

COMPLICATIONS POST-OPERATOIRE D'UNE CHIRURGIE DIGESTIVE DANS LES CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KISANGANI.

Post-operative complications of digestive surgery in the University Clinics of Kisangani.

Lukelwa Mukunda Athanase¹, Kitembo Mumpanda Tepse¹, Idumbo Waka Faustin¹.

Institut Supérieur des Techniques Médicales de Shabunda

Date of submission 8 February, 2025; Date of Acceptance 1 April, 2025; Date of publication 22 April, 2025

RESUME

Objectif : contribuer à une connaissance de déterminants de complications post- opératoires d'une chirurgie digestive dans les cliniques universitaires de Kisangani.

Matériels et Méthode : C'est une étude rétrospective qui a porté sur 54 cas qui se sont produits dans ces Cliniques Universitaires de Kisangani, de 01 Janvier 2006 au 31 Décembre 2010.

Résultats : la fréquence des complications post- opératoires après une chirurgie digestive Appendicite(Appendicectomie) soit 35,2 %, les principaux types des complications observées est infection pariétale avec 33, 3%.

Conclusion : la fréquence des complications post-opératoires est élevée après la chirurgie digestive. La péritonite aigue post- opératoire et infection pariétale sont les complications les plus observées. Que les autorités sanitaires organisent la formation continue des professionnels de santé, afin d'une meilleure prise en charge. Ainsi que la motivation les prestataires de soins.

Mots- Clés : *Complications- Chirurgie digestive – Cliniques universitaires de Kisangani- RDC.*

Objective: to contribute to a knowledge of the determinants of post-operative complications of digestive surgery in the university clinics of Kisangani. Materials and Method: This is a retrospective study that focused on 54 cases that occurred in these University Clinics of Kisangani, from January 1, 2006 to December 31, 2010.

1. Introduction

Les pathologies chirurgicales digestives sont très fréquentes et préoccupantes par la gravité de leur pronostic (1). Toute intervention chirurgicale constitue pour l'organisme une agression de sévérité variable et qui entraîne un déséquilibre à la suite duquel l'organisme fait des efforts pour retourner son équilibre physiologique normal. Les efforts mettent en jeux de nombreux facteurs : nerveux, hormonaux et enzymatiques (2)

L'hémorragie de la plaie opératoire, l'hémoperitoine, l'infiltration scrotale, l'infection de la plaie opératoire, la péritonite aigue postopératoire, occlusion intestinale postopératoire, une fistule, l'éventration, l'éviscération et une thrombophlébite sont des

complications qui peuvent survenir en post opératoire après une chirurgie digestive (3). Les facteurs favorisant ces complications peuvent être liés : au patient, à la compétence du personnel de santé, au niveau d'équipement que l'on dispose, la mesure d'asepsie qu'on assure à un opéré, les types d'interventions, la durée d'intervention et les types de lésion (4).

La performance des moyens diagnostiques, l'évolution des concepts thérapeutiques, la formation du personnel qualifié et l'amélioration des techniques chirurgicales vont donner un nouvel essor à la chirurgie (5). Dès lors, les complications post- opératoires vont baisser considérablement dans les pays développés (6).

Dans les pays en développement, le sous-équipement des formations sanitaires et l'absence criante de personnel qualifié constituent un véritable handicap dans l'approche de la chirurgie : notamment digestive (7).

Dans ces régions, l'évolution post- opératoire précoce des pathologies chirurgicales digestives bénéficiés d'étude de cas par cas et globalement mal appréciée (8). Ainsi, notre article traite de la fréquence des complications post- opératoires après une chirurgie digestives et ces complications couramment rencontrés dans les cliniques universitaires de Kisangani.

2. Matériels et Méthode

2.1. Situation Géographique

Les cliniques universitaires de Kisangani été construites en 1935 par la colonisation Belges. L'hôpital est situé en République Démocratique du Congo, dans la province orientale ville de Kisangani, commune de Makiso, au quartier Plateau médical et sur l'avenue Abbé Munyororo (9).

2.2. Type, période et population d'étude

Notre étude est descriptive rétrospective conduite du 01 janvier 2006 au 31 décembre 2010. Population : est constituée de 1371 cas de chirurgie abdominale enregistrée au département de la chirurgie.

