

## ARTICLE ORIGINAL

### FERMETURE PRÉCOCE DES ILÉOSTOMIES DE SAUVETAGE: INDICATIONS ET RÉSULTATS

#### EARLY CLOSURE OF SALVAGE ILEOSTOMY: INDICATIONS AND RESULTS

KG SORO, A COULIBALY, GM KOFFI, KT ASSOHOON, LM N'GUESSAN, SF EHUA, MJB KANGA

Service de Chirurgie Générale et Digestive CHU de Yopougon

### RÉSUMÉ

**Objectif :** Démontrer que la fermeture précoce d'une iléostomie est faisable avec un risque faible de morbidité et de mortalité.

**Patients et méthode :** Etude rétrospective de 1990 à 2012 au CHU de Yopougon qui a permis de colliger les dossiers de 21 patients. Chez ces patients, un rétablissement de la continuité digestive était réalisé précocement en raison de complications lors de la prise en charge de la stomie.

**Résultats :** Les 21 patients se répartissaient en 16 hommes et 5 femmes d'un âge moyen de 33,2 ans (extrêmes : 16 et 74 ans). La stomie était jéjunale dans 28,7% (n=6) des cas, iléale dans 71,4% (n=15). C'était une stomie terminale chez 85,7% (n=18) et latérale dans 14,3% (n=3). Tous ces patients ont présenté une accélération du transit fait de liquide intestinal. Une dénutrition et une déshydratation ont été également notées chez tous les patients avec une péristomie chez 38,1% (n=8). Le délai moyen du rétablissement était 20 jours (extrêmes: 13 et 24 jours). L'évolution était simple chez 76,2% (n=16) et compliquée chez 23,8% (n=5). Il s'agissait chez 4 patients de complications mineurs et d'une fistule digestive chez un patient. Aucun décès n'a été enregistré.

**Conclusion:** La fermeture précoce des entérostomies est possible avec un taux faible de morbidité et une mortalité nulle. Cette fermeture est donc une option à envisager face à certaines difficultés lors de la prise en charge des patients avec une entérostomie.

*Mots clés: iléostomie, complication, fermeture précoce, indication*

### SUMMARY

**Objective:** We report our experience and demonstrate the feasibility of premature enterostomy closure with a low risk of morbidity and mortality.

**Patients and method:** This retrospective serie from 1990 to 2012 in CHU of Yopougon allowed us to analyse the file of 21 patients. In these patients, a closure of the enterostomy was realized prematurely because of some difficulties in the management of their stomies.

**Results:** The 21 patients were composed of 16 men and 5 women with a mean age of 33.2 years (extremes: 16 and 74 years). The enterostomy was jejunal in 28.7% (n=6) of cases, ileal in 71.4% (n=15). It was a terminal stomy in 85.7% (n=18). All these patients were presented with diarrhea. Undernutrition and deshydration were also noticed in all patients. A peristomite occurred in 38.1% (n=8). The mean average of enterostomy closure was 20 days (extremes: 13 and 24 days). No death was registered. The evolution was uneventful in 76.2% (n=16) and complicated in 23.8% (n=5). Five patients developped minor complications. One patient developped digestive fistula.

**Conclusion:** Early closure of ileostomy is possible with a low morbidity and zero mortality. This early closure is an option that may be suggested when there are some difficulties in the management of patients with an enterostomy.

*Keywords: enterostomy, complication, prematured closure, indication*

#### **Tirés à part:**

Kountélé Gona SORO, Service de Chirurgie Générale et Digestive  
Email : kountelegona@hotmail.com

CHU de Yopougon

## INTRODUCTION

Les iléostomies de sauvetage sont réalisées lorsqu'existe une inflammation des anses digestives sur lesquelles doivent porter la suture ou l'anastomose ou lorsqu'existe un sepsis avéré. Diverses complications sont susceptibles d'émailler la prise en charge de ces stomies [1,2,3,4] et conduire à une mortalité parfois élevée [5]. De ce fait on est parfois pris entre le dilemme de laisser évoluer une stomie avec risque vital pour le patient du fait de la complication survenue et la réalisation d'une fermeture précoce pure et simple de la stomie malgré le haut risque potentiel de fistule [6]. Le but de la présente étude est de démontrer la faisabilité des rétablissements précoces de la continuité digestive après iléostomies en minimisant le risque de morbi-mortalité.

