

ARTICLE ORIGINAL

LES RE-INTERVENTIONS PRECOSES DES MALADES REFERES AU SERVICE DE CHIRURGIE VISCERALE DE L'HOPITAL NATIONAL DONKA CHU DE CONAKRY (GUINEE)

EARLY REOPERATIONS OF PATIENTS REFERRED TO THE VISCERAL SURGERY OF DONKA (GUINEA)

DIALLO AD¹, DIALLO AT², DIAKITÉ SY¹, CAMARA AK³, BALDÉ OT¹, BALDÉ AK¹, DIALLO AD⁴, TRAORÉ B⁵, BARRYAB¹, BARRY AO⁶, TRAORÉ F¹, TRAORÉ FA⁷.

1-Service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry

2- Service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry

3. Service de chirurgie thoracique de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry

4. Service de gastro-entérologie de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry

5. Unité de cancérologie de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry

6. Service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry

7- Service des Maladies infectieuses et Tropicales de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry

Auteur correspondant : Dr Amadou Diouldé Diallo, Service de chirurgie viscérale hôpital national Donka, CHU de Conakry,

Téléphone: +224 664 004916/ 621 169 013 Email : docteurdioulde@yahoo.fr;

saikoukonkoronya@gmail.com ; aissatoutaran@gmail.com;

RESUME

Introduction : Les ré-interventions précoces constituent une préoccupation majeure pour l'équipe chirurgicale et pour les malades. Elles sont graves avec une morbi-mortalité élevée dans notre contexte d'exercice. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence des ré-interventions précoces, d'identifier les principales structures référant, de décrire les principales indications des ré-interventions et d'analyser les facteurs de risque de mortalité. **Matériel et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et transversale d'une durée de cinq ans dix mois, réalisée dans le service de Chirurgie Viscérale de l'hôpital national Donka du CHU de Conakry. Elle a porté sur l'ensemble des patients référés dans le service pour une complication d'une intervention chirurgicale récente effectuée dans des structures extérieures, et nécessitant une ré-intervention. **Résultats :** Durant la période d'étude, 4374 patients ont été admis et opérés dans le service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka du CHU de Conakry. Une ré-intervention précoce a été faite chez 125 d'entre eux parmi lesquels 110 étaient référés, soit 88%. La moyenne d'âge était de 30 ans avec des extrêmes de 12 ans et 17 ans. Les femmes représentaient 64,55% de l'échantillon (n= 71). Les patients en majorité exerçaient des activités dans le secteur informel 41,8%, (n= 46). Ils résidaient pour la plupart à Conakry 67,3%, (n= 74). Les principales indications des ré-interventions étaient la péritonite postopératoire 41,8%, (n= 46), la fistule digestive 24,54%, (n= 27) et l'occlusion intestinale postopératoire 20,9%, (n= 23). Les patients provenaient essentiellement des cliniques privées (47,27%, n= 52), suivies des hôpitaux préfectoraux (17,27%, n= 19). La durée moyenne d'hospitalisation était de 18,1 jours avec des extrêmes de 1 et 75 jours. La létalité postopératoire était de 29,1% (n= 32). **Conclusion :** Une amélioration des conditions de prise en charge des patients et une meilleure qualification du personnel médical et paramédical permettraient de réduire les complications chirurgicales à l'origine des ré-interventions.

Mots clés : ré-intervention précoce, chirurgie viscérale, mortalité, Conakry.

