RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

--

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

------*

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

------*

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

--------*

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE

------**

Année : 2019-2020 **N°2280**

RÉINTERVENTIONS ABDOMINALES EN CHIRURGIE VISCÉRALE AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUCOU MAGA (CNHU – HKM) DE COTONOU

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

(DIPLÔMÉ D'ÉTAT)

Par

BESSAN Florent

Né le 20 Février 1982 à Lokossouhoué (République du Bénin)

Directeur de thèse

MCA GBESSI Dansou Gaspard

Co-directeurs de thèse

Dr ATTOLOU Sètondji Gilles Roger

Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou

Dr NATTA N'TCHA N'Domè Habib

Président du Jury

Pr DOSSOU Francis Moïse

Membres du jury

MCA ASSOUTO Pamphile

MCA GBESSI Dansou Gaspard

MCA SOSSA Jérôme Charles

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE/ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2018-2019 (version octobre 2019)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUNGBE Fabien	Médecine Interne
2.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane	Psychiatrie Adulte
3.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan	Neurologie
4.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5.	Dr. KINDE GAZARD Dorothée Akoko	Parasitologie Mycologie
6.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
7.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
8.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
10.	Dr. LALEYE Anatole O. A	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
11.	Dr. AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
12.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
13.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
14.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
15.	Dr KPADONOU Toussaint G	Médecine Physique – Réadaptation
16.	Dr SOUNOUVOU Ignace	Ophtalmologie
17.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
18.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
19.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
20.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
21.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
22.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

MJK

23. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	DermatologieVénérologie
24. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
25. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
26. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
27. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
28. Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
29. Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith Solange....	Pédiatrie et Génétique Médicale
30. Dr MADOUGOU Soumaïla	Orthopédie et Traumatologie
31. Dr TONATO Josiane Angéline Adjoua.....	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr ADJIEN Kodjo Constant.....	Neurologie
33. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.....	Parasitologie
34. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
35. Dr SEHONOU Jean.....	Hépato-Gastro-Entérologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1.	Dr RAHIMY Mohamed Chérif Deen.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
2.	Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
3.	Dr AVAKOUDJO François	ORL-ChirurgieCervicoFaciale

MJK

4.	Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
5.	Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
7.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
8.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
9.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
10.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
11.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
12.	Dr HOUNKPATIN Benjamin Ignace Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
13.	Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
14.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
16.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
17.	Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
18.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
19.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
20.	Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
21.	Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
22.	Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
23.	Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie –Mycologie
24.	Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
25.	Dr YEMOA Loconon Y Achille.	Chimie Analytique et Bromatologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

MAÎTRE DE CONFERENCES

1.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

MAK

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2.	Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
3.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry.....	Neurochirurgie
4.	Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
6.	Dr GANFON Habib M.Yoel.	Pharmacognosie (Matière médicale)
7.	Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
8.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
9.	Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
10.	Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-ChirurgieCervicoFaciale
11.	Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
12.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè.....	Ophtalmologie
13.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmèdé Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
14.	Dr CHIGBLO Segla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
15.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle.....	Dermatologie-Vénérologie
16.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité)	Odontologie Pédiatrique
17.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin.....	Urologie-Andrologie
18.	Dr LAWANI Ismail.....	Chirurgie Viscérale
19.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
20.	Dr ZOHOUN GUIDIBI Lutécia Myria Ayaba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
21.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr ADJADOHOUN Sonia Bignon Mahussi Gwladys	Radiologie
23.	Dr ADJAGBA D. Philippe M.....	Cardiologie

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

OCTOBRE 2019

MAK

24.	Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
25.	Dr ATTOLOU Sètondji.....	Chirurgie Générale
26.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon.....	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
27.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue.....	Cancérologie Chirurgicale
28.	Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
29.	Dr IMOROU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi.....	Gastroentérologie et Hépathologie
31.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
32.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
33.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
34.	Dr SEIDOU Falilatou.....	Anatomie Pathologique
35.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
36.	Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
37.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Denis.....	Chimie Organique
38.	Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
39.	Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
40.	Dr BADOU Agnès Sylvie.....	Ethnologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

OCTOBRE 2019

ASSISTANTS

1.	Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2.	Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3.	Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
6.	Dr SOSSA Jean	Urologie

MDG

7.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
8.	Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
9.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette Ayaba	Chirurgie Buccale
10.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
11.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
12.	Dr BOGNON Gilles M	Pédiatrie
13.	Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
14.	Dr MIKPONHOUE Rose C	Médecine du Travail
15.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
16.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce	Pédopsychiatrie
17.	Dr KLIKPO Elvyre	Psychiatrie Adulte
18.	Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
19.	Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
20.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE	Pédiatrie
21.	Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
23.	Dr MIZEHOUN GbèdéconCarmelle	Nutrition et Diététique
24.	Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
25.	Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
26.	Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
27.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
28.	Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
29.	Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
30.	Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
31.	Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hémétologie biologie

LE DOYEN

MJK

COPIE 2019

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur en Pharmacognosie à la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université d'Abidjan (RCI)
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2

5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8- Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique (Burkina-Faso)

LE DOYEN

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1 - Dr MAKOUTODE Michel	Professeur Titulaire en Santé Publique à l'Institut Régional de Santé Publique (Retraité)
2 - Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC (Retraité)
3–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC (Retraité)
4–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
5- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition
6- Dr AGUEH Victoire.....	Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique (IRSP) (Retraité)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulairede Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Maître de Conférences de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Maître de Conférences en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12 – Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques

OCTOBRE 2012

13 - Dr KPOVIESSI Salomé	Maître de Conférences en Chimie et Applications à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEIGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

OCTOBRE 2019

C- ENSEIGNANTS ASSOCIES

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire

14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologiealimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
37-MmeNapporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)

OCTOBRE 2019

LE DOYEN

MLK

38 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
39 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
40- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
41 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
42 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
43 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
44- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
45 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
46- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
47 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
48 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
49- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
50 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
51- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
52- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
53- Mme de SOUZA Pélagie.....	Socio-Anthropologie Générale
54 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
55 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
56 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
57- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
58 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
59 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

MDK

60- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
61- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
62 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
63 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
64- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

Professeur Delphin K. MEHINTO

OCTOBRE 2019

ACTION DE GRÂCE

« *O Seigneur, notre Dieu,*

Qu'il est grand ton nom par toute la terre !

Qu'est-ce que l'homme pour que tu penses à lui, le fils d'un homme, que tu en prennes souci ? »

La Bible : Psaume 8, 2.5

« Je rendrai grâce au Seigneur pour sa justice, je chanterai le nom du Seigneur, le Très – Haut. »

La Bible : Psaume 7, 18

« Je suis au milieu de vous comme celui qui sert. »

La Bible : Luc 22, 27

« La musique que je préfère

est celle que font les pauvres malades dans les hôpitaux,

quand l'un demande qu'on lui rince la bouche,

l'autre qu'on lui fasse son lit ou qu'on lui réchauffe les pieds.

Oh ! Suave musique que celle-là !

C'est cette musique qui doit, par-dessus tout, réjouir les oreilles. »

Saint Camille de Lellis (1550-1614)

Canonisé le 29 Juin 1746 par le Pape Benoît XIV

Patron céleste des malades, des hôpitaux et du personnel soignant

DÉDICACES

Je dédie ce travail :

- **A mon feu père Thomas BESSAN**
- **A mon feu frère aîné Désiré BESSAN**
- **A ma feue jeune sœur Cécile Akpénin BESSAN**
- **A mon feu oncle Père Donatien DJOHOSSOU, SMA**

Tous précocement murs aux noces de l'Agneau !

- **A mon feu confrère et papa Julien Dr. GBAGUIDI, Pédiatre**

Votre fraternité-amitié et votre soutien indéfectible à ma formation médicale, dont cette thèse est l'heureux couronnement, font de vous une personne exceptionnellement formidable. Recevez du Seigneur la récompense du serviteur bon et fidèle. Toute ma gratitude à votre frère **Papa Thomas**, à son épouse, **Maman Flora** et à leurs merveilleuses filles **Karen, Pexine et Axelle!**

- **A ma mère**

Toute ma reconnaissance pour ta foi, ton humanité, ta bravoure, tes nombreux sacrifices et ton soutien sans cesse renouvelé. Par toi Dieu a fait de merveilleuses choses pour notre famille. Tu devrais être aimée, choyée, entretenue mais hélas ! Demeure confiante, tu n'as et n'auras absolument rien à craindre.

Reçois dans ce travail de recherche le symbole de tout ce que tu souhaites pour tes enfants, leur amour, leur profonde gratitude pour tous les combats humains et spirituels menés et l'encouragement à aller jusqu'au bout de ce que ton Dieu veut de toi !

- **A mes frères et sœurs notamment Charlotte, Jonas, Narcisse, Albertine et Emmanuel**

Toute ma joie et ma reconnaissance pour votre soutien. Recevez dans ce travail l'invitation et l'encouragement à toujours sacrifier l'agréable au profit de l'utile, à vous forger un excellent profil par la foi, l'éducation et la formation afin de relever les défis générationnels qui sont les vôtres !

- **A mon Ordre religieux, et en particulier à ma Province Bénin-Togo**

Toute ma reconnaissance pour les soins à l'homme dans toutes les dimensions de sa personne sur les pas de Saint Camille de Lellis, le géant de la charité, pour la confiance et l'opportunité de cette formation, pour les soutiens de tous ordres !

- **A mes filles et fils spirituels notamment : Agnès KPONAWA YAMADJAKO, Gloria CODAGBE, Ingrid BESSAN, Marielle Isabelle HOUETON, Loana Abby Senassoussou AGBOHOUTO, Mélaine SEBLE, Marcel ACHIDI, Fènou Mignon Mariel Anselme FADONOUGBO et sa sœur Dègnon Camillia Marie-lyne, Mahuna Léa Maya Gloire OUENSAVI et son frère Fènou Paul Théo**

Toute ma reconnaissance pour l'amour et les soins portés à ma modeste personne ; pour les précieuses et ferventes prières qui ont accompagné et soutenu cette formation médicale ; pour toutes les complicités heureuses vécues avec vos familles respectives. N'oubliez pas que je dois continuer à être bien fier de chacun et chacune de vous.

Soyez bénis !

- **A mes neveux et nièces notamment Agnel, Uriel, Yanelle et Mylène**
- **A ma grand-sœur, Sœur Léontine DAWODO, FCSCJ, qui célèbre son jubilé d'argent de consécration religieuse cette année**
- **A tous les patients victimes des complications post-opératoires ayant conduit à une réintervention.**

REMERCIEMENTS

- **Aux Révérends Pères Denis KPATKANA et Guy-Gervais AYITE et à leurs conseils respectifs**

Sincère merci pour la confiance, la condescendance et l'opportunité de cette formation médicale. Merci pour les soutiens de tous ordres.

Acceptez ce travail comme signe et expression de ma profonde gratitude et de mon attachement fraternel.

- **A tous les confrères de la Province Camillienne Bénin-Togo et d'autres Provinces, à ceux avec qui j'ai des rapports tout particuliers en raison de notre histoire commune et de nos affinités notamment aux pères Koffi-Médard ABOUE, Sosthène Yédia GOUGBEDJI, Jean-Pierre Pius GOUDOU BIDA et Roger KAFANDO**

J'exprime toute ma joie et ma reconnaissance pour l'attention, le soutien multiple et multiforme. Merci d'avoir été là, merci d'être toujours là.

Dieu nous garde, Amen !

- **A mes parents des familles BESSAN et HOUNSA**

Un sincère merci pour tout. Trouvez dans ce travail le symbole de nos défis communs à relever et l'expression de mon attachement filial et fraternel.

- **A mes bienfaiteurs, amis et connaissances**

J'exprime ma fierté et ma reconnaissance. Merci d'avoir été là, merci pour les précieux soins à ma modeste personne, merci d'avoir spontanément satisfait à mes justes besoins en dépit de ma redoutable discrétion.

Dieu vous bénisse !

- **A ma bien-aimée maman Rufine ANAGOKO dont je suis devenu le benjamin par adoption, à ses filles et fils : Sabine Eve, Anicette, Esther, Jean-Pierre, Wenceslas et à leurs petites familles respectives**

Sincère merci pour tout ce qui nous lie.

Merci pour l'amour fraternel et les précieux soins à ma modeste personne.

- **Au Dr. VIHO KOUASSI Ida Evelyne et sa famille**

Je traduis toute ma joie et ma reconnaissance pour la fraternité et l'amitié.

Merci pour votre attention et votre soutien.

- **Au Dr. BODJRENOU Aude**

Votre spontanéité à apporter du soutien à la rédaction de cette thèse malgré vos occupations m'a beaucoup impressionné.

Sincère merci pour votre simplicité et votre accompagnement.

- **A mon frère commandant Pamphile LOKOSSOU et sa petite famille**

Toute ma gratitude pour l'attention, la délicatesse et le soutien.

- **A mesdames Pascaline TOKLO, Christelle Nathalie VIHO et Roselyne ADJOU MOUMOUNI TOMEHO**

Sincère merci pour la délicatesse et l'amitié.

- **Aux familles SOHOUDJI, DANDJESSO, ADEBIYI, YAMADJAKO, MENSAH, MEDEGAN, KAKPO, FADONOUGBO et EZIN**

Toute ma fierté et ma reconnaissance.

Vous êtes formidables !

- **A mes camarades des promotions de Médecine de la FSS auxquelles j'ai appartenu et à toute la communauté facultaire**

Merci pour l'attention et l'amitié.

Merci pour tous les soutiens reçus.

- **A vous tous qui avez lu ou qui lirez ce travail**

J'exprime ma reconnaissance pour avoir identifié dans cette thèse mes balbutiements au savoir universel et pour votre esprit critique vis-à-vis de cette étude qui, comme toute œuvre humaine, demeure perfectible.

HOMMAGES

- **Au Professeur MEHINTO Kuassi Delphin**

Merci cher Maître pour votre attention.

Merci d'avoir autorisé cette étude dans votre service.

- **Au MCA GBESSI Dansou Gaspard**

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail. Votre simplicité, votre gentillesse, votre dynamisme, votre rigueur dans le travail et la facilité de votre contact nous ont toujours fortement impressionné. La qualité de votre vie et de votre enseignement, votre culture scientifique font de vous un grand Maître aimé et admiré de tous. Plus qu'un Maître, vous êtes pour nous une source intarissable de savoir.

Veuillez agréer, cher Maître, l'expression de nos considérations distinguées.

- **Au MA ATTOLOU Sètondji Gilles Roger**

Merci pour votre soutien.

Merci de nous avoir fait l'honneur de co-diriger ce travail.

- **Au MA IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou**

Merci pour votre soutien.

Merci de nous avoir fait l'honneur de co-diriger ce travail.

- **Au Dr. NATTA N'TCHA N'Domè Habib**

Votre disponibilité, votre sympathie, votre rigueur et votre sens du travail bien fait ont été d'un précieux soutien à la rédaction de cette thèse.

Merci de nous avoir fait l'honneur de codiriger ce travail.

- **Aux professeurs AHISSOU, HOUNNOU, GANGBO, LALEYE**

Merci chers Maîtres pour tous les riches enseignements et tous les précieux soutiens reçus de vous.

- **A tous les enseignants de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou**

Pour toutes les connaissances à nous léguées.

Hommages respectueux !

A nos juges

- **Au président du jury**

C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de soutenance de thèse.

Veuillez agréer, cher Maître, nos hommages et notre profond respect.

- **Aux honorables membres du jury**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce modeste travail. Vos remarques et vos critiques contribueront à en améliorer la qualité.

Soyez rassurés, chers Maîtres, de notre sincère reconnaissance.

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AG : Anesthésie Générale

AL : Anesthésie locale

ASP : Abdomen Sans Préparation

ATCD : Antécédent

CE : Corps Etranger

CNHU-HKM : Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoucou Maga

CRP : C-Reactive Protein

CUCV : Cliniques Universitaires de Chirurgie Viscérale

CUAU : Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences

FDPO : Fistule Digestive Post-Opératoire

FSS : Faculté des Sciences de la Santé

HIV : Human Immuno-Deficience Virus

HTA : Hypertension Artérielle

IC : Intervalle de Confiance

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

NFS : Numération Formule Sanguine

OR : Odds Ratio

PEC : Prise En Charge

PPO : Péritonite Post-Opératoire

RA : Rachi-Anesthésie

RDC : République Démocratique du Congo

SPAR : Service Polyvalent d'Anesthésie-Réanimation

SSPI : Salle de Soins Post-Interventionnelle

SUC : Section des Urgences Chirurgicales

SUM : Section des Urgences Médicales

TDM : Tomodensitométrie

J : Jour

n : Nombre ou effectif

% : Pour cent

p : Probabilité

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 selon la profession **31**

Tableau II : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction du centre de la première intervention chirurgicale. **32**

Tableau III : Répartition des antécédents médicaux chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 ..... **33**

Tableau IV : Répartition des antécédents chirurgicaux chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 ..... **34**

Tableau V **:** Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction du diagnostic de la première intervention **36**

Tableau V : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction du diagnostic de la première intervention (suite 1). **37**

Tableau V : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction du diagnostic de la première intervention (suite 2 et fin) **38**

Tableau VI : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des actes opératoires initiaux..... **39**

Tableau VI : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des actes opératoires initiaux (suite) **40**

Tableau VII : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 20202 selon le délai en jour de survenue des symptômes après la première intervention **41**

Tableau VIII : Répartition des 90 patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction de leurs signes fonctionnels..... **42**

Tableau IX : Répartition des 90 patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction de leurs signes généraux..... **43**

Tableau X : Répartition des 90 patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction de leurs signes physiques **44**

Tableau XI : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des examens paracliniques réalisés pour le diagnostic de leurs complications post-opératoires..... **45**

Tableau XII : Répartition des 90 patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction de leur diagnostic positif **46**

Tableau XIII : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 selon le délai (en jour) de réintervention après l'apparition des symptômes en post-opératoire **47**

Tableau XIV : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 selon le délai (en jour) entre les deux interventions **48**

Tableau XV : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des découvertes et actes opératoires lors des réinterventions **49**

Tableau XV : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des découvertes et actes opératoires lors des réinterventions (Suite 1)..... **50**

Tableau XV : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des découvertes et actes opératoires lors des réinterventions (Suite 2)..... **51**

Tableau XV : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des découvertes et actes opératoires lors des réinterventions (Suite 3)..... **52**

Tableau XV : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des découvertes et actes opératoires lors des réinterventions (Suite 4)..... **53**

Tableau XV : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des découvertes et actes opératoires lors des réinterventions (Suite 5 et fin) **54**

Tableau XVI : Répartition des 71 patients réopérés en fonction des nouvelles complications, de leur traitement et de l'évolution. **55**

Tableau XVI : Répartition des 71 patients réopérés en fonction des nouvelles complications, de leur traitement et de l'évolution (Suite 1)..... **56**

Tableau XVI : Répartition des 71 patients réopérés en fonction des nouvelles complications, de leur traitement et de l'évolution (Suite 2)..... **57**

Tableau XVI : Répartition des 71 patients réopérés en fonction des nouvelles complications, de leur traitement et de l'évolution (suite 3 et fin)..... **58**

Tableau XVII : Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 selon la durée d'hospitalisation (en jour)..... **60**

Tableau XVIII : Analyse multiple, modèle des facteurs associés à la survenue d'une suppuration intra-abdominale±pariétale chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 ..... **61**

Tableau XVIII : Analyse multiple, modèle des facteurs associés à la survenue d'une suppuration intra-abdominale±pariétale chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 (suite)..... **62**

Tableau XIX : Analyse multiple, modèle des facteurs associés à la survenue de complications infectieuses chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 ..... **63**

Tableau XIX : Analyse multiple, modèle des facteurs associés à la survenue de complications infectieuses chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 (suite)..... **64**

Tableau XX : Analyse multiple, modèle des facteurs associés à la survenue de décès chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020..... **65**

Tableau XX : Analyse multiple, modèle des facteurs associés à la survenue de décès chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 (suite) **66**

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition par tranche d'âge en année des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 juin 2020 ..... **30**

Figure 2: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des pathologies initiales d'après les appareils atteints **35**

PAR DÉLIBÉRATION, LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE COTONOU A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS CETTE THÈSE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. GÉNÉRALITÉS 4

2. CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE 19

3. RÉSULTATS 29

4. DISCUSSION 68

CONCLUSION 78

SUGGESTIONS 81

RÉFÉRENCES 83

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIÈRES ..... a

INTRODUCTION

Les réinterventions ou relaparotomies en chirurgie abdominale sont relativement fréquentes. Leur fréquence peut avoisiner 10% [1–8]. Réalisées dans le cadre de la prise en charge des complications post-opératoires, leurs indications sont multiples et dominées par les complications infectieuses et les fistules digestives [1, 2, 3, 6, 9-10]. Il s'agit de complications graves dont les principaux facteurs favorisants sont : une intervention initialement réalisée pour une pathologie infectieuse, les tares (diabète, obésité, alcoolisme…), la voie d'abord ; mais aussi des fautes techniques liées à l'opérateur [1, 2, 11].

