

Cours de Pathologies Chirurgicales IEM

CHAPITRE 1 er : GENERALITES SUR L'INFECTION EN CHIRURGIE

OBJECTIF GENERAL: Au terme de ce module, chacun apprend sera capable d'expliquer les déterminants d'une infection en chirurgie.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

Pour ce faire il sera à mesure de

définir une infection, définir une inflammation, classifier les agents étiologiques, distinguer les moyens de lutte, décrire les principales infections en chirurgie

1. 1 DEFINITION DES CONCEPTS

a) INFECTION:

L'infection est une maladie développée sous l'influence des toxines produites par certains agents parasitaires dans les tissus. Les agents contaminants ne sont pas tous bactériens. Il peut s'agir des spirochètes, des champignons, des parasites ou même des virus.

b) INFLAMMATION:

C'est un état maladif constitué par un afflux plus considérable de sang dans les capillaires d'une partie du corps avec ses conséquences : chaleur, rougeur, exsudation du sérum sanguin et par suite gonflement (tuméfaction) et douleur. C'est une réaction de VOIES DE PENETRATION

L'origine peut être interne. Divers germes sont normalement présents dans et sur l'organisme, en particulier le tube digestif et la peau. Certains sont des saprophytes inoffensifs, d'autres encore sont même utiles et nous ravitaillent par leur métabolisme en composés vitaminiques B, mais d'autres sont nocifs et peuvent sortir de leur état de latence et passer à l'attaque. L'origine est aussi externe. Toute atteinte dans la continuité du tissu cutané peut favoriser une infection.

a) LES AGENTS ETIOLOGIQUES EN CHIRURGIE

1. BACTERIES AEROBIQUES

A. Cocci gram positif: - staphylocoque doré et blanc streptocoque hémolytique, viridans pneumocoque B. cocci gram négatif gonocoque C. bacilles gram positifs - bacille de charbon - bacille diphtérique - bacille de Koch D. Bacille gram négatif colibacille proteus pyocyanique, alacigens faecalis, pneumobacille de freundlander, bacille typhique, bacille de pfeiffer

2. BACTERIES ANAEROBIES

A. Bacilles gram positif

bacille tétanique bacille des gangrènes gazeuses clostridies, vibron septique -oédématisiens, histolyticum – sordellie, sporogenes

B bacille gram négatifs

- bacilles fusiformes - bacilles spherophorus

- 3. SPIROCHETES

- 4. CHAMPIGNONS

actinomyces blastomyces

- coccidioides - sporotrichum - aspergillus Niger - candida albicans

5. PARASITES:

-amibes entamoeba histolytica ascaris oxyures

1.3 LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS

1

il existe différents moyens de lutter contre une infection en chirurgie

1. l'antisepsie : méthode qui consiste à combattre les maladies infectieuses en détruisant le microbe causal.

2. l'asepsie : méthode préventive de protection de l'organisme, du matériel, des instruments de chirurgie contre toute arrivée de microbes

3. la chimioprophylaxie

Administration d'un médicament à un sujet non contaminé ou porteur de germes pour protéger contre l'apparition

des symptômes cliniques

4. la vaccination et sérothérapie

Méthode de prévention d'une infection bactérienne, virale ou parasitaire, qui consiste à déterminer une immunité active chez un sujet en introduisant un vaccin dans son organisme. Quant à la sérothérapie, elle consiste à injecter à un Malade du sérum d'un autre homme ou d'un animal qui a déjà eu à lutter contre cette maladie et qui, au cours de cette lutte a développé dans son sang des anticorps spécifiques des antigènes de cette maladie.

5. l'antibiothérapie

Elle consiste à un traitement par les antibiotiques.

1.4 LES PRINCIPALES INFECTIONS CHIRURGICALES

1.4.1 ABCES CHAUD DEFINITION

L'abcès chaud est une collection purulente qui fait suite à une inflammation aiguë et qui a tendance à la suppuration le point de départ est ici une plaie traumatique infectée, une furonculose, une plaie opératoire ou un phlegmon.

.ETIOLOGIE- staphylocoques dorés.

SYMPTOMATOLOGIE:

- Signes locaux de l'inflammation: rougeur, chaleur, tumeur et douleur.

-Signes généraux: prostration, céphalées, température élevée et frissons - En plaçant un ou deux doigts au centre de la tuméfaction, tandis qu'un doigt de l'autre main applique de petites secousses à la périphérie de l'abcès, on pourra déceler la fluctuation si elle existe.

TRAITEMENT:

Incision et drainage lorsque la fluctuation est constituée N.13- faire le prélèvement du pus pour l'identification du microbe et l'antibiogramme

Antibiotique, repos du membre, antalgique si l'abcès n'est pas encore mûr c.à.d non fluctuant.

1.4.2 PHLEGMON

définition: le phlegmon est une inflammation du tissu cellulaire sous cutané ou profond, mais sans collection de pus comme dans l'abcès.

SYMPTOMATOLOGIE:

Signes locaux- rougeur, chaleur, tumeur et douleur. Signes généraux: température élevée, frissons, anorexie et courbature. palpation est douloureuse et révèle une tuméfaction ferme, dure sans tendance à la fluctuation. Il existe des adénopathies satellites . Son développement se manifeste préférentiellement entre les muscles les aponévroses.

TraITEMENT: consiste à une antibiothérapie massive avec immobilisation du membre nécessaire. Aucun traitement chirurgical n'est pratiqué s'il n'y a pas de fluctuation. Il faut jamais inciser un phlegmon ligneux qui a comme caractéristique une dureté comparable à celle du bois et n'a aucune tendance à la suppuration.

1.4.3 CELLULITE

DEFINITION la cellulite est une inflammation des tissus mous avec tendance à la diffusion, qui intéresse le tissu cellulaire et le tissu interstitiel. C'est une forme grave de l'abcès.

SYMPTOMATOLOGIE:

Signes généraux: température élevée, inappétence, douleur, nausée et la région montre une rougeur en son centre, entourée d'une zone œdémateuse.

1.4.4 LA LYMPHANGITE

Une infection caractérisée par une région qui montre une rougeur, on son centre, et d'une zone œdémateuse avec des traînées rougeâtres, partant de la région affectée s'étendant vers les ganglions régionaux. ~es lymphatiques sont œdématisés et palpables comme des cordons ~épaissis et douloureux.

Le traitement reste l'antibiothérapie et l'incision de collection de pus.

1.4.5 ABCES FROID

Définition

C'est une collection de pus formée lentement et sans réaction inflammation apparente.

Etiologie: bacille de Koch, mycoses, bacille d'ebert

SYMPTOMATOLOGIE:

Gonflement mou sans modification de la couleur de la peau. Il y a ni fièvre ni douleur.

EVOLUTION: le pus se résorbe ou au contraire s'évacue en dehors en une fistule n'ayant pas tendance à la cicatrisation.

TRAITEMENT GENERAL:

Antibiotique correspondant à la nature bactériologique de l'abcès Traitement local: éviter l'ouverture spontanée quand le pus est formé, ponction distance au point non déclive.

