

Etat des lieux de la mortalité péri-opératoire des urgences chirurgicales digestives au service de chirurgie générale de l'hôpital régional de N'Zérékoré (Guinée)
Overview of perioperative mortality in digestive surgical emergencies in the general surgery department of the N'Zérékoré regional hospital

Théa K¹, Soumaoro LT¹, Yabré N², Oularé I¹, Kolié N³, Touré A¹

¹ Service de chirurgie générale, hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry, Guinée

² Service de chirurgie générale et viscérale, CHU Sourô Sanou, Université Nazi BONI, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

³ Service de chirurgie générale, hôpital régional de N'Zérékoré, Guinée

Auteur correspondant : Kokolypé THEA, service de chirurgie générale, hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry ; Téléphone : (+224) 621610423) ; E-mail : kokolype@gmail.com

Reçu le 28 juin 2025 - Accepté le 11 août 2025 - Publié le 29 août 2025

RESUME

Introduction : le but était de déterminer la fréquence et les principales causes de la mortalité périopératoire des urgences chirurgicales digestives dans notre service.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude prospective menée sur trois ans (2022 – 2024) dans le service de chirurgie générale de l'hôpital régional de N'Zérékoré. Ont été inclus dans l'étude tous les patients décédés des suites d'une pathologie chirurgicale en per opératoire et dans un délai de survenue de 30 jours en pré et post opératoire ainsi que tous les patients décédés au service de soins intensifs au compte de la chirurgie. Les paramètres épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et la mortalité ont été étudiés.

Résultats : nous avons colligé 152 dossiers, représentant 2,4% des hospitalisations dans le service. L'âge moyen des malades était de 33,6 ans. Le sex ratio était de 1,62. Le délai moyen d'admission était de 4 jours. Les cultivateurs étaient les plus touchés (27,7%). Le score ASA était supérieur à 3 dans 78% des cas. Les classes d'Altemeier III et IV étaient les plus représentées (95,5%). Les principales pathologies retrouvées étaient les péritonites aiguës généralisées (48%). Le maximum de décès était survenu entre le premier et le 2e jours. Le décès était dû au choc septique dans 51,3% des cas.

Conclusion : la mortalité périopératoire des urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de N'Zérékoré est surtout l'apanage de la chirurgie d'urgence. Le faible revenu qui oblige les patients à recourir d'abord à la phytothérapie infructueuse, les conduit au retard d'admission, véritable gage du pronostic.

Mots clés : mortalité périopératoire, urgences chirurgicales digestives, N'Zérékoré

SUMMARY

Introduction : the aim was to determine the frequency and main causes of perioperative mortality in emergency digestive surgery in our department.

Patients and methods: this was a prospective study conducted over three years (2022–2024) in the general surgery department of N'Zérékoré Regional Hospital. The study included all patients who died as a result of a surgical condition during surgery and within 30 days before and after surgery, as well as all patients who died in the intensive care unit as a result of surgery. Epidemiological, clinical and therapeutic parameters and mortality were studied.

Results: we collected 152 perioperative death records, representing 2.4% of hospitalisations in the department. The average age of patients was 33.6 years. The sex ratio was 1.62. The average admission time was 4 days. Farmers were the most affected (27.7%). The ASA score was greater than 3 in 78% of cases. Altemeier classes III and IV were the most common (95.5%). The main pathologies found were acute generalised peritonitis (48%). The highest number of deaths occurred between the first and second days. Death was due to septic shock in 51.3% of cases.

Conclusion: perioperative mortality in emergency digestive surgery at N'Zérékoré Regional Hospital is mainly associated with emergency surgery. Low income forces patients to resort first to ineffective herbal medicine, leading to delayed admission, which has a significant impact on prognosis.

