

Ministère de L'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple Un But Une Foi

-----00-----

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO**



U.S.T.T-B

**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



Année universitaire : 2022-2023

N°.....

TITRE

**LES REINTERVENTIONS PRECOCES EN
CHIRURGIE GENERALE AU CHU-GABRIEL
TOURE : INDICATIONS ET RESULTATS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 14/07/2023 devant la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie.

Par M. KARAMOKO SIDIBE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT : Monsieur SOUMAILA KEITA (Professeur)

MEMBRE : Monsieur BOUBACAR KAREMBE (Maitre de conférences)

CO-DIRECTEUR : Monsieur AMADOU TRAORE (Maitre de conférences)

DIRECTEUR : Monsieur ALHASSANE TRAORE (Professeur)

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail :

- ✓ *A toutes et à tous les orphelins du Mali.*
- ✓ *A tous ceux qui œuvrent dans la prise en charge des orphelins du monde.*
- ✓ *A mon pays, le Mali.*
- ✓ *A ma très chère Mère feu Bereté TRAORE décédée en Aout 2015*

Maman ta disparition a été une grande perte pour moi. A travers ce modeste travail, je te rends un sincère hommage, tu resteras toujours vivante dans mon cœur. Maman aujourd'hui c'est notre grand jour. Le jour que tu avais tant attendu. J'aurai aimé que tu sois là mais hélas ! Dieu en a décidé autrement. Merci de n'avoir ménagé aucun effort pour que je puisse étudier dans les meilleures conditions. Merci de m'avoir fait comprendre qu'étudier est une nécessité. Que le Tout Puissant t'accueille dans son paradis, que ton âme repose en paix, que la terre te soit légère !!! Amen.

- ✓ *A mon très cher Père, feu Sékou SIDIBE.*

Qui ma quitte très tôt quand j'avais 2 ans. Père je ne vous ai pas connu mais de nombreuse personne m'ont témoignées de votre bonne foi

- ✓ *A mes très chers coussin Yacouba TRAORE, ma grande sœur et mon grand frère.*

Vous avez toujours été présents pour les bons conseils. Vos affections et vos soutiens m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie estudiantine. Vous avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Veuillez trouver dans ce modeste travail ma reconnaissance pour tous ce que vous avez faits pour moi. Que Dieu vous protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent. Vous resterez des idoles pour moi

- ✓ *A mes frères :*

Les deux Yacouba, Aboubacar, Mahamadou

- ✓ *A mes Sœurs :*

Bintou et Nansa

En témoignage de l'affection qui nous a toujours unis sous le toit paternel, je voudrais que vous trouviez dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Ce travail est aussi le vôtre.

✓ *A mes Amis et collaborateurs*

Dr DEMBELE Nouhoun, GANA Job, DOUMBIA Abdoulaye, KANE Douani, TRAORE Mohamed, sergent de police TRAORE Diawoye, DJIKINE Oumar Sidy, KEITA Nouhoum.

C'est pour vous dire que cette vie ne peut réunir que ceux qui s'aiment car la seule vérité est de s'aimer. Que vous soyez notre ami d'enfance, de galère, de classe ou de la vie quotidienne, nous vous remercions à travers ce travail pour votre amour. Que le Seigneur vous bénisse.

✓ *A mon groupe d'exercices :*

DEMBELE Celestin, GOITA Daouda, SANGARE Issiaka, FOFANA Mariam, TOGO Djeneba.

✓ *A mes femmes et mes enfants :*

CAMARA Safiatou, TRAORE djeneba, CAMARA Mariam, Berethe, Ami, Sokona, Bintou, les deux Oumou, Modibo, Issa et Moussa.

REMERCIEMENTS

- **Mes Professeurs :** Pr Adégné TOGO, Pr Lassana KANTE, Pr Alhassane TRAORE, Pr Bakary Tientigui DEMBELE, Pr Ibrahim DIAKITE, Pr Amadou MAIGA, Dr Zakari SAYE, Pr Tani KONE, Pr Amadou BAH, Pr Aboubacar Yoro SIDIBE, Pr Madiassa KONATE, Pr Amadou TRAORE, Dr Arouna DOUMBIA.

Merci pour votre disponibilité, la formation et la rigueur reçues auprès de vous.

- **Mes aînés du service :** Dr DIALLO Lamine, Dr DEMBELE Bambake, Dr Coulibaly Daouda, Dr TRAORE Mahamadou, Dr CAMARA Zié, Dr COULIBALY Abdoulaye, Dr TAPILY Mohamed, Dr OULALE Ousseyni, Dr TOURE Ousmane, Dr SAMAKE Nouhoum, Dr COULIBALY Daouda Kassoum, Dr KORIKO Fousseyni, Dr TRAORE Mamadou, Dr SAMASSEKOU Nouhoum, Dr DIARRA Mouminy.

Veillez recevoir par ce travail ma reconnaissance. Merci infiniment pour tout.

- **Aux thésards du service :** OUMAR TRAORE, TRAORE Kassim, COULIBALY Mounina, DJELIMAN KONE, DIARRA MOHAMED, MODY TOURE, HAROUNA TOUNKARA.

- **Aux anciens thésards du service :** Dr KEITA MORY, Dr ELLY TOGO, Dr SEKOU GOITA, Dr KOURIBA Sana, Dr TRAORE Ruben, Dr DIARRA Sankoro, Dr TANOU Bakari, Dr TOGO Hamidou, Dr ABDOU TRAORE.

Veillez recevoir par ce travail ma reconnaissance. Merci infiniment pour votre bonne collaboration.

- **A Mme Diarra Awa DIAKITE (la secrétaire) et son équipe.**

Veillez recevoir par ce travail ma reconnaissance. Merci infiniment pour tout ce que vous faites pour nous dans le service.

- **Aux autres agents du service :** Anesthésistes, Major, infirmiers et infirmières, IBODEs, IADEs et Manœuvres

- *Je remercie enfin tous ceux qui n'ont pas leurs noms cités ici et qui de près et de loin, de façon active ou passive ont contribué à la réalisation de cette thèse.*

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maitre et président du Jury : Professeur Soumaila KEITA

- ❑ Chef du service de chirurgie A du CHU Point G ;**
- ❑ Professeur titulaire en chirurgie viscérale ;**
- ❑ Membre de la Société de chirurgie du Mali ;**
- ❑ Médecin Colonel major des Forces Armées Maliennes ;**
- ❑ Médecin Légiste auprès des tribunaux du Mali.**

C'est avec plaisir que vous avez accepté de présider cette thèse ;

Votre humanisme, votre souci de bien faire, votre courage et votre sens élevé de responsabilité font de vous un maître exemplaire ;

L'étendue de vos qualités morales et sociales suscite une grande admiration.

Vous êtes un pédagogue émérite.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance

A notre maître et membre du jury : Pr Boubacar KAREMBE

- Maitre de conférences a la FMOS**
- Membre de la société de chirurgie du MALI (SOCHIMA)**
- Spécialiste en chirurgie générale au CS Réf de la commune III**
- Chef d'unité de chirurgie générale au CS Réf de la commune III**

Cher maître, nous avons admiré vos qualités scientifiques et pédagogiques tout au long de l'élaboration de ce travail. Votre disponibilité, votre rigueur et votre amour du travail bien fait font de vous un maître remarquable. Reconnaissez en ce travail cher maître le fruit de vos efforts et de vos encouragements.

A notre maitre et Co-directeur de thèse : Pr Amadou TRAORE

- Médecin colonel à la Direction Centrale du Service de Santé des Armées DCSSA ;**
- Maitre de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS ;**
- Spécialiste en chirurgie générale ;**
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- Membre de la Société Malienne de Chirurgie (SOCHIMA).**

Cher maître

Les mots nous manquent pour exprimer toute la gratitude et le profond respect que vous nous inspirés, votre culture de l'excellence, votre rigueur scientifique, votre persévérance dans la prise en charge des malades et votre disponibilité font de vous un maître respectable et exemplaire, nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A notre maitre et directeur de thèse : Professeur Alhassane TRAORE

- Professeur en chirurgie générale à la FMOS**
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- Spécialiste en chirurgie hépatobiliaire et pancréatique**
- Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS)**
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F)**
- Membre de la Société Internationale de la Hernie (AMEHS)**
- Membre du Collège Ouest Africain des Chirurgiens (WACS)**
- Membre de la Société Africaine Francophone de Chirurgie Digestive (SAFCHID)**

C'est un honneur pour nous d'avoir travaillé sous votre direction. Votre rigueur, vos immenses qualités humaines, votre souci permanent du travail bien fait, votre sens élevé de la pédagogie font de vous un encadreur remarquable et admiré. Cher maître, nous espérons avoir été à la hauteur de votre attente dans la réalisation de ce travail que vous nous avez confié. Trouvez ici cher maître le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ATB=Antibiotique

AINS=Anti inflammatoire non stéroïdien

ASA=American society of anaesthesiologist

ATCD=Antécédent

DES=Certificat d'Etude Spécialisée

CHU=Centre hospitalier Universitaire

DA=Désunion anastomotique

EAPO=Eviscération abdominale postopératoire

FMOS=Faculté de Médecine et d'Ondoto-Stomatologie

FR=fréquence respiratoire

GEA=Gastro-entero-anastomose

HB=hémoglobine

HP= Hémorragie postopératoire

HT=hématocrite

HTA=Hypertension artérielle

LRC=Lithiase résiduelle du cholédoque

LS=Lâchage de stomie

NISS=Nosocomial National Infection Surveillance System

SAU : Service d'accueil des urgences

FEC : Fistule entero-cutané

CIVD : Circulation intra veineuse dissémine

ASP : Abdomen sans préparation

GT : Gabriel Touré

CRP ; Protéine C réactive

RCP : Reprise Chirurgicale Précoce

COP : Complication post opératoire

TVP : Thrombose veineuse profonde

FREQ :Frenquence

TABLE DES MATIÈRES

La liste des tableaux

Tableau I : Répartition selon la provenance..... 26

Tableau II : Répartition selon la profession..... 27

Tableau III : Répartitions des patients selon l’ethnie..... 27

Tableau IV : Répartition des patients selon le statut matrimonial 28

Tableau V : Répartition des patients selon le niveau de revenu..... 28

Tableau VI : Répartition des patients selon les antécédents médicaux..... 29

Tableau VII : Répartition des patients selon le diagnostic de la première intervention..... 29

Tableau VIII : Répartition selon l’indice de performance OMS à la 1ere reprise 30

Tableau IX : Répartition des patients selon les paramètres du patient à la 1ere reprise 30

Tableau X : Répartition des patients selon les signes fonctionnels 31

Tableau XI : Répartition des patients selon la nature de l’incision a la 1^{er} intervention..... 32

Tableau XII : Répartition selon les signes trouvés à examens physique 32

Tableau XIII : Répartition des patients selon le taux d’hémoglobine..... 32

Tableau X IV : Répartition selon le taux Protéine C Réactive (CRP) 33

Tableau XV : Répartition des patients selon le groupage rhésus..... 33

Tableau XVI : Répartition des patients selon résultat de la tomodensitométrie TDM 33

Tableau XVII : Répartition de patients selon le résultat de l’échographie abdominale..... 34

Tableau XVIII : Répartition selon le diagnostic préopératoire à la 1 ère reprise..... 34

Tableau XIX ; répartition des patients selon le lieu de l’intervention initiale 34

Tableau XX : Répartition selon le diagnostic per opératoire à la 1 ère reprise..... 35

Tableau XXI : Répartition selon le geste chirurgical effectué..... 35

Tableau XXIII : Répartition selon la durée de séjour des patients en réanimation en post opératoire . 36