Au cours de ces réinterventions, plusieurs actes opératoires sont réalisés en fonction de l'indication de la reprise chirurgicale. Il peut s'agir d'un simple geste de lavage et drainage ou alors de l'ablation d'un organe ou d'une partie d'organe, d'une stomie ou d'une ligature vasculaire ou de sutures simples.

Le pronostic des réinterventions abdominales pour complications post-opératoires est péjoratif car elles sont grevées d'une lourde morbimortalité pouvant atteindre 50% selon les séries [1, 2, 4, 5, 8, 9, 11–14]. Les principaux facteurs pronostiques sont l'indication de l'opération initiale, le délai de réintervention qui est retardé dans les pays à plateau technique limité et ce parce que le diagnostic est souvent basé sur des éléments cliniques, le déséquilibre des tares préexistantes, et de l'indication de la relaparotomie [1, 2, 5, 8, 13–17]. Pour en améliorer le pronostic, il faut d'abord prévenir les complications en corrigeant les tares avant toute intervention chirurgicale abdominale ; puis prendre en charge précocement les complications nécessitant une réintervention avec une bonne technique opératoire et un plateau technique adéquat [1, 2, 4, 5, 8].

Au vu de toutes ces données et à notre connaissance, peu d'études ont été consacrées aux relaparotomies dans notre milieu de travail caractérisé par l'insuffisance et la vétusté du plateau technique, le retard à la consultation, le manque de ressources financières qui sont des facteurs favorisant la survenue des complications post-opératoires et donc les réinterventions abdominales. Il

nous a alors paru opportun de dédier notre travail de thèse à ces réinterventions au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou.

Objectif général :

Étudier les réinterventions après chirurgie abdominale dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale "A" et "B" du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou.

Objectifs spécifiques :

Plus spécifiquement il s'est agi de :

- déterminer la fréquence des réinterventions après chirurgie abdominale dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale "A" et "B" du CNHU-HKM de Cotonou ;
- décrire les aspects sociodémographiques des patients ayant bénéficié d'une réintervention après chirurgie abdominale ;
- répertorier les principales indications de ces réinterventions ;
- décrire les résultats de ces réinterventions ;
- déterminer les facteurs de morbimortalité de ces réinterventions ;
- proposer des solutions pour prévenir les réinterventions.

1. GÉNÉRALITÉS

1.1. DÉFINITION DE RÉINTERVENTION

La réintervention qu'on peut encore appeler relaparotomie dans notre contexte, est l'ensemble des procédures chirurgicales effectuées sur un patient pour la prise en charge d'une complication post-opératoire précoce c'est-à-dire survenant dans les 30 jours post-opératoires [2, 5, 8].

1.2. INDICATIONS DES RÉINTERVENTIONS

Elles sont nombreuses et peuvent être regroupées en complications infectieuses, mécaniques, hémorragiques, en fistules et autres.

1.2.1. Complications infectieuses: péritonites post-opératoires (PPO)

1.2.1.1. Épidémiologie

Les péritonites post-opératoires sont une complication grave des interventions de la chirurgie abdominale et constituent la première indication de réintervention abdominale en dépit de leur incidence théoriquement faible dans la littérature (2 à 3% des laparotomies) [1, 2, 5, 7, 8, 18]. Elles posent le double problème de leur reconnaissance et de leur traitement. Elles se caractérisent par des taux de mortalité et de morbidité élevés, qui ont cependant diminué ces dernières décennies atteignant 20 à 60% [18–24]. Elles sont responsables d'un long séjour en unité de soins intensifs et en hospitalisation [9]. Leur survenue dépend de plusieurs facteurs dont : l'âge et les antécédents du patient, la pathologie initiale pour laquelle le patient a été pris en charge, l'acte opératoire initial, le retard de réintervention et le nombre de défaillances multi-viscérales [20, 21, 23, 24].

Les étiologies les plus fréquentes sont : le lâchage d'anastomose ou de suture digestive, une collection abdominale insuffisamment drainée, une plaie d'un organe creux intra-abdominal (tube digestif, voies urinaires, voies biliaires) passée inaperçue lors de l'intervention initiale [21, 25–27]. Leur pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge [28]. De ce fait, ce diagnostic doit être évoqué et éliminé en premier chez tout patient qui ne

présente pas une évolution post-opératoire régulière au décours d'une chirurgie abdominale [18].

1.2.1.2. Diagnostic

Il est souvent retardé car difficile, expliquant la mortalité élevée [18, 19]. La péritonite post-opératoire peut être généralisée, l'infection atteint toute la cavité abdominale, ou localisée ; c'est le cas des abcès sous phréniques et des abcès pelviens. Le diagnostic des PPO est évoqué généralement entre J5 - J7 devant un faisceau d'arguments cliniques soutenus par des examens paracliniques [18, 21, 25–27, 29].

- **Signes cliniques [18]**

  Ils peuvent se résumer en :

  - **Signes infectieux**
    - la fièvre : c'est le signe le plus fréquent, le plus fidèle et le plus précoce traduisant 2 fois sur 3 un sepsis intra-abdominal,
    - des frissons,
    - des marbrures associées à un état de choc.
  - **Signes digestifs**
    - douleurs abdominales qui sont difficiles à interpréter chez un opéré récent,
    - des nausées ou vomissements traduisant l'iléus paralytique,
    - une diarrhée,
    - un écoulement digestif anormal par les plaies opératoires,
    - une défense abdominale et rarement une contracture abdominale,
    - un météorisme abdominal diffus,
    - une éviscération traduisant une déhiscence pariétale, un météorisme, une hyperpression intra-abdominale et une cicatrisation défectueuse.

- **Signes extra-digestifs**

Tels que les troubles de conscience, une oligurie ou anurie, une détresse respiratoire, une agitation, une confusion qui traduisent la profondeur du choc septique.

- **Signes paracliniques**

A la biologie, on notera :

- une hyperleucocytose à prédominance neutrophile le plus souvent,
- une élévation des marqueurs de l'inflammation notamment la CRP, la vitesse de sédimentation,
- une insuffisance rénale aigue,
- des hémocultures le plus souvent positives, isolant fréquemment les entérocoques, les bacilles Gram négatif, les anaérobies, mais aussi les staphylocoques.

A la radiologie,

- le scanner thoraco-abdomino-pelvien est l'examen clé dans le diagnostic des collections intra-abdominales post-opératoires. En fonction des techniques utilisées (opacification, injection de produits de contraste…), il montrera la collection intra-abdominale, une fistule digestive, des images d'occlusion et autres complications. Il permet parfois de faire une ponction ou un drainage scannoguidés,
- l'échographie abdomino-pelvienne : permet également de faire le diagnostic d'une collection intra-abdominale post-opératoire. Elle est cependant gênée par les gaz intestinaux,
- La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) montre parfois une grisaille diffuse et des niveaux hydro-aériques diffus témoins de l'iléus paralytique. Par ailleurs, on peut retrouver un pneumopéritoine dont l'interprétation reste difficile en contexte post-opératoire immédiat.
- La radiographie pulmonaire n'est pas spécifique d'une complication intra-abdominale. Cependant, un épanchement pleural ou la condensation d'une

base pulmonaire peut être retrouvée qui, au-delà des complications thoraciques usuelles (pneumopathie, inhalation, atélectasie, embolie pulmonaire...), impose la recherche d'une collection sous-phrénique,

- L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est encore mal adaptée dans sa réalisation pratique aux patients de réanimation ou en période post-opératoire.

L'analyse de ces examens est difficile dans des territoires souvent très remaniés. Aussi, l'expérience du radiologue est un élément déterminant pour l'interprétation de l'examen. Dans tous les cas, un examen morphologique normal n'élimine pas le diagnostic d'une péritonite post-opératoire [18, 29].

1.2.1.3. Traitement [18, 21, 25, 30]

Le traitement des péritonites post-opératoires est médico-chirurgical et comporte 3 volets :

1.2.1.3.1. La réanimation médicale

La péritonite secondaire et l'éventuelle septicémie subséquente exigent une réanimation adéquate suivant les lignes directrices sur les recommandations des sepsis. La septicémie peut entraîner une défaillance multi-viscérale due à une perfusion tissulaire inadéquate. La réanimation englobe toutes les mesures pour maintenir ou améliorer la perfusion et l'oxygénation des organes. Une réanimation adéquate dans les 6 heures du début de la septicémie augmente la survie. Cette réanimation médicale associe à un degré variable :

- un remplissage vasculaire avec des macromolécules, des cristalloïdes,
- une transfusion sanguine,
- l'utilisation de drogues vaso-amines,
- des antipyrétiques, des antalgiques,
- des antibiotiques de 1ère intention à large spectre et secondairement adaptés aux résultats des prélèvements, parfois des antifongiques dont la durée du traitement varie de 7 à 21 jours,

- la pose de sonde naso-gastrique,
- une oxygénothérapie (nasale ou après intubation oro-trachéale + ventilation manuelle).

1.2.1.3.2. Les ponctions ou drainages radiologiques

Leur avènement a fait baisser le taux de réintervention abdominale chirurgicale. Elles permettent à l'aide de repérage échographique ou scanographique de ponctionner ou de drainer les collections localisées tels que les abcès sous phréniques, les abcès du Douglas en post-opératoire. Leur taux de succès varie de 20 à 80% selon les études [2].

1.2.1.3.3. Le traitement opératoire [2, 21, 31]

L'intervention chirurgicale pour le contrôle à la source reste la pierre angulaire du traitement des PPO [31].

Par un abord médian reprenant le plus souvent l'ancienne cicatrice, le traitement opératoire passe par :

- une toilette de la cavité abdominale,
- le traitement de la cause : résection-anastomose digestive, une suture intestinale etc.,
- parfois une mise en stomie,
- un drainage de la cavité abdominale.

1.2.2. Complications mécaniques : occlusions intestinales post-opératoires

1.2.2.1. Épidémiologie

Définie comme un arrêt de la progression du contenu intestinal, l'occlusion intestinale peut être fonctionnelle ou mécanique. Elle constitue la 2ème cause de réintervention après une chirurgie abdominale [2]. Son pronostic dépend de la précocité de son diagnostic et de son traitement. Le problème posé ici est de reconnaitre la symptomatologie de l'occlusion post-opératoire de celle de l'iléus paralytique post-opératoire habituel qui constitue un masque de cette occlusion post-opératoire [22]. Leurs étiologies sont dominées quand elles sont

mécaniques par les brides post-opératoires précoces, les adhérences post-opératoires [32–35], l'incarcération d'anses digestives à travers une brèche mésentérique [36, 37]. Quand elles sont fonctionnelles, le sepsis intra-abdominal et les troubles hydro-électrolytiques en constituent les principales causes.

1.2.2.2. Diagnostic [18, 36, 38]

Le tableau clinique d'une occlusion intestinale post-opératoire est frustre [18]. Il associe sur le plan clinique :

- la douleur abdominale : d'interprétation difficile en post-opératoire, mais c'est un signe constant d'installation brutale ou progressive,
- les nausées ou les vomissements, alimentaires ou bilieux et plus tard fécaloïdes,
- l'arrêt des matières et des gaz,
- le météorisme abdominal diffus avec absence des bruits hydro-aériques.

Ce syndrome occlusif en post-opératoire est responsable d'une altération rapide de l'état du patient comme en témoignent :

- l'état de choc hypovolémique traduit par la déshydratation du patient,
- parfois un choc septique en cas de translocation bactérienne.

Sur le plan paraclinique, la biologie met en évidence :

- des troubles hydro-électrolytiques : hypokaliémie, hyponatrémie,
- une insuffisance rénale fonctionnelle.

La radiologie, notamment le scanner abdomino-pelvien, mettra en évidence le syndrome occlusif en précisant son siège et son étiologie en cas d'occlusion mécanique. Elle montre une zone transitionnelle "intestin plat-intestin dilaté" signant le siège de l'occlusion. Il apprécie la gravité de cette occlusion en indiquant l'existence ou non d'épanchement intra-abdominal réactionnel, en donnant l'aspect ischémique ou non de la paroi intestinale étranglée. Elle permet également de faire le diagnostic d'autres lésions.

L'ASP, à défaut du scanner abdomino-pelvien, mettra en évidence des images hydro-aériques en faveur de l'occlusion.

1.2.2.3. Traitement [18, 36, 38]

Il peut être opératoire ou non. Dans tous les cas il est entouré d'une réanimation médicale qui vise à lutter contre ou à corriger les troubles métaboliques et hydro-électrolytiques [18].

Le traitement non opératoire ou encore traitement médical passe par :

- une rééquilibration hydro-électyrolytique,
- une pose de sonde naso-gastrique mise en aspiration douce,
- des antalgiques et des anti-spasmodiques,
- une protection gastrique par des inhibiteurs de la pompe à proton.

En cas d'échec de ce traitement non opératoire, on a recours à l'intervention chirurgicale, qui demeure le traitement de choix au cours duquel les gestes suivants pourront être réalisés [36] :

- une section de brides,
- une adhésiolyse,
- une résection-anastomose ou une mise en stomie en cas de nécrose intestinale,
- une désincarcération d'anses incarcérées dans une brèche mésocolique ou mésentérique,
- une suture de brèche mésentérique ou mésocolique.

1.2.3. Complications hémorragiques : hémorragies post-opératoires

1.2.3.1. Épidémiologie

Il s'agit d'une perte/spoliation sanguine survenant précocement ou tardivement (dans un délai de 1 à 30 jours) après une intervention chirurgicale. Elle est relativement rare et dépend principalement du type de chirurgie [39, 40]. Bien qu'elle soit généralement contrôlée par un simple traitement local des saignements, un traitement spécifique comprenant une intervention chirurgicale

urgente est parfois nécessaire surtout quand elle est massive. Elle peut être interne ou externe.

Les principales causes d'hémorragie post-opératoire, tous types de chirurgie confondus, sont un ulcère digestif, notamment lors d'un séjour en soins intensifs (ulcère de stress), la rupture d'un anévrisme artériel ou veineux direct et la rupture retardée d'un pseudo-anévrisme déjà existant. L'érosion d'une structure vasculaire due à une fistule digestive ou pancréatique est la quatrième cause la plus fréquente d'hémorragie post-opératoire [39]. De même une mauvaise ligature vasculaire et une électrocoagulation insuffisante d'un vaisseau sont des causes d'hémorragie post-opératoire. Par ailleurs, la prise d'anticoagulant par le patient est un facteur favorisant la survenue de ces hémorragies post-opératoires.

1.2.3.2. Diagnostic

Le diagnostic positif d'une hémorragie post-opératoire quand elle est extériorisée ne se pose pas devant le saignement. Le problème qui demeure cependant reste celui de son origine qui amène alors à réintervenir chez le patient.

Quand elle n'est pas extériorisée, l'hémopéritoine se traduit par des signes d'état de choc d'importance variable en fonction de la déplétion sanguine. Il peut s'agir d':

- une pâleur des muqueuses palpébrales légère à modérée ou même très franche,
- un pouls rapide ou filant, imprenable,
- une baisse de la tension artérielle voire son effondrement ;

D'autres signes peuvent attirer l'attention :

- la présence de sang dans la sonde nasogastrique,
- un méléna.

Dans les circonstances moins aiguës, on réalisera l'hémogramme qui va montrer une chute du taux d'hémoglobine.

1.2.3.3. Traitement

Le traitement des hémorragies post-opératoires comporte 2 volets : la réanimation qui vise à lutter contre l'état de choc et la réalisation de l'hémostase. La réanimation hémodynamique fait appel au remplissage vasculaire avec des cristalloïdes, des macromolécules et les dérivées sanguins.

Quant à la réalisation de l'hémostase, elle est fonction de l'étiologie du saignement. On pourra donc être amené à réaliser les gestes suivants :

- une reprise de ligature vasculaire,
- une électrocoagulation de petits vaisseaux,
- un pontage vasculaire.

Par ailleurs, on peut avoir recours aux techniques d'embolisation vasculaire pour obtenir l'hémostase. La radiologie endovasculaire interventionnelle doit être proposée comme traitement de première ligne des hémorragies post-opératoires car elle est associée à une mortalité et une morbidité faibles par rapport à la chirurgie [39].

1.2.4. Fistules digestives post-opératoires (FDPO)

1.2.4.1. Épidémiologie

Définies comme l'issue de liquide digestif hors de la lumière digestive, les fistules digestives post-opératoires (FDPO) menacent toute chirurgie intéressant le tube digestif [41] ou l'un de ces organes annexes, avec une fréquence d'environ 10% [2, 5, 8, 42]. Elles posent fréquemment de sérieux problèmes de prise en charge, avec une mortalité pouvant atteindre 30% [43, 44]. On distingue schématiquement deux types de FDPO : les FDPO intra-abdominales (elles se déversent dans un autre organe ou dans la cavité péritonéale) et les FDPO extériorisées (fistules entéro-cutanées). Dans le pronostic des fistules digestives post-opératoires, plusieurs facteurs sont identifiés, les uns liés au patient (âge,

terrain, radiothérapie préopératoire, type de pathologie…) et les autres liés au diagnostic et à la prise en charge (délai de diagnostic et de prise en charge, débit fistuleux, expérience du chirurgien, anastomose en zone insuffisamment vascularisée ou septique,…).

1.2.4.2. Diagnostic

Sur le plan diagnostique, la FDPO extériorisée est de diagnostic facile devant l'écoulement de liquide digestif à travers les plaies opératoires ou les orifices de drainage [45, 46]. A cet écoulement peuvent s'associer des douleurs abdominales, de la fièvre et rapidement une dénutrition sévère en fonction du siège de la fistule.

Quand elle n'est pas extériorisée, la douleur abdominale associée à l'installation rapide d'un état septique peut résumer la symptomatologie. L'examen clinique dans ce contexte retrouve la douleur abdominale, parfois associée à une défense abdominale. Les examens biologiques peuvent révéler une anémie, une hyperleucocytose, une hypoalbuminémie, un déséquilibre hydro-électrolytique.

