

ARTICLE ORIGINAL

RESULTATS A COURT TERME DES LAPAROTOMIES ITERATIVES POUR OCCLUSIONS INTESTINALES POST-OPERATOIRES

EARLY RESULTS OF RECURRENT LAPAROTOMY FOR POSTOPERATIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

DIENG M¹, CISSE M¹, SANOU A¹, KONATÉ I¹, KA O¹, BAILLET AG¹, ABARCHI H²,
DIA A¹, TOURÉ CT¹

¹ Service de Chirurgie Générale et Digestive – CHU Aristide Le DANTEC

² Université Abdou Moumouni – Niamey - Niger

CORRESPONDANCE : Dr Madieng Dieng

Clinique Chirurgicale – C.H.U. Aristide Le DANTEC B.P. 5470 Dakar - Fann - Sénégal

Tél. & Fax : 00 (221) 822.37.21 - E-mail : madiengd@hotmail.com

RESUME

L'occlusion intestinale aiguë (OIA) survient en moyenne chez 6 à 11% des patients ayant eu une laparotomie. Elle apparaît moins redoutable de nos jours. Le but de cette étude était de rapporter les résultats du traitement par laparotomie, en terme de morbidité et de mortalité, des patients opérés pour OIA par brides et /ou adhérences post-opératoires dans notre service. De janvier 1997 à décembre 2002 nous avons colligé les dossiers de 59 patients opérés pour OIA, ayant un ou plusieurs antécédents de laparotomie et dont l'exploration chirurgicale par laparotomie objectivait des brides et/ou adhérences. Il s'agissait de 33 hommes (55,9%) et 26 femmes (44,1%) d'un âge moyen de 38 ± 12 ans. Le temps moyen de la réanimation pré-opératoire était de 24 heures. Chez 54 patients (91,5%), l'intervention chirurgicale était réalisée dans les 24 premières heures après l'admission. Dans 5,1% des cas, elle l'a été dans les 36 heures, et dans 3,4% dans les 48 heures. Le taux de mortalité était de 5,1% et concernait trois patientes qui présentaient toutes une nécrose intestinale lors de l'exploration chirurgicale. Le taux de résection intestinale était de 25,4% dont 53,3% pour nécrose intestinale et 46,7% pour traumatisme intestinal. Le taux d'incidents per-opératoires était de 13,5% dont 1 cas de splénectomie d'hémostase pour décapsulation de la rate. Le taux de complications post-opératoires était de 10,2%. Même au prix d'une morbidité plus élevée, nous préconisons dans notre contexte d'exercice une intervention chirurgicale précoce encadrée d'une bonne réanimation afin de minimiser le risque de mortalité liée à la nécrose intestinale.

Mots-clés : occlusion, adhérences post-opératoires, laparotomie, mortalité, morbidité

SUMMARY

Small bowel obstruction (SBO) occurs on average at 6 to 11% of the patients who had a laparotomy. It seems less dangerous nowadays. The goal of this study was to report the results of the treatment by laparotomy, in terms of morbidity and mortality on patients of our department operated in case of SBO due to bridle and/or postoperative adhesions. From January 1997 to December 2002 we have reviewed the files of 59 patients operated for SBO, having one or more previous abdominal surgery and whose surgical exploration by laparotomy found band and/or adhesions. There were 33 men (55.9%) and 26 women (44.1%) with an average age of 38 ± 12 years. The average time of the preoperative reanimation was 24 hours. Among 54 patients (91.5%), the surgical operation was carried out in the first 24 hours after the admission. In 5.1% of the cases, it was it in the 36 hours and 3.4% in the 48 hours. The mortality rate was 5.1% and concerned three patients which presented all one intestinal necrosis at the time of surgical exploration. The rate of intestinal resection was 25.4% of which 53.3% for intestinal necrosis and 46.7% for iatrogenic intestinal traumatism. The per-operational morbidity rate was 13.5% of which a splenectomy for the control of hemostasis of the spleen. The post-operative rate of complications was 10.2%. Even at the price of a higher morbidity, we recommend in our context of exercise a framed early surgical operation of a good reanimation in order to decrease the risk of mortality related to intestinal necrosis.

Keys words: strangulation, postoperatives adhesions, laparotomy, mortality, morbidity

INTRODUCTION

Les laparotomies constituent les voies d'abord classiques des organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne. L'un des risques encourus après une laparotomie, quelque soit l'indication, est la formation de brides et / ou d'adhérences intrapéritonéales dans les suites immédiates ou lointaines de cette intervention. Ces brides et/ou adhérences peuvent être occlusives et entraîner un tableau d'occlusion intestinale aiguë (OIA). L'OIA survient en moyenne chez 6 à 11% des patients ayant eu une laparotomie [1]. L'OIA apparaît moins redoutable de nos jours. En effet, d'énormes progrès ont été réalisés ces dernières années, dans le domaine chirurgical certes, mais essentiellement en réanimation pré-, per- et post-opératoire. Les résultats du traitement de ces OIA dépendent de la précocité de la prise en charge chirurgicale, s'il y'a lieu [2]. Mais également et surtout d'une bonne réanimation encadrant le geste chirurgical.

