

UNIVERCITE ABOU BAKR BELKAID

FACULTE DE MEDECINE

TLEMCEN

SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE « A »

THEME :

LES REPRISES CHIRURGICALES

DE 2006 A 2010

Réalisé par :

Dr BOUDRAA Lila Sihem

Encadré par :

Dr BEDJAOUI

Dr BENMRAH

Ben M. BENKAIEF
Service
G.H.U. TLEMCEN

ANNEE UNIVERSITAIRE

2010-2011

REMERCIEMENTS

Je remercie tous ceux qui m'ont aidé à réaliser ce travail ; a dénommer :

*Pr BENKALFAT ;

*Pr ABI AYED ;

* Pr BOUALLOU ;

* Dr MESLI ;

*Dr BEDJAOUI ;

* Dr AZZOUNI ;

* Dr BENMRAH

ainsi que mes parents et mon époux ;

merci pour tout

TABLE DES MATIERES

I) INTRODUCTION

II) MATERIEL ET MOYENS

III) OBJECTIFS

IV) DISCUSSION

V) CONCLUSION

I) INTRODUCTION

En grande majorité, les ré-interventions précoces en chirurgie digestive visent à traiter une infection intra-péritonéale diffuse ou localisée. Les autres causes qui pourraient conduire à un nouvel acte chirurgical :

- *les occlusions
- *les hémorragies
- *les éviscérations

Bien qu'ayant une incidence faible (elles compliquent 2 à 3 % des laparotomies).

Les péritonites postopératoires (PPO) doivent absolument être évoquées et diagnostiquées rapidement car leur pronostic est beaucoup plus sévère que celui des péritonites secondaires non postopératoires et des autres complications avec une mortalité qui se situe entre 30 et 50 % selon les séries.

Malheureusement, les PPO sont souvent reconnues tardivement, puisque classiquement diagnostiquées entre le 5^e et le 7^e jour postopératoire, voire même après la 2^e semaine alors qu'il est en fait clairement démontré que la rapidité du diagnostic et un traitement adapté d'emblée sont deux facteurs pronostiques majeurs.

On va s'attarder plus sur les PPO vu leur importance ;

***Poser le diagnostic :**

Le diagnostic des PPO est difficile car on se situe dans une période particulière qui tient à la fois de la pathologie initiale qui avait engendré le geste

Chirurgical et à l'agression récente que l'organisme vient de subir.

De ce fait, les critères habituels cliniques, telles que la présence d'une douleur ou d'une

défense, biologiques avec une élévation des marqueurs de l'inflammation ou radiologiques avec la présence d'air ou d'un épanchement intra-péritonéal, perdent quasiment toute leur valeur.

Pour ne pas prendre trop de retard, il ne faut pas hésiter à évoquer ce diagnostic à chaque fois que l'évolution d'un opéré récent ne semble pas habituelle ou logique.

*** Facteurs de risque :**

Dans la littérature, ont été décrits certains facteurs de risque de PPO qui peuvent aider à évoquer ce diagnostic. Certains sont directement liés à la chirurgie réalisée : son caractère septique ou avec contamination per opératoire, sa réalisation en urgence, mais surtout les difficultés per opératoires rencontrées par le chirurgien, notamment en cas de mauvaises conditions locales comme par exemple après radiothérapie pré opératoire .

Un âge avancé ou la présence d'une dénutrition préopératoire, le diabète, une immunosuppression qu'elle qu'en soit la cause sont également des éléments favorisant les PPO, qui sont directement liés au terrain du patient . En pratique, ces facteurs pronostiques sont rarement indépendants les uns des autres.

*** Les signes cliniques :**

Les signes cliniques habituellement considérés pour le diagnostic de péritonites perdent, dans le contexte postopératoire, beaucoup de leur valeur.

Les anomalies de la température centrale, élément de base de toute surveillance postopératoire, sont fréquemment rapportées comme un signe précoce de complications, mais elles peuvent être absentes et sont malheureusement dépourvues de toute spécificité .

L'agitation, les troubles du comportement sont également des signes qui ont pu être considérés comme évocateurs de complications septiques intra-abdominales, mais leur étiologie multifactorielle interdirait également de leur prêter la moindre valeur prédictive positive.

