

Fistules digestives post-opératoires : fréquence et prise en charge dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry

Postoperative digestive fistulas: frequency and management in the general surgery department of Ignace Deen National Hospital, Conakry teaching Hospital

Bah IB, Oularé I, Barry MK, Théa K, Soumaoro LT, Fofana H, Touré A

Service de chirurgie générale, hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry

Auteur correspondant: Ibrahima Bory BAH; Téléphone: (+224) 622910137;

E-mail: bibrahimabory86@gmail.com

Reçu le 02 septembre 2025 - Accepté le 23 décembre 2025 - Publié le 30 décembre 2025

RESUME

Introduction : le but était d'étudier la fréquence et la prise en charge des fistules digestives post-opératoires dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen.

Patients et Méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive portant sur la revue des dossiers des patients pris en charge pour une fistule digestive post-opératoires durant la période de janvier 2021 à décembre 2023. Les variables étudiées étaient épidémiologiques, sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques.

Résultats : les fistules digestives post-opératoires ont représenté 11,2% par rapport à l'ensemble des complications post-opératoires (n=569). L'âge moyen était de 35,6±14 ans avec des extrêmes de 9 et 80 ans. La fistule était secondaire à une appendicectomie (41,2%), une perforation iléale non traumatique (27,5%), une désunion anastomotique colique (15,7%). Colique. Une réintervention chirurgicale a été nécessaire dans 56,9% contre 43,1% de traitement non opératoire. La mortalité globale était de 17,7%.

Conclusion : les fistules digestives post-opératoires sont des complications fréquentes et graves. Quel que soit la méthode thérapeutique, la mortalité reste encore élevée dans notre pratique.

Mots clés : fistule digestive post opératoire, prise en charge, Conakry

SUMMARY

Introduction : The aim was to study the frequency and management of postoperative digestive fistulas in the general surgery department of Ignace Deen National Hospital.

Patients and Methods : This was a retrospective and descriptive study reviewing the records of patients treated for postoperative digestive fistulas between January 2021 and December 2023. The variables studied were epidemiological, sociodemographic, clinical, and therapeutic.

Results : Postoperative digestive fistulas accounted for 11.2% of all postoperative complications (n=569). The mean age was 35.6±14 years, with extremes of 9 and 80 years. The fistula was secondary to appendectomy (41.2%), non-traumatic ileal perforation (27.5%), and colic anastomotic dehiscence (15.7%). Reoperation was necessary in 56.9% of cases, compared with 43.1% of non-surgical treatments. Overall mortality was 17.7%.

Conclusion : Postoperative digestive fistulas are frequent and serious complications. Regardless of the treatment method, mortality remains high in our practice.

Keywords : postoperative digestive fistula, management, Conakry

INTRODUCTION

Une fistule digestive post-opératoire est une communication anormale entre le tube digestif avec une cavité naturelle ou avec la peau suite à une intervention chirurgicale [1].

La survenue d'une fistule demeure une complication redoutable et redoutée de la chirurgie générale et digestive. Dans la majorité de cas, elle survient dans la période postopératoire d'un acte chirurgical ayant comporté une suture ou une exérèse avec rétablissement de continuité par une ou plusieurs anastomoses [2].

La localisation anatomique est d'une grande importance. On considère que plus la fistule est distale, moins elle est agressive [1]. Elles sont classées en fonction de leurs débits. Les fistules à haut débit nécessitent généralement une intervention chirurgicale, tandis que les fistules à faible débit chez les individus bien conservés peuvent être traités de manière conservatrice [3].

Le but de ce travail était de rapporter notre expérience dans la prise en charge des fistules digestives post-opératoires dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive portant sur la revue des dossiers des patients pris en charge pour fistules digestives post-opératoires dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry. L'étude a porté sur la période de janvier 2021 à décembre 2023 (3 ans). La fréquence, le profil sociodémographique, les données anatomo-cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été analysés.

RESULTATS

Durant les trois ans, nous avons colligé 51 dossiers de fistules digestives post-opératoires représentant 11,2% par rapport à l'ensemble des complications post-opératoires (n= 569). L'âge moyen des patients était de 35,6±14 ans avec des extrêmes de 9 et 80 ans. La tranche d'âge 20 à 40 ans était la plus touchée (45,1 %) suivie de celle 40 à 60 ans (29,4 %) avec une nette prédominance féminine (58,8%). Le délai moyen de survenu de la fistule était de 6,3 jours avec des extrêmes de 2 et 11 jours. Dans 88,2% (n=45) des cas l'intervention initiale a été réalisée dans une structure sanitaire périphérique et elle a portée sur des indications diverses et variées (Tableau I).