Le but de cette présente étude était de rapporter les résultats du traitement par laparotomie, en terme de morbidité et de mortalité, des patients opérés pour OIA par brides et /ou adhérences post-opératoires dans notre service.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive allant de janvier 1997 à décembre 2002. Les critères d'inclusions étaient les suivants : patients âgés de 15 ans ou plus, opérés pour OIA, ayant un ou plusieurs antécédents de laparotomie et dont l'exploration chirurgicale par laparotomie retrouvait soit une ou des brides, soit des adhérences ou l'association des deux. Les critères d'exclusions étaient les suivantes : les enfants de moins de 15 ans, les adultes opérés pour OIA sans antécédent de laparotomie et les OIA sur tumeur. Ainsi 59 patients remplissant les critères d'inclusions durant la période d'étude considérée font l'objet de la présente étude. L'âge moyen des patients était de 38 ± 12 ans avec des extrêmes de 15 et 82 ans. Les hommes représentaient 55,9% (n=33) de la population étudiée contre 44,1% pour les femmes (n=26) avec un sex-ratio de 1,27.

Tous les patients ont été opérés par laparotomie médiane sus et sous ombilicale, aucun cas par abord coelioscopique.

Les paramètres suivants ont été étudiés : la mortalité, la morbidité, les antécédents de laparotomie, et le délai de prise en charge.

RESULTATS

Mortalité opératoire : 5,1% (n= 3).

Le premier cas concernait une patiente âgée de 35 ans qui est décédée suite à une dégradation de l'état général avec anémie sévère et trouble de la coagulation au vingtième jour post-opératoire.

Le deuxième cas concernait une dame âgée de 65 ans qui est décédée dans un contexte fébrile, probablement de septicémie au troisième jour post-opératoire.

Le troisième cas était survenu chez une patiente de 65 ans au deuxième jour post-opératoire dans un tableau de choc septique.

Toutes ces trois patientes présentaient une nécrose intestinale lors de l'exploration chirurgicale.

Morbidité

Résections intestinales : 25,4% (n=15)

Une résection intestinale segmentaire était effectuée chez 15 patients (25,4%) dont 12 (20,3%) avec anastomose immédiate et 3 (5,1%) suivies de stomie. Les causes de résections étaient une nécrose intestinale dans 8 cas (53,3%), et une blessure iatrogène dans 7 cas (46,7%) dont 4 cas de brèches intestinales accidentelles et 3 cas de dépéritonisation.

Incidents per-opératoires : 13,5% (n=8)

Nous avons noté 4 cas de brèches intestinales accidentelles ; 3 cas de dépéritonisation ; et 1 cas de décapsulation de la rate ayant nécessité une splénectomie d'hémostase.

Complications post-opératoires : 10,2% (n=6)

Nous avons noté 1 cas de retard de reprise du transit au-delà de 5 jours; 1 cas de suppuration pariétale avec lâchage de sutures ; 1 cas d'éviscération ; 1 cas de fistule intestinale qui avait bien évolué sous traitement médical ; 1 cas de réintervention pour syndrome occlusif dû à une sténose serrée au niveau de l'anastomose iléo-iléale après résection ; 1 cas d'escarre chez une patiente de 82 ans au dix huitième jour post-opératoire.

Autres paramètres

Pour les antécédents, 53 patients (89,8%) avaient un seul antécédent de laparotomie, 4 (6,8%) en avait deux, 1 (1,7%) en avait trois et 1 (1,7%) en avait quatre.

Le temps moyen de la réanimation pré-opératoire était de 24 heures. Chez 54 patients (91,5%), l'intervention chirurgicale était réalisée dans les 24 premières heures après l'admission. Dans 5,1% des cas (n=3), elle l'a été dans les 36 heures et dans 3,4% (n=2) dans les 48 heures.

Les anses intestinales étaient viables dans 51 cas (86,5%) et une nécrose intestinale était observée dans 8 cas (13,5%).

DISCUSSION

Tous les patients de cette série ont été opérés car un des critères d'inclusion était l'existence de brides et/ou d'adhérences à l'ouverture de l'abdomen. La réanimation pré-opératoire a été systématique pour tous les patients avec une durée moyenne de 24 heures chez la quasi totalité des patients. La Gamma et coll. [3], ont rapporté le même délai en moyenne avec 64% des patients qui ont été opérés dans les premières 24 heures suivant leur admission. Quant à Johanet et coll. [4], 34,2% des patients de leur série ont été opérés après 24 heures d'évolution, contre 35,3% qui l'ont été plus de 3 jours après le début des symptômes.

