

ARTICLE ORIGINAL

URGENCES COLIQUES CHIRURGICALES DE L'ADULTE À L'HÔPITAL NATIONAL DE NIAMEY (NIGER).

SURGICAL COLONIC EMERGENCY (SCE) OF ADULT AT THE NATIONAL HOSPITAL OF NIAMEY (NIGER)

R SANI¹, L JAMES DIDIER¹, MS CHAIBOU², DM YORO¹, H NOUHOU³

1. Département de chirurgie et spécialités chirurgicales, Hôpital National de Niamey – BP: 238. Niamey Niger

2. Département d'anesthésie réanimation et urgences, Hôpital National de Niamey – BP: 238. Niamey Niger

3. Service d'anatomie pathologie. Faculté de Médecine de Niamey. Université de Niamey- BP: 10896- Niamey –Niger

RÉSUMÉ

Objectif: Les urgences coliques chirurgicales (UCC) sont graves et mettent en jeu le pronostic vital. Les auteurs rapportent les résultats d'une étude sur leurs aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques.

Méthodologie: nous avons mené une étude prospective sur 4 ans (janvier 2005 à décembre 2008). Sont inclus les patients âgés de plus de 15 ans opérés pour urgences chirurgicales coliques.

Résultats: La série comportait 135 patients dont 119 hommes (88,1%) et 16 femmes (11,9%) (sex-ratio: 7,43). L'âge moyen était de 49,2 +/- 16,11 ans (extrêmes: 20 et 82 ans). Les UCC représentaient 7,1% des urgences abdominales. Les principaux signes cliniques étaient représentés par la douleur abdominale (100%) et un syndrome occlusif (92,6%). 52 patients étaient ASA I (38,5%), 31 patients ASA II (23%), 49 patients ASAlII (36,3%) et 3 ASA IV (2,2%). Les principales causes étaient: volvulus du sigmoïde dans 91 cas (67,4%), le cancer dans 36 cas (26,6%) et une perforation traumatique (3,6%). La colectomie selon Hartmann était la technique la plus réalisée (60%). Les complications étaient plus élevées dans les colectomies idéales : morbidité (52,2% vs 23,1%) et mortalité (13% vs 10,6%) (p<0,05). Le score d'ASA supérieur ou égal à 3 et la durée d'évolution des signes supérieure à 6 jours étaient les facteurs aggravant la mortalité (p<0,05).

Conclusion: Le volvulus reste la première étiologie. L'amélioration de nos résultats passe par la prise en charge précoce des patients et une amélioration du plateau technique. Nous recommandons la colectomie et anastomose différée dans le traitement des UCC gauches.

Mots clés: Côlon, urgences chirurgicales, Afrique

SUMMARY

Background: Surgical colonic emergency (SCE) are life threatening. The objective of the study is to report the clinical and epidemiological characteristics, treatment patterns, and outcomes of SCE.

Method: It is a prospective study during 4 years (January 2005 to December 2008). We included all patients with SCE who underwent surgery.

Results: The series included 135 patients with 119 males (88.1%) and 16 females (11.9%). (sex-rate: 7.43). The mean age was 49.2 +/- 16.11 years (range: 20 to 82 years). SCE represented 7.1% of abdominal emergency. According ASA classification: ASA I (38.5%), ASA II (23%), ASA III (36.3%) and ASA IV (2.2%). The mains lesions were: sigmoid torsion (67.4%), cancer (26.6%), traumatic perforation of colon (3.6%). Hartmann procedure was the mostly used (60%). The postoperative complications were higher in ideal colectomy (52.2% vs. 23.5%) and mortality (13% vs. 10.6) (p<0.05). Risk factors identified were: ASA 3 or more and mean duration of symptoms > 6 days (p<0.05).

Conclusion: Therefore, an appropriate system for early diagnosis and adequate treatment are necessary for improving outcomes. We recommended resection with delayed anastomosis in left-sided colonic emergency in our environment.

Keys words: colon, surgical emergency, Africa.

