

ARTICLE ORIGINAL

EVOLUTION POSTOPERATOIRE DES LAPAROTOMIES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL D'ANEHO (TOGO)

POSTOPERATIVE OUTCOME OF LAPAROTOMIES IN THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT IN ANEHO PREFECTORAL HOSPITAL (TOGO)

I KASSENE¹, DE DOSSEH², EV SEWA³, K KANASSOUA², FA TENGUEY¹, AE AYITE².

1 -Service de chirurgie générale du Centre Hospitalier Préfectoral (CHP) Aného-Togo

2 -Service de chirurgie générale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sylvanus Olympio de Lomé-Togo

3 -Service de chirurgie générale du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Dapaong

RÉSUMÉ

Objectif : évaluer les résultats postopératoires des laparotomies dans le service de chirurgie générale du Centre Hospitalier préfectoral d'Aného (Togo).

Patients et Methode : c'est une étude rétrospective sur une période de 12 mois, menée sur des dossiers de patients ayant subi une laparotomie quelle que soit l'indication, dans le service de chirurgie générale du centre hospitalier préfectoral d'Aného (Togo).

Resultats : 166 patients ont eu une laparotomie. Elle a été réalisée dans le cadre d'une urgence abdominale dans 75 cas (45%) et d'une intervention programmée dans 91 cas (55%). L'âge moyen des patients était de 33 ans (sex-ratio 6,5). Les suites opératoires ont été simples dans 91,6% des cas. Les complications ont été le fait des urgences et étaient dominées par les suppurations pariétales (6/14), suivies des péritonites postopératoires (5/14). Six patients (3,6%) sont décédés.

Conclusion : la morbidité et la mortalité des laparotomies dans le service de chirurgie générale du centre hospitalier préfectoral d'Aného sont relativement élevées. Elles sont liées à un retard de consultation, mais aussi au caractère urgent de la prise en charge des affections rencontrées.

Mots Cles : laparotomies, évolution postopératoire, chirurgie, abdomen, Afrique.

SUMMARY

Objective: The purpose of this report was to describe the postoperative outcome of laparotomies in the general surgery department in Aneho prefectural hospital.

Patients And Methods: This retrospective study was carried out on files of patients underwent laparotomy , in general surgery department in Aneho prefectural hospital (Togo) over one year period from august 2010 to august 2011.

Results: 166 patients underwent laparotomy . Laparotomy was performed in abdominal emergency in 75 cases (45%) and planned interventions in 91 cases (55%). The average age of patients was 33 years. The sex ratio was 6.5. The outcome was uneventful in 91.6% of cases. Postoperative complications due to emergencies, were dominated by parietal suppuration (6/14), followed by postoperative peritonitis (5/14). The death rate was 3.6%.

Conclusion: Morbidity and mortality of laparotomies remain high in general surgery department in Aneho prefectural hospital. They are related to delayed consultation, but also the urgent nature of the management of diseases encountered.

Keywords: laparotomy, postoperative outcome, surgery, abdomen, Africa.

Tirés à part:

Dr KASSENE Iroukora Assistant-Chef de Clinique de chirurgie générale
Service de Chirurgie Générale Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Kara -TOGO
Cel : (+228) 90 39 68 08 E-mail : kasseineiroukora@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les laparotomies ont une morbi-mortalité liée à l'indication opératoire ; elles ont également une morbi-mortalité propre [1], à l'origine de l'essor de la coelioscopie. Au Togo, le CHU Tokoin de Lomé est le seul centre hospitalier public équipé de colonnes de coelioscopie. Ailleurs, les interventions chirurgicales sont entièrement réalisées par laparotomie. Cette étude vise à évaluer la morbi-mortalité des laparotomies au centre hospitalier préfectoral d'Aného (CHPA).

PATIENTS ET METHODE

Nous avons par une étude rétrospective étudié sur une période de 12 mois (août 2010 à août 2011), les dossiers de patients sans distinction d'âge et de sexe ayant eu une laparotomie dans le service de chirurgie générale du CHPA. Cent soixante-six laparotomies ont été réalisées parmi 223 interventions chirurgicales. La laparotomie a été réalisée pour une intervention programmée (91 cas : 55%) ou une urgence abdominale (75 cas : 45%). Cinq reprises chirurgicales (relaparotomies) ont été réalisées. L'âge moyen des patients était de 33 ans [3 mois-87ans] avec une sex-ratio de 6,5. Les diagnostics ont été consignés dans le tableau I.