## PATIENTS ET MÉTHODE

L'étude était descriptive et rétrospective sur une période de 22 ans au Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon (Abidjan/Côte d'Ivoire). Les dossiers de tous les patients qui ont subi, dans cette période, un rétablissement de leur iléostomie dans les quatre semaines suivant la confection de la stomie ont été inclus.

Les 21 patients de l'étude étaient composés de 16 hommes et 5 femmes d'un âge moyen de 33,2 ans (extrêmes: 16 et 74 ans). L'intervention chirurgicale première était réalisée pour traiter une péritonite aiguë généralisée par perforation spontanée du grêle dans 57,1% (n=12), par perforation traumatique du grêle dans 19% (n=4) et une occlusion intestinale aiguë grélique avec nécrose dans 23,8% (n=5) dont une nécrose avec perforation chez 3 patients. La stomie était jéjunale dans 28,7% (n=6) des cas, iléale dans 71,4% (n=15). C'était une stomie terminale chez 85,7% (n=18) et latérale dans 14,3% (n=3). Tous ces patients ont présenté une accélération du transit fait de liquide intestinal avec des difficultés d'appareillage entraînant une péristomite chez 38,1% (n=8) responsable de brûlure insomniaque péristomiale. Une déshydratation et une dénutrition avec un taux moyen de protides totaux à 53g/l (42 à 63) ont été également notées chez tous les patients.

Selon la littérature la fermeture d'une entérostomie doit se faire après 6 semaines pour les stomies du grêle et 8 semaines pour les stomies du colon eu égard aux phénomènes inflammatoires. Nous avons considéré comme rétablissement précoce tout rétablissement effectué avant la fin de la 4ème semaine post-entérostomie.

## RÉSULTATS

Le délai moyen du rétablissement était de 20 jours (extrêmes : 13 et 24 jours). La fermeture de la stomie

était effectuée par voie élective, péristomiale stricte chez 18 patients (85,7%), combinée à une reprise de l'incision médiane chez 3 patients (14,3%). L'évolution était marquée par la disparition de la péristomite et de ses effets notamment l'insomnie chez tous les patients. La rétraction stomiale et les abcès péristomiaux ont été traités efficacement. Aucune complication n'était notée chez 76,2% (n=16) des patients. L'évolution était compliquée chez 23,8% (n=5) des patients. Il s'agissait, chez 4 patients, de complications mineures à type de suppuration pariétale. Le cinquième patient avait présenté une fistule digestive. L'histoire de la maladie de ce dernier patient avec fistule digestive permet de noter qu'il s'agissait d'un homme de 41 ans chez qui une stomie bitubulaire terminale avait été réalisée pour traiter une perforation spontanée du grêle siégeant à 150 cm de l'angle de Treitz. Les suites de cette stomie étaient compliquées d'une diarrhée liquide avec une péristomite, une déshydratation sévère avec un taux de  $\text{Na}^+=128\text{mEq/l}$  et de  $\text{K}^+=2,6\text{mEq/l}$  et une dénutrition modérée avec une protidémie totale à 60g/l. Du fait de ces complications non corrigées par la réanimation, le rétablissement de la continuité digestive avait été réalisé au 21ème jour après l'entérostomie. A J+4 post-rétablissement de la continuité, une fistule iléale de moyen débit (150ml/jour) est apparue. Le transit normal des gaz et des selles était conservé sans irritation péritonéale. Après les deux premiers jours, une réduction progressive du débit fistuleux a été notée jusqu'au tarissement complet à J+16 post rétablissement de la continuité digestive. La durée d'hospitalisation de ce patient était de 43 jours. La durée moyenne d'hospitalisation de la série était de 26 jours (extrêmes: 21 et 43 jours). Aucun décès n'a été enregistré.

