

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

MEMOIRE

EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS PRONOSTIQUES
DES COMPLICATIONS POST OPERATOIRES EN
REANIMATION DU CHU POINT G

Présentée et soutenue publiquement le 28/04/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Dr BAGAYOKO Adama.

Pour obtenir le Diplôme d'Etude Spécialisée
d'Anesthésie-Réanimation

Jury

Président : Pr DIANI Nouhoum
Membres : Pr KEITA Soumaila
: Pr MANGANE Moustapha Issa
Directeur de Mémoire : Pr COULIBALY Mahamadoun
Rapporteur : Pr TOURE Mamadou Karim

COLLEGE DES ENSEIGNANTS DE LA FILIERE ANESTHESIE-REANIMATION

Professeurs Titulaires :

- Monsieur Abdoulaye DIALLO (Retraité)
- Monsieur Col. Abdoulaye DIALLO (Retraité)
- Monsieur Youssouf COULIBALY
- Monsieur Djibo Mahamane DIANGO
- Monsieur Broulaye Massaoulé SAMAKE
- Monsieur Mohamed KEITA
- Monsieur Aladji Seidou DEMBELE

Maitre de conférences Agrégé

- Monsieur Moustapha MANGANE
- Monsieur Thiérno Madane DIOP
- Monsieur Mahamadoun COULIBALY
- Monsieur Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE

Maitres de Conférences

- Madame DOUMBIA Diénéba (Retraîtée)
- Monsieur Nouhoum DIANI
- Monsieur Seydina Alioune BEYE
- Monsieur Hammadoun DICKO
- Monsieur Mamadou Karim TOURE
- Monsieur Siriman Abdoulaye KOÏTA

Maitres-Assistants

- Madame Fadima Koureissi TALL
- Monsieur Mamadou Chiad CISSE
- Monsieur Daouda DIALLO

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

- Monsieur Abdoulaye TRAORE

Enseignants Associés

- Maître de recherche en Anesthésie-réanimation : Mr Boubacar Diallo
- Neurologie : -Mr Youssoufa MAIGA
- Gastro-entérologie : -Mr Moussa DIARRA T -Mr Anselme KONATE
- Infectiologie : -Mr Daouda K MINTA
- Cardiologie : Mr DIALL Ilo B -Mr MENTA Ichaka -Mr Ibrahima SANGARE
- Interniste / Endocrinologue : Pr Kaya Assetou SOUKHO
- Anatomiste / Chirurgien : Pr YENA Sadio
- Otorhinolaryngologie : Pr KEITA Mohamed A

Enseignants non permanents

- Professeur Hawa Meyer KEITA Paris (France)

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

Au Tout Puissant **Allah**, le Clément, le miséricordieux.

Ô ALLAH louange à Toi et toute ma reconnaissance pour la vie, la santé et tous les bienfaits que Tu nous as accordés en permanence.

Puisse **ALLAH** faire de moi un serviteur qui respecte ses recommandations et celles des hommes.

Au prophète MOHAMED bénédiction paix sur lui :

Notre prophète bien aimé ! Tu nous as apporté une lumière et une fierté d'être la meilleure des communautés de Dieu. Tu as accompli ta mission, il reste la nôtre et j'espère qu'ALLAH nous facilitera et qu'il nous gardera sur le droit chemin. Ce modeste travail est une manière de nous rapprocher de toi et d'ALLAH car la science est toujours une source de spiritualité.

A mon père : Dosso BAGAYOKO :

La patience, la combativité, la loyauté, l'honnêteté que tu nous as enseignée pour la bonne conduite du travail, est le fruit de ce résultat. Je ne peux que dire merci et merci car d'après Amadou Hampaté Bah « quelle que soit la valeur d'un sien fait à l'homme, il n'y a qu'un et un seul mot pour exprimer la profonde reconnaissance ; c'est merci. » Que Dieu te prête longue vie. Amen !

A ma Mère : Djoba BAGAYOKO

Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve pour toi aujourd'hui. Tu as tant souffert dans la vie, comme le petit oiseau reçoit sa nourriture du bec de sa mère, nous avons tous reçu de toi. Ta combativité, ton amour permanent et ton souci pour une bonne éducation font de toi une mère exemplaire. Ton exemple est décrit dans les livres mais rare dans la vie courante. J'ai eu la chance de t'avoir comme mère. Tu es partie mais, tu ne nous as jamais abandonnée, car nous te portons (tes enfants) dans nos cœurs, que la terre te soit légère.

A mes frères et sœurs : Merci pour votre soutien et vos prières.

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

A mes oncles et tantes : Merci de près ou de loin pour toutes vos bénédictions.

A notre cher coordinateur, professeur Coulibaly Youssouf

Un remerciement particulier et sincère pour tous vos efforts fournis. Vous avez toujours été présent. Que ce travail soit un témoignage de ma gratitude et mon profond respect.

A nos maîtres, professeur Keita, professeur Dicko, Pr Béye Aliou Seydina, professeur Diallo merci pour tous qu'ALLAH vous récompense. Un grand merci pour l'encadrement fourni et pour l'élaboration de ce document, ce fut un plaisir d'apprendre à vos côtés.

A tous les enseignants du DESAR, un grand merci pour l'enseignement reçu.

A mes très chers amis et collègues : Pour tous les forts moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce modeste travail en vous souhaitant beaucoup de bonheur et une bonne continuation.

A toute l'équipe de réanimation et du bloc opératoire du CHU Point-G.

Aux services anesthésie réanimation des hôpitaux de Bamako et Kati

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.

Je vous dédie ce travail modeste.....

LISTE DES ABBREVIATIONS:

ASAU: American Society of Anesthesiologists urgence

ASA : American society of anesthesiologists

ACR : Arrêt Cardio-respiratoire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

CPO : Complications post opératoires

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIVD : Coagulation Intravasculaire Disséminée

FC: Fréquence Cardiaque

FR: Fréquence respiratoire

HRP : Hématome rétro-placentaire

mm Hg : millimètre de mercure

mg : milligramme

OAP : œdème aigu du poumon

OMI : œdème des membres inférieurs

SPO2: Saturation Pulsée en oxygène

TVP : Thrombose veineuse profonde

TABLE DES MATIERES

- I. INTRODUCTION.....5
- II. OBJECTIFS.....7
- III. METHODOLOGIE.....8
- IV. RESULTATS.....13
- V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....31
- VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS37
- VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....39
- VIII. FICHE SIGNALETIQUE.....43