1.4.6 FURONCLE

DEFINITION:

C'est une inflammation d'un follicule pileux et de la région avoisinante de la peau

ETIOLOGIE: staphylocoque doré.

Facteurs favorisants - a) localement : malpropreté et irritation

B) état général .- toutes les déficiences de l'organisme (diabète, insuffisance hépatique, sida ...)

SYMPTOMATOLOGIE: Tuméfaction rouge reposant sur une base dure et terminée par Li Le sommet est formé par une vésicule remplie de liquide sera purulent. Au début on voit une petite saillie rouge centrée Sur Lin poil. Puis un point jaunâtre apparaît au niveau du cône furonculeux qui se nécrose puis s'élimine sous forme d'une masse purulente appelée « bourbillon ». a ces signes s'associent des signes généraux infectieuse fièvre, leucocytose, ...)

Il siège surtout à la nuque et aux fesses.

COMPLICATION:

- un furoncle peut - être dangereux par son siège médio - facial) ! Extension car il peut entraîner une lymphangite avec adénite, un phlegmon etc..

TRAITEMENT:

Ne pas exprimer le furoncle ou l'inciser trop précocement. antibiotique plus analgésique. cas de furoncle de la lèvre supérieure ou de l'aile du nez. ne pas primer, ni l'inciser risque de l'ensemencement des sinus veineux crâniens. D'où antibiotique, analgésique.

14.7 ANTHRAX (Gr Charbon)

DEFINITION: Infection de la peau due au staphylocoque et constituée par plusieurs furoncles. Siège habituelle la nuque.

Charbon c'est une maladie rare due au bacterium anthracis qui donne une pustule maligne (chronique) au visage ou mains, avec un centre noirâtre. Bacterium anthracis puisse résister l'eau bouillant pendant 30 minutes.

1.4.8 ADENITE

DEFINITION:

C'est une inflammation des ganglions lymphatique petites glandes où se réunissent un certain nombre de vaisseau lymphatiques.

ADENITE AIGUË

Cause:

Infection dépendant de la porte d'entrée qui peut être à distance et la propagation se fait par les lymphatiques Ex : une plaie, une écorchure

SYMPTOMATOLOGIE:

Signes généraux:

Douleurs, fièvre, parfois malaise général Signes locaux,

Au début un seul ganglion est gros, douloureux roulant: sous le doigt, puis plusieurs si la suppuration se produit, la douleur s'exagère et entraîne la constitution d'un adenophlegmon circonscrit qui peut s'ouvrir spontanément si l'on n'intervient pas, Ex - adénites inguinales au cours des maladies vénériennes: blennorragie, chancre mou

Traitement: Antibiotique; incision; drainage si suppuration

ADENITE CHRONIQUE

chez l'enfant:

ce sont de petits ganglions mobiles au cou ou à la nuque qu'on observe souvent chez les enfants. Ils représentent une réaction w à vis d'infections banales (otite, conjonctivite, carie dentaire, amygdalite', chez l'adulte: Causes~

Tuberculose, le cancer. (sarcome, leucémies etc-) syphilis

Traitement' variable suivant la cause.

1.4.9 LES PANARIS

DEFINITION:

C'est l'infection de tous les éléments anatomiques constitutifs des doigts

CLASSIFICATION: on distingue:

1. Les panaris superficiels(sous épidermique) types: forme de début, superficielle et passagère.

a) Panaris érythémateux forme de début

b) Panaris unguéaux: le panaris péri - unguéal, ou tourniole secondaire à une excoriation ou une piqûre.

c) Panaris phlyctenoïdes- caractérisé par l'apparition d'une phlyctène purulente,, douloureuse.

d) Panaris anthracoïdes~ ce sont des infections du dos des doigts centrés follicule pilo sébacé

2. Panaris sous - cutanés: ce sont le plus fréquents

a) Panaris pulpaire collection suppuré dans le tissus pulpaire

b) Panaris des 2^{ème} et 1^{er} phalanges: rares

3 Panaris profonds: siégeant sur les éléments profonds ostéite phalangienne' tenosynovites digitales, ostéite et ostéo - arthrites phalangiennes est une forme d'évolution qui -asse par des stades: décalcification, élimination et reconstruction. Clinique: apparition d'un cs dénudé dans le fond de l'excision opératoire fistulisation.

COMPLICATIONS: phlegmon, ostéite, ...

TRAITEMENT incision et drainage suivi d'un pansement humide sous anesthésie locale

1.4.10 LA GANGRENE GAZEUSE

DEFINITION: mortification locale des tissus souvent due aux germes anaérobies qui produisent des gaz de la putréfaction. Elle survient généralement comme complication des plaies contuses.

Etiologie:

clostridium perfringens, clostridium oedématis et clostridium septicum . ils sécrètent l'alpha toxine qui détruit les membranes cellulaires et, rend les capillaires perméables à l'eau et aux protéines, ce qui explique la névrose et l'œdème des muscles infectés. SYMPTOMATOLOGIE:

Signes locaux: l'œdème, la nécrose, la production de gaz et l'absence de suppuration Signes généraux: trouble de comportement, et de la conscience, de la fièvre, souvent insuffisance rénale parfois un subictère

Evolution: le pronostic reste d'une haute gravité

Traitement: Traitement chirurgical: débridement des tissus nécrosés et irrigation à l'eau oxygénée - amputation d'urgence si indication oblige. Traitement général: antibiothérapie, sérothérapie (sérum antigangreneux)

1.4.11 ULCERE PHAGEDENIQUE

DEFINITION: ulcère phagédénique ou encore appelée ulcère tropical. C'est une perte de substance des téguments sans tendance à la cicatrisation normale mais ayant tendance à s'accroître.

Etiologie: inconnue mais le rôle des micros traumatismes et des infections par les fusospires a été souvent démontré. Siège- au niveau de la jambe ou du pied

Géographie: dans la zone intertropicale et l'Afrique du nord.

SYMPTOMATOLOGIE:

. Au début, il s'agit d'une simple phlyctène qui se creuse rapidement. . Au stade chronique, il s'agit d'un vaste cratère siégeant au 1/3 inférieurs jambe, à fond rempli des tissus sphacelés, à bords durs et saignants

Evolution: cet ulcère n'a aucune tendance à la guérison spontanée elle des parties molles et l'os qui se caractérise à la radiographie par une ostéolyse. . L'évolution peut se faire vers la cancérisation.

TRAITEMENT: antibiotique, pansement avec les antiseptiques repos absolu, greffe de la peau amputation au stade de cancérisation arque: l'ulcère phagédénique a tendance à la récurrence

1.4.12 ULCERE VARIQUEUSE

Etiologie:

L' hypertension veineuse joue un rôle favorisant, le traumatisme déclenchant, l'infection le rôle d'entretien. Siège: face interne de la jambe, immédiatement au-dessus de la malléole.