Il faut donc considérer que devant l'absence de spécificité de tous ces signes, c'est plus « l'évolution clinique globale » postopératoire, comparée à un profil d'évolution postopératoire de référence pour l'intervention considérée, qui sera utilisée comme aide au diagnostic de complications.

Parfois le diagnostic s'impose de lui-même devant un écoulement digestif ou bilieux par une cicatrice ou un trajet de drainage.

Actuellement, il faut cependant remettre en question cette éventualité, car avec l'évolution des pratiques chirurgicales dites « mini invasives », chirurgie par voie coelioscopique en particulier, la petite taille des cicatrices et l'absence de drainages ne permettront pas toujours l'extériorisation des liquides infectés.

Certains auteurs ont proposé le monitoring de la pression intra-abdominale comme élément d'aide au diagnostic. Dans un travail publié en 2008, Basu et al ont voulu démontrer un lien entre son élévation en période postopératoire et la survenue d'une PPO. Les résultats sont modestes, car même s'il existe une sensibilité de 75 % et une valeur prédictive négative de 91 %, la spécificité et la valeur prédictive positive ne sont respectivement que de 68 et 37,5 %.

De plus, sa mesure en routine est rarement réalisée en services classiques contrairement aux services de réanimation. Une circonstance particulière qui témoigne à l'évidence d'une hyperpression intra-abdominale est l'éviscération, symptôme dont la conséquence paradoxale sera parfois d'améliorer l'état du malade en supprimant le syndrome compartimentaire et en permettant l'évacuation d'une infection intra-abdominale méconnue.

Faut-t-il ré intervenir ? quand ?

Une fois le diagnostic de PPO posé, plusieurs éléments sont pris en considération pour savoir s'il est nécessaire ou non de ré-intervenir. Les deux éléments qui dominent la discussion sont l'existence ou non d'une (ou plusieurs) défaillances viscérales et le caractère localisé ou généralisé de la péritonite.

II) MATERIEL ET MOYENS :

Comme moyens et matériel j'ai disposé des résultats fournis par les protocoles opératoires du service de la chirurgie générale « A » et ceux des urgences médicaux chirurgicales.

Sur une période de 05 ans (2006-2007-2008-2009-2010) j'ai trouvé un total des cas égal à 27 cas pour 25 patients dont 2 patients ont été repris 2 fois.

Ces patients et ces cas sont répartis comme suite :

REPARTITION DES CAS ET DES PATIENTS SELON LES ANNEES :

Année	2006	2007	2008	2009	2010
Cas	1	-	4	9	13
Patients	1	-	4	9	11

REPRISES DE L'ANNEE 2006

NOM: YAHLALI

PRENOM: SAID

AGE: 33ans

DATE D'ENTREE: 14-03-06

DIAGNOSTIC: tumeur du colon transverse

ANTECEDANTS: RAS

SIGNES PARTICULIERS: RAS

ASA: I

1^{er} GESTE: résection de la tumeur

COMPLICATIONS: fistule digestive (P.PO)

2^{eme} GESTE: anastomose jéuno-colique

DATE DU 2^{eme} GESTE: 26-04-06

DATE DE SORTIE :

REPRISES DE L'ANNEE 2008

NOM: BENBAKHTI

PRENOM: AMINA

AGE: 52ans

DATE D'ENTRÉE: 10-01-08

DIAGNOSTIC: néo vésiculaire

ANTECEDANTS: RAS

SIGNES PARTICULIERS: RAS

ASA: I

1^{er} GESTE: non trouvé

COMPLICATIONS: péritonite par perforation diastasique de l'ilion terminal + occlusion par envahissement de l'angle colique droit (P.PO)

2^{eme} GESTE : section puis réfection du colon moyen après aspiration de son contenu, hémostase douteuse, drainage

DATE DU 2^{eme} GESTE: 10-01-08

DATE DE SORTIE :

REPRISES DE L'ANNEE 2008

NOM: GHASSIL

PRENOM: YAMNA

AGE: 52 ans

DATE D'ENTREE: 10-02-08

DIAGNOSTIC: abcès pariétal

ANTECEDANTS: cholécystectomie

SIGNES PARTICULIERS: RAS

ASA: I

1^{er} GESTE: incision de l'abcès + évacuation

COMPLICATIONS: fistule antéro-cutanée colon transverse (P.PO)