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u> : Données socio-démographiques.....	13
<u>Tableau II</u> : Les antécédents médicaux (ATCD).....	14
<u>Tableau III</u> : Antécédents chirurgicaux.....	14
<u>Tableau IV</u> : Classification d'Altémeier.....	15
<u>Tableau V</u> : Caractère de la chirurgie.....	15
<u>Tableau VI</u> : Type de chirurgie.....	15
<u>Tableau VII</u> : Indication chirurgicale.....	16
<u>Tableau VIII</u> : Classification ASA.....	16
<u>Tableau IX</u> : Evénements indésirables en per opératoire.....	17
<u>Tableau X</u> : Score de réveil d'Aldrète.....	17
<u>Tableau XI</u> : Paramètres cliniques.....	18
<u>Tableau XII</u> : Signes physiques	19
<u>Tableau XIII</u> : Délai de survenue des complications post opératoires.....	19
<u>Tableau XIV</u> : Types de complications post opératoires.....	20
<u>Tableau XV</u> : Complications respiratoires.....	20
<u>Tableau XVI</u> : Complications cardiovasculaires.....	20
<u>Tableau XVII</u> : Complications hémorragiques.....	21
<u>Tableau XVIII</u> : Complications infectieuses.....	21
<u>Tableau XIX</u> : Traitements reçus.....	21
<u>Tableau XX</u> : Evolution.....	22
<u>Tableau XXI</u> : Complications respiratoires et classification d'Altémeier.....	22
<u>Tableau XXII</u> : Complications cardiovasculaires et classification d'Altémeier.....	22
<u>Tableau XXIII</u> : Complications infectieuses et classification d'Altémeier...	23
<u>Tableau XXIV</u> : Complications rénales et classification d'Altémeier.....	23
<u>Tableau XXV</u> : Complications respiratoires et tranche d'âge.....	24
<u>Tableau XXVI</u> : Complications cardiovasculaires selon la tranche d'âge.....	24

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

<u>Tableau XXVII</u> : Complications infectieuses et tranche d'âge.....	25
<u>Tableau XXVIII</u> : Complications rénales selon la tranche d'âge.....	25
<u>Tableau XXIX</u> : Complications thromboemboliques selon le type de chirurgie.....	26
<u>Tableau XXX</u> : Complications infectieuses et type de chirurgie.....	26
<u>Tableau XXXI</u> : Complications cardiovasculaires et type de chirurgie.....	27
<u>Tableau XXXII</u> : Complications cardiovasculaires et type de chirurgie.....	27
<u>Tableau XXXIII</u> : Complications respiratoires et classification ASA.....	27
<u>Tableau XXXIV</u> : Complications cardiovasculaires et classification ASA...	28
<u>Tableau XXXV</u> : Complications infectieuses et classification ASA.....	28
<u>Tableau XXVI</u> : Evolution et complications cardiovasculaires.....	29
<u>Tableau XXVII</u> : Evolution et classification d'Altémeier.....	29
<u>Tableau XXVIII</u> : Evolution et classification ASA.....	30

I. INTRODUCTION

Les complications post opératoires (CPO) se définissent par l'apparition des phénomènes (incidents ou accidents) nouveaux survenant dans les suites opératoires immédiates avec l'aggravation de la situation antérieure par leur morbidité et leur mortalité. Elles sont réparties en complications précoces et tardives selon leur délai de survenue [1].

Les CPO précoces constituent un handicap pour les malades. Elles peuvent entraîner une situation critique pour un opéré récent, car elles nécessitent une reprise chirurgicale dans 13% à 35% des cas [1, 2].

En dépit d'énormes progrès dans le domaine de la technique opératoire, de la mise au point des matériels sophistiqués de stérilisation des instruments et linges chirurgicaux, de l'application des principes universels d'asepsie dans les blocs opératoires, les CPO restent en général fréquentes [3].

En Amérique, Wanzel [4] et Pittman-Waller [5] ont rapporté des taux respectifs de complications post opératoires de 39% et 32% en 2000. En Europe, J-C. Renggli [6] et Markus P. M. [7] ont rapporté respectivement en 2003 et en 2005 des taux de 23,3% et 29,5%.

En Asie, So [8] a rapporté un taux de 26% après une étude sur les appendicectomies compliquées.

Au Sud du Sahara les CPO sont dominées par les infections post opératoires. Dem A. [9] au Sénégal et Mehinto [10] au Bénin ont enregistré en 2001 des taux de complications respectifs de 11,6% et 20,9 % après appendicectomie et intervention de Wertheim, avec un taux d'infection post opératoire de 76% et de 34,9 %.

Au Mali, le taux de CPO était de 74,8 % avec 54,7% d'infections post opératoires retrouvées après une étude menée en 1995 dans le service d'urologie du CHUdu Point G [11, 12].

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

Les complications post opératoires constituent un problème majeur visant à compromettre le succès de la chirurgie, à augmenter la durée d'hospitalisation, le coût de la prise en charge, et le taux de morbi-mortalité post opératoire. Elles constituent des indicateurs importants de la qualité de l'intervention et des soins post opératoires [2]. Toutefois plusieurs zones d'ombre persistent aussi bien sur la morbidité post-opératoire dans les hôpitaux de district que sur la nature des complications enregistrées dans ces structures.

Ainsi, nous avons proposé de mener cette étude afin d'atteindre les objectifs suivants.

II. OBJECTIFS

1) Objectif général

Etudier les complications post opératoires en réanimation

2) Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence et les types de complications post opératoires
- Décrire les facteurs de risque de survenu des complications post opératoires et leur prise en charge.
- Préciser le profil épidemio-clinique et le traitement des CPO.
- Déterminer les facteurs pronostiques des complications post opératoires

III. METHODOLOGIE

1) Cadre d'étude

L'étude a été réalisée dans le service Réanimation du CHU Point-G.

2) Type et période d'étude Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à collecte rétrospective qui s'est déroulée sur une période de 12 mois.

3) Population d'étude

Elle était constituée de l'ensemble des patients opérés pendant la période d'étude.

4) Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude, les patients de tout âge et des deux sexes admis en Réanimation après une intervention chirurgicale, quel que soit le type de chirurgie avec survenue d'une complication en post opératoire

Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude : les patients n'ayant pas présenté de complications post opératoires, les patients admis en réanimation pour une pathologie médicale, les décès constatés à l'admission.

