

RESULTATS THERAPEUTIQUES DES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUEES (OIA) CHEZ LES SUJETS AGES AU CHU DE COCODY A ABIDJAN.

YENON K¹, KASSI A², TRAORE M³

- 1- Maître-Assistant
- 2- Assistant chef de clinique
- 3- Interne des Hôpitaux

Service de Chirurgie Générale et Digestive CHU Cocody-Abidjan

Correspondant : YENON Kacou, Maître-Assistant, Service de Chirurgie Générale et Digestive, CHU Cocody-Abidjan
10 BP 1450 Abidjan 10 Côte d'Ivoire Tél : 07 88 95 72
Email : yenonks@yahoo.fr

RESUME

Contexte : Les occlusions intestinales aiguës engendrent des perturbations locorégionales et générales. Survenant chez les sujets âgés, les suites opératoires sont le plus souvent compliquées et la mortalité plus élevée que dans la population générale.

Objectif : Le but de cette étude était d'évaluer les résultats du traitement des occlusions intestinales aiguës chez les sujets âgés le service de chirurgie générale et digestive du CHU de Cocody.

patients et méthodes : Cette étude rétrospective a concerné la période de septembre 1998 à septembre 2008. Elle a inclus 25 patients dont 20 hommes et 5 femmes avec un âge moyen de 72,80 ans. 15 patients (60 %) ont présenté au moins un signe clinique de gravité. L'exploration per-opératoire a permis de retrouver chez 21 patients opérés : un volvulus du côlon pelvien (n=8), une occlusion par brides ou adhérences (n=8) et un cancer colique en occlusion (n=5). Une résection-anastomose (n=10), une stomie (n=7) et une section de brides ou adhésiolyse (n=4) ont été réalisées.

Resultats : Les Suites opératoires ont été simples dans 12 cas (57%). Sept décès sont survenus dont 4 dans la période préopératoire et 3 en postopératoire. Les complications postopératoires non mortelles ont été observées : une fistule digestive (n=3), une nécrose stomiale (n=1), un abcès de paroi (n=1) et un oedème aigu du poumon (OAP) (n=1).

Conclusion : La mortalité et la morbidité sont très élevées liées principalement aux complications infectieuses et aux fistules anastomotiques.

Mots-clé : Intestin, Occlusion, Fistule digestive, Sujets âgés.

ABSTRACT

Background : The intestinal obstruction leads to local regional and general alterations. The operative course is marked by a higher mortality rate than in the general population.

objective: The aim of this study was to evaluate the results of treatment of intestinal obstructions in old patients.

Methods. This retrospective study concerned the period of September 1998 to September 2008. There were 20 men and 5 women with a median age of 72,80 years. 15 patients (60%) presented a serious clinical sign. A volvulus of the sigmoid colon (n=8), a intestinal obstruction of bridles (n=8) and a colonic cancer (n=5) were discovered in preoperative exploration. An intestinal resection followed by an anastomosis (n=10), a stomy (n=7) and a section bridles (n=4) were practiced.

Results. The postoperative course was uneventful in 12 cases (57 %). The rates of mortality was 28 % (7 cases).with 4 in preoperative period and 3 in postoperative. The postoperative complications were mainly a digestive fistula (n=3), a wound abscess (n=1) stomas necrosis (n=1) and pulmonary oedema (n=1).

Conclusion. The mortality and the morbidity remain high linked to anastomosis fistula and infectious complications.

Key words: Bowel, Occlusion, Digestive fistula, Old patient.

INTRODUCTION

L'occlusion intestinale aiguë (OIA) est un arrêt complet et permanent du transit des matières et des gaz dans un segment intestinal engendrant des perturbations locorégionales et générales graves de conséquences. Survenant chez les sujets âgés, les suites opératoires sont le plus souvent compliquées et la mortalité plus élevée que dans la population générale^{7,10,11}. Il en résulte des problèmes d'ordre thérapeutique concernant le choix de la méthode chirurgicale et pronostique chez les patients dont l'espérance de vie est courte.

Nous avons entrepris ce travail dans le but d'évaluer les résultats du traitement des occlusions intestinales aiguës chez les sujets âgés.