2^{eme} GESTE: libération de différentes adhérences, suture de la plaie, toilette abdominale

DATE DU 2^{eme} GESTE: 01-03-08

DATE DE SORTIE :

REPRISES DE L'ANNEE 2008

NOM: BELHADEF

PRENOM: MOHAMMED

AGE: 50ans

DATE D'ENTREE: 23-09-08

DIAGNOSTIC: syndrome occlusive (recidive tumorale au niveau de l'anastomose ilio-transverse avec des adhérences pariétales métastatiques)

ANTECEDANTS: HTA

SIGNES PARTICULIERS: RAS

ASA: II

1^{er} GESTE: ilio stomie de décharge

COMPLICATIONS: torsion de l'anse grélique (syndrome occlusif)

2^{eme} GESTE: détorsion + résection de la nécrose

DATE DU 2^{eme} GESTE: 24-09-08

DATE DE SORTIE :

REPRISES DE L'ANNEE 2008

NOM: HADJ KADDOUR

PRENOM: MOHAMMED AMINE

AGE: 28

DATE D'ENTREE: 29-09-08

DIAGNOSTIC: sténose hypertrophique du pylore

ANTECEDANTS: RAS

SIGNES PARTICULIERS: RAS

ASA: I

1^{er} GESTE: extraction de l'olive pylorique d'une longueur de 2 cm, pylorostomie extra muqueuse

COMPLICATIONS: syndrome occlusif, brides grêliques, sténose de l'anastomose colo-rectale

2^{eme} GESTE: résection des brides, colostomie gauche, suture de l'extrémité distale

DATE DU 2^{eme} GESTE: 03-10-08

DATE DE SORTIE :

REPRISES DE L'ANNEE 2009

NOM: FENDI

PRENOM: AZZEDDINE

AGE: 30ans

DATE D'ENTREE: 08-02-09

DIAGNOSTIC: kyste hydatique du foie

ANTECEDANTS: RAS

SIGNES PARTICULIERS: RAS

ASA: I

1^{er} GESTE : périkystectomie + épiploplastie et mise en place d'un drain de kher dans le canal hépatique car sténose de la VBP

COMPLICATIONS: suspicion d'une tumeur du foie

2^{ème} GESTE: anastomose hépatico-jejunale sur anse en Y

DATE DU 2^{ème} GESTE: 08-03-09

DATE DE SORTIE : non trouvée

REPRISES DE L'ANNEE 2009

NOM: BELKACEM

PRENOM: YAMINA

AGE: 41ans

DATE D'ENTREE: 14-03-09

DIAGNOSTIC: cholecystopancréatite refroidie

ANTECEDANTS: RAS

SIGNES PARTICULIERS: RAS

ASA : I

1^{er} GESTE: cholécystectomie + cholédoctomie + drain de kher n° 14 + drainage sous hépatique

COMPLICATIONS: AEG et le drain de kher ne ramène rien

2^{eme} GESTE: fuite biliaire minime par l'orifice de la cholédoctomie, foie d'allure cirrhotique une induration tumorale au niveau de la tête du pancréas ablation du drain de kher remplacé par un plus gros n°18

DATE DU 2^{eme} GESTE: 06-04-09

DATE DE SORTIE: non trouvée

REPRISES DE L'ANNEE 2009

NOM: MEKAOUI

PRENOM: MOHAMMED

AGE: 47 ans

DATE D'ENTREE: 02-05-09

DIAGNOSTIC: kyste hydatique du poumon

ANTECEDANT: RAS

SIGNES PARTICULIERS: RAS

ASA: I

1^{er} GESTE: opéré ça fait 15jrs geste non préciser

COMPLICATIONS: épanchement résiduel

2^{eme} GESTE: mise en place d'un drain aspiration d'un liquide purulent fixation du drain

DATE DU 2^{eme} GESTE: 04-05-09

DATE DE SORTIE : non trouvée

REPRISES DE L'ANNEE 2009

NOM : HAKIKI

PRENOM : Abdelhakim

AGE : 20 ans

DATE D'ENTREE : 20-06-09

DIAGNOSTIC : rétablissement de continuité colique le 17-06-09

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : I

1^{er} GESTE : non mentionner

COMPLICATIONS : choc septique (péritonite)