5) Technique d'étude :

✚ Matériel Supports

Les supports exploités étaient : la fiche de consultation d'anesthésie, la fiche d'anesthésie, le registre d'hospitalisation, le dossier médical de la réanimation et la fiche de surveillance et de traitement. Une fiche d'enquête était élaborée et testée selon les objectifs de l'étude. Elle comportait trois parties :

✚ Pré opératoire comportant :

- les données sociodémographiques
- les antécédents médicaux
- l'indication opératoire
- la classification ASA

✚ Per opératoire comportant :

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

- le type de chirurgie selon la spécialité
- le type de chirurgie selon la classification d'Altmeier
- le caractère de la chirurgie (programmée ou en urgence)
- la durée de l'intervention chirurgicale
- le geste chirurgical réalisé
- la technique anesthésique
- les évènements indésirables
- 🚦 Post opératoire comportant :
 - le motif d'admission
 - les différents types de complications post opératoires
 - la clinique de ces complications post opératoires
 - le délai de survenue de ces complications post opératoires
 - le résultat des examens biologiques et/ou radiologiques réalisés
 - le traitement
 - la durée d'hospitalisation
 - le devenir du patient.

6-2 Méthode

La méthode utilisée au cours de l'étude consistait au recrutement des patients ayant présenté des complications post opératoires au niveau du service de Réanimation, d'identifier le type de complications, de rechercher les facteurs de risque, de décrire la prise en charge et d'établir un pronostic. Les complications étaient classées selon le délai de survenue en :

- Complication post opératoire précoce : survenant dans un délai de 72heures après l'intervention chirurgicale. (J0-J3)
- Complication post opératoire tardive : survenant à plus de 72heures après l'intervention chirurgicale. (>J3).

Mode de recrutement des complications :

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

Les différents types de complications post opératoires étaient recherchés dans les dossiers archivés des patients opérés et hospitalisés en réanimation, ainsi que le délai de survenue, la prise en charge et l'évolution de ces complications.

Les facteurs de risque étaient recherchés sur la fiche de consultation d'anesthésie et la fiche d'anesthésie retrouvées aussi dans les archives.

Critères opérationnels de recrutement des différents types de complications :

➤ Complications rénales :

Insuffisance rénale créatininémie ≥ 200 micromoles/l

Clairance de la créatinine < 60 ml/min \pm Oligo-anurie (diurèse < 500 ml/24h)

➤ Complications infectieuses

Sepsis : Infection primitive décelée, $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$ ou $T^{\circ} < 35^{\circ}\text{C}$, $\text{FR} > 20$ cycles/min, $\text{FC} > 100$ batt/min, atteinte d'un organe cible Infection urinaire $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$, pyurie et/ou ECBU : identification du germe en cause Suppuration présence de pus sur la plaie opératoire pariétale

➤ Complications cardio- circulatoires : $\text{PAS} < 80$ mmhg, $\text{FC} > 100$ batt/min, $\text{FR} > 20$ cycles/min, Etat de choc pouls rapide et filant, froideur des extrémités, \pm cyanose et Oligo-anurie, Collapsus $\text{PAS} < 80$ mmhg, tachycardie ($\text{FC} > 100$ batt/min cardiovasculaire)

➤ Complications digestives :

Fistule digestive déversement du contenu digestif sur la peau à travers la Plaie opératoire.

Occlusion :

Douleur abdominale, arrêt des matières et des gaz, intestinale distension abdominale, \pm signes d'état de choc

➤ Complications anesthésiques

Retard de réveil Score de réveil d'Aldrete ≤ 7 à l'admission en réanimation.

➤ Complications respiratoires

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

Détresse : FR>20 cycles/min, + signes de lutte respiratoire (tirage respiratoire inter et sous costal, balancement thoraco-abdominal, battements des ailes du nez) ± hypoxémie (SPO₂<95%) bronchospasme Toux, sibilants expiratoires pneumopathie FR>20 cycles /min, T°>38°C, FC>100batt/min, râles crépitants à l'auscultation pulmonaire ± sécrétions bronchiques purulentes.

Radiographie du thorax : opacités alvéolaires

NFS : hyperleucocytose (GB> 10000/mm³)

Syndrome de Mendelson : Détresse respiratoire, râles crépitants et Ronchis à l'auscultation pulmonaire, hypoxémie, tachycardie, aspiration bronchique de liquide gastrique

OAP : Détresse respiratoire, râles crépitants en marée montante, FR>20 cycles/min, hypoxémie

➤ Complications neurologiques : AVC : Déficit neurologique ± crises convulsives, coma (score de GLASGOW<8), Scanner cérébral : montrant le type d'AVC

➤ Complications hémorragiques :

Hémorragie génitale active après une césarienne post partum
Hémopéritoine Conjonctives pâles, distension abdominale, ± signes de choc
Echographie abdominale : confirmant le diagnostic d'hellp syndrome Ictère, urines hématiques Bilan hépatique (ASAT, ALAT, bilirubine totale et conjugué) ; Taux de plaquettes <150000/mm³

Hématome : Déficit neurologique± coma (score de GLASGOW<8) cérébral Scanner cérébral confirmant le diagnostic.

7- Variables étudiées

a- Variables qualitatives

- Sexe
- Antécédents
- Indication opératoire
- Type de chirurgie selon la spécialité
- Classe d'Altmeier
- Caractère de la chirurgie (programmée ou en urgence)
- Technique anesthésique
- Evènements indésirables
- Geste chirurgical réalisé
- Différents types de complications post opératoires
- Motif d'admission
- Etat général
- Examen physique
- Résultat de l'imagerie (radiographie, échographie, scanner)
- Traitements et mesures de réanimation (intubation oro-trachéale, trachéotomie, oxygénothérapie, ventilation mécanique, catécholamines, remplissage vasculaire, antalgiques, antibiotiques, héparines, transfusion sanguine, autres)
- Devenir du malade.

b- Variables quantitatives

- Age
- Classe ASA
- Durée de l'intervention chirurgicale,
- Paramètres monitorés à l'admission en réanimation (SRA, FC, FR, TA, SPO2, T°, diurèse)
- Résultat des bilans biologiques réalisés (glycémie, créatininémie, NFS)

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

- Délai de survenue des complications
- Durée d'hospitalisation.

8- Gestion et analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel SPSS 17.0.

Les graphiques ont été réalisés à partir du logiciel Excel 2007.

Le test statistique utilisé pour la comparaison des variables a été le Chi carré.

Le test était significatif pour une valeur de $p < 0,05$

IV. RESULTATS

1) Fréquence

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 216 admissions en post-opératoire parmi lesquels 60 cas de complications soit 28% de l'ensemble des patients opérés admis en réanimation.