Tableau XXIV : Répartition des patients repris selon la transfusion sanguine au cours de la reprise ou après reprise 36

Tableau XXV : Répartition des patients selon l’administration d’amine (noradrénaline)..... 36

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la catégorie d’hospitalisation 38

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon les suites opératoires..... 38

Tableau XXIX : Répartition des patients selon le type de complication 38

Tableau XXX : Répartition de patients selon classification de DINDO-CLAVIN 39

Tableau XXXI : Répartition des patients selon leur suivi post opératoire à 1 mois 39

Tableau XXXII : Répartition des patients selon leur satisfactions 39

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le grade l’opérateur..... 40

Tableau XXXIV : Répartition des complications selon les opérateurs initiaux et suite opératoire 40

Tableau XXXV : Repartions des patients selon la concordance entre diagnostic pré et per opérations 41

Tableau XXVII : Répartition des patients selon le cout de la prise en charge.....	41
Tableaux XXXVI : fréquence hospitalière et auteurs	44
Tableau XXXVII : Age et auteurs	44
Tableau XXXXVIII : signes cliniques et auteurs	45
Tableau XXXIX : Diagnostic1 selon les auteurs	46
Tableau XL : Diagnostic2 et auteurs.....	46
Tableau XLI : Diagnostic3 et auteurs	47
Tableau XLII : Diagnostic4 et auteurs	47
Tableau XLIII : Morbidité et auteurs	48
TableauXLIV : Mortalité et Auteurs.....	48

Liste des figures

Figure I : Répartition des patients selon le sexe..... 25

Figure II : Répartition des patients selon les tranches d'âges 26

Figure III : Répartition des patients selon Echelle visuelle analogique 31

Figure IV : Répartition des patients selon le délai de la 1ere reprise..... 37

Figure V : Répartition selon durée d'hospitalisation 37

SOMMAIRE

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	2
II. OBJECTIFS	3
III. GENERALITES	5
IV. METHODOLOGIE :	21
V. RESULTATS.....	25
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	42
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	43
RECOMMANDATIONS	50
VII. RECOMMANDATIONS.....	51
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
IX. ANNEXES.....	57

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

La réintervention chirurgicale précoce est une deuxième intervention que l'on décide de faire pour pallier à une complication secondaire à l'intervention première [1]. La reprise chirurgicale doit faire l'objet d'une attention particulière en pathologie digestive. Celle-ci est considérée comme un aveu fautif qu'il vaudrait mieux éviter par certains auteurs [2,3]. Les réinterventions précoces au décours d'un acte de chirurgie digestive visent le plus souvent à traiter cette infection localisée ou diffusée dont la cause habituelle est une désunion anastomotique. Dans 5 à 10 % des cas, aucune cause n'est présente : une contamination bactérienne ou une contamination peropératoire sont les hypothèses alors proposées [4]. Des complications telles que les hémorragies postopératoires, les infections intra-abdominales, les occlusions intestinales et les fistules anastomotiques ont été décrites comme pouvant être à l'origine des réinterventions ; certaines peuvent résulter de fautes techniques. [5, 6]

En Coré, Seoul, Tae kwan kim et coll [7] en 2020 ont rapporté 79 cas de ré-interventions sur 1481 interventions ; de même une étude réalisée en Croatie ; en 2022 [8] sur trois ans a rapporté 19 cas de ré-interventions sur 3982 patients opérés en chirurgie. En Lubumbashi, Catherine et Coll [2] en 2018 ont effectué la ré-intervention chirurgicale précoce chez 56 patients sur 304 interventions. Au Mali une étude en 2016 a rapporté 0.32% de ré-interventions sur huit ans dans le service de chirurgie générale au CHU-GT [9]. Les signes cliniques dépendent de la pathologie en cause qui peuvent être entre autres une douleur abdominale, diffusée ou provoquée, des malaises généraux, la circonférence abdominale qui augmente de 2 cm par jours au niveau de l'ombilic, le débit urinaire qui diminue [2]. Son diagnostic pose des difficultés. La morbidité et la mortalité sont élevées. Haluk R.U [10] et Unalp HR [11] en Turquie rapportent respectivement une mortalité de 36,97et 38%. Le pronostic dépend de la cause, de la rapidité du diagnostic, de l'expérience du chirurgien et les antécédents du patient ; il est le plus souvent sombre. Le but de notre étude est d'évaluer nos indications et résultats [4]

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

Général : Etudier les ré-interventions précoces en chirurgie générale du CHU-Gabriel Touré

Spécifiques :

1. Déterminer la fréquence des ré interventions chirurgicales dans le service de chirurgie générale CHU Gabriel Touré.
2. Décrire les causes des ré-interventions chirurgicales dans le service.
3. Identifier les critères diagnostiques de l'indication des ré-interventions.
4. Analyser les résultats de la PEC des ré-interventions.

GENERALITES

III. GENERALITES

La réintervention chirurgicale précoce est une deuxième intervention que l'on décide de faire pour pallier à une complication secondaire à l'intervention première [1]. Les causes sont :

1. Les péritonites postopératoires [2]

1.1-Définition C'est une inflammation d'origine infectieuse ou non du péritoine ou d'une partie de celui-ci dans les suites d'une intervention chirurgicale intra abdominale. Elles sont classées dans le cadre des péritonites secondaires. Elles sont rares (1 à 3% des laparotomies) mais graves (30 à 70% des mortalités

1.2- Les causes :

La plupart du temps il s'agit de communication entre la cavité péritonéale et la lumière du tube digestif.

- Par lâchage d'une anastomose digestive

- Par perforation digestive due à un traumatisme lors de l'intervention précédente ou « spontanée »

-Contamination per-opératoire : par le contenu digestif au cours de l'intervention ou plus rarement par défaut d'asepsie, voire par la présence d'un corps étranger

On recherche parallèlement une cause extra-abdominale à l'état septique au premier rang desquelles une pneumopathie mais également une thrombose veineuse infectée sur cathéter, une sinusite.

1-3 -**Clinique, diagnostic et examens complémentaires** : Les signes d'appel sont habituellement la fièvre qui est quasiment constante (>38°C dans 83% des cas ; 39°C dans 68% des cas), un météorisme, douleur et défenses abdominales modérées d'interprétation difficile après une laparotomie. Malheureusement les signes digestifs sont peu spécifiques (selles liquides, aspirations gastriques abondantes). Ecoulement de liquide digestif par le drainage ou par l'incision et l'éviscération doivent évoquer une complication intra-abdominale. Ces signes sont inconstants et tardifs. La survenue d'une dégradation de l'état général, d'une acidose métabolique, une dyspnée, d'un choc, d'une hypoxémie, d'une insuffisance rénale, d'une CIVD...sont d'autant d'éléments qui doivent amener le praticien à rechercher une complication intra abdominale. L'examen biologique note une hyperleucocytose qui est inconstante. L'échographie et le

scanner abdominaux peuvent détecter un foyer septique intra-péritonéal, leur interprétation difficile est facilitée par la ponction de toute collection intra abdominale. Les opacifications digestives par un produit radio opaque hydrosoluble permettent de vérifier les anastomoses digestives. C'est au terme de ces examens cliniques, biologiques, et radiologiques avec éventuellement la survenue d'une défaillance viscérale qui aggrave le pronostic, que le diagnostic de péritonite postopératoire est établi et l'indication opératoire portée. En effet de la précocité du traitement, donc du diagnostic dépend le pronostic

1.4-Traitement : le traitement Comporte trois volets

➤ Le traitement chirurgical :

- Indication à une ré-intervention : La rapidité avec laquelle le diagnostic est porté et l'efficacité du traitement mis en œuvre conditionnent le pronostic à une reprise chirurgicale pour « rien » vaut toujours mieux qu'un sepsis dépassé opéré trop tardivement. L'attitude sera d'autant plus interventionniste que l'état clinique du patient sera grave. Pour **Koperna** et **Schulz** seule une décision de ré-exploration rapide au cours des 48 premières heures suivant le diagnostic est à même de diminuer la mortalité [12]

Parc définit les critères de temporisation chirurgicale :

- Absence de défaillance viscérale avec diurèse conservée condition hémodynamique stable ;
- absence de signes toxi-infection généraux
- Absence de signes abdominaux de diffusion
- Transit intestinal conservé ou rétabli
- Manifestation clinique régressive
- Biologiquement ; pas d'hyperleucocytose, de l'hyperazotémie du débit chloré gastrique

Germain définit les critères de ré-intervention chirurgicale

- Signes généraux de gravité
- Signes locaux péritoneo-occlusifs cliniques et radiologiques
- Hypersécrétion gastrique et diarrhée

-Ecoulement digestif anormal le traitement chirurgical consistera :

- Traiter la cause de la péritonite

- Exclure la fuite digestive en général par des stomies ; effet pratiquer une anastomose en milieu septique expose le patient à un haut risque de lâchage des sutures et donc à une récurrence du processus septique. En cas de fistule d'une anastomose colo-rectale, le geste effectué varie en fonction des constatations opératoires : Si le colon abaissé garde une bonne vitalité et la désunion anastomotique est peu importante on pratiquera une simple colostomie d'amont. Dans les cas contraires on résèque le colon abaissé et l'anastomose avec la colostomie terminale en fosse iliaque gauche et fermeture du moignon rectal.

-Réduire l'inoculum bactérien : par la toilette péritonéale, l'excision de la totalité des fausses membranes est une habitude controversée par certaines équipes qui pensent que ce geste pourrait diminuer les défenses naturelles du péritoine.

-Dans les formes des péritonites localisées, tels les abcès, ou bien lorsque le risque chirurgical est élevé (intervention de plus de 10 jours, car le risque une nouvelle plaie digestive devient élevé à cause des adhérences), on pratique la pose d'un drain sous scanner ou sous échographie. Traiter les perturbations hémodynamiques (choc), respiratoires et biologiques.

➤ Mettre en route une antibiothérapie probabiliste basée sur :

- La connaissance de l'écologie du service

- Le niveau de la fuite digestive, responsable de la péritonite

- La notion d'antibiothérapie utilisée dans les jours précédents. En général on opte pour un bi ou une trithérapie.

-Cette antibiothérapie sera secondairement adaptée aux résultats des prélèvements per opératoires.

➤ Surveillance Drainage :

Les modifications de l'aspect dans un sens comme dans un autre peut témoigner l'évolution du sepsis. Autres facteurs Lâchage de suture, foyer inflammatoire ou suppuré intra abdominal, abcès sous phrénique

2-Occlusions mécaniques post-opératoires

2-1-Definition : L'occlusion mécanique désigne l'arrêt complet du transit intestinal, lié à un obstacle mécanique (obstruction, strangulation) [13].

Elle est dite post-opératoire lorsqu'elle survient dans les suites immédiates d'une intervention chirurgicale et qu'elle est directement en rapport avec cette dernière. Les occlusions mécaniques de la grêle survenant précocement dans la période post-opératoire ont une mortalité plus élevée que les occlusions survenant plusieurs mois ou années après l'intervention initiale.

2-2- Les conditions favorisantes

L'incidence de l'occlusion mécanique post-opératoire est de 0.69% [14]

- Etage sus-méso colique : le risque de survenue de cette complication est nul.

-Etage sous-méso colique : le risque est plus élevé pour la chirurgie du grêle, hernies étranglées comprises (3.04%), suivies de près par les interventions du colon gauche et le rectum (2.9%). L'âge moyen des patients à risque est compris entre 35 et 50 ans [15]

2-3-Clinique : Le début précis du syndrome occlusif peut être difficile à apprécier, cependant dans 50 à 95% des cas, il s'installe après un intervalle libre post- opératoire marqué par une reprise du transit intestinal normal [15].