## DISCUSSION

La fermeture précoce d'une iléostomie de sauvetage est un geste très peu publié parce que rarement réalisé, probablement par crainte des complications, particulièrement la fistule digestive anastomotique. Cependant, cette modeste série rétrospective témoigne de la possibilité de fermeture précoce des iléostomies sans majorer la morbidité et la mortalité. En effet il s'agit d'un échantillon constitué de tous les patients qui ont eu un rétablissement dit de sauvetage en raison de complications menaçant leur pronostic vital. Selon les habitudes de notre service et conformément à la littérature [7], le rétablissement de la continuité digestive après une iléostomie de sauvetage se fait après un minimum de six semaines à partir de la date de sa confection. Ce délai est parfois plus prolongé selon les écrits tels que dans la série de Koffi et collaborateurs [4]. Contrairement à ces

habitudes, chez ces 21 patients avec complications, la fermeture était réalisée dans un délai de 4 semaines. La petite taille de notre échantillon se justifie donc par le fait que notre attitude face à ces 21 patients était exceptionnelle et contraire à nos habitudes. C'est une embarrassante situation face à laquelle d'autres auteurs ont préconisé la réinstillation du liquide intestinal du segment d'amont dans celui d'aval et/ou l'alimentation parentérale hyperprotidique [8,9]. Face à notre plateau technique très modeste et le pouvoir d'achat limité de nos patients sans couverture sociale, la fermeture précoce de l'iléostomie nous est apparue comme la seule méthode de gestion des complications. Dans la majorité des cas les études sur les fermetures précoces des stomies ont inclut soit les stomies de protection d'une anastomose colique ou rectale [10,11] soit des stomies de sauvetages et dans ce dernier cas les auteurs excluaient de l'étude les patients dénutris, ayant un phénomène inflammatoire persistant ou un sepsis évolutif [1]. Notre échantillon, au contraire était composé de patients portant tous des stomies dites de sauvetage compliquées soit de dénutrition (protidémie moyenne: 53g/l, extrêmes: 42 et 63) soit de sepsis circonscrit mais avec menace de diffusion. Cette particularité de notre échantillon témoigne de l'intérêt de cette étude du fait de l'importance du risque potentiel de complication notamment de fistule après un tel rétablissement précoce [6]. En effet, selon ces auteurs, une fermeture de stomie réalisée avant la fin des trois mois suivant la confection de cette stomie était statistiquement associée à un taux élevé de complications. De même, la dénutrition notamment une hypoprotidémie ou une hyponatrémie étaient des facteurs statistiquement associés à la survenue de fistule digestive après anastomose en urgence [12]. Cependant Seulement 5 cas de complications étaient observés dont 4 cas de complications mineures (grade 2) et 1 cas de complication grade 3a à type de fistule digestive résolutive sous traitement médical. Ce taux faible de complication, plus précisément de fistule digestive post rétablissement précoce est lié d'une part à la réanimation et d'autre part à la rigueur lors du rétablissement de la continuité digestive. En effet comme l'ont déjà rapporté Hanachi et coll [13], la déshydratation et la dénutrition sont fréquentes chez ces patients. Selon ces mêmes auteurs la déshydratation et la dénutrition sont d'autant plus fréquentes et prononcées que la stomie est proximale. L'hypoprotidémie est responsable de retard de cicatrisation avec pour corollaire les fistules et les désunions anastomotiques [12]. L'alimentation hyperprotidique n'avait pu être réalisée faute de moyens. Cependant la correction des désordres hydro-électrolytiques était faite de même qu'une antibiothérapie probabiliste était instituée en pré, per et post rétablissement précoce.

Du fait de l'inflammation des anses, de l'infection

persistante et de l'hypoprotidémie [6,12] les anses digestives sont fragilisées. A cela s'ajoute le risque potentiel de lésion iatrogène liée à une manipulation excessive des anses. Toutes ces situations augmentent le risque potentiel de fistule digestive post rétablissement de la continuité digestive. De ce fait, nous avons opté, à l'instar de Koffi et collaborateurs [4], pour un abord électif le plus souvent aux détriments d'une voie d'abord combinée médiane et élective. La voie élective aurait pour avantage de limiter la diffusion d'un sepsis qu'il s'agisse d'un abcès ou d'une fistule comme ce fut le cas dans notre série où un patient a développé une fistule digestive post-rétablissement précoce. L'abord électif a probablement circonscrit le liquide digestif épanché qui s'est ensuite dirigé vers l'orifice de contre incision de drainage sans diffusion à toute la cavité péritonéale et donc sans irritation péritonéale. Cela a également minimisé l'iléus reflexe et permis une conservation du transit normal des selles et des gaz. En conséquence, le traitement non opératoire avait été suivi avec succès au bout de 16 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation de 26 jours de notre série est courte eu égard à l'état précaire de nos patients au moment de la fermeture de leurs stomies. En effet tous ces patients avaient subi une fermeture précoce de leur stomies du fait de diverses complications. Ces complications auraient certainement nécessité une longue durée d'hospitalisation avant la date prévue pour un rétablissement. Autrement dit, sans complication après la confection de la stomie, ces patients seraient sortis tôt d'hospitalisation pour en revenir au moment indiqué pour la fermeture de la stomie. Or nos patients, du fait de leurs complications, restaient hospitalisés et la fermeture de la stomie était réalisée au cours de la même hospitalisation. Cette longue durée d'hospitalisation était plutôt imputable aux complications avant le rétablissement dont elles étaient la raison. Cependant certains auteurs ont rapportés des durées d'hospitalisation plus longues pour la seule période d'hospitalisation après la confection de la stomie [3].