Keywords: perioperative mortality, digestive surgical emergencies, N'Zérékoré

INTRODUCTION

Les services d'urgences et de réanimation sont en première ligne dans le système de soins d'un hôpital [1]. Les pathologies chirurgicales digestives sont très fréquentes et préoccupantes par la gravité de leur pronostic [2]. A l'hôpital régional de N'Zérékoré, la chirurgie est couramment pratiquée en urgence. Les conditions précaires de travail, la pauvreté des campagnes, le nombre insuffisant de personnel font souvent que nos résultats sont au-dessous de nos espérances. La Mortalité est la proportion de décès dans une population durant une période donnée. Elle est dite périopératoire, lorsqu'elle survient pour une pathologie chirurgicale avant, pendant et après l'intervention chirurgicale [3]. Ce travail visait à évaluer la fréquence et les principales causes de mortalité péri opératoire des urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de N'Zérékoré.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons mené une étude transversale descriptive dans le service de chirurgie générale de l'hôpital régional de N'Zérékoré. C'est l'hôpital de référence de la région forestière de la Guinée qui reçoit toutes les urgences médicochirurgicales en consultation de première intention ou référées à partir des structures sanitaires périphériques. Le service est assuré par une équipe mixte pluridisciplinaire (médecine générale, chirurgie générale, pédiatrie et anesthésiologie). L'approvisionnement en kits d'urgence est insuffisant et inconstant pour la prise en charge des malades. Ainsi, en trois ans (janvier 2022 à décembre 2024), nous avons colligé tous les malades admis en urgence et en planifié dans le service au cours de la période d'étude. La classification ASA [4] nous a servi de guide dans l'appréciation de l'état clinique des malades. Pour les malades opérés, le type d'intervention a été apprécié à l'aide de la classification d'Altemeier [5]. Ont été inclus dans l'étude tous les patients décédés des suites d'une pathologie chirurgicale digestive en per opératoire et dans un délai de survenue de 30 jours en pré et post opératoire ainsi que tous les patients décédés au service de soins intensifs au compte de la chirurgie. Les paramètres épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et la mortalité ont été étudiés. Les données qualitatives étaient exprimées en effectif et pourcentage, puis illustrées sous forme de tableaux. Les tests de chi 2 et de Fischer étaient utilisés pour rechercher l'association entre les valeurs qualitatives ; tandis que le test de student était utilisé pour comparer les moyennes.

RESULTATS

De janvier 2022 à décembre 2024, nous avons colligé 6333 dossiers d'hospitalisations, avec 2740 interventions chirurgicales dont 1528 réalisées en

urgence. Notre échantillon a concerné 152 dossiers de décès périopératoires, représentant 2,4% des hospitalisations dans le service. Le tableau I présente les caractéristiques sociodémographiques des patients.

Tableau I : répartition des caractéristiques sociodémographiques des patients

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs	%
Masculin	94	61,8
Féminin	58	38,2
Tranches d'âge (ans)		
= 24	12	8,0
25 – 34	11	7,2
35 - 44	44	28,8
45 - 54	57	37,5
55 - 64	12	8,0
> 64	16	10,5
Profession		
Elèves/Etudiants	12	8,0
Cultivateurs	39	25,7
Fonctionnaires	22	14,5
Commerçants	18	11,8
Chauffeurs	24	15,8
Ménagères	32	21,0
Retraité	5	3,2
Résidence		
Rurale	93	61,0
Urbaine	59	39,0
Score ASA		
Inférieur ou égal à III	37	24,3
Supérieur à III	115	75,7

Le délai moyen d'admission était de 4 jours avec des extrêmes de 2 heures et 7 jours. Le décès est survenu dans 18 cas (11,8%) en préopératoire, dans 1 cas (0,6%) en per- opératoire et dans 133 cas (87,5%) en post-opératoire. Le tableau II regroupe les types de pathologies.

Tableau II : répartition des types de pathologies des patients

Types de pathologies	Effectifs	%
Occlusions intestinales aiguës	36	23,7
Péritonites aiguës généralisées	73	48,0
Hernies étranglées	21	13,8
Appendicites aiguës	8	5,3
Hémopéritoine post traumatique	14	9,2
Total	152	100

Pour les patients opérés, nous avons regroupé les types d'intervention selon la classification d'Altemeier dans le tableau III.

