

ARTICLE ORIGINAL

Colectomies en milieu tropical, indications et résultats, à propos de 94 cas

Colectomies in tropical environment indications and results about 94 cases

Nguéma Mve R^{1*}, Diallo Owono FK², Nguéma Asseko B³, Ondo N'dong F¹.

**Auteur Correspondant*

Pr. Raymond Nguéma Mve BP 3279 Libreville/Gabon Téléphone: 00 241 07 37 25 13

Courriel: nguemve@yahoo.fr

Résumé

Objectif : Notre travail a pour objectif d'analyser les facteurs épidémiologiques, les indications des colectomies réalisées dans notre pratique quotidienne et d'en évaluer les résultats. **Matériel et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective sur 5 ans. Le critère d'inclusion était d'avoir bénéficié pendant la durée de l'étude, d'une colectomie suivie ou non d'un rétablissement. Nous avons étudiés les caractères épidémiologiques, les indications, le type de colectomie, la voie d'abord, le délai du rétablissement de la continuité digestive, le type d'anastomose et les suites immédiates. **Résultats :** Nous avons retenu 94 dossiers. L'âge moyen de nos patients était de 38 ans ; 74% étaient des hommes. Les colectomies pour volvulus du colon sigmoïde représentaient 60% de l'effectif. La voie d'abord était toujours une laparotomie médiane. Chez 43% des patients, le rétablissement de la continuité digestive était immédiat. Une anastomose colo-colique a concerné 45% des patients, une colostomie temporaire 51% et une colostomie terminale définitive iliaque gauche 6%. La mortalité était de 14,9% et la morbidité de 16%. **Conclusion :** Dans nos régions, la colectomie concerne surtout le sujet jeune de sexe masculin. Le volvulus du colon sigmoïde en est la principale étiologie. La mortalité est élevée.

Mots-Clés : colectomie-anastomose-continuité digestive-volvulus.

Summary

Objective: The aim of this study was to analyze the epidemiological factors, the indications of colectomies realized in our daily practice and to evaluate the results. **Material and methods:** It was a 5 year retrospective study, conducted in the Departments of Urology and Visceral Surgery and of Libreville General Hospital (Gabon). Inclusion criteria was to have benefited, during the period of the study, from a colectomy followed or not by a reestablishment of digestive continuity. We had studied the epidemiological characters, the indications, the type of colectomy, the surgical approach, the delay of the reestablishment of digestive continuity, the type of anastomosis and the immediate consequences. **Results:** We had retained 94 files. The mean age of patients was 38 years; 74% were men. Colectomies for volvulus of the sigmoid colon represented 60% of the total number. All patients had been approached by midline laparotomy. The reestablishment of digestive continuity was made immediately for 43% of the patients. A colocolic anastomosis had concerned 45% of the patients, a temporary colostomy 51% and, a left iliac definitive terminal colostomy 6%. The mortality was 14.89% and the morbidity 16%. **Conclusion:** In our regions, colectomy concerns especially the young men. Sigmoid Volvulus is the first etiology. The mortality is raised.

Keywords: colectomy-anastomosis-digestive continuity

¹-Professeurs Agrégés ²-Maitre Assistant ³-Assistant Chef de Clinique
Service de Chirurgie viscérale et urologique – Centre Hospitalier de Libreville
Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales - Faculté de Médecine
Université des Sciences de la Santé BP 4009/Libreville-Gabon.
Visceral and urologic surgery unit – Libreville Hospital Center
Department of Surgery and Surgical Specialties - Faculty of Medicine University of Health Sciences BP 4009 / Libreville-Gabon.