Tableau I : Répartition des cas selon les indications de l'intervention initiale

Indications	Effectif	%
Appendicite aigue	21	41,2
Perforation iléale non traumatique	14	27,5
Volvulus du côlon pelvien	8	15,7
Perforation d'ulcère gastroduodéal	3	5,9
Césarienne	3	5,9
Fibromyome utérin	2	3,9
Total	51	100

Le diagnostic a été clinique par la constatation d'un écoulement de liquide digestif à travers l'orifice du drain (n=39) et/ou la plaie opératoire (n=12) (figure 1). La fistule était grêlique dans 64,7% des cas (n=33) contre 35,3% (n=18) de localisation colique. Dans la majorité des cas (68,6%) le débit de la fistule était moyen ou faible.

Tous les patients ont bénéficier d'un traitement médical (apport hydrique et électrolytes, nutriments, antibiotiques, antalgiques, soins locaux et soutien psychologique). Le traitement non opératoire a abouti à une fermeture spontanée chez 12 patients (23,5%). Le traitement opératoire a été indiqué après échec du traitement non opératoire (n=29) et a consisté en la réalisation d'une résection anastomose intestinale (n=11) ou d'une stomie (n=18). Le rétablissement de la continuité digestive a été programmé entre la 3^{ème} et la 4^{ème} de l'intervention. Le délai moyen de la réintervention était de 1,59 jours (extrêmes de 1 et 62 jours). Le tableau II résume les suites thérapeutiques immédiates.



Figure 1: image d'une fistule stercorale postopératoire chez une patiente âgée de 28 ans à l'admission (A) et à J-29 de traitement non opératoire (B)

Tableau II : Répartition selon les suites thérapeutiques immédiates

Suites thérapeutiques immédiates	Effectifs	%
Simple	31	60,8
Suppuration pariétale	7	13,7
Eviscération	2	3,9
Escarres	2	3,9
Décès	9	17,6
Total	51	100

DISCUSSION

La fréquence des fistules digestives post-opératoires varie selon les études. Kouamé BD et al [4] en Côte d'Ivoire en 2000 ont rapporté une fréquence de 2%. En Angleterre, Hollington P et al [5] ont rapporté 277 cas consécutifs en 11 ans tandis qu'en Guinée Soumaoro LT et al [6] ont colligé 69 cas en trois ans. La différence pourrait s'expliquer par le niveau de la pyramide sanitaire et le selon que la structure est un centre de référence ou non. La prédominance de l'adulte jeune noté dans notre série est similaires aux données de la littérature africaine [3,6,7]. Ce résultat pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population africaine.

La prédominance masculine rapportée par la plupart des séries ne concorde pas avec notre échantillon. Nous avons, plutôt, noté une prédominance féminine [8,9,10]. Par contre l'étude de Rahbour G et al [11] faite en Angleterre et de Njeze GEE et al au Nigeria [12] ont rapporté une prédominance féminine.

La prédominance de l'appendicite dans la pathologie initiale responsable de la fistule a été également noté par l'étude de Zida M et al [13] au Burkina Faso qui ont rapporté une fréquence de 30%. La provenance élevée des malades à partir des structures sanitaires de la périphérie constatée dans notre série a été également notée dans l'étude de Eni E et al [3] qui avaient rapporté un taux de 62,8%. Cela pourrait s'expliquer par le fait de la prolifération des cliniques dans nos collectivités.

Le délai d'apparition de la fistule après l'intervention était précoce (6,3 jours). Ce résultat est comparable à celui des données de la littérature [5-13].

La prise en charge initiale est faite généralement par des jeunes chirurgiens peu expérimentés et les constatations lors des reprises (lâchage de suture, fuites anastomotiques, plaies iatrogènes) font croire que les imperfections techniques constituent un des facteurs des complications précoces. La notion d'intervention en urgence, de 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 sont au tant de facteurs qui contribuent à la survenue des fistules digestives post-opératoires [2].

La rapidité de la prise en charge et notamment de la

décision de reprise chirurgicale si elle est nécessaire est essentielle dans le cadre des fistules post-opératoires [6,7]. Dans cette série, le délai moyen de la réintervention était de 1,59 jours (extrêmes de 1 et 62 jours). En effet, la ré-intervention est souvent indiquée devant l'importance du débit de la fistule ou la persistance de celle-ci au-delà de trois mois malgré un traitement non opératoire bien conduit.

