



Décembre 2025, Volume 8
N°4, Page 291 - 500

ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoye- **Ophthalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune Badara Thiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir. Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Cissé (**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo (**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop (**Sénégal**)
David Dosséh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi (**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhammadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegné Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhoue (**France**)



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

**ISSN 2712 - 651X
Décembre, Volume 8,
N°4, Pages 291 - 500**

COMITE DE REDACTION

**Directeur de Publication
Pr. Madieng DIENG**

Email : madiengd@homail.com

**Rédacteur en Chef
Pr. Ahmadou DEM**

Email : adehdem@gmail.com

**Rédacteurs en Chef Adjoints
Pr. Alpha Oumar TOURE**

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

**COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES (CPO) DE LA CHIRURGIE
ABDOMINALE DIGESTIVE A L'HOPITAL BETHESDA ET A LA CLINIQUE
UNIVERSITAIRE DE CHIRURGIE VISCERALE (CUCV) DU CNHU-HKM DE
COTONOU.**

**POST-OPERATIVE COMPLICATIONS OF DIGESTIVE ABDOMINAL SURGERY
AT BETHESDA HOSPITAL AND THE UNIVERSITY CLINIC FOR VISCELAR
SURGERY (UCVS) AT THE CNHU-HKM IN COTONOU.**

NATTA N'TCHA NH^(1,2), GBESSI MEM⁽²⁾, LAWIN E⁽¹⁾, HODONOU MA⁽¹⁾, TAMOU
SAMBO E⁽¹⁾, ALLODE SA⁽¹⁾, MEHINTO DK⁽²⁾.

⁽¹⁾*Service de chirurgie générale du CHUD/Borgou-Alibori, BP 02 Parakou, Bénin.*

⁽²⁾*Clinique Universitaire de Chirurgie viscérale du CNHU-HKM de Cotonou, 01 BP 386,
Bénin*

Auteur correspondant : NATTA N'TCHA N'Domè Habib, Téléphone : +229 0196501525

Email : habidome@gmail.com

Département de chirurgie et spécialités chirurgicales, Université de Parakou, Bénin

RESUME

Les complications post-opératoires de la chirurgie abdominale digestive sont relativement fréquentes. **But** : évaluer la prise en charge des complications post-opératoires de la chirurgie abdominale digestive. **Patients et méthode** : il s'agissait d'une étude de cohorte mixte (rétrospective et prospective) allant du 1^{er} Novembre 2014 au 31 Mars 2016 à l'hôpital Bethesda et à la CUCV "B" du CNHU-HKM de Cotonou. **Résultats** : l'étude colligeait 29 patients, d'âge moyen de 36,34 ± 15,99 ans. Il s'agissait de 12 hommes et de 17 femmes, soit un sex-ratio de 0,71. Les patients étaient admis en urgence dans 86,21% des cas (n=25). La péritonite aiguë généralisée représentait 41,38% des indications (n=12). La classe IV d'Altemeier représentait 51,72% des indications. Le délai moyen de survenue des complications post-opératoires était de 4,91 ± 3,91 jours. L'infection post-opératoire

était notée dans 66,67% des cas (n=20) et était dominée par les suppurations pariétales (75% ; n=15). Le traitement des patients était non opératoire dans 72,42% des cas (n=21), 8 patients (27,58%) étaient ré-opérés. Il était réalisé une suture secondaire de paroi dans 4 cas (13,79%), une re-laparotomie dans 4 cas (13,79%). Les actes pratiqués lors de la re-laparotomie étaient : une suture cœcale (n=1), une résection-anastomose du grêle (n=1), un drainage d'hématome (n=1) et une iléostomie (n=1). Les suites étaient favorables chez 21 patients (72,42%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 17,48 ± 20,44 jours. Le taux de mortalité était de 27,58% (n=8). **Conclusion** : les complications post-opératoires de la chirurgie abdominale digestive sont plus fréquentes dans la prise en charge chirurgicale de la péritonite aiguë généralisée et sont dominées par la

suppuration pariétale. Leur prise en charge repose essentiellement sur un traitement non opératoire et la mortalité est assez importante.