Cet intervalle aide à distinguer l'occlusion mécanique du simple iléus post-opératoire. Les douleurs abdominales à type de crampes paroxystiques sont présentes dans 64 à 75% des cas. Elles s'accompagnent des vagues péristaltiques cliniques ou perçues à l'auscultation. Les nausées ou vomissements sont présents 2 fois sur 3 en l'absence de sonde de décompression naso-gastrique. Le volume d'aspiration peut être jugé anormalement abondant. Il peut s'accompagner d'arrêt du transit ; mais la diarrhée et même l'émission persistante de quelques gaz et selles ne permettent pas d'exclure le diagnostic. Une élévation modérée de la température et de la leucocytose sont fréquentes. Sur le plan radiologique, les clichés de l'abdomen sans préparation (ASP) sont contributifs au diagnostic dans 70 à 100% des cas quand ils montrent une distension intestinale et des niveaux hydroaériques. La précision (vrais positifs et vrais négatifs) de ces clichés par le diagnostic différentiel entre occlusions mécanique et fonctionnelle est de 0.6 à 0.8 [16]. L'injection d'un produit de contraste hydrosoluble par la sonde nasogastrique est contributive au diagnostic dans 50 à 70% des cas lorsqu'elle montre un obstacle infranchissable ou des anses dilatées. Dans plus de 90% des

cas, le mécanisme d'occlusion post-opératoire précoce est la contribution d'adhérences intra-péritonéales en rapport avec l'intervention récente. Rarement sont en cause une hernie interne, une pathologie préexistante non prise en compte, une déficience de la paroi abdominale.

2-4- Traitement : Il est chirurgical, compte tenu des circonstances, l'intervention n'est souvent décidée qu'après une tentative de traitement non opératoire par aspiration naso-gastrique. En l'absence d'amélioration au terme de 2 ou 3 jours de traitement médical, une ré-intervention chirurgicale peut être décidée. L'âge des patients et d'éventuelles pathologies associées peuvent avoir une part de responsabilité. Force est cependant de reconnaître l'importance pronostique des tergiversations diagnostiques et thérapeutiques dans le syndrome occlusif pour lequel on ne dispose actuellement d'aucun élément qui permet de choisir entre ré-intervention agressive ou traitement médical.

3-Les fistules digestives post-opératoires précoces

3-1-définition : La fistule se définit comme une communication anormale entre le tube digestif et la surface cutanée (fistule externe) ou un viscère creux de voisinage (fistule interne) donnant lieu à l'extravasation de liquide digestif par le trajet fistule néoformé survenant dans les suites immédiates d'une intervention chirurgicale [13].

3-2-Etiologie

Si toutes les interventions abdominales sont susceptibles d'entraîner une fistule entéro-cutanée (FEC) ; plus de 60% de ces dernières succèdent à une occlusion intestinale ou à une péritonite. Les causes les plus fréquentes sont :

- Les occlusions intestinales primitives ou secondaires (strangulation suivie de résection segmentaire, hernie étranglée).
- Les péritonites de toute origine dont les péritonites appendiculaires avec drainage.
- La chirurgie colorectale.
- La chirurgie gastroduodénale et hépato-bilio-pancréatique
- La chirurgie pariétale (cure de hernie, réfection d'éventration)

- La chirurgie urologique (entérocystoplastie, néphrectomie par voie abdominale).

Généralement 70% des fistules apparaissent entre le 5ème et le 15ème jour post opératoire. Il existe deux facteurs :

Facteurs techniques : Il faut parfois admettre la responsabilité des causes directes relevant d'une indication incorrecte ou d'une imperfection technique en dehors des perturbations du processus de cicatrisation :

-Désunion anastomotique ou péri anastomotique : intestin distendu et mal préparé, anastomose sous traction, paroi mal vascularisée, tissus fragilisés par une péritonite antérieure. Blessures per-opératoires : survenant au décours des viscérolyses dans les foyers inflammatoires et adhérentiels, blessures per-opératoires minimales sous estimées voire méconnues, exceptionnellement des corps étrangers oubliés au contact des anses. Gestes discutables ou mal gérés dans le temps pouvant être considérés comme facteurs techniques sont :

- Drainage, pas le principe, mais, parfois les modalités de son application sont : trop rigides, maintien très longtemps.

- Procédés traumatiques de fermeture pariétale.

Facteurs adjuvants (locaux) Ré intervention

- Intervention d'urgence Milieu septique : chaque point suture devient aisément un micro abcès, se développant pour son propre compte, et en plus on note la richesse en toxine et enzymes.

- Distension intestinale : détériore la séreuse, fragilise la paroi de la grêle, entrave la circulation sanguine, favorise la translocation bactérienne et n neutralise le processus cicatriciel. On la retrouve dans 60% des FEC [17]

- Atonie intestinale.

3-3-clinique :

-Les fistules étroites à faible débit : Sont pratiquement toujours bénignes. Quelques gaz et de liquide intestinal durent de façon intermittente par l'orifice punctiforme. Les téguments de drainage sont intacts. L'état général de ce patient est bien conservé.

- Les fistules larges à grand débit : Sont toujours graves pour trois raisons : Abondance de l'écoulement, les troubles sévères de l'état général, altération des téguments. Au centre d'une cicatrice opératoire existe un orifice de la taille d'une pièce de 10 franc CFA avec muqueuse intestinal éversée, un liquide bilieux s'écoule en permanence. La peau est rouge corrodée par digestion chimique avec au maximum désunion pariétale étendue. On note une dénutrition rapide de ces malades avec amaigrissement, anémie et hypo protidémie, hypo chlorémie et hypo natrémie suite à une déperdition liquidienne et les troubles de l'absorption. C'est le cas notamment des fistules jéjunales hautes. Par contre, les fistules basses sont assez longtemps mieux tolérées. L'examen abdominal apprécie le siège de la fistule sur la paroi abdominale, l'état la fistule, son débit, l'état des téguments de la paroi, l'existence d'un plastron intra abdominal. Le transit baryté détermine le siège de la fistule sur la grêle.

3-4-Traitement

- Fistules étroites à faible débit, sont bien tolérées et sont susceptible d'oblitération spontanée. Dans ces cas, on est en droit attendre plusieurs semaines sous couvert d'artifices médicaux et diète.

Fistules larges à grand débit, la ré intervention est la règle après une brève préparation

- Réanimation
- Protection pariétale par pommade épaisse
- Antibiothérapie adaptée
- La fermeture chirurgicale est souvent difficile donc il faut être sûr :
- De la liberté totale de l'intestin en aval
- De la bonne vitalité et de la vascularisation de la zone de suture faite au besoin après résection.

4-Eviscération postopératoire

4-1-Definition C'est l'extériorisation des viscères abdominaux au travers d'une plaie opératoire suturée, désunie par absence de cicatrisation de tous les pans pariétaux y compris la peau. Fréquente aux âges extrêmes (nourrisson-vieillard)

4-2 - Les différents types d'éviscération abdominale post opératoire : Il existe deux grandes variétés selon que les anses extériorisées soient :

- L'éviscération libre C'est l'issue de tout ou une partie de l'incision de façon brutale des viscères abdominaux. Elle est libre car le contenu apparaît dans le pansement sans interposition péritonéale.

- L'éviscération couverte

- L'éviscération adhérente

Le contenu abdominal ne fait pas issu dans le pansement mais apparaît dans le fond de l'incision désunie. Elle est adhérente car le contenu abdominal est maintenu de façon peu solide par de dépôts de fibrines, de fausses membranes, de l'épiploon ... -L'éviscération sous cutanée Comprend les mêmes lésions, la même désunion péritonéale et aponévrotique ; mais est caractérisée par le fait que la peau a résisté.

4- 3 Etude **anatomique** : Selon les dimensions de l'orifice de l'éviscération, existe de grosses et de petites éviscérations ; distinction importante sur le plan thérapeutique. L'orifice est petit le traitement est aisé ; les grosses éviscérations posent des problèmes plus complexes. Quel que soit la taille de l'orifice, la paroi d'une éviscération est constituée par les plans suivants : Une peau présentant l'incision de la première intervention, Le tissu cellulo adipeux sous cutané a pratiquement disparu à ce niveau, Le plan musculo aponévrotique a complètement cédé, L'éviscération est donc parfois libre, parfois adhérente à la face profonde de la paroi.

L'éviscération parfois cloisonnée par des brides ou du diaphragme, est couverte par des fausses membranes ou de l'épiploon. L'étranglement est donc possible pour un orifice étroit

4- 4- Etiologies et facteurs de risque

➤ Facteurs de risque

-L'éviscération peut être favorisée par : le diabète, l'obésité, la syphilis, l'ascite, l'hypo albuminémie et un drainage intempestif par la cicatrice principale.

-Les pathologies respiratoires : l'asthme, la bronchite chronique...

-Elle est très souvent le témoin d'une complication intra péritonéale (fistule, abcès) expliquant sa fréquence après chirurgie colique et gastrique.

-La dénutrition avec une carence azotée, une carence en vitamine C et/ou B, les déficiences organiques avec hypo protéinémie et une anémie ; d'où sa fréquence au cours des néoplasies viscéraux.

- Les circonstances d'intervention (surtout en urgence), les malades opérés plusieurs fois, la multiparité, les antécédents d'éventration, les enfants et les vieillards.

- La reprise chirurgicale précoce, la chirurgie viscérale lourde (péritonite stercorale), l'immunodépression et les malades présentant un cancer avancé.

➤ Les étiologies

Selon l'origine de l'éviscération on distingue :

- Les causes infectieuses :

- Infection pariétale

Le processus commence au-dessus du plan musculo aponévrotique, l'infection une fois constituée va faire en sorte que le processus de cicatrisation s'arrête et les berges musculo aponévrotiques s'éloignent.

- Infection péritonéale

C'est la cause essentielle de l'éviscération. Ici la déhiscence commence à l'intérieur.

- Les causes mécaniques

- Les incisions sur la ligne médiane,

- Certaines procédés de suture : en surjet, en un plan,

- Emploi exclusif de matériel de suture résorbable,

- Un manque d'asepsie,

- Un mauvais affrontement des différents plans pariétaux en particulier péritonéal,

- Les efforts de toux et/ou de vomissement,

- Tout facteur entraînant une traction sur l'abdomen.

4-5 Etude clinique

4-5-1 Type de description : éviscération mécanique libre sans cause intra péritonéale.

Chez un patient ayant subi une laparotomie, présentant du 5^{ième} au 10^{ième} jour après l'opération :

4-5-2 Signes généraux :

Fièvres

AEG

Pâleur conjonctivale

Déshydratation

Dénutrition

4-5-3 Signes fonctionnels :

Nausée

Toux

Douleur abdominale

Dyspnée

4-5-4 Signes physiques :

- Inspection :

Ecoulement séreux mouillant le pansement

Distension abdominale

A la défection du pansement on voit sortir des berges de la plaie une frange épiplôïque

Et ou un segment du tube digestif.

- Palpation :

Défense localisée ou générale

-Percussion :

Matité

- Auscultation :

Cardiaque, tachycardie

Pulmonaire, normale

4-5-5 Les examens complémentaires

-L'imagerie

Elle n'a pas d'importance pour le diagnostic.

Elle est demandée pour rechercher l'étiologie.

- A S P

- Echographie

- Radiographie du thorax

4-5-6 Les examens biologiques

Sont demandés dans le cadre du bilan pré opératoire et pour rechercher l'étiologie.

