

**REPRISES PRECOSES EN CHIRURGIE ABDOMINALE :
INDICATIONS, TRAITEMENT ET EVOLUTION AU CENTRE
NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU
MAGA (CNHU – HKM) DE COTONOU.**

EARLY RECURRENCES IN ABDOMINAL SURGERY : INDICATIONS,
TREATMENT, AND OUTCOME AT HUBERT KOUTOUKOU MAGA
NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL CENTER (CNHU – HKM) IN
COTONOU

**SGR Attolou¹, NR Hounsou¹, CM Laleye^{2,3}, F Bessan¹, R Goudou¹, I Lawani³,
DG Gbessi¹, FM Dossou³, DK Mehinto¹**

1 : Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale du CNHU-HKM

2 : Laboratoire d'Anatomie Humaine, Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

3 : Clinique Universitaire de Chirurgie Générale du Centre Hospitalier Universitaire Ouémé-Plateau, Porto-Novo, Bénin

Correspondant : ATTOLOU S. Gilles Roger 01BP2563 COTONOU (BENIN), e-mail : attolougilles@yahoo.fr

Tel : 00229 95101111

RÉSUMÉ

But : Analyser les résultats des ré interventions chirurgicales abdominales, après complication de chirurgie abdominale initiale, au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, au Bénin.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive incluant les dossiers des patients pris en charge du 1^{er} janvier 2018 au 30 Juin 2024, réopérés après une chirurgie abdominale pendant le même temps d'hospitalisation ou les 30 jours suivant la laparotomie initiale.

Résultats : La fréquence des reprises chirurgicales abdominales était de 5,6%. L'âge moyen des patients était de 33,4 ans $\pm$ 12,6. Le sex-ratio était de 0,52. Dans 74,4% des cas, l'intervention initiale était réalisée en situation d'urgence. Les indications de la première laparotomie incluait : les péritonites aiguës généralisées (24,44%), les appendicites aiguës (13,33%) et les césariennes pour souffrances fœtales aiguës (17,78%). Les gestes initiaux comprenaient : les

hystérotomies + extractions fœtales (30%), les appendicectomies (26,67%), les excisions-sutures digestives (18,89%). La décision de réintervention était prise devant des arguments cliniques de péritonite post-opératoire (60%) ou d'occlusions (17,77%). Les gestes incluait : vidange de collection (32,22%), section de brides avec ou sans résection-anastomose intestinale (17,77%). La morbidité était de 78,9%. La mortalité était de 22,5% associée aux hémorragies post-opératoires.

Conclusion : Les reprises chirurgicales abdominales sont relativement fréquentes. Les interventions pour infections intra péritonéales sont les plus susceptibles de se compliquer, nécessitant une reprise chirurgicale. Le pronostic est le plus souvent réservé, aggravé par la survenue d'hémorragies postopératoires.

Mots clés : réinterventions, chirurgie abdominale, péritonite, mortalité, Bénin.

ABSTRACT

Aim: Analyze the results of re-abdominal surgical interventions following complications from initial abdominal

surgery at the Hubert Koutoucou Maga National University Hospital (CNHU-HKM) in Cotonou, Benin.

Patients and Methods: This was a retrospective, descriptive study including the records of patients cared for from January 1, 2018, to June 30, 2024, who underwent reoperation after abdominal surgery during the same admission or within 30 days following the initial laparotomy.

Results: The frequency of abdominal surgical reoperations was 5.6%. The average age of the patients was 33.4 years $\pm$ 12.6. The sex ratio was 0.52. In 74.4% of cases, the initial intervention was performed in an emergency situation. The indications for the first laparotomy included: generalized acute peritonitis (24.44%), acute appendicitis (13.33%), and cesarean sections for acute fetal distress (17.78%). The initial procedures included: hysterotomies + fetal extractions (30%), appendectomies (26.67%), digestive excision-suturing (18.89%). The decision for reoperation was made based on clinical arguments of post-operative peritonitis (60%) or obstructions (17.77%). The procedures included: drainage of collections (32.22%), adhesiolysis with or without intestinal resection-anastomosis (17.77%). The morbidity was 78.9%. The mortality was 22.5% associated with post-operative hemorrhages.

Conclusion: Abdominal surgical revisits are relatively common. Interventions for intra-abdominal infections are the most likely to complicate, necessitating a surgical revisit. The prognosis is often guarded, worsened by the occurrence of postoperative hemorrhages.