2^{eme} GESTE : lavage péritonéal + réstomis du bout proximal en FIG et fermeture du bout distal selon Hartman, mise en place d'une lame delbet dans le CDS

DATE DU 2^{eme} GESTE : 20-06-09

DATE DE SORTIE : 20-06-09

REPRISES DE L'ANNEE 2009

NOM:SAFI

PRENOM : Fatima

AGE: 52 ans

DATE D'ENTREE: 20-09-09

DIAGNOSTIC: occlusion

ANTECEDANTS: HTA

SIGNES PARTICULIERS: RAS

ASA: II

1^{er}GESTE: résection iléale+confection d'une anastomose iléo-iléale

COMPLICATIONS: péritonite post-opératoire

2^{eme}GESTE: désunion anastomotique lavage, iléo stomie+drainage

DATE DU 2^{eme} GESTE: 30-09-09

DATE DE SORTIE: 20-10-09

REPRISES DE L'ANNEE 2009

NOM : BOUMEDIENNE

PRENOM : Azzeddine

AGE : 26 ans

DATE D'ENTREE : 26-09-09

DIAGNOSTIC : traumatisme abdominal

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : I

1^{er} GESTE : héli colectomie droite+anastomose gastro-jejunale+jajunostomie

COMPLICATIONS : traumatisme du bloc duodéno-pancréatique (hémorragie active au niveau de la plaie)

2^{eme} GESTE : extraction de l'hématome du pancréas +lavage+suture sigmoïdienne

DATE DU 2^{eme} GESTE : 26-09-09

DATE DE SORTIE : non trouver

REPRISES DE L'ANNEE 2009

NOM: BOUSHABA

PRENOM: Abdelkader

AGE: 56 ans

DATE D'ENTREE: 30-09-09

DIAGNOSTIC: Tm de la jonction recto sigmoïdienne

ANTECEDANTS: insuffisance rénale

SIGNES PARTICULIERS: insuffisance rénale

ASA: II

1^{er} GESTE: résection segmentaire

COMPLICATIONS: occlusion

2^{eme} GESTE: iléo stomie+fermeture sur drainage

DATE DU 2^{eme} GESTE: 30-09-09

DATE DE SORTIE: décédé le 21-10-09

REPRISES DE L'ANNEE 2009

NOM : MALKI

PRENOM : Latifa

AGE : 39 ans

DATE D'ENTREE : 26-10-09

DIAGNOSTIC : syndrome occlusif

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : I

1^{er} GESTE : résection du colon pelvien

COMPLICATIONS : syndrome occlusif

2^{eme} GESTE : héli colectomie gauche + colo-colique (transverse-portion basse du sigmoïde) + drainage

DATE DU 2^{eme} GESTE : 26-10-09

DATE DE SORTIE : 03-11-09

REPRISES DE L'ANNEE 2009

NOM: BARKA

PRENOM: AHMED

AGE: 72 ans

DATE D'ENTREE: 02-11-09

DIAGNOSTIC: tumeur pancréatique {ampulome vaterien}

ANTECEDANTS: RAS

SIGNES PARTICULIERS: ictère modéré

ASA: II

1^{er} GESTE: DPC anastomose jejuno-pancréatique, hépatico-jejunale et gastro-jejunale en sous méso colique

COMPLICATIONS: iléus reflexe depuis 4jrs + fistule d'anastomose pancréatico jejunale

2^{eme} GESTE: suture de la fissure + drainage +lame

DATE DU 2^{eme} GESTE: 17-11-09

DATE DE SORTIE: 31-12-09

REPRISES DE L'ANNEE 2010

NOM : MEBARKI

PRENOM : Cherifa

AGE : 64 ans

DATE D'ENTREE : 13-12-09

DIAGNOSTIC : néo gastrique

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : I

1^{er} GESTE : exérèse de la partie inférieure de l'œsophage + gastrectomie totale + anastomose intra thoracique

COMPLICATIONS : 2^{ème} reprise

2^{ème} GESTE : œsophagotomie (Tolrek)

DATE DU 2^{ème} GESTE : 18-01-10

DATE DE SORTIE : 17-02-10

REPRISES DE L'ANNEE 2010

NOM : CHIBOUB FELLAH

PRENOM : Leila

AGE : 59 ans

DATE D'ENTREE : 13-12-09

DIAGNOSTIC : adéno carcinoma rectal à 12 cm

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : I

1^{er} GESTE : résection avec anastomose colorectale basse à la pince circulaire et une iléo stomie de protection.