MATERIEL ET METHODES

Cette étude rétrospective couvrant la période de septembre 1998 à septembre 2008, a été menée dans le service de Chirurgie Générale et Digestive au CHU de Cocody à Abidjan.

Tous les patients âgés de plus de 65 ans et hospitalisés en urgence pour une occlusion intestinale aiguë, ont été inclus dans l'étude. Les patients présentant un iléus post-opératoire, une occlusion sur une hernie de la paroi abdominale, ont été exclus de l'étude.

Nous avons retenu 25 patients sur 230 dossiers d'occlusion intestinale aiguë soit 10,8 %. Il s'agissait de 20 hommes et 5 femmes avec un sex ratio égal à 4 dont l'âge moyen était de 72,80 ± 3 ans (extrêmes : 66 et 87 ans).

13 patients soit (52 %) avaient des antécédents médicaux : diabète (n=3), HTA (n=6), insuffisance cardiaque droite (n=1), asthme (n=1) et un syndrome de condensation pulmonaire (n=2). Les antécédents chirurgicaux comportaient : myomectomie (n=2), une cure herniaire (n=7) et une laparotomie (n=6). Le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë s'est basé sur les données cliniques et sur celles de la radiographie de l'abdomen sans préparation. La tomodensitométrie abdominale a été réalisée (n=2) objectivant une sténose tumorale colique. Le délai d'admission était de 7,3 jours ± 2 jours (extrêmes: 2 et 14 jours).

15 patients (60 %) ont présenté au moins un signe clinique de gravité^{6,7} (tableau I).

Tableau n° I : Signes cliniques de gravité relevés chez les patients

Signes de gravité	N	%
Défense	4	16
Signes infectieux	6	24
Etat de choc	8	32
Signes de déshydratation	5	20
Douleur brutale et vive	8	32

6 patients ont présenté 2 signes de gravité
4 patients ont présenté 3 signes de gravité

Tous les patients ont bénéficié d'une réanimation préopératoire suivant un protocole établi par le réanimateur-anesthésiste. L'antibiothérapie avait été prophylactique (n=3) et curative (n=18). Le délai opératoire était de 2,2 jours ± 1 jour (extrêmes : 20 heures et 4 jours). La laparotomie médiane large a été exclusive et réalisée chez 21 patients. L'exploration peropératoire a permis de découvrir un volvulus du côlon pelvien (n=8), une occlusion par brides ou adhérences (n=8) et un cancer colique en occlusion (n=5) (tableau II).

Tableau n° II : Etiologies des occlusions

Etiologies	N	%
Volvulus côlon pelvien	8	38,1
Cancers coliques	8	38,1
Occlusion par brides	5	23,8
Total	21	100

Les gestes effectués avaient été une résection-anastomose (n=10) une stomie (n=7) et une section de brides ou adhésiolyse (n=4) (tableau III).

Tableau n° III : Modalités thérapeutiques

Modalités thérapeutiques	N	%
Résection-anastomose	10	47,6
Résection-stomie	5	23,8
Stomie sans résection	2	9,5
Section de brides	4	19
Total	21	100

Parmi les 7 patients qui ont bénéficié d'une stomie, 2 ont été rétablis. Cinq patients ont été perdus de vue. La mortalité et la morbidité ont été considérées jusqu'à 3 mois (prenant en compte le rétablissement de la continuité digestive en cas de stomie temporaire). La durée d'hospitalisation et le recul ont été évalués.

RESULTATS

Les Suites opératoires ont été simples dans 12 cas (57%).

Sept décès soit (28%) sont survenus dont quatre dans la période pré-opératoire dans un tableau de choc hypovolémique (n=2) ou de défaillance multiviscérale (n=2). Les trois décès en post-opératoire, ont été causés par un choc septique (n=2) ou un choc hypovolémique (n=1) (tableau IV).

