

Facteurs de risque de complications post-opératoires dans les sorties précoces: cas des CHU de Yopougon et Treichville.

A. Touré-Ecra (1)*, A. Horo (1), M. Fanny (1), P. Guié (2) & M. Koné (1)

(1) Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Yopougon, Côte d'Ivoire.

(2) Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Treichville, Côte d'Ivoire.

*Correspondance : Docteur Touré-Ecra Ana, Assistant-chef de clinique. 08 BP 816 Abidjan 08, Côte d'Ivoire. E-mail : anaecra@yahoo.fr

Manuscrit n° 2491. "Clinique". Reçu le 13 septembre 2004. Accepté le 19 avril 2005.

Summary: Risk factors of post-operative complications in early hospital releases: case of the Yopougon and Treichville teaching hospitals.

A multicentric and prospective survey has been carried out in simple blind from August 1998 to May 2000 at Yopougon and Treichville Teaching Hospitals on 185 patients having undergone an emergency or scheduled surgical intervention for a non septic gynaecological affection.

Ninety five patients were discharged early just after bowel motion, and ninety others left seven days after the surgical intervention. The authors compared the complications observed in the two modes of discharge and showed that there is no meaningful difference between their respective frequencies.

In a more general way, it has not been identified particular risk factors of post-operative complications.

Résumé:

Il s'agit d'une étude multicentrique et prospective réalisée en simple aveugle d'août 1998 à mai 2000 qui a intéressé 185 patientes des centres hospitaliers et universitaires (CHU) de Yopougon et de Treichville, ayant subi une laparotomie en urgence ou programmée pour une affection gynécologique non septique.

Quatre vingt quinze patientes sont sorties de façon précoce et quatre-vingt dix autres sont sorties à J7 post-opératoire. Les auteurs ont comparé les complications observées dans les deux modes de sortie et démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre leurs fréquences respectives.

Pour argumenter le choix de ce mode de sortie, les auteurs montrent qu'il n'y a pas de facteurs de risque particuliers exposant à des complications post-opératoires.

**gynaecology
early discharge
post-operative complication
hospital
Treichville
Yopougon
Abidjan
Côte d'Ivoire
Sub-Saharan Africa**

**gynécologie
sortie précoce
complication post opératoire
hôpital
Yopougon
Treichville
Abidjan
Côte d'Ivoire
Afrique intertropicale**

Introduction

Dans les pays en voie de développement, la pauvreté des populations est une des nombreuses causes du déficit d'accès aux soins de santé; aussi, quand un effort financier est fourni par les familles pour accéder aux soins, l'une des préoccupations du personnel traitant est-elle de minimiser le coût de l'hospitalisation en réduisant le séjour hospitalier. Or, les interventions chirurgicales exposent les patientes à des complications spécifiques, en dehors même de celles liées à la pathologie initiale. En effet, l'infection est un risque permanent en chirurgie, et l'on retrouve des bactéries pathogènes dans plus de 90 % des plaies opératoires lors de la fermeture; ceci existe quelle que soit la technique chirurgicale et quel que soit l'environnement. Dans certaines interventions gynécologiques, le risque infectieux post-opératoire est relativement

élevé, excédant parfois 50 % (3). C'est la hantise de la survenue de ces complications qui justifie des séjours hospitaliers postopératoires plus ou moins longs selon les pays, dans le but de les prévenir et de surveiller leur survenue.

Dans les deux centres hospitaliers précités, les séjours post-opératoires sont classiquement de sept jours. Nous avons donc pensé réduire le séjour postopératoire, tout en nous assurant qu'il n'existait pas de facteurs de risque particuliers exposant les patientes à des complications post opératoires.

Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée, en simple aveugle, d'août 1998 à avril 2000 dans les services d'hospitalisation des CHU de Yopougon et de Treichville.

Elle a concerné 185 patientes ayant subi, en urgence ou non, une intervention gynécologique non septique, à l'exclusion des cancers.

Ces interventions se répartissaient ainsi: 19 kystectomies, 6 annexectomies, 125 grossesses extra-utérines, 15 hystérectomies et 19 myomectomies. L'échantillonnage était de type systématique, selon l'ordre des interventions et se faisait sur le mode 1/1: une sortie précoce pour une sortie tardive.

Ainsi, 90 patientes sont-elles sorties de façon précoce, c'est-à-dire le lendemain de la reprise du transit, et 95 autres après le délai classique de sept jours; ce sont ces dernières que nous avons considérées comme sorties tardivement.