Sur le plan radiologique, l'échographie peut objectiver un épanchement intra-péritonéal. Le scanner abdomino-pelvien est l'examen de référence et met en évidence l'origine de la fistule, le trajet fistuleux et décrit les autres lésions associées. La fistulographie permet également de confirmer le diagnostic et de mettre en évidence l'orifice interne, le trajet et l'orifice externe.

1.2.4.3. Traitement

Le but du traitement est d'apporter une solution à 3 problèmes possibles : péritonite, perte de substance de la paroi, permanence de la fistule [47]. La prise en charge des FDPO est d'emblée chirurgicale ou après échec du traitement médical. Elle comporte 4 volets :

- l'appareillage de la fistule quand celle-ci est extériorisée ; parfois il s'agit d'un appareillage associé à une irrigation-drainage de la fistule en fonction du degré de septicité de l'écoulement,
- le contrôle de l'infection pouvant faire recours à l'utilisation des antibiotiques,
- l'utilisation des antagonistes de la somatostatine pour réduire les secrétions digestives très corrosives, avec un régime hyperprotidique et
- l'intervention chirurgicale qui va consister : soit en une résection-anastomose immédiate ou un avivement-suture des berges de l'orifice fistuleux, soit en une dérivation temporaire du transit (stomie) associée éventuellement au drainage de collections intra-abdominales [43].

1.2.5. Autres indications de réintervention abdominale

1.2.5.1. Corps étrangers (CE) post-opératoires : ''textilomes''

1.2.5.1.1. Épidémiologie

Le corps étranger (CE) oublié en chirurgie abdominale est une complication iatrogène pouvant être lourde de conséquences pour le chirurgien et le patient [48–50]. Son incidence est estimée entre 0,02 et 1 %. Cependant, en raison des problèmes médico-légaux qu'il peut causer, il est moins souvent signalé [51]. Les CE les plus retrouvés sont des textiles (petites compresses) et des caoutchoucs (drains utilisés pour la cavité abdominale) [52]. Le terme "textilome" désigne un ensemble de tissus laissés involontairement dans l'abdomen du patient pendant l'opération et aux réactions secondaires qui perpétuent leur présence dans le corps. Les facteurs classiquement incriminés dans l'oubli des corps étrangers sont : la chirurgie d'urgence parfois de longue durée volontiers hémorragique faite dans un champ opératoire étroit et profond telle que la chirurgie pelvienne; les difficultés opératoires qui, en allongeant la durée et en modifiant la tactique de l'opération, émoussent la vigilance du chirurgien ; le manque d'expérience et de discipline des opérateurs [52].

Leur prévention passe par la vigilance des équipes opératoires, le comptage des compresses au début et à la fin de l'intervention, le marquage des compresses avec une étiquette matricielle bidimensionnelle ou l'identification par radiofréquence lors des interventions [53, 54].

1.2.5.1.2. Diagnostic [52–56]

- **Manifestation clinique**

Il n'existe pas de syndrome spécifique de CE. Les manifestations cliniques sont diverses et déroutantes. Il peut s'agir des manifestations infectieuses, occlusives, pseudo-tumorales ou le CE peut être muet. Si le CE est stérile, il est envahi par le tissu conjonctif et son évolution se fait vers l'enkystement ou l'enterrement dans une zone muette ; il peut aussi être éliminé par les voies naturelles en suivant des plans de moindre résistance ; parfois les adhérences avec les anses et le méso sont responsables de phénomènes occlusifs.

Si le CE est septique, il entraîne une réaction péritonéale intense aboutissant rapidement à la péritonite généralisée ou à la formation d'un abcès ; celui-ci peut se rompre en péritoine libre, dans un viscère de voisinage ou à la peau donnant lieu à une suppuration pariétale qui peut aboutir à l'éviscération et à l'extraction du CE.

Par ailleurs, le CE peut se retrouver dans un organe (ouvert au cours d'une précédente intervention) et qui va migrer et être évacué par un orifice naturel lorsque c'est possible ou se transformer en une pseudo-tumeur.

- **Paraclinique**

Le diagnostic par imagerie est difficile et nécessite l'inclusion du CE dans le diagnostic différentiel des patients ayant des antécédents de chirurgie abdominale [53]. Par ailleurs, le scanner abdomino-pelvien est l'examen clé pour le diagnostic des corps étrangers post-opératoires. Il met en évidence le corps étranger surtout quand celui-ci est marqué. La radiographie de l'abdomen sans préparation peut parfois montrer le CE quand il est marqué.

Au total, le diagnostic de CE est donc habituellement posé en per-opératoire. Cela doit inciter à penser systématiquement à un CE oublié chez un opéré présentant des manifestations infectieuses, occlusives ou pseudo-tumorales [52].

1.2.5.1.3. Traitement

Le traitement consiste à extirper le CE et à soigner toute lésion éventuellement associée (abcès, fistules, adhérences ...) [53–55].

En effet, tout CE reconnu doit être enlevé. Ceci est facile quand le CE est superficiel et visible dans la plaie opératoire. Dans d'autres cas, l'ablation du CE se fait au cours d'une réintervention. Cette extraction peut parfois nécessiter une résection viscérale en fonction des découvertes opératoires [52].

1.2.5.2. Déhiscence de la paroi abdominale et Éviscération post-opératoire

1.2.5.2.1. Épidémiologie

La déhiscence de la paroi abdominale (ou déhiscence du fascia abdominal) est une complication post-opératoire sévère qui se produit dans 1% des cas avec un taux de mortalité élevé (15-45%) [57]. D'elle va résulter une éviscération qui est définie comme l'extériorisation des viscères abdominaux à travers une plaie opératoire suturée désunie par une absence de cicatrisation de tous les plans pariétaux y compris la paroi abdominale. Elle est associée à une morbimortalité et le pourcentage en chirurgie colorectale reste encore de 2 à 3,5 % [57].

Les facteurs de risque importants de ces complications sont l'âge, les maladies pulmonaires, l'instabilité hémodynamique, la pression intra-abdominale (toux, vomissements, distension), l'hypo protéinémie, les infections systémiques, l'obésité, l'urémie, les maladies malignes, l'ascite, l'utilisation de stéroïdes et l'hypertension sans oublier le degré de contamination et les fautes techniques de l'opérateur (mauvais nœuds, mauvais affrontement des différents plans anatomiques pariétaux) [58]. Il existe une corrélation positive entre ces

facteurs de risque et les complications des tissus et des plaies dans la chirurgie gastro-intestinale. La gravité de ces complications va des cas bénins nécessitant des soins locaux et des antibiotiques aux cas graves avec des réinterventions multiples et un taux de mortalité élevé. Dans la plupart des cas, ces complications prolongent l'hospitalisation, avec une augmentation substantielle du coût des soins [54, 59].

1.2.5.2.2. Diagnostic

Cliniquement, elle se manifeste par :

- une béance de la plaie opératoire,
- une issue permanente de liquide péritonéal par la cicatrice opératoire surtout chez le patient cirrhotique,
- une suppuration pariétale,
- une désunion des fils de suture,
- une issue de viscères abdominaux au travers d'un défect pariétal définissant l'éviscération post-opératoire.

1.2.5.2.3. Traitement :

Le traitement de la déhiscence de cicatrice post-opératoire consiste en une suture secondaire. Celui de l'éviscération post-opératoire passe par la réintégration des viscères abdominaux et la réfection pariétale avec ou sans une prothèse résorbable.

1.2.5.3. Hématomes pariétaux et gangrènes pariétales

Outre les indications de relaparotomie sus-citées, plusieurs autres situations peuvent amener à réopérer un malade. Parmi ces situations on peut citer :

- les hématomes pariétaux et scrotaux dont l'évacuation peut parfois nécessiter un retour au bloc opératoire,
- les gangrènes pariétales dont la nécrosectomie peut nécessiter le retour au bloc opératoire également.

2. CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE

2.1. CADRE D'ÉTUDE

Notre étude a été menée dans trois (03) services du CNHU-HKM de Cotonou ; hôpital de référence au sommet du système sanitaire de la République du Bénin. Il s'agissait de :

- les cliniques universitaires de chirurgie viscérale (CUCV),
- la clinique universitaire d'accueil des urgences (CUAU),
- le service polyvalent d'anesthésie-réanimation (SPAR).

2.1.1. Description du CNHU-HKM de Cotonou

Hôpital national de référence du Bénin ; il a été créé en 1962 par la loi N° 6232 du 30/10/1962 sous l'appellation « hôpital 350 lits ». Avec la création de l'Université Nationale du Bénin (UNB) par décret N°73/008 du 10 janvier 1973, il s'est transformé en Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU). Il a été rénové en 1996. Le 03/12/2001 cet hôpital devient CNHU Hubert Koutoucou MAGA en hommage au premier président du Bénin. Sa capacité était de 750 lits en 2009. On y trouve plusieurs services médicaux et paramédicaux. Il a pour vocation :

- d'offrir des soins de référence,
- d'assurer la formation théorique et pratique des agents de santé (spécialistes, médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers, infirmières, aides-soignants, assistants sociaux, techniciens de laboratoires, kinésithérapeutes et pharmaciens),
- de servir de cadre pour la recherche fondamentale et opérationnelle.

Il comprend plusieurs départements dont celui de chirurgie et spécialités chirurgicales qui abritent les trois (03) services qui ont servi de cadre pour notre étude.

2.1.2. Les CUCV

Créée le 1er Juillet 1989, la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CNHU-HKM, a été dédoublée en Janvier 2001, pour donner naissance à deux services de chirurgie viscérale "A" et "B", puis à nouveau fusionnée en octobre 2019.

Ces services reçoivent essentiellement des patients âgés d'au moins 15 ans et présentant, entre autres, une affection de chirurgie viscérale, vasculaire, gynécologique et mammaire. Les patients sont admis en urgence ou sur rendez-vous lors des consultations ou après transfert à partir d'autres services. Les cas urgents sont, le plus souvent, opérés à la clinique universitaire d'accueil des urgences (CUAU).

Les deux services disposent de :

- un pavillon commun d'hospitalisation d'une capacité totale de 39 lits au sein duquel les salles sont réparties pour chaque service,
- une salle commune de garde,
- six bureaux pour les médecins et le surveillant qui est commun aux deux services,
- un office commun,
- un vestiaire commun,
- une salle commune de soins,
- un magasin commun,
- quatre toilettes communes,
- un secrétariat commun,
- une salle commune de réunion,
- une salle d'opération dans le bloc opératoire central, commune aux CUCV "A" et "B".

Les activités des deux services sont assurées par un personnel constitué de :

- un (1) chef service,
- huit (8) chirurgiens y compris le chef service composés d'un professeur titulaire, un maître de conférences agrégé, trois maîtres assistants, un assistant et deux chirurgiens non universitaires. Ils sont aidés dans leurs activités par divers stagiaires.
- un surveillant,
- des infirmiers,
- une secrétaire,
- des agents occasionnels (aides-soignants).

Les deux services reçoivent différentes catégories de stagiaires :

- des médecins de 1ère, 2ème, 3ème et 5ème année de spécialité de chirurgie générale,
- des médecins en 1ère année de spécialité de gynécologie,
- des médecins en 2ème année de spécialité d'urologie,
- des étudiants en 2ème, 3ème et 6ème année de médecine générale,
- des élèves infirmiers et infirmières.

2.1.3. La CUAU

Créée en 1995 à l'approche de l'événement du sommet de la francophonie, et anciennement appelée ''Service Médical d'Accueil des Urgences'' (SMAU), la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU) est abritée depuis le 27 Mai 2009 par un nouveau bâtiment situé entre le service de l'ORL au Sud, la morgue au Nord, le service de Traumatologie-Orthopédie à l'Est et la chapelle à l'Ouest. Le service est dirigé par un chef service assisté de trois surveillants.

La CUAU comporte trois secteurs :

- le secteur accueil, orientation et hospitalisation de courte durée,
- le secteur bloc opératoire et unité des soins intensifs des urgences,
- le secteur imagerie.

Le secteur accueil a été scindé en deux sections distinctes : une Section des Urgences Chirurgicales (S.U.C) et une Section des Urgences Médicales (S.U.M) allégeant ainsi l'encombrement et le délai d'attente dus au nombre important de patients vus aux urgences, toutes disciplines confondues. Cette séparation fonctionnelle entre la chirurgie d'urgence et la médecine d'urgence ne constitue pas une coupure entre les deux disciplines mais facilite la prise en charge des malades ; elle facilite également les contrôles tout en maintenant une collaboration et une proximité entre les deux secteurs.

Le secteur bloc opératoire et unité de soins intensifs dispose de :

- trois salles opératoires pour la chirurgie en urgence dont une salle de chirurgie viscérale, une salle de chirurgie traumatologique et une salle pour les interventions septiques,
- une salle pour la petite chirurgie qui est située en dehors de ce bloc opératoire,
- une unité de soins intensifs de six (06) lits pour les malades nécessitant une réanimation et présentant une détresse majeure à l'accueil,
- une Salle de Soins Post-Interventionnelle (SSPI) de cinq (05) lits non fonctionnelle pour insuffisance de personnel qualifié.

Le secteur imagerie permet la réalisation des radiographies, des échographies en urgence et des scopies à l'aide d'amplificateur de brillance au bloc opératoire.

La CUAU a une équipe constituée de :

- trois médecins anesthésistes-réanimateurs,
- trois chirurgiens généralistes,
- six médecins généralistes,
- des étudiants stagiaires en médecine générale,
- trois surveillants,
- onze anesthésistes,
- sept instrumentistes-aides chirurgiens,
- trois infirmiers du bloc,
- dix-neuf infirmiers urgentistes,
- neuf infirmiers répartis à l'accueil,
- quatorze aides-soignants,
- des étudiants stagiaires en infirmerie,
- une secrétaire,
- un archiviste.

2.1.4. Le SPAR

Le SPAR est situé tout près des services de chirurgie, presque en face du bloc de chirurgie. Il est dirigé par un Professeur titulaire et dispose :

- d'un pavillon d'hospitalisation de 18 lits répartis dans quatre salles pour l'accueil des patients présentant une détresse vitale notamment ceux provenant de la CUAU et des autres services du CNHU-HKM. Ce service accueille également certains malades en provenance du bloc opératoire et dont l'état en post-opératoire nécessite une prise en charge en réanimation.
- d'une salle de réveil pour la surveillance post-interventionnelle des patients opérés au bloc central et devant être transférés dans leur service d'origine.

L'équipe soignante du SPAR est composée de :

- trois médecins anesthésistes réanimateurs dont un titulaire et un maître de conférences agrégé,
- un personnel paramédical de cinquante-deux membres,
- trente-un techniciens supérieurs d'anesthésie dont deux surveillants de pavillon,
- neuf infirmiers diplômés d'état,
- un infirmier breveté,
- onze aides-soignants,
- une secrétaire,
- des stagiaires regroupés en :
  - des médecins en spécialité d'anesthésie-réanimation,
  - des étudiants en 4ème et 6ème année de médecine générale,
  - des étudiants infirmiers et sages-femmes stagiaires.

2.2. MATÉRIEL ET MÉTHODE D'ÉTUDE

2.2.1. Type et période d'étude

Il s'était agi d'une étude rétrospective, descriptive et analytique couvrant une période de 5 ans 6 mois allant du 1er janvier 2015 au 30 Juin 2020.

2.2.2. Population d'étude

Elle était constituée de l'ensemble des dossiers médicaux des patients adultes (>15 ans) ayant bénéficié d'une réintervention pour une chirurgie initialement abdominale (digestive, gynéco-obstétricale ou urologique) pendant la même hospitalisation ou dans les 30 jours suivant la laparotomie initiale, quel que soit le lieu de la première intervention.

2.2.2.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion ont été les suivants :

- présence d'un dossier médical complet au regard de notre fiche de collecte des données,
- présence d'un compte rendu opératoire de la réintervention attestant l'existence de la ou des complication(s) post-opératoire(s) et la (les) reliant à la première intervention.

2.2.2.2. Échantillonnage

Il s'agissait d'un recrutement exhaustif de tous les dossiers médicaux des patients remplissant nos critères de sélection.

2.2.3. Collecte des données

2.2.3.1. Équipe de collecte des données

La collecte des données a été effectuée par nous-même, aidé des internes, et d'autres membres de l'équipe de soins. Ces derniers avaient été formés par nous-même sur la recherche en cours et sur la manière de collecter les données.

2.2.3.2. Matériel de collecte des données

Pour notre recherche nous avons eu à exploiter comme matériel :

- les registres d'hospitalisation,
- les registres des comptes rendus opératoires,
- les dossiers médicaux des patients,
- les fiches de collecte des données, élaborées à cet effet et dont un exemplaire est disponible à l'annexe du présent document.

2.2.3.3. Technique de collecte

La collecte des données s'était déroulée en plusieurs étapes. Nous avions :

- dans un premier temps, consulté les registres de comptes rendus opératoires et recensé les patients ayant bénéficié d'une réintervention dans un délai d'un mois après la première chirurgie abdominale,

- dans un deuxième temps, consulté les registres d'hospitalisation et recensé les numéros des dossiers des patients concernés,
- dans un troisième temps, fouillé les archives et sorti lesdits dossiers. Ceux qui avaient rempli nos critères d'inclusion avaient été retenus,
- ensuite réalisé un test sur un échantillon de 10 dossiers parmi ceux qui avaient été retenus pour l'étude. Ceci nous avait permis de :
  - vérifier la faisabilité du dépouillement des dossiers grâce à la fiche d'enquête,
  - relever les contraintes liées à l'utilisation de la fiche d'enquête,
  - supprimer d'éventuelles mentions inutiles et compléter d'autres données utiles afin d'améliorer notre travail.

2.2.3.4. Variables de l'étude

Les variables étudiées avaient été d'ordre:

- **épidémiologique:** l'âge, le sexe, le diagnostic initial, l'acte opératoire initial, le caractère urgent ou réglé de la chirurgie initiale,
- **diagnostique:** le délai d'apparition des complications, les signes cliniques des complications, les indications de la réintervention,
- **thérapeutique:** le délai de réintervention, le type d'anesthésie, les découvertes opératoires, les actes opératoires au cours de la réintervention, l'évolution post-opératoire, mode de sortie (vivant, décédé).

2.2.4. Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies, codifiées et analysées grâce à une maquette qui avait été confectionnée sur le logiciel SPSS 20 et EPIDATA 3.1. Le calcul des fréquences simples a été utilisé pour la description de l'échantillon. L'association entre les variables a été déterminée par leur croisement à l'aide du test de Khi-deux de Karl Pearson au seuil de signification de 5%. Le rapport de prévalence (P-value) nous a permis de déterminer l'association. La rédaction de

la thèse a été faite par les logiciels Word et Excel 2013 pour l'organisation des données sous forme de tableaux et graphiques.

2.2.5. Considérations éthiques et administratives

L'autorisation du directeur du CNHU-HKM et des chefs service respectifs a été obtenue. La confidentialité des informations recueillies a été assurée par l'anonymat des fiches de collecte des données.

2.2.6. Difficultés rencontrées

Quelques difficultés ont été rencontrées dans la réalisation de cette étude. En effet, nous n'avons pas pu avoir l'autorisation du comité d'éthique pour la recherche à la faculté des sciences de la santé. Nous avons renoncé à l'exploitation de certains dossiers, par manque de précisions et d'informations suffisantes. D'autres dossiers n'ont pas été retrouvés.

3. RÉSULTATS

3.1. FRÉQUENCE

Pendant la période d'étude, 2159 patients ayant subi une intervention chirurgicale abdominale ont été hospitalisés dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale "A" et "B". Sur les 2159 patients, 121 soit 5,6% ont été réopérés pour complications post-opératoires précoces.