A. Statistique descriptive

2) Données socio-démographiques

Tableau I : Données socio-démographiques

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Tranche d'âge	16-26	3
	27-37	18
	38-48	11
	49-59	13
	Plus de 60	15
Total	60	100
Genre	Homme	21
	Femme	39
	Total	60
Motif d'admission	ACR	3
	Instabilité hémodynamique	11
	Choc hémorragique	27
	Sepsis	19
	Total	60

3) Facteurs de risques

Tableau II : Les antécédents médicaux (ATCD)

ATCD médicaux	Effectif	Pourcentage (%)
HTA	12	20
Diabète	7	11
Drépanocytose	2	3
Asthme	1	2
Insuffisance mitrale	1	2
Aucun	37	61
Total	60	100

Tableau III : Antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Césarienne	12	20
Laparotomie	10	17
Cure de hernie	2	3
Hystérectomie	2	3
Drainage thoracique	1	2
Aucun	33	55
Total	60	100

Tableau IV : Classification d'Altémeier

Altémeier	Effectif	Pourcentage (%)
Altémeier 1	3	3,3
Altémeier 2	38	63,3
Altémeier 3	10	16,7
Altémeier 4	9	15,0
Total	60	100,00

Tableau V : Selon la programmation

Anesthésie	Effectif	Pourcentage (%)
Programmé	17	28
Urgence	43	72
Total	60	100,00

Tableau VI : Type de chirurgie

Chirurgie/spécialité	Effectif	Pourcentage (%)
Gynécologique	29	48
Digestive	28	47
Urologique	2	3
Thoracique	1	2
Total	60	100,00

Tableau VII : Indication chirurgicale

Indication chirurgicale	Effectif	Pourcentage (%)
Souffrance fœtale	17	28
HRP	12	20
Tumeurs digestives	7	11
Péritonite	6	10
Occlusion intestinale	5	8
Tumeur rénale	3	5
Pelvipéritonite	2	3,3
Rupture utérine	2	3,3
Anévrisme de l'aorte abdominale	1	1,7
AOMI	1	1,7
Eviscération post opératoire	1	1,7
Fistule vesico-vaginale	1	1,7
hémopéritoine	1	1,7
Panchy-pleurite	1	1,7
Plaie pénétrante	1	1,7
Total	60	100,00

Tableau VIII : Classification ASA

ASA	Effectif	Pourcentage (%)
ASA1U	2	3
ASA2U	41	68
ASA1	5	8
ASA2	8	13
ASA3	4	7
Total	60	100,00

Tableau IX : Evénements indésirables en per opératoire

Evénements indésirables	Effectif	Pourcentage (%)
Hypotension	41	68
Collapsus	10	17
ACR	4	7
Poussée hypertensive	2	3
Tachycardie	2	3
Désaturation	1	2
Total	60	100,00

Tableau X : Score de réveil d'Aldrète

Aldrete	Effectif	Pourcentage (%)
≤ 7	39	65
> 7	21	35
Total	60	100

4) Données cliniques

Tableau XI : Paramètres cliniques en post-opératoire

Constantes	Effectif	Pourcentage (%)
Pression artérielle (mm Hg)		
PA < 90/50	30	50,0
Normale (100/55)	19	31,7
PA > 140/90	4	6,7
Imprenable	7	11,7
Fréquence cardiaque (bpm)		
FC < 50bpm	2	3,3
Normale (50-100)	9	15,0
FC > 100bpm	49	81,7
Température (°C)		
T° < 35°C	26	43,3
]36- 37,5°C [32	53,3
T° ≥ 38	2	3,3
Fréquence respiratoire		
FR > 25cycle/min	17	28,3
FR < 12cycle/min	2	3,3
Normale	41	68,3
Saturation pulsée en oxygène (%)		
SPO₂ < 95	45	75
SPO₂ ≥ 95	15	25

Tableau XII : Signes physiques en post opératoire

Signes physiques	Effectif	Pourcentage (%)	
Examen Cardiovasculaire			
Tachycardie	49	81,66	
Bradycardie	2	3,33	
Extrémités froides	1	1,66	
Troubles du rythme	5	8,33	
OMI	3	5	
Examen Respiratoire			
Polypnée	4	40	
Râles Crépitants	5	50	
Ronchi	1	10	
Examen Neurologique			
Hémiplégie	2	12,5	
Aphasie	1	6,25	
ROT abolis	4	25	
Crises convulsives	9	56,25	
Conscience	GSC=15	31	51,7
	GSC=14-12	12	20
	GSC≤ 11	17	28,3

Tableau XIII : Délai de survenue des complications post opératoires

Jour	Effectif	Pourcentage (%)
J0-J3	54	90,00
> J3	6	10,00
Total	60	100,00

Tableau XIV : Types de complications post opératoires

Complications post op	Effectif	Pourcentage (%)
Cardiovasculaires	50	90
Hémorragiques	27	45
Infectieuses	14	23
Respiratoires	9	15
Rénales	5	8

Tableau XV : Complications respiratoires

Complications respiratoires	Effectif(n=9)	Pourcentage (%)
Pneumopathie	5	56
Syndrome de Mendelson	1	11
OAP	3	33
Total	9	100

Tableau XVI : Complications cardiovasculaires

Complications cardiovasculaires	Effectif	Pourcentage (%)
Etats de choc	30	60
Collapsus	15	30
ACR	4	8
Poussée hypertensive	1	2
Total	50	100

Tableau XVII : Complications hémorragiques

Complications hémorragiques	Effectif(n=27)	Pourcentage (%)
Etat de choc	17	63
CIVD	10	37
Total	27	100,00

Tableau XVIII : Complications infectieuses

Complications infectieuses	Effectif(n=14)	Pourcentage (%)
Pneumopathie	6	43
Péritonite secondaire	5	36
Suppuration pariétale	2	14
Infection urinaire	1	7
Total	14	100,00

5) Données thérapeutiques

Tableau XIX : Traitements reçus

Traitements reçus	Effectif	Pourcentage (%)
Oxygénothérapie	58	96,7
Remplissage vasculaire	55	91,66
Catécholamines	43	71,66
Analgésie	60	100,00
Antibiothérapie	33	55,00
Thrombo-prophylaxie	57	95,00
Transfusion	45	75,00

6) Evolution

Tableau XX : Evolution

Evolution	Effectif	Pourcentage (%)
Vivant	46	77
Décès	14	23
Total	60	100,00

B. Analyse statistique

Tableau XXI : Complications respiratoires et classification d'Altémeier

Altémeier	Complications respiratoires				Total
	Pneumopathie	OAP	Syndrome de Mendelson	Absence	
Altémeier 1	0	0	0	3	3
Altémeier 2	4	1	1	32	38
Altémeier 3	1	0	0	9	10
Altémeier 4	1	1	0	7	9
Total	6	2	1	51	60

