

PERITONITES POST OPERATOIRES PAR FISTULE INTESTINALE: PRISE EN CHARGE A L'HOPITAL DE NJINIKOM

POST OPERATIVE PERITONITIS CAUSED BY INTESTINAL FISTULA: MANAGEMENT AT NJINIKOM HOSPITAL

Fofana H, Diallo AT, Mamy GF, Dabo M, Cissé D, Keita K, Diakité S, Toure A, Camara ND
1-Service de Chirurgie Générale. CHU Ignace Deen. Conakry Guinée.
Auteur correspondant: Dr Houssein FOFANA. CHU Ignace Deen. Conakry Guinée.
E.mail: housseinfofana@gmail.com Tel +224 627 27 40 42

RESUME

Introduction : L'objectif de ce travail était de rapporter les résultats de notre expérience dans la prise en charge des péritonites post opératoires par fistule intestinale. Observations : Quatre patients ont été référés dans notre service pour une péritonite post opératoire(PPO) par fistule intestinale. Ils étaient 3 hommes et 1 femme, d'un âge moyen de 40 ans. Les fistules ont été observées aux 5^e, 6^e et 14^e jours post opératoires. Cinquante pour cent des fistules survenaient après une chirurgie d'urgence(volvulus et péritonite). Trois fistules sur quatre compliquaient la résection anastomose du colon. Le tableau de péritonite était présent dans tous les cas et les fistules évidentes.

Trois fistules ont bénéficié d'une réparation chirurgicale qui montrait 2 cas de lâchage de suture d'anastomose et une perforation iatrogène négligée de l'iléon. Les actes ont été l'excision- suture dans 2 cas, et une colostomie suivie de rétablissement différé de la continuité colorectale dans 1 cas. Une patiente n'a pas été reprise. On notait un cas de suppuration de la plaie opératoire et 1 décès. Ce dernier concernait la patiente qui avait reçu le traitement médical unique. Le délai moyen d'hospitalisation était de 31 jours. Conclusion: La fistule et les péritonites post-opératoires sont des complications rencontrées en chirurgie et sont responsables d'une morbidité élevée. Leur prise en charge médicochirurgicale doit être rapide et efficace avec une collaboration multi disciplinaire.

Mots-clés: fistule, péritonite, post opératoire

SUMMARY

Introduction: The objective of this work was to report the results of our experience in the management of postoperative peritonitis by intestinal fistula. Observations: Four patients were referred in our department for postoperative peritonitis (PPO) by intestinal fistula. They were 3 men and 1 woman, with an average age of 40 years. The fistulas were observed on the 5th, 6th and 14th days post-operative. Fifty percent of fistulas occurred after emergency surgery (volvulus and peritonitis). Three out of four fistulas complicated anastomosis resection of the colon. The peritonitis table was present in all cases and the fistulas evident.

Three fistulas underwent surgical repair which showed 2 cases of loose anastomosis suture and neglected iatrogenic perforation of the ileum. The acts were excision-suture in 2 cases, and a colostomy followed by delayed recovery colorectal continuity in 1 case. One patient was not recovered. There was one case of suppuration of the operative wound and 1 death. The latter concerned the patient who had received sole medical treatment. The average hospital stay was 31 days. Conclusion: Fistula and postoperative peritonitis are complications encountered in surgery and are responsible for high morbidity and mortality. Their medical and surgical management must be rapid and effective with multi-disciplinary collaboration.

Keywords: fistula, peritonitis, postoperative

INTRODUCTION

Les péritonites post opératoires et les fistules représentent des complications souvent rencontrées dans les services de chirurgie. Leur survenue dans les suites évolutives opératoires est un signe de gravité capable de mettre rapidement en jeu le pronostic vital des patients et la crédibilité du chirurgien.

Leur prise en charge est lourde et constitue un sérieux problème socio-économique.