COMPLICATIONS : abcès pelvien suite à une fistule d'anastomose

2^{eme} GESTE : suture de la fistule qui se trouve à 2h avec issus de prise mesurant 15 cm par voie transversale et instauration d'un système d'irrigation drainage à la sonde de sahel par une contre incision périanale

DATE DU 2^{eme} GESTE : 05-01-10

DATE DE SORTIE : 19-01-10

REPRISES DE L'ANNEE 2010

NOM : MEBARKI

PRENOM : Cherifa

AGE : 64 ans

DATE D'ENTREE : 13-12-09

DIAGNOSTIC : néo gastrique

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : I

1^{er} GESTE : extraction de la partie inferieur de l'oesophage+gastrectomie totale+anastomose intra thoracique
eoso jejunale haute+jejuno jejunale basse

COMPLICATIONS : lachage d'anastomose

2^{eme} GESTE : suture de l'anastomose

DATE DU 2^{eme} GESTE : 03-01-10

DATE DE SORTIE : 17-02-10

REPRISES DE L'ANNEE 2010

NOM :BENCHEKCHEK

PRENOM : Aicha

AGE : 35 ans

DATE D'ENTREE : 10-10-10

DIAGNOSTIC : néo gastrique

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : I

1^{er} GESTE : gastrectomie totale+curage ganglionnaire D2+anastomose en Y esophage-jejunale et jejuno-jejunale haute et basse

COMPLICATIONS : dyspnée suite à un hématome sous phrénique

2^{ème} GESTE : drainage thoracique+drainage de la loge sous phrénique

DATE DU 2^{ème} GESTE : 21-10-10

DATE DE SORTIE : décédée le 11-11-10

REPRISES DE L'ANNEE 2010

NOM :BENCHEKCHEK

PRENOM : Aicha

AGE : 35 ans

DATE D'ENTREE : 10-10-10

DIAGNOSTIC : néo gastrique

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : I

1^{er} GESTE : gastrectomie totale+curage ganglionnaire D2+anastomose en Y esoso-jejunale et jejuno-jejunale haute et basse

COMPLICATIONS : fistule eosophagienne, collection abdominale purulente

2^{eme} GESTE : évacuation de la collection +suture de la fistule+drainage thoracique aspiratif

DATE DU 2^{eme} GESTE : 10-11-10

DATE DE SORTIE : décédée le 11-11-10

REPRISES DE L'ANNEE 2010

NOM : HAMZA CHERIF

PRENOM : Abdellah

AGE : 39 ans

DATE D'ENTREE : 23-08-10

DIAGNOSTIC : appendicite

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : I

1^{er} GESTE : appendicectomie

COMPLICATIONS : péritonite

2^{eme} GESTE : toilette péritonéale+lame de delbet

DATE DU 2^{eme} GESTE : 30-08-10

DATE DE SORTIE : 08-09-10

REPRISES DE L'ANNEE 2010

NOM : CHERIFI

PRENOM : Moussa

AGE : 23 ans

DATE D'ENTREE : 10-08-10

DIAGNOSTIC : plaie cervicale

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : I

1^{er} GESTE : hémostase assurée par points de ligature

COMPLICATIONS : récurrence hémorragique

2^{eme} GESTE : hémostase assurée par d'autres points de ligature mise en place d'une lame

DATE DU 2^{eme} GESTE : 14-08-10

DATE DE SORTIE : non trouvée

REPRISES DE L'ANNEE 2010

NOM : KARROUZ

PRENOM : Bouazza

AGE : 61 ans

DATE D'ENTREE : non trouvée

DIAGNOSTIC : péritonite appendiculaire

ANTECEDANTS : non trouvés

SIGNES PARTICULIERS : non trouvés

ASA : non trouvé

1^{er} GESTE : appendicectomie+toilette abdominale

COMPLICATIONS : occlusion, infarctus entro mésentérique

2^{eme} GESTE : libération des adhérences section de la bride toilette abdominale