NB: l'ulcère de la face externe est artériel

1.4.13 OSTEOMYELITE

Définition :

C'est une infection aiguë de l'os généralement par voie sanguine elle survient souvent au niveau des os longs, et voit surtout à la période de croissance (4-15-20 ans) Etiologie staphylocoque doré, streptocoque salmonella BK

Symptomatologie

Stade aigu fièvre très élevée douleur osseuse épiphysaire gonflement local. œdème, parfois formation d'un abcès sous pér-osté

Complication

septicémie - métastase septique - décollement épiphysaire - défaut de croissance - fistule traînante et évolutive

Traitement (stade aiguë):

Immobilisation plâtrée du membre, antibiothérapie massive anti inflammatoire

Stade chronique

douleur osseuse épisodique et tableau général d'infection tuméfaction osseuse douloureuse fistule osseuse laissant sortir du pus déformation de l'os

Traitement : favoriser l'élimination du séquestre le plus souvent par une intervention chirurgicale et parfois par un curetage osseux antibiothérapie après antibiogramme.

CHAPITRE II: TRAUMATOLOGIE

OBJECTIF GENERAL:

A la fin de ce chapitre chacun apprenant devra être capable de reconnaître et de soigner les principales affections en traumatologie. OBJECTIFS SPECIFIQUES:

Pour ce faire, il sera à mesure de

1. définir une fracture, une entorse, une luxation, une contusion, un tréma crânien, une brûlure, un pneumothorax et un hémithorax
2. classier les fractures, et les brûlures
3. énoncer les principes de traitement de chacune des ces pathologies
4. différencier le choc traumatique de choc hémorragique
5. décrire le traumatisme crânien

2.1 FRACTURE

Définition.:

c'est une solution de continuité d'un ou de plusieurs os consécutive à un traumatisme parfois à une maladie de l'os (ostéoporose) ou fracture pathologique

Types

- complète;
- incomplète (fissure)
- Signes:

Déformation du membre La mobilité anormale La crépitation osseuse La douleur L'impotence fonctionnelle (c'est l'impuissance à remuer le membre fracturé)_ L'ecchymose.

EXAMENS PARACLINIQUES

La RX montre la localisation, le trait et le placement de la fracture

ETUDE ANATOMO PATHOLOGIQUE DE LA FRACTURE 1

Les fractures sont de diverses variétés : selon le siège, les traits de fracture, l'atteinte de l'os, l'ion le déplacement et selon la géométrie. SELON LES SIEGES.: - fracture épiphysaire - fracture diaphysaire - fracture au niveau des articulations

SELON LA GEOMETRIE. - fracture horizontale - fracture transversale - fracture spirale et oblique - fracture communitive ou esquilleuse ayant trop de fragments fracturaires SELON LE DEPLACEMENT: - fracture avec angulation - fracture avec surfaces sont dentées fracture avec rotation SELON L'ATTEINTE CUTANEE:- fractures fermées, la peau garde son intégrité et la fracture ne communique pas avec l'extérieur.

- Fracture ouverte lorsque le foyer communique avec l'extérieur.
- SELON LE DEPLACEMENT: - fractures complétés et incomplètes

Complications:

Immédiate Atteinte des nerfs, vaisseaux, muscles, articulation. Tardive Retard de consolidation, pseudarthrose, cal vicieux, ostéomyélite, raideur articulaire, ankylose pronostic. :

Une fracture bien traitée et bien réduite se consolide rapidement (6 semaines pour le membre supérieur et 3 mois inférieur – plus vite pour les enfants). Si la réduction a été mal faite, ou si il y a trop de mobilité, il y aura pseudarthrose ou un cal vicieux

Traitement:

Le 1ere, principe est que toute fracture ouverte doit être rendue fermée Le traitement lui-même d'une fracture comprend la réduction puis la contention. La réduction peut être orthopédique. (immobilisation par plâtre) ou chirurgicale par ostéosynthèse (plaque, clou intra - médullaire Traction Fixateur externe) Donner un analgésique.

RÔLE DE L'INFIRMIER:

- assurer le pansement de la plaie s'il s'agit d'une fracture ouverte
- administrer le médicament prescrit
- assurer l'immobilisation provisoire des fragments par les attelles métalliques ou planchettes
- referer.

2.2 ENTORSE

Définition: l'entorse ou foulure est une lésion traumatique d'une articulation résultant de torsion brusque, avec élongation ou rupture d'un ou de plusieurs ligaments, sans déplacement osseuse.

Signes:

Douleur, gonflement important avec chaleur locale, parfois enchymose et souvent épanchement dans l'articulation la radiographie montre l'intégrité des surfaces articulaires et des extrémités osseuses..

TRAITEMENT:

Infiltration de novocaïne, anti - inflammatoire. Bandage de marche s'il y a des lésions ligamentaires il faudra immobiliser

.2.3 CONTUSION

Définition:

C'est une lésion produite par un choc brutal, sans qu'il ait déchirure. : contusion de la peau, du foie lors d'un accident de la route.

Variétés

- 1.La déchirure des capillaires produit une ecchymose c.à.d. une tâche let foncé qui s'élargit et qui après disparaît: 2.Epanchement du sang (bosse sur les os) formant une tumeur molle, tuante au centre. pouvant se transformer en abcès.
- 3.La partie contuse, Froide, insensible, noircit se dessèche et forme une escarre. gangreneuse.
4. Ecrasement d'une portion importante d'un membre ou d'un membre entier souvent accompagné de syncope et même de mort. Ex - « crush syndrome» : écrasement prolongé d'une masse musculaire importante. Lors du dégagement, il se produit un œdème local suivi d'un état de choc et par la suite une insuffisance rénale aiguë.

Complications: nécrose cutanée et musculaire 2. l'infection le choc et le crush syndrome

Traitement: Général:

Faciliter la respiration du blessé et rétablir le volume sanguin, algésique, anti-inflammatoire,

Antibiotique si plaie

Local: Immobilisation et surélévation du membre Application local de la chaleur

Complications des plaies ouvertes

.Immédiates: -nécrose cutanée, les collections séreuses ou sanguines et les infections secondaires 'Eloignée: 'cicatrices rétractiles au niveau des plis de flexion ou névrome d'amputation,

Mode de guérison ou évolution' (Principe de cicatrisation d'une plaie)

, Il y a trois types de cicatrisation:

1) Cicatrisation primaire dite "per primam. »

Il n'a pas de bêche entre les bords de la plaie et la cicatrice est linéaire, souple

2) Cicatrisation secondaire dite « per secundum ». Il y a une perte de substance qui est comblée par du tissu de granulation provenant des berges et du fond de la plaie et par la rétraction des tissus avoisinants, La cicatrice résultante n'est pas linéaire, elle est peu esthétique,

3) Cicatrisation par troisième intention (à discuter) Lorsque par exemple, une plaie n'est pas refermée immédiatement ou qu'une déhiscence se produit

1 Facteurs qui modifient la cicatrisation normale

a) Facteurs généraux:

Nutritionnels (état nutritionnel) hypovitaminose C. L'âge (les enfants guérissent mieux que les vieillards) Oedème Obésité Diabète (les diabétiques guérissent mal par leur tendance à l'infection)

Facteurs locaux

Apport sanguin

Aspect nerveux (paralysé) à cause de l'absence de la douleur, de l'immobilisation de la stase de décubitus, de la pression continue, hématome crée un espace mort, l'infection l'irradiation, Corps étrangers.