Ces péritonites sont souvent provoquées par les fistules. La fuite dans la cavité péritonéale de liquide intestinal ou des matières fécales entraînent une irritation du péritoine et un sepsis sévère nécessitant une prise en charge rapide et efficace avant le stade de défaillance polyviscérale irréversible.

L'objectif de ce travail était de rapporter les résultats de notre expérience dans la prise en charge des péritonites post opératoires par fistule intestinale.

OBSERVATIONS

Observation 1

Un patient de 52 ans a été admis en chirurgie pour une PPO par fistule intestinale survenue au 6^e jour post opératoire d'une colectomie gauche pour tumeur sigmoïdienne. Il est diabétique connu et sous traitement. L'examen notait une douleur abdominale avec fièvre et un mauvais état général. TA de 85/65mmHg, le pouls à 120/min, FR 28 et la température 39^oc. Le drain ramenait du liquide stercoral entre 1200 et 1500ml par jour. L'abdomen était météorisé avec une défense et le douglas très sensible. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait un pneumopéritoine. La glycémie et la créatininémie étaient normales. On avait suspecté un lâchage anastomotique. Le tableau péritonéal persistant et le débit élevé de fistule ont motivé une reprise chirurgicale à J8.

En per opératoire l'exploration a révélé une perforation iléale (figure 1).



Figure 1 : Vue opératoire. Orifice de perforation intestinale avec fistule

Le chirurgien reconnaissait 2 points de blessures iatrogènes par le bout de bistouri qui lui paraissait superficielles. On a procédé à une excision suture et à un traitement médical par apport hydro électrolytiques, vitaminiques avec triple antibiothérapie (ceftriaxone, flagyl et gentamycine). Une suppuration pariétale qui a tari au 18^e jour post opératoire. Le patient est sorti de l'hôpital au 29^e jour.

Observation 2

Un patient de 32 ans a été référé dans notre service pour un péritonite aiguë. Il était à son 5^e jour d'une appendicectomie pour gangrène. Il présentait une douleur abdominale, un amaigrissement. La TA était 105/60mmHg, le pouls 108/min, FR 20 et la température 38,6^oc. Son abdomen était tendu, le pansement imbibé de matières fécales, la défense abdominale, une submatité des flancs et le douglas était douloureux. L'ASP montrait un pneumopéritoine. L'échographie montrait un épanchement liquidien dans le douglas. Le taux d'Hb 11g/dl, GB 12500

A J7 post opératoire, un lâchage du moignon appendiculaire a été découvert à la reprise chirurgicale. On a procédé à une toilette de la cavité abdominale, une excision suture et un drainage. L'évolution post opératoire a été favorable. Le patient est sorti de l'hôpital au 16^e jour post opératoire.

Observation 3

Une patiente de 51 ans a été référée pour une PPO survenue au 6^e jour d'une hémicolectomie gauche pour dolichocolon. On notait dans ses antécédents une constipation opiniâtre et une laparotomie médiane. Elle présentait une douleur abdominale, de la fièvre et un état général altéré. Il existait une fuite massive (de plus de 1500 ml par jour) de selles à travers la cicatrice opératoire (figure 2) et l'orifice de drain.



Figure 2 : Vue de face, issue de matière fécale à travers la paroi

La défense était généralisée. La patiente et sa famille n'ont pas accepté la reprise chirurgicale. Son état général s'était vite dégradé sous traitement médical et elle est décédée au 12^{ème} jour dans un état de choc septique.

Observation 4

Un patient reçu en urgence pour une PPO survenue au 14^e jour post hémicolectomie gauche pour volvulus du colon pelvien par bride. Il avait deux antécédents de laparotomie médiane. La douleur abdominale était diffuse, l'abdomen météorisé, le drain productif et le pansement souillé de selles. Le toucher rectal était douloureux. La TA était 80/60mmHg, pouls 118/min et la température 39,3^oc. On notait un amaigrissement et une asthénie physique. A J17, un lâchage de suture d'anastomose a été constaté à la reprise chirurgicale (figure 3). On a procédé à une

toilette de la cavité abdominale, une colostomie avec drainage qui a été rétabli au 52^{ème} jour. La durée d'hospitalisation a été de 68 jours.