Des 121 patients réopérés, 31 ont été exclus pour diverses raisons (absence de dossier médical, absence d'informations sur l'évolution...). Notre étude a donc porté sur les dossiers de 90 patients.

3.2. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTS RÉOPÉRÉS

3.2.1. Âge

La figure 1 montre la répartition des 90 patients selon leur tranche d'âge.

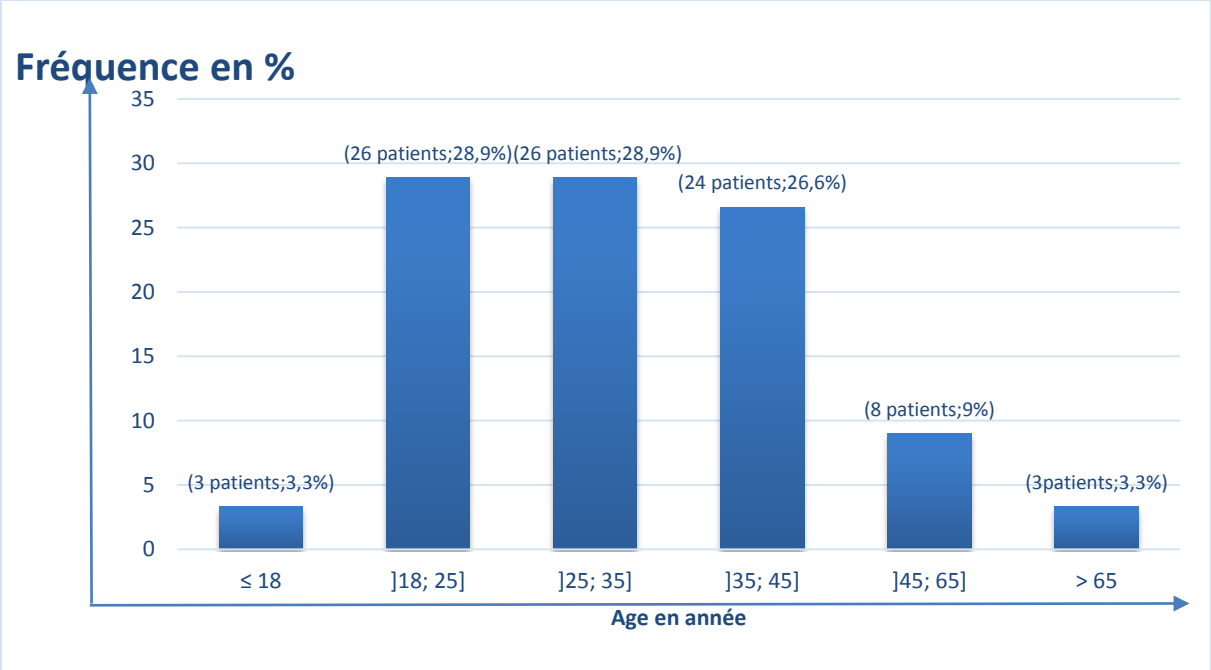


Figure 1: Répartition par tranche d'âge en année des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 juin 2020

L'âge moyen des patients de notre série a été de 33,4±12,6 ans avec des extrêmes de 16 et 78 ans. La tranche d'âge entre 18 et 45 ans était la plus représentée avec 76 patients soit 84,4%.

3.2.2. Sexe

Des 90 patients de notre série, 59 soit 65,6% étaient de sexe féminin et 31 soit 34,4% étaient de sexe masculin. La sex-ratio a été donc de 0,52.

3.2.3. Profession

Le tableau I montre la répartition des patients en fonction de leur profession.

Tableau I: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 selon la profession

	n	%
Non précisée	28	31,1
Artisan	18	29
Ménagère/Revendeur (se)	17	27,4
Salarié	17	27,4
Elève/Etudiant	9	14,6
Religieux	1	1,6
Total	**90**	**100**

La profession des patients n'a pas été précisée dans 28 dossiers soit 31,1% et précisée dans 62 dossiers soit 68,9%. Les patients à faibles revenus (artisans, élèves, étudiants, ménagères et commerçants) avec 44 patients soit 71% étaient les plus représentés.

3.3. ASPECTS DIAGNOSTIQUES DE LA PATHOLOGIE INITIALE

3.3.1. Contexte chirurgical

Des 90 patients réopérés, 67 soit 74,4% étaient initialement opérés en urgence alors que 23 soit 25,6% l'étaient en chirurgie réglée.

3.3.2. Lieu de prise en charge initiale

Le tableau II montre la répartition des patients en fonction du lieu de leur prise en charge initiale.

Tableau II: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction du centre de la première intervention chirurgicale

	n	%
Hôpitaux publiques autres que CNHU	47	52,2
CNHU	34	37,9
Cliniques privées	6	6,6
Centres confessionnels	3	3,3
Total	**90**	**100**

Des 90 patients réopérés, 34 soit 37,8% étaient opérés initialement au CNHU alors que les 56 autres soit 62,2% l'étaient hors du CNHU.

3.3.3. Antécédents médicaux et chirurgicaux

Le tableau III expose les antécédents médicaux présents chez les patients.

Tableau III: Répartition des antécédents médicaux chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020

	n	%
Aucun	68	75,6
HTA	11	50
Épigastralgie	11	50
Diabète	3	13,6
HIV positif	2	9
Asthme	2	9
Pré-éclampsie sévère	2	9
Constipation chronique	1	4,5
Drépanocytose	1	4,5
Hépatite B	1	4,5
Infection urinaire à répétition	1	4,5
Baisse de l'acuité visuelle bilatérale	1	4,5
Sinusite	1	4,5
Tuberculose déclarée guérie	1	4,5

Parmi les 90 patients de notre série, 68 soit 75,6% n'avaient aucun antécédent médical alors que 22 soit 24,4% en avaient au moins un. L'hypertension artérielle et l'épigastralgie étaient les comorbidités les plus fréquentes.

Le tableau IV expose les antécédents chirurgicaux présents chez les patients.

Tableau IV: Répartition des antécédents chirurgicaux chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020

	n	%
Aucun	50	55,6
Césarienne	20	50
Appendicectomie	6	15
Hystérectomie	4	10
Myomectomie	3	7,5
Laparotomie pour grossesse extra-utérine	2	5
Adénomectomie prostatique	1	2,5
Cystoprostatectomie+urétérostomie+néphrostomie	1	2,5
Enclouage centro-médullaire	1	2,5
Hernie inguino-scrotale non opérée	1	2,5
Laparotomie+iléostomie	1	2,5
Laparotomie pour péritonite aiguë généralisée	1	2,5
Urétéroplastie	1	2,5

Des 90 patients de notre série, 50 soit 55,6% n'avaient aucun antécédent chirurgical alors que 40 soit 44,4% avaient au moins un. La césarienne était de loin l'antécédent chirurgical le plus fréquent.

3.3.4. Diagnostics et actes opératoires initiaux des patients réopérés

3.3.4.1. Types de pathologies initiales

La figure 2 montre la répartition des patients en fonction des types de pathologies initiales.

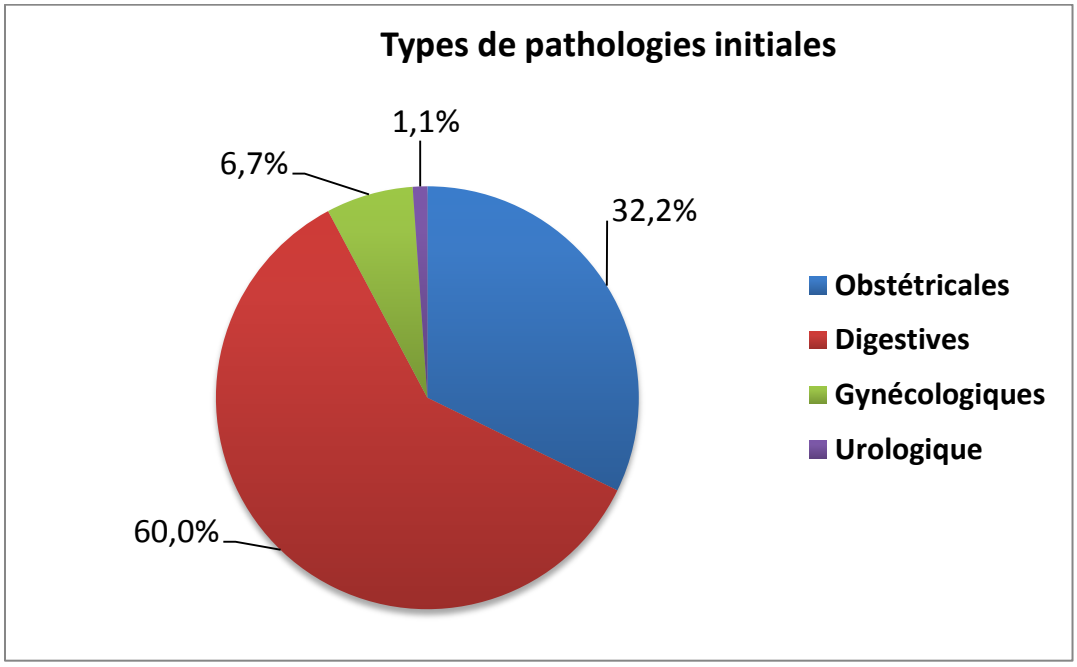


Figure 2: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des pathologies initiales d'après les appareils atteints

La majorité des patients (60%) avaient été initialement pris en charge pour des affections digestives.

3.3.4.2. Diagnostics initiaux

Le tableau V montre la répartition des patients en fonction de leurs diagnostics initiaux.

Tableau V: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction du diagnostic de la première intervention

		n	%
Pathologies infectieuses/ Inflammatoires	Péritonite aiguë généralisée	19	21,1
	Appendicite aiguë	11	12,2
	Fistule recto-vaginale+péritonite stercorale sur tumeur du rectum	1	1,1
	Cholécystite aiguë		
	Abcès tubo-ovarien	1	1,1
	Gangrène utérine	1	1,1
	Sténose caustique de l'œsophage	1	1,1

Tableau V: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction du diagnostic de la première intervention (suite 1)

		n	%
Pathologies obstétricales	Souffrance fœtale aiguë	8	9
	Disproportion foeto-pelvienne	5	5,6
	Utérus cicatriciel	5	5,6
	Mort fœtale intra-utérine	3	3,3
	Hémorragie du post-partum immédiat	2	2,2
	Pré-éclampsie sévère	2	2,2
	Syndrome de pré-rupture utérine	1	1,1
	Rupture utérine	1	1,1
	Grossesse gémellaire	1	1,1
	Rupture prématurée des membranes	1	1,1
Pathologies Tumorales	Myome utérin	3	3,3
	Tumeur du rectum	2	2,2
	Tumeur colique	1	1,1
	Tumeur de la tête du pancréas	1	1,1
	Tumeur du col utérin	1	1,1
	Tumeur du grêle	1	1,1
	Tumeur nécrotico-hémorragique rétro-utérine	1	1,1

Tableau V: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction du diagnostic de la première intervention (suite 2 et fin)

		n	%
Pathologies obstructives	Occlusion intestinale aiguë	7	7,8
	Ligature bilatérale iatrogène des uretères	1	1,1
Pathologies Traumatiques	Rupture de la rate	2	2,2
	Rupture hépatique	1	1,1
	Rupture gastrique	1	1,1
Pathologies Pariétales	Hernie inguino-scrotale étranglée	2	2,2
	Hernie de la ligne blanche et ombilicale non étranglée	1	1,1
Autre	Iléostomie	1	1,1
Total		**90**	**100**

Les péritonites aiguës généralisées occupaient le premier rang (19/54 soit 35,1%) des affections digestives, suivies des appendicites aiguës (11/54 soit 20,3%). En obstétrique, il s'agissait en premier de la souffrance fœtale aiguë (8/35 soit 22,8%).

3.3.4.3. Actes opératoires initiaux

Le tableau VI montre la répartition des patients en fonction des actes opératoires initiaux.

Tableau VI: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des actes opératoires initiaux

	n	%
Lavage-drainage	35	38,8
Césarienne	26	28,9
Appendicectomie	20	22,2
Hystérectomie	8	8,8
Résection-anastomose grêle	6	6,6
Suture gastrique	6	6,6
Adhésiolyse	4	4,4
Excision-suture caecale	4	4,4
Cure herniaire	3	3,3
Salpingectomie	3	3,3
Résection-suture colique	2	2,2
Splénectomie	2	2,2
Section de brides	2	2,2
Amputation abdomino-périnéale	1	1,1
Colostomie iliaque gauche	1	1,1
Cholécystectomie	1	1,1
Dérivation cholédoco-duodénale	1	1,1
Packing hépatique	1	1,1
Ablation masse nécrotique	1	1,1
Suture hépatique	1	1,1

Tableau VI: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des actes opératoires initiaux (suite)

	n	%
Excision-suture duodénale	1	1,1
Excision-suture utérine	1	1,1
Excision-suture iléale	1	1,1
Iléostomie	1	1,1
Jéjunostomie d'alimentation	1	1,1
Mise à plat d'abcès ovarien	1	1,1
Réimplantation urétéro-vésicale bilatérale + montée de sonde JJ	1	1,1
Rétablissement de continuité digestive	1	1,1
Suture sigmoïdienne	1	1,1
Suture secondaire	1	1,1

Les actes opératoires initiaux étaient dominés par le lavage-drainage (38,8%), la césarienne (28,9%) et l'appendicectomie (22,2%).

3.4. ASPECTS DIAGNOSTIQUES DES COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

3.4.1. Délai de survenue des symptômes

Le tableau VII montre la répartition des patients en fonction du délai de survenue des symptômes en post-opératoire.

Tableau VII: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 20202 selon le délai en jour de survenue des symptômes après la première intervention

	n	**%**
Non précisé	24	26,7
[0-3]	32	48,5
] 3-7]	20	30,3
] 7-14]	11	16,7
] 14-21]	2	3
] 21-28]	1	1,5
Total	**90**	**100**

Le délai de survenue des symptômes en post-opératoire a été précisé chez 66 patients soit 73,3% et non précisé chez 24 patients soit 26,7%. Ce délai moyen a été de 3,8±4,6 jours avec des extrêmes de 0 et 28 jours.

3.4.2. Diagnostic des complications

3.4.2.1. Signes cliniques

3.4.2.1.1. Signes fonctionnels

Le tableau VIII montre la répartition des signes fonctionnels chez les 90 patients réopérés pour complications post-opératoires.

Tableau VIII: Répartition des 90 patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction de leurs signes fonctionnels

	n	%
Fièvre	54	60
Douleur abdominale	53	58,8
Douleur abdominale fébrile	32	35,5
Douleur abdominale non fébrile	21	23,3
Asthénie	32	35,5
Arrêt matières et gaz	21	23,3
Nausée/Vomissements	16	17,7
Écoulement de pus	14	15,5
Écoulement du liquide digestif	10	11,1
Dyspnée	6	6,6
Ballonnement abdominal	5	5,5
Diarrhée	3	3,3
Issue des viscères par plaie opératoire	1	1,1
Écoulement de selles par le vagin	1	1,1

La fièvre (60%), la douleur abdominale (58,8%) et l'asthénie (35,5%) étaient les plaintes les plus fréquentes des patients réopérés.

3.4.2.1.2. Signes généraux

Le tableau IX montre la répartition des signes généraux chez les 90 patients réopérés pour complications post-opératoires.

Tableau IX : Répartition des 90 patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction de leurs signes généraux

	n	%
Hyperthermie	36	40
Polypnée	25	27,7
Tachycardie	23	25,5
Hypotension artérielle	5	5,5
Désaturation	4	4,4
Hypothermie	1	1,1

L'hyperthermie (40%) était le signe général le plus fréquent.

3.4.2.1.3. Signes physiques

Le tableau X montre la répartition des signes physiques chez les 90 patients réopérés pour complications post-opératoires.

Tableau X: Répartition des 90 patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction de leurs signes physiques

	n	%
Douleur abdominale	56	62,2
Défense abdominale	53	58,8
Météorisme abdominal	36	40
Cri de l'ombilic	29	32,2
Écoulement de pus	27	30
Cri de douglas	21	23,3
Lâchage de fils de suture	13	14,4
Matité déclive des flancs	12	13,3
Écoulement de liquide digestif	12	13,3
Tympanisme abdominal	8	8,8
Silence auscultatoire	6	6,6
Éviscération	5	5,5
Langue saburrale	4	4,4
Mauvaise rétraction utérine + lochies fétides	3	3,3
Syndrome de condensation pulmonaire	3	3,3
Lochies malodorantes	3	3,3
Altération de l'état de conscience	2	2,2
Hématome	2	2,2
Écoulement de sang	2	2,2
État de choc hypovolémique	1	1,1
Écoulement des selles par le vagin	1	1,1
Détresse respiratoire	1	1,1
leucorrhées abondantes	1	1,1
Masse abdominale	1	1,1
Nécrose de la plaie	1	1,1
Nécrose moignon stomial	1	1,1
Ondulations péristaltiques	1	1,1

Les signes physiques étaient dominés par la douleur abdominale (62,2%) et la défense abdominale (58,8%).

3.4.2.2. Examens paracliniques

Le tableau XI montre la répartition des examens paracliniques réalisés pour le diagnostic des complications.

Tableau XI: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des examens paracliniques réalisés pour le diagnostic de leurs complications post-opératoires

	n	%
Examens biologiques		
Hémogramme	17	18,9
Ionogramme sanguin	6	6,6
CRP	1	1,1
Examens d'imagerie		
Échographie abdominale	15	16,6
ASP	12	13,3
TDM abdominale	5	5,5

Des 90 patients, seuls 17 soit 18,9% ont réalisé au moins un examen biologique et 27 soit 30% un examen d'imagerie dans le cadre du diagnostic de leurs complications. L'hémogramme et l'échographie abdominale étaient les examens paracliniques les plus réalisés.

3.4.3. Diagnostic positif

Le tableau XII montre la répartition des 90 patients réopérés en fonction de leur diagnostic positif.

Tableau XII: Répartition des 90 patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction de leur diagnostic positif

	n	%
Péritonite post-opératoire	50	55,5
Occlusion intestinale	16	17,8
Hémopéritoine	5	5,6
Gangrène pariétale	5	5,6
Éviscération	5	5,6
Abcès pariétal et intra-abdominal (sous phrénique, intra-péritonéal diffus, pelvien)	4	4,4
Fistule digestive	3	3,3
Hématome pariétal	2	2,2
Total	**90**	**100**

Le diagnostic positif des patients réopérés est dominé par la péritonite post-opératoire avec 55,5%.

3.5. Données thérapeutiques des complications post-opératoires

3.5.1. Délai de réintervention après l'apparition des symptômes

Le tableau XIII montre la répartition des 65 patients en fonction du délai de réintervention après l'apparition des symptômes en post-opératoire.

Tableau XIII: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 selon le délai (en jour) de réintervention après l'apparition des symptômes en post-opératoire

	n	%
Non précisé	25	27,8
[1 ; 3]	30	46,2
] 3 ; 7]	21	32,3
] 7 ; 14]	10	15,4
] 14 ; 20]	4	6,1
Total	**90**	**100**

Le délai de réintervention après l'apparition des symptômes en post-opératoire a été précisé chez 65 patients soit 72,2% et non précisé chez 25 patients soit 27,8%. Ce délai moyen était de 3,6±4,2 jours avec des extrêmes de 1 et 20 jours.

3.5.2. Délai entre les deux interventions

Le tableau XIV montre la répartition des 90 patients en fonction du délai de réintervention.