Pathologie de la cicatrisation

Complications:

Infection, hématome, Déhiscence qui est la réouverture des lèvres de la plaie.

Complications tardives: Cicatrice hypertrophique ou chéloïde caractérisé par un bourrelet souvent douloureux et prurigineux,

2.4 Luxation

Définition:

C'est un déplacement permanent de deux surfaces articulaires qui ont perdu plus ou moins complètement les rapports qu'elles ont normalement l'une avec l'autre.

Signes: - Douleur - Déformation de l'articulation

Evolution:

La réduction doit être faite le plus tôt car si elle devient ancienne, elle devient difficile à réduire.

Complication:

- Fracture - Compression vasculo - nerveuse Traitement: réduction sous anesthésie générale

2.5 Brûlure

Définition: la brûlure est la lésion locale détruisant tout ou une partie recouvrement cutané et éventuellement les structures sous-jacentes produite par les agents éthyliques, électriques, chimiques et les radiations. Signes locaux:

1er degré: simple érythème se traduit par une rougeur diffuse et une hypersensibilité

Spontanée au moindre contact. 2ème degré: phlyctène (bulle remplie de liquide clair ou rosé), la douleur est très vive 3ème degré: la brûlure atteint la couche cornée de malpighi peut-être plus ou moins profonde et toucher les muscles, l'os, les viscères.

Signes généraux:

1 er jour: signes de choc hypovolémique (pâleur, dyspnée, soif déshydratation, accélération pouls qui est petit, filant, baisse de la tension artérielle qui est pincée

0 La période secondaire

a) Signe infectieux :température élevée b) Signes de dénutrition: amaigrissement considérable, asthénie PHYSIOPATHOLOGIE

a) Période initiale: choc hypovolemique. Dès la production de la brûlure survient une exsudation plasmatique au niveau des plaies déterminant des pertes et un œdème interstitiel sous et péri - lésionnel constituant des pertes temporaires susceptibles d'être remises en circuit ultérieurement.. Cette fuite liquidienne hors des vaisseaux entraîne un appel d'eau au niveau des secteurs interstitiel et intra - cellulaire déterminant une déshydratation globale aussi les signes- soif, TA. Basse.

b) Période de résorption des œdèmes Vers le veille et 4ème jour le brûlé commence à résorber ses œdèmes. Si on continuait les perfusion au même rythme, on risquerait des accident de surcharge vasculaire dont le plus typique est l'œdème aiguë pulmonaire.

c) Période secondaire dite" maladie des brûlés..S'étant du 7ème , 8ème jour à la guérison. Elle est caractérisée par l'infection et la dénutrition.

d) Signes biologiques Urée élevée. Glucose sanguin élevé Hémococoncentration

Pronostic (grave) : dépend de l'age «enfant, vieillard).

l'étendue (considéré comme grave >20% chez l'adulte et > 15% l'enfant). . De la localisation: œil, paupières, oreilles, des voies pulmonaires, des orifices (nez, conduit auditif, -anus, vagin) car complication de sténose cicatricielle.

Traitement:

L'arrivée au centre des actions doivent être menées de front par l'équipe de garde: 'établissement du bilan comporte: bilan du brûlé (l'âge, état antérieur, tare), le retentissement de la ure1(pouls, T.A, respiration, soif, conscience) bilan de la brûlure: étendue et profondeur

Regle des 9 de wallace

pour calculer l'étendue 9% la tête 9% chaque membre _supérieur i2 fois 9 chaque face du tronc (18%) 2 fois 9 chaque membre inférieur (18%) organes génitaux = 1 %

Traitement local Comporte un grand nettoyage pratiqué dans un grand bain javellisé puis , faire l'ablation des phlyctènes puis l'application des compresses asses 1 gras) ou de la crème sulfamide ou du flammazine ~y a des écoles qui préfèrent l'exposition à l'air libre.

Traitement général

1. Mise en place d'une sonde urinaire 2. Mise en place d'un accès veineux par ponction ou dénudation

3. La réanimation du 1 ere jour. Les quantités à perfuser découlent de la d'avans 2 x Poids x s% + Besoin journalier Cl à 2L

(Besoin journalier: enfant- 1000ml ; Adulte :2000ml), les liquides à grandes molécules sont: l'albumine humaine diluée dans le sérum glucose substitués du plasma, les dextrans. Le sang n'est pas utile (a cause de l'hemo-concentration). Le plasma est à éviter par suite des risques d'ictère. D'avantage les bicarbonatés pour glucosé lequel seront repart électrolytes (NaCl, par contre le K est à exclure le 1 er jour tant que la diuresis n'est pas rétablie de façon certaine).

La moitié de la quantité totale doit être passée dans les 8 première heures On ne donne pas par la bouche pour 48 hrs (risque de vomissements).

La surveillance, signes vitaux, bilan hydrique.

Le 2ème jour la quantité de liquide fi perfuser est diminuée de moitié et l'alimentation peut -être reprise.

Les soins de la période secondaire -traitement général: Lutte contre l'infection par l'antibiothérapie.

Lutte contre la dénutrition en augmentant l'apport en protéin (alimentation hypertonique).

.2. Traitement local: Vise a obtenir la cicatrisation, En cas de brûlure de 3èl 1 le degré avec retard de cicatrisation on doit recourir aux greffes de peau minces.

3. Les séquelles Cicatrices hypertrophiques (chéloïdes) Raideur articulaire due aux rétractions cutanées Des brides axillaires, rétraction du coude en flexion etc.. Déformation des doigts' Cancérisation

2.6 CHOC HEMORRAGIQUE ET TRAUMATIQUE

C'est l'état qui existe lorsqu'une défaillance circulatoire conduit a une perfusion inadéquate des tissus.

Etiologie

Hémorragique : choc hémorragique résulte en général d'une perte sanguine rapide excédant 30% du volume sanguin total.

Traumatique: choc traumatique est presque toujours le résultat d'une hémorragie qui peut -être masquée ex: hémorragie interne au niveau de l'abdomen ou du thorax ou des hématomes autour des fractures.

Infection: choc septique

Signes :, extrémités froides, parfois cyanose. hyperventilation qui signe d'hypoxie cellulaire. tachycardie, hypotension artérielle. Oligurie témoigne une diminution de la perfusion cellulaire. Transpiration.

Traitement

Le rétablissement d'un volume sanguin adéquat (transfusion massive substituts plasmatiques). Pour fonction rénale: il faudra suivre la diurèse. ,Pour chirurgie pour faire l'hémostase.