L'attitude de notre équipe chirurgicale est d'avoir recours à la chirurgie très précocement comme pour certains auteurs [2, 5]. Les critères prédictifs en faveur d'une intervention précoce étant le météorisme abdominal et la persistance des niveaux hydro-

aériques sur des clichés répétés de la radiographie de l'abdomen sans préparation [6]. Cependant pour Williams et coll., aucun paramètre parmi ceux qu'ils ont étudiés n'était formellement en faveur d'un traitement opératoire ou non opératoire [7]. D'autres auteurs comme Shih et coll. préconisent un traitement non opératoire avec une surveillance pouvant aller jusqu'à 10 jours [8]. Par contre le taux de mortalité pour OIA par brides ou adhérences passe de 2% à 27% selon que les patients sont pris en charge initialement dans un service de chirurgie ou dans un service de médecine interne [2].

Le risque de mortalité est plus élevé si le délai de prise en charge dépasse les 24 heures [9]. En effet selon Fevang et coll., les facteurs de risque pouvant influencer la survenue d'un décès sont : un délai de prise en charge supérieur à 24 heures, l'âge avancé, l'existence d'une comorbidité, et d'une nécrose intestinale [9].

Dans la série de La Gamma et coll., tous les patients décédés avaient plus de 70 ans [3].

Dans notre série le décès était survenu chez trois patientes qui présentaient toutes une nécrose intestinale à l'exploration chirurgicale dont deux étaient âgées de 65 ans. Le taux de mortalité dans notre étude est relativement faible par rapport à ceux d'autres études africaines, notamment nigérienne et ivoirienne avec respectivement des taux de 34,5% et de 14,3% [10, 11]. L'équipe nigérienne l'explique par le fait que 93% de leurs patients étaient admis au delà de la quatre vingt seizième heure, mais également et surtout que la réanimation pré-opératoire était trop souvent insuffisante [10].

En l'absence de nécrose étendue ou évoluée expliquant un état général manifestement altéré, aucun paramètre clinique, radiologique ou biologique ne permet de prédire avec certitude l'existence de nécrose ou de congestion, clé du problème et motif principal du traitement chirurgical [3]. Il est établi que le retard de traitement favorise la nécrose intestinale qui est aussi influencée par le degré de striction [10]. En effet dans notre étude la nécrose intestinale était notée chez 8 patients (13,5%) dont la moitié des cas était survenue dans les 24 premières heures. Cependant trois autres patients qui avaient une nécrose intestinale à l'exploration avaient été admis après plus de 96 heures d'évolution. Johanet et coll. ont rapporté un pourcentage presque identique avec 12,3% de nécroses [4]. D'autres auteurs ont trouvé une moyenne de 14,6% avec des valeurs comprises entre 13,9 et 16% [3, 12].

Nous avons réalisé 25,4% de résections intestinales à cause de l'existence d'une nécrose intestinale ou à cause d'incidents per-opératoires. Cette résection a été moindre chez beaucoup d'auteurs qui ont rapporté des taux de 15 à 20% de résection dans leur série [3,4, 12,13]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'il y'a eu un nombre non négligeable d'incidents per-opératoires dans notre série ayant conduit à la résection intestinale pour plus de sécurité plutôt qu'à une suture simple ou à une repéritonisation. Ces inci-

dents per-opératoires sont souvent liés à l'existence d'adhérences très fortes. D'ailleurs La Gamma et coll. ont noté que 40% des résections intestinales effectuées dans leur étude n'étaient pas liés à la nécrose intestinale [3]. Quant aux patients ayant eu une résection intestinale dans la série de Johanet et coll., 81% l'ont été pour nécrose et 19% pour traumatisme lors de la dissection [4].

Les incidents per-opératoires à type de dépéritonisation ou de brèches intestinales se terminent le plus souvent par une résection intestinale qui habituellement évoluent bien en post-opératoire. C'est tout le contraire de la splénectomie d'hémostase que nous avons réalisée qui permet de sauver le pronostic vital immédiat du patient, mais l'expose à plus ou moins long terme à un risque infectieux non négligeable. Il en découle la nécessité d'une grande prudence lors de l'abord de ces abdomens multi adhérentiels.

Quant à la réintervention pour sténose de l'anastomose, elle est à mettre sur le compte d'une malfaçon technique qui ne devrait pas se voir si on met toute la rigueur et la minutie qui conviennent à la confection d'une anastomose digestive.