Key Words: Revision, abdominal surgery, peritonitis, morbidity, Benin.

INTRODUCTION

Les reprises en chirurgie abdominale sont relativement fréquentes. Cette fréquence peut atteindre 10% [1-3]. 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 [4-7]. Il s'agit de complications graves dont les principaux facteurs favorisants sont : une intervention initialement réalisée pour une pathologie infectieuse, l'existence de tares (diabète, obésité, alcoolisme...), la voie d'abord ; mais aussi des fautes techniques liées à l'opérateur [8-10].

Le pronostic des réinterventions abdominales pour complications post-opératoires est réservé car elles sont grevées d'une lourde morbi-mortalité pouvant atteindre 50% selon les séries [11-13]. Les principaux facteurs pronostiques sont l'indication de la chirurgie initiale, le délai de réintervention, l'âge, l'existence de tares ou non [12-16]. Les reprises chirurgicales sont souvent effectuées dans nos pratiques quotidiennes mais n'ont jamais fait l'objet d'une recherche à ce jour. Le but de l'étude était d'étudier les indications, la prise en charge de ces reprises en chirurgie abdominale dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou et d'apprécier leur évolution.

I-PATIENTS ET MÉTHODES

L'étude a été menée dans les cliniques universitaires d'accueil des urgences, de chirurgie viscérale, d'anesthésie-réanimation du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou. Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive incluant des dossiers médicaux des patients de plus de 15 ans réopérés pour complication après une chirurgie abdominale initiale (digestive, gynéco-obstétricale ou urologique) pendant le même temps d'hospitalisation ou dans les 30 jours suivant la laparotomie initiale, entre le 1^{er} janvier 2018 et le 30 Juin 2024.

Les données relatives à l'indication de la laparotomie initiale, les signes cliniques, l'indication de la réintervention, le diagnostic peropératoire et les suites postopératoires ont été recueillies sur une fiche pré établie. Une association éventuelle entre certaines variables a été recherchée en utilisant de test de Chi² de Karl Pearson au seuil de signification de 5%.

II-RÉSULTATS

2.1- Aspect épidémiologique

2.1.1- Fréquence

Pendant la période d'étude, 121 dossiers de ré interventions pour complication ont été colligés sur 2159 cas de laparotomie soit 5,6% Sur les 121 dossiers, 31 ont été exclus pour diverses raisons (absence de dossier médical, absence d'informations sur les données de la reprise chirurgicale...). L'étude a été poursuivie au final, avec 90 dossiers.

2.1.2- Caractéristiques

sociodémographiques des patients réopérés

L'âge moyen des patients de la série était de 33,4 ans $\pm$ 12,6 (extrêmes : 16 et 78 ans) avec un pic au niveau de 18-45 ans à 84,4% (n=76). (Figure1)

Il y avait 59 femmes (65,6%) et 31 hommes (34,4%) soit un sex-ratio de 0,52.

2.3- Actes opératoires initiaux

2.3.1 Contexte chirurgical des patients réopérés

Les laparotomies initiales étaient faites, en urgence dans 74,4% (n=67), en chirurgie réglée dans 25,6% (n=23).

2.3.2 Données de la laparotomie initiale

Les indications des laparotomies initiales incluait : les péritonites aiguës généralisées (24,44 %), les appendicites (13,33%) les souffrances fœtales aiguës (17,78%)

Le tableau I montre la répartition des patients en fonction de l'indication de la laparotomie initiale.

Les gestes chirurgicaux réalisés lors de la laparotomie initiale incluait : les

hystérotomies + extractions fœtales (30%), les appendicectomies (26,67%), une excision – suture digestive (estomac, duodénum) dans 18,89%. Le lavage avec la mise en place d'un drain stérile en siphonnage a été associé dans 38,8% des cas.

2.4-Aspects diagnostiques et thérapeutiques des complications post opératoires

2.4.1- Aspects diagnostiques

Le diagnostic de la complication a été posé essentiellement sur la base d'arguments cliniques. Ainsi, la fièvre (60%), la douleur abdominale (62,2%), l'asthénie (35,5%) et un écoulement de pus à travers la plaie opératoire (30%) étaient les signes les plus fréquents (tableau III). Cependant, l'hémogramme a été réalisé dans 18,9% (n=17) des cas, l'échographie abdominale dans 16,6% (n= 15), la radiographie de l'abdomen sans préparation dans 13,3% (n= 12) et la tomodensitométrie abdominale dans 5,5% (n= 5) des cas.

