

ARTICLE ORIGINAL

RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE COLIQUE APRES PROCEDURE DE HARTMANN A BAMAKO

HARTMANN'S REVERSAL PROCEDURES IN BAMAKO

ZZ SANOGO¹, AK KOÏTA¹, S KOUMARÉ¹, S KEÏTA¹, M CAMARA¹, A CAMARA¹, O SACKO¹, D GOÏTA²,
D TRAORÉ³, L SOUMARÉ¹, D SANGARÉ¹

1-Service de chirurgie « A », CHU du Point G
2-Service d'anesthésie-réanimation, CHU du Point G
3- Service de chirurgie « B » CHU du Point G
CHU du Point G, Bamako, Mali BP 333 Tel (00223) 76 31 89 77

RÉSUMÉ

But de l'étude : Rapporter les résultats du rétablissement de la continuité colique par voie laparoscopique et par laparotomie après procédure de Hartmann.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude retrospective descriptive réalisée dans un service de chirurgie générale sur une période de 11 ans. Ont été inclus dans l'étude les patients chez lesquels une stomie de type Hartmann était réalisée, puis repris pour le rétablissement de la continuité digestive. Les malades porteurs de tout autre type de stomie n'ont pas été retenus dans l'étude.

Résultats : La continuité digestive a été rétablie chez 40 malades porteurs d'une stomie digestive type Hartmann. La tranche d'âge de 21 à 30 ans a été la plus représentée (32,5%). Le volvulus du colon sigmoïdien était la première indication de stomie. L'entretien de la stomie était assuré par le malade lui-même dans 15% des cas et par les parents dans 85% des cas. Le délai moyen de rétablissement de la continuité était de 76,50 jours. La voie d'abord par incision médiane a été la plus pratiquée (62,5%). La procédure laparoscopique a été pratiquée dans 15 cas. La cavité péritonéale était adhérentielle dans 55% des cas. L'angle colique a été abaissé dans 11/40 cas. Les suites du rétablissement de la continuité ont été simples dans 55% des cas. La morbidité précoce a été faite de deux occlusions post opératoires après laparotomie médiane. L'événtration a été la complication tardive la plus fréquente ; 32% des cas de rétablissement de continuité ont été effectués par laparotomie médiane. La durée du séjour hospitalier de 5 à 7 jours a représenté 73,3 % des cas où lorsque la technique était laparoscopique, et supérieure à 7 jours dans 100% des cas de laparotomie.

Conclusion : Le rétablissement de la continuité après une procédure de Hartmann semble lié à une morbidité plus élevée par voie de laparotomie et une durée de séjour plus courte pour les malades opérés par voie laparoscopique.

Mots-clés: Hartmann, stomie, rétablissement, continuité.

SUMMARY

Purpose of the study: To bring back the results of the re-establishment of colic continuity by laparoscopy and laparotomy after Hartmann's procedure.

Patients and methods: it was about a descriptive retrospective study carried out in a department of surgery over 11 years period. Were included in the study the patients having a Hartmann's procedure, then reoperated for the re-establishment of digestive continuity. The patients carrying any other type of stomy were not retained in the study.

Results: Digestive continuity was restored among 40 patients who had a Hartmann's procedure. The age from 21 to 30 years was the most represented (32.5%). The volvulus of the colon sigmoid was the first indication of stomy. The maintenance of the stomy was ensured by the patient himself in 15% of the cases and by the parents in 85% of the cases. The average time before re-establishment of continuity was 76.50 days. A median laparotomy was practiced in more cases (62.5%). The laparoscopic procedure was practiced in 15 cases. Adherences were found in 55% of the cases. The left colic angle was lowered in 11/40 cases. The postoperative period of the re-establishment of continuity was simple in 55% of the cases. Early morbidity was made of two occlusions after median laparotomy. Incisional hernia was the most late complication, 32% of the cases of re-establishment of continuity carried out by median laparotomy. Mortality was null. The duration of the hospital stay from 5 to 7 days accounted for 73.3% of the cases when the technique was laparoscopic, and 7 days or more in 100% of the cases of laparotomy.

Conclusion: the re-establishment of continuity after Hartmann's reversal procedure seems related to more morbidity by laparotomy and a shorter duration of stay for the patients operated by laparoscopic way.

Key words: Hartmann, stomy, re-establishment, continuity.