Khi-2= 38,120 ddl= 21 p= 0,012

Tableau XXIV : Complications rénales et classification d'Altémeier

Altémeier	Complications rénales		Total
	OUI	NON	
Altémeier 1	0	3	3
Altémeier 2	2	36	38
Altémeier 3	1	9	10
Altémeier 4	0	9	9
Total	3	57	60
Khi-2= 14,135		ddl= 7	p= 0,049

Tableau XXV : Complications respiratoires et tranche d'âge

Tranche d'âge	Complications respiratoire				Total
	Pneumopathie	OAP	Syndrome de mendelson	Absence	
16-26ans	0	0	0	3	3
27-37ans	4	0	1	13	18
38-48ans	0	1	0	10	11
49-59ans	0	1	0	12	13
>60ans	2	0	0	13	15
Total	6	2	1	51	60
Khi-2= 2,052		ddl= 6	p= 0,915		

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

Tableau XXXIV : Complications cardiovasculaires et classification ASA

Classification ASA	Complications cardiovasculaires				Total
	Collapsus	Etat de choc	ACR	Absence	
ASA1U	1	0	0	0	2
ASA2U	9	22	0	10	41
ASA1	0	3	2	0	5
ASA2	0	8	0	0	8
ASA3	4	0	0	0	4
Total	14	33	2	10	60
Khi-2= 5,796		ddl= 6		p= 0,446	

Tableau XXXV : Complications infectieuses et classification ASA

Classification ASA	Complications infectieuses				Total
	Péritonite	Infection pulmonaire et urinaire	Supp pariétale	Absence	
ASA1U	1	0	0	1	2
ASA2U	0	9	1	31	41
ASA1	0	0	0	5	5
ASA2	0	0	0	8	8
ASA3	0	3	0	1	4
Total	1	12	1	46	60
Khi-2= 0,889		ddl= 4		p= 0,92	

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

Tableau XXXVI : Evolution et complications cardiovasculaires

Complications cardiaques	Evolution		Total
	Vivant	Décédé	
Etat de choc	30	9	39
Collapsus cardiovasculaire	15	0	15
ACR	4	1	5
Poussée hypertensive	1	0	1
Total	50	10	60
Khi-2= 9,922	ddl= 3		p= 0,019

Tableau XXXVII : Evolution et classification d'Altémeier

Altémeier	Evolution		Total
	Vivant	Décédé	
Chirurgie propre (=1)	2	0	2
Chirurgie propre contaminée (=2)	30	8	38
Chirurgie contaminée (=3)	8	3	11
Chirurgie sale (=4)	5	4	9
Total	45	15	60
Khi-2= 2,98	ddl= 3		p= 0,394

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

Tableau XXXVIII : Evolution et classification ASA

Classification ASA	Evolution		Total
	Vivant	Décédé	
ASA1U	2	0	2
ASA2U	38	3	41
ASA1	4	1	5
ASA2	1	7	8
ASA3	0	4	4
Total	45	15	60

Khi-2= 1,970 ddl= 2 p= 0,373

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à collecte rétrospective, portant sur les patients admis dans le service de réanimation CHU POINT G pour une prise en charge des complications post opératoires. Elle s'est déroulée sur une période de 12 mois, du 01 janvier 2022 au 31 décembre 2022.

✚ Fréquence des complications post opératoires :

Dans notre étude, la fréquence des complications post opératoires était de **28%**. Ce résultat est différent de ceux de Gillon JF, Markus PM [39], Renggli JC[6], Mark A[7], Assouto P et al[40] ; Traore A et al[41] et NWEMBE MESSA Lorraine[45] qui ont respectivement trouvé 28%, 29,5%, 30,3%, 25,3% ; 15,4% et 55,1%. Cette différence pourrait s'expliquer par : l'hétérogénéité des différentes études, certaines études étant faites par pathologie ou groupe de pathologies ; d'autres études ne prenant en compte que les malades opérés en urgence ou les malades opérés « à froid ».

✚ L'âge des patients

L'âge moyen de nos patients était de **40,18ans**. Ce résultat est superposable à ceux rapportés par ASSOUTO [40] et RASAMOELINA [43] NWEMBE MESSA Lorraine [45] 33ans mais inférieur à ceux de TRAORE [16] et de PROSKE [42]. Cette différence peut s'expliquer également par l'hétérogénéité des différentes études mais aussi par la prédominance dans notre série des affections gynécologiques touchant une population de femme jeune qui ne font pas correctement les consultations prénatales

✚ Le sexe des patients :

Le sexe ratio était de 0,54 en faveur du sexe féminin. Ce résultat est différent de celui rapporté par ASSOUTO [40] où le sex-ratio est en faveur du sexe masculin, et semblable à ceux de MBIANDOUN NGATCHA [12] ; NWEMBE MESSA Lorraine [45] et de OURO-BANG'NA MAMAN [38]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que cette étude et celles rapportées par

MBIANDOUN NGATCHA [12] et OURO-BANG'NA MAMAN [38] ont pris en compte tous les types de chirurgie, notamment la chirurgie gynécologique alors que l'étude rapportée par ASSOUTO [40] ne s'est intéressée qu'à la chirurgie digestive.

L'indication chirurgicale :

La souffrance fœtale était l'indication chirurgicale la plus représentée avec 28% ce résultat est différent de celui de NWEMBE MESSA Lorraine [45] qui avait retrouvé 22,1%. Cela peut s'expliquer par l'état morbide des patients à l'admission et le retard de prise en charge chirurgicale, ce qui favoriserait la survenue de complications en post opératoire.

La classification d'Altmeier :

La chirurgie propre contaminée était la plus représentée soit **68%** ce résultat surpasse celui de NWEMBE MESSA Lorraine [45] qui avait retrouvé 38,9%. Ce résultat est différent de ceux rapportés par TOURE [44] (25% de chirurgie sale) et TRAORE [41] (59,3% de chirurgie sale). Cette différence s'expliquerait par le fait que toutes les spécialités chirurgicales sont prises en compte dans cette étude, alors que les études rapportées par TOURE [44] et TRAORE [41] n'ont pris en compte que la chirurgie digestive où la plupart des pathologies prises en urgence sont de la classe IV d'Altmeier.