2.3. Echantillonnage et taille de l'échantillon

L'échantillonnage est exhaustif. Signifie tous les cas de complications de la pathologie dans les cliniques universitaires de Kisangani pendant notre période d'étude.

La taille de l'échantillon est constituée de 54 des cas patients opérés en chirurgie digestive dont 18 de sexe masculin et 36 féminins ayant présenté une ou plusieurs complications post- opératoires durant notre période d'étude, leur âge varie de 0 à 55 ans avec une moyenne de plus au moins 32 ans.

3. Présentation des résultats

Tableau 1. Les années d'étude

2.4. Collecte des données

Nous nous sommes servis de technique d'analyse documentaire ; ou nous avons exploité de façon systématique et ordonnée les dossiers des malades opérés, les registres du bloc opératoire et celui de l'hospitalisation en chirurgie.

Les données ont été récoltées sur base d'un protocole préétabli, comportant les variables dépendantes suivantes :

Identité de malade ; âge, sexe, commune de résidence et état civil.

Type d'affection traité, intervention réalisée, complication développée, séjour d'hospitalisation et modalité de sortie.

2.5. Analyse des données

Les données recueillies au cours de notre étude ont été encodées et analysées avec le logiciel Epi- Info 7.2.2.6 et Excel 2003, pour les variables dépendantes, nous avons utilisé les tests statistiques de Chi² de Pearson pour la comparaison des proportions. Un seuil de 0,05 a été utilisé pour la signification statistique. Les Odd ratio (OR) ont été rapportés avec leur intervalle de confiance à 95% (IC 95%) pour mesurer la force d'association et appréciés par le test χ^2 de Mantel-Haenszel et le test de Fisher Exact si l'effectif est inférieur à 5.

2.6. Critères d'inclusion et d'exclusion

- **D'inclusion** : toute personne opérée d'une affection abdominale aux cliniques universitaires de kisangani durant notre période d'étude et avoir développé une ou plusieurs complications post- opératoires après une chirurgie digestive.
- **D'exclusion** : les dossiers qui n'ont pas remplis les critères sont exclus.

2.7. Conflits d'intérêt

Pas de conflits d'intérêt

La répartition des cas selon l'année d'étude

Année	F	Fo	%
2006	274	08	14,8
2007	68	11	20,4
2008	276	12	22,2
2009	281	14	25,9
2010	271	09	16,7
Total	1371	54	100

Au regard de ce tableau, nous remarquons que, l'année 2009 compte plus de cas de complications que les autres soit avec 14 cas sur 54 soit 25,9 % des cas.

$X^2_{cal} = 2,109 < X^2_{tab} = 9,488$ au seuil de 0,05%

dl= 4 ; $X^2_{cal} < X^2_{tab}$. Donc la différence n'est pas significative.

F = nombre d'intervention par année

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques

Variables			
Age (par année)	F	Fo	%
0-10	66	04	7,4
11- 21	224	09	16,7
22-32	366	17	31,5
33- 43	305	10	18,5
44 - 54	212	08	14,8
55	198	06	11,1
Sexes			
Masculin	496	18	33,3
Féminin	875	36	66,7
Résidence			
Kabondo	111	04	7,4
Kisangani	123	06	11,1
Lubunga	85	03	5,6
Makiso	384	12	22,2
Mangobo	399	15	27,8
Tchopo	163	09	16,7
Autres	99	05	9,2
Etat Civil			
Mariés	924	32	59,3
Célibataires	306	14	25,9
Veufs (ves)	141	08	14,8
Total	1371	54	100

Ce tableau montre que la tranche d'âge de 22 à 32 ans est concerné avec 17 cas sur 54 soit 32,4%. Le sexe dominant par rapport à la pathologie est féminin soit 66,7 %. Cette pathologie frappe surtout la commune de Mangobo soit 27,8% de cas et état civil, ce sont les mariés qui

développent ces complications soit 59,3% de cas.

$X^2_{cal} = 6 > X^2_{tab} = 3,841$; dl= 1 au seuil de 0,05 donc la différence est significative.