Tableau III : répartition des types d'intervention selon Altemeier

Classes d'Altemeier	Effectifs	%
Classe II	6	4,5
Classe III	37	27,6
Classe IV	91	67,9
Total	134	100

La durée moyenne de séjour hospitalier était de 3 jours avec des extrêmes de 2 heures et 20 jours. Pour les opérés, le délai moyen de survenue du décès était de 12 heures avec des extrêmes de 30 minutes et 20 jours. Le maximum de décès était survenu entre le premier et deuxième jour dans 63,1% (n = 96). Le tableau IV regroupe les principales causes de décès.

Tableau IV : répartition des principales causes de décès

Causes de décès	Effectif	%
Choc septique	78	51,3
Choc hypovolémique	54	35,5
Décompensation de tares	12	8,0
Thrombo-embolie	5	3,2
CIVD	3	2,0
Total	152	100

DISCUSSION

L'urgence chirurgicale digestive est une entité englobant des pathologies abdominales aiguës variées, qui peuvent relever de circonstances traumatiques ou non. Elle constitue une grande part de l'activité des services d'urgence en Afrique subsaharienne [6]. Le caractère urgent de ces interventions est responsable d'un taux élevé de complications et d'une mortalité non négligeable [7]. Durant trois années consécutives, nous avons enregistré 152 cas de décès péri opératoires dans le service de chirurgie générale de l'hôpital régional de N'Zérékoré, représentant 2,4% des hospitalisations. Notre résultat est superposable à celui de Diallo [8], mais plus bas que celui de Koundouno [9] qui ont rapporté respectivement 2,9% et 7,4% dans leurs séries similaires. Ceci est dû en grande partie, à l'amélioration des conditions de travail dans le service polyvalent des soins intensifs de l'hôpital régional de N'Zérékoré. En effet, de nombreux progrès ont été réalisés au cours des dix dernières années avec la maladie à virus Ebola (2011 – 2020) malgré un plateau technique quasi identique. Ces changements sont notamment le

renforcement des mesures de prévention contre l'infection, l'octroi d'équipements de réanimation, l'amélioration des conditions de travail au bloc opératoire, le renforcement de la capacité des agents de la salle de réveil, l'affectation d'un chirurgien au poste. L'âge moyen dans notre série était de 33,6 ans avec des extrêmes de 6 mois et 70 ans. Plus de la moitié des décédés avaient moins de 50 ans, donc une population relativement jeune. Cette moyenne d'âge concorde avec celle rapportée dans d'autres séries africaines [9,10]. Dans ce travail, les abdomens aigus chirurgicaux affectent beaucoup plus l'homme que la femme avec un sex ratio de 1,62. Nos résultats corroborent ceux de la plupart des auteurs [9,11]. En effet, le sexe n'est pas forcément un facteur de risque. Toutefois, cette faible proportion féminine dans notre série pourrait être liée au fait que les abdomens chirurgicaux d'origine gynécologique sont le plus souvent pris en charge dans le service relevant de cette spécialité. Le délai d'admission était de 4 jours avec des extrêmes de 2 heures et 7 jours. Nos résultats sont superposables à ceux de la littérature [9,11]. En général, en Afrique subsaharienne, un long délai de consultation est habituellement observé du fait des croyances culturelles favorisant l'usage de la phytothérapie, des problèmes socio-économiques et du niveau d'évolution des populations cibles [6]. La majorité des patients décédés provenaient de la zone rurale (61%). La difficulté d'accès aux consultations spécialisées dans notre contexte est responsable d'une augmentation considérable du délai de consultation des patients qui doivent parfois parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pour avoir accès aux soins spécialisés. Ces patients sont alors parfois obligés d'utiliser tout autre moyen y compris traditionnel pour se soulager et ils arrivent aux urgences en phase de complication. Ce problème d'accès aux soins a également été retrouvé dans la plupart des études d'Afrique subsaharienne où il est responsable du devenir sombre de ces populations [12]. A tout ceci vient s'ajouter l'absence de couverture sanitaire contribuant en une augmentation considérable du délai de consultation comme retrouvé dans de nombreuses cohortes africaines [6,10]. Seuls 11,8% des patients décédés n'avaient pas été opérés. En effet, il apparaît que le médecin des urgences, par la spécificité de son exercice (garde nocturne, changement d'équipe) décide souvent seul de la limitation des soins alors que la collégialité devrait faire référence [3]. Ceci soulève la question de l'intérêt