Tableau n°IV : Résultats thérapeutiques

Résultats	N	%
Suites opératoires simples	12	57,2
Mortalité	7	28
Morbidité	6	28,6

Les sept décès sont survenus chez les patients ayant présenté au moins un signe de gravité. En fonction des étiologies, on notait que dans la période préopératoire, le décès avait concerné les patients présentant un volvulus du côlon pelvien (n=3) et une occlusion par brides ou adhérences (n=1). Dans la période postopératoire, il avait intéressé les patients présentant un volvulus du côlon pelvien (n=2) et un cancer colique en occlusion (n=1).

Des complications post-opératoires non mortelles (28,6 %) ont été observées : une fistule digestive (n=3), une nécrose stomiale (n=1), un abcès de paroi (n=1) et un oedème aigu du poumon (OAP) (n=1) (tableau V).

Tableau n°V : Complications non mortelles post-opératoires

Complications	N	%
Fistule digestive	3	14,2
Nécrose stomiale	1	4,8
Abcès de paroi	1	4,8
OAP	1	4,8
Total	6	28,6

La fistule digestive est survenue chez les patients ayant présenté un volvulus du côlon pelvien (n=2) et une occlusion par brides ou adhérences (n=1). La nécrose stomiale et la fistule digestive (n=1) ont nécessité une réintervention avec des suites opératoires simples. Les deux autres cas de fistule digestive ont tari dont l'une à J12 et l'autre à J17 post-opératoire.

L'OAP et l'abcès de paroi se sont amendés sous traitement médical.

Aucune complication n'a été observée après le rétablissement secondaire de la continuité digestive.

Le séjour hospitalier moyen a été de 15 jours \pm 3 jours (extrême : 9 et 27 jours). Les patients ont été revus avec un recul allant de un mois à trois mois.

DISCUSSION

Le taux de mortalité globale de 28 % dans notre étude est très élevé en comparaison avec celui de la population générale où il oscille entre 5 et 15 %^{1,5,12}. Dans l'étude de Musat et coll.¹⁰ le taux de mortalité passe de 2 % chez les patients de moins de 50 ans à 12 % chez les patients de plus de 65 ans. Dans la série de La Gamma et coll.⁷ sur les occlusions par brides et adhérences, tous les sujets décédés avaient un âge > 70 ans. Quant à l'étude de Johannet et coll.⁶ parmi les 15 patients décédés, 9 avaient plus de 70 ans. Sur la base de ces résultats, nous pouvons retenir que l'âge avancé est un facteur de risque de mortalité dans la prise en charge des OIA. Le fort taux de mortalité chez les patients âgés s'explique par l'état général précaire des malades dont la plupart était en déséquilibre hydroélectrolytique et protidique et la décompensation des tares^{6,7}. Dans notre série, tous les patients décédés ont présenté au moins un signe clinique de gravité. L'existence de signe clinique de gravité est un facteur de risque de mortalité comme l'attestent les études de Johannet et coll.⁶ et La Gamma et coll.⁷.

Dans la période préopératoire, le taux de mortalité de 16 % dans notre série était plus élevé que celui de la population générale où il varie entre 2 et 8 %^{2,3,5}. Par contre en postopératoire, le taux de 14,6 % dans notre série était superposable à celui de certaines études où il oscille entre 8 et 15 %^{11,12}. Dans la période postopératoire à l'instar de notre étude, divers travaux montrent que le choc septique et la décompensation d'une tare, constituent les principales causes de décès^{3,4,6,7}.

Le taux de morbidité de 28,6 % dans notre étude, est élevé en rapport avec celui de la population générale dans certaines études où il

oscille entre 10 et 20 %^{1,5,12}. Mais il est similaire à celui d'autres études où il oscille entre 25 et 30 %^{6,7,10}. La morbidité dans notre série est marquée par un fort taux de fistule digestive (14,3 %). Il varie entre 4 et 10 % dans la population générale selon d'autres études^{6,9}. Ce fort taux de fistule digestive pourrait s'expliquer probablement par la précarité des vaisseaux chez ces patients âgés, aggravée par les phénomènes d'ischémie dans les occlusions par strangulation. Outre la fistule digestive, la décompensation des tares reste une hantise dans les suites opératoires du traitement chirurgical des OIA chez les sujets âgés. Ainsi l'évaluation préopératoire est essentielle par l'anesthésiste pour le choix de la méthode chirurgicale et la stratégie de la prise en charge postopératoire.