Le caractère de la chirurgie :

La chirurgie était pratiquée en urgence chez 72% des patients. Ce résultat est inférieur avec celui rapporté par ASSOUTO [40] ($p=0,5$) où la chirurgie est pratiquée en urgence chez 89,2% des patients et NWEMBE MESSA Lorraine [45] qui rapportait 87,6% de chirurgie d'urgence. Aux vues de ces résultats, nous pouvons dire que la chirurgie en urgence est un facteur de risque de complications post opératoires, car toutes les conditions de bonne préparation ne sont pas réunies (prédispositions de produits sanguins et dérivées, conditions d'asepsies) pour la prise en charge de ces patients.

Le score ASA :

Permettant d'évaluer l'aptitude du patient à supporter une intervention chirurgicale ou pas, la classe ASA est un facteur prédictif de complications surtout de mortalité postopératoire.

Les patients classés ASA2u représentaient **68,33%**. Ce résultat diffère de celui de NWEMBE MESSA Lorraine [45] qui trouvait ASA1u à 54,9% Contrairement aux résultats rapportés par OURO- BANG'NA MAMAN [38] et TRAORE [41] où la majorité des patients sont classés ASA3 et 4. Cette différence s'expliquerait par le fait que dans notre étude, la majorité des patients étaient opérés en urgence.

Le type d'anesthésie :

L'anesthésie générale était réalisée chez 90% des patients. Ce résultat est semblable aux données de la littérature [21,25] et celle de MBIANDOUN NGATCHA [12] avec 97,9% ; NWEMBE MESSA Lorraine [45] avec 93,6%. L'anesthésie générale peut être un facteur de risque de complications post opératoires par ses effets résiduels sur les fonctions respiratoires, cardiaques et neurologiques : tels que le syndrome de Mendelson et le retard de réveil.

Le délai de survenue des complications :

Les complications étaient survenues dans un délai inférieur ou égal à 3 jours chez 90% des patients. NWEMBE MESSA Lorraine [45] avait retrouvé 84% ; ASSOUTO et al [40] ont rapporté que 74,7% des complications sont survenues avant le 3^{eme} jour post opératoire. Ces résultats similaires pourraient s'expliquer par le fait que dans les deux études les complications cardiocirculatoires, notamment L'HTA et les états de choc étaient majoritaires et étaient survenus généralement en post opératoire immédiats ; Les fréquences des complications infectieuses et digestives sont superposables à celles de MBIANDOUN NGATCHA [12] car les deux études ont pris en compte plusieurs types de

chirurgies. La fréquence des complications infectieuses est presque égale à celle rapportée par ASOUTO [40] Car les pathologies chirurgicales digestives opérées en urgence sont très pourvoyeuses de complications infectieuses. Cela peut s'expliquer par l'état morbide des patients au moment du diagnostic, au retard de prise en charge dans notre contexte africain et au manque d'asepsie au bloc opératoire. La fréquence des complications hémorragiques était de 52,2%. Nous avons retrouvé 15,9% de complication rénales a type d'insuffisance rénale, 1,8% de complications neurologiques principalement des AVC et 4,4% de complications respiratoires.

La prise en charge :

A l'admission, tous les patients étaient conditionnés et monitorés, avec surveillance des paramètres hémodynamiques (PA, FC, FR, SPO2), la température et la diurèse. La réanimation initiale en fonction du tableau clinique, était systématique chez tous les patients.

La noradrénaline était administrée chez 36,3% des patients qui avaient présenté un état de choc hypovolémique ou septique. Un remplissage vasculaire était effectué chez 11,5% des patients, pour corriger l'hypovolémie.

Une analgésie simple ou multimodale était pratiquement effectuée chez tous les patients, en fonction de l'EVA ou de l'EVS. Les antalgiques utilisés étaient le paracétamol, le néfopam, le tramadol et la morphine.

Des antibiotiques étaient administrés chez 97,3% des patients. Ce taux élevé peut s'expliquer par la pratique d'une antibioprophylaxie et antibiothérapie probabiliste en post opératoire constatée au cours de l'étude.

Une héparinothérapie était effectuée chez 81 patients soit 71,7% pour la prévention de la maladie thromboembolique veineuse. Les héparines utilisées étaient les HBPM ou les HNF.

Une transfusion sanguine était réalisée chez 46,9% des patients, soit pour complication hémorragique ou pour une anémie mal tolérée.

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

Une corticothérapie était réalisée chez 5,6 % des patients, soit après une complication respiratoire, ou après un HELLP syndrome pour permettre la régénération des plaquettes.

Les corticoïdes utilisés étaient la dexaméthasone et la méthylprednisolone.

Evolution :

L'évolution était favorable chez 76,7% des patients. Nous avons enregistré 14 décès, soit un taux de mortalité de 23,3%. Ce taux de mortalité élevé moindre à ceux de la littérature africaine : ASSOUTO [40] et RASAMOELINA [43] ont rapporté respectivement 49% et 37,5% de taux de mortalité et proche de celui de NWEMBE MESSA Lorraine [45] qui avait rapporté 29,2%. Cela peut s'expliquer par le faible niveau du plateau technique, le retard de diagnostic, et prise en charge des malades.

L'indice IMAGE (indice de mortalité abaissé par une gestion efficace des complications) proposé par GILLION [39] reste encore élevé dans cette étude (70,6%). Cet indice traduit l'aptitude, la capacité et l'efficacité d'une équipe à gérer les complications et à réduire le taux de décès attendus. Cet indice est égal au quotient obtenu entre la différence du nombre de patients compliqués et décédés sur le nombre des patients compliqués : La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,43 jours avec des extrêmes de 1 à 36 jours. Elle était inférieure ou égale à 3 jours chez la majorité des patients, soit 90%.

Le Pronostic :

Le pronostic des patients était statistiquement lié à la nature de la complication :

- Infectieuse (P= 0,01)

Le pronostic des patients n'était statistiquement pas lié à la nature de la complication :

- Respiratoire (p= 0,15)
- Cardiocirculatoire (p=0,32)
- Hémorragique (p= 0,21)

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

Les états de choc étaient responsables de 38,9% de décès, l'insuffisance rénale de 15,9%, les complications respiratoires de 4,4% et les complications infectieuses de 14,2%. Nous constatons que le décès de la majorité des patients est lié aux états de choc, aux complications infectieuses, respiratoire et à l'insuffisance rénale. Ce résultat est semblable à celui rapporté par ASSOUTO [40] où il existe une prédominance des états de choc (42,5%), des complications respiratoires (17,5%), des complications infectieuses (16,2%) et l'insuffisance rénale (3,8%) parmi les causes de décès. Cela peut s'expliquer par : l'inaccessibilité aux soins, l'état morbide des patients à l'admission, le retard de prise en charge des patients, l'environnement septique des salles d'hospitalisation et l'utilisation inadaptée des antibiotiques.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

L'étude nous a permis de faire l'état des lieux des complications post opératoires dans le service de réanimation du CHU POINT G.