Mots-clés : péritonite, suppuration pariétale, fistule, drainage, ré-intervention, mortalité.

ABSTRACT

Postoperative complications are a frequent occurrence following abdominal digestive surgery.

Study objective: The objective of this study is to evaluate the management of postoperative complications following abdominal digestive surgery. **Patients and methods:** This was a mixed cohort study (retrospective and prospective) conducted between 1 November 2014 and 31 March 2016 at Bethesda Hospital and CUCV "B" of CNHU-HKM in Cotonou. **Results:** The study comprised 29 patients with a mean age of 36.34 ± 15.99 years. The population under scrutiny consisted of 12 men and 17 women, resulting in a sex ratio of 0.71. In 86.21% of cases ($n=25$), patients were admitted as emergencies. Acute generalized peritonitis accounted for 41.38% of indications ($n=12$). The Altemeier class IV category constituted 51.72% of the total indications. The mean time to onset of

postoperative complications was 4.91 ± 3.91 days. Postoperative infection was observed in 66.67% of cases ($n=20$), with parietal suppuration being the predominant manifestation (75%; $n=15$). In 72.42% of cases ($n=21$), the treatment of patients did not involve surgery, while 8 patients (27.58%) underwent reoperation. Secondary wall suturing was performed in 4 cases (13.79%), and re-laparotomy in 4 cases (13.79%). The surgical interventions undertaken during re-laparotomy were as follows: cecal suture ($n=1$), small bowel resection-anastomosis ($n=1$), hematoma drainage ($n=1$), and ileostomy ($n=1$). The outcome was favourable in 21 patients (72.42%). The mean duration of hospitalisation was 17.48 ± 20.44 days. The mortality rate was 27.58% ($n=8$). Conclusion: Postoperative complications of abdominal digestive surgery are more prevalent in the surgical management of acute generalized peritonitis and are characterised by parietal suppuration. The management of these patients is primarily focused on non-surgical interventions, and the mortality rate remains relatively high.

Key words: peritonitis, parietal suppuration, fistula, drainage, reoperation, mortality.

INTRODUCTION

Les complications post-opératoires (CPO) sont relativement fréquentes malgré l'utilisation en chirurgie de techniques de moins en moins invasives, de plus en plus performantes et des moyens de réhabilitation rapide des patients. Au Canada, en 2000, Wanzel et al ont rapporté

39% de CPO [1]. Andreollo et al, au Brésil, ont rapporté dans une étude sur gastrectomies totales pour cancer gastrique, un taux de morbidité opératoire assez proches de 43,5% [2]. Des études effectuées en Afrique par Dieng [3], en 2006 au Sénégal et Tonye [4] en 2015 au Cameroun

ont rapporté respectivement 31,4% et 14,3% de CPO. Au Bénin, Mêhinto et al [5] en 2004 ont rapporté, dans une étude sur les appendicectomies, 11,7% de CPO. Les complications post-opératoires étaient associés à plusieurs facteurs : l'âge, les comorbidités (diabète, infection à HIV, pathologies cardiovasculaires, pathologies pulmonaires), le contexte, le délai de prise en charge, le type de pathologie, le type de chirurgie... [6-10]. Leur diagnostic le plus souvent clinique se fait au cours de la surveillance post-opératoire clinique et paraclinique [8,11]. Le traitement des complications post-opératoires est médical et/ou chirurgical et doit être entrepris sans délai [12]. Au plan du pronostic, la mortalité est variable et peut dépasser les 50% et serait associée à certains facteurs tels que le délai diagnostique, le délai de prise en charge, les comorbidités et le type de complication post-opératoire [11,13-14]. En plus les complications post-opératoires peuvent allonger le séjour hospitalier avec une répercussion indéniable sur le coût global de la prise en charge [15].