Les causes de reprise incluait la péritonite post-opératoire (60% ; n=54), l'occlusion intestinale (17,77% ; n=16), l'hémopéritoine (5,6%), la gangrène de la paroi (5,6%) et une éviscération dans 5,6% des cas. (Tableau IV)

2.4.2- Aspects thérapeutiques

La plupart de nos patients (78,5%) ont été réopérés dans un délai de 1 à 7 jours après l'apparition des signes en post opératoires (tableau V). Les gestes réalisés lors de la reprise incluait : la vidange de collection, la section de brides avec ou sans résection anastomose intestinale, l'hémostase, la cure d'éviscération et la suture secondaire. Le lavage-drainage péritonéal a été associé au geste dans 87,77% (n=79). Tableaux IV et VI.

Les suites opératoires après la reprise chirurgicale étaient favorables chez 19 patients (21,1%) et compliquées à nouveau chez 71 patients (78,9%). Ces

complications étaient de type infectieux et/ou hémorragique.

La prise en charge de ces complications a été marquée par une évolution favorable chez 55 patients (77,5%) et 16 patients (22,5%) sont décédés. La principale cause de décès était la défaillance multi-viscérale. La durée moyenne d'hospitalisation était de 24,1 jours $\pm$ 16,2 (extrêmes de 1 et de 71 jours).

Les complications hémorragiques post-opératoires des réopérés étaient significativement associées à la survenue de décès ($p=0,003$). (Tableau VII)

III-DISCUSSION

Le taux de réintervention de 5,6% dans notre série paraît élevé par rapport à celui rapporté par certains auteurs [3, 5, 7] dont les taux variaient entre 2,1% et 3,6%. Cette variabilité des taux de réintervention pourrait s'expliquer par la différence de plateau technique. En effet, dans notre série, certaines complications tels que les abcès sous phréniques, les abcès pelviens qui pouvaient bénéficier d'un drainage radiologique ont été pris en charge par une reprise chirurgicale en raison de l'indisponibilité de la radiologie interventionnelle.

L'âge moyen des patients réopérés dans notre série était de 33,4 ans $\pm$ 12,6 (extrêmes de 16 et 78 ans). Cette moyenne d'âge moyen est identique au, 31,5 ans $\pm$ 10,79 rapporté par Otshudiema OG et al [5] en République Démocratique du Congo (RDC) en 2017 et au 31 ans $\pm$ 17,32 rapporté par Hounsou NR et al [7] au Bénin en 2020. Par contre notre population est relativement plus jeune que celle des séries de Chichom Mefire A et al [2] et de Patel H et al [3] qui avaient rapporté respectivement un âge moyen de 44,1 ans $\pm$ 6,4 et de 39,25 ans.

On dénombrait 65,6% de femmes, 34,4% d'hommes, soit un sex-ratio de 0,52. Cette prédominance féminine s'expliquerait par le fait que les affections gynécologiques et obstétricales à elles seules, avaient

représenté une part importante (40%) des affections initialement prises en charge et dont les complications avaient nécessité une reprise chirurgicale. D'autres auteurs comme Chichom Mefire A et al [2], Otshudiema OG et al [5] et Valimungigh M et al [6] avaient fait cette même constatation dans leurs séries. Par contre Patel H et al [3] d'une part, et Bahi M [17] 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.

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], Koirala R et al [8] et par Tonyé et al [9] avec dans des proportions de 61, 58% et 71% respectivement. Ce constat s'expliquerait par le fait que les interventions pratiquées en urgence, ont une préparation imparfaite et sont donc susceptibles de se compliquer avec risque de reprise chirurgicale [18, 19].

Les indications des réinterventions dans notre série étaient représentées par les complications septiques, elles-mêmes consécutive à une chirurgie septique. Cela s'expliquerait par le fait que la chirurgie contaminée à septique est un facteur favorisant reconnu dans la survenue de complications post opératoires notamment infectieuses dont certaines peuvent nécessiter une reprise chirurgicale [20,21]. Ce même constat avait été fait par Otshudiema OG et al [5] en RDC en 2017 et Murtaza B. et al au Pakistan en 2010 [22] qui avaient rapporté respectivement des taux de 53,6% et 49,59% pour les péritonites aiguës généralisées comme indication de la laparotomie initiale dans leurs séries.