L'introduction de la méthode endoscopique dans notre arsenal thérapeutique pourrait être d'un apport précieux dans la prise en charge des OIA chez les patients âgés. Elle permet une détorsion non opératoire des volvulus du côlon pelvien et une levée de l'obstacle des cancers coliques en occlusion^{1,2,12}. C'est une méthode simple permettant d'éviter une chirurgie à risque chez des patients âgés et le plus souvent alités et qui ne nécessite pas une préparation digestive^{1,8}. Le taux de succès varie entre 60 et 100 % selon les séries avec une morbidité et une mortalité inférieures à celles de la prise en charge chirurgicale^{1,8,9}. Elle peut être temporaire différant une chirurgie élective ou définitive. Elle est indiquée également chez les sujets présentant une contre indication opératoire.

D'autres études ne permettent pas de retenir l'âge avancé comme un facteur de risque de mortalité ou de complications péri opératoires^{9,10}.

Nous pensons comme certains auteurs^{4,9,10} que l'âge ne doit pas constituer une barrière à une prise en charge dynamique de ces patients à espérance de vie courte.

CONCLUSION

60 % des patients avaient présenté au moins un signe clinique de gravité. Les taux de mortalité et la morbidité respectivement de 28 % et 28,6 % , étaient élevés en rapport avec les complications infectieuses, les désordres hydroélectrolytiques, les décompensations de tares et les fistules anastomotiques. L'amélioration du pronostic passe par une prise en charge médico-chirurgicale précoce et correcte et surtout par l'introduction du traitement endoscopique dans notre arsenal thérapeutique.

REFERENCES

- 1 Ben-Soussan E. : Les prothèses coliques : aspects techniques et indications. *Côlon et Rectum*, 2007, 1 (2) : 113-118.
- 2 Beyrouiti MI, Abid M, Beyrouiti R, Ben Amar M et al. : Le volvulus du côlon pelvien (à propos de 47 cas). *Tun Chir*. 2005, 4 : 190-196.
- 3 Chou NH, Mok KT, Wang BW, Chang HT, Hsu PI.: Risk factors of mortality after surgical treatment of intestinal obstruction in patients having prior laparotomy for non malignancy. *J Chin Med Assoc*, 2003, 66: 741-746.
- 4 Coluciello SA, Luken TW, Morgan DI.: Assessing abdominal pain in adults: a rational cost effective and evidence based strategy. *Emerg Med Pract*. 1999, 1 (1) : 120.
- 5 Fevang BJS, Fevang J, Lie SA, Soreide O, Svanes K, Viste A.: Long term, prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction. *Ann Surg*, 2004, 240: 193-201.
- 6 Johanet H, Traxer O, Manceau C. et al. : Occlusions aiguës du grêle sur brides : Indications et résultats. *Ann Chir* 1999, 53 : 859-864.
- 7 La Gamma A, Letoquart JP, Kuninn N, Chaperon J, Mambrini A : Les occlusions du grêle par brides et adhérences. Analyse sur 157 cas opérés . *J Chir*. 1994, 131 : 279-284.
- 8 Lo SK. Metallic stenting for colorectal obstruction. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1999. 9 (3): 459-77.
- 9 Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM, Menkes ED, Doehring MC.: Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. *Acad. Emerg. Med*. 1998, 5 (12): 1163-1168.
- 10 Musat A et Pfitzenneyer P.: Mortalité et morbidité opératoires chez le sujet âgé. *Emerg Med Pract*. 2001,3 (2) : 88-93.
- 11 Rault A, Collet D, Sa Cunha A, Larroude D, Ndobu-Epoy and Masson B : Prise en charge du cancer colique en occlusion. *Ann Chir*. 2005, 130 (6) :331-335.
- 12 Scurtu R et al.: La prothèse métallique auto-expansive dans le traitement palliatif des occlusions colorectales d'origine maligne : risques de perforation. *Ann Chir*. 2003. 123 : 359-363.