SUMMARY

Introduction: Early re-interventions are a major concern for the surgical team and patients. They are severe with considerable morbidity and mortality in our exercise context. The objectives of this study were to determine the frequency of early re-interventions, to identify the main referral structures as well as the main pathologies leading to re-interventions and risk factors for mortality. **Material and methods:** This was a retrospective, descriptive, five-year, ten-month, retrospective study carried out in the Department of Visceral Surgery of the Donka National Hospital of the CHU in Conakry. It covered all patients referred in the department for a complication of a recent surgery performed in external structures, and requiring urgent re-intervention. **Results:** During the study period, 4374 patients were admitted and operated in the visceral surgery department of the Donka Nation hospital of the CHU in Conakry. Early re-intervention was performed in 125 patients, among whom 110 were Referred to as 88%. The average age was 30 years. Women accounted for 64.55% (n = 71). Most of the patients were working in the informal sector; 41.8% (n = 46), and most of them in Conakry were 67.3% (n = 74). The main pathologies leading to re-interventions were postoperative peritonitis 41.8%, (n = 46), digestive fistula 24.54%, (n = 27), and postoperative intestinal occlusion 20.9% (n = 23). The majority of patients were from private clinics 47.27%, (n = 52), followed by prefectural hospitals 17.27%, (n = 19). The average hospital stay was 18.1 days. The postoperative lethality was 29.1% (n = 32). **Conclusion:** Improved patient management conditions and better qualification of medical and paramedical personnel would reduce the surgical complications leading to re-interventions.

Key words: early re-intervention, visceral surgery, mortality, Conakry

INTRODUCTION

La ré-intervention est une deuxième intervention chirurgicale indiquée pour pallier à une complication secondaire à l'intervention primaire [1]. Les ré-interventions précoces en chirurgie abdominale ont acquis une réputation de gravité et posent des problèmes à la fois technique et psychologique [2,3]. L'imprécision du tableau clinique, les difficultés techniques ainsi que le taux élevé de mortalité postopératoire expliquent la hantise du chirurgien face à cette complication [4]. La fréquence des ré-interventions peut atteindre 7% [2,3]. La rapidité avec laquelle le diagnostic est porté et l'efficacité du traitement mis en œuvre conditionnent le pronostic [5,6]. 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 est grave [5,6]. Dans les pays en voie de développement, la pauvreté des populations est une des nombreuses causes du déficit d'accès aux soins de santé [7]. Quand un effort financier est fourni par les familles pour accéder aux soins, l'une des préoccupations du personnel traitant est de minimiser le coût de l'hospitalisation en réduisant le séjour hospitalier [8].

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence des ré-interventions précoces, d'identifier les principales structures référant, de décrire les principales indications des ré-interventions et d'analyser les facteurs de risque de mortalité.

MATERIEL ET METHODES

L'étude portait sur les dossiers des patients ayant subi une ré-intervention dans le service de chirurgie viscérale. D'une capacité d'hospitalisation de 40 lits, ce service est situé dans l'enceinte de l'hôpital national Donka constituant avec l'hôpital national Ignace Deen et la faculté de médecine de l'université Gamal Abdel Nasser, le CHU de Conakry.

Ont été inclus, les patients référés par d'autres structures sanitaires, ayant subi une ré-intervention précoce dans le service et dont le dossier médical était à jour.

A été considérée comme ré intervention précoce, toute reprise chirurgicale effectuée dans le service n'excédant pas les 30 premiers jours postopératoires. Le dossier à jour correspondait à tout dossier renfermant toutes les informations utiles. Les données ont été recueillies du 1^{er} Janvier 2009 au 31 Octobre 2014. Elles portaient sur : l'âge, le sexe, la profession, le lieu de résidence, le niveau d'instruction, la structure référente, la pathologie ayant motivé la première intervention, les indications de ré intervention, le délai entre la première intervention et la reprise, le nombre de reprises avant la transfert dans notre service, le degré de qualification des équipes chirurgi-

cale et anesthésique, l'évolution post opératoire et la durée du séjour hospitalier.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne plus ou moins l'écart-type. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage. Elles ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17.0