Introduction

La colectomie demeure un geste majeur dans la prise en charge des affections du côlon. Elle peut être réalisée par laparotomie comme c'est souvent le cas dans nos régions ou par laparoscopie, d'actualité en Europe. La présente étude, se propose d'analyser les facteurs épidémiologiques, les indications des colectomies réalisées dans notre pratique quotidienne et d'en évaluer les résultats.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive mono centrique, réalisée dans un des services de chirurgie du Centre Hospitalier de Libreville (CHL), premier établissement sanitaire publique du Gabon. Tous les malades, ayant bénéficié pendant la durée de l'étude, d'une colectomie suivie ou non d'un rétablissement de continuité, ayant un dossier médical complet, ont été inclus dans l'étude. Les éléments suivants ont été analysés: l'âge, le sexe, les antécédents, l'indication et le type de colectomie, la voie d'abord, le délai du rétablissement de continuité, le type d'anastomose et, les suites immédiates.

Résultats

Quatre vingt quatorze dossiers répondaient aux critères d'inclusion. Il y avait 70 hommes (74%) et 24 femmes (26%). L'âge moyen était de 38 ans avec des extrêmes de 17 et 72 ans. Trente et un patients (33%) avaient des antécédents de constipation chronique, 19 (20%) de cure de hernie, et 12 (13%) de rectorragie. Une préparation colique mécanique avait été effectuée chez tous les patients porteurs d'un cancer. Les indications de colectomie avaient été posées dans 56 cas (60%) devant un volvulus du sigmoïde (VS), dans 20 cas (21%) devant un cancer et dans 18 cas (19%) devant une plaie pénétrante. Sur le plan thérapeutique, la voie d'abord était toujours une laparotomie médiane xypho-pubienne permettant ainsi de réaliser 81 colectomies gauches (86%) et 13 colectomies droites (14%). Le rétablissement de continuité s'est fait immédiatement pour 40 patients (43%) et une colostomie temporaire a concerné 48 patients soit 51%.

Le délai moyen global de rétablissement était de 30 jours (extrêmes: 23- 37jours).

Une colostomie terminale définitive iliaque gauche a concerné 6 patients (6%) après amputation abdomino-péri-néale. Le tableau I illustre les types d'anastomoses réalisés. S'agissant des suites, elles ont été simples dans 69 cas (73%). Nous avons enregistré, 15 cas de complications soit

16% de l'effectif. Elles sont détaillées dans le tableau II. Quatorze patients (14,89%) sont décédés dont 3, d'une péritonite post opératoire, 5 des complications d'un cancer en occlusion et 6 des suites d'une colectomie idéale pour VS.

Tableau I : Anastomose immédiate et à distance

Type d'anastomose	Immédiates (%)	A distance (%)	Total (%)
Colo-colique	15 (37,5)	30 (62,5)	45
Colo-rectale	15 (37,5)	16 (33,3)	31
Iléo-transverse	6 (15)	-	6
Iléo-colique	4 (10)	2 (4,16)	6
Total	40 (100)	48 (100)	88 (100)

Tableau II : Morbidité opératoire

Type de complications	Effectif	Pourcentage
Péritonite post opératoire	5	33,3
Fistule anastomotique	4	26,6
Suppuration pariétale	3	20
Eviscération	2	13,3
Sténose rectale	1	6,6
Total	15	100

Discussion

Sur une période de 5 ans, nous avons étudiés 94 cas de colectomies quel que soit le diagnostic. Ces colectomies étaient surtout réalisées chez des sujets jeunes, de sexe masculin : l'âge moyen de nos patients était de 38 ans ; 74% de l'effectif était masculin. Ceci trouve son explication dans notre contexte par la fréquence de survenue du VS qui est une pathologie du sujet jeune, de sexe masculin, avec une moyenne d'âge de 41 ans [2, 3]. Ces données sont en accord avec celles de la littérature [2, 3, 4]. Les antécédents médicaux de nos patients sont dominés par la constipation chronique (33% de l'effectif) à l'instar de certaines séries [2, 5]. Dans notre étude, les indications de colectomies ont été dominées par le VS (60%), suivi des tumeurs coliques (21%). Des résultats similaires ont été objectivés dans une étude réalisée à Abidjan au CHU de Cocody [5]. Nous n'avons pas rencontré de cas de maladies inflammatoires chroniques telles que rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn ; en effet, ce sont des affections qui sont rares en Afrique contrairement aux pays du Nord où, les taux de survenue sont élevés du fait d'une interaction complexe entre facteurs environnementaux et