Les complications cardiovasculaires et hémorragiques étaient les plus fréquentes. Les jeunes et le sexe féminin étaient les plus représentés. Les facteurs de risque identifiés étaient : la chirurgie en urgence, les classes ASA2U et ASA3U et les classes d'Altémeier III et IV.

L'évolution était favorable chez la majorité des patients. La prédominance des complications médicales comme facteurs létaux prédictifs, montre bien qu'une prise en charge médicalisée efficace peut améliorer le pronostic. Le pronostic dépend de la nature et de la gravité de la complication.

Recommandations

Au terme de cette étude, nous retenons que les complications post opératoires restent une cause importante de morbi-mortalité. Elles peuvent être évitées, d'où les recommandations suivantes :

Aux autorités politiques et sanitaires

- La formation du personnel de santé de niveau 1 dans le diagnostic précoce des pathologies chirurgicales et la référence aux centres de prise en charge spécialisées.
- L'amélioration du plateau technique chirurgical, biologique, radiologique et de réanimation.
- L'accès facile à la banque de sang et la bonne disponibilité de son personnel.

Au personnel chirurgical

- Le respect strict des mesures d'asepsie au bloc opératoire.

Au personnel anesthésiste

- L'évaluation et la préparation rigoureuse des patients avant l'intervention chirurgicale.
- La fonctionnalité effective de la salle de surveillance post interventionnelle.
- Le rapport fidèle sur la fiche d'anesthésie de tous les évènements indésirables survenus au bloc opératoire.

Au personnel médical du service de réanimation

- Prise en charge adaptée des patients en post opératoire pour diminuer le taux de morbi-mortalité.
- L'utilisation des antibiotiques sur la base d'un antibiogramme.
- L'archivage correct des dossiers.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Adriamanarivo ML, Rabenasolo MV, Rantolalala HYH, Andianandrassana A.** La chirurgie pédiatrique dans un centre hospitalier de district de niveau II(CHU II) de Madagascar. *Med Af. Noire*, 2004; 51 (11)609-610.
2. **Balique JG.** Ré-interventions par laparoscopie pour complications post opératoires en chirurgie digestive après une première intervention pratiquée par laparoscopie. *E-mémoires de l'académie Nationale de Chirurgie*, 2005; 4 (4) : 69.
3. **Coulibaly Y, Keita S, Diakita I, Kante L, Ouattara Y, Diallo G.** Complications post-opératoires en chirurgie pédiatrique au CHU Gabriel TOURE. *Mali médical*, 2008; 23, (4): 57-59.
4. **WANZEL K. R., JAMIESON C. G., BOHMEN JM** Complications in General Surgery service : incidence and reporting *Can.J surg* 2000 APR ; 43(2) :113-7.
5. **PITTMAN-WALLER VA, MYERS JG, STEWART RM, DENT DL, PLAGÉ CP, GRAY GA, PRUITT BA JR, ROOT HD** Appendicitis: why so complicated? Analysis of 5755 consecutive appendicectomies. *Am.surg.* 2000; 66 (6):548-54.
6. **J.-C RENGGLI, F.CHEVRE, X.DELGADILLO, J.-B LEKEUFACK, M. MERLINI.** Analyse prospective des complications post opératoires (CPO) fondées sur un collectif de 10 066 patients. *Annale de chirurgie* 2003 ; 128 : 488 – 518
7. **MARKUS PM, MARELL J, LEISTER I, HORSTMANN O, BRINKER J, BECKER H.** Predicting post operative morbidity by clinical assessment. Department of General Surgery, Georg-August Universitat Goettingen, RobertKochstrasse 40, 37075 Goettingen, Germany. pmarkus@med.uni-goettingen.de

8. **SO JB, CHIONG EC, CHIONG E, CHEAH WK, LOMANTO D. GOH P., KUM CK.** Laparoscopic appendicectomy for perforated appendicitis. *World J. Surg.* 2002; 26(12): 1485-8.
9. **Ndayisaba G, Bazira L, Gahongano G.** Bilan des complications infectieuses en chirurgie générale: analyse d'une série de 2218 interventions. *Med Afr Noire.* 1992;39(8/9):571-3.
10. **Chichom Mefire A, Masso Misse P, Pishoh C, Pagbe JJ, Essomba A, Takongmo S, et al.** Réinterventions de chirurgie abdominale en milieu défavorisé : indications et suites opératoires (238 cas). *J Chir.* août 2009;146(4):387-91.
11. **TCHALLA ABALO E.** Les complications post Opératoires précoces dans leService de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré, Thèse Méd., Bamako 2006 ; N°5.
12. **MBIANDOUN NGATCHA S.** Complications post opératoires en milieu de réanimation : profil épidémioclinique et pronostique, Thèse Méd., Bamako 2013; N°5
13. **GOUIN F, GUIDON C, BONNET M, GRILLO P.** Complications post opératoires précoces et leur prévention. *Traité d'anesthésie générale*, édition2004 ; partieV, chap11 : 2-36.
14. **LAROUSSE MEDICAL.** Dictionnaire français de médecine. Edition Antoine Caron 2006 : 107, 229, 370, 529, 875.
15. **CROS A M, SEMJEN F, SZTARK F.** Réveil post opératoire. *Traité d'anesthésie générale*, édition 2004 ; partie IV, chap15 : 2-14.
16. **JANNY S, DAHMANI S, COHEN J et al.** Complications respiratoires aprèshépatectomie. *Annales Française d'Anesthésie-Réanimation* 2007 : 161-65.
17. **PAUGAM-BURTZ C.** Complications respiratoires post opératoires. *SociétéFrançaise d'Anesthésie-Réanimation*, conférence d'actualisation 2009. Edition Paris, Elsevier : 3-15.
18. **ZETLAOUI P-J. Salle de surveillance post interventionnelle, In : KAMRANSAMII.** *Traité d'Anesthésie et de Réanimation chirurgicale.* Edition Flammarion 2003 : 354-55.
19. **DUREUIL B.** Les complications respiratoires du réveil. *Société Française*