Les indications de reprise avaient été essentiellement posées sur la base d'arguments cliniques. Les signes permettant de poser ces indications étaient essentiellement la fièvre (60%), la douleur

abdominale (62,2%) avec ou sans défense comme dans la plupart des études réalisées dans la sous-région [2, 5, 7]. Au vu de ces constatations, la douleur abdominale et la fièvre sont deux (2) signes majeurs traduisant les complications post-opératoires. Elles doivent être alors recherchées précocement par un examen clinique quotidien et bien interprétées dans un contexte de suite opératoire d'une laparotomie. Sur le plan de la paraclinique, la tomodensitométrie est décrite comme le moyen d'imagerie le plus fiable dans le diagnostic des complications post opératoires [23]. Toutefois, elle n'a pu être réalisée que dans 5 cas sur 90. Chichom Méfire A rapportait en 2009 que d'autres auteurs proposent de s'appuyer de plus sur des critères plus objectifs comme le score Apache II, la pression veineuse centrale et les taux sériques d'urée et de créatinine [2]. Ces critères peuvent permettre une meilleure sélection des candidats susceptibles d'une bonne évolution spontanée, mais restent difficiles à envisager dans notre contexte.

Les péritonites post-opératoires représentaient la principale cause de reprises chirurgicales abdominales avec 60% des cas. Le constat similaire a été fait par d'autres auteurs africains [7, 11, 19]. Par contre dans les séries de Otshudiema OG et al [5] d'une part, et de Koirala R et al [8] d'autre part, les indications de rélaparotomie étaient dominées respectivement par les fistules digestives (100%) et les hémorragies post-opératoires (34,2%). En effet les pathologies pour lesquelles la première intervention a été réalisée dans chacune de ces études étaient respectivement les péritonites et les interventions sur le pancréas. C'est la preuve que les indications des réinterventions sont presque toujours en rapport avec le type d'intervention initiale. Le lavage-drainage péritonéal était fréquemment réalisé lors de ces reprises chirurgicales a été le geste le plus réalisé dans notre série. Ceci est justifié par la découverte de collections supprimées.

Les complications après la réintervention chez les patients de notre série sont d'ordre médical, tout comme ceux de l'étude de Olory-Togbé J-L et al [1] et n'avaient pas eu une nouvelle réintervention contrairement aux patients des séries de Chichom Méfire A et al [2], Otshudiema OG et al [5], et de Hounsou NR et al [7], où les patients ont eu une 2^e voire une 3^e réintervention dans des proportions de 11,8%, 61%, et 12,8% respectivement.

Des publications rapportent dans la littérature que la morbidité liée aux reprises en chirurgie abdominale dépend de plusieurs facteurs tels que l'âge, les comorbidités, l'indication de la première laparotomie, les conditions locales etc... [2,3,5,7]. La morbidité des réinterventions dans notre étude a été de 78,9%, dominée par les complications infectieuses (57,8%). Ces taux sont élevés contrairement à ceux de Chichom Méfire A. et al en 2009 au Cameroun [2] et Hounsou NR et al au Bénin en 2020 [7] qui ont rapporté des taux respectifs de 35% et 51,2%.

Le pronostic des reprises chirurgicales est généralement défavorable, avec une mortalité le plus souvent élevée. La mortalité dans notre étude a été de 22,5%. Elle est légèrement au-dessus des 18% et 16,2% rapportés respectivement par Chichom Mefire A et al en 2009 [2] et Hounsou NR et al [7]. Elle est par contre en deçà des données rapportées par d'autres auteurs dont le taux de mortalité variait entre 25% et 48% [8, 12, 17].

Les complications hémorragiques, de par leur retentissement immédiat, peuvent entraîner un pronostic défavorable en post-opératoire, ce qui explique qu'elles soient associées à une mortalité élevée dans notre série.

CONCLUSION

Les reprises chirurgicales abdominales sont relativement fréquentes. Les interventions pour infections intra péritonéales sont les plus susceptibles de se compliquer, nécessitant une reprise chirurgicale. Le pronostic est le plus souvent réservé,

aggravé par la survenue d'hémorragies postopératoires.