Tableau 3. Pathologies et actes chirurgicaux traités

Variables					
Pathologies	fo	%	Actes chirurgicaux	fo	%
Hernie	15	27,8	Herniorragie	15	27,8
Péritonite aiguë généralisée	10	18,5	Détersion intestinale	08	14,8
Occlusion intestinale	08	14,8	Appendicectomie	19	35,2
Appendicite	19	35,2	Anaplastie	01	1,8
Imperforation anale	01	1,8	Adhésiolyse intestinale	01	1,9
Syndrome adhérentiel	01	1,9	Entérorraphie	10	18,5
Total	54	100	Total	54	100

Au regard de ce tableau, la majorité de cas était opéré de l'appendicite avec 19 cas sur 54, soit 35,2%. L'acte chirurgical qui s'est

soldé par un taux élevé de complications de l'appendicectomie avec 35,2% de cas.

Tableau 4. Complications

Variables	Fo	%
Infiltration scrotale	11	20,4
Hématome pariétale	09	16,7
Infection pariétale	18	33,3
Péritonite aiguë post- opératoire	07	13
Occlusion post- opératoire	04	7,4
Fistule	01	1,8
Hémopéritoine	04	7,4
Total	54	100

Ce tableau nous montre que, la complication post-opératoire la plus fréquente après une chirurgie digestive est l'infection pariétale soit 33,3%.

4. Discussion des résultats

Profil des Malades (âge et sexe)

L'âge de nos patients varie de 0 à ≥ 55 ans avec une moyenne d'âge de 32 ans. Les sujets de la tranche d'âge de 22 à 32 ans représentent une grande proportion des complications post-opératoires avec 31,5% de cas. Ces résultats s'approchent à ceux observés par Lotika Fany, qui dans son étude en 2003, sur les infections post-opératoires aux C.U.Kis, la tranche d'âge de 20 à 30 ans était plus intéressée avec 42% de cas. Nous constatons que, la tranche d'âge de 22 à 32 ans, les complications post- opératoires deviennent de plus en plus élevée du fait que les jeunes sont

insoucieux de leur hygiène corporelle, et est la période intense d'activité tant physique et sexuelle qui expose les jeunes à des pathologies chirurgicales(10). Par rapport au sexe, féminin prédomine soit 66,7% et masculin avec 33,3%. Ces résultats sont inférieurs à ceux de Jean Monsengo qui a trouvé 68% de cas du sexe féminin. Nous constatons que, la prédominance féminine par le fait que la complexité anatomique de la cavité abdominale et de proximité des annexes par rapport aux organes intra abdominaux du sujet féminin lui exposerait plus aux pathologies chirurgicales par rapport au sexe féminin (11)

Etat civil et commune de résidence

En rapport avec l'état civil, nous remarquons qu'il y a la prédominance des mariés soit 59,3% de cas. Nos résultats sont comparables à ceux de Sophie Yangambe qui a trouvé 58,8% de cas de mariés

(12). Nous avons constaté que, les patients qui avaient ces complications venaient de la commune de Mangobo soit 27,8 % de cas. Ces résultats sont comparables à celui de Mongabi, qui a trouvé aussi que l'origine de cette pathologie est dans la commune de Mangobo soit 26,4%. Nous remarquons que, les mariés sont des responsables capables de se mobiliser vite à consulter les structures sanitaires et de ce prendre en charge en cas d'une maladie (13).

Type des pathologies, ces complications et acte opératoire

Au regard à nos résultats, nous avons constaté la prédominance de la pathologie pour l'appendicite, par rapport aux autres pathologies digestives soit avec 35,2% de cas. Ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés par Muyikoua. J.C et al, ont trouvé 11,6%. Nous avons constaté que, l'appendicite est la pathologie chirurgicale régulière dans ce milieu, à cause de la fréquence élevée et d'autre part, constitue une affection digestive (14). Nous avons trouvé que l'infection pariétale est une pathologie compliquée soit à 33,3% de cas et que l'appendicite est à la base. Ce résultat est corroboré avec ce trouvé par Bonganda Nkoy, qui a trouvé 32,6%. Nous trouvons que l'appendicite est la pathologie chirurgicale digestive la plus fréquente et qui occasionne la fréquence élevée des complications dans notre milieu, à cause de sa classification parmi les affections chirurgicales digestives infectées qui rend la chirurgie sale (15). Nous remarquons que les complications

d'appendicectomie sont dominées par les infections pariétales soit 14,8% de cas (16). Ce résultat est supérieur à celui de Rakotorisoa, qui a trouvé aussi 12,3% de cas. Selon les observations sur terrain, nous avons trouvé que la fréquence élevée des infections pariétales de nos opères serait due à l'appendicectomie qui est une intervention septique (17).