RESULTATS

Durant la période de l'étude, 4374 patients ont été admis dans le service. Une ré- intervention précoce a été faite chez 125 patients parmi lesquels 110 ont été référés soit 88%. La moyenne d'âge était de 30 ans avec des extrêmes de 12 ans et 17 ans. Les femmes représentaient 64,55% (n= 71). Les patients exerçaient en majorité des activités dans le secteur informel 41,8%, (n= 46) et résidaient pour la plupart à Conakry 67,3%, (n= 74). La moitié des patient n'avait pas été scolarisée (50%, n=55), suivie de ceux qui avaient le niveau du secondaire (30,9%). Les caractéristiques sociodémographiques des patients ont été présentées dans le tableau I). Les principales pathologies à l'origine des ré interventions étaient la péritonite postopératoire (41,8%, n= 46), la fistule digestive 24,5%, (n= 27) et l'occlusion postopératoire 20,9%, (n= 23). (Tableau II). La majorité des patients provenait des cliniques privées 47,27%, (n= 52), suivie des hôpitaux préfectoraux 17,27%, (n= 19). (Tableau III). Les suites opératoires étaient simples dans 70,91% des cas (n=78). U ne morbidité a été enregistrée à type de suppuration pariétale (67,27%, n=74), de choc septique 8,18% (n=9) et de fistule digestive (4,55%, n=5). La durée moyenne d'hospitalisation était de 18,1 jours avec des extrêmes de 1 et 75 jours. La létalité post opératoire était de 29,1% (n= 32), imputable à la défaillance multi-viscérale entraînée par le choc septique et les ré-interventions itératives.

DISCUSSION

Nous avons conduit une étude rétrospective sur une période de cinq ans dix mois portant sur les ré-interventions précoces. La principale limite de cette étude a été son caractère rétrospectif (non complétude des informations).

Durant notre période d'étude, 110 cas de ré interventions précoces référées ont été enregistrés. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la pratique de la chirurgie dans des structures non adaptées, par des agents non qualifiés. Ces structures privées pour la plupart, non agréées, sous équipées, exerçant dans des conditions inappropriées, venaient en tête de la provenance des patients. Ce constat a été par d'autres auteurs [9,10, 11,12]. Une réglementation et une surveillance stricte du fonctionnement de ces cliniques s'imposent dans notre contexte d'exercice. Madieng et al [5] ont colligé 104 cas de ré-interventions dont

15 cas étaient référés par d'autres structures sanitaires. Dans la série de Launey et al. [13] sur 201 patients réopérés pour péritonite post opératoire (PPO), 34% (n=69) venaient d'un autre hôpital. Nous avons noté une prédominance féminine de 64,6%, à la différence des études de Madieng et al [5] à Dakar (Sénégal) et Launey et al. [13] à Rennes (France) qui ont rapporté une prédominance masculine respectivement de 59,6% (n=62, sex-ratio = 1,47) et 66% (n=133). La prédominance féminine dans pourrait s'expliquer par le fait que les services de maternité représentaient le taux le plus élevé des structures référentes.

L'âge moyen des patients dans notre étude (30 ans), était inférieur à celui noté par Madieng et al. [5] qui était de 40 ans. Ce qui démontre que ces ré-interventions survenaient sur un terrain jeune aux ressources financières limitées dans les séries africaines [2, 8, 12]. L'âge était plus avancé dans l'étude de Launey en France (63ans) [13].

Les indications de reprise étaient dominées par les péritonites postopératoires. Ce constat a été rapporté dans d'autres séries [2,5,10,]. La prédominance de la PPO se justifierait par la fréquence élevée de l'appendicectomie, des complications des avortements clandestins et d'autres interventions chirurgicales sur l'utérus et ses annexes. La PPO est rare mais grave, de diagnostic difficile avec un taux de mortalité élevé 31% [13]. Ces PPO compliquent 2-3% des laparotomies pour affections chirurgicales abdominales urgentes ou planifiées [14]. La gestion des PPO basée sur la réanimation, l'antibiothérapie et la chirurgie précoce (24 premières heures suivant le diagnostic) [15,16].

La morbidité dans notre étude était dominée par les complications infectieuses avec 67,27%. Ce résultat était superposable à celui rapporté par Madieng [5] avec 22% de morbidité

(9,9% de suppuration pariétale n=10), 5,8% de fistule entéro cutanées (n=6). La durée moyenne de séjour hospitalier de 18,1 jours (extrêmes 1 et 75 jours) était inférieur à celle rapportée par Madieng et al [15] qui était de 28,7 jours avec des extrêmes de 8 et 150 jours. Le séjour hospitalier est un facteur pronostique en rapport avec les suites opératoires.