2.7PNEUMOTHORAX ET HEMOTHORAX

HEMOTHORAX

C'est un épanchement sanguin dans la cavité pleurale. ETIOLOGIE: rupture' des vaisseaux intercostaux ou par lacération pulmonaire CLINIQUE dyspnée, hypotension , tachycardie choc cyanose,ect ... TRAITEMENT

Il vise à évacuer le sang de la cavité pleurale et maintenir l'équilibre hydrique : - drainage thoracique(drain introduit entre le 4ème , 5ème ou 6 ième espace intercostale)

- transfusion si perte importante de sang.
- PNEUMOTHORAX

Définition : c'est un épanchement d'air dans la cavité pleurale à une fuite d'air du poumon atteint. L'épanchement est souvent constitué à la fois de l'air et du sar (HEMOPNEUMOTHORAX) CLINIQUE:

Respiration de Kusmaul plus agitation TRAITEMENT: - administrer une forte dose d'O₂ pour soulager l'hypoxie

- drainage thoracique pour évacuer l'air'

2.8. LA TRAUMATOLOGIE CRANIENNE

Définition

Les traumatismes crâniens résultent d'un trauma du cuir chevelu, du crâne, et du cerveau.

Au niveau du cuir chevelu il peut causer une abrasion, une contusion, une avulsion.

Au niveau du crâne, une fracture qui est une fissure de la boîte crânienne. Elle peut s'accompagner d'une atteinte du cerveau. On distingue des fractures ouvertes qui s'accompagnent d'une déchirure de la dure-mère

Et les fractures fermées qui ne touchent pas la dure-mère.

CLINIQUE :

Les symptômes dépendent de l'étendue et de la répartition des lésions cérébrales.

1. une douleur localisée et persistante est généralement un signe de fracture
2. œdème dans la région touchée en cas de fracture de la voûte crânienne
3. saignement du nez, du pharynx ou des oreilles en cas de fracture de la base du crâne, on peut aussi constater la présence du sang sous la conjonctive
4. une ecchymose constatée dans la région de l'apophyse mastoïde (signe de Battle)
5. écoulement du LCR par les oreilles ou le nez en cas de fracture de la base du crâne

DIAGNOSTIC

Examens physiques et neurologiques tomographie et imagerie par résonance magnétique

TRAITEMENT En cas de fracture sans enfoncement : - surveiller le patient de près

En cas d'enfoncement une intervention chirurgicale s'impose.

COMMOTION CEREBRALE

C'est l'inhibition (arrêt) brusque, temporaire ou prolongé des centres nerveux, caractérisée par :

abolition des facultés intellectuelles (intelligence, volonté et mémoire) le malade a une perte de connaissance et une amnésie

diminution ou la perte des fonctions de la vie de relation de sensibilité et mouvement

amoindrissement ou arrêt des fonctions de la vie végétative (cardiaque et respiratoire)

CLINIQUE syncope plus ou moins prolongé mais le pouls lent et la TA augmente

EVOLUTION Le plus souvent il y a retour à la normale mais il peut y avoir des séquelles: - céphalées, perte de mémoire.

TRAITEMENT: Repos absolu pendant 2 semaines et soutenir le cœur

OEDEME CEREBRAL

C'est un gonflement aqueux du cerveau. Il peut être d'un trauma crânien, d'une tumeur, d'un processus inflammatoire (encéphalite) il est suivi d'une hypertension cérébrale. CLINIQUE: augmentation de la pression intracranienne détérioration de l'EG troubles respiratoires

TRAITEMENT: surveillance continue pendant au moins une semaine (signes vitaux) perfusion hypertonique malade en position semi assise éviter les torsions de la tête hyper ventiler le patient à l'aide d'un ventilateur restreindre l'apport liquidien

[Retour](#)

CHAPITRE 3 LES TUMEURS

OBJECTIF GENERAL:

Au terme de ce chapitre, l'apprenant sera capable d'identifier une tumeur.

OBJECTIFS SPECIFIQUES:

A cet effet, l'apprenant sera capable de 1. définir les tumeurs 2. classer les tumeurs 3. donner les signes cliniques 4. énoncer le traitement de tumeurs

1. DEFINITION:

Masse de tissu pathologique de formation nouvelle due une proliféra exagérée et anormale des cellules

Limite:

a. tumeur bénigne:

Limitée, encapsulée, sans extension de voisinage

b, Tumeur maligne:

Limites imprécises, ayant une extension locale dans les tissus voisin

Ganglion Tumeur bénigne : Sans atteinte ganglionnaire

Tumeur maligne : Atteinte ganglionnaire avec des foyers analogues (métastases)

Ablation

Tumeur bénigne . L'ablation est facilitée par un plan de clivage entre parenchyme tumoral. Après exérèse totale, elle ne recidive pas

Tumeur maligne : l'ablation ou destruction totale de la lésion initiale le processus reprend soit localement (ce sont les récidives) soit à distance (ce sont les récidives métastases).

Elements de diagnostic au laboratoire en anatomopathologique ou histologique.

Nature : Tumeur bénigne revêtement malpighiens. Papillomes (en cas de prolifération épithéliale) Condylome (en cas de prolifération associée au chorion) ex condylome de l'anus. Revêtement, cylindrique polypes ou polyadénomes (ex: col utérin, estomac, côlon)

Parenchymes exocrine ou endocrine : adénome ex. adénome de la prostate

Tissu conjonctif fibromes histiocytomes leiomyome (tissu musculaire). lipome (tissu adipeux) chondrome (tissu cartilagineux) . ostéome (tissu osseux) hemangiomes (tissu vasculaire). lymphangiomes (tissu vasculaire)

b. Tumeur maligne

Carcinome (ou épithéliome) (cancers épithéliaux) Variétés: carcinome épidermoïde (du revêtement épidermique carcinome des muqueuses malpighiennes (ex: cavité buccale) sarcome (tumeur maligne mesenchymateuse) . sarcome du tissu conjonctif: sarcome fibroblastique liposarcome fibrosarcome sarcome mélanique ou mélanome

5. Evolution Tumeur maligne on peut distinguer 2 phases dans l'évolution d'une tumeur maligne 1. une phase locale qui comprend un foyer initial et son extension dans les tissus PUIS une phase de diffusion dans l'organisme avec apparition de métastase.

6. Etiologie a. Tumeur bénigne Embryonnaire ex: lymphangiome Acquisées ex: le processus inflammatoire (ostéome) Hormones (ex: fibrome utérin)

b. Tumeur maligne. Carcinogènes de nature chimique (goudron, produit de houille, dérivé d pétrole de lubrification fumée de cigarette, amiante) Les virus. Les rayons Les hormones (ex: cancers de l'utérus) Les traumatismes Les cicatrices (ex: de la brûlure) Les irritations chroniques

7. Traitement: Agents physiques (radiothérapie) Chimiothérapie a. Tumeur maligne: Hormonothérapie Chirurgie b. Tumeur bénigne: Chirurgie

CHAPITRE 4ième : CHIRURGIE ABDOMINALE L'OBJECTIF GENERAL:

Au terme de ce module l'apprenant sera à les principales affections en chirurgie abdominale, et les conduites à tenir y relatives.