génétiques [6]. Dans notre série, 18 cas de colectomies sont indiqués devant des dilacérations coliques consécutives à des plaies perforantes de l'abdomen ; cette étiologie n'a pas été retrouvée dans les séries étudiées. La voie d'abord est une laparotomie médiane chez tous nos patients; cependant, il est des auteurs qui pensent qu'actuellement, et cela même pour certains cancers, l'abord coelioscopique est préférable en termes de morbidité, de durée d'hospitalisation, de récurrence tumorale et de survie [7].

A ce sujet, Rangraj et al estiment que des problèmes tels que : métastases pariétales sur le trajet des trocarts, définition des marges de résection, dissémination des cellules malignes du fait de la technique et, survie à très long terme ne pourront être élucidés que par des études randomisées [8].

Quoiqu'il en soit, nous n'avons pas encore d'expertise nous permettant de réaliser de telles interventions ; c'est pourquoi tous nos patients ont bénéficié d'une laparotomie. La colectomie gauche est le geste prépondérant dans notre étude en rapport très certainement avec le nombre élevé de VS et de tumeurs coliques gauches. Cette prédominance est retrouvée dans la littérature [9, 10]. Sur le plan technique, à l'instar de Yenon et al, toutes les anastomoses dans notre série, sont confectionnées de façon manuelle [5].

L'anastomose colo-colique est la plus fréquente (45%), suivie de l'anastomose colo-rectale (31%); ceci, s'explique par le nombre important de colectomies gauches dans notre série. Il en est de même dans certaines études [9, 12]. Le délai de rétablissement de la continuité qui est inhérent à l'environnement technique local, et aux conditions propres au malade, dépend des écoles et, est généralement laissé à l'appréciation du chirurgien. Selon les séries, dans ce cadre précis, ce délai est de 10 à 365 jours [4, 12]. Ailleurs, la morbidité que nous enregistrons (16%) est dominée par les complications infectieuses (53,3%) et les fis-

tules anastomotiques (26%).

Ce taux, nul dans la série ivoirienne de Kouadio et al, est superposable à celui enregistré au Sénégal par Touré et al ; cependant, il est nettement inférieur à ceux enregistrés dans d'autres séries [3, 11, 13]. A ce propos, Nakamura et al, pensent que l'incidence des infections pariétales consécutives à la chirurgie des cancers colo-rectaux est sous estimée dans la littérature et que, des études ultérieures approfondies devraient en déterminer la fréquence réelle et les facteurs de risque précis [14]. Concernant la mortalité post opératoire, des taux élevés sont notés; ils varient selon les séries et les étiologies entre 9,5% et 50% [3, 11, 12, 13, 15].

Dans notre étude, ce taux se situe à 14,89%, en rapport avec des complications infectieuses surtout et, des fistules coliques. Ce sont des causes essentielles de mortalité post colectomies d'après Yenon et al [5].

En tout état de cause, nous pensons que, le terrain du patient, mieux que la maladie causale ou le geste chirurgical, permet de prédire la mortalité et la morbidité après colectomie. L'amélioration des résultats, ainsi que le soulignent certains auteurs, passera donc dans l'avenir par une meilleure évaluation préopératoire et une meilleure prise en charge des complications postopératoires [16].

Conclusion

Au CHL, la colectomie fait partie intégrante de la prise en charge thérapeutique des affections coliques. Elle est pratiquée exclusivement par laparotomie. Elle concerne le sujet jeune, de sexe masculin, surtout dans le cadre du traitement d'un vs. Elle siège préférentiellement sur le colon gauche. La morbidité non négligeable, est en rapport avec les complications infectieuses.

