

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire 2020-2021

Mémoire N° :..... /

THEME

**FISTULES DIGESTIVES POSTOPERATOIRES DANS
LE SERVICE DE CHIRURGIE. A CHU POINT G**

Présenté et Soutenu publiquement le.../ .../2021 devant le jury de la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie

Par :

Dr SEYDOU SACKO

Pour l'obtention du diplôme de spécialité en chirurgie générale

JURY

Président : Pr. Alhassane TRAORE

Membre : Pr. TOGO Adegné

Directeur : Pr. SANOGO Zié Zimogo

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|--------------|--|
| ASP | : Abdomen sans préparation |
| ASA | : Autorisation spéciale absence |
| CHIR | : Chirurgie |
| CHU | : centre hospitalier universitaire |
| BEG | Bon état général |
| FMOS | : Faculté de médecine et d'odontologie stomatologie |
| FDPO | : Fistules digestives postopératoires |
| GEA | : gastro - entero - anastomose |
| HTA | : Hypertension artérielle |
| OMS | : Organisation mondiale de la santé |
| PR | : professeur |
| H-F | : homme - femme |
| PG | : Point - G |
| USTTB | : Université des sciences techniques et technologies de Bamako |
| USA | : États - unis Amérique |
| SPSS | : Statistical package social sciences |
| TTP | : Tumeur de la tête du pancréas |
| TDM | : Tomodensitométrie |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau I : Répartition des patients selon les antécédents médicaux | 9 |
| Tableau II : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux retrouvés | 9 |
| Tableau III : Répartition des patients selon le type d'abord chirurgical..... | 10 |
| Tableau IV : Répartition des patients selon le geste initial..... | 11 |
| Tableau V: Répartition des patients selon le délai entre la chirurgie et l'apparition de la fistule en jour | 12 |
| Tableau VI : Répartition des patients selon les signes généraux | 14 |
| Tableau VII : Répartition des patients selon les signes fonctionnels..... | 14 |
| Tableau VIII : Répartition des patients selon les signes physiques | 15 |
| Tableau IX : Répartition des patients selon délai apparition de la fistule après l'intervention primaire..... | 16 |
| Tableau X : Répartition des patients selon le siège de la fistule à l'examen physique..... | 16 |
| Tableau XI : Répartition des patients selon l'aspect de liquide..... | 17 |
| Tableau XII : Répartition des patients selon le débit de la fistule | 17 |
| Tableau XIII : Répartition des patients selon le résultat du taux d'hémoglobine | 18 |
| Tableau XIV : Répartition des patients selon le résultat taux de prothrombine . | 18 |
| Tableau XV : Répartition des patients selon le résultat de la créatininémie | 19 |
| Tableau XVI : Répartition des patients selon le résultat de la glycémie | 19 |
| Tableau XVII : Répartition des patients selon les bilans radiologiques réalisées | 20 |
| Tableau XVIII : Répartition des patients selon les résultats radiologiques | 21 |
| Tableau XIX : Répartition des patients selon les étiologies en per opératoire ... | 22 |
| Tableau XX: Répartition des patients selon la prise en charge médicale | 22 |
| Tableau XXI : Répartition des patients selon les indications de la reprise..... | 24 |
| Tableau XXII : Répartition des patients selon le délai de la reprise..... | 24 |

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le geste opératoire lors de la reprise 25

Tableau XXIV: Répartition des patients selon le lieu d'intervention initial 25

Tableau XXV: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation pour fistule en (jours)..... 26

Tableau XXVI : Répartition des patients selon les types de complications 26

Tableau XXVII : Relation entre la tranche d'âge et le délai d'apparition des fistules après intervention..... 29

Tableau XXVIII : Relation entre la tranche d'âge et la mortalité..... 29

Tableau XXIX : Relation entre le sexe et le délai d'apparition des fistules après intervention..... 30

Tableau XXX : Relation entre le sexe et la mortalité 30

Tableau XXXI : Relation entre le contexte d'intervention et délai d'apparition fistule après intervention 31

Tableau XXXII : Relation entre le contexte d'intervention et la mortalité 31

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Répartition des fréquences selon l'année. | 6 |
| Figure 2: Répartition des patients selon la tranche d'âge | 7 |
| Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe..... | 8 |
| Figure 4 : Répartition des patients selon leur origine géographique. | 8 |
| Figure 5 : Répartition des patients selon le contexte de l'intervention..... | 10 |
| Figure 6 : Répartition des patients selon l'indice de performance OMS | 12 |
| Figure 7 : Répartition des patients selon le résultat du calcul de l'indice de masse corporelle..... | 13 |
| Figure 8 : Répartition des patients selon le Score ASA..... | 13 |
| Figure 9 : Répartition des patients selon la fermeture spontanée de la fistule.... | 23 |
| Figure 10: Répartition des patients selon la reprise chirurgicale | 23 |
| Figure 11 : Répartition des patients selon le suivi après deux (2) semaines d'hospitalisation | 27 |
| Figure 12 : Répartition des patients selon le suivi après 1 mois post-hospitalisation..... | 27 |
| Figure 13: Répartition des patients selon la mortalité..... | 28 |

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| OBJECTIFS..... | 3 |
| Objectif général | 3 |
| Objectifs spécifiques | 3 |
| I. METHODOLOGIE..... | 4 |
| 1.1. Cadre et lieu d'étude | 4 |
| 1.2. Type et durée d'étude..... | 4 |
| 1.3. Patients | 4 |
| 1.4. Méthodes | 5 |
| II. RESULTATS | 6 |
| 2.1. Aspects sociodémographiques | 7 |
| 2.2. Aspects cliniques..... | 12 |
| 2.3. Caractéristique de la fistule..... | 16 |
| 2.4. Paraclinique..... | 18 |
| 2.5. Etiologies de la fistule..... | 22 |
| 2.6. Prise en charge | 22 |
| 2.7. Evolution | 26 |
| 2.8. Complications..... | 26 |
| 2.9. Suivi post-opératoire | 27 |
| DISCUSSIONS | 32 |
| CONCLUSION | 42 |
| REFERENCES | 44 |

INTRODUCTION

Une fistule est définie par l'existence d'une communication anormale entre deux cavités ; dans le cas des fistules digestives , il s'agit de l' issue du liquide digestif hors de la lumière digestive, vers la cavité péritonéale, un organe de voisinage ou extériorisée à la peau [1].

Les fistules digestives postopératoires (FDPO) surviennent dans les suites d'un geste chirurgical. Elles sont le plus souvent dues à la désunion d'une anastomose digestive réalisée au cours de l'intervention. Elles peuvent aussi résulter d'une plaie digestive accidentelle [1].

Leur incidence peut varier de 1 à 30 % des patients selon le type d'intervention initiale. A court terme, la FDPO peut mettre en jeu le pronostic vital du patient par ses conséquences septiques.

Par ailleurs, elle est responsable d'une augmentation de la durée d'hospitalisation et du coût. A plus long terme, la FDPO péjore le pronostic fonctionnel du patient ainsi qu'oncologique chez les patients opérés pour cancer.

Le diagnostic des FDPO repose sur un faisceau d'arguments cliniques et sur la réalisation d'une tomodensitométrie abdominale. Certaines FDPO peuvent être totalement asymptomatiques et sont diagnostiquées fortuitement sur une imagerie : c'est le cas notamment des fistules d'anastomoses colorectales protégées. D'autres peuvent présenter un tableau grave de pronostic sévère réalisant un tableau de péritonite post-opératoire. Un diagnostic précoce est un facteur important pour la diminution de la morbidité postopératoire [1].

On distingue schématiquement deux types de FDPO, les FDPO intra-abdominales et les FDPO extériorisées.

La prise en charge des FDPO est médicochirurgicale, associant le traitement symptomatique des conséquences de la FDPO (sepsis, défaillances d'organe,

déshydratation, etc.) au traitement étiologique de la FDPO, qui peut être conservateur ou chirurgical d'emblée selon la présentation clinique.

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les fistules digestives post opératoires en chirurgie A.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence des fistules digestives post opératoires.
2. Identifier les facteurs prédictifs.
3. Décrire les aspects diagnostique et thérapeutique.
4. Analyser les suites opératoires.

I. METHODOLOGIE

1.1. Cadre et lieu d'étude

Le travail s'est déroulé dans le service de chirurgie A du CHU Point G.

1.2. Type et durée d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie. A du CHU Point G allant de janvier 2010 à juillet 2021 soit une durée de 10 ans et 7 mois.

1.3. Patients

✓ Critères d'inclusion

Nous avons inclus : tous les Patients opérés ou non, reçus et hospitalisés dans le service pour FDPO.

Tous les patients âgés de 15 ans au moins, opérés ou référés dans le service de chirurgie A du CHU Point G chez lesquels une fistule digestive post opératoire est survenue dans les suites opératoires.

✓ Les critères de non inclusion :

Nous avons exclu :

Tous les patients présentant une fistule digestive post opératoire non liée à une intervention chirurgicale.

Les patients ayant des dossiers incomplets

✓ Echantillonnage

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur tous les patients opérés ou non dans le service de chirurgie. A et qui ont présenté une fistule digestive post opératoire dans les suites opératoires. Les critères d'inclusion nous ont permis de recruter 21 patients présentant une fistule digestive post opératoire sur un total de 5430 Interventions abdominales.

1.4. Méthodes

✓ La collecte des données

Les données ont été collectées à partir des observations médicales, des registres de compte rendu opératoire et d'hospitalisation.

Nous avons recruté tous les patients qui répondaient à nos critères d'inclusion.

✓ Saisie et analyse des données

La saisie des données et l'analyse statistique ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 20.0. La saisie et le traitement du texte sur le logiciel Microsoft Word 2010. Le test statistique de khi² a été utilisé pour discuter les résultats avec un seuil de signification $p < 0,05$.