Tirés à part

Prof Agrégé SANI RACHID

Email: sani_rachid@yahoo.fr

BP: 11806 NIAMEY – NIGER

sani.rachid@gmail.com

Tel: 00 227 96 96 24 84

INTRODUCTION

Les urgences coliques chirurgicales (UCC) sont graves. Dans la littérature des chiffres élevés de mortalité et de morbidité leur sont imputables dus à plusieurs facteurs tels que l'âge avancé des patients, le retard diagnostique et thérapeutique et la virulence des germes coliques [1-3]. Cependant les étiologies et les situations cliniques sont variées; et l'absence de consensus dans la chirurgie colique en urgence quand les lésions siègent au niveau du côlon gauche est toujours d'actualité [1,2]. Ces urgences sont fréquentes dans notre environnement et posent souvent des problèmes de diagnostic et de prise en charge en raison de la spontanéité de leur survenue et de leur extrême gravité [4].

L'objectif de cette étude est d'identifier le profil des UCC; de déterminer leurs aspects épidémiologiques et cliniques; d'analyser les différentes méthodes thérapeutiques et évaluer quelques facteurs influençant le pronostic.

MATERIELS ET METHODES

Une étude prospective de 4 ans de janvier 2005 à décembre 2008 a été réalisée dans le service de chirurgie digestive. Etaient inclus dans l'étude tous les patients d'âge supérieur à 15 ans et opérés pour une urgence colique. Etaient exclus les patients opérés en chirurgie électorale pour pathologie colique. Les variables étudiées étaient: les paramètres épidémiologiques, cliniques et paracliniques, le traitement chirurgical et l'évolution (morbidité, mortalité et durée du séjour postopératoire). Pour l'analyse statistique, nous avons utilisé les tests de chi-2. La signification a été acceptée à $p < 0,05$.

RESULTATS

Pendant la période d'étude 1912 cas d'urgences abdominales ont été traitées dont 135 cas (7,1%) de pathologie colique. Les patients étaient repartis en 119 hommes (88,1%) et 16 femmes (11,9%) (sex-ratio: 7,43). L'âge moyen était de 49,2 +/- 16,11 ans (extrêmes: 20 et 82 ans). Les signes cliniques évoluaient en moyenne depuis 4 jours avant l'admission (extrêmes: 9h et 12 jours).

Les principaux signes cliniques étaient: la douleur abdominale (100%), un arrêt de matière et gaz dans 125 cas (92,6%), un ballonnement dans 116 cas (85,9%) et une contracture abdominale dans 13 cas (9,6%); les vomissements étaient tardifs dans 28 cas (20,7%).

Le volvulus du colon sigmoïde était la 1ère cause des UCC avec 89 cas (65,9%) suivi du cancer colique avec 34 cas (25,2%) dont 8 cas à droite et 26 à gauche. Sur 34 cas de tumeurs coliques, 33 (97%) étaient admis dans un tableau occlusif; les cancers en occlusion

représentaient 24,4% des UCC. La perforation colique était traumatique par arme blanche (Tableau I).

Tableau I : Répartition des patients en fonction de l'étiologie des UCC

	n (%)
Volvulus du sigmoïde	89 (65,92)
Volvulus du caecum	1 (0,8)
Cancer du côlon	34 (25,18)
Perforation traumatique colique (arme blanche)	5 (3,6)
Sigmoïdite abcédée	1 (0,8)
Invagination colo-colique	1 (0,8)
Total	135 (100)

Concernant le score ASA: 52 patients étaient ASA I (38,5%), 31 patients ASA II (23%), 49 patients ASA III (36,3%) et 3 patients ASA IV (2,2%). Le délai moyen entre l'admission et l'intervention était de 5,1 +/- 3,8 heures.

Dans le volvulus du côlon pelvien, l'anse était nécrosée dans 32 cas (36%).

Les gestes opératoires étaient dominés par l'intervention de Hartmann (60%) (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patients selon les techniques opératoires

	n (%)
Colectomie selon Hartmann	81 (60)
Colectomie gauche idéale	23 (17)
Colostomie sur baguette	10 (7,4)
Hémi-colectomie droite	8 (6)
Suture colique	5 (3,6)
Bouilly Volkman	4 (2,9)
Détorsion simple et sigmoïdopexie	2 (1,5)
Caecopexie	1 (0,8)
Désinvagination	1 (0,8)
Total	135 (100)

Au total, 40 patients (29,6%) avaient bénéficié d'une chirurgie en un temps (dont 31 cas de résection-anastomose); 95 patients (70,4%) ont eu une chirurgie en 2 temps.

La morbidité (26,47% et 42,8%) et la mortalité (23,53%) étaient élevées dans le cancer (Tableau III).