des réunions pluridisciplinaires dans le but de l'évaluation judicieuse des patients éligibles ou non à l'intervention chirurgicale. Dans notre contexte, il n'y a pas de médecin anesthésiste réanimateur. L'appréciation de l'état d'opérabilité à l'aide du score ASA [4] nous a permis de juger non opérables 18 patients déjà affaiblis par la maladie et les comorbidités. Ils sont décédés en pré opératoire. Ce score ASA [4] ne fait pas l'unanimité des auteurs [13], qui proposent une équation où interviennent l'âge, le sexe, la notion de chirurgie élective ou d'urgence, l'insuffisance respiratoire chronique, l'insuffisance rénale et le diabète. D'autres ont cherché à évaluer le risque de complications cardio-vasculaires en chirurgie extracardiaque, les facteurs importants étant l'existence de lésions coronaires, les signes d'insuffisance cardiaque, les valvulopathies, l'arythmie, l'état général, l'âge après 70 ans, la notion d'urgence et le site de l'intervention (abdomen, thorax, gros vaisseaux) [4]. Dans notre série les péritonites aiguës généralisées (48%) occupaient la première place des pathologies pourvoyeuses de décès, suivies des occlusions intestinales aiguës (23,7%). Nos résultats confirment ceux de la littérature [6] bien qu'à des degrés divers. Ailleurs d'autres auteurs affirment que l'occlusion intestinale aiguë représente la première cause d'abdomen aigu chirurgical en Afrique noire du fait de la grande fréquence de l'étranglement herniaire et du volvulus du côlon sigmoïde [14]. Le délai moyen de survenue du décès périopératoire était de 12 heures avec des extrêmes de 30 minutes et 20 jours. Le maximum de décès était survenu entre les premier et deuxième jours. C'est la période critique chez tous les opérés où toute négligence peut être fatale. Ce taux de mortalité élevé est lié au fait qu'il s'agit des patients nécessitant des interventions majeures et/ou fréquemment réalisées en urgence. Les principaux facteurs expliquant la mortalité étaient le score ASA supérieur ou égal à III, le caractère urgent et le type de l'intervention. La quasi-totalité des patients décédés étaient sujets à des interventions classées III ou IV selon Altemeier [5]. La plupart des décès étaient donc dus au mauvais état général du malade et à l'acte chirurgical. En effet, si la mortalité opératoire précoce est surtout le fait d'un mauvais état général du patient dans notre série, la mortalité opératoire tardive, quant à elle, est essentiellement l'apanage de l'infection évoluant vers le choc septique et la défaillance multiviscérale. Le choc septique, observé chez 51,3%, constituait la principale cause de décès

de nos patients, suivi du choc hypovolémique (35,5%). Notre résultat est semblable à celui de Soumah [11] qui a rapporté 66,6% de décès imputables au choc septique. En effet, le sepsis viendrait du retard de prise en charge, les malades ne venant à l'hôpital que tardivement faute de moyens financiers [1]. Harouna [14] affirme que le retard du traitement influence nettement la mortalité et l'augmente de 14% avant la 24^e heure et de 22% après la 48^e heure. En général, le bas niveau socioéconomique de la population qui doit honorer, de sa poche, tous les frais inhérents à ses soins, est un des principaux facteurs de mortalité dans les pays en développement [15].

CONCLUSION

La mortalité périopératoire des urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de N'Zérékoré avoisine celle de la littérature. Elle est surtout l'apanage de la chirurgie d'urgence, où la plupart des malades arrivent dans un mauvais état général. Le revenu souvent faible oblige les patients à recourir d'abord à la phytothérapie et c'est l'échec de ce traitement qui les amène au retard d'admission, véritable gage du pronostic.