Toutes les patientes de l'étude ont été mises sous antibiotiques dès le post-opératoire immédiat et quel que soit le mode de sortie, le premier pansement a été refait à J7, puis tous les deux jours, jusqu'à cicatrisation complète de la plaie opératoire. Toute patiente n'ayant pas totalement cicatrisé à J14 a été classée comme retard de cicatrisation.

Les complications étaient essentiellement représentées par les abcès pariétaux et les retards de cicatrisation. Au cours de l'étude, 19 patientes ont été perdues de vue: il s'agit de patientes qui ne se sont plus présentées à un moment donné au cours des pansements et dont l'évolution n'a donc pas pu être suivie.

L'objectif général de cette étude est de démontrer qu'il n'existe pas de facteurs défavorables à une sortie post opératoire précoce; aussi avons-nous, sur le plan analytique, évalué la fréquence des complications selon:

- le mode de sortie;
- le délai de reprise du transit;
- le niveau scolaire;
- l'âge;
- le type d'incision.

Les tests statistique et épidémiologique utilisés sont le χ^2 et le risque relatif (RR).

Résultats

Epidémiologie

Age

Les patientes âgées de 21 à 40 ans représentaient 83,5 % (152/182) et ont toutes présenté une grossesse extra-utérine (GEU). Trois patientes ne connaissaient pas leur âge. Sur les 11 patientes âgées de 40 ans et plus, 93 % (13/14) ont subi une hystérectomie.

Profession

38,5 % (69/179) exercent dans le secteur informel;
14,5 % (26/179) sont salariées;
39,1 % (70/179) sont ménagères;
7,8 % (14/179) sont élèves ou étudiantes;
6 patientes n'ont pas voulu préciser leur activité.

Niveau scolaire

26,2 % (44/178) n'ont jamais été scolarisées;
33,3 % (56/178) ont un niveau primaire;
36,9 % (62/178) ont un niveau secondaire;
9,5 % (16/178) ont un niveau universitaire;
7 patientes n'ont pas pu préciser leur niveau scolaire.

Reprise du transit

Seules les données concernant les patientes sorties précocement ont été détaillées, car ce sont elles qui permettent de déterminer les différents délais de sorties classés comme précoces. 2,3 % (2/88) ont repris le transit à J0;

52,3 % (46/88) à J1;

39,8 % (35/88) à J2;

5,7 % (5/88) à J3.

Deux patientes n'ont pas pu préciser avec certitude le jour de la reprise du transit; en effet, lors de leur interrogatoire, elles n'étaient plus sûres d'avoir réellement émis les gaz au moment où elles l'avaient mentionné auparavant.

Parmi les patientes âgées de plus de 30 ans, 14,7 % ont repris le transit au-delà de J2 contre 9 % des patientes de moins de 30 ans ($\chi^2 = 1,41$ RR=1,62).

Patientes perdues de vue

Douze patientes dans le groupe des sorties précoces (13,3 %) et 7 dans celui des sorties tardives (7,4 %) ont été perdues de vue. $\chi^2 = 1,8$ $\alpha > 0,5$ RR = 1,9

Tableau I.

Comparaison de la survenue des abcès pariétaux selon le mode de sortie.

Comparison of appearance of parietal abscesses according to hospital release mode.

	suppuration (+)	suppuration (-)	total
sortie précoce	9	69	78
sortie tardive	10	78	88
total	19	147	166

$\chi^2 = 0,0012$

$\alpha > 0,9$

RR = 1,01

Complications pariétales

Parmi les patientes sorties tardivement, 11,4 % (10/88) ont présenté un abcès pariétal. Ce pourcentage dans le mode de sortie précoce est de 11,5 % (9/78).

Le mode de sortie n'a donc pas conditionné la survenue de suppuration pariétale. Au total, le taux de suppuration pariétale dans notre échantillon est de 11,4 % (19/166).

Tableau II.

Comparaison de la survenue d'un retard de cicatrisation selon le mode de sortie.

Comparison of an healing delay according to hospital release mode.

	retard (+)	retard(-)	total
sortie précoce	28	50	78
sortie tardive	42	46	88
total	70	96	166

$\chi^2 = 0,11$

$\alpha > 0,9$

RR = 0,76

Au cours des sorties tardives, 48 % (42/88) des patientes ont présenté un retard de cicatrisation contre 36 % (28/78) dans le principe des sorties précoces.

Le taux de retard de cicatrisation de notre population d'étude est de 42,2 % (70/166).

Tableau III.

Hypothèse du biais maximum concernant les abcès pariétaux.