Durée d'hospitalisation et Modalité de sortie

Il ressort de nos résultats que la majorité de nos opérés a connu une durée hospitalisation longue soit 42,6%. Ce résultat coïncide avec celui d'Assouto. P, qui a trouvé la durée d'hospitalisation est de 16 jours. Ce jour long de nos opérés sont dues à la cicatrisation de la plaie opératoire retardée occasionnée par infection (17). 74,1% sont sorties totalement guéris. Ce résultat est inférieur à celui trouvé par Gaudeuville.V., qui a trouvé 96,4% de cas guéris. Celui-ci n'a pas tenu compte de malades évadés et sorties sur demande (18).

Conclusion et Recommandations

A l'issue de nos résultats, nous avons trouvé que la fréquence des complications post-opératoires est élevée après la chirurgie digestive. La péritonite aigue post-opératoire et infection pariétale sont les complications les plus observées. Nous recommandons aux autorités sanitaires d'organiser la formation continue des professionnels de santé, afin d'une meilleure prise en charge. Aussi de bien motiver les prestataires de soins.

Références Biographiques

1. Ouro- Bang'na Maman AF & al (2008) Mortalité- Morbidité péri opératoire dans un pays en développement: expérience du CHU de Lomé(Togo). Ann. Fr. Anesth. Réanimation ; 27 : 1030- 3.
2. Lokombe & Desmontes. J. M,(2002) Précis des soins aux maladies de Chirurgie.
3. Artz & Hardy(1978). Les complications en chirurgie et leur traitement. Edition Masson, Paris.
4. Sœur M. C. Rheault. S (1963). Nursing: principes généraux pratiques de base, 4eme éd. du nouveau pédagogie, Montréal (Québec).
5. Declerck. M., (2000). Apprenons à bien soigner les plaies. Kinshasa.
6. Escarce.JJ, Kelley MA, (1990) Admission source to the medical intensive care unit predicts hospital death independent of APACHE II score. JAMA; 264:2389-94.
7. Cliniques Universitaires de Kisangani, (2011). Rapports des activités et registres de consultations de malades. Département de chirurgie, ville de Kisangani.

8. Lotika. F(2003) Etude des infections post-opératoire en chirurgie générale aux CUKis. Afrique Noire.
9. Monsengo. J. B,(2007). Etude épidémiologique des infections du cite opératoire en chirurgie générale aux CU Kis. Mémoire spécialisation. Ville de Kisangani.
10. Sophie. Y,(2008). Prevalence des complications post- opératoire en chirurgie abdominale aux CUKis. Mémoire de specialisation. Ville de Kisangani.
11. Mongambi. T, (2005) Etude des facteurs qui determinent les infections des plaies en chirurgie aux CUKis. Mémoire de specialisation, ville de Kisangani.
12. Zarski JP, Bichard P, Rachail.M (1988) La chirurgie digestive extra- hépatique chez le cirrhotique. J.Chir ; 125 : 597- 600.
13. Moyikoua.J.C.(1993) Complications mécaniques post- opératoires des ostéosynthèses du membre inférieur analyse de 22 cas. Médecine d'Afrique Noire : 40 (8/9).
14. Bondonga. N(1998). Fréquence d'infection des plaies opératoires en chirurgie digestive. Mémoire de spécialisation en médecine de Université de Kisangani.
15. Gillion JF(2005) Le taux brut de mortalité postopératoire est- il un critère pertinent d'efficience d'une équipe chirurgicale ? étude prospective des suites opératoires de 11756 patients. Ann. Chir ; 130 : 400-6.
16. Bernard A, Gabrielle F, Cougard P, Viard H, (1992) Morbidité et Mortalité post-opératoires des complications infectieuses diverticulaires coliques : étude multifactorielle. Ann. Chir ; 46 : 596- 600.
17. Assouto.P(2009) Evolution post-opératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropical. Médecine tropicale : 69 : 477- 479.
18. Gaudeville. V., & al,(2014). Complications post opératoires dans le service de chirurgie Pédiatrique de Bangui. Cames santé. Volume 2, numéro 1. Pubmed