Tableau XIV: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 selon le délai (en jour) entre les deux interventions

	n	%
[0 ; 3]	10	11,1
] 3 ; 7]	29	32,2
] 7 ; 14]	30	33,3
] 14 ; 21]	12	13,3
] 21 ; 28]	6	6,8
>28	3	3,3
Total	**90**	**100**

Le délai moyen de réintervention a été de 10,5±6,9 jours avec des extrêmes de 0 et 30 jours.

3.5.3. Mode d'anesthésie

Pour leur reprise chirurgicale,

- 86 patients soit 95,6% avaient bénéficié d'une anesthésie générale,
- 3 patients soit 3,3% d'une anesthésie locale+sédation, et
- 1 patient soit 1,1% d'une rachianesthésie.

3.5.4. Découvertes opératoires (Diagnostics des complications post-opératoires) et Actes opératoires lors des réinterventions

Le tableau XV montre la répartition des patients en fonction des découvertes et des actes opératoires lors de la reprise.

Tableau XV: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des découvertes et actes opératoires lors des réinterventions

Découvertes opératoires	n	Incidents per opératoires	Actes opératoires	n
Péritonite post-opératoire	**50**			**50**
- Collections résiduelles infectées	20		Lavage-drainage + appendicectomie complémentaire	20
- Lâchage d'hystérorraphie	6		Hystérorraphie + lavage-drainage	6
- Hémopéritoine infecté	3		Évacuation d'hématome + lavage-drainage	3
- Lâchage de suture gastrique	2		Excision-suture gastrique + lavage-drainage	2
- Plaie cæcale iatrogène	2		Excision-suture cæcale + iléostomie de protection + lavage-drainage	2
- lâchage d'anastomose iléale	2		Résection-anastomose iléo-iléale + lavage-drainage	2
- Nécrose du grêle	2		Résection-anastomose du grêle + lavage-drainage + appendicectomie complémentaire	2
- Nécrose utérine	1		Hystérectomie + appendicectomie complémentaire + lavage-drainage	1
- Nécrose des berges d'hystérorraphie	1		Nécrosectomie + hystérorraphie + lavage-drainage	1

Tableau XV: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des découvertes et actes opératoires lors des réinterventions (Suite 1)

Découvertes opératoires	n	Incidents per opératoires	Actes opératoires	n
- Nécrose utérine	1	Brèche rectale iatrogène	Hystérectomie totale + excision-suture rectale + lavage-drainage	1
- Plaie iléale iatrogène + déhiscence d'hystérorraphie	1		Résection-anastomose iléale + hystérorraphie + lavage-drainage	1
- Surinfection d'hématome + déhiscence d'hystérorraphie	1		Évacuation d'hématome et de pus + hystérorraphie + appendicectomie complémentaire + lavage-drainage	1
- Lâchage de suture duodénale	1		Excision-suture duodénale + lavage-drainage	1
- Lâchage de suture sigmoïdienne	1	Brèche vésicale	Excision-suture sigmoïdienne + colostomie + cystorraphie + lavage-drainage	1
- Lâchage de suture iléale	1		Résection-anastomose iléale + lavage-drainage	1
- Nécrose utérine	1		Excision-suture utérine + lavage-drainage	1
- Lâchage d'anastomose colorectale	1		Réfection d'anastomose colorectale + iléostomie + lavage-drainage	1
- Collection résiduelle infectée + éviscération	1		Évacuation de pus + lavage-drainage + réfection pariétale	1
- Nécrose du moignon stomial	1		Réfection de la stomie + appendicectomie complémentaire	1
- Plaie iléale iatrogène	1		Excision-suture iléale + lavage-drainage	1

Tableau XV: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des découvertes et actes opératoires lors des réinterventions (Suite 2)

Découvertes opératoires	n	Incidents per opératoires	Actes opératoires	n
Occlusion intestinale aiguë	**16**			**16**
- Brides post-opératoires précoces + nécrose iléale	3		Section de brides + Résection-anastomose iléale + lavage-drainage	3
- Brides post-opératoires précoces	2		Section de brides + lavage-drainage + appendicectomie complémentaire	2
- Strangulation iléale dans une brèche pariétale avec nécrose iléale	2		Désincarcération iléale + résection-anastomose iléale + réfection pariétale + lavage-drainage	2
- Volvulus du grêle sur brides post-opératoires	1		Section de brides + dévolvulation + lavage-drainage	1
- Volvulus du grêle sur brides post-opératoires avec nécrose du grêle	1		Section de brides + résection-anastomose du grêle + appendicectomie complémentaire	1
- Brides post-opératoires avec perforation du grêle	1		Section de brides + excision-suture du grêle	1
- Brides post-opératoires + hématome pariétal	1		Section de brides + vidange de l'hématome	1
- Brides post-opératoires	1	Brèche iatrogène du grêle	Section brides + résection-suture du grêle + lavage-drainage	1

Tableau XV: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des découvertes et actes opératoires lors des réinterventions (Suite 3)

Découvertes opératoires	**n**	**Incidents per opératoires**	**Actes opératoires**	**n**
- Nécrose iléale par récidive d'infarctus mésentérique	1		Résection-anastomose iléale + lavage-drainage	1
- Adhérences post-opératoires	1	Dépéritonisation iléale	Adhésiolyse + résection-anastomose iléale	1
- Adhérences post-opératoires + lâchage de moignon appendiculaire	1	Découverte opératoire d'une tumeur cæcale	Hémicolectomie droite + anastomose iléo-transverse + lavage-drainage	1
- Volvulus du grêle sur brides post-opératoires avec nécrose du grêle	1		Dévolvulation + résection-anastomose du grêle + appendicectomie complémentaire + lavage-drainage	1
Hémopéritoine	**5**			**5**
- Lâchage d'hystérorraphie	2		Évacuation d'hématome + hystérorraphie + lavage-drainage	2
- Lâchage hystérorraphie + nécrose utérine	1	Plaie iléale	Évacuation hématome + hystérectomie + résection-anastomose iléale + lavage-drainage	1
- Lâchage de ligature du méso-appendiculaire	1		Évacuation hématome + lavage-drainage	1
- Par saignement du muscle oblique interne	1		Évacuation hématome + suture musculaire + assèchement de la cavité abdominale	1

Tableau XV: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des découvertes et actes opératoires lors des réinterventions (Suite 4)

Découvertes opératoires	**n**	**Incidents per opératoires**	**Actes opératoires**	**n**
Gangrène pariétale	**5**			**5**
- Gangrène pariétale + gangrène utérine	1	Plaie ovarienne iatrogène	Hystérectomie + nécrosectomie pariétale + lavage-drainage	1
- Par lâchage suture fascia retro-musculaire	1		Nécrosectomie + lavage-drainage	1
- Gangrène pariétale	1	Découverte opératoire d'une tumeur perforée du moyen rectum	Nécrosectomie + mise en stomie + lavage-drainage + biopsie	1
- Gangrène pariétale + lâchage moignon appendiculaire	1		Nécrosectomie + ligature du moignon appendiculaire + lavage-méchage	1
- Gangrène pariétale	1		Nécrosectomie + excision de décharge + méchage	1
Éviscération post-opératoire	**5**			**5**
- Éviscération du grêle	4		Réintégration du grêle + réfection pariétale	4
- Éviscération du grêle + nécrose pariétale	1		Nécrosectomie + réintégration du grêle + réfection pariétale + lavage-drainage	1

Tableau XV: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 en fonction des découvertes et actes opératoires lors des réinterventions (Suite 5 et fin)

Découvertes opératoires	**n**	**Incidents per opératoires**	**Actes opératoires**	**n**
Abcès	**4**			**4**
- Abcès sous phrénique	1	Plaie du grêle	Lavage-drainage région sous phrénique + excision-suture du grêle	1
- Abcès intrapéritonéal diffus (sous phrénique + abcès du Douglas)	1		Évacuation de pus + lavage-drainage	1
- Abcès pelvien	1	Lésion du grêle	Évacuation de pus + résection-anastomose du grêle + lavage-drainage	1
- Abcès de paroi abdominale étendu au dos	1		Mise à plat d'abcès + excision de décharge + méchage	1
Fistule digestive	**3**			**3**
- Lâchage d'anastomose du grêle	2		Résection anastomose du grêle + lavage-drainage	2
- Lâchage de suture du grêle	1		Excision-suture du grêle + lavage drainage	1
Hématome pariétal	**2**		Évacuation hématome + pansement	**2**
Total	**90**			**90**

Les péritonites post-opératoires avec 55,5% des cas étaient le principal diagnostic des réinterventions chez les patients de notre série. Le lavage-drainage péritonéal a été réalisé chez 79 patients soit 87,7%.

3.6. Évolution post-opératoire des réinterventions

3.6.1. Complications post-opératoires

Le tableau XVI montre la répartition des nouvelles complications post-opératoires et de leur traitement avec l'issue finale.

Tableau XVI: Répartition des 71 patients réopérés en fonction des nouvelles complications, de leur traitement et de l'évolution

Complications	**n**	**Traitement**	**n**	**Évolution**	
				Favorable	**Décès**
Suppuration pariétale	36	Pansement	36	30	6
Suppuration profonde	8	Pansement + antibiotiques	8	7	1
Sepsis	11	Antipyrétique + antibiotiques	11	9	2
Suppuration + lâchage des fils de suture	9	Pansement + antibiotiques + suture secondaire	9	8	1
Anémie décompensée	8	Transfusion sanguine	8	5	3
Arrêt cardio-respiratoire	6	Réanimation cardio-pulmonaire	6	0	6
Fistule digestive	5	Pansement	5	4	1
Éviscération	4	Pansement + antibiotiques + suture secondaire	4	3	1

Tableau XVI: Répartition des 71 patients réopérés en fonction des nouvelles complications, de leur traitement et de l'évolution (Suite 1)

Complications	n	Traitement	n	Évolution	
				Favorable	Décès
Dénutrition	**4**	**Alimentation hyperprotidique et hypercalorique**	**4**	**4**	**0**
Anémie + troubles métaboliques	4	Transfusion + correction ionique	4	1	3
Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle	3	Hydratation + ions	3	3	0
Embolie pulmonaire	3	Anticoagulants	3	3	0
État de choc septique	3	Remplissage vasculaire + antibiotiques	3	0	3
Troubles métaboliques	3	Hydratation + ions	3	3	0
Détresse respiratoire	2	Oxygénothérapie	2	0	2
Déshydratation	2	Hydratation	2	2	0
Dépression	2	Psychothérapie de soutien + antidépresseurs	2	2	0
Pleurésie	2	Mucofluidifiant + antibiotiques + Ponction évacuatrice	2	2	0
Endométrite + suppuration pariétale + lâchage de suture	1	Antibiotiques + pansement + suture secondaire	1	1	0
Œdème aigu du poumon + endométrite	1	Oxygénothérapie + diurétiques + antibiotiques + ovules	1	1	0

Tableau XVI: Répartition des 71 patients réopérés en fonction des nouvelles complications, de leur traitement et de l'évolution (Suite 2)

Complications	n	Traitement	n	Évolution	
				Favorable	Décès
Œdème aigu du poumon + arrêt cardio-respiratoire	**1**	**Oxygénothérapie + diurétique + Réanimation cardio-pulmonaire**	**1**	**0**	**1**
Thrombose veineuse profonde	1	Anticoagulant	1	1	0
Désinsertion stomiale partielle	1	Réfection stomiale	1	1	0
Amaigrissement	1	Rénutrition + vitamine	1	1	0
Hémorragie + arrêt cardio-respiratoire	1	Transfusion + Réanimation cardio-pulmonaire	1	0	1
État de choc hémorragique	1	Transfusion	1	0	1
Mauvaise involution utérine	1	Utérotonique	1	1	0
Méléna	1	Hémostatique + pansement gastrique	1	1	0
Méningoencéphalite + agitation psychomotrice	1	antibiotiques + antipsychotiques + benzodiazépine + antihistaminique	1	1	0
Pneumopathie d'inhalation + encéphalopathie post-anoxique	1	Intubation + oxygénothérapie + antibiotiques	1	1	0
Pyurie + fistule vésico-vaginale	1	Lavage vésical + sondage urétro-vésical	1	1	0

Tableau XVI: Répartition des 71 patients réopérés en fonction des nouvelles complications, de leur traitement et de l'évolution (suite 3 et fin)

Complications	n	Traitement	n	Évolution	
				Favorable	Décès
Syndrome du grêle court	1	Solution de réhydratation + alimentation hyperprotidique et hypercalorique+ ralentisseur de transit	1	1	0
Pneumopathie infectieuse bilatérale	1	Oxygénothérapie + antibiotiques	1	0	1
Ulcérations péristomiales + anxiété + douleur abdomino-pelvienne	1	Pansement + apport parentéral + anxiolytique + morphine	1	1	0
Convulsions	1	Benzodiazépines + barbituriques	1	1	0
Trouble de l'humeur	1	Anxiolytiques	1	1	0
Fistule vésico-pariétale et vésico-vaginale	1	Pansement + drainage vésical	1	0	1
Épanchement épigastrique et sous phrénique	1	Drainage échoguidé + antibiotiques	1	1	0
Ulcérations péristomiales + syndrome hypoxique	1	Retrait poche d'iléostomie + Pansement + oxygène	1	1	0
Fausses couches incomplètes + déséquilibre du diabète	1	Aspiration manuelle intra-utérine + Insuline	1	1	0

Après leur réintervention, les suites opératoires étaient d'emblée favorables chez 19 patients soit 21,1% et compliquées à nouveau chez 71 psatients soit une morbidité de 78,9%. C'était des complications de type infectieux et/ou hémorragique, non infectieux et non hémorragique et dominées par les infections avec 41 cas soit 57,8%. Les décès étaient surtout survenus dans un contexte de défaillance multi-viscérale.

3.6.2. Évolution finale

Après le traitement des nouvelles complications, l'évolution était favorable chez 55 patients portant à 74 soit 82,2% le nombre total de patients ayant eu des suites favorables ; et 16 patients sont décédés soit une mortalité de 17,8% liée aux réinterventions.

3.6.3. Durée d'hospitalisation

Le tableau XVII montre la répartition des patients réopérés en fonction de la durée d'hospitalisation.

Tableau XVII: Répartition des patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 selon la durée d'hospitalisation (en jour)

	n	%
[1 ; 7]	10	11,1
] 7 ; 14]	16	17,8
] 14 ; 21]	22	24,4
] 21 ; 29]	17	18,9
] 29 ; 37]	10	11,1
] 37 ; 45]	3	3,3
] 45 ; 53]	5	5,6
] 53 ; 61]	4	4,5
] 61 ; 69]	1	1,1
≥70	2	2,2
Total	**90**	**100**

La durée moyenne d'hospitalisation était de 24,1±16,2 jours avec des extrêmes de 1 et de 71 jours.

3.6.4. Analyse multivariée des facteurs de morbimortalité des réinterventions

Les tableaux XVIII à XX renseignent sur l'analyse multivariée des facteurs de morbimortalité des réinterventions.

Tableau XVIII: Analyse multiple, modèle des facteurs associés à la survenue d'une suppuration intra-abdominale±pariétale chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020

	OR	IC95%	Valeur p
Circonstance chirurgie initiale			
Urgence (oui/non)	0,89	[0,34; 2,30]	0,809
Chirurgie réglée	1,12	[0,43;2,90]	
Âge			
≤18	1		
] 18 ; 25]	2,73	[0,22; 34,00]	0,436
] 25 ; 35]	1,71	[0,14; 21,33]	0,675
] 35 ; 45]	2,00	[0,16; 25,11]	0,591
] 45 ; 65]	1,20	[0,07; 19,63]	0,898
> 65	4,00	[0,13; 119,19]	0,423
Sexe (Masculin/Féminin)	0,82	[0,35; 1,95]	0,660
Lieu de PEC initiale			
CNHU (oui/non)	0,8277	[0,35; 1,94]	0,664
Hors CNHU (oui/non)	1,21	[0,51 ; 2,84]	
ATCD médicaux (oui/non)	0,61	[0,23; 1,63]	0,328
ATCD chirurgicaux (oui/non)	1,57	[0,68 ; 3,65]	0,289

Tableau XVIII: Analyse multiple, modèle des facteurs associés à la survenue d'une suppuration intra-abdominale±pariétale chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 (suite)

	OR	IC95%	Valeur p
Type de pathologies initiales			
Digestives	0,47	[0,20 ; 1,12]	0,087
Obstétricales	2,06	[0,83 ; 5,09]	0,117
Gynécologiques	2,05	[0,35 ; 11,80]	0,422
Urologiques	0,00	[0,00 ;>1.0E12]	0,967
Délai survenue symptômes (≤4/>4)	0,70	[0,26 ; 1,87]	0,479
Signes des 1ères suites postopératoires			
Fièvre	**4,2275**	**[1,72 ; 10,41]**	**0,0017**
Dénutrition	75007,70	[0,00; >1,0E12]	0,97
Déshydratation	213604,13	[0,00; >1,0E12]	0,962
Écoulement de liquide digestif	0,39	[0,09; 1,61]	0,1918
Pâleur	0,71	[0,22; 2,25]	0,564
Délai réintervention après symptômes (≤4/>4)	0,83	[0,31 ; 2,24]	0,7219
Délai entre 2 interventions (≤10/>10)	1,31	[0,57 ; 3,03]	0,524

La fièvre était significativement associée à la survenue de suppuration post-opératoire. Les patients qui avaient présenté une fièvre dans les suites de leur intervention initiale couraient 4,2 fois le risque d'avoir une suppuration.

Tableau XIX: Analyse multiple, modèle des facteurs associés à la survenue de complications infectieuses chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020

	OR	IC95%	Valeur p
Circonstance chirurgie initiale			
Urgence (oui/non)	0,79	[0,30; 2,08]	0,638
Chirurgie réglée	1,26	[0,48; 3,31]	
Âge			
≤ 18	1		
] 18 ; 25]	3,20	[0,25; 40,05]	0,367
] 25 ; 35]	1,71	[0,14; 21,33]	0,675
] 35 ; 45]	3,33	[0,26; 42,21]	0,352
] 45 ; 65]	3,33	[0,21; 54,53]	0,398
> 65	4,00	[0,13; 119,22]	0,423
Sexe (Masculin/Féminin)	1,26	[0,27; 1,57]	0,344
Lieu de PEC initiale			
CNHU (oui/non)	0,78	[0,33; 1,85]	0,578
Hors CNHU (oui/non)	1,28	[0,54; 3,01]	
ATCD médicaux (oui/non)	0,43	[0,16; 1,14]	0,090
ATCD chirurgicaux (oui/non)	1,72	[0,73; 4,03]	0,215

Tableau XIX: Analyse multiple, modèle des facteurs associés à la survenue de complications infectieuses chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 (suite)

	OR	IC95%	Valeur p
Type de pathologies initiales			
Digestives	0,61	[0,26; 1,44]	0,260
Obstétricales	1,39	[0,56; 3,43]	0,476
Gynécologiques	1,57	[0,27; 9,07]	0,611
Urologiques	58754,45	[0,00;>1,0E12]	0,968
Délai survenue symptômes (≤4/>4)	0,83	[0,31; 2,23]	0,717
Signes des 1ères suites postopératoires			
Fièvre	**3,10**	**[1,30; 7,44]**	**0,011**
Dénutrition	58754,45	[0,00;>1,0E12]	0,968
Déshydratation	166368,00	[0,00;>1,0E12]	0,963
Écoulement de liquide digestif	0,72	[0,20; 2,76]	0,652
Pâleur	1,02	[0,32; 3,24]	0,969
Délai réintervention après symptômes (≤4/>4)	0,99	[0,37; 2,67]	0,981
Délai entre 2 interventions (≤10/>10)	1,47	[0,63; 3,42]	0,368

La fièvre était significativement associée à la survenue de complications infectieuses chez les patients réopérés. Les patients qui avaient présenté une fièvre dans les suites de leur intervention initiale couraient 3,1 fois le risque d'avoir des complications infectieuses.