Tableau III : Evolution selon les différentes étiologies

	Suppurations	Fistule dans les CI*	Décès
Volvulus sigmoïde	20 (22,47%)	3/16(18,7%)	5 (5,6%)
(n= 89)			
Cancer (n= 34)	9 (26,47%)	3/7 (42,8%)	8 (23,53%)
Perforation	1		0
traumatique (n=5)			
Sigmoidite (n=1)	1		0
Invagination	0		0
colocolique (n=1)			
Volvulus du caecum	0		0
Total	31 (23%)	6/23(26,1%)	13 (9,6%)

*CI : Colectomies idéales (n=23)

Dans la gestion des UCC gauches, les colectomies idéales étaient corrélées à un taux global de complications (52,2% vs 23,5%) et un taux de mortalité élevés (13% vs 10,6%) par rapport aux colectomies avec anastomoses différées (Hartmann et Bouilly) ($p<0,05$) (Tableau IV).

Tableau IV : Complications selon le type de chirurgie dans la gestion des UCC gauches

	Suppuration pariétale n (%)	Fistules n (%)	Total n (%)	Décès n (%)
Colectomies idéales	6 (26,1)	6 (26,1)	12 (52,2)	3 (13)
(n=23)				
Colectomies et anastomoses différées (n=85)	20 (23,5)	0	20 (23,5)	9 (10,6)

Le rétablissement de continuité se faisait en moyenne après 37 jours (extrêmes 19 et 52 jours). L'analyse des complications postopératoires retrouvait :

- 11 décès sur 13 étaient dans les groupes ASA III et IV et tous les patients ASA IV (n=3) sont décédés; le score d'ASA supérieur ou égal à 3 était un facteur aggravant la mortalité ($p<0,05$).
- Selon la durée des symptômes, chez 11 /13 décédés les signes évoluaient depuis plus de 6 jours. Le délai de plus de 6 jours était un facteur aggravant ($p<0,05$).
- Le délai entre l'admission et l'intervention

chirurgicale (de 5,1+/- 3,8 heures) n'a pas influencé la mortalité ($p=0,2126$)

- La corrélation entre l'âge supérieur à 60 ans et la survenue d'une complication n'était pas statistiquement significative ($p=0,078$).

DISCUSSION

Les UCC ont représenté 6,7% des urgences abdominales; Lebeau et al en Cote d'Ivoire [2] ont rapporté des taux plus élevés (11%). L'âge moyen des patients en Afrique est dans la 5ème décennie; en revanche dans les séries occidentales, il est généralement situé dans la 7ème décennie [1-7]. La plupart des nos patients étaient admis après un délai moyen de 4 jours dans un tableau occlusif ou un syndrome péritonéal «», ce délai moyen était de 6 jours dans la série ivoirienne [2]. Ce long délai de consultation pourrait être imputable à l'accès difficile aux structures sanitaires de référence, au traitement traditionnel et aux erreurs diagnostiques initiales dans les formations sanitaires périphériques où les premières consultations sont souvent assurées par un personnel sous qualifié.

Les volvulus du côlon sigmoïde (67,4%) se classent au 1er rang des UCC dans notre étude. Dans les pays occidentaux, ils représentent 1 à 7 % des occlusions coliques en 3ème position après les cancers et la diverticulose [2, 7, 8]. La prévalence élevée du volvulus du sigmoïde en Afrique Noire pourrait s'expliquer en partie par la tendance dolichomorphe du côlon de l'Africain associée à d'autres facteurs alimentaires favorisant la constipation chronique [2,8].

Les cancers coliques en occlusion représentent 24,4% des UCC dans notre série. En Afrique Noire, le taux varierait de 8 à 29%; en Europe, le cancer est la cause la plus fréquente des occlusions coliques (60 à 85% des cas) [1,2].

Dans la perforation traumatique du côlon (3,6% des cas) l'arme blanche demeure le premier mécanisme étiologique des plaies abdominales dans notre pays [9]. La maladie diverticulaire est rare (0,8% des cas) dans notre série et aucun cas n'a été retrouvé dans l'étude ivoirienne [2]. Le risque de développer une diverticulose du côlon dans les pays occidentaux est plus élevé que dans les pays africains. La comparaison des habitudes alimentaires montre un apport en fibres alimentaires inversement proportionnel, très élevé en Afrique [10].