Le but de l'étude était d'évaluer la prise en charge des complications post-opératoires de la chirurgie abdominale digestive dans deux services de chirurgie du Bénin.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude de cohorte mixte descriptive bi-centrique menée au service de chirurgie générale de l'hôpital de Bethesda et à la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CNHU-HKM de Cotonou. L'étude comportait une partie rétrospective sur 11 mois, du 1^{er} Novembre 2014 au 30 Septembre 2015 à l'hôpital Bethesda et une partie prospective sur 6 mois allant du 1^{er} Octobre 2015 au 31 Mars 2016. Notre étude a porté sur les dossiers des patients opérés pour pathologie abdominale digestive et ayant présenté des complications post-opératoires.

L'échantillonnage était fait sur la base des dossiers de patients âgés d'au moins 16 ans respectant les critères de sélection suivants :

- pour la période rétrospective
 - présence de dossier médical complet d'un malade présentant une complication post opératoire,
 - présence d'un compte rendu opératoire sur les gestes réalisés.,
- pour la période prospective
 - Patient ayant accepté de participer à l'étude,
 - Patient ayant présenté une complication post-opératoire
 - Patient ayant respecté le suivi post-opératoire.

Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, le mode d'admission, les antécédents médicaux, le diagnostic, l'indication, le type de chirurgie, le délai de survenue des complications, le type de complication, le type de traitement des complications, l'évolution des complications. Le traitement et l'analyse des données étaient faits grâce aux logiciels Microsoft Word 2013, Epi info version 7.1.3.3.

RESULTATS

Pendant la période d'étude, 259 patients adultes (âge >15 ans) ont été opérés pathologies abdominales digestives dans les deux services de chirurgie. La morbidité

opératoire globale était de 11,5% (n=29 patients). Elle était de 9,28% à la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CNHU-HKM et de 12,34% à l'hôpital Bethesda de Cotonou.

Indications de la chirurgie initiale

Vingt-cinq (25) patients, soit 86,21% étaient opérés en urgence et 4 patients, soit 13,79% en chirurgie réglée. Un antécédent médical était retrouvé chez 3 patients, soit 10,34%. Il s'agissait du diabète (n=1), de l'asthme (n=1), de la cirrhose hépatique (n=1) et d'une dénutrition (n=3). Les indications chirurgicales initiales étaient une péritonite aiguë-généralisée dans 12 cas, soit 41,38% (**Tableau I**).

Tableau I : Répartition des patients selon la pathologie initiale et les gestes chirurgicaux initiaux.

Pathologie initiale	N	Gestes chirurgicaux initiaux	N
Péritonite aiguë	12		
- Post opératoire	7	Lavage et drainage simple	3
		Résection du grêle + lavage drainage	2
		Adhésiolyse + lavage et drainage	2
- Perforation iléale d'origine typhique probable	2	Résection et anastomose du grêle + lavage et drainage	2
- Appendiculaire	1	Appendicectomie + lavage et drainage	1
- Fistulisation d'un abcès sous-cutané dans la cavité abdominale	1	Mise à plat de l'abcès + lavage et drainage	1
- Primitive	1	Adhésiolyse + lavage et drainage	1
Appendicites aiguës	6		
- Non compliquées	3	Appendicectomie	3
- Abcès appendiculaire	3	Appendicectomie + lavage drainage	3
Hernie de l'aine étranglée	3	Kélotomie + cure de hernie selon Bassini	2
		Kélotomie + cure de hernie selon Bassini + drainage scrotal	1
Hernie de la ligne blanche	2		
- Non compliquée	1	Réfection pariétale + appendicectomie	1
- Étranglée	1	Kélotomie + réfection pariétale	1
Pseudokyste	2	Dérivation kysto-gastrique	2
Occlusion du grêle	1	Section de brides + appendicectomie	1
Rupture de rate + hémopéritoine	1	Splénectomie	1
Tumeur cæcum	1	Colectomie droite avec rétablissement de continuité	1
Tumeur gastrique	1	Biopsies épiploïques	1
Total	29		29