Tableau I : La répartition des patients en fonction du diagnostic opératoire

	n	%
Hernies inguinales (90), ombilicale (1) non compliquées	91	55
Péritonites aiguës généralisées (n=26)		
Péritonite appendiculaire	13	7,8
Péritonite par perforation typhique	7	4,2
Péritonite par perforation gastrique, duodénale	4	2,4
Péritonite d'origine pelvienne	2	1,2
Occlusions intestinales aiguës (n=26)		
Hernie inguino-scrotale étranglée	15	9
Occlusion sur bride	4	2,4
Hernie ombilicale étranglée	3	1,8
Volvulus du sigmoïde	2	1,2
Invagination intestinale aiguë	2	1,2
Appendicites aiguës non compliquées (n=11)		6,6
Contusion abdominale (n=4)		
Fracture (éclatement) splénique	2	1,2
Laparotomie blanche ?	2	1,2
Adénolymphite mésentérique (n=4)		2,4
Plaie de l'abdomen (éviscération) (n=1)		0,6
Pancréatite aiguë (n=1)		0,6
Total	166	100

*Aucune lésion n'a été retrouvée

Les voies d'abord étaient une incision horizontale dans un pli abdominal inférieur (103 cas), couplée à une laparotomie sous ombilicale (2 cas), une laparotomie médiane sus et/ou sous ombilicale (47 cas), une

incision de Mc Burney (14 cas), et une relaparotomie sus et sous ombilicale (5 cas). Les gestes opératoires réalisés ont été consignés dans le tableau II.

Tableau II : La répartition des gestes chirurgicaux réalisés

	Gestes (n)
Hernies inguinales (90), ombilicales (1) non compliquées	Shouldice (88), Lichtenstein (2), suture aponévrotique par points séparés (1)
Occlusions intestinales (26)	Résection-anastomose (9 cas), Shouldice (15), section de brides (4), suture aponévrotique par points séparés (3), résection-iléostomie (1)
Péritonites aiguës généralisées (26)	Lavage-drainage de l'abdomen (26), appendicectomie (13), excision-suture iléale (7), gastrique et duodénale (4), aucun geste (2)
Appendicites aiguës (11)	Appendicectomie (11)
Contusion (4), plaie de l'abdomen (1)	Lavage-drainage de l'abdomen (5), Splénectomie totale (1), spléno-raphie (1), lavage-réintégration de l'anse éviscérée (1)

Ils ont fait suite à une réanimation pré, per et postopératoire brève et efficace dans le cadre des urgences abdominales. Les suites opératoires étaient considérées comme simples, lorsqu'aucune complication post opératoire ne survenait. Les complications post opératoires étaient réparties selon Tochie [2] en : complications immédiates (survenant entre la fin de l'intervention et la reprise du transit intestinal), secondaires (survenant entre la reprise du transit intestinal, de l'alimentation et la cicatrisation des plaies opératoires), et tardives (apparaissant après la reprise du transit, de l'alimentation et la cicatrisation complète des plaies opératoires). Les

complications précoces étaient constituées des complications immédiates et de celles secondaires.

RESULTATS COMPLICATIONS

Elles ont concerné les urgences. Elles étaient dominées par les infections (tableau III). Les suppurations pariétales avaient bien évolué sous des soins locaux et un traitement antibiotique. Il n'y a pas eu de prélèvement de pus pour la recherche bactériologique.

Tableau III : La répartition des complications postopératoires précoces et tardives

	Complications	PAG	OIA	AA	AM	n (%)
Suites opératoires précoces 14 (8,4%)	Suppuration pariétale	2	3	1	0	6 (3,6)
	Péritonites postopératoires	4	1	0	0	5 (3)
	Embolie pulmonaire	0	2	0	0	2 (1,2)
	Arthrite de hanche	0	0	0	1	1 (0,6)
Suites opératoires tardives 6 (3,6%)	Hyperpigmentation séquellaire	2	1	0	0	3 (1,8)
	Cicatrice chéloïdienne	1	1	0	0	2 (1,2)
	Eventration	0	1	0	0	1 (0,6)

PAG : Péritonites Aiguës Généralisées; OIA : Occlusions Intestinales Aiguës; AA : Appendicite Aiguë; AM : Adénolymphite Mésentérique.