L'approche par la méthode non opératoire privilégiée dans cette cohorte ne s'accorde pas avec les études menées par la plupart des auteurs africains dans lesquelles, le traitement chirurgical venait au premier plan [5, 13, 14]. Certaines études ont montré que le type de réparation dépend du siège de la fistule, l'idéal étant la résection du segment fistulisé suivi d'emblée d'une anastomose terminale ou à une obturation par la technique de patch séreux jéjunale ou dérivé par une anse montée en Y si la fistule est duodénale [15-17]. Tandis que Soro KG et al [7] en Côte d'Ivoire ont réalisé une stomie respectivement chez 56,6%.

Globalement, la mortalité demeure élevée dans toutes les séries [2-8].

L'allongement de la durée d'hospitalisation augmente considérablement le risque de survenue des infections nosocomiales d'une part et le coût financier de la prise en charge d'autre part.

CONCLUSION

Les fistules digestives postopératoires sont des complications fréquentes et graves. Quel que soit la méthode thérapeutique, la mortalité reste encore élevée dans notre pratique. La formation continue du personnel, la régulation de la pratique chirurgicale et l'amélioration du plateau technique de nos hôpitaux sont au tant de conditions nécessaires pour réduire la fréquence et la mortalité liée à cette complication post-opératoire.

REFERENCES

1. Assenda M, Rossi D, Grutolla De I, Ballant C. Enterocutaneous fistula treatment: Case report and review of the literature. *Journal of the Italian Association of Hospital Surgeons* 2018; 39(3): 143-151
2. Muhindo VM, Mokonzi MJP, Kambale KJ, Imorou YS et al. Profil épidémioclinique et thérapeutique des fistules digestives en ville de Butembo à l'est de la République Démocratique du Congo. *Journal Société de Biologie Bénin* 2020;

3. Eni UE, Gali BM et al. Aetiology, Management and outcome of enterocutaneous fistula in Maiduguri, Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2007; 10(1): 47 – 51

4. Kouamé BD, Ouattara O, Dick RK, Gouli JC et Roux C. Résultat des perforations typhiques de l'enfant à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Med Afr. Noire* 2000;47(12): 508-11

5. Hollington P, Mawdsley J, Lim W, Gabe SM, Forbes A, Windsor AJ. An 11 year experience of enterocutaneous fistula. *Br J Surg* 2004 ; 91 (12) :1646-51

6. Soumaoro LT, Fofana H, Fofana N et al. Postoperative enterocutaneous fistula : a severe desperate complication in disadvantage surgical setting. *Journal of surgery* 2022 ;10(1):4-7

7. Soro KG, Coulibaly A, Yapop, Koffi G et al. Pronostic des fistules digestives post opératoires au CHU de Yopougon: Abidjan/ Côte d'ivoire. *Mali medical.* 2006;21: 12- 15

8. Kate V, Kumar P, Maroju N. Enterocutaneous fistulae: Etiology, treatment and outcome, A study from South India. *Saudi J Gastroenterol* 2011; 17 (6): 391 – 395

9. Medeiros AC, Aires-Neto T, Marchini JS, Brandao-Neto J, Valenca DM, Egito ES et al. Treatment of postoperative enterocutaneous fistulae by high- pressure vacuum with a normal oral diet. *Dig Surg* 2004; 21 (5-6): 401 – 5

10. Gyorki DE, Brooks CE, Gett R, Woods RJ, Heriot AG. Enterocutaneous fistula: A single-centre experience. *ANZ Journal of Surgery,* 2010; 80 (3): 178 – 181

11. Rahbour G, Gabe SM, Ullah MR et al. Seven year experience of enterocutaneous fistula with univariate and multivariate analysis of factors associated with healing: Development of a validated scoring system. *Colorectal Dis.* 2013 Sep;15(9):1162-70

12. Njeze GE, Achebe UJ. Enterocutaneous fistula: A review of 82 cases. *Niger J Clin Pract.* 2013 Apr-Jun;16(2):174-7

13. Zida M, Ouangré E, Ouedraogo S, Traoré S. Les fistules stercorales au CHU Yalgado Ouédraogo. *Rev int sc méd.* 2012; 14 (1):114-120

14. Toure AO, Konate I, Seck M et al. Les fistules anastomotiques (FA) post-colectomie au service de chirurgie générale de l'hôpital Aristide Le Dantec. *Pan African Medical Journal.* 2017; 28 (11):1-4.

15. Zheng T, Xie HH, Wu XW, Chi Q et al. Investigation of treatment and analysis of prognosis risk on enterocutaneous fistula in China: A multicenter prospective study. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi.* 2019 Nov 25;22(11):1041-1050

16. Wainstein DE, Tungler V, Ravazzola C, Chara O. Management of external small bowel fistulae: challenges and controversies confronting the general surgeon. *Int J Surg* 2011;9:198-203

17. Schein M. What's new in postoperative enterocutaneous fistulas? *World J Surg* 2008;32(3):336-338