II. RESULTATS

2.1. Fréquence

Pendant les 10 ans et 7 mois de notre l'étude, nous avons colligé 21 cas de fistules digestives post opératoire ce qui a représenté :

- ✓ 0,4% de l'ensemble des interventions chirurgicales soit 5 430 cas ;
- ✓ 0,6 % des interventions chirurgicales abdominales soit 3676 cas ;
- ✓ 1,2 % des interventions chirurgicales en urgence soit 1754 cas ;

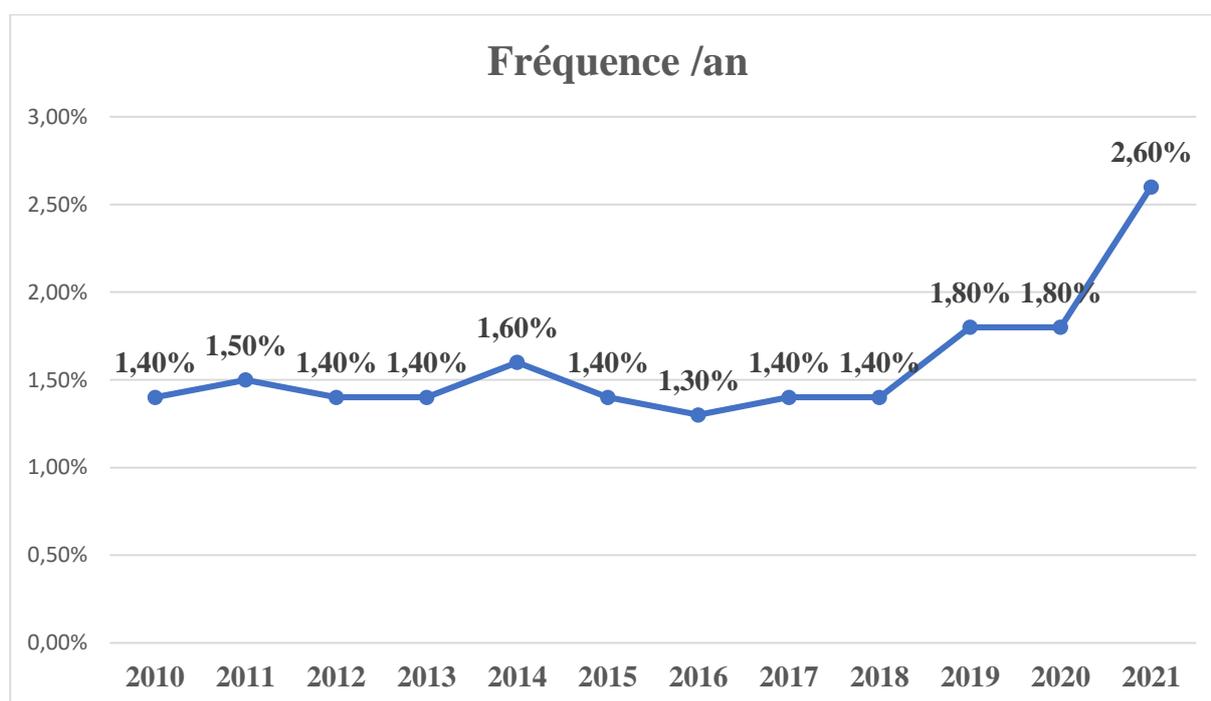


Figure 1 : Répartition des fréquences selon l'année.

La fréquence la plus élevée a été retrouvée soit 2,6%.

2.2. Aspects sociodémographiques

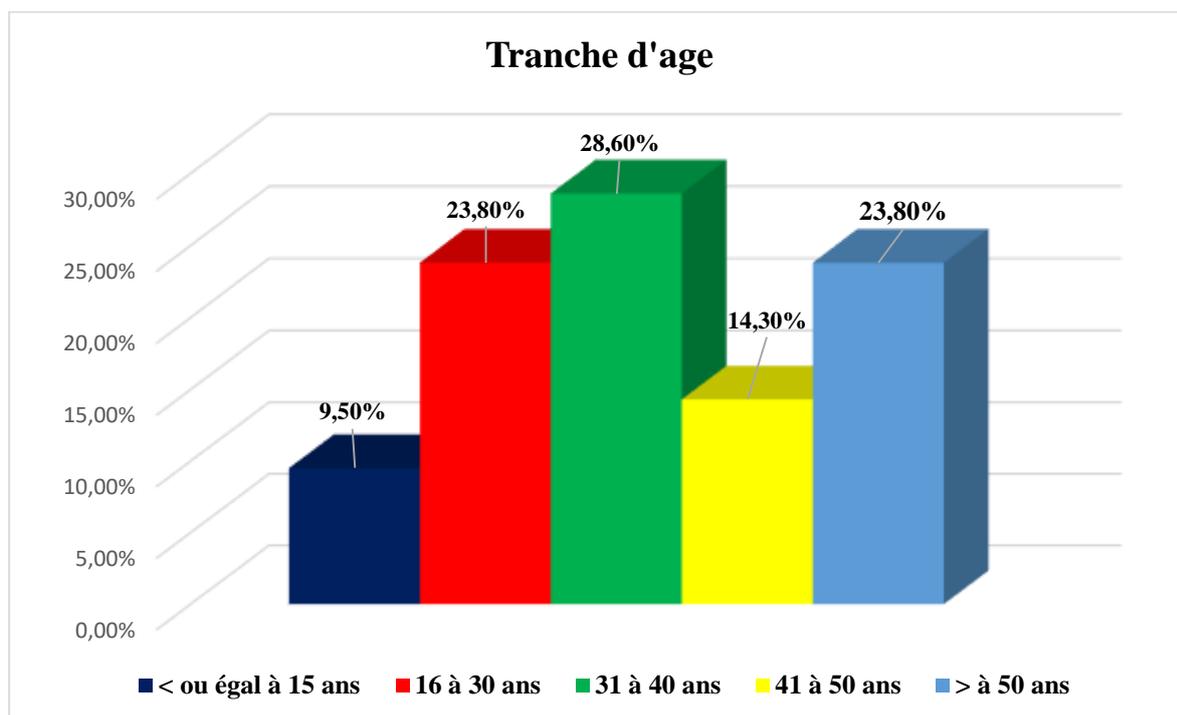


Figure 2: Répartition des patients selon la tranche d'âge

Dans cette étude la majorité des patients enquêtés avait un âge supérieur à 50 ans soit 23,80% des cas. La moyenne d'âge était de $37,6 \pm 17$ ans avec des extrêmes de 15 et 65 ans.

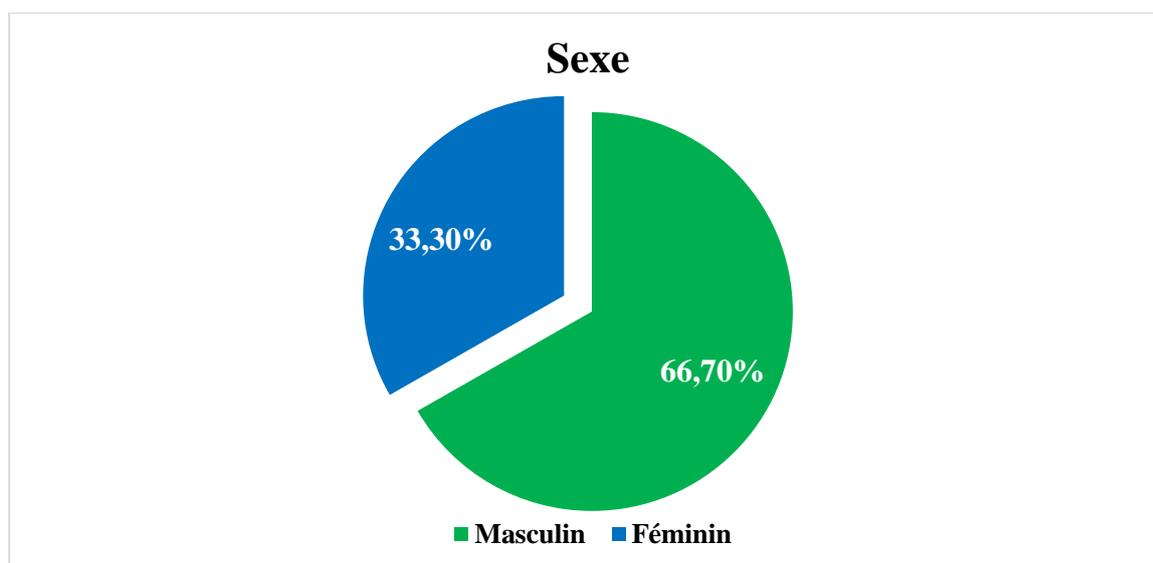


Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe.

14 patients étaient de sexe masculin soit (66,7%) des cas. Le sexe ratio était de 2,0.

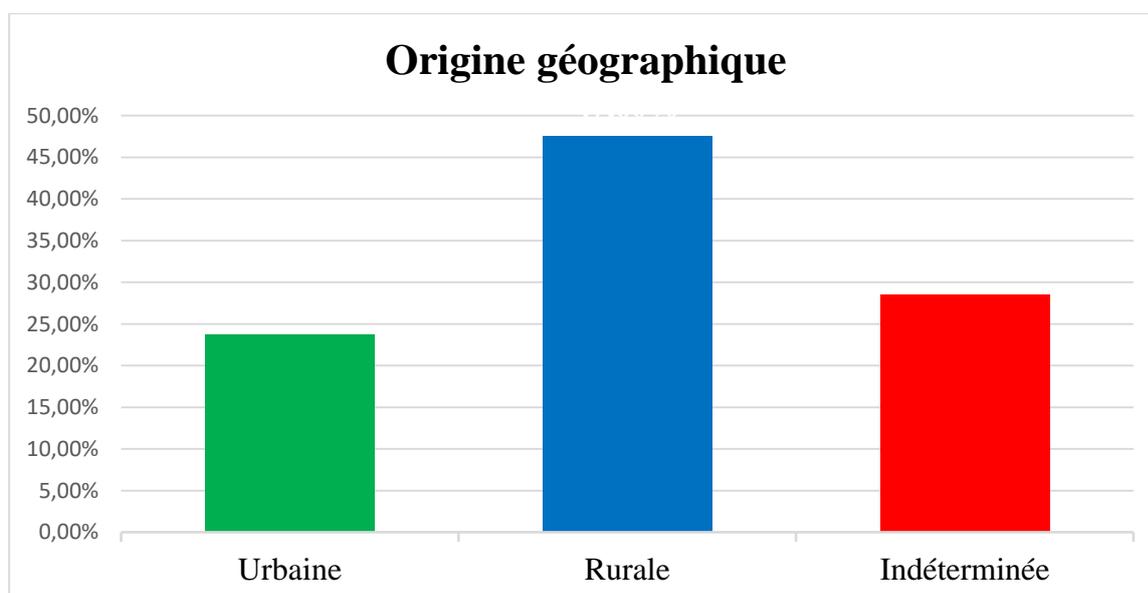


Figure 4 : Répartition des patients selon leur origine géographique.

La plupart des patients résidait dans une zone rurale soit 47,6% des cas.

Tableau I : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

| Antécédent médicaux | Effectifs | Pourcentage (%) |
|----------------------------|------------------|------------------------|
| HTA | 2 | 33,33 |
| Diabète | 1 | 16,66 |
| Bilharziose | 1 | 16,66 |
| Drépanocytose | 1 | 16,66 |
| Ulcère gastroduodénale | 1 | 16,66 |

Dans notre série 6 patients avaient des antécédents médicaux parmi lesquels l'hypertension artérielle (HTA) était l'antécédent le plus retrouvé chez 2 patients.

Tableau II : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux retrouvés

| Antécédents chirurgicaux | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------------------------|------------------|------------------------|
| Abcès appendiculaire | 4 | 19,0 |
| Occlusion intestinale aigue | 4 | 19,0 |
| Péritonite par perforation gastrique | 2 | 9,5 |
| Adénocarcinome de l'estomac | 2 | 9,5 |
| Adénome de la prostate | 1 | 4,8 |
| Appendicite aigue | 1 | 4,8 |
| Césarienne accouchement dystocique | 1 | 4,8 |
| Fistule rectovaginale | 1 | 4,8 |
| Grossesse extra utérine rompue | 1 | 4,8 |
| Leiomyocarcinome | 1 | 4,8 |
| Pyocholecyste plus appendicite aigue | 1 | 4,8 |
| Tumeur de la tête du pancréas | 1 | 4,8 |
| Tumeur de l'angle colique droit | 1 | 4,8 |
| Total | 21 | 100,0 |

Dans cette étude 19,0% des patients avaient un antécédent chirurgical a type d'abcès appendiculaire et d'occlusion intestinale aigüe.