Les péritonites post opératoires étaient survenues chez 3 patients opérés pour péritonite par perforation typhique, 1 patient opéré pour péritonite par perforation gastrique et 1 patient opéré pour volvulus du côlon pelvien. La reprise chirurgicale avait permis de retrouver une collection purulente isolée (2 cas), associée à un lâchage de suture jéjunale et iléale (1 cas), à une fistule sur anastomose colique (1 cas), et à une perforation iléale passée inaperçue au cours de la 1ère laparotomie (1 cas).

Une arthrite de hanche est survenue dans les suites opératoires d'une adénolymphite mésentérique, chez

une fillette de 10 ans, qui avait une électrophorèse de l'hémoglobine normale.

DECES

Six décès ont été enregistrés. Les décès sont survenus entre 2 heures et 72 heures après l'intervention. La répartition des patients en fonction de la cause probable du décès a été consignée dans le tableau IV.

La durée moyenne d'hospitalisation des patients opérés dans le cadre d'interventions programmées (cures herniaires) a été d'un jour. Elle a été de 4 jours avec des extrêmes de 12 heures et 60 jours pour les pathologies opérées en urgence.

Tableau IV : La répartition des patients selon la cause du décès

	Diagnostic per opératoire	n
Etat de choc hypovolémique et/ou septique (n=2)	Poly traumatisme*	1
	Invagination intestinale	1
Embolie pulmonaire (n=2)	Volvulus du sigmoïde	1
	Occlusion intestinale sur brides	1
Septicémie (après péritonite post-opératoire) (n=1)	Volvulus du sigmoïde	1
Traumatisme crânio-encéphalique grave (n=1)	Laparotomie blanche??	1
Total		6

*Fracture fermée des deux cuisses + traumatisme crânio-encéphalique grave + hémopéritoine avec contusion (fracture) splénique

** Absence de lésions traumatiques viscérales

DISCUSSION

En dehors de la pathologie herniaire qui a représenté la totalité de nos activités en chirurgie réglée, nos interventions ont porté sur les urgences, dominées par les péritonites et les occlusions. Ces urgences effectuées dans des conditions souvent précaires ont été les plus pourvoyeuses de complications. Les complications précoces (morbidity=8,4%) étaient dominées par les suppurations pariétales (6/14) et les cas de péritonite post-opératoire (5/14). Assouto et al [3] avaient noté un taux de morbidité de 25,8% (158/613) dans une étude ayant porté sur l'évolution postopératoire précoce en chirurgie digestive. La suppuration pariétale a été la principale cause de morbidité retrouvée dans plusieurs autres études [4-8]. C'est une complication habituellement liée aux conditions environnementales que sont l'hygiène

défectueuse, la chaleur, mais aussi le caractère urgent de la prise en charge qui ne garantit pas toujours une asepsie rigoureuse [3]. L'absence de suppuration dans les suites opératoires de nos interventions programmées en est une parfaite illustration. En effet, les patients prennent deux douches : une, la veille au soir et l'autre, le matin de l'intervention chirurgicale programmée, contribuant à une réduction significative de la flore bactérienne du site de la laparotomie, et donc à la diminution du taux d'infection du site opératoire [9]. Dans tous les cas de notre série, aucun prélèvement n'a été fait pour la recherche bactériologique, faute de plateau technique. Nous ne pouvons donc dire si les suppurations pariétales étaient liées à la contamination de la plaie opératoire par le liquide péritonéal ou s'il s'agissait d'une contamination lors des pansements.

La reprise chirurgicale des péritonites post opératoires avait permis de retrouver une collection péritonéale sans lésions viscérales dans deux cas. Elles peuvent être liées à un lavage insuffisant de la cavité abdominale lors de la première intervention, ou à l'inefficacité du drainage de la cavité péritonéale. Un soin particulier doit donc être apporté au lavage de la cavité péritonéale qui doit être abondant, fait au sérum physiologique seul ou associé à un antiseptique, de façon méthodique quadrant par quadrant, suivi d'un drainage des régions déclives. Ces complications secondaires ont entraîné un allongement de la durée d'hospitalisation allant parfois jusqu'à 60 jours, avec pour corollaire des dépenses et des frais d'hospitalisation exorbitants.

La mortalité dans notre étude était de 3,6 % et ses causes étaient variées. Assouto et al [3] avaient relevé 13% de mortalité ; Ouro-Bang'na et al [10] avaient retrouvé 16,16% de mortalité. Un accent doit être mis sur la prévention de l'embolie pulmonaire, de la septicémie et des états de défaillance cardio-circulatoire.