Dans les occlusions coliques par cancer, seules les localisations gauches posent un problème thérapeutique; plusieurs options ont été décrites sans qu'un consensus ne puisse être dégagé. Le traitement de référence de la sténose colique est chirurgical, effectué dans un but curatif ou palliatif. Les modalités chirurgicales du traitement curatif en phase occlusive font régulièrement l'objet de débats entre une

chirurgie en plusieurs temps et celle en un temps, discussion sous-tendue par la gravité conjuguée du cancer et de l'occlusion dont la mortalité et la morbidité sont majorées d'environ trois fois par rapport à la chirurgie réglée [2, 3, 11]. Ce sur-risque est lié au caractère d'urgence de l'intervention chez des patients parfois en mauvais état général, avec un côlon non préparé [11]. Dans notre étude les taux respectifs de mortalité et de morbidité liés au cancer sont élevés comparé au volvulus : mortalité (23,53% vs 5,6%), suppuration (26,47% vs 22,479%) et fistule anastomotique (42,8% vs 18,7%).

Le traitement palliatif de ces obstacles était la colostomie. L'utilisation d'endoprothèses métalliques expansives a été proposée comme alternative à la chirurgie [11]. Elle permet de préparer le patient à une intervention chirurgicale curative dans les meilleures conditions après un bilan de la maladie tumorale.

Le traitement des volvulus du sigmoïde est influencé par le plateau technique; en effet, le traitement endoscopique peut réduire le volvulus (lorsque le malade est vu tôt), préparant le côlon pour une chirurgie idéale [5,12-14]. Ce traitement ne peut être réalisé dans notre environnement pour plusieurs raisons: manque d'unités d'endoscopie équipées et fonctionnelles (matériels et spécialistes) et le taux de nécrose colique élevé [5,13]. En l'absence de conditions favorables à la réalisation d'une détorsion endoscopique première et/ou d'une colectomie idéale avec lavage colique peropératoire, la colectomie en deux temps est recommandée [13]. Dans notre série la colectomie idéale dans le traitement des UCC sans préparation colique étant corrélée à un taux global des complications élevé par rapport à la chirurgie en deux temps (52,2% vs 23,5%) et un taux de mortalité élevé (13% vs 10,6%) ($p < 0,05$), tendance retrouvée dans la littérature [5,13,14]. Cependant dans une étude multicentrique menée aux USA, au Royaume uni et en Australie, les chirurgiens colorectaux semblent préférer la colectomie idéale au Hartmann dans les UCC gauches; mais le choix de la procédure reste indubitablement basé sur l'expérience du chirurgien [3]. L'opération de Hartmann est le geste le plus réalisé dans notre étude (60%); c'est une intervention simplifiée réalisable en urgence par tout chirurgien. Elle est cependant actuellement soumise à de

nombreuses critiques, elle a ses propres complications, son taux de mortalité varie de 0 à 19% et sa morbidité de 10 à 20% liée à la gestion de la colostomie; le rétablissement de la continuité a un taux de mortalité de 0 à 4% et un risque de fistule de 4 à 16% [3,15,16].

Dans les perforations traumatiques du côlon le traitement en un temps est indiqué selon Butt et al [17] lorsque certaines conditions sont réunies: absence de choc hémorragique, hémorragie intrapéritonéale inférieure à 20 % du volume sanguin, pas plus de 2 organes intra abdominaux lésés, une contamination fécale minime, un délai d'intervention inférieur à 8 heures et enfin la lésion colique ne soit pas si importante nécessitant une résection; dans ces cas la morbidité est moindre par rapport à la colostomie 15% vs 29% ($p < 0,05$).

La morbidité de la chirurgie colique d'urgence est dominée par les suppurations pariétales comme dans d'autres séries [2], elles sont dénuées de gravité mais ont l'inconvénient de prolonger l'hospitalisation.

Le taux de mortalité était de 9,3% dans notre étude: il est compris entre 12 et 30% dans les UCC en Afrique [2, 3, 17]. Nous avons identifié certains facteurs aggravant la mortalité : ASA supérieur ou égal à 3, durée des signes occlusifs supérieure à 6 jours, et la morbidité est aussi plus élevée en présence de cancer. L'âge élevé des patients n'était pas un facteur aggravant comme dans d'autres études [1-3,13].