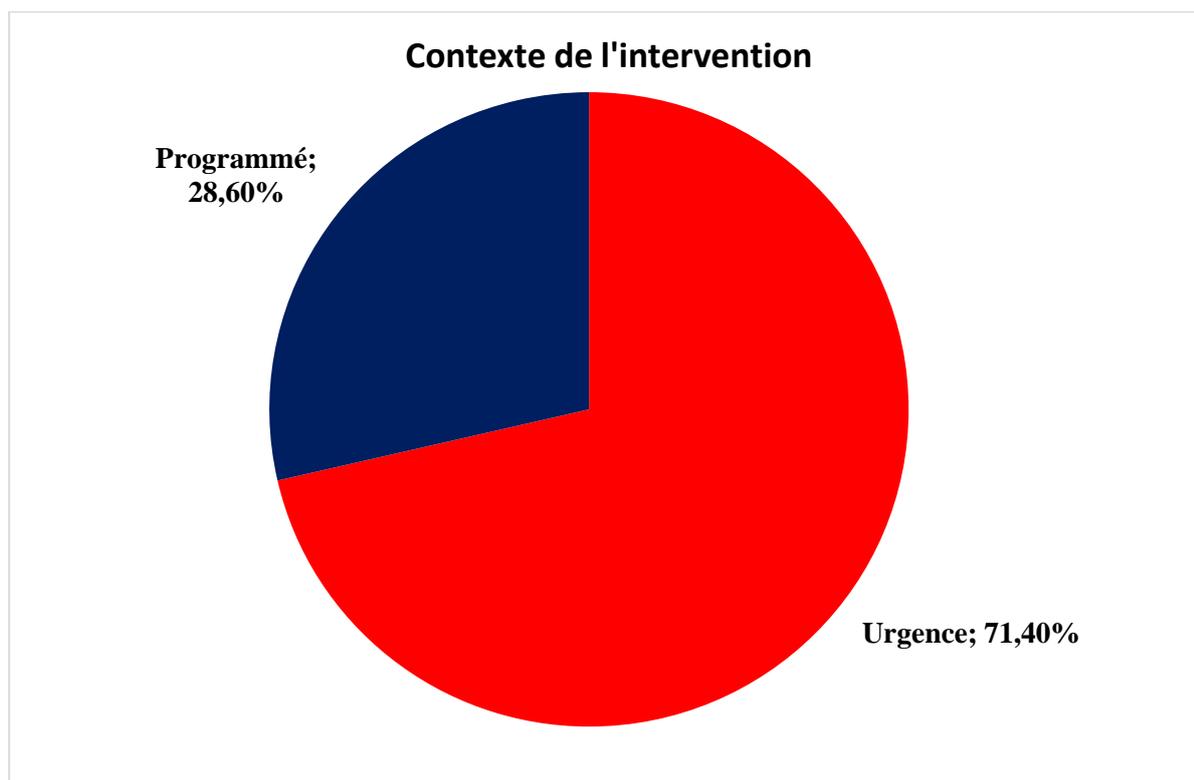


Figure 5 : Répartition des patients selon le contexte de l'intervention.

Dans 71,4% des cas l'intervention était faite dans un contexte d'urgence.

Tableau III : Répartition des patients selon le type d'abord chirurgical

| Type d'abord chirurgical | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-------------------------------|-----------|-----------------|
| Médiane sus et sous ombilical | 14 | 66,7 |
| Mac Burney | 6 | 28,6 |
| Pfannenstiel | 1 | 4,8 |

Médiane sus et sous ombilical était le type d'abord chirurgical le plus représenté soit 66,7 % des cas.

Tableau IV : Répartition des patients selon le geste initial.

| Nature du geste | Effectifs | Pourcentage (%) |
|---|------------------|------------------------|
| Appendicectomie | 5 | 23,8 |
| Suture simple | 2 | 9,5 |
| colostomie type Hartmann | 1 | 4,8 |
| Gastrectomie partielle | 2 | 9,5 |
| Adénomectomie Trans vésical | 1 | 4,8 |
| Césarienne | 1 | 4,8 |
| Grossesse extra utérine | 1 | 4,8 |
| Résection anastomose colorectale | 1 | 4,8 |
| Résection de bride | 1 | 4,8 |
| Anastomose gatrojejunale et cholodocojejunale | 1 | 4,8 |
| Résection segmentaire | 1 | 4,8 |
| Colectomie droite | 1 | 4,8 |
| Iléostomie en double canon | 1 | 4,8 |
| Fistuloplastie | 1 | 4,8 |

L'appendicectomie était le geste la plus retrouvée soit 23,8% des cas.

Tableau V: Répartition des patients selon le délai entre la chirurgie et l'apparition de la fistule en jour

| Délai post opératoire (jours) | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-------------------------------|-----------|-----------------|
| < 50 | 10 | 47,6 |
| 50 à 100 | 1 | 4,8 |
| > à 100 | 1 | 4,8 |
| Indéterminé | 9 | 42,9 |

Le délai post opératoire était inférieur à 50 jours dans 47,6% des cas. La moyenne était de 31 ± 54 jours avec des extrêmes de 2 et 180 jours.

2.3. Aspects cliniques

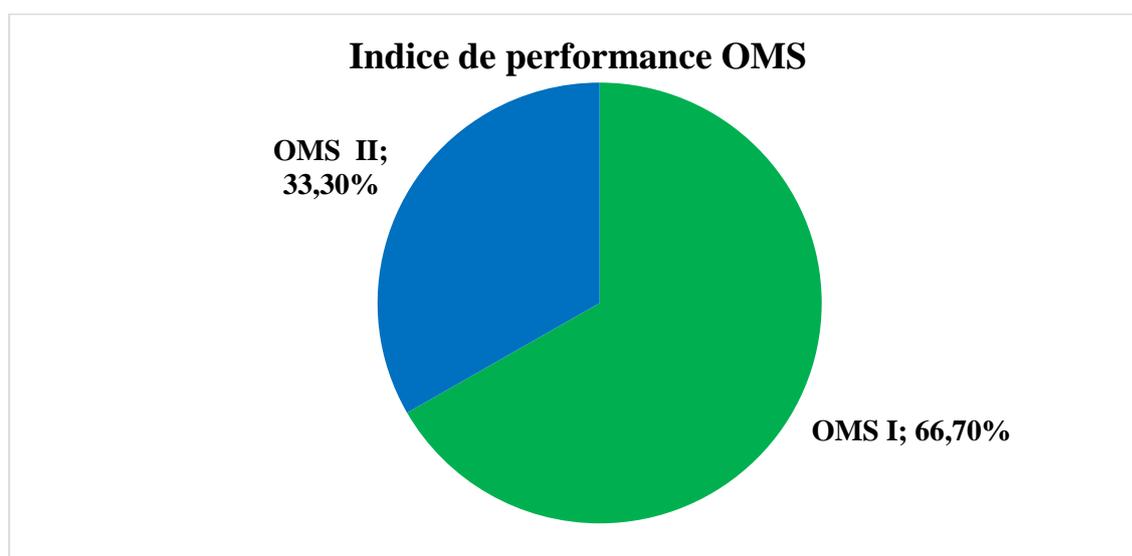


Figure 6 : Répartition des patients selon l'indice de performance OMS

Plus de la moitié des patients avait un indice de performance OMS I soit 66,7% des cas.

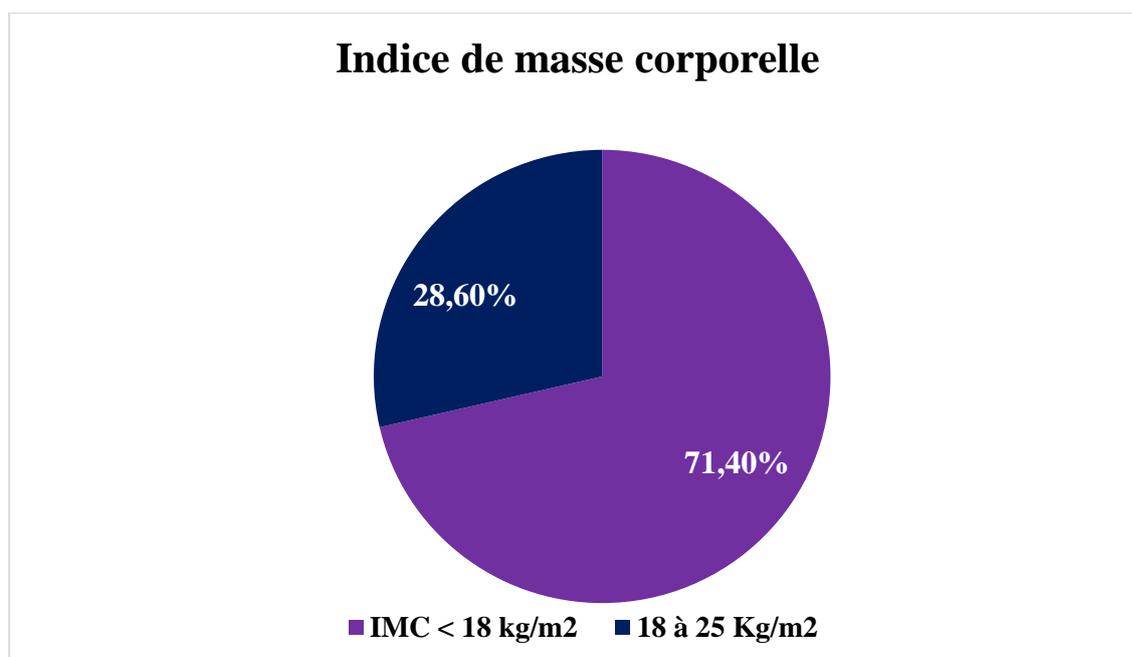


Figure 7 : Répartition des patients selon le résultat du calcul de l'indice de masse corporelle.

La majorité des patients avait un indice de masse corporelle inférieure à 18Kg/m² avec un taux de 71,40%.