REFERENCES

- 1. Velomora A, Rabenjarison F, Razafindraibe FAP, Rabemazava AZL, Rakotoarison CN, Rajaonera RT.** Mortalité au service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Tanambao I d'Antsiranana, Madagascar. *Revue Tropicale de Chirurgie*. 2016 ; 10 : 16-17.
- 2. Assouto P, Tchaou B, Kangni N, Padonou JL, Lokossou T, Djiconkpodé I, Aguèmon AR.** Evolution post-opératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropical. *Med Trop* 2009; 69 : 477-479.
- 3. Touré A, Touré FB, Soumahoro LT et al.** La mortalité périopératoire dans le service de chirurgie générale à l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry. *Journal Africain de Chirurgie* 2012;2(1):23-27.
- 4. Jyoti S, Jo FH.** The ASA classification and peri-operative risk. *Ann R Coll Surg Engl* 2011; 93: 185-187.
- 5. Altemeier WA, Culbertson WR, Hummel RP.** Surgical considerations of endogenous infections sources, types, and methods of control. *Surg Clin North Am.* 1968;48(1):227-40.
- 6. Magagi IA, Adamou H, Habou O, Magagi A, Halidou M, Ganiou K.** Urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne : étude

prospective d'une série de 622 patients à l'Hôpital national de Zinder, Niger. Bull Soc Pathol Exot. 2017; 110(3):191-7.

7. Rakotonaivo MJ, Razafimandimby YM, Andrianjafiarivony C et al. Facteurs prédictifs de la morbi-mortalité péri opératoire des urgences chirurgicales digestives. Revue Tropicale de Chirurgie. 2023 ; 15 : 10-12.

8. Diallo MC, Camara M, Konate A, Camara NLY, Tolno JT, Barry B et al. Mortalité dans le service de chirurgie générale de l'hôpital préfectoral de Coyah. J Afr Chir Digest. 2023; 23(1) : 3925 - 3928.

9. Koundouno AM, Diallo AA, Fofana H, Camara FL, Soumaoro LT, Diakite SY et al. Morbimortalité Post Opératoire des Urgences Chirurgicales Abdominales à l'Hôpital Régional de Kankan. Health Sci. Dis. 2024 ; 25 (06) : 117-121.

10. Bwelle Motto GR, Chopkeng Ngoumfe JC, Bang GA, Ekani Boukar YM, Tientcheu TF, Boye Marigoh D, Biwole Biwole D, Essomba A. Clinical and operative profile of deceased patients following non-traumatic abdominal surgery at the Yaoundé Central Hospital. Health Sci. Dis: 2022 ; 22 (5) : 104-108.

11. Soumah SA, Ba PA, Diallo-Owono FK, Toure CT. Surgical acute abdominal emergencies in an African area: study of 88 cases at Saint Jean de Dieu hospital in Thiès. Senegal. Bull Med Owendo 2011; 13(37): 13-16.

12. Adamou H, Amadou MMI, Habou O, Adamou M, Magagi A, Elh Adakal O, Mahaman N, Sani R. Retard diagnostique et implication pronostique en milieu africain. Cas des urgences en chirurgie digestive à l'hôpital national de Zinder, Niger. European Scientific Journal. 2015 ; 11 (12) : 251-262.

13. Farrow S C, Fowkes FGR, Lunn JN, Robertson IB, Sweetman P. Epidémiologys in anaesthesia; a method for predicting hospital mortality. Eur J Anaesth 1984;(1):77-84.

14. Harouna Y, Ali L, Seibou A, Abdou I, Gamatie Y, Rakotomalala J et al. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostique. Médecine d'Afrique Noire : 2001, 48 (2) : 49-54.

15. Ouro-Bang'na Maman AF, Agbétra N, Egbohou P, Sama H, Chobli M. Morbidité–mortalité périopératoire dans un pays en développement: expérience du CHU de Lomé (Togo). Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2008 ; 27 : 1030–1033.