RÉFÉRENCES

- 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
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.* 2017; 6(1) :1617-20.
- 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.* 2019 ;5(1) :40-5.
- 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* 2020 ;14(2) :11-6.
- Koirala R, Shakya V, Khania S, Adhikary S, Agrawal CS.** Redo-laparotomies: reasons, morbidity and outcome. *Nepal Med Coll J. En ligne].* 2012 ;14(2) :107-10.
- 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* 2015 ;16(1) :1-4.
- 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.
- 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.* 2002; 236(6) :759-67.
- Gedik E, Söylemez K, Girgin S, Uysal E, Taçy'öldýz Ý.** Relaparotomies: Why is Mortality Higher? *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2009;35(6):547-52.
- 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.* 2005 ;46(6) :957-63.
- Doeksen A, Tanis P, Vrouwenraets 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.
- Sridhar M, Susmitha C.** Incidence and causes of relaparotomy after an obstetric and gynaecological

- operation. *Int Surg J.* 2016;3(1):301-4.
16. **Biswas SP, Halder S, Shirin FB.** Indication and outcome of relaparotomy after caesarean section. *Bangladesh Med J Khulna.* 2012 ;45(1-2) :19-23.
 17. **Bahi M.** Les reprises chirurgicales en pathologie digestive : Facteurs étiologiques et pronostiques. (à propos de 25 cas). [Thèse en ligne]. : Université Mohammed V/Faculté de médecine et de pharmacie-Rabat ; 2010
 18. **Montravers P, El Housseini L, Rekkik R.** Les péritonites postopératoires : diagnostic et indication des réinterventions. *Reanim.* 2004;13(6):431-5.
 19. **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.
 20. **Touré AO, Cissé M, Ka I, Dieng M, Konaté I, Ka O et al.** Les sepsis intra-abdominaux diffus post-opératoires: 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
 21. **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.
 22. **Murtaza B, Saeed S, Sharif MA.** Postoperative complications in emergency versus elective laparotomies at a peripheral hospital. *J Ayub Med Coll,* 2010; 22(3) :42-7.
 23. **de Farias Calado A, Toledo Almeida C, de Freitas Diniz TB et al.** Anastomosis dehiscence of gastrointestinal tract and digestive fistulas. *J Surg Cl Res* 2014 : 5 (1) : 40-6.

ANNEXE

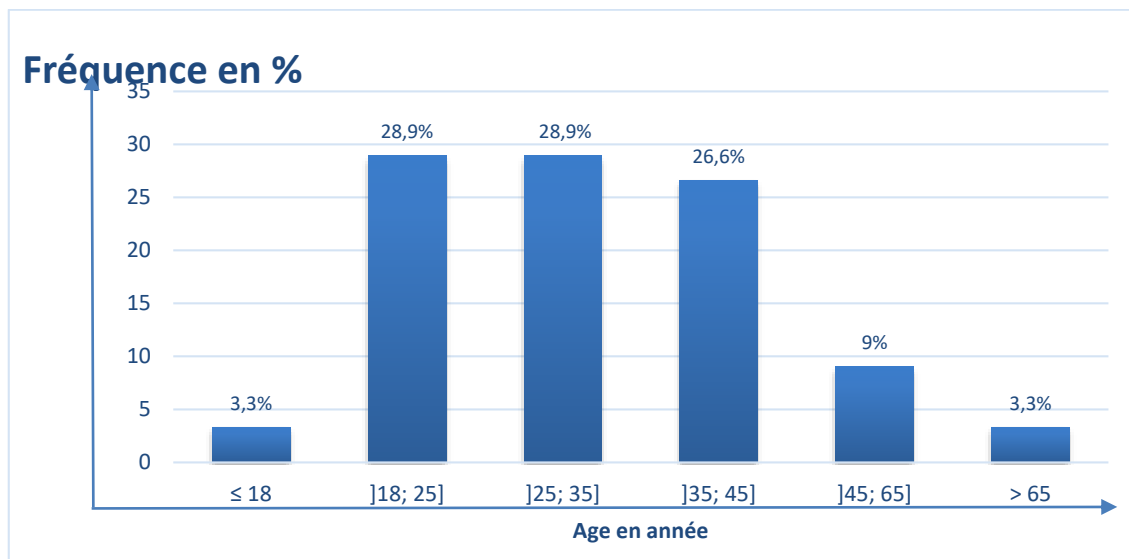


Figure 1: Répartition par tranche d'âge (en année) des patients réopérés pour chirurgie abdominale.

Tableau I : Répartition des patients réopérés en fonction de l'indication de la laparotomie initiale.