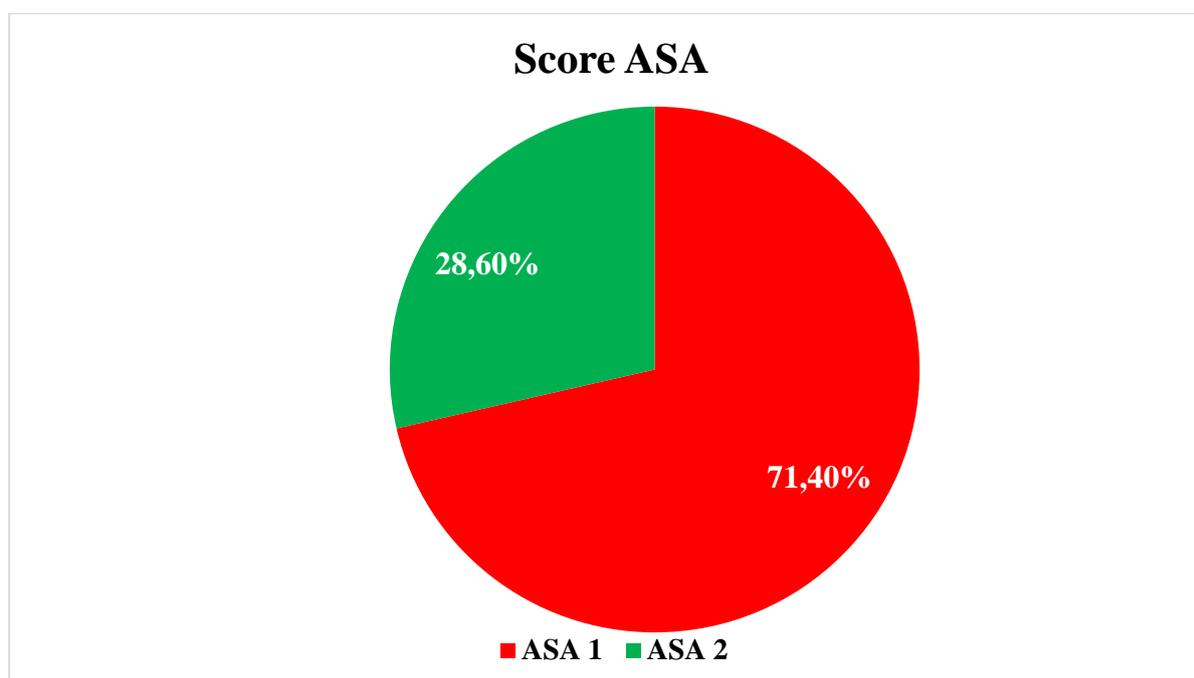


Figure 8 : Répartition des patients selon le Score ASA

Dans cette étude 71,40% des patients avaient un score ASA 1.

Tableau VI : Répartition des patients selon les signes généraux

| Signes généraux | Effectifs | Pourcentage (%) |
|---|------------------|------------------------|
| Fièvre ($T^{\circ} > 37,5^{\circ}\text{C}$) | 12 | 57,1 |
| Plis de déshydratation | 3 | 14,3 |
| Plis de dénutrition | 7 | 33,3 |
| Plis de déshydratation et de dénutrition | 4 | 19,0 |
| Œdème des membres inférieurs | 1 | 4,8 |

***NB :** un même patient peut présenter plusieurs signes.*

La majorité des patients avait une température supérieure à 37,5 dans 57,1% des cas.

Tableau VII : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

| Signes fonctionnels | Effectifs | Pourcentage (%) |
|----------------------------|------------------|------------------------|
| Douleur abdominale | 17 | 81,0 |
| Amaigrissement | 15 | 71,4 |
| Vomissements | 11 | 52,4 |
| Trouble du transit | 4 | 19,0 |
| Nausées | 3 | 14,3 |
| Ictère | 3 | 14,3 |

***NB :** un même patient peut présenter plusieurs signes.*

La majorité des patients avait une douleur abdominale soit 81,0% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon les signes physiques

| Signes physiques | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--|------------------|------------------------|
| Ecoulement de selles | 15 | 71,4 |
| Orifice externe unique | 15 | 71,4 |
| Dénutrition | 8 | 38,1 |
| Suppuration pariétale avant la fistule | 5 | 23,8 |
| Sensibilité abdominale | 5 | 23,8 |
| Orifice externe double | 3 | 14,3 |
| Distension abdominale | 2 | 9,5 |
| Lésion cutanée autour de la plaie | 1 | 4,8 |
| Plus de deux orifices externes | 1 | 4,8 |
| Défense abdominale | 1 | 4,8 |

NB : un même patient peut présenter plusieurs signes.

La majorité des patients avait un écoulement de selle soit 71,4% des cas un et orifice externe unique dans 71,4% des cas.

2.4. Caractéristique de la fistule

Tableau IX : Répartition des patients selon délai apparition de la fistule après l'intervention primaire.

| Délai apparition fistule | Effectifs | Pourcentage (%) |
|------------------------------|-----------|-----------------|
| Précoce 2 à 5 jours | 9 | 42,85 |
| Semi - précoce 5 à 15 jours | 7 | 33,33 |
| Tardive 15 à 90 jours | 4 | 19,04 |
| Tardive supérieur à 90 jours | 1 | 4,76 |
| Total | 21 | 100,0 |

Le délai d'apparition de fistule après intervention était précoce dans 42,85% des cas au cours de cette étude. La moyenne était de 20,5±29 jours.

Tableau X : Répartition des patients selon le siège de la fistule à l'examen physique

| Siège de la fistule | Effectifs | Pourcentage (%) |
|---------------------|-----------|-----------------|
| Biliaire | 2 | 9,52 |
| Digestive | 14 | 66,66 |
| Recto vaginale | 2 | 9,52 |
| Non précisée | 5 | 23,80 |
| Total | 21 | 100 |

Le siège digestif était le plus représenté dans 66,66% dans cas.

Tableau XI : Répartition des patients selon l'aspect de liquide

| Aspect de liquide | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-------------------|-----------|-----------------|
| Fécaloïde | 15 | 71,4 |
| Purulent | 3 | 14,3 |
| Bilieux | 2 | 9,5 |
| Gastrique | 1 | 4,8 |
| Total | 21 | 100,0 |

Le liquide fécaloïde étaient retrouvées dans 71,4% des cas.

Tableau XII : Répartition des patients selon le débit de la fistule

| Débit de fistule | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-----------------------|-----------|-----------------|
| < 250ml/j | 7 | 33,3 |
| 250 à 500 ml/j | 11 | 52,4 |
| > 500 ml/j | 2 | 9,5 |
| Indéterminé | 1 | 4,8 |
| Total | 21 | 100,0 |

Le débit de la fistule était entre 250 et 500 ml/j dans 52,4% des cas.

2.5. Paraclinique

2.5.1. Biologie

Tableau XIII : Répartition des patients selon le résultat du taux d'hémoglobine

| Taux d'hémoglobine (g/dl) | Effectifs | Pourcentage (%) |
|---------------------------|-----------|-----------------|
| 6 à 10 g/dl | 11 | 52,4 |
| 11 à 14g/dl | 9 | 42,9 |
| Sup à 14 ans | 1 | 4,8 |
| Total | 21 | 100,0 |

La majorité des patients avait un taux d'hémoglobine entre 6 et 10 g/dl soit 52,4%. Avec des extrêmes de 6 et 15g/dl.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le résultat taux de prothrombine

| Taux de prothrombine (%) | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------------|-----------|-----------------|
| 50 à 69 | 5 | 23,8 |
| 70 à 89 | 9 | 42,9 |
| 90 à 100 | 7 | 33,3 |
| Total | 21 | 100,0 |

Au cours de cette étude le taux de prothrombine était compris entre 70 et 89 % dans 42,9% des cas. Avec des extrêmes de 65 et 100%.

Tableau XV : Répartition des patients selon le résultat de la créatininémie

| Créatininémie (umol/l.) | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------------------|------------------|------------------------|
| 40 à 60 | 3 | 14,28 |
| 61 à 80 | 5 | 23,80 |
| 81 à 100 | 7 | 33,33 |
| 100 | 4 | 19,04 |
| Indéterminé | 2 | 9,52 |
| Total | 21 | 100,0 |

La créatininémie était comprise entre 81 et 100 umol/l dans 33,33% des cas au cours de cette étude. Avec des extrêmes de 43 et 127 umol/l.

Tableau XVI : Répartition des patients selon le résultat de la glycémie

| Glycémie (mmol/l.) | Effectifs | Pourcentage (%) |
|---------------------------|------------------|------------------------|
| 3 à 5 | 10 | 47,61 |
| 6 à 10 | 5 | 23,80 |
| > 10 | 2 | 9,52 |
| Indéterminé | 4 | 19,04 |
| Total | 21 | 100,0 |

La glycémie était comprise entre 3 et 5 mmol/l dans 47,61% des cas. Avec des extrêmes de 3,2 et 18,77 mmol/l.

2.5.2. Imagerie

Tableau XVII : Répartition des patients selon les bilans radiologiques réalisés

| Bilans radiologiques | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-----------------------------|------------------|------------------------|
| Echographie abdominale | 10 | 47,61 |
| TDM abdominale | 2 | 9,52 |
| ASP | 1 | 4,76 |
| Non fait | 8 | 38,09 |

L'échographie abdominale avait été réalisée chez la majorité des patients soit 47,61%.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon les résultats radiologiques

| Résultats | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--|------------------|------------------------|
| Résultats à l'échographie (n = 10) | | |
| Epaississement du Coecum ; masse périnéale en regard de la symphyse pubienne d'allure bénigne | 1 | 10,0 |
| Fistule anovaginales avec ulcération de la marge anale | 1 | 10,0 |
| Normale | 3 | 30,0 |
| Présence d'épanchement liquidien intra péritonéal | 5 | 50,0 |
| Résultat à L'ASP (n = 1) | | |
| Image en croissant | 1 | 100 |
| Résultats à la TDM (n = 2) | | |
| Defect pariétal au niveau de la fosse iliaque droite (collet 16mm) contenant une structure digestive colique avec stase stercorale | 1 | 50,0 |
| Epaississement circonférentiel pariétal étendu du sigmoïde communiquant avec la région opératoire et une infection de la graisse adjacente | 1 | 50,0 |

Dans cette étude l'épanchement liquidienne intra péritonéal à l'échographie abdominale était présent chez 50% patients soit 5/10 patients à échographie abdominale.

2.6. Etiologies de la fistule

Tableau XIX : Répartition des patients selon les étiologies en per opératoire

| Etiologies | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------------------------|------------------|------------------------|
| Lâchage des points de sutures | 11 | 52,4 |
| Lésion iatrogène peropératoire | 8 | 38,1 |
| Désunion anastomotique | 2 | 9,5 |
| Total | 21 | 100 |

Le lâchage des points de sutures était le plus retrouvé dans cette étude soit 52,4% des cas.