La mortalité élevée, gagnerait à être améliorée par une évaluation pré et post opératoire plus soignée.

Références

- 1 **Diallo Owono FK, Nguema Mve R, Mba Ella R, Mbumbe King A.** Le volvulus du colon sigmoïde à l'Hôpital de Melen: particularités thérapeutiques. *Bull Med Owendo* 2006, 27: 16-18.
- 2 **Ayite AE, Kpossou A, Etey KT, Senat K, Homawoo K.** Le volvulus du colon pelvien au CHU de Lomé (Togo). *Médecine d'Afrique Noire* 1995, 42: 15-20.
- 3 **Toure CT, Dieng M, Mbaye M, Sanou A, Ngom G, Ndiaye A et al.** Résultats de la colectomie en urgence dans le traitement du volvulus du colon sigmoïde au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dakar. *Ann Chir* 2003, 28: 98-101.
- 4 **Raveenthiran V, Madiba TE, Atamanalp SS, De U.** Volvulus of the sigmoid colon. *Colorectal Disease* 2001, 12: e1-e17.
- 5 **Yenon KS, Lebeau R, Koffi R, Diane B, Kassi BFA, Kouassi JC.** Morbidité et mortalité postopératoires des urgences coliques non traumatiques. *Mali Médical* 2008, 23: 38-42.
- 6 **Hanauer SB.** Inflammatory bowel disease: epidemiology, pathogenesis, and therapeutic opportunities. *Inflamm Bowel Dis* 2006, 12:S3-9.
- 7 **Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Delgado S, Castells A and al.** Laparoscopic-assisted colectomy for treatment of non-metastatic

- colon cancer: a randomized trial. *Lancet* 2002, 359: 2224-2229.
- 8 **Rangraj M, Griffin T, Mehta P, Ganta S.** La chirurgie colorectale à l'heure de la laparoscopie. *E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie* 2002, 1:22-23.
- 9 **Rault A, Collet D, Sa Cunha A, Lanouda D, Ndobu Epoy F, Masson B.** Prise en charge du cancer colique en occlusion. *Ann Chir* 2005, 130: 331-335.
- 10 **Millat B.** Traitement des cancers coliques en occlusion. *Ann Chir* 2003, 128: 349-350.
- 11 **Kouadio GK, Turquin TH.** Cancers coliques en occlusion en Côte d'Ivoire. *Ann Chir* 2003, 123: 364-367.
- 12 **Sani R, Ganda OR, Harouna YD, Illo A, Nomao Djikam, Sakho A et al.** Traitement du volvulus du colon sigmoïde à l'Hôpital National de Niamey. A propos de 68 cas. *J Afr Chir Digest* 2003, 3: 277-280.
- 13 **Ele N, Okiemy J, Lebeau R, Nkoua-Mbon JB, Mbombi-Pandi RI, Massengo R.** Le cancer du colon gauche au CHU de Brazzaville. Résultats du traitement chirurgical. *Mali Médical* 2006, 21: 1-3.
- 14 **Nakamura T, Mitomi H, Imara A, Onozato W, Sato T and al.** Risk factors for wound infection after surgery for colorectal cancer. *World J Surg* 2008, 32: 1138-1141.
- 15 **Konate I, Cisse M, Diallo Owono FK, Sridi A, Kâ O, Dieng M et al.** Prise en charge des cancers colo rectaux en occlusion à la clinique chirurgicale Hôpital Aristide le Dantec Dakar(Sénégal). *Bull Méd Owendo* 2009, 12: 31-33.
- 16 **Alves A, Panis Y, Manton G, Slim K, Kwiatkowski F, Vicaut E.** The AFC score : validation of a 4-item predicting score of post operative mortality after colorectal resection for cancer or diverticulitis: results of a prospective multicenter study in 1049 patients. *Ann Surg* 2007, 246: 91-6.
-