La classe de contamination de la chirurgie initiale était de classe IV d'Altemeier correspondant à la chirurgie sale-infectée dans 15 cas (51,72%), de classe III dans 7 cas (24,14%), de classe I dans 6 cas (20,69%) et de classe II dans 1 cas (3,45%). Après la chirurgie initiale, 3 patients, soit 10,34% étaient admis en réanimation avec une durée moyenne de 4 jours et des extrêmes de 3 et 6 jours.

Données épidémiologiques

Il s'agissait de 30 complications post-opératoires, soit 1,1 complication par patient morbide.

L'âge moyen des patients était de 36,34 ± 15,99 ans avec des extrêmes de 17 et 78 ans. Le sex-ratio était de 0,71.

Données cliniques

Le délai moyen de survenue des complications post-opératoires était de 4,91 ± 3,91 jours avec des extrêmes de 0 et 19 jours. Vingt-sept (n=27) cas, soit 81,82% étaient survenus dans les 7 premiers jours post-opératoires.

À la clinique, dans 12 cas (36,36%), il y avait des signes fonctionnels : une douleur abdominale (n=3), une dyspnée (n=2), une hématémèse (n=1), et des vomissements (n=1). Les signes généraux étaient notés dans 23 cas, soit 69,70%, une fièvre (n=19), un frisson (n=1) et un état de choc (n=4).

Les signes physiques, observés dans 27 cas (81,82%), figurent dans le **tableau II**. Il s'agissait de : un écoulement de liquide digestif par la plaie opératoire (n=2), une tuméfaction scrotale (n=1) et un écoulement d'urines par le vagin (n=1).

Tableau II : Répartition des patients selon les signes physiques

	N	Pourcentage (%)
Écoulement de pus par la plaie opératoire	15	55,55
Écoulement de liquide digestif par la plaie opératoire	3	11,10
Tuméfaction scrotale	2	07,40
Tuméfaction de la plaie opératoire	2	07,40
Défense abdominale	1	03,70
Écoulement d'urines par le vagin	1	03,70
Induration de la plaie opératoire	1	03,70
Pâleur cutanéo-phanérianne	1	03,70
Rectorragie	1	03,70
Total	27	100

Les complications post-opératoire étaient réparties comme suit : les infections du site opératoire dans 20 cas, soit 60,67%.

L'ensemble des complications figure sur le **tableau III**.

Tableau III : Répartition des patients selon les complications post-opératoires

	N	Pourcentage (%)
Suppuration pariétale	15	50%
Fistule entéro-cutanée	3	10%
État de choc hypovolémique	2	6,67
Anémie	2	6,67
Hématome scrotal	2	6,67
Hématome sous-cutané	2	6,67
Abcès sous-cutané	1	3,33
Fistule vésico-vaginale	1	3,33
Hémorragie digestive	1	3,33
Péritonite post-opératoire	1	3,33
Total	30	100

Données thérapeutiques

Vingt-un (21) patients, soit 72,42% avaient fait l'objet d'un traitement non opératoire.

Le traitement était une reprise chirurgicale chez 8 patients, soit 27,52% (**Tableau IV**).