Tirés à part:

Sanogo Zimogo Zié, Service de chirurgie « A », CHU du POINT G, BAMAKO, MALI, E-mail: sanogozz@yahoo.fr

INTRODUCTION

Depuis la première intervention de mise en place d'une stomie terminale effectuée par Hartmann [1], cette procédure connaît de nombreuses indications telles le volvulus du sigmoïde, les péritonites par perforations diverticulaires coliques, les traumatismes coliques, les gangrènes de Fournier etc. Le rétablissement de la continuité digestive s'impose après une stomie temporaire, par chirurgie conventionnelle ou laparoscopique. Le but de cette étude était de rapporter les résultats du rétablissement de la continuité colique par voie laparoscopique et par laparotomie après procédure de Hartmann.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude retrospective descriptive réalisée dans un service de chirurgie générale, du 1er Janvier 2000 au 31 Août 2011. Le rétablissement de la continuité colique a été pratiqué par abord laparoscopique chez 15 patients et par chirurgie classique dans 25 cas. Ont été inclus dans l'étude les patients opérés dans le service, chez lesquels une stomie de type Hartmann a été réalisée, puis repris pour le rétablissement de la continuité digestive. Les malades porteurs d'une stomie définitive, d'une iléostomie, ou de tout autre type de stomie n'ont pas été retenus dans l'étude.

Les paramètres d'étude ont été l'âge, l'indication de la stomie, le mode d'appareillage de la stomie, le délai et la voie d'abord de rétablissement de la continuité, la morbidité et la mortalité suite au rétablissement de la continuité digestive, la durée du séjour hospitalier.

Les supports de données ont été les dossiers cliniques des malades, les registres de consultation externe et d'hospitalisation, les registres de protocole opératoire et de comptes rendus d'anesthésie, les registres de sortie.

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word. Le test de comparaison a été le X2 avec une valeur de $p < 0,05$ considérée comme statistiquement significative.

La consultation anesthésique préopératoire a été réalisée pour chacun des patients, ainsi qu'un bilan préopératoire. Elle a permis d'établir un protocole d'anesthésie selon la classe ASA (American Society of Anesthésiologie) du patient.

L'information des malades a permis d'obtenir le consentement éclairé.

Un lavement évacuateur du moignon colique distal et du colon proximal était réalisé 24 à 48 heures avant l'intervention. Le lavement baryté et/ou l'anorectoscopie préopératoires n'ont pas été systématiquement faits.

RESULTATS

Au total 40 malades porteurs d'une stomie digestive type Hartmann ont été recensés. La sex-ratio était de 3,4 en faveur des hommes. La tranche d'âge de 21 à 30 ans a été la plus représentée (32,5%). La moyenne d'âge était de 50 ans avec des extrêmes de 21 et 81 ans. Les indications de la stomie sont notées au tableau I.

Tableau I : indications de la stomie

| | Fréquence | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| Volvulus du sigmoïde | 34/40 | 85 |
| Perforations traumatiques du colon gauche | 5/40 | 12,5 |
| Adénocarcinomes du recto-sigmoïde | 1/40 | 2,5 |

Le moignon rectal était marqué par le fil non résorbable dans 31,6% des cas (12/38). Les stomies étaient appareillées avec le matériel local (sachet plastique) dans 60% des cas. L'entretien de la stomie était assuré par le malade lui-même dans 15% des cas et par les parents dans 85% des cas. Tous les patients étaient classés ASA I. Le tableau II indique le délai de rétablissement de la continuité.

Tableau II: Délai de rétablissement de la continuité

| | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|-----------|-------------|
| 30 à 60 jours | 4/40 | 10 |
| 60-90 jours | 31/40 | 77,5 |
| >90 jours | 5/40 | 12,5 |

Le délai de rétablissement de la continuité variait de 60 à 90 jours pour 77,5 % des cas pour une moyenne de 76,5 jours, et des extrêmes de 35 à 100 jours.

La voie d'abord par incision médiane emportant l'ancienne cicatrice de laparotomie a été la plus pratiquée (62,5%). Dans les cas de laparotomie l'incision a été médiane dans 100% des cas. L'abord périnéal et abdominal a représenté 73,3% des cas (11/15) lorsqu'il s'est agi de procédure coelioscopique.

La cavité péritonéale était adhérentielle dans 55% des cas. Le repérage du moignon distal a été facile dans 75% des cas. Une dissection du moignon rectal a été nécessaire dans 67,5% des cas. L'angle colique a été abaissé dans 11 cas. La longueur du moignon distal était suffisante pour une anastomose sans tension dans 72,5%. La technique d'anastomose en laparoscopie est indiquée au tableau III.

Tableau III : technique d'anastomose par la voie laparoscopique.

| | Fréquence | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Anastomose manuelle par l'orifice de la stomie | 4/15 | 26,67 |
| Anastomose par pince mécanique circulaire | 11/15 | 73,33 |

L'anastomose a été faite à l'aide d'une pince agrafeuse circulaire dans 73,33% des cas. L'orifice de stomie a été élargi dans 13,33% des cas (2 malades) pour adapter le marteau à l'enclume de la pince agrafeuse circulaire. La technique laparoscopique a été convertie en laparotomie médiane conventionnelle chez 2 malades (13,33% des cas).