Hypothesis of maximum bias regarding parietal abscesses.

	suppuration (+)	suppuration (-)	total
sortie précoce	21	69	90
sortie tardive	17	78	95
total	38	147	185

$\chi^2 = 0,83$

$\alpha > 0,9$

RR = 1,35

Tableau IV.

Hypothèse du biais maximum concernant les retards de cicatrisation.

Hypothesis of maximum bias regarding healing delays.

	retard (+)	retard(-)	total
sortie précoce	40	50	90
sortie tardive	49	46	95
total	89	96	185

$\chi^2 = 0,94$

$\alpha > 0,9$

RR = 0,86

Tableau V.

Relation entre le niveau d'études et la survenue de complications pariétales.
Relation between educational levels and parietal complications.

	complications (+)	complications (-)	total
niveau 0-1	37	53	90
niveau II +	31	40	71
total	68	93	161

$\chi^2 = 0,10$ $\alpha > 0,9$ RR = 0,94

En croisant les données manquantes pour le niveau scolaire et l'évolution pariétale, seules 161 patientes ont pu être prises en compte.

Tableau VI.

Relation entre le délai de reprise du transit et la survenue de complications pariétales.
Relation between period of return of bowel motion and parietal complications onset.

	complications (+)	complications (-)	total
> J2	8	12	20
≤ J2	58	86	144
total	66	98	164

$\chi^2 = 0,0005$ $\alpha > 0,9$ RR = 0,99

En croisant les données manquantes pour la reprise du transit et de l'évolution pariétale, seules 164 patientes ont pu être prises en compte.

Tableau VII.

Relation entre l'âge et la survenue de complications pariétales.
Relation between age and parietal complications.

	complications (+)	complications (-)	total
> 30 ans	26	44	70
≤ 30 ans	42	54	96
total	68	98	166

$\chi^2 = 0,73$ $\alpha > 0,9$ RR=0,84

En croisant les données manquantes pour l'âge et les complications, seules 166 patientes ont été prises en compte.

Type d'incision

80,1 % (133/166) des incisions étaient de type Pfannenstiel; 19,9 % (33/166) étaient médianes sous-ombilicales; 42,1 % (56/133) des incisions de Pfannenstiel ont présenté des complications pariétales contre 36,4 % des incisions médianes sous-ombilicales. ($\chi^2 = 1,41$ RR = 1,15).

Commentaires

Dans notre population d'étude, 90,8 % (168/182) des personnes ont moins de 40 ans: il s'agit donc d'une population jeune, caractéristique du profil démographique des pays en voie de développement.

Plus de la moitié de notre échantillon n'a pas franchi plus que le niveau primaire (100/168) tandis que moins du dixième de cet échantillon a un niveau universitaire, reflétant le bas niveau d'alphabétisation de la population féminine des pays en voie de développement.

Parmi nos patientes, 10,3 % (19/185) ont été perdues de vue, mais ceci n'a pas compromis l'analyse de nos résultats, non seulement parce que le seuil statistique toléré est de 20 %, mais aussi parce que nous avons pu, comme nous l'exposerons plus loin, tirer des conclusions par un procédé statistique: l'hypothèse du biais maximum.

Les pourcentages de perdues de vue, à savoir 7,4 et 13,3 %, respectivement dans les sorties tardives et les sorties précoces ne sont pas significativement différentes au point de vue statistique. Mais, quand on analyse cet événement en considé-

rant le risque relatif, il est nécessaire d'y prêter attention: en effet ce risque relatif est de 1,9, soit environ deux fois plus de patientes perdues de vue dans le mode de sortie précoce.

Nous avons interprété cette attitude comme une dédramatisation par ces patientes de leur état de santé, à partir du moment où, malgré une intervention chirurgicale, elles étaient autorisées à sortir du milieu hospitalier sans surveillance ni recommandation spéciales. Aussi se sont-elles souvent impliquées personnellement dans l'orientation à donner à la prise en charge des soins post-opératoires. En effet, il s'agissait souvent de patientes ayant, à proximité de leur habitation, une structure dispensant des soins infirmiers, à moindre frais certes, mais de moindre qualité que celles des CHU; ou encore de patientes ayant des relations dans le milieu paramédical, qui leur dispensent des soins à domicile; ces différentes alternatives évitent, en plus, aux patientes le tracassant du transport jusqu'au CHU, aspect économique non négligeable.

Ces constatations nous suggèrent donc de ne peut-être pas adopter systématiquement ce mode de sortie dans les interventions que nous aurons jugées délicates, ou tout au moins d'envisager une sensibilisation suffisante de ces patientes avant leur sortie, sans toutefois trop de détails médicaux afin de ne pas leur donner l'impression d'une sortie précoce à leurs dépens.