Ce sont :

- Numération formule sanguine : anémie normo chrome macrocytaire

- Protidémie : hypo protidémie

- Glycémie

-Créatinémie

- Taux de prothrombine

- T C K

- Séro diagnostic de Widal et Félix

5- Les formes cliniques

5-1 Eviscération mécanique libre :

Type de description

Eviscération secondaire à une péritonite

Le contexte est celui d'une péritonite post opératoire. IL est le plus souvent une éviscération fixée, elle peut être aussi libre.

5-2 Eviscération fixée

Le plus souvent d'origine infectieuse, mais peut être d'origine mécanique.

Il faut savoir que beaucoup d'éventration sont en fait, des éviscérations initialement et ont tourné en une éventration du fait de l'absence de prise en chirurgicale précoce.

5-3 Eviscération associée à une fistule

Ce type de complication rend difficile la prise en charge

5-4 Eviscération avec perte de substance C'est une situation assez grave. De la même manière que précédemment cette nécrose pariétale va compliquer le traitement.

5-5 Diagnostic positif : Le diagnostic d'éviscération est facile, lorsque l'opéré présente du 5^{ème} au 10^{ème} jour après l'opération, à l'occasion d'un effort de toux ou de vomissement, une douleur brusque, un écoulement séreux et à l'inspection on voit sortir des berges de la plaie un segment du tube digestif.

5-6 Diagnostic différentiel

- Les éviscérations traumatiques
- Les éventrations abdominales

5-7 Le traitement

- But :

Reconstituer la paroi

Prévenir les troubles respiratoires Eviter les pièges de l'infection résiduelle

Explorer toute la cavité péritonéale à la recherche d'une cause et de l'éradiquer

- Moyens Médicaux :

Remonter l'état général du patient : solutés, transfusion, plasma, en suivant les dosages précis des constantes biologiques. Adapter un régime riche en protide. Instaurer une vitaminothérapie. Antibiothérapie Antipaludéen Kinésithérapie respiratoire. Sanglance abdominal. Pansements a traumatiques : avec compresses imbibées de sérum physiologique et des feuilles à base de produits pro inflammatoires. Anesthésier le ou la malade sous anesthésie générale, mais le relâchement musculaire devra être suffisante pour permettre la réintégration viscérale et la ré suture pariétale dans les meilleures conditions techniques.

- Chirurgicaux :

Exploration de la cavité.

Conduite vis-à-vis de la paroi :

Réparation pariétale

Méthodes

Suture simple (anatomique)

Suture cutané simple de recouvrement (sans réparation musculo aponévrotique)

Suture en un plan sur bourdonnet

Plasties aponévrotiques

Suture renforcée par prothèse résorbable : plaque de Merselene, filet de vicryl, Treillis de polyglactine 910.

- Indication dépend de : L'origine de l'éviscération (mécanique ou infectieuse) de la possibilité de rapprocher les berges musculo aponévrotiques du type d'incision de l'état du patient des moyens dont on dispose et de l'expérience de l'équipe chirurgicale

- Eviscération mécanique sans cause intra péritonéale

Traitement de la cause (respiratoire +++)

Suture simple (anatomique)

Suture + prothèse résorbable de renforcement

Plastie aponévrotique.

- Eviscération infectieuse libre sans cause intra péritonéale

Suture simple (anatomique)

Suture + prothèse résorbable de renforcement.

- Eviscération infectieuse fixée sans cause intra péritonéale

Soins locaux avec pansement pro inflammatoire

Suture simple (anatomique)

Suture + prothèse résorbable de renforcement

-Eviscération infectieuse fixée avec cause intra péritonéale

-Traitement de la fistule (péritonite post opératoire)

- Traitement de l'éviscération

a- Suture bout à bout possible (pas de tension)

Suture simple (anatomique)

Où suture plus prothèse résorbable de renforcement

b- Suture bout à bout impossible (tension excessive)

Plastie aponévrotique Suture d'une prothèse résorbable de renforcement

Suture cutanée de recouvrement

- Eviscération avec perte de substance (nécrose pariétale)

Réparation pariétale

+ Suture d'une prothèse résorbable

+ Greffe de peau

5-8 Les complications

- Précoces

Les sepsis : plus ou moins important selon son siège et selon le siège de la prothèse.

Hématome : est lié à des décollements et dans certains cas à drainage insuffisant

- Tardives :

Suppurations : peuvent survenir plusieurs jours après la mise en place de la prothèse.

Cette suppuration est généralement fistulisée à la peau au niveau de l'ancienne incision.

5 -9 Autres complications :

-La nécrose cutanée : peut être la conséquence d'un décollement important

-Eventration.

5-10 Le pronostic

Le pronostic est grave, car le risque d'infection pariétale, d'infection péritonéale, d'occlusion intestinale et de fistule digestive peuvent se voir. En réalité le pronostic est fonction du terrain, de la cause de l'éviscération et du stade auquel le patient a été opéré. Les éviscération qui traduisent un simple accident pro mortem sont gravissimes. Quel que soit les méthodes employées, celles qui traduisent une péritonite évolutive, une toxi-infection péritonéale ; pour les éviscération mécaniques, celles qui révèlent surtout une « mal union » et/ ou « désunion », celles qui sont due à une suture imparfaite sont d'un pronostic relativement bon, si la réintégration a eu lieu de bonne heure.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

Cadre d'étude : Ce travail a été réalisé dans le service de chirurgie générale du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré de Bamako.

Situation géographique du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré : Le CHU Gabriel Touré est situé dans le centre administratif de la ville de Bamako en commune III. A l'intérieur de cet établissement se trouve :

Le service d'accueil des urgences (SAU) au sud-ouest,

Le service de chirurgie générale au sein du pavillon Bénitiéni FOFANA au nord.

Les locaux :

Le service de chirurgie générale compte 33 lits d'hospitalisation, 08 bureaux, 01 salle de garde pour le personnel infirmier, 03 salles opératoires, 01 salle de stérilisation et 01 magasin.

Le personnel est composé de 6 professeurs agrégés dont 3 titulaires, parmi lesquels un qui est le chef de service, 4 maîtres de recherches, 2 charge de recherches et 08 infirmiers dont 01 technicien supérieur de santé.

Les activités du service :

Les consultations externes ont lieu du lundi au vendredi. Les interventions chirurgicales se font tous les jours au SAU et le lundi, mardi et jeudi au bloc à froid. Les hospitalisations se font chaque jour et à tout moment. La visite des patients hospitalisés se fait tous les jours après le staff conduit par les chirurgiens et la contre visite est effectuée par l'équipe de garde. La visite générale conduite par le Professeur a lieu chaque vendredi après le staff général de chirurgie réunissant toutes spécialités chirurgicales et les anesthésistes réanimateurs. Le programme opératoire du bloc à froid est établi chaque jeudi à partir de midi. C'est au cours de ce staff que se fait la lecture des dossiers.

Durée d'étude : notre étude s'étendait sur une année du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022

Type d'étude : il s'agissait d'une étude prospective

Critères d'inclusion :

Tous les patients dont les suites opératoires immédiates (avant 1mois) ont nécessité une ré-intervention chirurgicale.

Tous patients opérés pour reprise chirurgicale après une 1^{ere} chirurgie abdominale et suivie dans le service.

Critères d'exclusion :

Patients dont la réintervention dépasse 1mois.

Tous patients dont la réintervention ne concerne pas les viscères abdominaux.

Tous patients décédés dont le diagnostic de réintervention avait été posé.

Méthodes

Nos renseignements ont été recueillis dans les dossiers et souvent à l'interrogatoire en complément d'information. Les patients ont été examinés quotidiennement chaque jour au cours de la visite à la recherche d'éventuelles complications.

Nous avons retenu les complications apparues au cours de 30 jours qui ont suivi la première intervention.

Les complications ont été classées selon la classification de Clavien et Dindo :

Grade I : COP ne nécessitant aucun traitement médical, chirurgical, endoscopique ou radiologique. Les traitements autorisés sont les antiémétiques, antipyrétiques, antalgiques, diurétiques, électrolytiques et la physiothérapie.
Exemple : Iléus, abcès de paroi mis à plat au chevet du patient

Grade II : Complication nécessitant un traitement médical non indiqué dans le **grade I. Exemple :** TVP, nutrition parentérale totale, transfusion.

Grade III : Complication nécessitant un traitement chirurgical, endoscopique ou radiologique. **III a :** Sans anesthésie générale. Ponction guidée radiologiquement. **III b :** Sous anesthésie générale. Reprise chirurgicale.

Grade IV : Complication engageant le pronostic vital et nécessitant des soins intensifs. **IV a** : Défaillance d'un organe. Dialyse **IV b** Défaillance multi-viscérale

Grade V : Décès Suffixe d Complication en cours à la sortie du patient nécessitant un suivi ultérieur (d : dis charge) [18].

Et en dernier point :

Nous avons demandé la satisfaction de nos patients par le dis confirmation model : selon lequel, le niveau de satisfaction du client dépend à la fois des attentes par rapport au service, et de sa perception du service reçu, pour cela nos patients avaient le choix entre 1 à 10 comme suite :

1-3 très insatisfait

4 - 6 plutôt insatisfait

7 -8 plutôt satisfait

9 -10 très satisfait

Supports_: la fiche a été élaborée à partir :

- Les dossiers médicaux et des registres des comptes rendus opératoires des malades réopérés dans le service.
- Les registres de consultation.
- Les dossiers de suivi des malades.

Aspects éthiques_:

Le Consentement éclairé des patients ont été demandé et respect de la confidentialité des données. Ce travail se veut une recherche opérationnelle. Ainsi, les résultats obtenus seront mis à la disposition de tous les intervenants dans le domaine de la santé chirurgicale et ceci dans l'intérêt des patients.

Nos données ont été analysées sur les logiciels **spss** et saisie à l'aide du logiciel **Word 2013**Le test validité des résultats est le test **Khi** carré avec seuil de probabilité **P<0,05**

RESULTATS

V. RESULTATS

Fréquence :

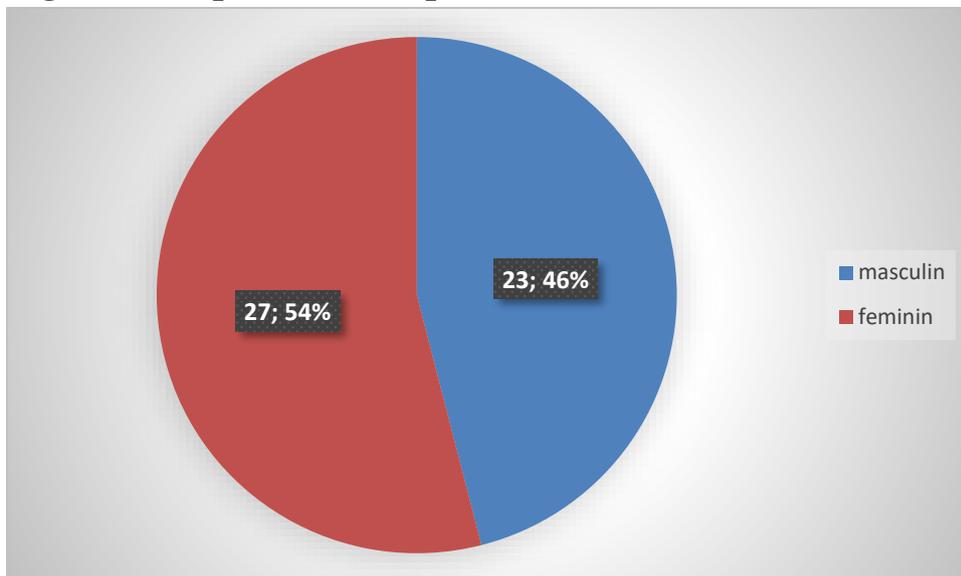
Il s'agissait d'une étude prospective allant du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022. Elle a porté sur 50 patients ayant subi une réintervention chirurgicale précoce dans le service de chirurgie générale CHU-GT, dont 30 patients ont subi leur 1^{ère} intervention dans le service. Pendant 12 mois nous avons effectué :