L'anastomose était étanche après contrôle par injection transanale de solution du bleu de méthylène réalisé chez 8/11 patients.

Les suites du rétablissement de la continuité ont été simples dans 55% des cas. La morbidité précoce a été faite de 2 cas d'occlusions post opératoires, soit 20% des cas de rétablissement de la continuité colique par laparotomie médiane.

L'éventration a été la complication tardive la plus fréquente, 32% des cas de rétablissement de continuité effectués par laparotomie médiane.

La durée du séjour hospitalier de 5 à 7 jours a représenté 73,3 % des cas où l'anastomose était faite par pince mécanique. Cette durée de séjour était supérieure à 7 jours dans 100% des cas de laparotomie.

DISCUSSION

Pendant la période d'étude, 40 colostomies de type Hartmann ont été concernées. Le rétablissement de la continuité digestive après colostomie type Hartmann a été pratiqué dans tous les cas.

Le jeune âge des malades (21 à 30 ans en majorité) a pu être un facteur important de réduction de la morbidité et de la mortalité, comparé à celui dans les études européennes [2].

Le mauvais état du colon, l'absence de préparation colique liée à l'urgence, et le retard à la consultation n'autorisent aucune résection-anastomose en un temps pour volvulus du sigmoïde compliqué de péritonite dans nos conditions d'exercice. Cette pathologie représente à elle seule 85% des indications de la stomie digestive chez nous, suivie des péritonites par perforation d'origine traumatique. En Europe les pathologies diverticulaires sigmoïdiennes et leurs complications, ainsi que les cancers sont les premières indications de mise en place d'une stomie. Ainsi Vacher et al [2] sur 38 cas de rétablissement de continuité digestive par voie laparoscopique après intervention

de Hartmann ont trouvé 70% de causes diverticulaires sigmoïdiennes.

Les stomies étaient appareillées à l'aide de matériel local dans 60% des cas. Il s'agit d'un petit sachet plastique utilisé dans le commerce pour la vente d'eau. D'un coût d'environ 0,05€ soit 175 FCFA le paquet de 100, ce matériel est utilisé depuis 1998 dans nos services avec satisfaction [3]. Les poches de colostomie modernes ne sont pas toujours disponibles et leur coût est élevé.

La stomie digestive nécessite les soins d'un stomathérapeute. Ce personnel spécialisé est compétent pour le choix du lieu de pose de la stomie et du matériel d'appareillage de la stomie, ainsi que pour les conseils à prodiguer aux patients stomisés. Si ailleurs les patients bénéficient de l'assistance de stomathérapeute, cette tâche dans nos hôpitaux reste dévolue au malade stomisé et à ses parents, par manque de personnel spécialisé.

La continuité digestive a pu être rétablie chez tous les malades. Les causes de stomies sont des pathologies bénignes en majorité. S'il est toujours souhaitable que ce délai ne soit pas trop long, il demeure cependant très important d'observer un temps de récupération de l'affection cause de la stomie et de ses complications. Le choix de la période de rétablissement tiendra compte de l'état clinique de récupération du malade après la première intervention, mais aussi de la résorption d'éventuelles adhérences. Selon certains auteurs, un délai de rétablissement de la continuité digestive inférieur à six mois exposerait à une morbidité plus élevée [4]. Baumel [5] et Gallot [6] recommandent un délai de 70 à 90 jours avant le rétablissement de la continuité, proche de celui observé dans notre étude.

L'abord par laparotomie médiane a été effectué dans 62,5% des cas car l'alternative laparoscopique n'a été possible qu'à partir de 2001, début de nos activités de coelochirurgie. Depuis notre première expérience [7] cette technique nous a paru peu morbide, comparée à la technique de laparotomie médiane.