Ont repris le transit entre J1 et J2, 92 % des patientes, ce qui permet une sortie de principe au 3^e jour.

Ce sont 15 % (11/75) des patientes de plus de 30 ans qui ont repris le transit contre 9 % des patientes de moins de 30 ans; cette différence n'est pas significative sur le plan statistique ($\chi^2 = 1,41$), mais le risque relatif est de 1,62. L'explication serait plus culturelle que scientifique, car une des pratiques très courantes est le lavement évacuateur quotidien; aussi est-il habituel de constater des ralentissements du transit en milieu hospitalier chez ces patientes à partir d'un certain âge, dès lors qu'on les soustrait de leur environnement habituel.

Ces délais courts de reprise de transit constituent un argument supplémentaire quant à l'adoption du mode de sortie précoce, d'autant plus que, déjà, dans les pays développés, de nombreuses interventions sur le pelvis ne font l'objet d'hospitalisation que d'un jour (4).

11,4 % (19/166) des patientes ont suppuré; ce chiffre est en accord avec ceux de la littérature où les pourcentages varient entre 15 et 35 % (5) et est proche de ceux de SEIJA, en Finlande, qui est de 13,6 % après intervention bénigne et de VENKATANARAYANA, aux États-Unis, qui est de 10,5 % (6, 7).

Notre pourcentage peut être considéré comme performant dans notre milieu médical défavorisé, quand on le compare à celui de DICKER (1) aux États-Unis.

Dans notre étude, ces suppurations ont concerné exclusivement des patientes opérées en urgence. L'hémostase déficiente reste un facteur déterminant de cette morbidité post-opératoire.

Pour la plupart de nos patientes, opérées de GEU, l'augmentation de la survenue des infections pourrait s'expliquer par le biais d'une anémie trop souvent mal ou peu compensée, et aussi par le contexte d'urgence: le caractère urgent de l'intervention jouerait défavorablement par le biais d'une insuffisance d'asepsie et de diverses tares biologiques non maîtrisées. JAMIL retrouve des pourcentages qui sont nuls après intervention programmée (2).

Parmi nos patientes, 42 % (70/166) ont présenté un retard de cicatrisation; ceci était souvent dû à une mauvaise congruence des berges cutanées, mais aussi à la proportion des patientes

ayant présenté une suppuration pariétale et qui, nécessairement, voient la fréquence de leurs pansements augmentée.

La question essentielle que nous nous posions était de savoir si nous ne compromettions pas l'évolution de nos patientes en les soustrayant précocement à une surveillance médicale.

11,5 % (9/78) des patientes sorties précocement ont suppuré, contre 11,4 % (10/88) des patientes sorties à J7 ($\chi^2 = 0,0012$); quant au retard de cicatrisation, il a concerné 48 % (42/88) des patientes sorties à J7 pour 36 % (28/78) des patientes sorties précocement ($\chi^2 = 0,11$) (tableaux I et II).

L'analyse statistique montre qu'il n'y a pas de différence significative au point de vue des complications postopératoires entre les deux modes de sortie.

Le calcul du risque relatif confirme ces constatations en ce qui concerne les suppurations pariétales (RR = 1,01 \approx 1) mais il est de 0,76 pour les retards de cicatrisation, signifiant ainsi que les sorties précoces exposent moins que les sorties tardives à ce type de complication. L'explication ne nous est pas parue évidente, mais elle nous a, en tous cas, démontré que le séjour prolongé n'est pas forcément, comme on le pense, une solution contre certaines pratiques traditionnelles à visée cicatrisante, ou encore, contre la manipulation inopportune et intempestive du pansement.

L'hypothèse du biais maximum a confirmé à tout point de vue nos constatations cliniques; il s'agit d'une méthode statistique palliative qui a consisté à réintroduire toutes les 19 patientes perdues de vue dans l'étude et à les considérer comme ayant toutes eu des complications pariétales: même dans cette éventualité, les différences ne seraient toujours pas significatives. Tout au plus, retrouve-t-on, ici encore, une tendance moindre pour les sorties précoces à présenter un retard de cicatrisation; mais le risque relatif devient alors moins significatif (0,86 \approx 1) confirmant ainsi qu'il n'y a pas de risque véritable dans l'un ou l'autre mode de sortie (tableaux III et IV).