Du fait du faible taux de complication majeure (1 seule complication de grade IIIa) post fermeture précoce des stomies, aucune réintervention pour sepsis intra péritonéal ni pour refection d'une autre stomie n'a été pratiquée. Le taux faible de complications majeures d'une part et l'absence de réintervention post fermeture précoce de la stomie d'autre part, pourraient expliquer également le taux nul de décès post rétablissement précoce dans notre étude. En effet selon certains auteurs, la réintervention pour fistule digestive post fermeture de stomie était statistique associé à un taux élevé de mortalité post fermeture de stomie [6].

## CONCLUSION

La fermeture précoce d'une iléostomie est réalisable tout en minimisant la morbidité et la mortalité. Cette fermeture précoce est donc une option qui doit être

envisagée, en l'absence d'autres alternatives, face à certaines complications menaçant le pronostic vital au cours de la prise en charge des patients avec une iléostomie de sauvetage.

## RÉFÉRENCES

- 1- Jordi-Galais P, Turrin N, Tresallet C, et al. Fermeture précoce des iléostomies du grêle. *Gastroenterol Clin Biol* 2003; 27 : 697-699.
- 2- Van Der Sluis FF, Schouten N, de Graaf PW, et al. Temporary end ileostomy with subcutaneously buried efferent limb: results and potential advantages. *Dig Surg*. 2010;27(5):403-8.
- 3- Traore A, Diakite I, Togo A et al. Stomies digestives en chirurgie générale du CHU Gabriel Toure. *Mali Med*. 2010; 25: 52-56.
- 4- Koffi E, Yénon K, Kouassi JC. Les entérostomies dans notre pratique hospitalière. *Med. Afr. Noire* 1998 ; 45 : 63- 65,
- 5- Takongmo S, Ndi ombgba R, Masso Misse P et al. Les entérostomies au CHU de Yaoundé. Indications et résultats à propos d'une série de 42 patients. *Health Sci. Dis*. 2009; 10: 4p.
- 6- Martínez JL, Luque-de-León E, Andrade P. Factors related to anastomotic dehiscence and mortality after terminal stomal closure in the management of patients with severe secondary peritonitis. *JGastrointest Surg*. 2008;12: 2110-8.
- 7- Loygue J, Levy E, Parc R et al. Entérostomies de sauvetage ou pas d'anastomoses dans un milieu septique. *Lyon Chir* 1979; 75:217-220.
- 8- Levy E, Parc R, Loygue L, Loygue J. Stomies terminales, jéjunales ou iléales temporaires de sauvetage avec réinstillation autorégulée. *Nouv Presse Med* 1977; 6: 461-462
- 9- Picot D, Garin L, Trivin F, et al. Plasma citrulline is a marker of absorptive small bowel length in patients with transient enterostomy and acute intestinal failure. *Clin Nutr* 2010 ; 29 : 235-42.
- 10- Hindenburg T, Jacob Rosenberg. Closing a temporary ileostomy within two weeks. *Dan Med Bul* 2010;57:A4157
- 11- Danielsen AK, Correa-Marinez A, Angenete E, et al. Early closure of temporary ileostomy-the easy trial: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Oopen* 2011; 1: a000162. Doi: 10.1136/bmjopen2011-000162
- 12- Nair A, Pai DR, Jagdish S. Predicting anastomotic disruption after emergent small bowel surgery. *Dig Surg*. 2006;23(1-2):38-43.
- 13- Hanachi M, Floch M, Crenn P. Prise en charge Clinique d'un patient porteur d'une stomie du grêle. *Nutri Clin Metab* 2012 ; 26 : 82-88.