DATE DU 2^{eme} GESTE : 29-06-10

DATE DE SORTIE : non trouvée

REPRISES DE L'ANNEE 2010

NOM : DJEMAI

PRENOM : Sid ahmed

AGE : 50 ans

DATE D'ENTREE : 05-06-10

DIAGNOSTIC : volvulus du colon pelvien

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : I

1^{er} GESTE : évacuation du segment distal+dévolvulation

COMPLICATIONS : occlusion sur bride

2^{eme} GESTE : libération des anses par la section de la bride et détorsion du grêle, toilette abdominale

Lame de delbet

DATE DU 2^{eme} GESTE : 05-06-10

DATE DE SORTIE : 13-06-10

REPRISES DE L'ANNEE 2010

NOM : BENABDERRAHMANE

PRENOM : Abdelkader

AGE : 67 ans

DATE D'ENTREE : 06-04-10

DIAGNOSTIC : sténose bulbaire

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : malnutrition

ASA : II

1^{er} GESTE : gastrectomie antro pylorique+vagotomie+gastro antro anastomose+anastomose gastro jejunaie en pré mesocolique

COMPLICATIONS : fistule digestive+état de choc infectieux

2^{eme} GESTE : mise en place au niveau de la fistule d'une sonde de peteer, drainage large de la cavité abdominale par lame en sous hépatique et un drain au niveau de la loge splénique

DATE DU 2^{eme} GESTE : 27-04-10

DATE DE SORTIE : décédé le 28-04-10

REPRISES DE L'ANNEE 2010

NOM : BENSNAME

PRENOM : Khadidja

AGE : 77 ans

DATE D'ENTREE : 31-03-10

DIAGNOSTIC : néo de l'oesophage

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : II

1^{er} GESTE : confection d'une jejunostomie d'alimentation

COMPLICATIONS : occlusion

2^{eme} GESTE : suture de la perforation jéjunale, mise en place d'une lame de deibet en regard de la suture

DATE DU 2^{eme} GESTE : 26-04-10

DATE DE SORTIE : décédée le 09-05-10

REPRISES DE L'ANNEE 2010

NOM : BENAISSA

PRENOM : Miloude

AGE : 64 ans

DATE D'ENTREE : 18-03-10

DIAGNOSTIC : néo du rectum à 15 cm de la marge anale

ANTECEDANTS : RAS

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : I

1^{er} GESTE : section résection+anastomose colo rectale basse+iléostomie de protection

COMPLICATIONS : distention importante des anses grêles avec épanchement intra-périnéale (3^{ème} section infectée) stomie iléale non fonctionnelle

2^{ème} GESTE : déconnection de la stomie avec confection d'une autre stomie iléale