Tableau IV : Répartition des patients selon la modalité du traitement

	N
Pansement + antibiotique	11
Pansement + antibiotique + suture secondaire	4
Transfusion (sang et dérivés)	2
Transfusion de culots globulaires	2
Pansement suspenseur du scrotum + anti inflammatoire	2
Antibiotique + pansement + renutrition	1
Antibiotique + suture cœcale	1
Antibiotique + renutrition + résection-anastomose immédiate du grêle	1
Drainage d'hématome + antibiotique	1
Pansement et antibiotique	1
Sondage vésical	1
Transfusion + hémostatique + anti-ulcéreux	1
Iléostomie + lavage-drainage + antibiotique	1
Total	29

Les suites, opératoires étaient défavorables chez 8 patients, soit 27,52%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 17,48 jours avec des extrêmes de 1 et 79 jours. Le taux de mortalité était de 27,52% (n=8). Les causes des décès étaient : un choc hypovolémique (n=4), un choc septique (n=1), une dénutrition sévère (n=1), une hémorragie (n=1) et non élucidée (n=1). La durée moyenne d'hospitalisation des 29 patients était de 17,48 jours avec des extrêmes de 1 et 79 jours.

DISCUSSION

Indications et pathologies initiales

Dans notre étude, 86,21% des patients (n=25) étaient admis en urgence. Le contexte d'urgence est un facteur de risque de complications post-opératoires. C'est ce qui ressort des résultats des études de Tonye et al [4] et Traoré [16] avec des taux respectifs de 91% et 63,7%. Gillion [17] le confirme dans son étude en chirurgie digestive avec une mortalité post-opératoire passant de 0,71% en chirurgie réglée à 3,56% en chirurgie d'urgence. Ces constats montrent qu'à l'instar de notre étude, le caractère urgent, sans une bonne préparation favorise la survenue de complications post-opératoires.

Dans notre étude, la classe IV d'Altemeier correspondant à la chirurgie sale infectée avec 51,72% était la plus pourvoyeuse de complications post opératoires, comme

dans les travaux de Tonye [4] au Cameroun et Traoré et al [16] au Mali avec respectivement 70% (pour les classes III et IV) et 53,75% (pour la classe III et IV). Cela montre que la chirurgie septique constitue une source majeure de complications post-opératoires. L'âge moyen des patients dans notre étude était de $36,34 \pm 15,99$ ans avec des extrêmes de 17 et 78 ans. L'âge moyen dans notre étude était comparable aux moyennes de $31,5 \pm 10,79$ ans et $44,5 \pm 8,61$ ans de deux auteurs Africains Tonye [4] en 2015 au Cameroun et Traoré [16] au Mali en 2011.

Ces résultats montrent que les complications post-opératoires surviennent majoritairement chez l'adulte jeune.

Le sex-ratio de 0,71 de notre étude, proche de celui de Chichom et al [14] en 2009 au Cameroun (0,83) montre une prédominance féminine, comme dans la série de Tonye et al [4] avec un chiffre de 0,14. Pour ces auteurs, les interventions les plus pratiquées étaient gynéco-obstétricales (les césariennes et les salpingectomies).

Aspects diagnostiques et thérapeutiques

Le délai moyen de survenue des complications post-opératoires dans notre étude était de $4,91 \pm 3,91$ jours avec des extrêmes de 0 et 19 jours. Dans la série de Traoré et al [16], ce délai était légèrement plus précoce et était de 3 jours. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que son étude était prospective avec un suivi

régulier des patients alors que 69% de nos patients faisaient partie de la période rétrospective. Cependant, 81,82% des complications post- opératoires dans notre étude étaient survenues avant le 7^{ème} jour. Le même résultat était rapporté par Tonye [4] au Cameroun avec un taux de 88% et Assouto [19] au Bénin avec un taux de 90,52%.

Les complications étaient essentiellement infectieuses (66,67%). Ngo Nonga [20] à Yaoundé en 2010 et Traoré [16] au Mali rapportaient respectivement des taux d'infection post-opératoire comparables de 50,6% et 53%. Cela pouvait s'expliquer par le caractère urgent et septique des pathologies pour lesquelles les patients étaient pris en charge. La suppuration pariétale avec 15 cas sur 20 était la forme clinique la plus fréquente des complications infectieuses, comme c'était le cas de Mêhinto et al [21] qui avaient rapporté 84,3% de suppurations pariétales.