CONCLUSION

Le volvulus du sigmoïde est l'UCC la plus fréquente dans nos régions suivi des cancers coliques en occlusion. La colectomie selon Hartmann a été la méthode thérapeutique la plus utilisée. La colectomie idéale a une morbidité et une mortalité élevées. Les urgences coliques chirurgicales ont une réputation d'extrême gravité avec des chiffres élevés de mortalité et de morbidité et certains facteurs d'aggravation ont été identifiés (ASA élevé et durée d'évolution de la maladie). L'amélioration de nos résultats passe par la prise en charge précoce des patients et l'amélioration du plateau technique (traitement endoscopique) et permettant de prendre en charge des patient fragiles en dehors de l'urgence.

REFERENCES

1. Tuech JJ, Pessaux P, Arnaud JP. Cancers du côlon en occlusion. Principes de tactiques et de techniques opératoires. *Encycl Méd Chir, Techniques chirurgicales – Appareil digestif*, 40-575, 2001, 7 p.
2. Lebeau R, Koffi E, Diane B, Kouassi JC. Panorama des urgences coliques chirurgicales en milieu africain. *Revue Africaine de chirurgie* 2001; 4: 14-18
3. Kozman DR, Engledow AH, Keck JO, Motson RW, Lynch AC. Treatment of left-sided colonic emergencies: a comparison of US, UK and Australian surgeons. *Tech Coloproctol.* 2009 ; 13(2):127-33.
4. Scott NA, Jeacock J, Kingston RD. Risk factor in patient presenting as an emergency with colorectal cancer. *Br J Surg* 1995;82: 321-3
5. Sani R, Ganda OR, YD, Illo A, Nomao Djika M, Sakho A, Bazira L. Traitement des volvulus du colon sigmoïde à l'hôpital national de Niamey. A propos de 68 cas. *J Afr Chir Digest* 2003, Vol 3(2):277-280
6. Gaveli A, Trutman D, Demillo T, Boiselle JC, Huguet C. Chirurgie colique d'urgence: Intérêt des interventions différées. *Presse Med* 1994; 23: 199-202
7. Biondo S, Jaurrieta E, Marti Ragué J. Role of resection and primary anastomosis of the left colon in the presence of peritonitis. *Br J Surg* 2000; 87: 1580-1584
8. Ribault L, Gournier JP, Barthe BL. Les volvulus du colon pelvien a propos de 59 cas en zone de savane africaine de l'ouest. *Chirurgie* 1989; 115: 78-83
9. Sani R, Bade MA, Adehossi E, Baoua BM, Ngo Bissemb N, Illo A, Bazira L. Les traumatismes abdominaux: à propos de 676 patients à l'hôpital national de Niamey. *J Afr Chir Digest* 2003, 1:231-236
10. Loiseau D, Borie F, Agostini H, Millat B. Sigmoid diverticulitis. *Gastroenterol Clin Biol* 2005; 29:809-816
11. Régimbeau J-M, Yzet T, Brazier F, Jean F, Dumont F, Manaouil D, Delcenserie R, Dupas JL, Verhaeghe P. L'endoprothèse colique métallique expansive (ECM) dans les occlusions coliques d'origine tumorale. *Ann. Chir* 2004; 129 (2004) 203-210
12. Sule A, Obepka PO, Iya D, Ogobonna, Memoh J. Intraoperative colonic irrigation in management of left sided large bowel emergencies in Jos university teaching hospital, Nigeria. *East. Afr. Med. J.* 2000; 77: 613-617
13. Touré CT, Dieng M, Mbaye M. Résultats de la colectomie en urgence dans le traitement du volvulus du colon au CHU de Dakar. *nn. Chir.* 2003; 128: 98-101
14. Raveenthiran V. Restorative resection of unprepared left colon in gangrenous vs. viable sigmoid volvulus. *Int J Colorectal Dis.* 2004; 19: 258-263
15. Aydin HN, Remzi FH, Tekkis PP, Fazio VW. Hartmann's reversal is associated with high postoperative adverse events. *Dis Colon Rectum.* 2005 ; 48 (11):2117-26
16. Desai DC, Brennan EJ Jr, Reilly JF, Smink RD Jr. The utility of the Hartmann procedure. *Am J Surg.* 1998; 175 (2):152-4
17. Butt MU, Zacharias N, Velmahos GC. Penetrating abdominal injuries: management controversies. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2009; 17(1):19-25