfant africain, cette hernie, même si elle est parfois volumineuse, impressionnante, est à considérer comme presque physiologique et à respecter. Avec l'âge, elle se résorbe d'elle-même et ne s'étrangle qu'exceptionnellement,

voire jamais.

Il n'y a lieu d'opérer que les hernies ombilicales de l'adulte.

[Top](#)

L'INFECTION:

Abcès chauds - Le moment que le pus se manifeste on doit le faire sortir.

Fluctuant, chaude, sensible.

L'incision pour permettre le drainage a ciel ouvert.

Drainage, loculation, pansement.

Marsupialisation (Bartholinite)

Colpotomie postérieure.

[Top](#)

Par exemple PANARIS:

Infection de la pulpe des doigts le panaris doit sa particularité au cloisonnement de la pulpe par des travées conjonctives qui en assure la cohérence et concourent à sa dépressibilité lors des prises. L'infection de cette pulpe, cloisonnée physiologiquement sera donc peu ou pas accessible au traitement antibiotique et évoluera sur place pour son propre compte. La dépression de la pulpe contre le plan dur réalisé par l'ongle et la phalange distale entraîne la dépolarisation des neurorecepteurs qu'elle contient. Cette "subtilité" du complexe unguéo-pulpaire doit être conservée.

Le panaris succède en quelques heures à quelques jours à une inoculation septique par: une piqûre, coupure griffure ou morsure, l'arrachement de petites peaux péri-unguéales, réveillant une infection torpide, une plaie négligée.

La pulpe est douloureuse tendue, tuméfiée rouge et chaude. Les douleurs sont pulsatiles avec renforcements nocturnes pouvant devenir insomniantes. Les signes généraux sont discrets avec une hyperthermie modérée.

La pulpe toujours inflammatoire, évolue vers un ramollissement au centre de la tuméfaction traduit la collection et pose l'indication formelle d'exploration.

Mal traité ou mis à tort à une antibiothérapie à l'aveugle, l'évolution du panaris va se faire comme précédemment mais sous la fausse sécurité d'un geste insuffisant ou sous le couvert de signes cliniques décapités par les antibiotiques. Ceci conduit à un diagnostic tardif souvent au stade de destructions avancées et ostéomyélite, dont la reconstruction est difficile.

Traitement :

Sous anesthésie locale si l'absence de signes de diffusion l'autorise (sous garrot) Elle doit emporter le capot cutané et tous les tissus infectés et nécrosés sous-jacents et vérifier, par une légère pression pulpaire, l'absence de pertuis au fond du cratère d'excision (forme en bouton de chemise). En cas de panaris sous unguéal la partie couvrante de l'ongle doit être ôtée pour permettre une excision complète. Le pus est systématiquement prélevé pour recherche de germes et antibiogramme.

Les pansements sont quotidiens. Il n'est pas mis de traitement antibiotique s'il n'existait pas de signe de diffusion en préopératoire la cure étant radicale.

[Top](#)

ONGLE INCARNE:

Lorsque les bords d'un ongle de pied, généralement celui du gros orteil poussent en entaillant la chair on dit que l'ongle est incarné. L'orteil devient douloureux. Un ongle risque davantage de s'incarner si l'orteil est large et dodu, si l'ongle est coupé en rond plutôt que tout droit, s'il est très petit ou si des chaussures trop justes l'enfoncent dans la peau. Sans traitement, l'ongle entaille la peau, qui s'infecte, la plaie s'enflamme et

des poches de pus se forment autour de l'ongle.

L'ongle incarné fait mal, mais ce n'est pas grave.

Le traitement définitif est l'ablation partielle de l'ongle associée à la destruction du fragment de matrice correspondant.

[Top](#)

OREILLE CORPS ÉTRANGER:

Il arrive parfois que les enfants s'enfoncent parfois de petits objets dans les oreilles. Plus rarement, un insecte peut également s'introduire dans le conduit de l'oreille et s'y trouver prisonnier. Ceci peut se révéler grave si vous ne pouvez retirer facilement le corps étranger :celui-ci risque de provoquer une infection du conduit auditif externe (otite externe) ou d'endommager le tympan.

Si l'objet est petit et mou, essayez de le retirer avec une pince à épiler.

S'il s'agit d'un insecte, allongez votre enfant sur le côté et versez-lui de l'eau tiède dans l'oreille. L'insecte devrait sortir tout seul.

Soyez vigilant. Si votre enfant a moins de 4 ans, ne le laissez pas jouer avec de petits objets qu'il pourrait se mettre dans les oreilles, dans le nez ou encore dans la bouche.

Pbw 02/02

[Top](#)