Le taux de complications post-opératoires était de 10,2% dans notre étude et concernait les complications classiques comme la suppuration pariétale, l'éviscération, la fistule digestive, l'escarre, entre autres. La morbidité générale était de 30% dans l'étude de La Gamma et coll. [3] et était dominée par les complications infectieuses, urinaires et respiratoires. Toujours dans la même étude, la morbidité spécifique était de 10% et concernait des abcès de paroi, des fistules entéro-cutanées, des abcès intra-abdominaux, des éventrations. Des complications respiratoires, cardiaques, rénales, gastro-intestinales, des infections pariétales, des éventrations et des fistules entéro-cutanées ont été également rapportées par Miller et coll. avec un taux de 18% [14].

L'OIA peut survenir du fait d'une ou de plusieurs brides, voire du fait de simples adhérences, quel que soit le nombre de laparotomies antérieures. Dans cette série, les patients ayant un antécédent opératoire unique sont majoritaires avec 89,8% des cas. Dia et coll. [12], dans une étude antérieure, avaient noté que 91,1% de patients avaient un seul antécédent de laparotomie. Ces pourcentages dépassent largement ceux de la littérature qui varient entre 43 et 78,8% en ce qui concerne l'antécédent unique de laparotomie [3, 4, 14].

Même au prix d'une morbidité plus élevée, nous préconisons une intervention chirurgicale précoce encadrée d'une bonne réanimation. En effet cette attitude chirurgicale permet de diminuer considérablement le risque de mortalité liée à la nécrose intestinale.

Le traitement des OIA par brides ou adhérences est faisable par abord laparoscopique avec cependant un risque plus élevé de complications per-opératoires [15]. La voie d'abord laparoscopique pour cette pathologie mérite d'être discutée dans notre contexte d'exercice actuel.

REFERENCES

- 1- Bass KN, Jones B, Bulkley GB. Current management of small-bowel obstruction. *Adv Surg* 1997;31:1-34.
 - 2- Schwab DP, Blackhurts DW, Sticca RP. Operative acute small bowel obstruction: admitting service impacts outcome. *Am Surg* 2001;67:1034-8.
 - 3- La Gamma A, Letoquart JP, Kunin N, Chaperon J, Mambrini A. Les occlusions du grêle par brides et adhérences. *J Chir* 1994;131:279-84.
 - 4- Johanet H, Traxer O, Manceau C, Cazin S, Chosidow D, Marmuse JP et al. Occlusions aiguës du grêle sur bride. Indications et résultats. *Ann Chir* 1999;53:859-64.
 - 5- Malangoni MA, Times ML, Kozik D, Merlino JJ. Admitting service influences the outcomes of patients with small bowel obstruction. *Surgery* 2001;130:706-11.
 - 6- Aldemir M, Yagnur Y, Tacyildir I. The predictive factors for the necessity of operative treatment in adhesive small bowel obstruction cases. *Acta Chir Belg* 2004;104:76-80.
 - 7- Williams SB, Greenspon J, Young HA, Orkin BA. Small bowel obstruction: conservative vs. surgical management. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1140-6.
 - 8- Shih SC, Jeng KS, Lin SC, Kao CR, Chou SY, Wang HY et al. Adhesive small bowel obstruction: how long can patients tolerate conservative treatment? *World J Gastroenterol* 2003;9:603-5.
 - 9- Fevang BT, Fevang J, Stangeland L, Soreide O, Svanes K, Viste A. Complications and death after surgical treatment of small bowel obstruction. *Ann Surg* 2000;231:529-37.
 - 10- Harouna Y, Yaya H, Abarchi H, Rakoto Malala J, Gazi M, Seibou A et al. Les occlusions intestinales: principales causes de morbi-mortalité à l'hôpital national de Niamey Niger. Etude prospective à propos de 124 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 2000;47:204-7.
 - 11 - Kouadio GK, Turquin HT. Prise en charge des occlusions post-opératoires du grêle par brides et adhérences au CHU de Treichville à Abidjan. *Médecine d'Afrique Noire* 2004;51:629-32.
 - 12 - Dia A, Fall B, Thognon Ph, Ndoye AK, Sow ML, Diop A. Les occlusions intestinales par brides post-opératoires, 79 observations. *J Chir* 1991;128:548-51.
 - 13 - Komawoo K, Songne B, Bissan K, Togbetse E, Menning G. Occlusions intestinales aiguës sur brides et adhérences au CHU de Lomé. *Publications Médicales Africaines* 1990;107:50-5.
 - 14 - Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg* 2000;87:1240-7.
 - 15 - Wullstein C, Gross E. Laparoscopic compared with conventional treatment of acute small bowel obstruction. *Br J Surg* 2003;90:1147-51.
-