OBJECTIF SPECIFIQUES :

Pour ce faire, il devra être capable de définir les principales affections de la chirurgie abdominale indiquer les symptômes de chaque pathologie déterminer la conduite à tenir

CONTUSION ET PLAIE ABDOMINALE

-Plaies abdominales:

On distingue des plaies par arme blanche et par arme à feu.

On dit pénétrante une plaie responsable d'incision péritonéale, Une plaie compliquée d'atteinte viscérale est dite perforante

Critères opératoires : 1. Signe d'irritation péritonéale : Douleur provoquée par la palpation Signe de ressaut Défense musculaire Silence auscultatoire 2. Hémorragie, digestive ou urinaire 3. Pneumopéritoine 4. Aspiration de sang ou de liquide intestinal à la ponction de l'abdomen 5. Etat de choc persistant.

CONTUSION ABDOMINALE

C'est ceux où il n'y a pas de solution de continuité au niveau de la paroi abdominale sont le plus souvent causés par les accidents de circulation. C'est dans ces trous fermés que l'on rencontre souvent des lésions associées extra - abdominales tel que 1 traumatisme crânien (30%), thoracique (50%), fracture des os long (37%) etc..

4.2 CONTUSIONS ABDOMINALES ET RUPTURE DES ORGANES (.HEPATIQUE,..SPLENIQUE,RENALE)

a) TRAUMATISME DU FOIE (HEPATIQUE)

Etiologie:

Accident de voie publique, balles, armes blanches, éclats de projectile en pratique de guerre

Variétés: (anatomopathologie)

Petite déchirure capsulaire avec hématome collecté Déchirure profonde qui parfois réalise de véritables éclatements. Lésion des canaux biliaires peut donner un cholécystite

Clinique

TA basse, douleur à l'hypocondre droit, irradiant, vers l'épaule droite le cul de sac de Douglas est douloureux Signes de choc traumatique

Traitement: chirurgie

Soit suture au catgut, Soit tamponnement, Soit ablation du tissu hépatique lésé

b) TRAUMATISME DU REIN (RENAL)

Variétés (anatomopathologie)

L'infiltration sanguine sous - capsulaire La fissure corticale - La rupture séparant l'organe en deux - Le broiement - La rupture pédiculaire.
Clinique: La contusion rénale se traduit par 1 'hémorragie:rénale (hématome péri rénal) voie excrétrice (hématurie) lombo - abdominale, parfois anémie, hématome lombaire (

SEQUELLES

Le pseudokyste urinaire (collection d'urine péri rénale) La distension pyelo-calicielle par compression cicatricielle de l'uretère les douleurs peuvent persister La lithiase secondaire (formation de calculs sur des caillots retenus dans

sonde urinaire

TRAUMATISME DE LA RATE: (splénique)

Traumatisme abdominal suite à une plaie abdominale, à une contusion accident de roulage, chute d'un arbre,... Les lésions anatomiques sont variables portant sur :a. parenchyme: contusion simple, déchirure, fragmentation b. Sur le pédicule arraché: le conséquence en est l'hémorragie immédiate ou secondaire localisée dans la loge splénique ou répandue dans la grande cavité.

Après le choc initial, le blessé reste pâle, agité, se plaint de soif, le pouls demeure accéléré.

La palpation de l'abdomen objective une matité à l'hypochondre gauche et ballonnement. Au toucher rectal, le cul de sac de Douglas est douloureux.

La ponction abdominale ramène du sang incoagulable (hémopéritoine)

Traitement: la splénectomie

Diagnostic différentiel d'un abdomen aigu

1. Occlusion intestinale 2. Péritonite aiguë 3 Hémopéritoine 4 Appendicite aiguë 5. Perforation d'un organe (estomac, intestin grêle, colon) 6. Cholecystite aiguë 7. Pancréatite aiguë

4.3 OCCLUSION INTESTINALE Etiologie . Occlusions mécaniques: l'obturation, la strangulation

a) L'obturation par un corps étranger, des vers intestinaux, un fécalome etc., une tumeur maligne ou bénigne etc.. b) Strangulation se caractérise par l'existence de lésion des vaisseaux du mésentère ou du méso colon. L'intestin, privé de circulation se nécrose puis se perforé. Il s'agit: soit d'une torsion d'une anse intestinale sur elle-même soit un retournement sur lui-même, par télescopage du tube intestinal ou invagination intestinale soit l'incarcération d'une anse dans un orifice ou logette située à l'intérieur de la cavité abdominale réalisant une hernie interne

b) Occlusions fonctionnelles

intestins entraînant une dilatation progressive et inactive des anses (iléus paralytique) péritonite, CAUSES Une péritonite une tumeur mésentérique, troubles métaboliques (hypokaliémie, hypomagnésémie, déshydratation) lésion médullaire. colique néphrétique etc.. . Occlusions inflammatoires : au cours de péritonite aiguë ou chronique au cours des affections: appendicite, salpingite etc..

Signes cliniques : Douleur colique (Douleur atroces séparées par des périodes d'accalmes) Vomissements, l'arrêt des matières et gaz

Examen Physique : Meteorisme abdominal, Facies souffrant, Langue sèche

Signes radiologiques :

Image hydro - aérique sur le cliché sans préparation de l'abdomen blanc)

Evolution Dans l'absence de traitement, l'occlusion évolue rapidement vers l'aggravation (vomissement fécaloïde tension artérielle basse anurie

Traitement chirurgie : Suppression de l'obstacle Pour rétablir le transit Correction des troubles électrolytiques.

4.4 APPENDICITE AIGUË

Elle constitue l'urgence abdominale la plus fréquente touchant un sur 500 à habitants.

Physiopathologie:

Le mécanisme le plus souvent responsable est l'obstruction de la lumière appendiculaire par un stercolithe, un corps étranger (noyau de cerise, etc.). quatre fois sur dix, l'obstruction n'est pas retrouvée et l'on invoque alors une origine hémotogène de l'inflammation lors de l'infection du tractus respiratoire supérieur ou d'une fièvre éruptive.

Anatomie pathologie

On distingue l'appendicite' catarrhale (l'appendice est oedémateuse et hyper vasculaire).

iPurulente (empyème appendiculaire) Hémorragique et nécrosante (gangrène appendiculaire menant vers la perforation Chronique ..Signes cliniques:

Douleur abdominale L'inappétence Nausée, vomissement, sont tardifs Arrêt des gaz Température est rarement élevée Examen physique La palpation révélera au flanc gauche le signe de Rovsing (douleur controlatérale) Une défense musculaire localisée à la palpation de la fosse iliaque droite Une décompression brusque intensifiera momentanément la douleur fosse iliaque droite (signe de rebound) Le toucher rectal objective une douleur latéralisée à droite.

Examens complémentaires:

Examen de sang- Hyperleucocytose mais dans 20 à 30% la leucocytose est normale, Le sédiment urinaire normale.