Les complications post-opératoires de la chirurgie des urgences chirurgicales digestives dans notre étude était de 11,20%. Traoré et al [16] en 2011 au Mali avaient rapporté un taux comparable de 13,3%. Masood et al [18] en 2006 et Wanzel [1] en 2000 au Canada ont rapporté des taux plus élevés de 29,6% et 39% respectivement. En effet, dans la série de Masood et al [18], la fièvre post-opératoire, les nausées et vomissements post-opératoires étaient

considérés comme des complications post-opératoires alors que dans notre étude ces événements ne l'étaient pas. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la définition de complication post-opératoire peut varier selon les auteurs comme signalé par Gillion [17] en 2005.

Le traitement était adapté à chaque type de complications. Vingt-un (21) patients, soit 72,41% avaient bénéficié d'un traitement non opératoire et 8 patients, soit 27,58% avaient fait l'objet d'une réintervention chirurgicale. Dans notre étude, tous les patients ayant présenté des complications infectieuses ont bénéficié systématiquement d'une antibiothérapie probabiliste. Cependant, dans la série de Mêhinto et al [21], 14,6% des patients présentant une infection du site opératoire à type de suppuration pariétale n'étaient mis sous antibiotique et avaient bien évolué. Pour la prise en charge des complications post opératoires dans notre étude, nous avions eu recours à une réintervention dans 3 cas, soit 10,34%. Ce taux est comparable aux 9,7% et 11,6% rapportés respectivement par Mêhinto [21] et Farthouat [22].

Aspects pronostiques

Dans notre étude, les suites étaient favorables dans 72,41% des cas. La mortalité globale était de 27,59%. Ce taux était plus élevé que celui des 18,7% rapporté par Traoré et al [16] au Mali et plus

bas que celui des 49% rapporté par Assouto et al [19] au Bénin. La mortalité liée aux interventions chirurgicales varie selon les auteurs et selon le type de chirurgie, les antécédents du patients et le plateau technique.

La durée moyenne d'hospitalisation des patients était de $17,48 \pm 20,44$ jours. Cette durée était légèrement plus importante dans les séries de Mêhinto et al [21] et Traoré [4] avec respectivement 21,8 jours et 22,9 jours. Farthouat et al [22], qui avaient mené une étude comparative, rapportaient une durée moyenne d'hospitalisation trois fois plus longue. Dans la même étude la durée moyenne d'hospitalisation était de 6 jours

en l'absence de complications contre 18 jours lorsqu'elles étaient présentes [22]. Les complications post-opératoires allongent la durée du séjour hospitalier.

CONCLUSION

Les complications post-opératoires de la chirurgie abdominale digestive sont relativement fréquentes. Elles sont dominées par les infections et les fistules digestives. Leur prise en charge peut être non opératoire ou chirurgicale avec une ré-intervention dont les résultats peuvent être défavorables et allonger la durée d'hospitalisation.

REFERENCES

1. Wanzel KR, Jamieson CG, Bohnen JMA. Complications on a General Surgery service: incidence and reporting. Can J Surg. 2000;43(2):113-7.
2. Andreollo NA, Lopes LR, Coelho Neto JS. Postoperative complications after total gastrectomy in the gastric cancer. Analysis of 300 patients. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2011;24(2):126-30.
3. Dieng M, Ndiaye AI, Ka O, Konaté I, Dia A, Touré CT. Aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive. Une série de 207 cas opérés en cinq ans. Mali Med. 2006;21(4):47-51.
4. Tonye TA, Essi MJ, Handy ED et al. Complications postopératoires précoces dans les hôpitaux de district de la ville de Yaoundé : épidémiologie et clinique. Health Sci Dis. 2015;16(1):25-9.
5. Mêhinto DK, Olory-Togbé JL, Padonou N. Les complications d'appendicectomie pour appendicite aiguë chez l'adulte au Centre National Hospitalier et Universitaire (CHNU) de Cotonou. Med Afr Noire. 2004;51(6):361-5.
6. Hssaida R, Daali M, Seddiki R, Zoubir M, Elguelaa K, Boughalem M. Les péritonites post-opératoires chez le sujet âgé. Med Maghreb. 2000;(81):19-22.
7. Paunovic M. Predictors of postoperative complications in gastrointestinal surgery. Act Med Medianae. 2008; 47(3):15-20.