Le taux de létalité de 29,09% n= 32 dans notre étude n'est pas négligeable. Le taux de mortalité après reinterventions chirurgicales abdominale et pelvienne se situe entre 18 et 50% [17]. Selon Madieng

et al. [5] l'âge supérieur à 50 ans, un retard de prise en charge au-delà de 24H, l'existence d'une défaillance poly viscérale, a été identifiée comme des facteurs de risque élevé de mortalité. Launey et al. [13] a noté comme facteurs de risque de mortalité l'apparition de complications médicales, le nombre de ré-interventions.

Les cas des décès dans notre étude étaient imputables à la défaillance multi-viscérale entraînée par le choc septique et les ré-interventions itératives (fistules digestives post opératoires et les PPO). Dans la série de Madieng et al. [5], elles étaient dominées par les infections (choc septique), les complications médicales et l'hémorragie. Les reinterventions dans des conditions péritonéales septiques et inflammatoires, le risque inhérent à de nouvelles lésions intestinales parfois associées à des difficultés de fermeture de la paroi abdominale, peuvent jouer un rôle dans l'aggravation de la mortalité.

L'évaluation des facteurs de risque doit tenir compte : des micro-organismes (risque de multi résistance), du patient (recherche des comorbidités : malnutrition, diabète, processus malin, maladie cardiorespiratoire sévère, retard de prise en charge au-delà de 24 à 48 heures, traitement immunosuppresseur), de l'acte chirurgical (contrôle de la cause inadéquat, atteinte du tractus gastro-intestinal, le nombre de ré-interventions, l'expertise de l'équipe chirurgicale, les techniques chirurgicales) [18].

CONCLUSION

Les ré-interventions précoces des malades référés restent d'actualité dans notre service avec une fréquence de 88%. Les cliniques privées étaient les principales structures référentes. Les péritonites représentaient la principale pathologie à l'origine de ces ré-interventions. L'expérience du chirurgien, la durée de l'intervention, la qualité des sutures viscérales et pariétales doivent être prises en considération dans la gestion des ré-interventions précoces. Une amélioration des conditions de prise en charge des patients et une meilleure qualification du personnel médical et paramédical, une large campagne de sensibilisation sur le respect de l'éthique et des bonnes pratiques médicales à tous les niveaux de la pyramide sanitaire permettront certainement de réduire la prévalence de ces ré-interventions.