DATE DU 2^{ème} GESTE : 25-03-10

DATE DE SORTIE : 14-04-10

REPRISES DE L'ANNEE 2010

NOM : FIDAH MORO

PRENOM : Ahmed

AGE : 79 ans

DATE D'ENTREE : 07-03-10

DIAGNOSTIC : néo du return

ANTECEDANTS : HTA

SIGNES PARTICULIERS : RAS

ASA : II

1^{er} GESTE : amputation abdomino pelvienne+colostomie gauche definitive

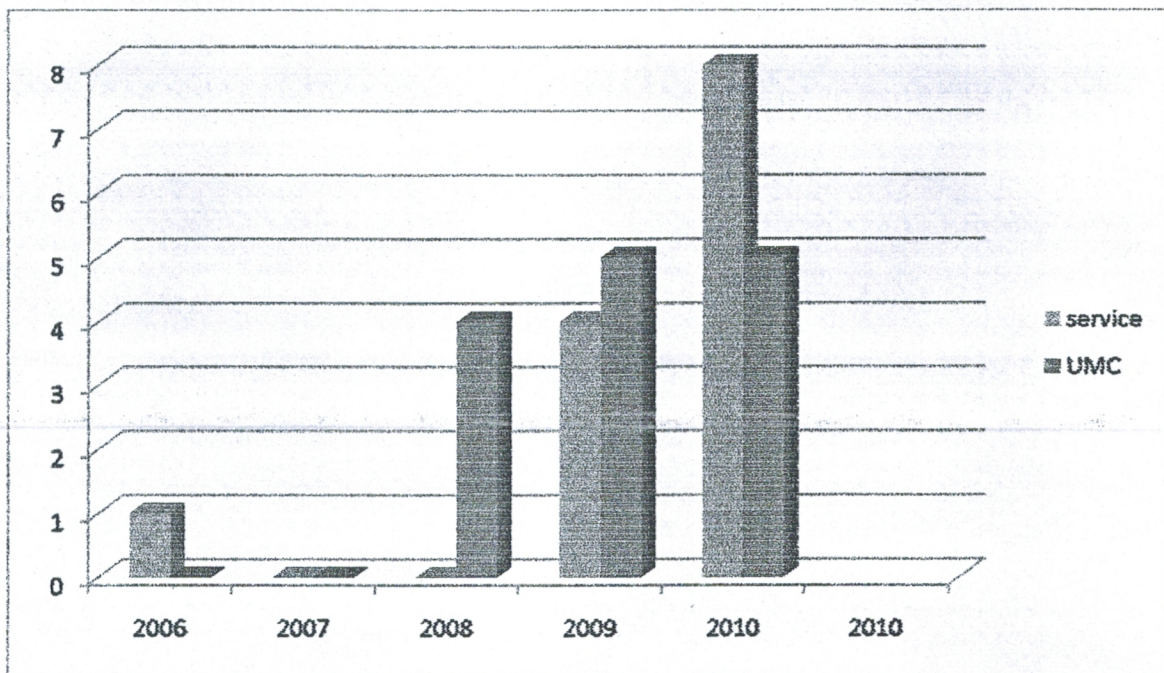
COMPLICATIONS : syndrome occlusif

2^{eme} GESTE : confection d'une nouvelle colostomie

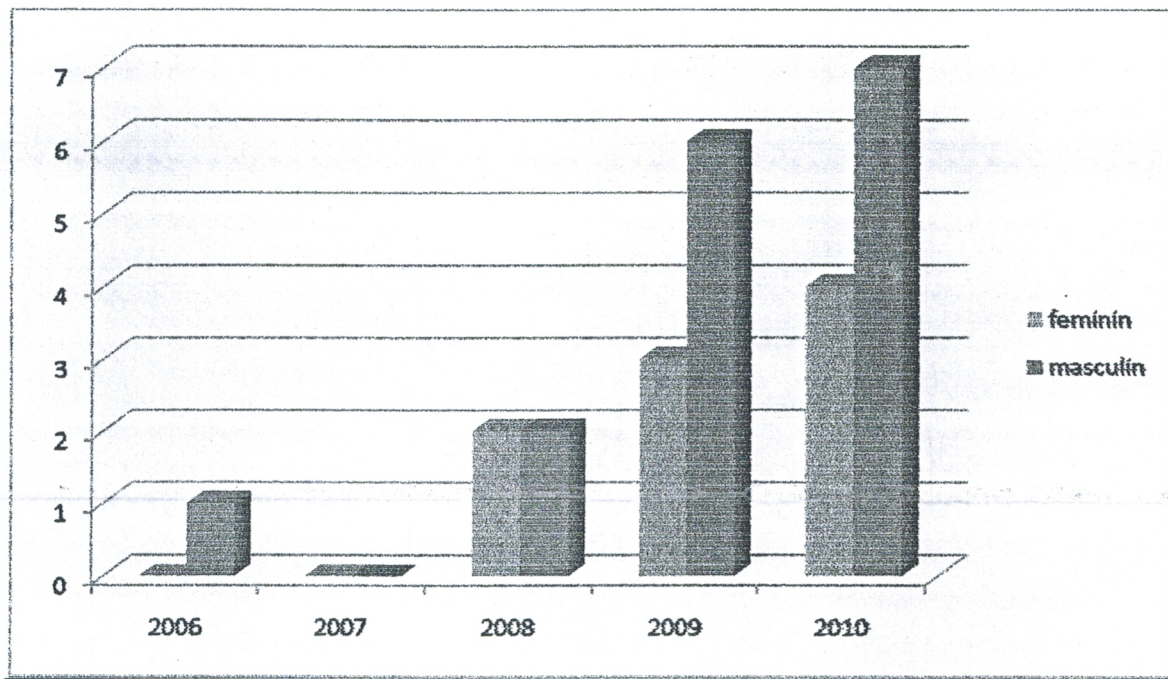
DATE DU 2^{eme} GESTE : 20-04-10

DATE DE SORTIE : 11-05-10

REPARTITION DES CAS SELON LE LIEU DE REPRISE :