2.7. Prise en charge

2.7.1. Prise en charge médicale

Tableau XX: Répartition des patients selon la prise en charge médicale

| Médicale | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------------------|------------------|------------------------|
| Antibiothérapie | 20 | 95,2 |
| Mise en repos du tube digestif | 19 | 90,5 |
| Apport hydro électrolytique | 17 | 81,0 |
| Simple surveillance | 6 | 28,6 |
| Alimentation parentérale | 4 | 19,0 |
| Ralentisseur du transit | 2 | 9,5 |

Le traitement médical a été effectué chez tous nos patients soit 100%

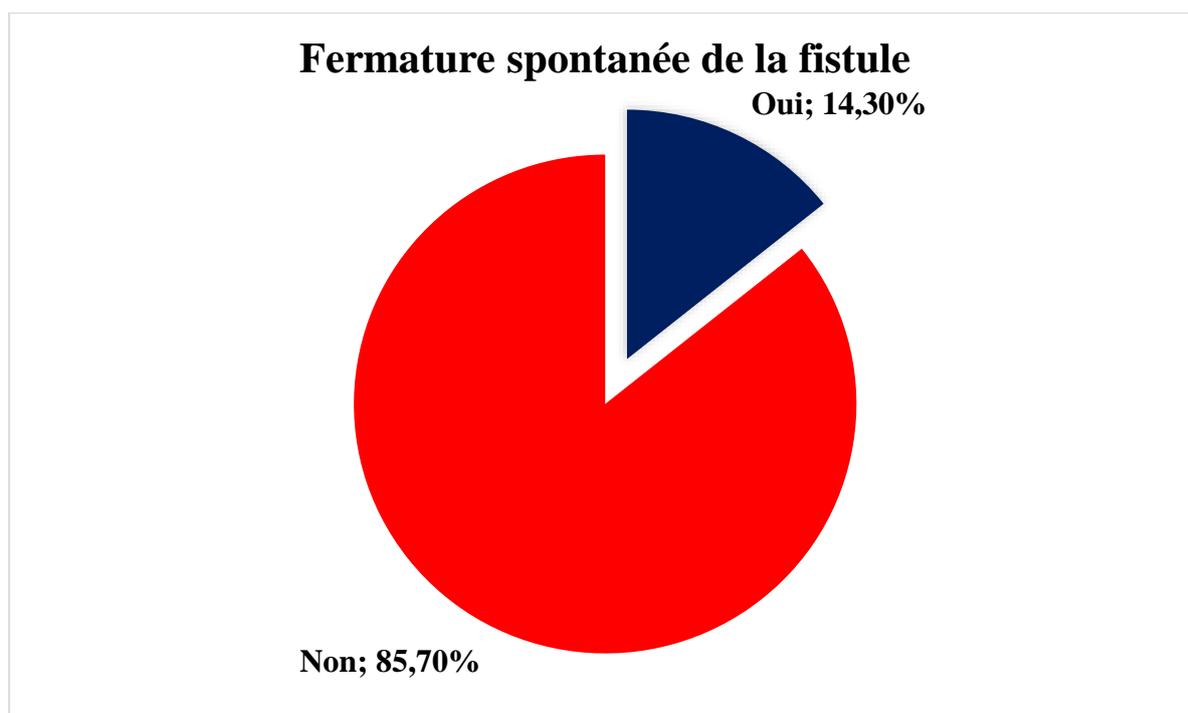


Figure 9 : Répartition des patients selon la fermeture spontanée de la fistule.

La fermeture spontanée de la fistule a été observée chez 14,3% des patients.

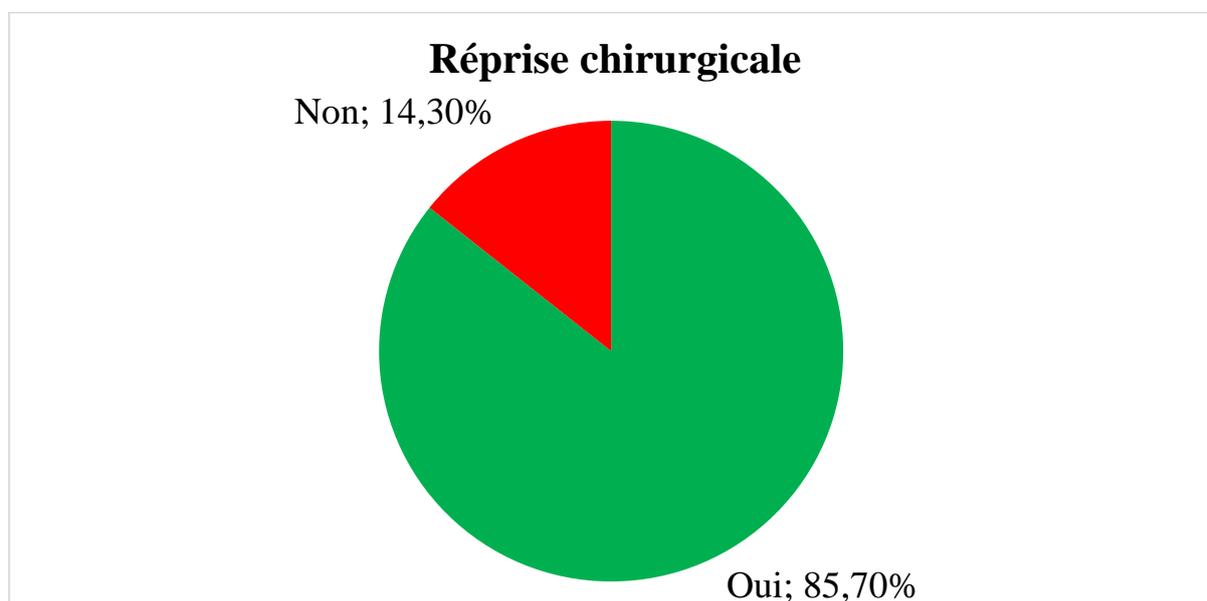


Figure 10: Répartition des patients selon la reprise chirurgicale

Dans cette étude 85,7 % des patients ont été pris en charge chirurgicalement.

Tableau XXI : Répartition des patients selon les indications de la reprise

| Indications de la reprise | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------------------------|------------------|------------------------|
| Péritonite post-opératoire | 1 | 4,8 |
| Occlusion post-opératoire | 3 | 14,3 |
| Echec du traitement médical | 1 | 4,8 |
| Fistule bulbaire | 1 | 4,8 |
| Fistule colique | 6 | 28,6 |
| Fistule digestive post opératoire | 2 | 9,5 |
| Fistule grelique | 4 | 19,0 |
| Fistule iléale | 1 | 4,8 |
| Fistule retro vaginale | 1 | 4,8 |
| Fistule sigmoïdienne post opératoire | 1 | 4,8 |
| Total | 21 | 100 |

Les fistules coliques étaient les indications de la reprise les plus retrouvés dans 28,6% des cas.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le délai de la reprise

| Délai de la reprise en (jours) | Effectifs | Pourcentage |
|---------------------------------------|------------------|--------------------|
| 1 à 5 jours | 6 | 28,6 |
| 6 à 10 jours | 3 | 14,3 |
| > 10 jours | 4 | 19,0 |
| Indéterminé | 8 | 38,1 |
| Total | 21 | 100,0 |

Le délai de la reprise était compris entre 1 et 5 jours dans 28,6% des cas. La durée moyenne était $17,6 \pm 40$ jours avec des extrêmes de 1 et 150 jours.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le geste opératoire lors de la reprise

| Geste opératoire de la reprise | Effectifs | Pourcentage (%) |
|---------------------------------------|------------------|------------------------|
| Intervention de sauvetage | | |
| ileostomie | 4 | 19,0 |
| iléo coecostomie | 2 | 9,5 |
| GEA anse en Y | 1 | 4,8 |
| Intervention réparation | | |
| anastomose_ileo_colique | 1 | 4,8 |
| anastomose_colo_colique | 1 | 4,8 |
| sutures_simples | 7 | 33,3 |
| fistuloraphie | 1 | 4,8 |

L'iléostomie était l'intervention de sauvetage la plus représentée dans 19% des cas et la suture simple avait été réalisée dans 33,3% des cas pour l'intervention de réparation.

Tableau XXIV: Répartition des patients selon le lieu d'intervention initial

| Lieu d'intervention | Effectifs | Pourcentage (%) |
|----------------------------|------------------|------------------------|
| Chirurgie A du CHU PG | 3 | 14,3 |
| Opérés ailleurs | 18 | 85,7 |
| Total | 21 | 100 |

Dans notre étude 14,3% des patients étaient opérés dans le service de chirurgie A du CHU point G.

2.8. Evolution

Tableau XXV: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation pour fistule en (jours)

| Durée d'hospitalisation | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------------------|------------------|--------------------|
| 5 à 20 | 15 | 71,4 |
| 21 à 40 | 4 | 19,0 |
| > 40 | 2 | 9,5 |
| Total | 21 | 100,0 |

Soixante-onze virgule quatre pourcent (71,4%) des patients avait une durée d'hospitalisation pour fistule comprise entre 5 et 20 jours. La moyenne était 21 ± 23 jours avec des extrémités de 5 et 112 jours.

2.9. Complications

Tableau XXVI : Répartition des patients selon les types de complications

| Complications | Effectifs n = 10 | Pourcentage |
|-----------------------|-----------------------------|--------------------|
| Surinfection | 4 | 40 |
| Choc septique | 2 | 20 |
| Reprise de la fistule | 2 | 20 |
| Eviscération | 1 | 10 |
| Hémorragie | 1 | 10 |
| Total | 10 | 100 |

Les patients qui ont présenté une surinfection étaient au nombre de 10, soit 40 % de toutes les complications,

2.10. Suivi post-opératoire

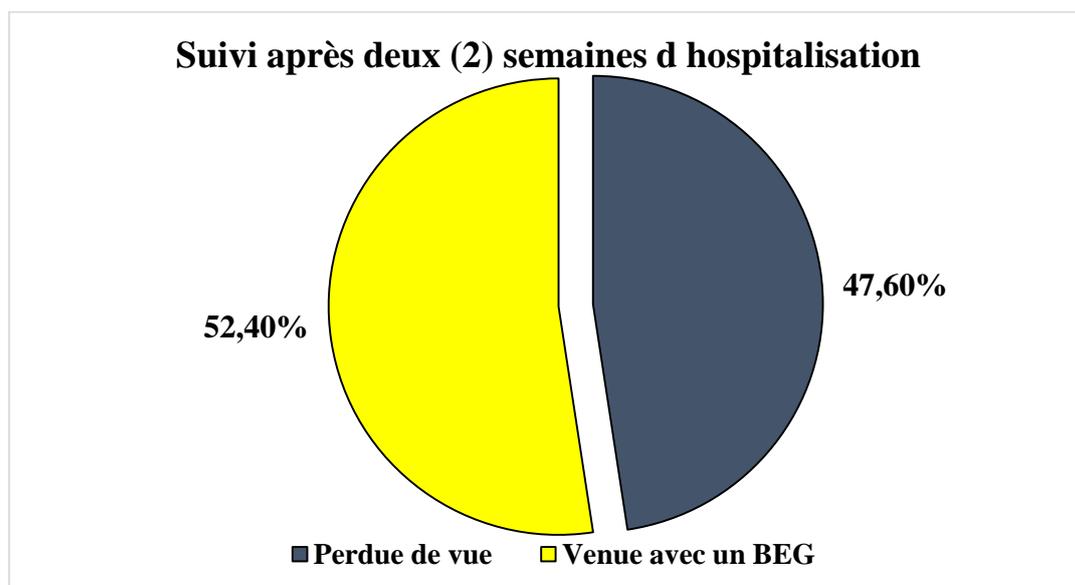


Figure 11 : Répartition des patients selon le suivi après deux (2) semaines d'hospitalisation

A deux 2 semaines post-opératoire 52,4% avaient un bon état général.