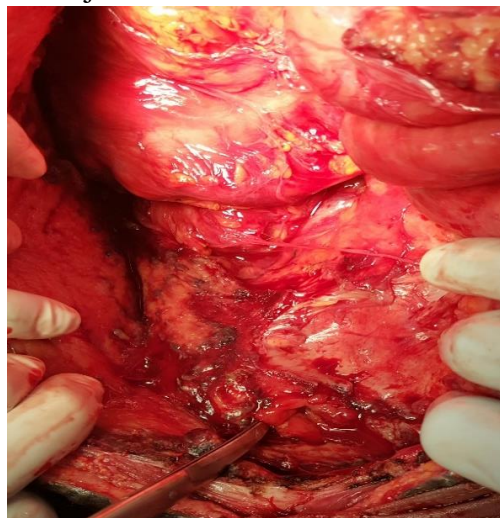


Figure 3 : Vue opératoire après toilette. Le bout des ciseaux se trouve sous la zone de lâchage anastomotique du colon

DISCUSSION

Les péritonites et les fistules postopératoires entrent dans le cadre des complications chirurgicales de la chirurgie abdominopelvienne. Elles concernent tous les sexes. Dans notre étude on note une prédominance masculine. Cinquante pour cent des patients sont âgés de plus de 50 ans. Cette affection toucherait des sujets fragilisés, multi opérés, en mauvais état général, souvent âgés et porteurs de tares.

Toutes ces 4 fistules étaient reçues, iatrogènes et responsables de la péritonite post opératoire.

Les ¾ des fistules sont anastomotiques par l'ischémie et la mauvaise préparation colique. Les auteurs Considèrent que la chirurgie en urgence aurait un impact statistiquement significatif sur le taux des fistules et qu'une mauvaise préparation peut occasionner une fistule[1].

Le seul cas de fistule iléale enregistré était secondaire à une brûlure iatrogène par le bistouri électrique qui paraissait superficielle lors de l'intervention initiale. Toute lésion accidentelle de la séreuse intestinale même paraissant minime et superficielle doit être prise au sérieux et réparée conséquemment afin de prévenir d'éventuelles complications graves.

Au plan diagnostique

La fistule peut se manifester par différents tableaux cliniques allant de l'absence de symptôme au choc septique [2].

Dans le cas d'une association péritonite et fistule comme le notrele diagnostic est évident devant la défense abdominale, la sensibilité du cul de sac douglas et la présence de matières fécales à travers les cicatrices abdominales et les drains. L'échographie et surtout la tomodensitométrie peuvent détecter précocement les collections péri anastomotiques et les péritonites post opératoires [3].

Au plan traitement

En général, leur prise en charge est basée sur 3 options (médicale, interventionnelle et chirurgicale) [2].

Si la radiographie interventionnelle a pris une place de plus en plus importante elle n'est pas encore accessible dans nos structures défavorisées.

Les péritonites par fistules postopératoires apparaissent comme des situations à risque de multirésistance microbienne. Une antibiothérapie probabiliste inadaptée est un facteur de surmortalité.

Compte tenu de l'insuffisance des moyens de réanimation et du sous équipement du service nous avons préféré les reprises chirurgicales devant les fistules persistantes et abondantes avec les signes d'irritation péritonéale. La chirurgie doit être associée à une réanimation, aux soins locaux et un apport nutritionnel protidocalorique, vitaminique et psychologique. En cas de sepsis postopératoire une prise en charge précoce et adaptée augmentera les chances de guérison et de rétablissement ultérieur de continuité digestive [4].