L'appréciation du niveau d'adhérences est importante et déterminante pour le succès de l'intervention. Vacher et al [2] ont classé les d'adhérences comme faibles, moyennes ou fortes. Ce type de classement n'a pas été pris en compte dans cette étude rétrospective. Chez 13,33% des patients n=2/15, il a été nécessaire d'agrandir l'orifice de stomie pour faciliter l'anastomose. Les adhérences péristomiales serrées avec difficultés majeures de repérage du moignon rectal distal ont imposé cet agrandissement de l'incision. La laparoscopie a été convertie en laparotomie médiane dans 2 cas/15 (13,33%). Pour le premier cas de conversion, le moignon rectal était très court, n'ayant pas été mesuré en préopératoire. Ceci nous amène depuis, à procéder à une évaluation de la longueur de ce moignon soit par rectoscopie, soit par

lavement baryté. Pour le second cas de conversion, une perforation traumatique de l'iléon est survenue lors des manœuvres d'open-coelio pour le premier trocart dans l'hypochondre droit. La perforation traumatique aurait pu être suturée par élargissement de l'orifice d'entrée du trocart et la technique cœlioscopique continuée. Cela n'a pas été le choix du chirurgien qui a préféré convertir en laparotomie par crainte d'autres adhérences. Par ailleurs le choix d'un démontage premier de la stomie [8] aurait permis d'éviter une telle complication. Huynh et al [9] sur 28 rétablissements de continuité digestive effectués sous laparoscopie n'ont enregistré aucun cas de conversion.

La procédure laparoscopique offre l'avantage de petites incisions, d'un taux d'infection faible, de peu de douleurs, d'une meilleure mobilité post opératoire et d'un bref séjour hospitalier [9, 4]. Le taux de morbidité dans les cas de rétablissement en chirurgie conventionnelle varie de 10 à 24%, soit 10% d'éventrations selon Khoury et al [10]. Dans les mêmes conditions selon ces auteurs la mortalité est de 2%. La comparaison dans notre étude des taux d'infection, d'éviscération ou de complications occlusives en rapport avec la voie d'abord ne montre aucune différence statistiquement significative, $p > 0,05$.

Huynh et al en ont fait le constat [9]. Par contre, en termes de séjour, la laparotomie semble liée une durée d'hospitalisation plus longue comparée à la laparoscopie, $p=10-6$. Le caractère rétrospectif de l'étude et la taille de l'échantillon ont pu influencer sur les résultats de cette analyse.

Nous restons toujours convaincus comme de nombreux auteurs [11, 12], même en l'absence de preuves statistiques dans cette étude, que l'avantage est à la chirurgie laparoscopique pour le rétablissement de la continuité colique suite à une procédure de Hartmann.

CONCLUSION

Le volvulus du sigmoïde et les péritonites par perforation colique traumatiques sont les indications les plus fréquentes de la colostomie selon la procédure de Hartmann. Le rétablissement de la continuité a été fait par voie laparoscopique et par laparotomie médiane. La morbidité semble plus élevée en cas de procédure de laparotomie et la durée de séjour plus courte pour les malades opérés par voie laparoscopique. La mortalité a été nulle dans tous les cas.

REFERENCES

- 1-Hartmann Henry. Note sur un procédé nouveau d'extirpation des cancers de la partie terminale du colon. Bull Mémo Soc Chir Paris 1923 ; 49 :1474-77
- 2-Vacher C, Zaghloul R, Laporte S, et al. Laparoscopic reestablishment of digestive continuity following Hartmann's procedure. Retrospective study of the French Society of Endoscopic surgery. Ann Surg 2002; 127:189-192.
- 3-Sanogo ZZ, S Yéna, AK Simaga, et al. Les stomies digestives, expérience du service de Chirurgie A de l'hôpital National du Point « G ». Mali Médical 2004 ; 19(3-4):24-27
- 4-Köhler L, Lempa M, Troidl H. Laparoscopic assistierter Wiederanschluss nach Hartmann-Opération. Chirurg 1999 ; 70:1139-43.
- 5-Baumel H. Les colostomies chez l'obèse. Med Chir Dig 1979;8:709-710.
- 6-D Gallot, P Lasser, Lechaux JP. Colostomies. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS),. Techniques chirurgicales-Appareil digestif, 40-540, 2002, 11 P.
- 7-Sanogo ZZ, Doumbia D, Yéna S, et al. Rétablissement de continuité sous laparoscopie après procédure de Hartmann pour volvulus du sigmoïde. Mali Médical 2007; 22(3):55-57.
- 8-Rosen M J, Cobb VS, Kercher KW, Sing RF, Heniford T. Laparoscopic reconstruction of intestinal continuity after Hartmann's procedure. Am J Surg 2005; 189: 670-74.
- 9-Huynh H, Daniel CT, Claudia MS, et al. Can J Surg 2011; 54(2): 133-137.
- 10-Khoury DA, Berk MD, David E et al. Colostomy closure. Oschner clinic experience 1986; 39(6): 605-09.
- 11-Holland JC, Winter DC, Richardson V. Laparoscopic assisted of Hartmann's reversal procedure revisited. Laparosc Endosc Percutan Tech 2002; 12:291-94.
- 12-Anderson CA, Fowler DI, White S, Wint N. Laparoscopic colostomy closure. Surg Laparosc Endosc 1993; 3:69-72.