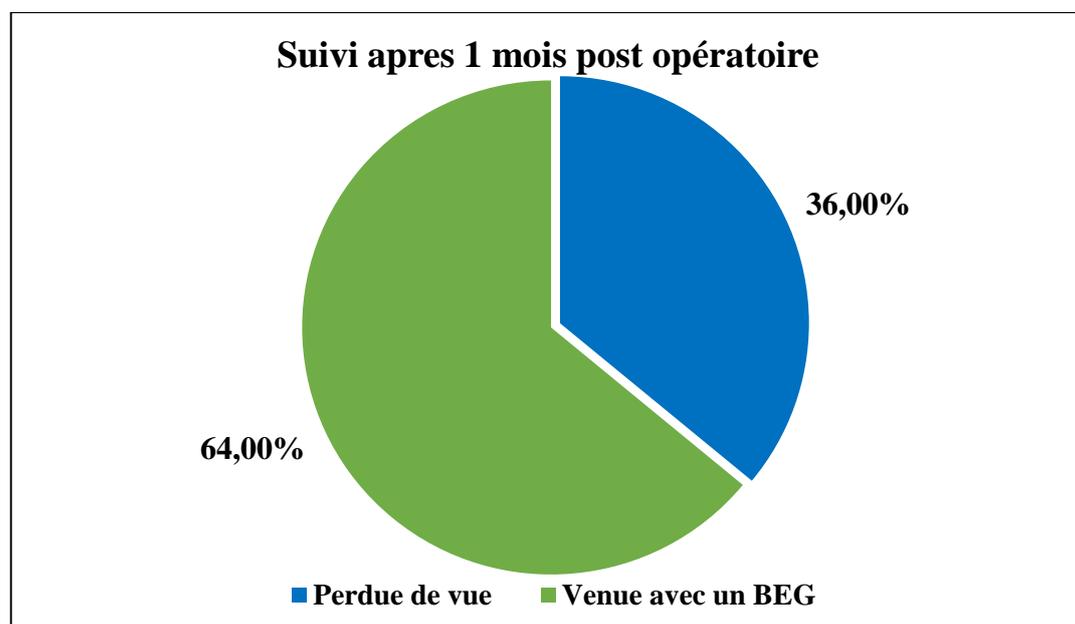


Figure 12 : Répartition des patients selon le suivi après 1 mois post-hospitalisation.

Après un 1 mois post-opératoire 64,00% avaient un bon état général.

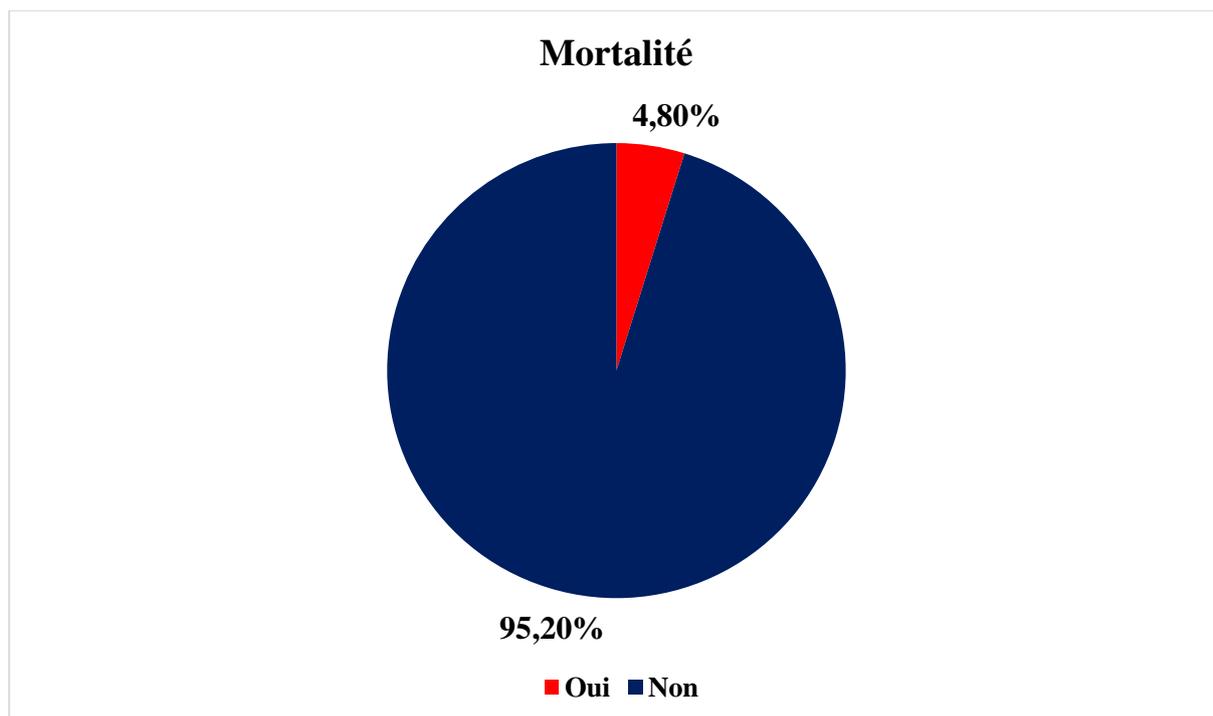


Figure 13: Répartition des patients selon la mortalité

Le taux de mortalité était de 4,8% des cas.

Tableau XXVII : Relation entre la tranche d'âge et le délai d'apparition des fistules après intervention

| Tranche d'âge | Délai d'apparition fistule après intervention | | | | Total |
|---------------|---|---------------------------|-----------------------|------------------------------|-------|
| | Précoce 2 à 5 jours | semi précoce 5 à 15 jours | tardive 15 à 90 jours | tardive supérieur à 90 jours | |
| ≤ 15 ans | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| 16 à 30 ans | 2 | 1 | 2 | 0 | 5 |
| 31 à 40 ans | 4 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| 41 à 50 ans | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| sup à 50 ans | 2 | 3 | 1 | 0 | 6 |
| Total | 9 | 7 | 4 | 1 | 21 |

Test exact de Fisher = 6,352 P= 0,668

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre la tranche d'âge et le délai d'apparition des fistules après intervention P > 0,05.

Tableau XXVIII : Relation entre la tranche d'âge et la mortalité

| Tranche d'âge | Mortalité | | Total |
|---------------|-----------|-----|-------|
| | Oui | Non | |
| ≤ 15 ans | 0 | 2 | 2 |
| 16 à 30 ans | 0 | 5 | 5 |
| 31 à 40 ans | 1 | 4 | 5 |
| 41 à 50 ans | 0 | 3 | 3 |
| sup à 50 ans | 0 | 6 | 6 |
| Total | 1 | 20 | 21 |

Test exact de Fisher = 4,134 P= 0,714

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre la tranche d'âge et la mortalité. P > 0,05.

Tableau XXIX : Relation entre le sexe et le délai d'apparition des fistules après intervention

| sexe | Délai d'apparition fistule après intervention | | | | Total |
|----------|---|---------------------------|-----------------------|------------------------------|-------|
| | Précoce 2 à 5 jours | Semi précoce 5 à 15 jours | Tardive 15 à 90 jours | Tardive supérieur à 90 jours | |
| Masculin | 7 | 5 | 2 | 0 | 14 |
| Féminin | 2 | 2 | 2 | 1 | 7 |
| Total | 9 | 7 | 4 | 1 | 21 |

Test exact de Fisher = 3,002 P= 0,381

Il n'existe pas un lien statiquement significatif entre la tranche d'âge et la mortalité. $P > 0,05$.

Tableau XXX : Relation entre le sexe et la mortalité

| Sexe | Mortalité | | Total |
|----------|-----------|-----|-------|
| | Oui | Non | |
| Masculin | 1 | 13 | 14 |
| Féminin | 0 | 7 | 7 |
| Total | 1 | 20 | 21 |

Test exact de Fisher P= 1,000

Il n'existe pas un lien statiquement significatif entre le sexe et la mortalité.

$P > 0,05$.

Tableau XXXI : Relation entre le contexte d'intervention et délai d'apparition fistule après intervention

| Contexte d'intervention | Délai d'apparition fistule après intervention | | | | Total |
|-------------------------|---|---------------------------|-----------------------|------------------------------|-------|
| | Précoce 2 à 5 jours | Semi précoce 5 à 15 jours | Tardive 15 à 90 jours | Tardive supérieur à 90 jours | |
| Urgence | 8 | 4 | 3 | 0 | 15 |
| Programmé | 1 | 3 | 1 | 1 | 6 |
| Total | 9 | 7 | 4 | 1 | 21 |

Test exact de Fisher P= 0,266

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le contexte d'intervention et le délai d'apparition fistule après intervention. $P > 0,05$.

Tableau XXXII : Relation entre le contexte d'intervention et la mortalité

| Contexte d'intervention | Mortalité | | Total |
|-------------------------|-----------|-----|-------|
| | Oui | Non | |
| Urgence | 1 | 14 | 15 |
| Programmé | 0 | 6 | 6 |
| Total | 1 | 20 | 21 |

Test exact de Fisher P= 1,000

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le contexte d'intervention et la mortalité. $P > 0,05$.

DISCUSSIONS

1. Méthodologie.

L'étude rétrospective allant de janvier 2010 à juillet 2021 soit une durée de 10 ans et 7 mois, concernait les patients opérés de l'abdomen, hospitalisés dans le service de chirurgie A du CHU Point G et ayant présenté une fistule digestive en postopératoire.

Les faibles moyens financiers de nos patients n'ont pas permis de réaliser un bilan biologique et d'imagerie complet, ce qui constitue une limite à ce travail.

2. Résultats globaux.

2.1. Fréquence

Pendant les 10 ans et 7 mois l'étude, nous avons colligé 21 dossiers de fistules digestives post opératoire ceux-ci ont représenté :

- ✓ 0,4% de l'ensemble des interventions abdominales soit 5 430 cas ;
- ✓ 0,6 % des interventions abdominales soit 3676 cas ;
- ✓ 1,2 % des interventions abdominales en urgence soit 1754 cas ;

En 2020, Traoré MY [2] a trouvé une fréquence de 4,8% de fistules digestives externes postopératoires parmi les complications post-opératoires. Maiga MA [3] dans son étude sur les fistules digestives externes postopératoires en 2005 a noté une fréquence de 9,09 %. Amadou I. [4] a trouvé une fréquence de 4,61 % à l'Hôpital Gabriel Touré en 2005.

Leur fréquence est due au fait qu'elles surviennent après plusieurs actes chirurgicaux abdominaux (chirurgies des occlusions intestinales, des péritonites, après chirurgie colorectale, gastroduodénale, hépato-bilio-pancréatique, chirurgie de la paroi abdominale, urologique et gynécologique).

2.2. Age

La moyenne d'âge était de $37,6 \pm 17$ ans avec des extrêmes 15 et 65 ans. La majorité des patients avait un âge supérieur à 50 ans soit 23,80% des cas.