Diagnostics différentiels

Chez le nourrisson et l'enfant: le diagnostic d'appendicite est souvent difficile à cause de anamnèse A cet âge la confusion est aisée avec une gastro - entérite banale, avec l'adenite mésentérique dont les douleurs sont également péri - ombilicales

Autres diagnostics:

Invagination intestinale L'infection urinaire chez la petite fille Une pneumopathie de la base droite Chez l'homme- il faudra éliminer un calcul urétéral ou une hydronéphrose, une entérite régionale une maladie de crohn Chez la femme jeune- la confusion est fréquente avec une affection gynécologique- salpingite, une rupture folliculaire

Siège de l'appendice:

Retro-coecale Meso-coeliaque (promontoire) Pelvienne

Evolution : Plastron appendiculaire correspond à l'agglutination du caecum, d anses grêles, de l'epiploon et du péritoire pariétal constituant une masse douloureuse et mal délimitée. On assiste parfois à sa regression progressive et spontanée l'appendicectomie sera pratiquée 2 à 3 mois plus tard. Parfois au contraire, la leucocytose dépasse 20.000. Localement on constate une évolution du plastron vers le ramollissement central correspondent à l'apparition d'une collection suppure. La au contraire, le drainage chirurgical est immédiatement nécessaire.

Traitement : appendicectomie

4.5 PERITONITE

c'est l'inflammation du péritoine 1. primitive à pneumocoques, ou streptocoques ou à bacille de Koch

2. secondaire (plus fréquente) suite à une perforation ulcéreuse gastro-duodénale, appendicite suppuré, à une salpingite, d'un abcès du foie etc..

Clinique :

Douleur, La palpation de l'abdomen révèle une défense abdominale (ventre de bois : contracture généralisée) L'auscultation abdominale révèle un silence total Fièvre, Vomissement Etat de choc

Signes radiologiques

radiographie de l'abdomen sans préparation objective de niveau hydro-aérique confirmant l'iléus paralytique

Examen de laboratoire Hyperleucocytose

Traitement:

Réanimation, antibiotiques Chirurgie (l'ablation de la cause, la réparation puis le lavage abonda avec du sérum physiologique),

4.6 HEMORROÏDE

Définition-

on appelle hémorroïde, toute dilatation variqueuse d'un ou de plusieurs veines du plexus hémorroïdaire interne ou externe ou deux à la fois. Les deux sont séparés par la ligne ano - rectale,

Classification: 3 types: soit interne, externe ou mixte

Etiologie-

Facteur prédisposant semble être la station debout suite à la variation de la retour veineuse hémorroïdaire variant de 250mm d'eau en position couchée à 750mm en position debout.

Les causes augmentant la pression veineuse sont

- La constipation prolongée'
- Les diarrhées chroniques

Clinique:

La grossesse, les tumeurs pelviennes Le cancer du rectum La station debout prolongée.

Hémorragie de sang rouge à la suite de la défécation Prurit, trouble du transit (constipation, ténésme) Douleur Examen: petites masses bleutées parfois ulcérées au niveau de l'anus NB -. elles peuvent révéler un cancer sous jacent ou une cirrhose de foie

Complication:

Hémorragie, ulcération. Thrombose, infection, Nécrose. Marisque sentinelle (tissu fibreux), tumeur irréductibles à l'anus.

Traitement Hémorroïde non compliquée

Medical - correction de la constipation par des diètes. Prise de bain de siège avec le permanganate de K. Suppositoire

Hemorroïde compliquée – hemorrhoidectomie.

4.7 FISSURE ANALE

La fissure anale est une excoriation de la muqueuse anale. La pathologie est liée à la contracture associée du sphincter de l'anus.

Clinique

Douleur anale à la suite de chaque selle d'abord sous forme de brûlure progressivement plus marquée.

On observe une petite plaie rosée, longitudinale souvent saignante.

Fissure récente:

Traitement médicale

laxatif doux, suppositoire glycérine bains de siège chaud

Fissure chronique: chirurgie

.4.8 FISTULE ANALE

DEFINITION - C'est un trajet constitué de tissu de granulation chroniquement infecté. Ce sont des séquelles d'un abcès ano-rectal parfois elles sont primitives et doivent faire suspecter la TBC.

Clinique

L'interrogation du malade nous renseigne sur l'existence d'un abcès 1.- Depuis lors il accuse des écoulements persistants souvent malodorants.

La fistule est complète si elle s'ouvre à la fois et dans le rectum et l'anus, on l'appelle borgne si elle a un seul orifice. Par l'examen à l'aide d'un stylet dans la fistule et un doigt dans rectum, on peut étudier le trajet de la fistule par rapport au sphincter c'est qui est important au point de vue traitement.

Classification:

Fistules peri - anales Fistules ischio - rectale postérieure Fistules sous muqueuse Fistules borgnes, internes ou externes.

Traitement : Chirurgie : mise à plat et excision du trajet.

4.9 LES HERNIES

a) DEFINITION:

C'est une sortie d'un organe ou d'une partie d'un organe hors de la cavité dans laquelle il est normalement contenu par un orifice naturel ou accidentel.

b) ANATOMO-PATHOLOGIE:

La paroi abdominale n'est partout fermée avec une égale solidité, il y a des endroits de moindre résistance au niveau des quels les organes contenus dans l'abdomen peuvent sortir en formant des tumeurs qu'on appelle « HERNIES ABDOMINALES ». Ces endroits de moindre résistance sont le plus souvent ceux qui livrent passage au cordon spermatique, aux nerfs, et aux organes. La hernie présente un contenu, une enveloppe qu'on appelle « le sac herniaire » formé de péritoine. Le sac herniaire comprend : - un fond, un collet qui est la partie rétrécie en rapport avec l'anneau herniaire.

c) SYMPTOMES:

La hernie est une tumeur de consistance élastique, de volume variable, avec augmentation à l'effort, réductible, après réduction on peut sentir l'anneau herniaire. Dans certains cas la hernie est irréductible par suite de l'adhérence entre le collet du sac et l'anneau herniaire.

SORTES DES HERNIES:

On distingue suivant la cause : Hernies de faiblesse, hernies de force

suivant la localisation :

1. hernie inguinale, située dans le trajet du canal inguinal

- 2.inguino-scrotal
3. hernie ombilicale. par l'anneau ombilical
4. Hernie épigastrique. par les éraillures de la ligne blanche.
5. hernie intra parietale
6. Hernie lombaire
7. Diastasis abdominale
8. Hernie diaphragmatique ou hiatale

COMPLICATION

La hernie étranglée :

Elle survient quand les viscères contenus dans le sac subissent une constriction qui empêche brusquement le retour dans la cavité abdominale
-Cela donne un arrêt de la circulation sanguine aboutissant à la gangrène du viscère hernié et à une occlusion si le viscère hernié est l'intestin.

Symptômes – le tumeur devient très douloureuse, dure et irréductible. Il y a des signes d'occlusion intestinale et plus tard de péritonite
Traitement - Intervention chirurgicale d'urgence

TRAITEMENT GENERAL DES HERNIES

1. On peut soulager le malade par des bandages herniaires.
2. le seul vrai traitement est le traitement chirurgical qui consiste à enlever le sac et fermer l'anneau (HERNIORRAPHIE)

CHAPITRE 5 ième UROLOGIE

OBJECTIF GENERAL:

Au terme de ce module l'apprenant sera à mesure d'expliquer les principales affections en urologie.