- 1049 interventions dans le service
- 832 interventions concernaient l'abdomen
- 306 interventions ont été faite au programme à froid
- 526 interventions en urgence

Nous avons colligé 50 réinterventions précoces ce qui ont représenté

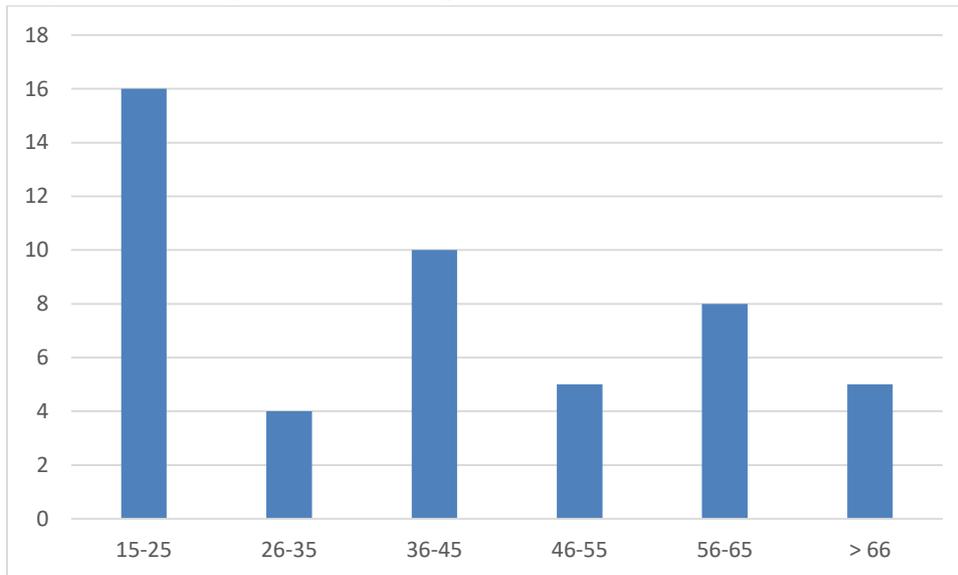
- 4,7% des interventions dans le service
- 2,61% des interventions au niveau de l'abdomen dans le service au bloc a froid au bloc a froid.
- 7,98% des interventions abdominales d'urgence

Figure I : Répartition des patients selon le sexe



Le sexe féminin a été majoritaire avec un sex ratio de 0,85

Figure II : Répartition des patients selon les tranches d'âges



La tranche d'âge de 15-25ans a été la plus représentée avec une moyenne d'âge de 39,74ans et des extrêmes de 15 et 75 ans et un Ecart type de 18,59

Tableau I : Répartition selon la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Bamako	36	72
Kayes	3	6
Koulikoro	5	10
Mauritanie	1	2
Mopti	1	2
Ségou	1	2
Sikasso	3	6
Total	50	100

La majorité des patients provenait de Bamako avec un effectif de 36 soit 72%

Tableau II : Répartition selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ouvrier	10	20
Cultivateur	6	12
Etudiant '	5	10
Fonctionnaire	5	10
Femmes au foyer	17	34
Autres	7	14
Total	50	100

Les femmes au foyer étaient au nombre de 17 soit 34% dans notre étude

Les autres : Prêcheur 2, Chauffeur 2, Elève 2, Commerçant 1

Tableau III : Répartitions des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage %
Bambara	16	32
Dogon	2	4
Malinké	10	20
Peulh	11	22
Soninké	3	6
Sonrhäi	4	8
Autres	4	8
Total	50	100%

Les bambaras étaient représentés dans 32%

Les autres : Arabe 2, Daffi 1, Tamachek 1

Tableau IV : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentages
Célibataire	13	26
Marié (es)	35	70
Veuf (ve)	2	4
Total	50	100

Les mariés étaient les plus représentés dans 70%.

Tableau V : Répartition des patients selon le niveau de revenu

Niveau de revenu	Effectifs	Pourcentages
Élevé	8	16
Moyen	28	56
Faible	14	28
Total	50	100

Les patients ayant un niveau de revenu moyen ont représenté 56% des cas.

Tableau VI : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentage
Aucun	45	90
Hypertendu et diabétique	2	4
Psychiatrique	1	2
Drépanocytaire	1	2
Hypertendu	1	2
Total	50	100,0

Dans 90% les patients étaient sans antécédent médical.

Tableau VII : Répartition des patients selon le diagnostic de la première intervention

Diagnostic de la première intervention	Effectifs	Pourcentage
Tumeurs digestives	5	10
Appendicite aigue	4	8
Césariennes	11	22
Fistule digestive externe	3	6
Kystes(pancréas)	3	6
Occlusion intestinale	3	6
Péritonite	19	38
Lithiase vésiculaire symptomatique	1	2
Traumatisme	1	2
Total	50	100

La péritonite a représenté 38% des diagnostics de la première intervention suivie de la césarienne 22%.

Tableau VIII : Répartition selon l'indice de performance OMS à la 1ere reprise

Indice de performance OMS	Effectifs	Pourcentage
OMS4	1	2
OMS3	14	28
OMS2	34	68
OMS1	1	2
Total	50	100

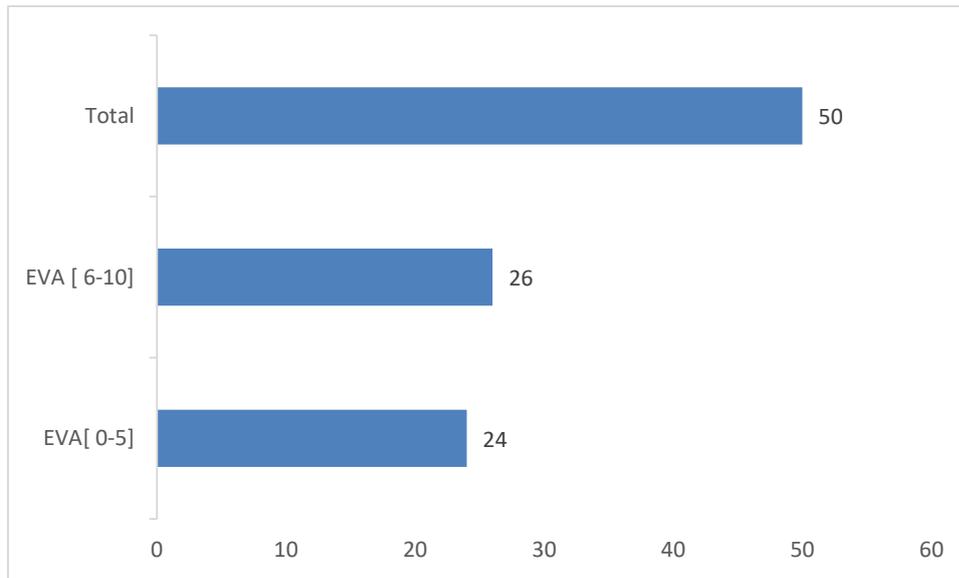
Le score OMS ou indice de performance OMS était coté à 2 dans 68%

Tableau IX : Répartition des patients selon les paramètres du patient à la 1ere reprise

Paramètres du patient	Effectifs	Pourcentage
Température [37-39]	15	30
Température < 39,0	3	6
Conjonctive Pale	3	6
Hypertension	7	14
Hypotension	7	14
Polypnée	15	30
Total	50	100

Les patients qui avaient une température entre [37-39] °C et une polypnée ont représenté 30%

Figure V : Répartition des patients selon Echelle visuelle analogique



Les patients qui ont une EVA entre [6-10] ont représenté 52%

Tableau X : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectifs	Pourcentage
Dyspnée+ toux	8	16
Vomissements	10	20
Tachycardie	10	20
Douleur abdominale	22	44
Total	50	100

A la reprise 22 patients avaient une douleur abdominale soit 44%

Tableau XI : Répartition des patients selon la nature de l'incision a la 1^{ère} intervention

Type de la première incision	Effectifs	Pourcentage
MacBurney	3	6
Médiane sus ombilicale	1	2
Médiane sus et sous ombilicale	36	72
Pfannenstiel	8	16
Bi sous costale	2	4
Total	50	100

Incision médiane sus et sous ombilicale a représenté 72% des cas

Tableau XII : Répartition selon les signes trouvés à examens physique

Signes physiques	Effectifs	Pourcentage
Eviscération	9	18
Ecoulement à travers la plaie (purulent, sang)	8	16
Défense abdominale	3	6
Météorisme	10	20
Cul de sac bombé et douloureux	15	30
Vulve souillée	5	10
Total	50	100

Le cul de sac bombé et douloureux a été le signe physique le plus retrouvé chez les patients soit 30%

Tableau XIII : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine

Taux Hémoglobine en g/dl	Effectifs	Pourcentage
Bas	12	24
Normal	38	76
Total	50	100

Le taux d'hémoglobine était normal chez 76%

Le taux d'hémoglobine moyen était 11,18g/dl

Tableau X IV : Répartition selon le taux Protéine C Réactive (CRP)

CRP	Effectifs	Pourcentage
Non faite	47	94
Normale	1	2
Élevé	2	4
Total	50	100

Dans 94% des cas aucune CRP n'était faite

Tableau XV : Répartition des patients selon le groupage rhésus

Groupage rhésus	Effectifs	Pourcentage
A+	17	34
AB+	2	4
B+	9	18
O-	1	2
O+	20	40
A-	1	2
Total	48	100

Le groupe O+ était majoritaire avec 40%

Tableau XVI : Répartition des patients selon résultat de la tomодensitométrie TDM

TDM	Effectifs	Pourcentage
Effet de masse locorégionale	1	2
Épanchement liquidien intra-abdominal	1	2
Dilatation des anses avec des zones de strictions	1	2
Non faite	47	94
Total	50	100

La majorité de nos patients n'ont pas fait de TDM soit 94%

Tableau XVII : Répartition de patients selon le résultat de l'échographie abdominale

Résultat de l'échographique	Effectifs	Pourcentage
Collection localisée	4	8
Non fait	46	92
Total	50	100

La majorité de nos patients n'ont pas fait d'échographie soit 92%

Tableau XVIII : Répartition selon le diagnostic préopératoire à la 1 ère reprise

Diagnostic pré opératoire	Effectifs	Pourcentage
Péritonite post opératoire	25	50
Occlusion postopératoire	10	20
Eviscération post opératoire	9	18
Hémorragie post opératoire	2	4
Nécrose stomiale	4	8
Total	50	100

La péritonite post opératoire a représenté 50% des diagnostics en pré opératoire

Tableau XIX ; répartition des patients selon le lieu de l'intervention initiale

Lieu de l'intervention initiale	Effectifs	Pourcentage
Structure privée	5	10
Autres Structure publique	11	22
Chirurgie générale CHU-GT	30	60
Autres services du CHU-GT	4	8
Total	50	100

La majorité de nos patients ont subi leur première intervention dans le service 30 patients soit 60%

Tableau XX : Répartition selon le diagnostic per opératoire à la 1 ère reprise

Diagnostics	Effectifs	Pourcentage
Sténose anastomotique	4	7,5
Péritonite post opératoire	45	84,9
Nécrose stomiale	4	7,4
Total	53	100

Les péritonites post opératoires ont représenté 84,9% des diagnostics per opératoire