Maiga MA [3] a trouvé une moyenne d'âge de 20,8 ans avec des extrêmes de 1 et 51 ans. Il a aussi noté une relation statistiquement significative entre la tranche d'âge et la survenue de la fistule ; $p = 0,013$.

Il est difficile de conférer à l'âge un rôle significatif dans la détermination des fistules [5]. L'âge supérieur à 60 ans associée à un taux préopératoire de protéine inférieur à 55g/L serait responsable d'une augmentation de la fréquence de fistule digestive [6].

2.3. Sexe

Tableau X : Sex-ratio Homme/Femme : Comparaison des différentes études.

| Étude | % du sexe masculin | % du sexe féminin | Sex-ratio H-F |
|-----------------|--------------------|-------------------|---------------|
| Kate et al [7] | 83 | 17 | 4,85 |
| Medeiros [8] | 71 | 29 | 2,52 |
| Gyorki [9] | 52 | 48 | 1,06 |
| Touilite M [10] | 47 | 53 | 0,87 |
| Notre série | 66,7 | 33,3 | 2,0 |

Dans cette étude 66,7% des patients étaient de sexe masculin avec sex ratio de 2,0. Dans l'étude Kate et al [7] le sexe prédominant était le sexe masculin représentant ainsi 83% des malades, dans une autre étude réalisée au Brésil, l'étude Medeiros [8] le sexe prédominant était le sexe masculin également, représentant 72% des cas. Dans la série de Gyorki [9] le sexe masculin était aussi prédominant représentant 52% des malades étudiés.

La prédominance de survenue des fistules est féminine dans la série de Muhindo VM [11] (82,7%) et celle de Vischers [12] qui a retrouvé 51,9%. L'importance des affections gynécologiques dans leur série pourrait en être la cause [9].

2.4. Type d'intervention initiale

| Types d'intervention | John M Braus, USA 2006 [13] N=106 | Traoré B, Mali 2007 [14], N=48 | Aldo Cunh Medeiros, Brésil 2004 [17] N= 74 | Notre étude, Mali 2021, N=21 |
|----------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|------------------------------|
| Urgence | 93 (87,7%) | 45 (93,7%) | 46 (62,2%) | 15 (71,4%) |
| Programmé | 13 (12,3%) | 3 (6,3%) | 28 (37,8%) | 6 (28,6%) |

La fistule digestive survient plus fréquemment après les interventions effectuées en urgence. [15]

Selon Maillet [16] et Loygue J [17] les interventions chirurgicales abdominales en urgence sont à la base de respectivement 50 et 30% des fistules digestives.

Dans toutes les séries étudiées, la chirurgie d'urgence occupe le premier plan avec des fréquences qui varient de 62,2% et 87,7%. Cette chirurgie d'urgence présente donc des facteurs de risques plus accrus comme :

- Le délai prolongé entre le début de la maladie et l'intervention chirurgicale.
- Des désordres nutritionnels, biologiques et hémodynamiques observés chez les malades en situation d'urgence.
- L'absence de préparation colique.

2.5. Diagnostic de l'intervention initiale.

| Notre étude | Traoré B, Mali 2007 [14] | Robberto Del Campo, Abad, Cuba 2004 [18] |
|--------------------------------------|---|---|
| Abcès appendiculaire (19%) | Appendicite perforée (8,2%) | Cancer colorectal (32,4%) |
| Occlusion intestinale aiguë (19%) | Occlusion intestinale aiguë (27,1%) | Occlusion intestinale aiguë (8,2%) |
| Péritonite par perforation (9,5%) | Péritonite par perforation intestinale (45,8%) | Péritonite par perforation intestinale (15,2%) |

On peut remarquer ici, que la majorité de ces chirurgies repose le plus souvent sur une suture intestinale.

L'infection du site opératoire représente la complication postopératoire la plus fréquemment observée dans l'étude de Traoré MY [2] avec une fréquence de 57% ;

2.6. Aspect clinique

✓ Signes généraux

Plus de la moitié des patients avait un indice de performance OMS I soit 66,7% des cas, 71,40% des patients avait un score ASA 1 et l'indice de masse corporelle était inférieure à 18Kg/m² avec un taux de 71,40%.

Maiga M A. [3] a trouvé 72,72 % des cas avec un mauvais état nutritionnel (œdème, mesure du périmètre brachial, pli de dénutrition). Ce taux pouvait s'expliquer par le retard de cicatrisation que cet état peut engendrer (hypoprotidémie, hypoalbuminémie...). L'état nutritionnel défavorable du patient peut être un facteur de risque accru de fistule après chirurgie.

La fièvre était le signe clinique le plus retrouvé soit 57,1% des cas, suivi de plis de dénutrition (33,3%) et de déshydratation (14,3%). La fièvre (seule ou associée

à d'autres signes) était présente dans 63,63 % des cas dans l'étude de Maiga MA. [3]

✓ **Signes fonctionnels**

La majorité des patients avait une douleur abdominale soit 81,0%, l'amaigrissement a représenté 71,4% suivi de vomissement dans 52,4% des cas.

Ce résultat est comparable à celui retrouvé par Oukli Y au Maroc en 2020 [19], qui a rapporté la douleur abdominale dans 58% des cas. Suivie par les vomissements ou la stase gastrique chez 12 patients (39%).

✓ **Signes physiques**

Dans notre étude les patients avaient un écoulement de selle dans 71,4% des cas et la présence d'une orifice externe unique dans 71,4% des cas, un état de dénutrition a été retrouvé chez 38,1%, la suppuration pariétale et la sensibilité abdominale ont été retrouvées dans 23,8% chacune.

Dans la série de Maiga M A. [3], le diagnostic de la fistule était basé sur l'examen clinique (écoulement de selles ou de bile par les drains ou par l'incision de laparotomie, état de dénutrition, hypovolémie, état infectieux) dans 81,82 % des cas.

Dans une étude faite par Traoré SS [20] au Burkina-Faso, en 2012, la dénutrition a été retrouvée chez 91,3% des patients.

2.7. Caractéristiques de la fistule

✓ **Délai d'apparition de la fistule**

Le délai d'apparition de fistule après intervention était précoce (entre 2 et 5 jours) dans 42,9% des cas. La date de survenue de la fistule entre le 5^{ème} et le 15^{ème} jour a représenté 33,3% des cas.

Ce résultat est comparable à ceux de Lévy E [15] et de Gouin F [21] qui ont trouvé respectivement une date de survenue de la fistule entre le 5e et le 15e jour et entre

le 5 et le 10 e jour postopératoire dans la majorité des cas. Maiga MA [3] a rapporté 72,72% des cas survenu après le 5^{ème} jour postopératoire.

✓ **Siège de la fistule**

Le siège digestif était représenté dans 66,7% dans cas. Maiga MA [3] a trouvé le grêle comme siège de la fistule dans 63,63 % des cas. Selon la littérature la fistule peut siéger sur n'importe quel point de l'intestin et le plus souvent le siège se trouve sur le grêle [15].

✓ **Aspect du liquide**

Le liquide avait un aspect fécaloïde dans 71,4%, Purulent dans 14,3% et Bilioux dans 9,5% des cas. Oukli Y au Maroc en 2020 [19], a trouvé un liquide d'aspect bilieux dans 38,7%, purulent dans 16% et fécaloïde dans 13% des cas.

Dans le diagnostic clinique de la fistule l'extériorisation d'un liquide louche, malodorant ou fécaloïde est un signe d'appel évident.

✓ **Débit des pertes journalières de la fistule**

Le débit journalier de la fistule était de 250 à 500 ml/j dans 52,4%. Ce résultat est contraire à ceux de John M Braus aux USA en 2006 [13] et de Traoré B au Mali en 2007 [14] qui ont trouvé un débit journalier inférieur à 250ml par jour dans 81,1% et 50% des cas.

2.8. Examens complémentaires

✓ **Biologie**

La majorité des patients avait un taux d'hémoglobine entre 6 et 10 g/dl soit 52,4%. Ceci peut être due aux pertes subies par le patient au cours de la première intervention et pendant la fuite due à la fistule. Au cours de cette étude le taux de la prothrombine le plus représenté était compris entre 70 et 89 % dans 42,9% des cas.

✓ **Imagerie**

L'imagerie a une place de choix dans le contexte de complication postopératoire, et permet :

- De confirmer le diagnostic de FDPO.
- D'évaluer ses conséquences (abcès localisé, PPO, etc.).
- D'éliminer des diagnostics différentiels (cholécystite aiguë, pancréatite aiguë, etc.).
- De traiter parfois par un drainage percutané.

Dans notre étude seulement 2 patients ont bénéficié d'une tomodensitométrie. Ce faible taux de réalisation du scanner peut s'expliquer par le manque de moyen des patients surtout après la première intervention.

Quelle que soit l'intervention initiale, tout faisceau d'arguments cliniques et/ou biologiques faisant évoquer une complication septique intra-abdominale doit faire réaliser un scanner abdomino-pelvien injecté sauf si l'état précaire du patient impose une reprise chirurgicale en extrême urgence. [19]

Le scanner est en effet le seul examen capable d'éliminer une complication thoracique, de réaliser un diagnostic de complication viscérale (collection, abcès, visualisation de la fistule sur un scanner avec ingestion), et de rechercher des signes permettant de passer une indication opératoire en urgence (perforation, ischémie, nécrose digestive, etc.) [19].

Les examens complémentaires les plus réalisés étaient :

- L'échographie chez 10 patients soit 47,6%
- Un cliché d'abdomen sans préparation (ASP) chez 1 patient soit 4,7%

Il n'existe aucune place pour l'échographie abdominale ni pour le cliché d'abdomen sans préparation (ASP) dans ce contexte. Ce résultat peut être dû à la limitation des moyens des patients pour la demande de tomodensitométrie.

2.9. Etiologies de la fistule

Le lâchage des points de sutures a été retrouvé dans 52,4% des cas suivi des lésions iatrogènes peropératoires et de la désunion anastomotique dans 38,1% et 9,5%.

Ce résultat est supérieur à celui de Muhindo VM [11] qui a rapporté le lachage de suture digestive comme principale étiologie de la fistule dans 28,8% des cas. Par contre Traoré SS [20] au Burkina-Faso a retrouvé 65,2% de fistules par désunion anastomotique [10]. Levy en France [15] et Stawick aux USA [22] retrouvaient aussi cette étiologie.

Dans la littérature , d'autres étiologies ont été rapportées notamment la notion d'intervention en urgence, les sutures et anastomoses faites en milieu septique, la nature trop rigide et la durée des drains, la modalité de fermeture pariétale les plaques pariétales mises au contact de l'intestin, les traumatismes per opératoires [11].

2.10. Traitement médical de la fistule

✓ Traitement médical de la fistule

Tous les patients avaient bénéficié de réanimation (100%), l'antibiothérapie a été instaurée dans 95,2% des cas.

Les mesures de réanimation sont essentielles en cas de fistule post-opératoire, notamment en cas de sepsis associé ou de fistule du grêle extériorisée. Elles consistent à la prise en charge des différentes défaillances viscérales, l'instauration d'une antibiothérapie efficace et un support nutritionnel adapté. [19]

Dans notre étude la fermeture spontanée de la fistule a été observée chez 14,3% des patients.