Diagnostic initial	Nombre	%
Péritonite aiguë généralisée	22	24,44
Appendicite aiguë	12	13,33
Occlusion Intestinale aiguë	7	07,78
Tumeur colo-rectale	6	06,66
Hernies pariétales	3	03,33
Contusion abdominale avec lésion d'organes pleins /creux	4	04,44
Souffrance fœtale aiguë	16	17,78
Disproportion foetopelvienne	6	06,66
Lésion tumorale de l'utérus et de ses annexes	5	05,55
Utérus cicatriciel	5	05,55
Autres (hémorragie du post partum 2 ; ligature iatrogène uretere1, sténose caustique œsophage 1)	4	04,44
Total	90	100

Tableau II : Répartition des patients en fonction des gestes lors de la première laparotomie

Actes initiaux	Nombre	%
Appendicectomie	24	26,67
Excision – suture digestive	17	18,89
Section de bride/Adhésiolyse	6	06,67
Cure herniaire par raphie	3	03,33
Hystérotomie + extraction fœtale	27	30,00
Hystérectomie	8	08,89
Autres	5	05,55
Total	90	100

Tableau III : Critères cliniques ayant permis de poser le diagnostic et la prise de décision pour la reprise.

Critères cliniques	Nombre	%
Hyperthermie	54	60
Asthénie	32	35,5
Douleur abdominale	56	62,2
Défense abdominale	53	58,8
Météorisme abdominal	36	40
Cri de l'ombilic	29	32,2
Écoulement de pus par la plaie opératoire	27	30
Cri de douglas	21	23,3
Lâchage de fils de suture pariétale	18	19,9
Écoulement de liquide digestif par la plaie opératoire	12	13,3
Matité déclive des flancs	12	13,3

Tableau IV : Indications / diagnostics menant à la reprise chirurgicale

Diagnostics	Nombre	%
Péritonite post opératoire	54	60
Occlusion intestinale post opératoire	16	17,77
Hémopéritoine	5	5,6
Gangrène pariétale	5	5,6
Eviscération	5	5,6
Fistule digestive	3	3,3
Hématome pariétal	2	2,2
Total	90	100

Tableau V : Répartition des patients en fonction du délai de réintervention après indication

Délai de réintervention	Nombre	%
[1-3]	30	46,2
]3 -7]	21	32,3
]7-14]	10	15,4
]14-21]	4	6,1
]21 - 30]	25	27,8
Total	90	100

Tableau VI : Découvertes per opératoires et gestes lors de la reprise chirurgicale

Diagnostics per opératoires	N	Gestes opératoires	N
Péritonite post opératoire	54		54
- Collection intraabdominale infectée	29	Vidange – lavage et drainage	29
- Lâchage d'anastomose du grêle	7	Résection + anastomose – lavage et drainage	7
- Lâchage d'anastomose colique	4	Résection anastomose colique + stomie + lavage et drainage	4
- Lâchage de suture gastrique /bulbaire	3	Reprise suture gastrique/duodénale + lavage et drainage	3
- Par nécrose nécrose utérine	2	Hystérectomie + lavage et drainage	2
- Par lâchage d'hystérorraphie	8	Excision + suture utérine+ lavage et drainage	8
- Par nécrose du moignon stomial	1	Excision + réfection du moignon lavage et drainage	1
Occlusion Intestinale aiguë	16		16
- Brides /adhérences sans nécrose d'anse	6	Section de brides /adhérences + Lavage	6
- Bride / adhérences avec nécrose d'anse	10	Section de brides – Résection + anastomose + Lavage et drainage	10
Hémopéritoine	5		5
- Lâchage d'hystérorraphie	3	Reprise hystérorraphie lavage et drainage	3
- Lâchage ligature du méso-appendiculaire	1	Reprise ligature du méso-appendiculaire	1
- Saignement du muscle oblique externe	1	Suture musculaire lavage et drainage	1
Gangrène et Désunion de suture pariétale sans éviscération	5	Excision + Suture secondaire	5
Eviscération post opératoire	5	Cure d'éviscération	5
Fistule digestive par lâchage d'anastomose ou de suture intestinale	3	Cure de fistule digestive + lavage et drainage	3
Hématome pariétale	2	Vidange d'hématome	2
Total	90		90

Tableau VII : Analyse des facteurs associés à la survenue de décès chez les patients réopérés

Type de complications après reprise	OR	IC 95%	Valeur p
Infectieuses	1,95	[0,25 ; 15,17]	0,524
Hémorragiques	6,19	[1,88 ; 20,40]	0,0027
Suppuration intraabdominale	0,45	[0,06 ; 3,50]	0,4491