Tableau XXI : Répartition selon le geste chirurgical effectué

Le geste chirurgical réalisé	Effectifs	Pourcentage
Adhésiolyse	7	12,5
Réfection de la GEA	2	3,57
Fermeture sur bourdonnet	1	1,78
Dérivation kystojejunale transmesocolique	1	1,78
Désincarcération du grêle	3	5,35
Détorsion du grêle	2	3,57
Iléocolostomie	4	7,14
Suture lavage et drainage	24	42,85
Réfection de la stomie	4	7,14
Résection et anastomose	7	12,5
Extraction du textulum	1	1,78

Suture lavage et drainage ont été les gestes les plus réalisés avec 42,85% lors des réinterventions

Tableau XXIII : Répartition selon la durée de séjour des patients en réanimation en post opératoire

Durée de séjour en réanimation	Effectifs	Pourcentage
1-4 Jours	18	36
5-8 Jours	8	16
Absence de séjour	24	48
Total	50	100,0

52% des patients ont séjournés en réanimation après reprise parmi lesquels 16% avaient un séjour au-delà ou égal à 5 jours

Tableau XXIV : Répartition des patients repris selon la transfusion sanguine au cours de la reprise ou après reprise

Transfusion	Effectifs	Pourcentage
Non	38	76
Oui	12	24
Total	50	100,0

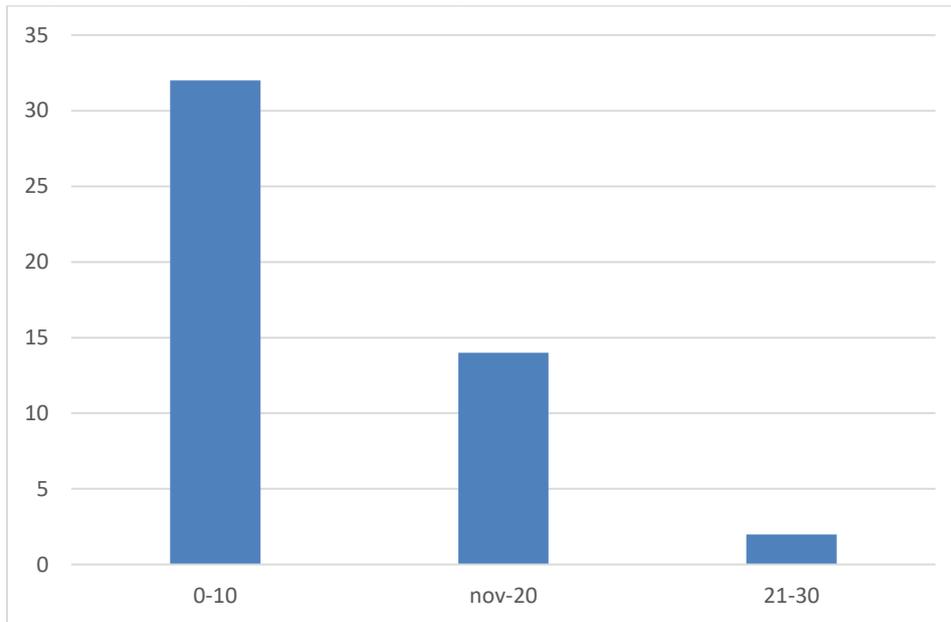
La transfusion sanguine a été effectuée chez 12 patients soit 24%

Tableau XXV : Répartition des patients selon l'administration d'amine (noradrénaline)

Noradrénaline	Effectifs	Pourcentage
Non	23	46
Oui	27	54
Total	50	100

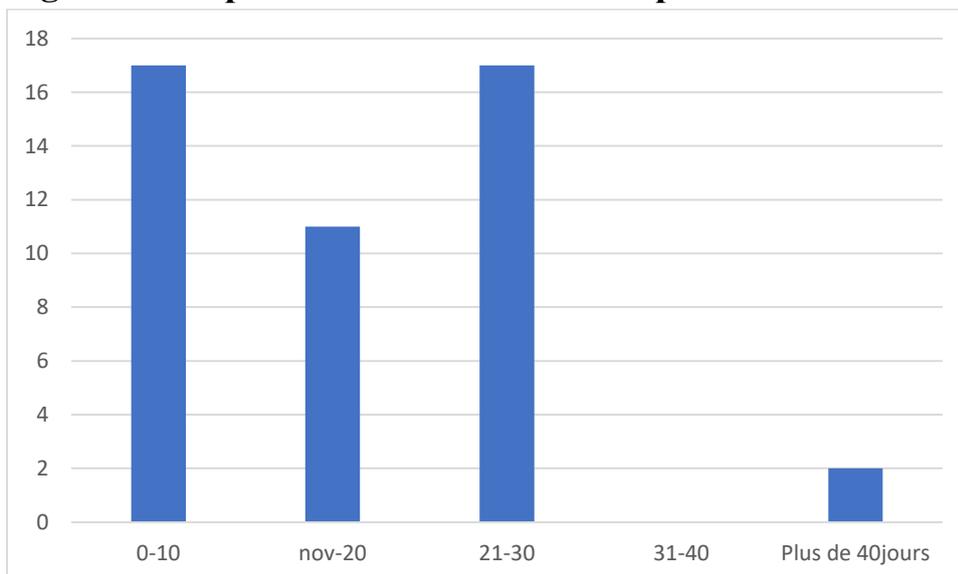
La noradrénaline a été d'administrée chez 27 patients soit 54%

Figure IV : Répartition des patients selon le délai de la 1ere reprise



La majorité de nos patients ont été repris entre J0 et J10 de leur première intervention soit 66,66% La moyenne est 9,82 et médiane est 8

Figure V : Répartition selon durée d'hospitalisation



La durée moyenne hospitalisation de nos patients était de 16 ,1 avec des extrêmes allant de 1 à 45 jours et un Ecart type de 10,56

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la catégorie d'hospitalisation

Catégorie hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
Catégorie I	12	24
Catégorie II	28	56
Catégorie III	10	20
Total	50	100

La majorité de nos patients étaient hospitalisées en catégorie II soit 56%

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon les suites opératoires

Suites immédiates	Effectifs	Pourcentage
Complicquées	40	80
Simple	10	20
Total	50	100

Les suites opératoires ont été compliquées chez 80% de nos patients

Tableau XXIX : Répartition des patients selon le type de complication

Type de complication	Effectifs	Pourcentage
Éviscération post opératoire	6	12
Fistule digestive	6	8
Aucun	10	20
Péritonite par lâchage de la suture digestive	3	6
Suppuration pariétale	7	14
Thrombose veineuse	2	4
Troubles ioniques	3	6
Décès	13	26
Total	50	100

La suppuration pariétale, l'éviscération post opératoire et les fistules digestives ont été les complications les plus fréquentes.

Tableau XXX : Répartition de patients selon classification de DINDO-CLAVIN

Classification des complications selon DINDO-CLAVIN	Effectifs	Pourcentage
Grade I	13	26
Grade III b	12	24
Grade IV a	1	2
Grade V	13	26
Grade II	1	2
Aucune	10	20
Total	50	100

Grade I a représenté 30%

12 des patients ont été repris pour une seconde fois

Tableau XXXI : Répartition des patients selon leur suivi post opératoire à 1 mois

Suivi à 1 mois	Effectifs	Pourcentage
Décès	4	11
Évolution favorable	33	89
Total	37	100

A 1 mois 89% de nos patients avait une évolution favorable et 4 des patients sont décédés après une deuxième reprise

Au totale 17 patients sont décédés soit 34%

Tableau XXXII : Répartition des patients selon leurs satisfactions

Satisfaction du patient	Effectifs	Pourcentage
Très insatisfait	18	36
Plutôt insatisfait	3	4
Plutôt satisfait	1	2
Très satisfait	28	56
Total	50	100

La moitié de nos patients était très satisfaite de leur prise en charge soit 56%

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le grade l'opérateur

Opérateur de la première intervention	Effectifs	Pourcentage
Chirurgien	30	60
DES	20	40
Total	50	100

Les chirurgiens ont opéré 60% de nos patients à la première intervention

Etude analytique

Tableau XXXIV : Répartition des complications selon les opérateurs initiaux et suite opératoire

Effectif	Total		
	Chirurgien	DES	
Complicquées	19	19	38
Simple	11	1	12
Total	30	20	50

Les chirurgiens ont opéré 30 patients et les suites immédiates des 19 se sont compliquées

Les DES ont opéré 20 patients et les suites immédiates de 19 se sont compliquées

En conclusions : $P=0,009$, $RR=11$, Les suites opératoires sont fortement corrélées à l'opérateur il y a 11 % de chance de complication que si la reprise est faite par un chirurgien et 95% de chance de complication que la reprise est faite par un DES

Tableau XXXV : Repartitions des patients selon la concordance entre diagnostic pré et per opérations

Diagnostic pré op	Concordance
Occlusion post opératoire	5/8
Péritonite post opératoire	39/28
Eviscération post opératoire	0/6
Hémorragie post opératoires	0/1
Fistule post opératoires	0/1
Nécrose stomiale	3/3

Les diagnostics pré opératoires ont concordé à 70% avec les diagnostics per opérations

Tableau XXVII : Répartition des patients selon le cout de la prise en charge

Le cout de la prise en charge	Effectifs	Pourcentage
200000 FCFA	2	4
300000 FCFA	20	40
400000 FCFA	2	4
Plus de 500000 FCFA	26	52
Total	50	100

Le cout moyen de la prise de la prise en charge était 488043 avec des extrêmes 200000 et 1000000 FCFA, après les complications et tout le reste

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Nous avons mené cette étude prospective de janvier 2022 au décembre 2022 pour déterminer les réinterventions chirurgicales précoces. Cette étude a porté sur 50 patients ayant subi une réintervention précoce dans le service de chirurgie générale CHU-GT

Les avantages de cette étude prospective sont :

- d'examiner tous nos patients nous-mêmes
- d'être en contact permanent avec tous nos patients
- permet de minimiser les biais de sélection

Les limités ont été :

- L'insuffisance de matériel opératoire retardant les interventions chirurgicales
- L'insuffisance du taux de couverture par l'assurance médicale obligatoire rendant difficile la prise en charge de certains patients.

Tableaux XXXVI : fréquence hospitalière et auteurs

Auteurs	Effectif	Fréq de n (%)	Test statistique
Mirpjukie ; et col ; Croatie,2022[8]	3982	19(0,4%)	P=0,000
Tae k et col, Core ,2020[7]	1481	79(5,33%)	P=0,0003
Catherine et col, lubumbashi,2018[2]	304	56(22,37%)	P=0,20
Karembe B, Mali,2018[9]	17059	62(0,32%)	P=0,045
Notre étude, Mali ,2022	1049	50(4,7%)	

La fréquence des réintervention varie de 0,32 à 22,3% [9,2]

Notre fréquence de 4,7% est comparable à celle de Catherine et col [1] mais différent de celle des auteurs de la littérature Mirpjukie et col, [15] Tae et col [15], et Karembe B [15]. Laquelle différence est due à la taille des échantillons, la nature de l'intervention et la technique opératoire et diagnostic initial.

Tableau XXXVII : Age et auteurs

Auteurs	Effectifs	Age moyen en année	test stat
Franesco P et Col, Italie,2022[19]	106	63, 3	P=0,005
Catherine et col, lubumbashi,2018[2]	56	34,6	P=0,025
Tae k et col, Core,2020[7]	79	51	P=0,031
Souleymane, Mali,2021[20]	46	34,13	P=0,25
Notre étude, mali 2022	50	39,74	

L'Age moyen varie de 33 à 65 ans dans les séries [2,7,19,20].

L'âge moyen de notre série est de 39,74ans, il est comparable à celui retrouvé dans La littérature [20]

L'âge jeune de patients serait lié à la jeunesse de la population africaine de subsaharienne en générale et du Mali en particulier.