- d'Anesthésie-Réanimation, conférence d'actualisation 1998. Edition Paris, Elsevier : 153-56.
20. **JAYR C, BOURGAIN J L, LASSER P, TRUFFA-BACHI J.** Evaluation du risque de complications pulmonaires après chirurgie abdominale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 1990 ; 9 : 106-9.
 21. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.** Pratique chirurgicale de base dans les structures à moyens limités. Edition 2011 : 228-49.
 22. **JEAN-LOUIS VINCENT.** Le manuel de réanimation, soins intensifs et médecine d'urgence. 2e édition : 55-66, 123-84.
 23. **STEPHAN F.** Complications postopératoires de la chirurgie pulmonaire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2002 ; 11 : 40-8.
 24. **G Hilbert, F Vargas.** Pneumopathie d'inhalation. Société Française d'Anesthésie-Réanimation, conférence d'actualisation 2006. Edition Paris, Masson : 152-56.
 25. **MANUILA A, MANUILA L, NICOLAS M, LAMBERT H.** Dictionnaire français de médecine et de biologie tome I. Edition Masson et Cie 1971 : 324
 26. **REZAGUIA S, JAYR C.** Prévention des complications respiratoires après chirurgie abdominale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 1996 ; 15 : 623-46.
 27. **JAYR C, REZAGUIA S.** Complications respiratoires postopératoires. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 1999 ; 12 : 155-75.
 28. **BLANLOEIL B, ROZEC G, LANDE.** Arythmies en réanimation chirurgicale, In : POURRIAT J-L, MARTIN C. Principes de réanimation chirurgicale. Edition Paris, Arnette 2005 : 404-05.
 29. **CHASSOT P-G, BERNATH M-A, LYON X, ALBRECHT E.** Système cardiovasculaire et anesthésie. Manuel pratique d'Anesthésie 2008 ; chap 25 : 325-90.
 30. **GLINZ W, PASCH T, SCHEIDEGGER D, SUTER P M, ZELLWEGER G.** Check-list Réanimation chirurgicale. Edition Paris, Vigot 1993 : 149-50, 166.
 31. **TELION C, CARLI P.** Etat de choc et remplissage. Société française d'Anesthésie-Réanimation, conférence d'actualisation 2001. Edition Paris, Masson : 120-31.
 32. **CANAUD B.** insuffisance rénale aigue péri opératoire : définition, critères diagnostiques et pronostiques. *Annales française d'Anesthésie et de*

- Réanimation 2005 ; 24 : 126-33.
33. **CITTANOVA M-L, ZERHOUNI O.** Insuffisance et dysfonctionnements rénaux péri opératoires. Traité d'anesthésie générale 2004 ; partie V, chap 7 : 4-6.
 34. **MARK A, HEALEY MD, STEVEN R, SHAKFORD MD, TURNER M, OSLER MD, FREDERICK B, ROGERS MD, BURNS E.** Complications in surgical patients. Arch surg 2002; 137: 611-18.
 35. **AUDIBERT G, GETTE S, BAUMAN A.** accidents vasculaires cérébraux péri opératoires. Société française d'Anesthésie-Réanimation, conférence d'actualisation 2009. Edition Paris, Masson : 2-13.
 36. **KITZIS M.** risque infectieux en chirurgie, antibioprophylaxie : nouvelles stratégies. Annales françaises de chirurgie 1991 ; 9 : 15-21.
 37. **GILLES B.** Infections nosocomiales : épidémiologie, critères de diagnostic, prévention, principes du traitement. Revue du praticien 1997 ; 47: 201-09.
 38. **OURO-BANG'NA MAMAN AF, AGBETRA N, EGBOHOU P, SAMA H, CHOBLI M.** Morbidité-mortalité péri opératoire dans un pays en développement : expérience du CHU de Lomé (Togo). Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2008 : 1030-33.
 39. **GILLION J F.** Le taux brut de mortalité post opératoire est-il un critère pertinent d'efficacité d'une équipe chirurgicale ? Étude prospective des suites opératoires de 11756 patients. Annales françaises de chirurgie 2005 ; 130 : 400-6.
 40. **ASSOUTO P, TCHAOU B, KANGNI N, PADONOU JL, LOKOSSOU T, DJICONKPODEI, AGUEMON AR.** Evolution post-opératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropical. Méd trop. 2009 : 477-79.
 41. **TRAORE A, DIAKITE I, DEMBELE B T, TOGO A, KANTE L, COULIBALYY, KEITA M, DIANGO D M, DIALLO A, DIALLOG.** Complications post opératoires précoces en chirurgie abdominale au CHU Gabriel Touré. Méd. Afr. N. 2011; 5801 : 31-5.
 42. **PROSKE J M, RAUE W, NEUDECKER J, MULLER J M, SCHWENK W.** réhabilitation rapide en chirurgie colique : résultats d'une étude prospective. Ann. fr. chir. 2005 ; 130 : 152-6.
 43. **RASAMOELINAN, RASATAHARIFETRAH, RAJAABELISON T, RAMANANASOA M L, RAKOTOARIJAONA A H, RATSIVALAKA R, RANDRIAMIARANA J M.** Enquête préliminaire

Epidémiologie et facteurs pronostiques des complications post-opératoires en réanimation

sur la pratique des anesthésies chez l'adulte au centre hospitalier universitaire de Toamasina. Remur 2010 : 21- 4.

44. **TOURE L.** Les infections du site opératoire dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Thèse med, Bamako 2004 ; n°57 :70.

45. **NWEMBE MESSA, Lorraine.** Complications post opératoires en milieu de réanimation. 2019. Thèse de doctorat. USTTB.

FICHE SIGNALETIQUE

Auteur : Dr Adama Bagayoko

Titre : Epidémiologie et facteurs pronostics des complications post-opératoire en réanimation.

Année de soutenance : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque FMOS-Mali

Secteur d'intérêt : Réanimation

Adresse mail : bagayokoadama2017@gmail.com

Résumé : Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à collecte rétrospective qui s'est déroulée de 01 janvier au 31 décembre 2022 au CHU Point G. Ont été inclus dans l'étude, les patients de tout âge et des deux sexes admis en réanimation après une intervention chirurgicale, quel que soit le type de chirurgie et ayant présenté des complications post opératoires précoces ou tardives.

La fréquence des complications post opératoires était de 28%. Le sexe féminin était majoritaire avec un sex-ratio à 0,54. L'âge moyen était de 40,18ans. Le motif d'admission en réanimation le plus représenté était le choc hémorragique avec 45%.

L'état de choc était la complication hémorragique la plus fréquente avec (63%) et cardiovasculaire avec (60%).

L'évolution était favorable chez la majorité des patients mais le taux de décès de 23,3% reste encore élevé.

La prédominance des complications médicales comme facteurs létaux prédictifs montre bien qu'une prise en charge médicalisée efficace peut améliorer le pronostic.

Mots clés : complications post opératoires, Réanimation, CHU, sex-ratio