L'hyperpigmentation séquellaire, a été la conséquence de l'irritation cutanée par du liquide intestinal

s'écoulant par l'iléostomie. Elle montre toute la difficulté d'appareillage et d'entretien des iléostomies confectionnées en Afrique [11,12]. Les éventrations sont souvent le résultat d'une cicatrisation vicieuse après une suppuration pariétale en postopératoire [13]. Dans ces cas, la fragilisation des tissus par le phénomène infectieux aboutit au lâchage des sutures aponévrotiques, conduisant aux éventrations [14, 15]. Les cicatrices chéloïdes reflètent la fréquence des cicatrisations anormales bien connues sur la peau noire. La localisation de ces chéloïdes sur la peau de l'abdomen ne pose pas de problèmes esthétiques majeurs étant donné que cette zone est souvent couverte.

CONCLUSION

Les taux de morbidité et de mortalité des laparotomies sont relativement élevés dans notre étude. Les urgences sont les plus pourvoyeuses de complications. Il est important d'insister sur la nécessité de consulter précocement pour éviter d'intervenir en situation de précarité.

REFERENCES

- 1-Zouari Kh, Kallel W, Noomen F, Dhieb N, Chaouch MM, Nasr M, Hamon A. Les plaies de l'abdomen à propos de 133 cas. *Tunis chir* 2003;3:179-87.
- 2-Tochie G. Pronostic des péritonites. *Med mal Infect* 1995; 25(spécial):20-37.
- 3- Assouto P, Tchaou B, Kangni N, Padonou JL, Lokossou T, Djiconkpode I, Aguemon A. Evolution postopératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropicale. *Med Trop* 2009;69:477-79.
- 4- Songné B, Kanassoua KK, Dosseh EDJ, Ayité A. Urgences chirurgicales abdominales non traumatiques de l'adulte opérées à l'hôpital Saint Jean de Dieu d'Afagnan. *J Afr Chir Digest* 2008;8(2):764-70.
- 5- Raveloson JR, Ahmad A, Morel E, Randrianarisa OD. Prise en charge des perforations gastro-duodénales. *J Med Ther* 2000;2:174-79.
- 6- Attipou K, Dosseh D, Kanassoua K. Urgences chirurgicales abdominales non traumatiques de l'adulte au CHU Tokoin. *J Recherche Sci Univ Lomé* 2005;7(2):43-8.
- 7- Harouna Y, Yaya H, Abdou I, Bazira L. Pronostic de la hernie inguinale étranglée de l'adulte : influence de la nécrose intestinale. A propos de 34 cas. *Bull Soc Pathol Exot* 2000;93(5):317-20.
- 8- Kouame BD, Ouattara O, Dick RK, Gouli JC, Roux C. aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot* 2001;94(5):378-81.
- 9- Mariette C, Alves A, Benoist S, Bretagnol F, Mabrut JY, Slim K. Soins périopératoires en chirurgie digestive. Recommandations de la Société française de chirurgie digestive. *Ann chir* 2005;130:108-24.
- 10- Ouro-Bang'na Maman AF, Agbétra N, Egbouhou P, Sama H, Chobli M. Morbidité-mortalité périopératoire dans un pays en développement : expérience du CHU de Lomé (Togo). *Ann Fr Anesth Reanim* 2008;27:1030-3.

11- Traore A, Diakite I, Togo A, Dembele BT, Kante L, Coulibaly Y, Keita M, Diango DM, Diallo A, Diallo G. Stomies digestives en chirurgie générale du CHU Gabriel Toure. Mali medical 2010;25(4):52-6.

12- Soh Mba L, Fiogbe MA, Bankole SR, Tembely S, Dieth AG, Dick KR, Da Silva Anoma S, Aguehoude C, Mobiot ML. Les stomies digestives chez l'enfant dans les Services de Chirurgie Pédiatrique des Centres Hospitaliers et Universitaires d'Abidjan. Bénin Médical 2006;33:52-6.

13- Dia A, Dieng M, Gani M, Fall B, Touré CT. Traitement des éventrations post-opératoires. Dakar Médical 2004;49(1):15-7.

14- Dieng M, Ndiaye A, Ka O, Konate I, Dia A, Toure CT. Aspects étiologiques et thérapeutiques des peritonites aiguës généralisées d'origine digestives; une série de 207 cas opérés en 5 ans. Mali Medical 2006; 21(4):46-51.

15- Akakpo-numado GK, Gnassingbe K, Boume MA, Sakiye KA, Kassegne I, Tekou H. Les complications postopératoires des péritonites aiguës généralisées de l'enfant. J Afr Chir Digest 2009;9(1):879-82.