Tableau XX: Analyse multiple, modèle des facteurs associés à la survenue de décès chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020

Facteurs	OR	IC95%	Valeur p
Circonstance chirurgie initiale			
Urgence (oui/non)	0,71	[0,22 ; 2,31]	0,5658
Chirurgie réglée	1,41	[0,43; 4,62]	
Âge			
≤ 18	1		
] 18 ; 25]	0,17	[0,01; 2,74]	0,21
] 25 ; 35]	0,48	[0,03; 6,35]	0,57
] 35 ; 45]	0,09	[0,003; 1,98]	0,12
] 45 ; 65]	2,00	[0,12; 31,97]	0,62
> 65	997363,51	[0,00 ;>1.0E12]	0,97
Sexe (Masculin/Féminin)	1,52	[0,51; 4,57]	0,451
Lieu de prise en charge initiale			
CNHU	1,35	[0,45 ; 4,05]	0,5876
Hors CNHU	0,74	[0,25; 2,21]	
ATCD médicaux	1,0986	[0,16 ; 7,55]	0,924
HTA	1,9866	[0,23 ; 16,78]	0,528
Diabète	6,8659	[0,46 ; 101,90]	0,162
HIV positif	0,0000	[0,00 ;>1.0E12]	0,969
ATCD chirurgicaux	1,3435	[0,41 ; 4,36]	0,623
Type de pathologies initiales			
Digestives	2,28	[0,67; 7,75]	0,1847
Gynécologiques	0,00	[0,00 ;>1.0E12]	0,9638
Obstétricales	0,65	[0,19 ; 2,23]	0,4978
Urologiques	0,00	[0,00 ;>1.0E12]	0,9779

Tableau XX: Analyse multiple, modèle des facteurs associés à la survenue de décès chez les patients réopérés en chirurgie viscérale au CNHU-HKM du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2020 (suite)

Facteurs	OR	IC95%	Valeur p
Délai survenue symptômes (≤4/>4)	1,60	[0,43 ; 5,96]	0,484
Délai réintervention après symptômes (≤4/>4)	1,53	[0,41 ; 5,72]	0,524
Délai entre 2 interventions (≤10/>10)	0,98	[0,33 ; 2,91]	0,97
Type de complications postopératoires			
Péritonite postopératoire	1,17	[0,39; 3,57]	0,778
Eviscération	2,07	[0,35 ; 12,12]	0,419
Brides post-opératoires	0,38	[0,04 ; 4,19]	0,374
Hémopéritoine	0,64	[0,07 ; 5,58]	0,685
Gangrène pariétale	0,75	[0,08 ; 6,75]	0,802
Type de complications post ré-opératoires			
Infectieuses	1,95	[0,25; 15,17]	0,524
Hémorragiques	**6,19**	**[1,88 ; 20,40]**	**0,0027**
Suppuration intraabdominale±pariétale	0,45	[0,06 ; 3,50]	0,4491
Mode d'anesthésie lors de la reprise			
Anesthésie générale	0,63	[0,06 ; 6,51]	0,149
Anesthésie locale	0,00	Non défini	0,671
Rachianesthésie	Non défini	Non défini	4,677

Les complications hémorragiques post-opératoires des réopérés étaient significativement associées à la survenue de décès. Les patients réopérés qui avaient présenté des complications hémorragiques couraient 6,1 fois le risque de décéder.

4. DISCUSSION

4.1. ASPECT MÉTHODOLOGIQUE

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive et analytique sur les réinterventions après chirurgie abdominale dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale du centre national hospitalier universitaire (CNHU-HKM) de Cotonou; hôpital de référence. Cette étude a connu de nombreuses difficultés liées principalement au défaut d'archivage informatique et à la tenue des dossiers médicaux. Ces difficultés ont non seulement entraîné une réduction de la taille de notre échantillon, mais ont été également à la base de manque de données importantes dans les dossiers médicaux. Cet état de chose a inévitablement entraîné des biais dans nos résultats. Cependant nous avons eu des résultats qui peuvent être comparés à ceux d'autres auteurs en plusieurs points.

4.2. ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

4.2.1. Fréquence

Les réinterventions après chirurgie abdominale ont représenté 5,6% des hospitalisations dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale du CNHU-HKM de Cotonou. Elles sont donc relativement fréquentes et méritent de ce fait une attention particulière afin d'en améliorer le pronostic. Ce taux de réintervention de 5,6% dans notre série est au-delà de ceux rapportés par certains auteurs [1, 2, 4, 6, 8] qui variaient de 2,1 à 3,6%. Cette variabilité des taux de réintervention est d'une part liée aux types de complications et d'autre part au plateau technique. En effet, dans notre série, certaines complications tels que les abcès sous phréniques, les abcès pelviens qui pourraient bénéficier d'un drainage radiologique sous d'autres cieux ont été pris en charge par réintervention dans notre contexte de travail à défaut de la disponibilité du plateau technique adéquat pour le drainage échoguidé ou scannoguidé.

4.2.2. Âge

L'âge moyen des patients réopérés dans notre série a été de 33,4±12,6 ans avec des extrêmes de 16 et 78 ans. Cet âge moyen est identique au 31,5±10,79 ans rapporté par Otshudiema OG et al [6] en RDC en 2017 et au 31±17,32 ans rapporté par Hounsou NR et al [8] au Bénin en 2020. Par contre notre population est relativement plus jeune que celle des séries de Olory-Togbé J-L et al [1], Chichom Mefire A et al [2] et de Patel H et al [4] qui avaient rapporté respectivement un âge moyen de 36 ans avec des extrêmes de 16 et 75 ans, de 44,1±6,4 ans avec des extrêmes de 16 et 70 ans et de 39,25 ans avec des extrêmes de 6 mois et 75 ans. Cette différence entre les âges moyens pourrait s'expliquer d'une part par la variabilité de la répartition géographique des populations et d'autre part par les indications opératoires lors des premières interventions.

4.2.3. Sexe

Dans notre série, on dénombrait 65,6% de femmes pour 34,4% d'hommes, soit une sex-ratio de 0,52. Cette prédominance féminine s'explique par le fait que les affections gynécologiques et obstétricales avaient représenté une part importante (35,5%) des affections initialement prises en charge et dont les complications avaient nécessité une réintervention. D'autres auteurs comme Chichom Mefire A et al [2], Otshudiema OG et al [6], Valimungigh M et al [7] et Hounsou NR et al [8], avaient retrouvé cette même prédominance féminine dans leur série. Par contre Patel H et al [4] d'une part, et Bahi M [60] d'autre part avaient rapporté une prédominance masculine avec respectivement 79,1 et 72%. Ces derniers avaient, en effet, exclu de leur échantillon les patientes initialement prises en charge pour des affections gynécologiques ou obstétricales.

4.2.4. Profession

Les patients à faibles revenus (artisans, élèves, étudiants, ménagères commerçants) avec 71% étaient les plus représentés. Cette caractéristique des patients de notre série est commune à celle de l'étude de Hounsou NR et al [8] qui avaient retrouvé 84,6%. En effet, sur le plan socio-économique, la population africaine est caractérisée par la précarité d'un emploi et d'un revenu stables. Cette situation ne permettant pas d'avoir une prise en charge sanitaire, la survenue de la maladie puis des complications post-opératoires nécessitant des réinterventions exigeant des moyens financiers ne font qu'aggraver la souffrance des patients et retarder leur prise en charge.

4.3. ASPECTS DIAGNOSTIQUES DES COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES AYANT NÉCESSITÉ UNE RÉINTERVENTION

4.3.1. Mode d'admission des patients

Dans notre étude, 74,4% des patients réopérés avaient été initialement opérés en urgence. Ce même constat avait été rapporté par Olory-Togbé J-L et al [1], Koiral R et al [9] et par Tonyé et al [10] avec des taux respectifs de 61, 58 et 71%. Ce constat s'explique par le fait que les interventions pratiquées en urgence, en raison de la préparation imparfaite des patients, soient plus pourvoyeuses de complications post-opératoires dont font partie celles nécessitant une réintervention chirurgicale [17, 19, 21, 61–65].

4.3.2. Lieu de prise en charge initiale

Des 90 patients réopérés, 37,8% étaient initialement opérés au CNHU-HKM et 62,2% l'étaient hors du CNHU-HKM. Ce taux élevé de patients pris initialement en charge hors du CNHU-HKM s'explique, dans notre série comme dans celle de Otshudiema OG et al [6] qui avaient rapporté 56,7%, par le fait que ces études aient été réalisées dans des centres de référence au sommet de la pyramide sanitaire dans les pays d'étude ; centres qui, de par leurs compétences, constituent les derniers recours des cas compliqués.

Par ailleurs, ces mêmes chiffres suggèrent que même dans les centres de référence, des complications post-opératoires existent, peuvent être graves et nécessiter une réintervention. De ce fait, la problématique des complications post-opératoires en général et celles nécessitant une réintervention en particulier, demeure d'actualité aussi bien dans les centres périphériques que dans les centres de référence. Il est donc important pour chacun des praticiens, quel que soit son niveau d'intervention, de mettre l'accent sur la prévention des complications post-opératoires et ce, en adoptant des mesures pré, per et post-opératoires adéquates.

4.3.3. Diagnostic initial

Les pathologies infectieuses avec environ 38%, dominées par les péritonites aigues généralisées avec 55,8%, étaient plus pourvoyeuses de complications post-opératoires dont la prise en charge avait nécessité une relaparotomie. Cela s'explique par le fait que la chirurgie septique soit un facteur favorisant reconnu dans la survenue de complications post-opératoires notamment infectieuses dont certaines peuvent nécessiter une réintervention [19, 21, 61].

Ce même constat avait été fait par Otshudiema OG et al [6] et Murtaza B. et al [63] qui avaient rapporté respectivement des taux de 53,6 et 49,59% pour les péritonites aigues généralisées comme diagnostic initial dans leur série.

4.3.4. Délai de survenue des symptômes en post-opératoire

Le délai moyen de survenue des symptômes en post-opératoire a été de 3,8±4,6 jours avec des extrêmes de 0 et 28 jours. Ce délai correspond en effet au délai d'expression de la plainte par le patient. Il est relativement court dans notre série comparativement à celui rapporté par Hounsou NR et al [8] qui était de 6±4,5 jours. Ceci pourrait s'expliquer par le suivi régulier et quotidien qui se fait pour les patients de notre série ; suivi assuré par l'équipe de soins constituée des étudiants en formation, des paramédicaux et des praticiens expérimentés.

4.3.5. Signes cliniques des complications post-opératoires

Dans notre série, les indications de réintervention avaient été essentiellement posées sur la base de critères cliniques. Les signes permettant de poser ces indications étaient essentiellement la fièvre présente chez 60% des patients, la douleur abdominale (62,2%) avec ou sans défense comme la plupart des auteurs des pays de la sous-région [2, 6, 8]. Au vu de ces constatations, la douleur abdominale et la fièvre sont donc deux (2) signes majeurs traduisant les complications post-opératoires. Elles doivent être alors recherchées précocement par un examen clinique quotidien (plaintes du malade, prise des constantes et examen physique) et interprétées dans leur contexte. Cependant, la douleur abdominale dans ce contexte post-opératoire reste d'interprétation difficile car il s'agira de faire la part des choses entre une douleur abdominale post-opératoire liée à une insuffisance d'administration d'antalgiques et une douleur abdominale contemporaine d'une complication post-opératoire.

4.3.6. Examens complémentaires pour le diagnostic des complications post-opératoires

Dans notre étude, seulement 17 patients soit 18,9% avaient pu réaliser au moins un examen biologique et 27 patients soit 30% un examen d'imagerie dans le cadre du diagnostic de leurs complications. Ce même constat avait été déjà fait par Chichom Méfire A et al [2] au Cameroun et Otshudiema OG et al [6] en RDC. Le faible revenu de notre population et de celles des autres auteurs, le manque d'une sécurité sociale couvrant les soins sont, entre autres, des facteurs pouvant expliquer ce constat. Cette situation fait que la plupart des indications de réintervention soient posées sur la base d'éléments cliniques, ce qui peut parfois amener à poser des indications de réintervention inappropriées avec comme conséquence un taux élevé de laparotomies blanches évaluées à 6% selon Chichom Méfire A et al [2] au Cameroun.

4.3.7. Indications des réinterventions

Tout comme dans notre étude, le sens clinique avait été à la base de la décision de pratiquer une reprise chirurgicale dans 87,5% des cas dans l'étude de Koirala R et al [9]. Au terme de cet examen clinique, les péritonites post-opératoires avec 55,5% avaient représenté l'indication opératoire la plus fréquente des réinterventions abdominales. Ce même résultat avait été rapporté par d'autres auteurs africains [1, 2, 8, 12, 21]. Par contre dans les séries de Otshudiema OG et al [6] d'une part, et de Koirala R et al [9] d'autre part, les indications de réintervention abdominale étaient dominées respectivement par les fistules digestives (100%) et les hémorragies post-opératoires (34,2%). Ces différents constats sont liés aux types d'interventions initiales.

4.4. ASPECTS THÉRAPEUTIQUES DES COMPLICATIONS AYANT NÉCESSITÉ UNE RÉINTERVENTION

4.4.1. Délai de réintervention

Le délai moyen de réintervention après l'apparition des signes a été de 3,6±4,2 jours dans notre série. Ce délai était de 11±7,3 jours dans la série de Hounsou NR et al [8]. Le délai moyen de réintervention après la première intervention a été de 10,5±6,9 jours contre 20±13,9 jours dans la série de Hounsou R et al [8].

Au vu de ces résultats, on peut conclure que le délai de prise en charge chirurgical des complications dans notre série est plus court que celui rapporté par Hounsou NR et al [8]. Ceci pourrait s'expliquer par : l'expérience de l'équipe de chirurgie viscérale du CNHU-HKM qui permet une prise de décision de réintervention précoce pour ne pas rater "l'heure de la chirurgie" et l'appui quoique insuffisant du service social du CNHU-HKM pour les patients démunis. Cette différence entre les délais de réintervention pourrait s'expliquer aussi par le type de complication. En effet, certaines complications post-opératoires notamment les fistules digestives, les occlusions sur brides ou adhérences

précoces requièrent dans un 1er temps un traitement médical qui dans bien de cas est suffisant pour leur traitement. La trop longue expectative pourrait également entrainer un allongement du délai de la reprise.

4.4.2. Mode d'anesthésie

Pour leur reprise chirurgicale, 95,6% avaient bénéficié d'une anesthésie générale. Ceci pourrait s'expliquer d'une part par le fait que la plupart des complications soient intra-abdominales et d'autre part par le fait que l'anesthésie générale offre un meilleur relâchement du patient permettant une exploration minutieuse de la cavité abdominale ; ceci est nécessaire à la bonne prise en charge de ces complications lors des réinterventions. Il s'agit donc d'un mode d'anesthésie qui doit être privilégié lors des réinterventions pour complications intra-abdominales post-opératoires.

Dans la série de Hounsou NR et al [8], ce même mode d'anesthésie avait été utilisé au taux de 92,3%.

4.4.3. Nombre de reprises chirurgicales

Pour la prise en charge des nouvelles complications après la réintervention, aucun patient de notre série, tout comme de celle de Olory-Togbé J-L et al [1], n'avait eu une nouvelle réintervention. Par contre dans la série de Chichom Méfire A et al [2], 11,8% avaient bénéficié d'au moins 2 réinterventions; dans la série de Otshudiema OG et al [6], 61,1% avaient bénéficié de 3 à 5 réinterventions, et dans celle de Hounsou NR et al [8], 12,8% avaient bénéficié de 2 réinterventions. Tout comme les complications initiales, les réinterventions pour complications après réinterventions initiales dépendent du type et de la gravité des nouvelles complications.

4.4.4. Évolution post-opératoire

La morbidité des réinterventions dans notre étude a été de 78,9%, dominée par les complications infectieuses (57,8%). Elle est largement au-dessus des 35 et 51,2% rapportés respectivement par Chichom Méfire A. et al [2] et Hounsou NR et al [8]. Notre morbidité élevée pourrait s'expliquer par le fait que nous ayons comptabilisé les complications psychiques, la dénutrition, les pneumopathies, les fausses couches etc. qui sont habituellement exclues des séries chirurgicales.

La mortalité dans notre étude a été de 17,8%. Elle est proche des 17,1, 18 et 16,2% rapportés respectivement par Olory-Togbé J-L et al [1], Chichom Mefire A et al [2] et Hounsou NR et al [8]. Elle est par contre en deçà de celle rapportée par d'autres auteurs variant entre 25 et 48% [6, 9, 13, 60].

4.4.5. Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation des patients réopérés dans notre étude était de 24,1±16,2 jours. Ce long délai d'hospitalisation est pratiquement identique à ceux rapportés par Patel H et al [4] en Inde et par koirala et al [9] au Népal qui étaient respectivement de 25,7 et 26,9 jours. Il est en deçà des 36 et 60 jours rapportés respectivement par Hounsou et al [8] et Otshudiema OG et al [6]. Ces différents délais d'hospitalisation dépendent de plusieurs facteurs dont le délai diagnostique et thérapeutique de la complication post-opératoire, la gravité de la complication post-opératoire et l'évolution post-opératoire après la réintervention.

4.5. FACTEURS ASSOCIÉS A LA MORBIMORTALITÉ

Dans la littérature, plusieurs facteurs sont associés à la morbimortalité post-opératoire en général et aux réinterventions en particulier. Parmi ces facteurs, on peut citer : une infection post-opératoire (péritonite post-opératoire, sepsis, etc.), une déhiscence de la paroi abdominale, une fistule entéro-cutanée, un abcès de la paroi, un mauvais état clinique du patient, une défaillance multi-

viscérale, l'existence d'une tare (hypertension artérielle, diabète) [1, 2, 4, 6, 8]. Par contre dans notre série, nous avons retrouvé que la fièvre et l'hémorragie étaient les principaux facteurs associés à la morbimortalité. En effet, la fièvre est le principal signe clinique des complications infectieuses qui sont identifiées dans la littérature comme associées à une morbimortalité élevée en post-opératoire. Par ailleurs, les complications hémorragiques, de par leur retentissement immédiat, peuvent être à la base d'un pronostic péjoratif en post-opératoire, ce qui explique qu'elles soient associées à une morbimortalité élevée dans notre série. Cependant de nombreux facteurs identifiés dans la littérature comme associés à une morbimortalité élevée n'ont pas été retrouvés dans notre série.

Ceci pourrait s'expliquer par l'absence de plusieurs données dans notre série et la faible taille de notre échantillon.

CONCLUSION

Au terme de notre étude menée sur les réinterventions abdominales dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale du CNHU-HKM de Cotonou, les conclusions suivantes se dégagent:

- **Sur le plan épidémiologique**
  - la fréquence des réinterventions abdominales en chirurgie viscérale au CNHU-HKM était de 5,6%.
  - l'âge moyen des patients réopérés était de 33,4±12,6 ans avec des extrêmes de 16 et 78 ans. La tranche d'âge entre 18 et 45 ans était la plus représentée avec 84,4%.
  - la sex-ratio a été de 0,52.
  - les patients à faibles revenus (artisans, élèves, étudiants, ménagères et commerçants) avec 71% étaient les plus représentés.
  - 74,4% des patients réopérés de leurs complications étaient pris en charge initialement en urgence.
  - les indications de la première laparotomie étaient dominées par les péritonites aigues généralisées avec 21,1%.
  - les pathologies infectieuses avec environ 38% étaient les plus pourvoyeuses de complications nécessitant une réintervention.
- **Sur le plan diagnostique**
  - le délai moyen d'apparition des symptômes était de 3,8±4,6 jours avec des extrêmes de 0 et 28 jours.
  - la fièvre avec 60%, la douleur abdominale avec 58,8% et l'asthénie avec 35,5% ont été les symptômes les plus présentés par les patients réopérés.
  - le diagnostic des complications ayant nécessité une réintervention a été essentiellement clinique.
  - la péritonite post-opératoire avec 55,5% était l'indication de réintervention la plus fréquente.