Tableau XXXXVIII : signes cliniques et auteurs

Auteurs	Signes cliniques		
	Tachycardie	Vomissement	Détresse respiratoire
Therry, Paris,2016[21]	64%	-	-
AIBOUD, FES,2013[22]	35%	37,5	23,3%
Said B et col, Maroc,2022[23]	74%	-	58%
Souleymane, Mali,2021 [20]	69,6%	15,2%	-
AHMED, Sénégal, 2012[24]	60,5%	54,8%	13,5
Catherine et col, Lubumbashi,2018[2]	33,92%	-	28,57%
Notre étude, Mali ,2022	20%	20%	16%

Les différents signes cliniques retrouvés chez les auteurs dans la littérature sont entre autre : tachycardie, vomissements, détresse respiratoire et douleur abdominale

La tachycardie a été retrouvée chez tous les auteurs, à des fréquences différentes. Notre pourcentage est proche à celui rapporte par les auteurs de la littérature [2-22].

Tableau XXXIX : Diagnostic1 selon les auteurs

Auteurs	Nombre reinterventions	Péritonite opératoire n%
Souleymane , Mali,2021 [20]	46	10,13%
Thierry ,France,2016 [21]	191	56%
GUY et Col ,Cameroun,2022 [25]	120	48,3%
Notre etude,2022	50	25%

La péritonite a été la cause la plus retrouvée des ré-interventions selon plusieurs auteurs, notre fréquence de péritonite est plus élevée par rapport à celle apportée par SOULEYMANE [20], mais inférieure à celle apportée par Thierry, et Guy et col [21- 25]

Tableau XL : Diagnostic2 et auteurs

Auteurs	Nombres reinterventions	Occlusion post opératoire n%
Maiga , Mali,2018 [26]	135	8,9%
JEAN , France,2022 [27]	33	42%
GUYetCol ,Cameroun,2022[25]	120	31,7%
Notre étude, 2022	50	20%

L'occlusion post opératoire a été la 2^e cause des reinterventions selon les auteurs ; notre fréquence est plus élevée que celle apportée par MAIGA au Mali [28], mais inférieure à celle de Jean en France et Guy et col au Cameroun [25 et 27]

Tableau XLI : Diagnostic3 et auteurs

Auteurs	Nombres reinterventions	Eviscération post opératoire n%
JEAN ,France,2022 [27]	33	15%
Coulibaly ,Mali,2013 [28]	25	4%
CathrineS ,Lubumbashi,2018[29]	56	21,43%
Notre Etude,2022	50	18%

Eviscération post opératoire a été la 3^e cause selon quelques auteurs. Notre fréquence est plus élevée que celle apportée par COULIBALY au Mali [30] et proche de celle apportée par Jean en France [27] mais inférieure à celle de Catherine Saleh [29]

Tableau XLII : Diagnostic4 et auteurs

Auteurs	Nombres reinterventions	Hémorragie post opératoire n%
Maiga ,Mali,2018 [26]	135	4,40%
JEAN ,France,2022 [27]	33	15%
CatherineS ,Lubumbashi,2018[29]	56	3,57%
Notre Etude,2022	50	4%

L'hémorragie post opératoire est plus rare selon les auteurs, notre fréquence est proche de celle apportée par MAIGA au Mali et Catherine Saleh [26 et 29], mais inférieure à celle apportée par Jean en France [26]

Tableau XLIII : Morbidité et auteurs

Auteurs	Morbidité	Statistique
Carlos , Colombie, 2012[30]	69 (61,6%)	P=0,12
Degremont , France 2011[31]	95 (50%)	P=0,33
Traoré , RCI 2013[32]	15 (14 ,1%)	P=0,00000
Notre étude, Mali,2022	26 (78,78%)	

Le taux de morbidité varie de 14,1% à 78,78 %, selon les auteurs [30,31,32]

Le facteur de risque le plus important de cette morbidité est lié à l'ouverture du tube digestif (l'infection), la présence de comorbidité, malades mal préparés, les urgences

Il n'existe pas une différence statistiquement significative entre notre fréquence et celles des auteurs suivants : Carlos et Degremont [30,32]

Tableau XLIV : Mortalité et Auteurs

Auteurs	Nombre reintervention	mortalite N (%)	Test statistique
Ahmed , Senegal, 2012 [25]	104	26(25%)	P=0,19
Therry , France, 2016 [21]	36	11(30,5%)	P=0,37
Bengaly , Mali, 2021 [26]	46	9(19,6%)	P=0,06
AHOUANSOU , Mali, 2019 [33]	26	13(50%)	P=0,09
JIAet Col , Chine 2022[34],	79	4(5,06%)	P=0,0000
Notre étude, Mali, 2022	50	17(34%)	

La réussite d'une deuxième intervention dépend de plusieurs éléments : La nature de la première intervention, le délai de la reprise chirurgicale, l'état général du malade, la technique opératoire, l'expérience de l'équipe chirurgicale. Dans notre série 17 patients sont décédés soit une mortalité de 34%. Notre taux de mortalité n'est pas statistiquement différent de ceux de la littérature [21, 25,26 ,33]

CONCLUSION

Les réinterventions chirurgicales précoces sont relativement fréquentes dans les pathologies d'urgence chirurgicale.

Elles surviennent dans un contexte d'urgence abdominale aigue.

Elles prolongent la durée d'hospitalisation et une augmentation des coûts de la prise en charge.

La morbidité et la mortalité sont élevées

RECOMMANDATIONS

VII. RECOMMANDATIONS

Aux autorités politiques et sanitaires :

- Construction des blocs opératoires aux normes internationales
- Equipement des blocs d'instruments de qualité pour une meilleure prise en charge des patients
- Formation continue du personnel de blocs aux règles d'asepsie.
- Renforcement de la capacité des services sociaux qui constituent un élément important de soutien pour les malades.

Au corps médical :

- Respect des règles et les techniques chirurgicales
- Organisation des services d'urgences chirurgicales pour une prise en charge adéquate des urgences.
- Une meilleure préparation des patients pour l'intervention.
- Respect des règles d'asepsie au cours des pansements.

Aux Malades :

- Consultation d'un agent de santé devant toute douleur post opératoire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-**DOMART A, BOURNEUFJ** nouveau Larousse médical librairie Larousse 17, rue du Montparnasse 75006 paris.1990
- 2 -**CATHERINE S, MARC K, ETIENNE O** pam afr med j.2018 ;30 :127
- 3-**VAN DER WAAIJ D, VRIES JMB, der wees** jecl.resistance à la colonisation du tube digestif chez les souris conventionnelles et traitée aux antibiotiques hyg (Londres) 1971 sept. 69(3) :405-11
- 4-**BAHI MOHAMED**. Reprise chirurgicale en pathologie digestive.these de medicine,rabat 2010 ,32 :9
- 5-**KRASIL'NIKOV D, SKOBELKIN O, SALIKHOV I, et col** . An analysis of the reasons for relaparotomy in the surgical clinic. khirurgiia 1992 ;3 :94-8
- 6-**MACHADO MA, DE SOUZA JUNIOR AL ; POGGETTI RS et col**. risk factor in emergency surgery relaparotomy.rev hosp clin fac med sao paulo 1994 ;49 :17-20
- 7-**TAE K ,JUN R,YU Y,PARC j ,KYOUNG K,TAEHEE K**. ANESTH PAIN MED (seoul) 30,2020 ;15(2) :233-240 pub med
- 8- **MIROJUKIE, IVONA BINKE, ZENON POGORELIE** enfant (bale) 13 janvier 2022 ;9(1) :106 pub med
- 9- **KAEREMBE B, KONATE M, TRAORE A ET COL**. _re-surgery early in the service of the gabriel toure hospital general surgery_ j afr chir digest 2018 ; vol 18(2) :2430-2433
- 10-**HALUK U , ERDING K , HADUN K, AHMET B, MUSTAFA P AND MEHMETO** urgent abdominal re-exploration world journal of emergency surgery, 1:10 doi: 10.1186/1749-7922-1-10 <http://www.wjes.org/content/1/1/10>
- 11-**UNALP HR,KAMER E,ONAL MA**. analysis of early relaparotomy after lower gastrointestinal system surgery. surg today. 2008 ; 38(4) :323-8.
- 12-**GERMAIN A, MARC R, LEGALL J, JULIEN M.I**, fagniez p.l bilan des laparotomies pour syndromes infectieux postopératoire, chirurgie, 1976 :102,567-572

13-**ING AFM, MCLEAN APH, MEAKINS JL**, multiple-organism bacteremia in the surgical intensive care unit: a sign of intraperitoneal sepsis.surgery1981; 90:779-86.

14-**EDELMAN, BOUTELIER P, BRENOT J, GILLES T**. la reintervention précoce en chirurgie abdominale.mem acad chir. 1964; 90:773.

15-**DOUMBIA SAIBOU**, les ré interventions chirurgicales précoces dans les services de chirurgie générale, de chirurgie pédiatrique et les urgences chirurgicales du chu gabriel touré, thèse de medecine,2009, n :21

16-**ING AFM, MCLEAN APH, MEAKINS JL**, multiple-organism bacteremia in the surgical intensive care unit: a sign of intraperitoneal sepsis.surgery1981; 90:779-86.

17-**GERMAIN A, FAGNIEZ P.L, KERDILOS Y**. peritonites post-operatoire.conc.med 1976,98(6)649-664

18- **DEMBÉLÉ M**.les fistules digestives externes post-opératoires dans le service de chirurgie b du chu du point g. thèse de médecine, bamako 07m115.

19- **FRANCESCO PETRELLA, MONIQUE CASIROGHI DAVIDE RADICE**.... Cancer 14(9),2064,2022

20- **SOULEYMANE BENGALY**,apesct diagnostics et therapeutiques des peritonites pot operatoire au departement d'anesthesie –reanimation et medecine d'urgence du chu-gt,these de medecine mali,2021,n :54

21- **THIERRY BENSIGNOR**, prise en charge chirurgicale des peritonite postoperatoire apres chirurgie digestive:etude retrospective sur 191patients; These de medecine ,paris 2015 ,136 :41

22--**Dr AIBOUD** : les peritonitis post operatoire (apropos de 43 cas) memoire de medecine maroc 2013,n :13

23- **BEN LAMKADDEM S**,peritonites post operatoires en reanimation(a propos de 46) au chu hassan ii,these de medecine maroc ,2013

24- **AHMED BEZEID OL HAMIE** ; reinterventions precoses en chirurgie abdominale : indication et suite operatoire a l'hopital aristide le dantec, thèse de medecine sengal ,2012 ,53 :15

25-**GUY ARITIDE BANG, GEORGE BWELLE MOTO, ET ARTHUR ESSOMBA**,med trop sante int.31 décembre 2021 ;1(4) :mtsi.2021.99.