Soro KB et al [23] ont obtenu une fermeture spontanée dans 26,7% des cas. La fermeture spontanée de la fistule post-opératoire a été rapportée dans littérature dans respectivement 60 % et 64 % des cas. [24] [25].

✓ **Traitement chirurgical de la fistule**

La rapidité de prise en charge et notamment de la décision de reprise chirurgicale si elle est nécessaire est essentielle dans le cadre des fistules post-opératoires [19].

Dans notre étude 85,7 % de nos patients ont été réopérées. Le délai de la reprise était compris entre 1 et 5 jours dans 28,6% des cas. La durée moyenne était 17,6 ± 40 jours avec des extrémités de 1 et 150 jours. Les indications étaient faites de péritonite post-opératoire, d'occlusion post-opératoire et d'échec du traitement médical.

Une réintervention a été rapportée par Soro KB [23] dans 61,6% des cas. Elle était indiquée d'emblée chez 27,9% des patients et après échec du traitement médical chez 33,7%.

2.11. Evolution

A deux semaines post-opératoire 52,4% des patients avaient un bon état général. A 1 mois 64 % des patients avaient un bon état général. Dix (10) patients avaient présenté de complications parmi lesquelles, la surinfection était le type de complication le plus retrouvé dans 40 % des cas.

Taux mortalité : Comparaison des différentes études.

| Étude | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-----------------------|------------------|------------------------|
| Oukli Y Maroc [23] | 3 | 9,6 |
| Notre série | 1 | 4,8 |

Nous avons enregistré 1 cas de décès soit un taux de mortalité de 4,8%. Oukli Y au Maroc en 2020 [23] , a enregistré 3 décès soit 9,6% de taux de mortalité.

CONCLUSION

Les fistules digestives externes postopératoires sont des complications graves de la chirurgie digestive. Dans notre série, elles touchent une population relativement jeune avec une prédominance masculine (sexe ratio H/F = 2,0).

Elles peuvent survenir après toute chirurgie digestive surtout fréquente après une intervention chirurgicale d'urgence.

Le traitement médical initial permet de corriger considérablement les déséquilibres hydro électrolytiques liés à la fistule et d'assurer une assistance nutritionnelle correcte et efficace des patients.

Le traitement médicochirurgical permet une réduction significative du taux de mortalité liée aux fistules digestives. L'évolution est favorable dans la majorité des cas. Les complications sont surtout liées aux facteurs locaux, généraux et aux caractéristiques propres à la fistule.

RECOMMANDATIONS

Au Personnel médico-chirurgical

- Respect stricte des mesures d'asepsie et d'antisepsie.
- Pose de bonnes indications opératoires.
- Vigilance dans la surveillance post opératoire afin de déceler le plus tôt possible les complications post opératoires et d'assurer leur gestion efficiente.
- Instauration d'une collaboration pluridisciplinaire dans la prise en charge des fistules digestives post opératoires ;

Aux autorités politiques et sanitaires

- Renforcement de capacité des services sociaux qui constituent un élément important de soutien pour les malades fistuleux ;
- Mise accessible et à un coût abordable les poches adhésives de colostomie et éviter les ruptures de stock ;
- Instauration d'un plateau technique bien adapté.
- Instauration d'un système de prise en charge par l'assurance maladie.

Aux patients et aux parents

- Consultation le plus tôt possible devant symptôme en général et une douleur abdominale en particulier.
- Eviction de l'automédication.

REFERENCES

- [1] Yassir EO. Les fistules digestives postopératoires (à propos de 31 cas); Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat; Mémoire Maroc; 2020; N°073; 83p.
- [2] Traoré MY. Complications post opératoires dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Thèse de Médecine, Bamako 2020; N°104: 87p.
- [3] Maiga MA. Prise en charge des fistules digestives externes postopératoires dans le service de réanimation de l'Hôpital du Point «G». Thèse de Médecine; Bamako 2005; N°101; 98p.
- [4] Amadou I. Invagination intestinale de l'enfant à l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Med Bamako 2005; N°169:108p.
- [5] Colboc H, Meaume S. Âge et cicatrisation», Revue Francophone de Cicatrisation, vol. 2, no 2, p. 30-32, mars 2018, doi: 10.1016/j.refrac.2018.03.007.
- [6] Bissett IP. Postoperative Small Bowel Fistula: Back to Basics», Trop Doct, vol. 30, no 3, p. 138-140, juill. 2000, doi: 10.1177/004947550003000308. »
- [7] « Kate V, KumarP, Maroju N. « Enterocutaneous fistulae: Etiology, treatment, and outcome - A study from South India », Saudi J Gastroenterol, vol. 17, no 6, p. 391, 2011, doi: 10.4103/13193767.87180.
- [8] Medeiros A. C, Aires-Neto T, Marchini J. S, Brandão-Neto J, Valença D. M, Egito EST. « Treatment of Postoperative Enterocutaneous Fistulas by High-Pressure Vacuum with a Normal Oral Diet », Dig Surg, vol. 21, no 5-6, p. 401-405, 2004, doi: 10.1159/000082317.
- [9] Gyorki D. E. et al., « Enterocutaneous fistula : a single-centre experience », ANZ Journal of Surgery, vol. 80, no 3, p. 178-181, mars 2010, doi: 10.1111/j.1445-2197.2009.05086.
- [10] Touilite M. La prise en charge des fistules digestives externes postopératoires au service de chirurgie générale CHU Mohamed VI. Thèse de Médecine, Marrakech 2020; N°132: 163p.
- [11] Muhindo VM. Profil epidemioclinique et thérapeutique des fistules digestives en ville de Butembo à l'est de la République Démocratique du Congo. Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin, 2020; N° 034. »
- [12] Visschers R.G, et al. Treatment strategies in 135 consecutive patients with enterocutaneous fistulas. World J Surg 2014; 32: 445-53.
- [13] John M. et al. Enterocutaneous fistulas: Are treatment improving. surgery 2006; 140: 5-8.
- [14] Traoré B. Etude des fistules digestives externes post-opératoires dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel TOURE. Thèse Med Bamako 2007; N°86:105p.

- [15] Levy et AL. Fistules enterocutanées post-opératoires données actuelles. Encyc Med CHIR (Elsevier Paris) gastro-entérologie. 9-067-A-10 ; 1996 19p.
- [16] Craig Lynch A et AL. Clinical out come and factors predictive of recurrence after entérocutaneous fistulas surgery. Ann of surgery 2004; 240:P825-831.
- [17] Loygue J et al. Traitement des fistules cutanées post opératoires. Expérience de 150 cas. Ann chir 1970 ; 24 :1225-1245. »
- [18] Aldo Cunha Medeiros et al : Treatment of post operative enterocutaneous fistulas by high pressure vacuum with a normal oral Diet. Dig surg 2004: 21: 401 – 4056.
- [19] Oukli Y. Les fistules digestives postoperatoires à propos de 31 cas. Université Mohammed V. Mémoire de Médecine, Maroc 2020 ; N°073, 83p. »
- [20] Traoré SS. Les désunions anasto-motiques après résection intestinale au centre hospitalier national yalgadooué-draogo (chnyo) Ouagadougou. Annales de l'université de Ouagadougou 1998 ; 6 : 63-71.
- [21] Gouin F, Martin CI, Chevalier A et Igual JP. Traitement médical des fistules du grêle. Encycl. Méd. Chir., Paris, Anesthésie-Réanimation, 36880 – D10, 11-1981.
- [22] Stawick, S.P, Gastrointestinal fistulae. OPUS 12 Scientist 2008; 2 (1): 13-16.
- [23] Soro K.G., Coulibaly A., Yapo P., Koffi G., N'Da H.A., Ehua S.F et al. Pronostic des fistules digestives post-operatoires au chu de yopougon : abidjan/cote d'ivoire. Mali Médical 2006, N°4 : 12-15.
- [24] Hollender L. F et Otteni F. Fistules externe post-opératoires de l'intestin grêle. Encycl. Med Chir ; Paris ; Estomac-intestin ; 9-1974 ; 9067 ; A-10
- [25] Marescaux J., Evard S., Miranda E. Traitement actuel des fistules digestives post-opératoires. Revue du praticien ; n° 1 ; Janvier 1991.

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : SACKO

Prénom : Seydou

Pays d'origine : Mali

Année universitaire : 2020 -2021

Ville de soutenance : Bamako

Titre de la thèse : Fistules digestives post-opératoire dans le service de chirurgie A CHU point G

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Chirurgie.

Résumé :

Introduction : Une fistule digestive est l'issue du liquide digestif hors de la lumière digestive, vers la cavité péritonéale, un organe de voisinage ou extériorisée à la peau.

Objectif : L'objectif de notre étude était d'étudier les fistules digestives post opératoires en chirurgie A.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie. A portant sur 21 cas de fistules digestives post-opératoire dans le service de chirurgie A CHU point G allant de janvier 2010 à juillet 2021 soit une durée de 10 ans et 7 mois. Notre étude a inclus Tous les patients âgés de 15 ans au moins, opérés ou référés dans le service de chirurgie. A du CHU Point G chez lesquels une fistule digestive post opératoire est survenue dans les suites opératoires.

Résultats : Dans cette étude la majorité des patients enquêtés avait un âge supérieur à 50 ans soit 23,80% des cas. La moyenne d'âge était de $37,6 \pm 17$ ans

avec des extrêmes de 15 et 65 ans avec une prédominance masculine dans 66,7% soient 14 patients. Le sex- ratio était de 2,0.

La majorité des patients avait une température supérieure à 37,5 dans 57,1% suivi des cas plus de dénutrition dans 33,3% des cas. La douleur abdominale et le vomissement a été respectivement retrouvé dans 81,0% et 52,4% des cas. L'écoulement de selle soit 71,4% des cas un orifice externe unique dans 71,4% des cas. Le siège digestif était le plus représenté dans 66,66% dans cas. Le lâchage des points de sutures était l'étiologie la plus retrouvée dans 52,4% des cas. Plus de la moitié soit 71,4% des cas l'intervention était faite dans un contexte d'urgence. L'appendicectomie était la nature du geste la plus retrouvée soit 23,8% des cas avec un délai post opératoire inférieur à 50 jours dans 47,6% des cas. La moyenne était de 31 ± 54 jours avec des extrêmes de 2 et 180 jours. La fermeture spontanée de la fistule a été observée chez 14,3% des patients et la reprise chirurgicale a été effectuée dans 85,7 % des cas. Les fistules coliques étaient les indications de la reprise les plus dans 28,6% des cas. L'iléostomie était l'intervention de sauvetage la plus représentée dans 19% des cas et la suture simple avait été réalisée dans 33,3% des cas comme l'intervention de réparation.

Une complication à type de surinfection a été signalé dans 40 % des cas. Le taux de mortalité était de 4,8% des cas.

Conclusion : Les fistules digestives externes postopératoires sont des complications graves de la chirurgie digestive.

Mots clés : Chirurgie générale ; fistules digestives post opératoire ; Mali.