- **Sur le plan thérapeutique**

  - le délai moyen de réintervention après la laparotomie initiale a été de 10,5±6,9 jours avec des extrêmes de 0 et 30 jours.
  - le délai moyen de réintervention après l'apparition des premiers symptômes a été de de 3,6±4,2 jours avec des extrêmes de 1 et 20 jours.
  - l'anesthésie générale avec 95,6% a été le mode d'anesthésie le plus pratiqué lors de ces réinterventions.
  - Aucun patient n'a eu plus d'une réintervention.
  - les découvertes opératoires lors des réinterventions ont été dominées par le lâchage de suture ou d'anastomose (28,8%) et les collections résiduelles infectées (23,3%).
  - la morbidité post-opératoire de ces réinterventions a été de 78,9%.
  - la mortalité liée aux réinterventions a été de 17,8%.
  - les facteurs associés à la morbimortalité des réinterventions étaient la fièvre et les complications hémorragiques post-opératoires.

SUGGESTIONS

Au vu des conclusions de notre étude nous formulons les suggestions suivantes :

- **Aux autorités politico-administratives**
  - équiper les hôpitaux en ressources humaines et matérielles de qualité afin de faciliter la prise en charge optimale des patients.
- **Aux autorités du CNHU-HKM de Cotonou**
  - mettre en place et suivre un système d'archivage informatique et de tenue des dossiers médicaux afin de favoriser les recherches scientifiques dans leur structure sanitaire.
- **Aux chirurgiens**
  - s'appliquer et respecter les normes lors du lavage-drainage de la cavité péritonéale et lors de la réalisation de suture ou d'anastomose digestive afin de diminuer le risque de collections résiduelles et de lâchage de suture ou d'anastomose sources de complications post-opératoires.
  - assurer une hémostase parfaite pour prévenir les complications hémorragiques de pronostic péjoratif.
  - investiguer efficacement sur toute fièvre post-opératoire afin de dépister précocement les complications post-opératoires.

RÉFÉRENCES

1. **Olory-Togbé J-L, Dossou F, Diallo A, Hounkpè P-C, Bagnan KO, Padonou N.** Réinterventions pour complications post-opératoires précoces en chirurgie abdominale au CNHU-HKM de Cotonou. Le Bénin médical 2006;34:57-9
2. **Chichom Mefire A, Tchounzou R, Masso Misse P, 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(4):387‑91. DOI : 10.1016/j.jchir.2009.08.018
3. **Mehinto 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 [En ligne]. 2014[cite le 13 oct 2020];14(2):1736‑44. Disponible : https://bec.uac.bj/publication/5385/Article
4. **Patel H, Patel P, Shah DK**. Relaparotomy in general surgery department of tertiary care hospital of Western India. Int Surg J. 2017; 4(1):344‑7. DOI: 10.18203/2349-2902.isj20164467
5. **Prabhu S, Rajveer A, Ashok KM, Jeevan K.** Relaparotomy : Analysis of 50 Cases And Review of Literature. Open Access J Surg. 2017; 2(5):1-13. DOI: 10.19080/OAJS.2017.02.555600
6. **Otshudiema OG, Lobe LM, Ahuka OL.** Reinterventions after abdominal surgery at panzi general referral hospital in bukavu, Democratic Republic of the Congo. Int J Curr Adv Res[En ligne]. 2017[cité le 27 sep 2020];6(1):1617‑20. Disponible : www.journalijcar.org

7. **Valimungigh MM, Ketha JK, Ilumbulumb MK, Mitima NB, Wundiyohangi PK, Rugazura JN et al.** Abdominal re-interventions in ButemboCity, Eastern part of the Democratic Republic of the Congo (DRC). J Med Res [En ligne]. 2019[cité le 27 sep 2020];5(1):40‑5. Disponible : https://www.researchgate.net/publication/332333153

8. **Hounsou NR, Attolou SGR, Natta N'tcha H, Siri KD, Seto DM, Paluku KJ et al.** Réinterventions en chirurgie abdominale : indications, modalités thérapeutiques et évolution. A propos de 39 cas. Rev Afr Chir Spéc [En ligne]. 2020[cité le 26 sep 2020];14(2):11‑6. Disponible : https://www.ajol.info/index.php/racs/article/view/198903

9. **Koirala R, Shakya V, Khania S, Adhikary S, Agrawal CS.** Redo-laparotomies : reasons, morbidity and outcome. Nepal Med Coll J. En ligne]. 2012[cité le 10 août 2020];14(2):107‑10. Disponible : https://www.semanticscholar.org/paper/Redo-laparotomies%3A-reasons%2C-morbidity-and-outcome.-Koirala-Shakya/96fc9ca89c3469ccf16e3c7d8fac3e8617af18bc

10. **Tonye TA, Essi MJ, Handy ED, Ankouane A, Ngom EM, Nonga BN et al.** Complications Postopératoires Précoces dans les Hôpitaux de District de la Ville De Yaoundé : Épidémiologie Et Clinique. Health Sci Dis [En ligne]. 2015[cité le 26 sept 2020];16(1):1‑4. Disponible : https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/478

11. **Kim JJ, Liang MK, Subramanian A, Balentine CJ, Sansgiry S, Awad SS.** Predictors of relaparotomy after nontrauma emergency general surgery with initial fascial closure. Am J Surg. 2011;202(5):549‑52. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2011.06.023

12. Braga M, Vignali A, Gianotti L, Zuliani W, Radaelli G, Gruarin P et al. Laparoscopic Versus Open Colorectal Surgery A Randomized Trial on Short-Term Outcome. Ann Surg [En ligne]. 2002[cité le 16 sep 2020];236(6):759‑67. Disponible : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1422642/

13. Gedik E, Söylemez K, Girgin S, Uysal E, Taçy'(ýldýz Ý. Relaparotomies: Why is Mortality Higher? Eur J Trauma Emerg Surg. 2009;35(6):547‑52. DOI: 10.1007/s00068-009-8221-2

14. Rakić M, Popović D, Rakić M, Druzijanić N, Lojpur M, Hall BA et al. Comparison of on-demand vs planned relaparotomy for treatment of severe intra-abdominal infections. Croatian Med J [En ligne]. 2005[cité le 27 sep 2020];46(6):957‑63.
Disponible : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16342350/

15. Doeksen A, Tanis P, Vrouenraets B, Lanschot van J, Tets van W. Factors determining delay in relaparotomy for anastomotic leakage after colorectal resection. World J Gastroenterol. 2007;13(27):3721‑5. DOI: 10.3748/wjg.v13.i27.3721

16. Sridhar M, Susmitha C. Incidence and causes of relaparotomy after an obstetric and gynaecological operation. Int Surg J. 2016;3(1):301‑4. DOI: 10.18203/2349-2902.isj20160247

17. Biswas SP, Halder S, Shirin FB. Indication and outcome of relaparotomy after caesarean section. Bangladesh Med J Khulna. 2012;45(1‑2):19‑23. DOI: 10.3329/bmjk.v45i1-2.13625

18. Tchalla Abalo A-E. Les complications post opératoires précoces dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel TOURE. [Thèse en ligne]. Bamako : Université de Bamako/FMPOS; 2006[cité le 13 oct 2020]. Disponible : http://www.keneya.net/fmpos/theses/2006/med/pdf/06M108.pdf

19. Montravers P, El Housseini L, Rekkik R. Les péritonites postopératoires : diagnostic et indication des réinterventions. Reanim. 2004;13(6):431‑5. DOI: 10.1016/j.reaurg.2004.06.003

20. Zharmenov SM, Abuov SM, Kalymbetov RB, Zhorayev TS, Iglikova AE. Use of Relaparoscopy in Treatment of Post-Operative Complications. Biol Med. [En ligne]. 2015[cité le 27 sep 2020];7(2):1‑3. Disponible : http://www.biolmedonline.com

21. Traoré A, Dembélé BT, Togo A, Kanté L, Konaté M, Diakité I et al. Post-Operative Peritonitis: Diagnostic Problems, Morbidity and Mortality in Developing Countries. Surg Sci. 2014;2014(5):363‑7.

DOI : 10.4236/ss.2014.58059

22. Saley CU. Etablissement du score UNILU de prédictibilité d'une réintervention précoce effective après laparotomie aux hôpitaux universitaires de Lubumbashi (Analyse des critères cliniques, biologiques et thérapeutiques). [These en ligne]. Lubumbashi: Université de Lubumbashi. 2017 [cité le 27 sept 2020]. Disponible : https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01785937

23. Hssaida R, Daali M, Seddiki R, Zoubir M, Elguelaa K, Boughalem M. Les péritonites post-opératoires chez le sujet âgé. Med Maghreb [En ligne]. 2000[cité le 27 sep 2020];(81):19‑22.

Disponible : http://www.santetropicale.com

24. Mulier S, Penninckx F, Verwaest C, Filez L, Aerts R, Fieuws S et al. Factors affecting mortality in generalized postoperative peritonitis:

multivariate analysis in 96 patients. World J Surg. 2003;27(4):379‑84. DOI : 10.1007/s00268-002-6705-x

25. Coulibaly B, Togola B, Traoré D. Péritonites postopératoires dans le service de chirurgie B du CHU du Point G. Mali Med. [En ligne]. 2013[cité le 27 sep 2020];28(3):10‑2.

Disponible : http://revues.ml/index.php/malimed/article/view/304

26. Aiboud BS. Les péritonites post-opératoires (A propos de 43 cas) [Mémoire de DES en ligne]. Fès: UNIVERSITE :SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH; 2013[cité le 06 oct 2020]. Disponible : http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/memoires/e_memoires/43-13.pdf

27. Bensignor T. Prise en charge chirurgicale des péritonites postopératoires après chirurgie digestive: étude rétrospective sur 191 patients. [Thèse en ligne]. Paris: Université Paris Descartes; 2015[cité le 06 oct 2020]. Disponible : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas 01279624/document

28. Hutchins RR, Gunning MP, Lucas DN, Allen-Mersh TG, Soni NC. Relaparotomy for suspected intraperitoneal sepsis after abdominal surgery. World J Surg. 2004;28(2):137‑41. DOI: 10.1007/s00268-003-7067-8

29. Brugere C, Pirlet I, Guillon F. Gestion des complications chirurgicales et indications de reprises. Dans Mise Au Point en Anesthésie-Réanimation, Communications scientifiques 2009[En ligne]. 2009[cité le 27 sep 2020];231‑7.
Disponible :https://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/ld2ro37z/Gestion%20des%20complications%20chirurgicales%20et%20indications%20de%20reprises.pdf

30. Montravers P, Dupont H, Leone M, Constantin Jean-M, Mertes P-M, Laterre P-F et al. Prise en charge des infections intra-abdominales. Anesth Reanim. 2015;1(1):75‑99. DOI : 10.1016/j.anrea.2014.12.006

31. van Ruler O, Boermeester MA. Surgical treatment of secondary peritonitis : A continuing problem. Der Chir; Zeitschrift Fur Alle Gebiete Der Operativen Med. 2017;88(Suppl 1):1‑6. DOI : 10.1007/s00104-015-0121-x

32. **Duron J-J.** Postoperative intraperitoneal adhesion pathophysiology. Colorectal Dis. 2007;9(s2):14‑24. DOI : 10.1111/j.1463-1318.2007.01343.x

33. **Randimbinirina Z, Rasoaherinomenjanahary F, Solo C, Meliny Z, Ravalisoa M, Samison L.** Invagination intestinale de l'adulte secondaire à des adhérences jéjuno-jéjunales : une cause rare d'occlusion postopératoire. Int J of Med Health Sci. [En ligne]. 2019[cité le 06 oct 2020];5(11):01‑11. Disponible : https://www.ephjournal.org/index.php/mhs/article/view/1576

34. **Catena F, Ansaloni L, Di Saverio S, Pinna AD.** P.O.P.A. Study: Prevention of Postoperative Abdominal Adhesions by Icodextrin 4% Solution After Laparotomy for Adhesive Small Bowel Obstruction. A Prospective Randomized Controlled Trial. J Gastrointest Surg. 2012;16(2):382‑8. DOI : 10.1007/s11605-011-1736-y

35. **Schölin J, Buunen M, Hop W, Bonjer J, Anderberg B, Cuesta M et al.** Bowel obstruction after laparoscopic and open colon resection for cancer: Results of 5 years of follow-up in a randomized trial. Surg Endosc. 2011;25(12):3755‑60. DOI : 10.1007/s00464-011-1782-2

36. **Dembélé B, Traoré A, Diakité I, Kanté L, Togo A, Maiga A et al.** Occlusions du grêle sur brides et adhérences en chirurgie générale au CHU GABRIEL TOURE. Mali Med. [En ligne]. 2011[cité le 27 sep 2020];26(4):12‑5. Disponible : http://www.malimedical.org/2011/12d.pdf

37. **Correa-Rovelo JM, Villanueva-López GC, Medina-Santillan R, Carrillo-Esper R, Díaz-Girón-Gidi A.** [Intestinal obstruction secondary to postoperative adhesion formation in abdominal surgery. Review]. Cirugia Y Cirujanos. 2015;83(4):345‑51. DOI : 10.1016/j.circir.2015.05.024

38. Thoma M. Occlusion intestinale : intervention chirurgicale ou traitement médical ? Dans Société Française de Médecine d'urgence, Urgences 2011 [En ligne]. 2011[cité le 27 sep 2020];541‑50. Disponible : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/

39. Tasu J-P, Vesselle G, Herpe G, Ferrie J-C, Chan P, Boucebci S et al. Postoperative abdominal bleeding. Diagn Interv Imaging. 2015;96(7):823‑31. DOI : 10.1016/j.diii.2015.03.013

40. Kasumova GG, Eskander MF, Kent TS, Ng SC, Moser AJ, Ahmed M et al. Hemorrhage after pancreaticoduodenectomy: does timing matter? The Official J Int Hepato Pancreato Biliary Assoc. 2016;18(10):861‑9. DOI : 10.1016/j.hpb.2016.07.001

41. Valimungighe M, Makundo M, Pierre J, Ketha K, Yacoubou I. Profil épidémioclinique et thérapeutique des fistules digestives en ville de Butembo à l'est de la République Démocratique du Congo. J Soc de Biol Clin Bénin [En ligne]. 2020[cité le 13 oct 2020];(034):1‑6. Disponible : https://www.researchgate.net/publication/341684286_Profil_epidemioclinique_et_therapeutique_des_fistules_digestives_en_ville_de_Butembo_a_l%27est_de_la_Republique_Democratique_du_Congo

42. Toure AO, Konate I, Seck M, Faouzi A, Thiam O, Gueye ML et al. Les fistules anastomotiques (fa) post-colectomie au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Aristide Le Dantec. Pan Afr Med J. 2017;28(11):1‑6. DOI : 10.11604/pamj.2017.28.11.12612

43. Soro KG, Coulibaly A, Yapo P, Koffi G, N'da HA, Ehua SF et al. Pronostic des fistules digestives post-operatoires au Chu de Yopougon : Abidjan/Cote d'Ivoire. Mali Med [En ligne]. 2006[cité le 21 sept 2020];21(4):12-15. Disponible : https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/3553

44. François Y, Carry PY, Banssillon V, Vignal J. Les fistules externes post-opératoires de l'intestin grêle. - PDF Téléchargement Gratuit[En ligne]. [cité le 6 oct 2020]. Disponible : https://docplayer.fr/24633239-Les-fistules-externes-post-operatoires-de-l-intestin-grele.html

45. Cissé M, Touré AO, Seck M, Thiam O, Guéyé L, Ka I et al. Prise en charge des fistules entéro-cutanées post-opératoires au Service de Chirurgie Générale du CHU A Le Dantec. Rev Afr Chir Spec. 2013;7(3):5‑9. DOI : 10.4314/racs.v7i3.

46. Bergeret-Cassagne H, Lefevre J, Chafai N. Prise en charge des fistules entéro-cutanées. Service de chirurgie générale et digestive Hôpital Saint-Antoine [En ligne]. [cité le 6 oct 2020]. Disponible : http://chirurgie-digestive-sat.aphp.fr/publications-du-service/journees-de-chirurgie-digestive-de-saint-antoine/45emes-journees-de-chirugie-digestive/prise-en-charge-des-fistules-entero-cutanees/

47. Hollender LF, Meyer C, Avet D, Zeyer B. Postoperative fistulas of the small intestine: Therapeutic principles. World J Surg. 1983;7(4):474‑80. DOI : 10.1007/BF01655936

48. Balcázar-Rincón LE, Gordillo Gómez EA, Ramírez-Alcántara YL. Oclusión intestinal secundaria a oblito quirúrgico. Cirugía y Cirujanos 2016;84(6):503‑8. DOI : 10.1016/j.circir.2015.06.035

49. Benavente RAS, Pérez Ruiz V-MA. Obstrucción intestinal por textiloma [En ligne]. 2017[cité le 6 oct 2020]. Disponible: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/obstruccion-intestinal-textiloma/

50. Maita Quispe F, Ávalos Salaza F, Panozo Borda SV. Diagnóstico prequirúrgico de cuerpos extraños en abdomen: presentación de tres casos. Gaceta Médica Boliviana[En ligne]. 2012[cité le 06 oct 2020];35(1):35‑8. Disponible : http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1012-29662012000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

51. Silva-Carmona A, Ganado-Escobar AM, Mondragón-Chimal MA. Textiloma que se presenta como una masa abdominal: presentación de un caso y revisión bibliográfica. Rev Med Invest. 2014;2(1):18‑22. DOI : 10.1016/S2214-3106(15)30023-6

52. Lebeau R, Diane B, Koffi E, Amani A, Kouassi JC. Les Corps étrangers après chirurgie abdominale : à propos de 12 observations. Mali Med. [En ligne]. 2004[cité le 13 oct 2020]; XIX (3 et 4):8‑12.
Disponible : http://malimedical.org/2004/3-4-8.pdf

53. Andronic D, Lupascu C, Târcoveanu F, Georgescu S. Corpi străini textili restanåi postoperator. Chirurgia (Bucharest, Romania : 1990)[En ligne]. 2010[cité le 16 oct 2020];105(6):767‑77.