La relaparotomie peut être considérée comme une stratégie de première intention en cas de péritonite post opératoire [3,5].

Sur les 3 cas de reprises chirurgicales, 2 fistules ont été réparées en un temps et la troisième fistule a été réparée en 2 temps (la colostomie temporaire et la réparation avec rétablissement de la continuité intestinale. Une seule patiente n'a pas été reprise, elle était au traitement médical et aux pansements. Le

pansement aspiratif continuait aussi une technique décrite par les auteurs dans le traitement des fistules externes.

Le traitement agressif des fistules anastomotiques avec démontage de l'anastomose si nécessaire permet de traiter la source du sepsis, facteur reconnu de survie et ne contre indique pas un rétablissement de la continuité. Toutefois, malgré une qualité digestive restaurée, les patients réopérés pour PPO ont une bonne qualité de vie à 6 mois. Une prise en charge radicale des sources septiques doit être réalisée même au prix de la confection de la stomie.

En zone défavorisée, mieux vaut intervenir chirurgicalement tôt que tard dans les fistules symptomatiques.

Au plan pronostic

Parmi les trois patients repris au bloc opératoire, 2 ont bien évolué et le troisième avait suppuré. Les suppurations seraient liées au terrain et à la résistance microbienne aux antibiotiques disponibles à l'hôpital. La fréquence des lâchages anastomotiques en milieu septique font que les anastomoses sont à priori à proscrire. L'inexpérience de l'opérateur principal en matière de suture d'anastomose et d'appréciation de la zone propice.

Le rôle du chirurgien est primordial, de même que le terrain et les circonstances [6].

Notre taux de décès est de 25%. Les auteurs rapportent des taux de mortalité 27,1 %. Le décès a concerné la patiente qui n'a pas été reprise chirurgicalement. Le retard dans la prise en charge, l'insuffisance de moyens de réanimation et le faible niveau de viesocio-économique des patients sont aussi des facteurs à prendre en considération [7,8].

Le délai mis pour la fermeture de la colostomie et les complications infectieuses ont contribué à l'augmentation de la durée d'hospitalisation.

CONCLUSION

En milieu défavorisé, la reprise chirurgicale d'une fistule abondante ne doit souffrir d'aucun retard face à un syndrome péritonéal. Leur prise en charge multidisciplinaire doit être rapide et efficace.

REFERENCES

1-Masooni H, Carmichael JC, Mills S. predictive risk factors of early post operative enteric fistula in colon and rectal surgery. Am surg. 2013;79 (10)1058-1063. Pubmedgooglescholar

2-Girard E, Messenger M, Sauvanet A, Benoist S, Piessen G, Mabrut JY, Mariette C. diagnostic et prise en charge d'une fistule anastomotique digestive. Journal de Chirurgie Viscerale, 2014;151(6): 455-465

3-Toure AO, Konate I, Seck M, Faouzi A, Thiam O, Toure CT
Fistule anastomotique post colectomie au service de Chirurgie Générale de l'hôpital Aristide Le Dantec. Pan African Medical Journal 2017; 28:11.

4- Penna Ch. Prise en charge thérapeutique d'une fistule anastomotique après chirurgie rectale pour cancer. Journal de chirurgie viscérale. 2003;140(3):149-155

5- Chichom Mefire A, Malonga EE. Réintervention de chirurgie abdominale en milieu défavorisé: indications et suites opératoires (238 cas). journal de chirurgie, 2009; 146(4):387-391

6-Gainan A, Prévention des déhiscences anastomotiques en chirurgie colorectale 2000; 137(1):45

7-Ghariani B, Houissa H, Sebai F, management of sigmoid volvulus. La Tunisie médicale 2010; 88(3):163-167. Pubmed scholar

8-Zida M, Ouangré E, Ouedraogo S, Traoré S. Les fistules stercorales au CHU Yalgado Ouedraogo. Rev intsc med. 2012; 14(1): 114-120