REPARTION DES PATIENTS SELON LE SEXE :



REPARTITION DES PATIENTS SELON LE DG INITIAL :

diagnostic	2006	2007	2008	2009	2010
Néo gastrique	-	-	-	-	2
Néo rectal	-	-	-	1	3
Néo vésiculaire	-	-	1	-	-
Néo de l'œsophage	-	-	-	-	1
Néo colique	-	-	-	-	-
Occlusion	-	-	1	3	1
Appendicite+péritonite appendiculaire	-	-	-	-	2
Traumatisme par arme blanche	-	-	-	1	1
Pathologies pancréatiques	-	-	-	2	-
Abcès pariétal	-	-	1	-	-
Kyste hydatique	-	-	-	2	-
Autre (sténose)	-	-	1	-	1

REPARTITION DES DECES :

Diagnostic initial	Pathologies tumorales				Sténose bulbaire
	oesophage	gastrique	rectal	colique	
Nombre de décès	1	1	1	1	1
Diagnostic de reprise	Occlusion			P.PO	
Nombre de décès	2			3	

III) OBJECTIFS :

-DIMINUER LE TAUX DES REPRISES

-AGIR PLUS RAPIDEMENT DANS LE CAS DES P.PO

IV) Discussion

* La survenue d'une complication chirurgicale postopératoire nécessite souvent une ré-intervention qui est habituellement réalisée par laparotomie.

Celle-ci est à l'origine d'une lourde morbidité à court et long terme

On a remarqué que tous nos malades repris ont bénéficiés d'une laparotomie au 1^{er} geste, alors que la laparoscopie occupe une place prépondérante en chirurgie générale et digestive après avoir été longtemps controversée;

La laparoscopie représente actuellement 80% des interventions, elle diminue très sensiblement les douleurs post opératoires, la durée d'hospitalisation et de convalescence ainsi que les cicatrices

Elle trouve son intérêt dans la totalité des pathologies, même tumorales: colon, rectum, œsophage.....

Alors pour quoi ne pas utiliser les progrès de la science à notre profit, et profiter des avantages de cette laparoscopie non agressive pour diminuer les risques post-op lourds de la laparotomie?

*Pour la PPO, complication la plus rencontrée en post opératoire, le traitement doit obéir à des principes généraux dont le respect est essentiel.

Le traitement chirurgical étant indispensable, la part du traitement médical est fondamentale.

Son but est surtout de positiver le bilan azoté et donc d'accroître les défenses immunitaires de l'organisme, seul facteur de minimiser les risques de la dénutrition, donc de favoriser la cicatrisation.

Si nécessaire que sans lui, l'acte chirurgical si parfait soit-il, serait inéluctablement voué à l'échec.

L'antibiothérapie même adaptée serait inefficace si les collections suppurées ne sont pas drainées.

C'est donc probablement en matière de PPO que la notion d'équipe médico-chirurgicale prend son sens le plus aigu.

L'attitude est unanime et comporte 4 axes : la rééquilibration hydroélectrolytique, la lutte contre l'hypoxie, l'infection et la dénutrition.

V) CONCLUSION :

Les reprises chirurgicales ont de lourdes conséquences sur la morbidité et la mortalité dans notre service; pour cela je vous propose de faire un projet d'étude comparative entre laparotomie et laparoscopie pour le 1^{er} geste et voir si on peut diminuer le nombre de reprise avec la laparoscopie; ainsi que de diminuer le taux de mortalité en cas de reprise par laparoscopie après une laparoscopie pour le 1^{er} geste, et pour le problème des PPO, un travail de collaboration entre équipe médicale et chirurgicale est la meilleure solution pour diminuer les conséquences lourdes qu'engendre cette complication redoutable