Nos résultats favorables dans le mode de sortie précoce vont dans le sens non seulement de JAMIL qui n'a rencontré aucune complication dans son échantillon de 492 patientes libérées les lendemains d'intervention gynécologique (2), mais aussi de SEIJA (6) qui rencontre des taux de complication identiques à ceux de la littérature après avoir libéré ses patientes dans les mêmes délais que nous (entre 1 et 4 jours).

Quand bien même le mode de sortie n'ait plus constitué un facteur de risque selon nos différentes constatations, nous avons voulu nous assurer qu'il n'existait pas d'autres éléments épidémiologiques qui pourraient influencer de façon défavorable l'évolution post-opératoire; ainsi nous avons analysé le risque de survenue d'une complication pariétale en fonction du niveau scolaire, du délai de reprise du transit, de l'âge et du type d'incision pariétale.

Les patientes non scolarisées et celles de niveau scolaire primaire n'ont pas plus de risque de présenter des complications pariétales que celles du niveau secondaire et plus (tableau V). Ce qui sous-entend qu'il n'est pas forcément besoin d'avoir un niveau intellectuel élevé pour comprendre les enjeux des soins de santé; bien au contraire, dans la pratique quotidienne, nous remarquons souvent que les moins alphabétisées sont plus dociles, parce que plus influençables, dès lors qu'on aborde des domaines trop « scientifiques » pour elles.

D'autre part, un délai de reprise de transit supérieur à deux jours n'a pas été prédictif d'une complication pariétale (tableau VI). Nous nous y attendions un peu, dans la mesure où le long délai ou l'absence de reprise du transit est signe, en général,

d'une complication digestive; nous n'en avons pas déploré dans notre série.

Les femmes de trente ans et moins ont été comparées à celles de plus de trente ans, et la différence des taux de complications n'a pas été significative; nous nous y attendions, puisque le délai de reprise du transit n'est pas différent dans les deux groupes d'âge (tableau VII).

Enfin, les types d'incision pariétale, à savoir celle de Pfannenstiel et la médiane sous-ombilicale (exclusivement utilisées dans notre série) présentent le même risque de complication pariétale; ce qui confirme bien l'avis de la plupart des auteurs qui affirment que la différence de bénéfice entre ces deux méthodes ne serait due qu'au niveau de technicité de l'opérateur et non de l'incision elle-même.

Comme nous le remarquons, la grande majorité des incisions pariétales, (80,1 % : 134/166) sont de type Pfannenstiel, et ceci pour des raisons esthétiques. Il faut préciser que la plupart des incisions médianes sous-ombilicales ont été des reprises d'anciennes cicatrices et/ou le fait d'indications ovariennes.

Conclusion

La sortie précoce, devenue une option de plus en plus habituelle dans les pays développés, avec des résultats positifs, ne présente aucun obstacle à son application dans notre environnement médical.

En effet, notre étude a permis de montrer qu'une sortie post-opératoire peut être proposée à nos patientes, sans que les complications soient majorées, surtout qu'il n'existe aucun profil épidémiologique particulier à risque.

Notre étude démontre que la sortie précoce gagnerait à être largement appliquée dans notre contexte médical, afin de contribuer au désengorgement des services hospitaliers.

Références bibliographiques

1. DICKER RC, GEENSPAN JR & STRAUS LT - Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *AM J Obstet gynecol*, 1982, **144**, 841-848.
2. FAYEZ JA & DEMPSEY RA - Short hospital stay for gynecologic reconstructive surgery via laparotomy. *Obstet Gynecol*, 1993, **81**, 598-600.
3. HALVARD G - Antimicrobial prophylaxis in Gynaecological and Obstetric surgery. *Scan J Infect Dis*, 1990, suppl **70**, 52-67.
4. REME JM, MARTIN JP, MONROIES X, DESPRATS R & PONTONNIER G - Complications de la chirurgie abdominale pour maladie bénigne. *Ann Chir*, 1988, **42**, 271-276.
5. SAHA J B, MITRA J, MONDAL A & OSPAN G - Length of stay of patients of a gynecological ward in a sub-divisional hospital in West Bengal. *Indian Journal of public health*, 1991, **35**, 71-74.
6. SEIJA S MELTOMAA, JUHA I, MAKINON, PENNTI J & KIILHOLMA - Outcome of short stay surgery in conventional gynaecological operations. *Acta obstet gynecol scand*, 1996, **75**, 480-483.
7. VENKATANARAYANA K & WENZEL R - Postoperative wound infection after total abdominal hysterectomy: a controlled study of increased duration of hospital stay and trends in postoperative wound infection. *Am J infect*, 1993, **21**, 201-204.