OBJECTIFS SPECIFIQUES:

Pour ce faire il sera capable de

1. décrire les principales affections en urologie
2. énoncer la conduite à tenir devant chacune d'entre elles.

Définition de l'urologie:

C'est la discipline chirurgicale qui traite des maladies d l'appareil uro - génital masculin et urinaire féminin

5.1 HYDRONEPHROSE

Définition:

Distension des calices et du bassinet par l'urine.

Cause:

Malformation congénitale de l'uretère, ou obstacle comprimant ou obstruant l'uretère (bride, tumeur, calcul etc-)

Clinique: Tumeur arrondie, lobée ou lisse, de volume variable, située dans la région lombaire. Cette tumeur est rénitente ou molle. Douleur lombaire

Complication- Atrophie mécanique du rein, néphrite, prédisposition l'infection. Traitement : chirurgical- Néphrotomie ou - néphrectomie

5.2 RUPTURE VESICALE

Déchirure de la vessie sans communication avec l'extérieur

Effort ou choc violent Traumatisme :

Douleur vague derrière la symphyse, besoin violent d'uriner une très petite quantité d'urine la quelle contient du sang. Cette rupture se fait dans le péritoine.

Traitement: Laparotomie pour suture de la vessie

5.3 LITHIASIS D'UN CALCUL DANS LES VOIES URINAIRES

Présence d'un calcul dans les voies urinaires

Lithiasis rénale: .Douleur lombaire Hématurie

Lithiasis ureterale : Douleur atroce (colique néphrétique) Signes vésicaux (pollakiurie, dysurie)

Lithiasis vésicale : douleur hypogastrique post miction irradiant vers le périnée, hématurie

Lithiasis urétrale :.Douleurs périnéales Dysurie Pollakiurie

Traitement: chirurgie

5.4 ECTOPIE TESTICULAIRE

Définition :

Au cours de sa migration, le testicule peut s'arrêter en route dans le trajet qu'il aurait du suivre normalement. on le dit cryptorchide. Il peut aussi migrer et suivre un trajet aberrant, on le dit ectopique.

Clinique: Le testicule est non descendu dans la bourse, il est inguinal et saillant

Traitement

Chirurgical: Faire la descente du testicule dans les bourses avant la puberté; après la puberté, il faudra faire l'exérèse du testicule car risque de cancérisation.

5.5 TORSION TESTICULAIRE

1 Définition:

C'est une extrême urgence qui consiste en une torsion u cordon spermatique supra - vaginale ou intra - vaginale

Clinique: Douleur intra - scrotale rapidement suivie d'une tuméfaction.

Traitement Chirurgical-

Torsion vue tôt: détorsion du cordon et fixation du testicule au scrotum.

Torsion vue tard: castration car nécrose testiculaire

5.6 HYDROCELE

Définition: C'est un épanchement liquidien clair dans la cavité vaginale du testicule

1 Clinique: Tuméfaction des bourses de consistance rénitente et translucide.

La ponction évacuatrice est inefficace car l'épanchement se reproduit Chirurgie (résection ou retournement de la vaginale)

5.7 VARICOCELE

C'est la dilatation variqueuse des veines du cordon spermatique.

- Sensation de gêne ou de pesanteur scrotale,
- A la palpation, on perçoit une masse bosselée, formée de cordons mous, (Paquet d'ascaris)

Complication: Stérilité

Traitement chirurgical: Consiste en la ligature des veines spermatiques

5.8 RETENTION URINAIRE

1. Impossibilité de la contraction de la vessie (paralyse)
2. Obstacles matériels à la sortie de l'urine (calcul, retrecissement de l'urètre, adénome de la prostate)

Signes cliniques:

Retention complète.-

Douleur hypogastrique, globe vésical Parfois miction goutte à goutte (miction par regorgement)

Traitement:

Rétention d'origine nerveuse: Antispasmodique

Rétention par obstacle mécanique: Ponction vésicale

9 ADENOME DE LA PROSTATE

Définition

C'est l'augmentation du volume de la prostate.

Causes:

Elle s'observe vers 60 ans et est due au déséquilibre des hormones testiculaires ou à une diminution dans l'organisme d'hormones femelle par rapport à l'hormone mâle.

Signes cliniques: Pollakiurie nocturne puis dysurie avec rétention aiguë

Complication: hémorragie - cancérisation - prostatite Traitement chirurgical

Définition:

- ablation de l'adénome

5.10 ORCHIEPIDIDYMITE

Inflammation de l'épididyme et du testicule

Causes: -Traumatisme - Blennorragie - Oreillons, - fièvre typhoïde, - syphilis, - TBC, -paludisme (maladies infectieuses)

Signes cliniques. Douleur, tuméfaction scrotale Fièvre

Complication: Stérilité

Traitement suspensoir repos au lit anti-inflammatoire antibiotique

5.11 STENOSE OU RETRECISSEMENT URETRAL

- Diminution du calibre de l'urètre

Temporaire sous l'effet d'un spasme des fibres musculaires

Permanent résultant soit d'une cicatrice à la suite d'un traumatisme soit inflammation de nature blennorragique soit encore une infection ou du séjour d'un corps étranger. Cicatrice rétractile par un chancre ou une rupture

Clinique : Le jet urinaire est modifié dans sa forme et son volume (filiforme goutte à goutte), dans sa force de projection- impossible d'uriner horizontalement sur un mur.

Traitement : chirurgical

5.12 HYPOSPADIAS.

Malformation congénitale masculine caractérisée par la normale l'orifice de l'urètre sur la face inférieure de la verge, moins éloignée de l'extrémité du gland.

5.13 EPISPADIAS

Malformation congénitale masculine caractérisée par la situation anormale de l'orifice de l'urètre sur la face supérieure de la verge Traitement: chirurgie

5.14 PHIMOSIS ET PARAPHIMOSIS

Définition: Phimosis. Etranglement anormal du prépuce, empêchant le décalottage du gland Paraphimosis Etranglement du gland par un prépuce trop étroit

Causes: Adhérences du prépuce au gland

Complications

Paraphimosis: - Oedème du gland Phimosis: - écoulement filiforme des urines égouttement post-mictionnel prolongé, balano – posthite, calculs sous - prépuceux

Traitement: chirurgie circoncision

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES

BOURRILLON A., CHERON G. (2002), Urgences Pédiatriques

BRUNNER et Al. (1998), Soins infirmiers, médecine et chirurgie, éd. Du Renouveau Pédagogique.

DESJACQUES (1958) Les occlusions aiguës post-opératoires précoces de l'intestin grêle, occlusions post opératoire du premier du premier mois, éd.

DOMART A et Al.(1981), Nouveau Larousse médical, éd. Librairie Larousse.

METTE. et Al,(1999) Premiers secours, conduites à tenir, éd. Malouine,

SAMANIA G.(2003) L'infirmier de bloc opératoire, éd. Malouine.