REFERENCES

- 1- Germain A, Délanoy. Bilan des laparotomies dans les syndromes infectieux post opératoires; *J Chirurgie* 1976; **102**:567-72.
- 2- Chichom A, Mefire B, Tchounzou R, Masso Misse P, PISOH C, Pagbe JJ, Essomba A. Ré-interventions de chirurgie abdominale en milieu défavorisé: indications et suites opératoires (238 CAS). *Journal de chirurgie* 2009; **146**: 387-91.
- 3- Ndayisaba G, Bazira L, Gahongano G, Hitimana A, Karayuba R. Bilan des complications infectieuses en chirurgie générale; *Médecine d'Afrique Noire* : 1992; **39**(8/9):572-3.
- 4- Aghzadi T, Boyayebe. Les ré-interventions précoces en chirurgie abdominale d'urgence, à propos de 80 cas. *J Méd. Strasbourg* 1991; **22**(7):346-9.
- 5- Dieng M, Cisse M, Bezaid AOH, et al. Early reoperations after abdominal and pelvic surgery : indications and results over a period of 11 years. *Surg Chron* 2015; **20**(4): 148-151
- 6- Montravers P, El Housseini L, Rekkik R. Les péritonites post-opératoires: diagnostic et indication des ré interventions. *Réanimation* 2004; **13**:431-5.
- 7- Montravers P, Barsam E, Agaësse V. Sepsis intra-abdominal postopératoire; anesthésie-réanimation, 1997; 599-618.
- 8- Touré-Ecra A, Horo A, Fanny M, Guie P, Kone M. Facteurs de risque de complications postopératoires dans les sorties précoces: cas des CHU de Yopougon et de Treichville/ Côte d'Ivoire. *Bull soc Pathol exot* 2005; **98**(2):83-6.
- 9- Mehinto DK, Olorytogbe JL, Padonou N. Les complications d'appendicectomie pour appendicite aigue chez l'adulte au centre national hospitalier et universitaire (CNHU) de Cotonou/ Benin. *Médecine d'Afrique Noire* 2004; **51**(6):362-5.
- 10 -Buambo-Bamanga SF, Rekoundjola J, Massengo R. Complications chirurgicales des avortements provoqués clandestins au CHU de Brazzaville. *Médecine d'Afrique Noire* 2005; **52** (8):140-4.
- 11- Rantomalala H, Rakotondrabe JB, Rajaonarivony T, Rakotoarisoa AJC, Rakotoarisoa B, Andriamanarivo ML. Les complications postopératoires d'une appendicectomie classique au CHUA-HJRA à Antananarivo/ Madagascar. *Médecine d'Afrique Noire* 2005; **52** (1):57-60.
- 12- Touré AO, Cissé M, Ka I, et al.. Diffuse post-operative intra-abdominal sepsis: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects at the General Surgery Service of the University Hospital Aristide Le Dantec in Dakar. *Panafrican Medical Journal* 2014; **17**:204 doi:10.11604/pamj.2014.17.204.3111
- 13- Launey Y, Duteurtre B, Larmet R, et al. Risk factors mortality in postoperative peritonitis in critically ill patients. *World J Crit Care Med*. 2017 February 4; **6**(1):48- 55
- 14- Manilich E, Vogel JD, Kiran RP, Church JM, Seyidova-Khoshknabi D, Remzi FH. Principaux facteurs associés aux complications postopératoires chez des patients subissant une chirurgie colorectale. *Dis Colon Rectum* 2013; **56**:64-71 [PMID: 23222282 DOI: 10.1097 / DCR.0b013e31827175f6]
- 15- Sartelli M, Abu-Zidan FM, Catena F et al. Global validation of the WSES Sepsis Severity Score for patients with complicated intra-abdominal infections : prospective multicentre study (WISS Study). *World Journal of Emergency Surgery* 2015; **10**:61. Doi 10.1186/s13017-015-0055-0
- 16- Bjorck M, Wanhainen A. Management of abdominal compartment and the open abdomen. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. March 2014; **47**(3) :279-287
- 17- Ercan Cedik, Kazym Söylemez, Sadullah Girgin, Ersin U, Ybrahim T et al. Relaparotomie: la mortalité est plus élevée. *Journal of Trauma and Surgery* 2009; **120** (6): 547-552 15.
- 18- Avkan-oguz V, Baykam N, Sokmen S et al. Recommendations for intra-abdominal infections consensus report. *Ulus Cerrahi Derg* 2016; **32**:306-321. Doi:10.5152/UCD.2016.3688

Tableau I : Répartition des 110 patients selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques		Effectif	Pourcentage
Classes d'âges	déc-33	72	65,5
	34-55	29	26,3
	56-77	9	8,2
Sexe	Masculin	39	35,5
	Féminin	71	64,6
Profession	Femme au foyer	20	18,2
	Secteur formel	9	8,2
	Secteur informel	46	41,8
	Elève/Étudiant	33	30
	Sans profession	2	1,8
Résidence	Conakry	74	67,3
	Intérieur du pays	36	32,7
Niveau d'instruction	Non scolarisé	55	50
	Primaire	11	10
	Secondaire	34	30,9
	Supérieur	10	9,1

Tableau II : Répartition selon les pathologies à l'origine des ré-interventions

	Effectif	Pourcentage
Fistule digestive	27	24,5
Péritonite post opératoire	46	41,8
Eviscération	2	1,8
Occlusion post opératoire	23	20,9
Abcès résiduel	5	4,6
Hémorragie post opératoire	1	0,9
Tumeur caecale	3	2,7
Pyo ovaire droit rompu	2	1,8
GEU droite rompue	1	0,9
Total	110	100

Tableau III : Répartition selon les structures référentes

Structure référente	Effectif	Pourcentage
Maternité Donka	15	13,6
Chirurgie I.Deen	3	2,7
Chirurgie thoracique	1	0,9
CMC	8	7,3
Hôpitaux préfectoraux	19	17,3
Hôpitaux régionaux	12	10,9
Cliniques privées	52	47,3
Total	110	100