Disponible :
https://www.researchgate.net/publication/50224361_Gossypiboma_-_Retained_textile_foreign_body

54. Fofana N, Soumaoro LT, Sangare MP, Toure N, Diallo AT. Textilome pré-péritonéal: à propos d'un cas observé dans le service de Chirurgie Générale de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry. J Afr Chir. [En ligne]. 2018[cité le 27 sep 2020];5(2):121‑6. Disponible: journal-africain-de-chirurgie-96.webself.net › download

55. Rodiles Martínez F, Pacheco Téllez F. Textiloma: cuerpo extraño en cavidad abdominal. Rev Arch Med de Camagüey. [En ligne]. 2005[cité le 06 oct 2020];9(1):118‑25. Disponible :
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552005000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

56. Dubón Peniche M del C, Valverde Buendía J. Textiloma relacionado con procedimientos quirúrgicos de ginecología y obstetricia. Rev Facult Med (México) [En ligne]. 2015[cité le 06 oct 2020];58(3):30‑7. Disponible : /AppData/Local/Temp/6textiloma.pdf

57. Paunovic M. Predictors of postoperative complications in gastrointestinal surgery. Acta Med Median [En ligne]. 2008[cité le 27 sep 2020];47(3):15‑20. Disponible : https://publisher.medfak.ni.ac.rs/AMM_1/amm-stari/2008-html/3-broj/PREDICTORS%20OF%20POSTOPERATIVE%20....pdf

58. Sangare MS. Éviscération aiguë post-opératoire aux CHU DU POINT G ET DE GABRIEL TOURE. [Thèse en ligne]. Bamako: Université de Bamako; 2009[cité le 06 oct 2020]. Disponible : http://www.keneya.net/fmpos/theses/2009/med/pdf/09M197.pdf

59. van Ramshorst GH, Nieuwenhuizen J, Hop WCJ, Arends P, Boom J, Jeekel J et al. Abdominal wound dehiscence in adults: development and validation of a risk model. World J Surg. 2010;34(1):20‑7. DOI : 10.1007/s00268-009-0277-y

60. Bahi M. Les reprises chirurgicales en pathologie digestive: Facteurs etiologiques et pronostiques.(à propos de 25 cas). [Thèse en ligne]. Rabat: Université Mohammed V/Faculté de medecine et de pharmacie-Rabat; 2010 [cité le 13 oct 2020].

Disponible : http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/997

61. Touré AO, Cissé M, Ka I, Dieng M, Konaté I, Ka O et al. Les sepsis intra-abdominaux diffus post-operatoires: aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques au Service de Chirurgie Générale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar. Pan Afr Med J. 2014;17(204):1-7 DOI : 10.11604/pamj.2014.17.204.3111

62. Ravishankar N, Sujit Kumar S, Shivkumar S, Arjun MV, Madhava S. Comparative study of postoperative complications in elective versus emergency laparotomy at JSS hospital. Int J Surg Sci. 2020;4(2):233‑6. DOI : https://doi.org/10.33545/surgery.2020.v4.i2d.423

63. **Murtaza B, Saeed S, Sharif MA.** Postoperative complications in emergency versus elective laparotomies at a peripheral hospital. J Ayub Med Coll, Abbottabad. [En ligne]. 2010[cité le 12 oct 2020];22(3):42‑7. Disponible : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22338415/

64. **Chaudhary SH, Hafeez MR, Hafeez S.** Postoperative Complications in Emergency Laparotomies at Bahawal Victoria Hospital, Bahawalpur. Pakistan J Med Health Sci. [En ligne]. 2013[cité le 12 oct 2020];7(4):897‑900.
Disponible :
https://www.pjmhsonline.com/2013/oct_dec/pdf/898%20%20%20Postoperative%20Complications%20in%20Emergency%20Laparotomies%20at%20Bahawal%20Victoria%20Hospital,%20Bahawalpur.pdf

65. **Assouto P, Tchaou B, Kangni N, Padonou JL, Lokossou T, Djiconkpodé I et al.** Evolution post-opératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropical. Med Trop. [En ligne]. 2009[cité le 31 oct 2020];69(5):477‑9.
Disponible :
http://pascalfrancis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=22124757

ANNEXES

FICHE DE COLLECTE DES DONNÉES

Thème : Réinterventions abdominales en chirurgie viscérale au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoucou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou

1. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

1.1. ÂGE : /_____/ ans

1.2. SEXE : Masculin/___/ Féminin/___/

1.3. PROFESSION : ……**Non précisée**/___/

1.4. ETHNIE :…… **Non précisée**/___/

1.5. RÉSIDENCE :……

……

……

……. **Non précisée**/___/

1.6. ANTÉCÉDENTS

1.6.1. MÉDICAUX :

HTA/___/ Diabète/___/ Insuffisance rénale/___/ Insuffisance cardiaque/___/ Cirrhose hépatique/___/ VIH/___/ Autres/___/, Préciser……. Aucun/___/

Non précisés/___/

1.6.2. CHIRURGICAUX :

Préciser……..

Non précisés/___/

2. DONNÉES DE LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE INITIALE

2.1. CONTEXTE DE LA PRISE EN CHARGE :

Urgence/___/Programmé/___/

2.2. DIAGNOSTIC INITIAL :

Appendicite aiguë/___/ Péritonite aiguë généralisée/___/ Occlusion intestinale aiguë/___/Cholécystite aiguë/___/ Lithiase vésiculaire/___/
Hernie pariétale/___/Rupture de rate/___/
Rupture hépatique/___/ Tumeur du colon/___/ Tumeur gastrique/___/Prééclampsie sévère/___/Éclampsie/___/ Prérupture utérine/___/ Rupture utérine/___/Souffrance fœtale aiguë/___/GEU/___/Adénome prostatique/___/
Autres/___/, Préciser…….

2.3. ACTE OPÉRATOIRE INITIAL :

Appendicectomie/___/ Cure herniaire par raphie/___/Cure hernie par prothèse/___/
Cholécystectomie/___/ Résection anastomose du grêle/___/Section de Brides/___/
Suture gastrique/___/ Pyloroplastie/___/Splénectomie/___/Suture hépatique/___/
Gastrectomie/___/Gastro-entéro-anastomose/___/ Laparotomie exploratrice/___/ Laparotomie blanche/___/Résection anastomose du colon/___/ Lavage/___/Drainage/___/Lavage-drainage/___/Césarienne/___/
Hystérectomie/___/ Annexectomie/___/Adénomectomie prostatique/___/Néphrectomie/___/
Autres/___/, Préciser……

3. DONNÉES DIAGNOSTIQUES DE LA COMPLICATION POST-OPÉRATOIRE

3.1. DÉLAI D'APPARITION DES SYMPTÔMES :

/_____/ Jours **Non précisé**/___/

3.2. SYMPTÔMES :

Douleur abdominale/___/ Fièvre/___/ Frissons/___/ Asthénie/___/Vomissement/___/ Arrêt des matières et gaz/___/Ecoulement de liquide digestif/___/ Dyspnée/___/ Incontinence/___/Fuite d'urine autour de la sonde/___/ Aucun/___/Autres/___/Préciser…….

3.3. SIGNES GÉNÉRAUX :

Hyperthermie/___/ Tachycardie/___/Polypnée/___/Hypotension artérielle/___/ Pâleur/___/ Déshydratation/___/ Dénutrition/___/Autres/___/ Préciser…… Aucun/___/ Non précisés/___/

3.4. RÉSUMÉ DE L'EXAMEN PHYSIQUE :

Augmentation du volume de l'abdomen/___/Défense abdominale/___/Contracture abdominale/___/Douleur abdominale/___/ Écoulement de liquide digestif/___/ Fuite d'urines/___/ Lâchage de fils de suture/___/ Écoulement de pus/___/ Cri de l'ombilic/___/ Cri du douglas/___/ Autres/___/

Préciser……
……

3.5. BIOLOGIE :

NFS/___/……..CRP/___/……
……
Ionogramme
sanguin/___/…….
Aucun/___/Autres/___/, Préciser…….. Non retrouvée/___/

3.6. RADIOLOGIE :

ASP/___/……
……
Échographie
abdominale/___/……..……..
Scanner
abdominal/___/……
.
Autres/___/,
Préciser……
Non retrouvée/___/

4. DONNÉES THÉRAPEUTIQUES DE LA COMPLICATION

4.1. DÉLAI DE RÉINTERVENTION APRÈS APPARITION DES SYMPTÔMES EN POST-OPÉRATOIRE : /_____/ Jours Non précisé/___/

4.2. DÉLAI DE RÉINTERVERVENTION APRÈS LA 1ère INTERVENTION

/_____/ Non précisé/___/

4.3. MODE D'ANESTHÉSIE

Anesthésie générale/___/ Anesthésie locale/___/ Rachianesthésie/___/

4.4. DÉCOUVERTES OPÉRATOIRES (DIAGNOSTIC DE LA COMPLICATION POST-OPÉRATOIRE) :

Péritonite post-opératoire/___/ Lâchage d'anastomose/___/Abcès sous phrénique/___/Lâchage du moignon appendiculaire/___/ Gangrène pariétale /___/ Éviscération/___/Brides post-opératoires/___/ Iléus paralytique/___/ Hémopéritoine/___/Autres/___/, Préciser……..

4.5. ACTES OPÉRATOIRES AU COURS DE LA RÉINTERVENTION :

Ligature de moignon appendiculaire/___/Cure de fistule digestive/___/ Évacuation de Pus/___/ Lavage-drainage péritonéale/___/ Mise en stomie/___/ Nécrosectomie/___/Laparotomie blanche/___/ Ligature vasculaire/___/ Réfection pariétale/___/ Section de brides post-opératoires/___/ Autres/___/, Préciser…….

4.6. SUITES OPÉRATOIRES

Séjour en réanimation : oui /___/ Non /___/ Non précisé/___/

Durée du séjour en réanimation/_____/

SIMPLES : /___/

COMPLIQUÉES : /___/

Si compliquées, Préciser :

Type de complication :

1…….

…….

2……..

……

3……..

……..

Traitement des complications:1……

……

……

….

2……..

……

…..

3…….

..

……

…

4.7. ÉVOLUTION FINALE

Favorable : /___/

Défavorable (décès) : /___/

4.8. DURÉE D'HOSPITALISATION : /_____/ Jours

TABLE DES MATIÈRES

ACTION DE GRÂCE i
DÉDICACES iii
REMERCIEMENTS vi
HOMMAGES ix
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS xii
LISTE DES TABLEAUX xiv
LISTE DES FIGURES xix
SOMMAIRE xxi
INTRODUCTION 1
1. GÉNÉRALITÉS 4
1.1. DÉFINITION DE RÉINTERVENTION 5
1.2. INDICATIONS DES RÉINTERVENTIONS 5
1.2.1. Complications infectieuses: péritonites post-opératoires (PPO) 5
1.2.1.1. Épidémiologie 5
1.2.1.2. Diagnostic 6
1.2.1.3. Traitement [18, 21, 25, 30] 8
1.2.1.3.1. La réanimation médicale 8
1.2.1.3.2. Les ponctions ou drainages radiologiques 9
1.2.1.3.3. Le traitement opératoire [2, 21, 31] 9
1.2.2. Complications mécaniques : occlusions intestinales post-opératoires 9
1.2.2.1. Épidémiologie 9
1.2.2.2. Diagnostic [18, 36, 38] 10
1.2.2.3. Traitement [18, 36, 38] 11
1.2.3. Complications hémorragiques : hémorragies post-opératoires 11
1.2.3.1. Épidémiologie 11
1.2.3.2. Diagnostic 12
1.2.3.3. Traitement 13
1.2.4. Fistules digestives post-opératoires (FDPO) 13

1.2.4.1. Épidémiologie 13
1.2.4.2. Diagnostic 14
1.2.4.3. Traitement 14
1.2.5. Autres indications de réintervention abdominale 15
1.2.5.1. Corps étrangers (CE) post-opératoires : ‘’textilomes’’ 15
1.2.5.1.1. Épidémiologie 15
1.2.5.1.2. Diagnostic [52–56] 16
1.2.5.1.3. Traitement 17
1.2.5.2. Déhiscence de la paroi abdominale et Éviscération post-opératoire 17
1.2.5.2.1. Épidémiologie 17
1.2.5.2.2. Diagnostic 18
1.2.5.2.3. Traitement : 18
1.2.5.3. Hématomes pariétaux et gangrènes pariétales 18
2. CADRE ET MÉTHODE D’ÉTUDE 19
2.1. CADRE D’ÉTUDE 20
2.1.1. Description du CNHU-HKM de Cotonou 20
2.1.2. Les CUCV 21
2.1.3. La CUAU 22
2.1.4. Le SPAR 24
2.2. MATÉRIEL ET MÉTHODE D’ÉTUDE 25
2.2.1. Type et période d’étude 25
2.2.2. Population d’étude 25
2.2.2.1. Critères d’inclusion 26
2.2.2.2. Échantillonnage 26
2.2.3. Collecte des données 26
2.2.3.1. Équipe de collecte des données 26
2.2.3.2. Matériel de collecte des données 26
2.2.3.3. Technique de collecte 26
2.2.3.4. Variables de l’étude 27

2.2.4. Traitement et analyse des données 27
2.2.5. Considérations éthiques et administratives 28
2.2.6. Difficultés rencontrées 28
3. RÉSULTATS 29
3.1. FRÉQUENCE 30
3.2. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTS RÉOPÉRÉS 30
3.2.1. Âge 30
3.2.2. Sexe 31
3.2.3. Profession 31
3.3.1. Contexte chirurgical 32
3.3.2. Lieu de prise en charge initiale 32
3.3.3. Antécédents médicaux et chirurgicaux 33
3.3.4. Diagnostics et actes opératoires initiaux des patients réopérés 35
3.3.4.1. Types de pathologies initiales 35
3.3.4.2. Diagnostics initiaux 36
3.3.4.3. Actes opératoires initiaux 39
3.4. ASPECTS DIAGNOSTIQUES DES COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES 41
3.4.1. Délai de survenue des symptômes 41
3.4.2. Diagnostic des complications 42
3.4.2.1. Signes cliniques 42
3.4.2.1.1. Signes fonctionnels 42
3.4.2.1.2. Signes généraux 43
3.4.2.1.3. Signes physiques 44
3.4.2.2. Examens paracliniques 45
3.4.3. Diagnostic positif 46
3.5. Données thérapeutiques des complications post-opératoires 47
3.5.2. Délai entre les deux interventions 48

3.5.3. Mode d'anesthésie 48
3.5.4. Découvertes opératoires (Diagnostics des complications post-opératoires) et Actes opératoires lors des réinterventions 48
3.6. Évolution post-opératoire des réinterventions 55
3.6.1. Complications post-opératoires 55
3.6.2. Évolution finale 59
3.6.3. Durée d'hospitalisation 60
3.6.4. Analyse multivariée des facteurs de morbimortalité des réinterventions . 61
4. DISCUSSION 68
4.1. ASPECT MÉTHODOLOGIQUE 69
4.2. ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES 69
4.2.1. Fréquence 69
4.2.2. Âge 70
4.2.3. Sexe 70
4.2.4. Profession 71
4.3. ASPECTS DIAGNOSTIQUES DES COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES AYANT NÉCESSITÉ UNE RÉINTERVENTION 71
4.3.1. Mode d'admission des patients 71
4.3.2. Lieu de prise en charge initiale 71
4.3.3. Diagnostic initial 72
4.3.4. Délai de survenue des symptômes en post-opératoire 72
4.3.5. Signes cliniques des complications post-opératoires 73
4.3.6. Examens complémentaires pour le diagnostic des complications post-opératoires 73
4.3.7. Indications des réinterventions 74
4.4. ASPECTS THÉRAPEUTIQUES DES COMPLICATIONS AYANT NÉCESSITÉ UNE RÉINTERVENTION 74
4.4.1. Délai de réintervention 74
4.4.2. Mode d'anesthésie 75

4.4.3. Nombre de reprises chirurgicales 75
4.4.4. Évolution post-opératoire 76
4.4.5. Durée d'hospitalisation 76
4.5. FACTEURS ASSOCIÉS A LA MORBIMORTALITÉ 76
CONCLUSION 78
SUGGESTIONS 81
RÉFÉRENCES 83
ANNEXES ..... A
TABLE DES MATIÈRES ..... a

SERMENT D'HYPOCRATE

Devant le peuple béninois et 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 sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les 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 les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

LE PRÉSIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

RÉSUMÉ

Introduction: Les réinterventions abdominales sont relativement fréquentes et sont grevées d'une lourde morbimortalité.

Objectif : Étudier les réinterventions après chirurgie abdominale dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, au Bénin.

Population, matériel et méthode : Etude rétrospective, descriptive et analytique du 1er janvier 2015 au 30 Juin 2020, portant sur l'ensemble des dossiers médicaux des patients adultes (>15 ans) ayant bénéficié d'une réintervention pour une chirurgie initialement abdominale (digestive, gynéco-obstétricale ou urologique) pendant la même hospitalisation ou dans les 30 jours suivant la laparotomie initiale, quel que soit le lieu de la première intervention.

Résultats : La fréquence de réintervention a été de 5,6%. L'âge moyen des patients réopérés était de 33,4±12,6 ans. La tranche d'âge entre 18 et 45 ans était la plus représentée avec 84,4%. La sex-ratio a été de 0,52. Les patients à faibles revenus (artisans, élèves, étudiants, ménagères et commerçants) avec 71% étaient les plus représentés. 74,4% des patients réopérés de leur complication étaient pris en charge initialement en urgence. Les indications de la première laparotomie étaient dominées par les péritonites aigues généralisées avec 21,1%. Les pathologies infectieuses avec environ 38% étaient les plus pourvoyeuses de complications nécessitant une réintervention. L'indication de réintervention était retenue essentiellement sur des critères cliniques. La péritonite post-opératoire avec 55,5% était l'indication de réintervention la plus fréquente. Le délai moyen de réintervention après la laparotomie initiale a été de 10,5±6,9 jours. Le délai moyen de réintervention après l'apparition des premiers symptômes a été de 3,6±4,2 jours. La morbidité était de 78,9%. La mortalité a été de 17,8% et augmentait significativement avec la fièvre et les complications hémorragiques post-opératoires.

Conclusion : Les réinterventions abdominales sont fréquentes et sont de mauvais pronostic. Cependant, une bonne technique opératoire, une parfaite hémostase, et une bonne prise en charge de toute fièvre post-opératoire permettraient d'en réduire la fréquence et la morbimortalité.

Mots clés : Réintervention, chirurgie abdominale, péritonite, occlusion, morbidité.

SUMMARY

Introduction: Abdominal re-interventions are relatively frequent and burden with heavy morbi-mortality.

Objective: Study re-interventions after abdominal surgery in the university visceral surgery clinics of the CNHU-HKM in Cotonou, Benin.

Population, Patients files and methods : Retrospective, descriptive and analytical studies from January 1st 2015 to June 3Oth 2020, regarding the overall medical fails of adult patients (over 15years of ages) who came out to undergo an intensive care for initial abdominal surgery (be it digestive, gyneobstetrical or urological) right on the spot or within the following immediate 30-days period taking into account the initial laparotomy, no matter where the first intervention occurred.

Results: Re-intervention frequency has been figured out 5.6%. The average age of the patients who were operated on again was 33.4±12.6 years. Patients between 18 and 45 years of ages were more representative with. The sex ratio has been 0.52. The low-income patient notably artisan's, pupils, students, housewives and sellers being 71% were the most in view. 74.4% of patients operated on again due to complications, were initially attended to utmost urgently. What appears in the first laparotomy was highlighted by acute peritonitis with 21.1% in general. The infectious pathology with about 38% were among the cases that needed intensive care. The occurrence of an intensive care are essentially based on clinical criteria. The post operation peritonitis with 55.5% was the most important frequent intensive care following the initial laparotomy has been 10.5±6.9 days. The average delay for intensive care following the appearance of the first symptoms has been 3.6±4.2 days mobility was 78.9%. The death rate was 17.8% and showed a significant increase with fewer and post-operation hemorrhagic.

Conclusion: Abdominal re-interventions are frequent which is a bad forecast. Yet, a good surgical technic, a perfect hemostasis and a good management of any post-operative fever would lead to a reduce the frequency and morbi-mortality.

Key Words: Relaparotomy, abdominal surgery, peritonitis, obstruction, morbidity.