- 8. Murtaza B, Saeed S, Sharif MA.** Postoperative complications in emergency versus Elective laparotomies at a peripheral hospital. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2010; 22(3):42-7.
- 9. Grosso G, Biondi A, Marventano S, Mistretta A, Calabrese G, Basile F.** Major postoperative complications and survival for colon cancer elderly patients. BMC Surg. 2012;12 Suppl 1:S20-S24.
- 10. Harouna Y, Ali L, Séibou A, Abdou I, Ganatié Y, Rakotomalala J et al.** Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'Hôpital National de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostique. Med Afr Noire. 2001; 48(2):49-54.
- 11. Traoré A, Dembélé BT, Togo A, Kanté L, Konaté M, Diakité I et al.** Postoperative peritonitis: diagnostic problems, morbidity and mortality in developing countries. Surg Sci. 2014;5:363-7.
- 12. Ndayisaba G, Bazira I, Gahongano G, Hitimana A, Karayuba R.** Bilan des complications infectieuses en chirurgie générale : analyse d'une série de 2218 interventions. Med Afr Noire 1992;39:571-3.
- 13. Coulibaly B, Togola B, Traoré D, Coulibaly M, Diallo S, Sanogo S et al.** Périctonites post opératoires dans le service de chirurgie B du CHU du point G. Mali Med. 2013; 28(3):10-2.
- 14. Chichom Mefire A, Tchounzou R, Masso Misso P A, Pisoh C, Pagbe JJ, Essomba A et al.** Réinterventions de chirurgie abdominale en milieu défavorisé : indications et suites opératoires (238 cas). J Chir. 2009;146:387-91.
- 15. Brun-Buisson C, Durand-Zaleski I.** Impact économique des infections nosocomiales : les infections urinaires et post-opératoires. Prog Urol 1999;9:10-2.
- 16. Traoré A, Diakité I, Dembélé BT, Togo A, Kanté L, Coulibaly Y et al.** Complications postopératoires en chirurgie abdominale au CHU Gabriel Touré – Bamako, Mali. Med Afr Noire 2011;58(1):31-5.
- 17. Gillion JF.** Le taux brut de mortalité post opératoire est-il un critère pertinent d'efficience d'une équipe chirurgicale ? étude prospective des suites opératoires de 11756 patients. Ann Chir. 2005;130:400-6.
- 18. Masood J, Zubia, Syed Abdullah I.** Post-operative complications in a general surgical ward of a teaching hospital. Pak J Med Sci. 2006;22(2):171-5.
- 19. Assouto P, Tchaou B, Kangni N, Padonou JL, Lokossou J, Djiconkpodé I et al.** Évolution post-opératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropical. Med Trop.2009;69(1):477-9.
- 20. Ngo Nonga B, Mouafou Tambo FF, Ngowe Ngowe M, Takongmo S, Sosso MA.** Etiologies des périctonites aiguës généralisées au CHU de Yaoundé. Rev Afr Chir. 2010;4(7):30-2.
- 21. Mêhinto DK, Vignon KC, Biaou G, Amossou FL, Ezin ESM, Natta N'tcha NH.** Les infections du site opératoire (ISO) dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale (CUCV) "A" et "B" du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. J Afr Chir Digest. 2014;14(2):1736-44.
- 22. Farthouat Ph, Ogougbèmy M, Million A, Sow A, Fall O, Dieng D. et al.** Infections du site opératoire en chirurgie viscérale: Étude prospective à l'hôpital principal de Dakar. Med Afr Noire 2009;56(3):143-8.