26-**MAIGA ALY** complications post operatoires precoses en chirurgie viscerale a l'hopital de gao,these de medecine 2018,n :50

- 27- **JEAN BAPTISTE BEDEL**,syndrome subocclusif preoce :facteurs predictifs tomodensitometriques d'une reprise chirurgicale, these de medecine,france,2022 ,n :66
- 28- **MAHAMADOU COULIBALY**,peritonite post operatoire dans le service de chirurgie b duchu du point g,these de medecine ,mali,2013,n :48
- 29-**Dr CATHERINE SALEH UGUMBA**,etablissement du score unilu de predilectibilite d'une reintervention precose effective apres laparotomie aux hopitaux universitaire de lubumbashi,these medecine,lubumbashi 2017,n :98
- 30- **CARLOS A.ORDDONEZ,ALVAROISANCHEZ..**,deferred primary anastomosis versus diversion in patients with severe secondary peritonitis managed with staged laparotomie.departemento de cirugia,universidad del valle,cali,colombia2009
- 31- **DEGREMONT R,BREHANT O,FUK D, SABBAGH C,DHAHRI A,BROWET F,MAHJOUB Y**.prise en charge des peritonitis sus meso colique post opératoire par drainage de levy .journal de chirurgie viscerale,elsevier masson france 2011.328-35
- 32- **TRAORÉ M,LEBEAU R, KOUAKOU I, KOUAME B, KAKOU G, DIANÉ B**. resultat des reintervention en urgence en chirurgie abdominale au chu de bouaké. RCI 2012
- 33-**AHOUANSON VIWANOU**,peritonité postoperatoire en reanimation:aspect epidemio-clinique,therapeutique,evolutif et pronostic,these de medecine ,mali;2019,n :70
- 34- **ZHONGGO YI XUE KE XUE YUAN XUE BAO**.2022 octobre ;44(5) :809-814

ANNEXES

IX. ANNEXES

Fiche d'enquête :

1. DONNEES ADMISTRACTIVES :
N° fiche d'enquête :..... / / /
2. Service
d'hospitalisation :.....
....
3. Nom :..... Prénom :.....
4. N° dossier :...../ / / / / / / / /
.Âge en année:...../ / /
5. . Sexe : 1. Masculin 2. Féminin3.indéterminé
6. Adresse
habituelle :.....
.....
7. Contact téléphonique à
Bamako :.....
.Provenance : 1.Kayes, 2.Koulikoro, 3.Sikasso, 4.Ségou, 5.Mopti, 6.Tombouctou, 7.Gao, 8.Kidal,
9. 9Taoudéni, 10.Ménaka, 11. Bamako 12.autre à
préciser :.....
8. Nationalité : 1. Malienne2.Burkinabé 3.Ivoirienne 4.Guinéenne 5.autre
9. Principale activité : 1. Fonctionnaire, 2. manoeuvre, 3.commerçant, 4.cultivateur, 5.élève,
6.étudiant, 7.Ouvrier 8.autre a préciser :.....
Ethnie : 1. Bambara, 2.Peulh, 3.Sonrhaï, 4.Malinké, 5.Sarakollé, 6.Senoufo, 7. Bobo, 8Miniaka, 9
. Dogon, 10. Touareg, 11.Bozo 12.autre à préciser:.....
10. Statut matrimonial : 1.Marié(e) 2.Célibataire 3. Divorcé(e)4.Veuve(f)
11. Niveau de revenu : 1.faible 2.moyen 3.élevé
12. Catégorie d'hospitalisation : 1.1^{ere} catégorie 2.2^{eme} catégorie 3.3^{eme} catégorie
13. Mode de recrutement : 1.urgence 2.consultation normale
14. Date d'entrée :...../ / / / / / / / /

15. Date de sortie :...../ / / / / / / / /

16. Durée d'hospitalisation pré op :...../ / /

17. Durée d'hospitalisation post op :...../ / /

18. ANTECEDANTS : Antécédents

médicaux : 1.diabète 2.asthme 3.drépanocytose 4.HTA 5.autre à

préciser :..... Antécédents

chirurgicaux : 1.Adenomectomie 2.césarienne 3.occlusion 4.péritonite 5.autres.

Familiaux 1.HTA 2.asthme 3.diabète 4.drépanocytose 5.néant .

facteur de risque : 1.Gravite de la pathologie 2.antécédents du patients 3.PEC 4.autre à

préciser :.....

19. Structure de l'intervention initiale : 1.chirurgie générale CHU-GT 2.Gynéco-obstrique CHU-

GT 3 .Urologie CHU-GT 5.Bamako service publique 6.Bamako service privé 7.En dehors

Bamako 4.autre à préciser :.....

DONNEES CLIQUES

20. Nature de la première intervention : 1.tumeur 2.péritonite 3.occlusion 4.PPA par arme

blanches 5 .PPA par arme a feu 6.TFA par AVP 7.TFA autres cause 8.appendicite 9.autre à

préciser :.....

21. Délais entre la première et la seconde intervention:/ / /

22. EXAMEN GENERAL :

23. A l'entrée

24. Glasgow :...../ / /

25. Indice de performance OMS 1. OMS0 2.OMS1 3. OMS2 4.OMS3 Les

conjonctives 1. Pâles 2.Colorées 3.ictérique 4.autre à

préciser :.....

26. Températures en degré Celsius :.....:/ / /

27. pression artérielle systoliques en mimi mètre de mercure :...../ /

/ Pression artérielle diastolique en mimi mètre de mercure :...../ / /

Fréquence respiratoire en cycle par minutes :...../ / /

28. SIGNES FONCTIONNELS Douleur

Abdominale selon Echelle Visuelle Analogique : 1.EVA1 2. EVA2 3.EVA3 4.EVA4

5.EVA5 6.EVA6 7.EVA7 8.EVA8 9.EVE9 10.EVA10

29. Rectorragie 1.Oui 2.Non

30. Vomissements 1. Oui 2. Non

31. SIGNES PHYSIQUES Inspection

32. Signes abdominaux

33. Eviscération : 1.épiploon 2.estomac 3.Grêle 4.Colon 5.néant 6.autre à préciser

Ecoulement a travers la plaie 1. sang rouge vif 2.liquide digestif 3.urine 4.néant

5.autre à préciser :.....

Types de la première d'incision : 1.médiane sus ombilicale 2.médiane sous

ombilicale3.paramédiane 4.pfannenstiel 5.Kocher 6.Mc Burnys 7.xyphopubienne

34. Palpation Abdominal

a. 1. souple 2.défense abdominale 3.contracture abdominale 4.autre à

préciser :.....

35. Percussion Abdomen 1.

normale 2. matité généralisée 3.matité déclive 4.tympanisme généralise 5.tympanisme localisée 6.si

autre à préciser :.....

36. Touche rectal : 1.normal 2.sang sur le doigtier 3.douloureux 4.cul de sac bombe

douloureux 5.masse intracanalalaire 6.non fait 8.autre a préciser :.....

Toucher vaginale 1.normale 2.sang sur doigtier 3.douloureux 4.cul de sac bombe

5.non fait 5.autre à préciser :.....

DONNEES PARACLINIQUE BIOLOGIQUE

Taux d'hémoglobine en gramme par décilitre :...../ / /

Hématocrite en pourcentage :...../ / /

37. Plaquette en microlitre :...../ / /

38. CRP :...../ / / .non fait

39. Groupage rhésus : 1. A+ 2. B+ 3.O+ 4.AB+ 5. AB- 6.A- 7.B- 8.O-

40. IMAGERIQUES

41. ASP : 1.niveau hydro-aérique 2.croisant linéaire sous diaphragmatique 3.opacité
4.grisaille diffus 5.non fait

42. TDM : 1.pneumopéritoine 2.épanchement liquidien intrant abdominale 3.rehaussement
pariétal marqué 4.non fait 5.si autre a préciser :.....

43. Echographie : 1.collection généralise 2.collection localisée 3.non fait 4..si autre à
préciser :.....

44. DIAGNOSTIC DE LA REINTERVENTION

45. Péritonite post opératoire

46. Occlusion post opératoire

47. Eviscération post opératoire

48. Hémorragie post opératoire

a. Si autre préciser :.....

49. ETIOLOGIES

50. Sténose anastomotique

51. Lâchage de la suture digestive

52. Nécrose de l'intestin

a. 4. Liquide résiduel

b. 5. Perforation non vue a la première intervention

c. Autres à préciser :.....

REANIMATION PER OPERATOIRE

53. Principe du traitement

54. Transfusion : 1.oui 2. Non

55. Perfusion 1.oui 2. Non

56. CHIRURGICAL :

57. Le geste chirurgicale réalisé :

a. 1. colostomie 2.rétablissement de la continuité digestive 3.lavage drainage 4.ileostomie
5.ileocolostomie 6.ileojejunostomie 7.resction et anastomose 8.hémostase 9.mise à plat de l'abcès

58. Si lavage la quantité de soluté utiliser pour le lavage :..... 10.autre
préciser :..... Durée
de l'intervention :...../ / /

59. Incident lors de l'intervention : 1.oui 2.non

60. Accident lors de l'intervention : 1.oui 2.non

61. Durée en réanimation :...../ / /

62. REANIMATION POST OPERATOIRE :

63. Intubée : 1. Oui 2.Non

64. Ventilée : 1. oui 2. non

65. Perfusion 1.oui 2.non

66. Transfusion : 1.oui 2.non

67. Noradrénaline : 1.oui 2.non

68. Suite opératoire 1.simple 2.compliqué Type
de complication : 1 suppuration pariétale 2.fistules digestive 3.hémorragie 4.éviscération
5.péritonite 6.décès 7.autres précisé

69. Classification de la complication selon DINDO-CLAVIN

70. 1 .grade I 2 grade II 3 grade IIIa 4 grade IIIb 5 grade IVa 6 grade IVb 7 Grade

71. suivie

72. Suivie à 1mois 1. Guérison 2.Evolution favorable 3.Eviscération 4.suppuration
5.Reintervention 6.Décès 7.autre

73. satisfaction du patient : 1/10 2/10 3/10 4/10 5/10 6/10 7/10 8/10 9/10 10/10

satisfaction du chirurgien : 1/10 2/10 3/10 4/10 5/10 6/10 7/10 8/10 9/10 10/10

74. Le cout de la prise en charge : 1. [90000-100000[2. [100000 -200000[3. [200000-300000[

4. [300000-400000[5[.400000-5000000] 6.>500000

FICHES SIGNALETIQUES

Nom : SIDIBE

Prénom : KARAMOKO

Titre : Réintervention précoce en chirurgie générale CHU-GT : Indications et Résultats.

Année Académique : 2022-2023

Pays d'origine : MALI

Ville : Bamako

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'Intérêt : Chirurgie Générale, Service d'accueil des urgences service de réanimation.

Résumés :

Nous avons mené une étude prospective qui s'est déroulée de janvier 2022 à décembre 2022 soit 12 mois dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE. Nos objectifs spécifiques ont été de déterminer la fréquence hospitalière, de décrire les aspects épidémiologiques et diagnostiques, de déterminer les indications de réintervention et analyser les suites opératoires, Cette étude a inclus tous les patients, quel que soit l'âge, opérés et qui ont subi une ré-intervention chirurgicale précoce. L'âge moyen des patients a été de 39 ans et un sex-ratio de 0.85. Les péritonites postopératoires ont été la première cause de ré-intervention précoce 25 patients (50%) suivie de l'occlusion postopératoires 10 patients (20%). Les éviscérations postopératoires 9 malades (18%) ; la nécrose stomiale postopératoire 4 patients (8%) et l'hémorragie post opératoire 2 patients (4%). Les principaux gestes chirurgicaux réalisés ont été : de la suture lavage et le drainage 24 patients (42,85%), la réfection de stomie (12,5%), l'adhéliolyse (12,5%), l'ileostomie (7,14). La mortalité a été de 34% ; La durée moyenne d'hospitalisation a été de 16,1 jours pour un coût moyen de prise en charge de 488043 FCFA.

CONCLUSION : Une reprise chirurgicale précoce constitue toujours une source d'inquiétude pour le chirurgien mais également pour le malade. La majorité des patients sont des malades opérés en urgence. La morbidité et mortalité sont élevées. Le taux de complication post opératoire est lié à la qualité de l'opérateur de la première intervention. COP prolonge la durée d'hospitalisation avec une augmentation des couts de la prise en charge.

Mots clés : Réintervention chirurgicale ; précoce ; chirurgie ; HGT

SERMENT D`HIPPOCRATE.

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !