

Atelier chirurgie digestive

Experte : Dresse E. Andereggen

Animatrices : Dresses F. Balavoine et A.
Slama-Chaudhry

Objectifs

- Identifier les indications à une opération éleative pour
 - Diverticulite
 - Cholélithiase biliaire
 - Hernie inguinale
- Assurer le suivi post-opératoire de ces interventions
- Reconnaître les complications post-opératoires fréquentes et les indications à référer au chirurgien

Vignette 1

- Patiente de 71 ans, qui présente de manière itérative, depuis 9 mois, des douleurs aiguës de la fosse iliaque gauche
 - 1er épisode douloureux il y a 9 mois:
 - CT scan : diverticulite sigmoïdienne, diverticulose colique
 - Hospitalisation de 7 j. aux HUG avec mise à jeun et AB iv
- Depuis, 3 épisodes traités à domicile avec mise à jeun et AB p.os, la patiente ne voulant plus retourner à l'hôpital.

Diverticulite

Indication à la sigmoïdectomie électorive après une diverticulite :

- Après 2 épisodes documentés
 - diverticulite récidivante versus maladie diverticulaire symptomatique ?
 - on considère qu'il s'agit d'un nouvel épisode si intervalle > 3 mois entre 2 poussées aiguës
- Après une poussée compliquée (abcès)
- Patient qui présente un déficit immunitaire

Diverticulite

documenter l'épisode de diverticulite

→ Scanner

- confirmation du diagnostic de diverticulite
- diverticulite compliquée ?



Diverticulite

Maladie diverticulaire : autres indications opératoires

- sténose sigmoïdienne symptomatique
- fistule colo-vésicale



Question

Traitement ambulatoire ??

Antibiothérapie

couvrant les germes de la sphère digestive (Gram nég. et anaérobies)

par ex: ciprofloxacine + métronidazole

Régime pauvre en fibres (pendant la phase aiguë)

Antalgiques

Chez quel patient ?

HOSPITALISER dans tous les cas si :

- fièvre élevée ou persistante
- vomissements
- comorbidités
- déficit immunitaire

Documenter l'épisode aigu : scanner !!

Question

Faut-il faire une coloscopie ?

Oui, environ 6 semaines après l'épisode aigu
→ exclure une pathologie tumorale

- **Bilan pré-opératoire :** coloscopie complète

Diverticulite

- Chirurgie colo-rectale :

on ne fait plus de préparation colique

sauf lors de certaines interventions :

- résection du rectum avec iléostomie de protection
- colectomie totale avec poche iléo-anale

Arrêt de travail

Pas de données « evidence-based »

⇒ conseils / suggestions

Sigmoïdectomie laparoscopique :

activité sédentaire : selon douleurs (2-3 semaines)

activité physique modérée : 3 semaines

activité physique lourde : 6-8 semaines

le sport (autre que des activités telles marche ou vélo d'appartement) est assimilé à une activité physique lourde

Arrêt de travail

Laparotomie

activité sédentaire : selon douleurs (1 mois)

activité physique modérée : 6 semaines

activité physique lourde : 3 mois

Régimes

régimes : beaucoup de croyances !

Il n'y a plus de recommandations strictes hormis dans des situations particulières (par ex: by-pass gastrique pour obésité morbide, gastrectomie, chirurgie anti-reflux)

A sa sortie de l'hôpital, le patient a un régime léger

Souvent on conseille un régime pauvre en fibres pendant environ 3 semaines

Ensuite régime normal !!!

Eviter la constipation !

Diverticulite

Complications post-op.

Complications précoces (→ 15 jours)

Abcès de paroi	1,5 - 8 %
Iléus post-op	2 - 10 %
Fuite / lâchage anastomotique	1.5 - 3.5 %
Abcès intra-abdominal	3 - 4 %
Hémorragie	

Sang, Dis Colon Rectum. 2006

Proske, Ann Chir. 2005

Espin-Basany, Int Colorectal Dis 2005

Dwivedi, Dis Colon Rectum. 2002

Complications tardives (semaines, mois, années)

Eventration

Iléus mécanique

Sténose anastomotique (symptomatique = exceptionnel)

Diverticulite

Complications précoces:

Quand faut-il investiguer / demander un avis au chirurgien ?

- état fébrile
- douleurs abdominales « anormales »
- nausées, vomissements
- hématochézie
- abcès de paroi (→ nécessité d'inciser)

Vignette 2

Patiente de 62 ans, hypertendue, diabétique et hypercholestérolémique, présentant une insuffisance rénale chronique en aggravation (créatinine ↑ de 130 à 200) en 3 mois.

- Une échographie rénale ne montre pas de changements morphologiques des voies urinaires, mais on découvre une vésicule biliaire remplie de calculs

La patiente est asymptomatique sur le plan digestif.

Lithiase vésiculaire

Indications opératoires :

- Cholécystite aiguë
- Cholélithiase symptomatique
- Après un épisode de migration
- Vésicule « porcelaine »
- Polype vésiculaire > 1 cm



Cholélithiase asymptomatique

Lithiase vésiculaire

Cholélithiase asymptomatique

- Revue de la Cochrane Database Janvier 2007 :
aucune étude randomisée comparant cholécystectomie versus pas de cholécystectomie
- Une étude (*Ransohoff, Ann Int Med. 1983*), a utilisé l'analyse décisionnelle pour comparer cholécystectomie prophylactique et attitude expectative : pas de bénéfice de la cholécystectomie prophylactique en terme de survie.
- Patients avec cholélithiase asymptomatique :
16 -26 % deviennent symptomatiques avec un follow-up de 10 ans

Barbara, Hepatology. 1987

Attili, Hepatology. 1995

Lithiase vésiculaire

Consensus :

cholélithiase asymptomatique \neq indication opératoire

Lithiase vésiculaire

Situations particulières :

- **Diabétique** : cholécystectomie prophylactique ≠ recommandée

Pas de différence en termes d'apparition ultérieure de symptômes ou de complications par rapport à la population générale *Del Favero, Dig Dis Sci .1994*

- **Patient immunosupprimé** : probablement pas d'indication à cholécystectomie prophylactique (cf. transplantés)

Melvin, Am J Surg. 1998 / Takeyama, J Heart Lung transplant. 2006

- **Patient avec risque particulier de cancer biliaire** :
une cholécystectomie prophylactique peut être recommandée, elle doit être réalisée de principe en cas d'intervention abdominale

- polypes vésiculaires
- vésicule porcelaine
- kystes du cholédoque
- maladie de Caroli

Lithiase vésiculaire

- **En présence d'une cholélithiase (même asymptomatique)**
 - cholécystectomie de principe lors de certaines interventions abdominales, par exemple colectomie
- **Cholécystectomie systématique (que la vésicule soit lithiasique ou non) lors de by-pass gastrique pour obésité morbide**
 - des calculs vésiculaires apparaissent chez > 30 % des patients après ce type de chirurgie

Lithiase vésiculaire

Cholélithiase symptomatique

- 70 % des patients qui ont eu des épisodes de coliques biliaires vont à nouveau présenter des symptômes dans les 2 ans qui suivent
- des complications surviennent chez ces patients avec une incidence de 1-2 % par an
- la majorité des patients qui présentent une complication d'une cholélithiase ont des antécédents de coliques biliaires

⇒ **indication opératoire**

Lithiase vésiculaire

Si tableau atypique :

en fonction des plaintes du patient, il peut être nécessaire de pratiquer des investigations complémentaires afin d'exclure une autre cause aux symptômes (par exemple pathologie gastrique, colique, pancréatique, ...) avant de réaliser la cholécystectomie

Lithiase vésiculaire

complications de la cholécystectomie :

- Lésions de la voie biliaire

(lésions de la VBP : 0,5 -0,6 % des cholécystectomies laparoscopiques)

Deziel, Am J Surg. 1993

- si identifiée pendant l'opération \Rightarrow réalisation du geste chirurgical approprié
- si non identifiée peut se manifester en post-op par une fuite biliaire (\Rightarrow cholépéritoine, biliome) ou une sténose de la voie biliaire (\Rightarrow ictère, cholangites)

+ toutes les complications précoces et tardives habituelles des interventions abdominales

hémorragie, abcès de paroi, iléus mécanique, éventration

Régimes

régime : beaucoup de croyances !

A sa sortie de l'hôpital, le patient a un régime léger

On conseille généralement d'éviter les graisses pendant les premiers jours, puis de revenir à un régime normal.

On dit aussi au patient qu'il peut en principe réintroduire les aliments qui n'étaient pas supportés avant l'intervention.

Arrêt de travail

Cholécystectomie laparoscopique :

activité sédentaire : selon douleurs (1-2 semaines)

activité physique modérée : selon douleurs (2-3 semaines)

activité physique lourde : 1 mois

Cholécystectomie par voie sous-costale :

idem laparotomie médiane

le sport (autre que des activités telles marche ou vélo d'appartement) est assimilé à une activité physique lourde

Vignette 3

Patient de 45 ans, bagagiste à l'aéroport, qui présente depuis 6 mois des douleurs au niveau du pli inguinal G, initialement déclenchées par les mouvements et le port de charges, actuellement constantes

Status : voussure inguinale G à la toux, réductible

Hernie inguinale

Anamnèse et/ou examen clinique :

voussure inguinale \Rightarrow indication opératoire

Douleur inguinale : **que faire ???**

Hernie inguinale

Diagnostic différentiel des douleurs inguinales

- Pathologies de la paroi abdominale (*hernies inguinales, déchirures musculaires partielles*)
- Pathologies du système génital ou urinaire (*infections urinaires, infections gynécologiques, prostatite, varicocèle...*)
- Pathologies ostéo-articulaires (pathologies de l'articulation coxo-fémorale, fracture de branche ilio- ou ischio- pubienne, arthropathie de la symphyse, instabilité de la symphyse post-partum, ostéite du pubis)
- Pathologies musculo-tendineuses (en particulier des m. adducteurs)
- Pubalgie du sportif
- Pathologies neurologiques périphériques
- Douleurs référées de pathologies rachidiennes (hernies discales, conflits radiculaires)
- Néoplasies

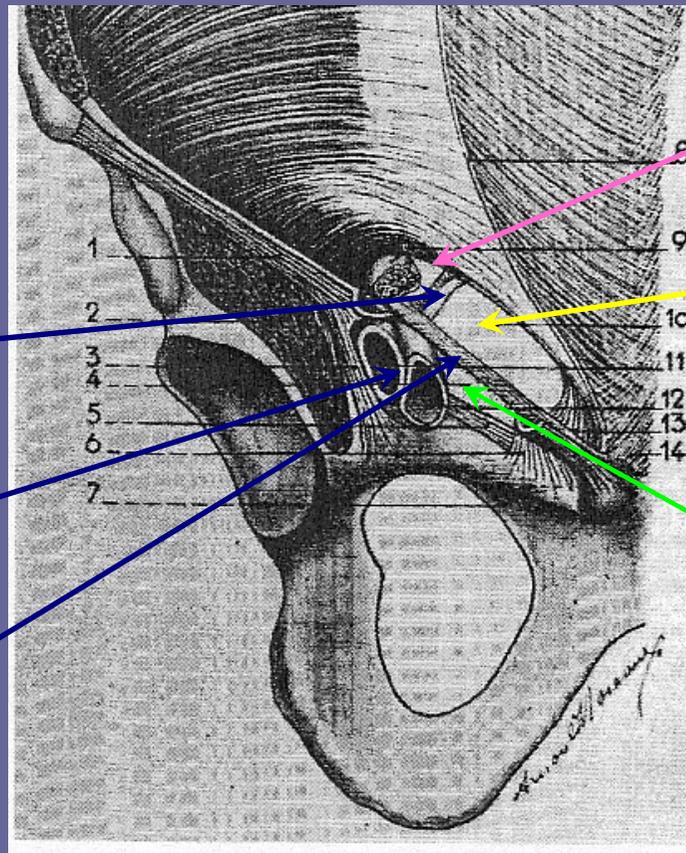
Hernie inguinale:

- Il n'est pas possible de faire cliniquement la différence entre une hernie directe et une hernie indirecte
- Pas de différence pour l'indication opératoire

artère et veine
épigastriques

artère et veine
fémorales

ligament
inguinal

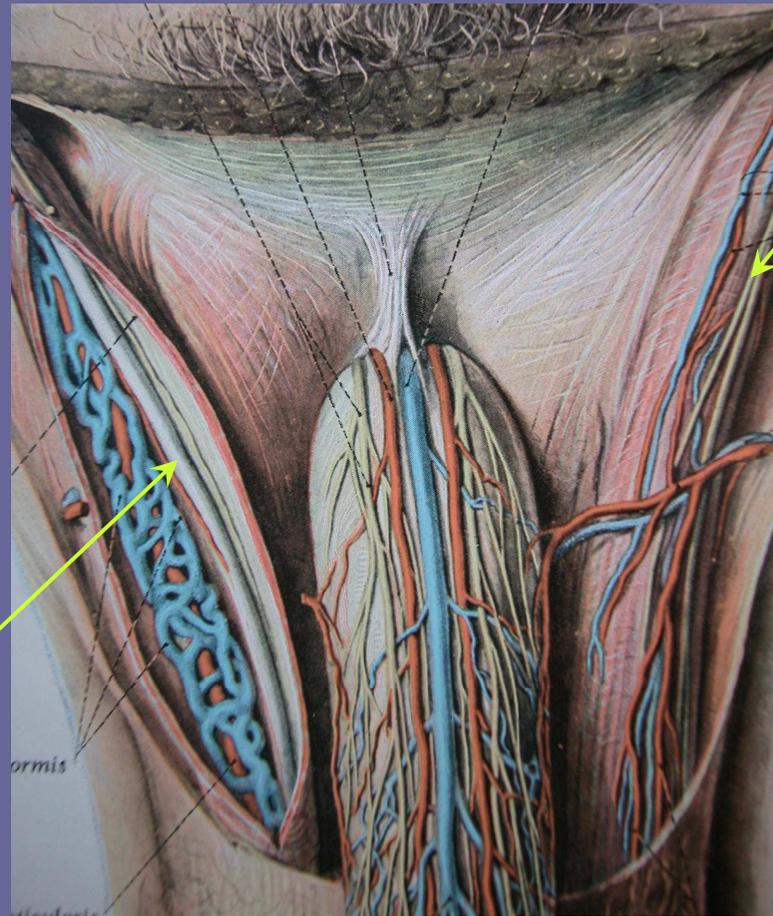


hernie indirecte

hernie directe

hernie crurale

Hernie inguinale



nerf ilio-inguinal

nerf génito-fémoral
(rameau génital)

- le diagnostic clinique de hernie crurale peut être difficile
- une petite hernie peut parfois être à l'origine de douleurs
mais toute douleur inguinale n'est pas une hernie

→ *rôle de l'imagerie : US, Scanner, (péritonéographie) ?*

Indication opératoire ~ anamnèse
~ examen clinique
(~ ± imagerie dans certaines situations)

→ *place de l'exploration inguinale ?*

Hernie inguinale

anamnèse et examen clinique



doute diagnostique



adresser le patient au chirurgien pour avis

→ imagerie si nécessaire

Hernie inguinale

techniques opératoires

Techniques ouvertes (voie antérieure)

- sans filet *Shouldice / MacVay*
- avec filet *Lichtenstein / Rives*

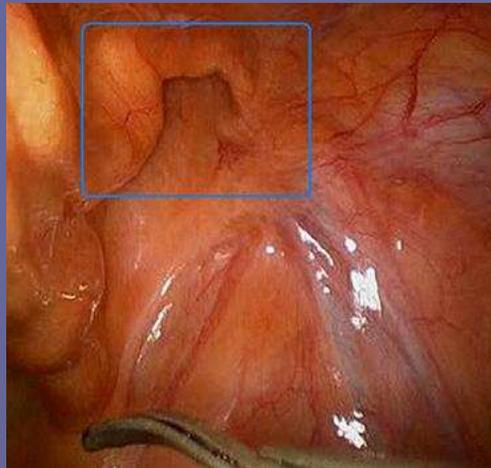
anesthésie : générale
loco-régionale
(locale)

Laparoscopie (propéritonéale ou intra-péritonéale)

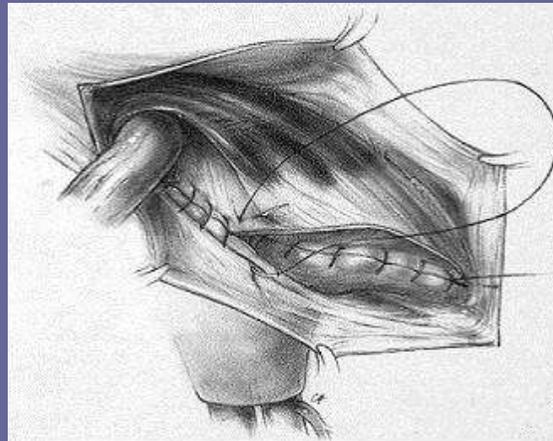
anesthésie générale

Hernie inguinale

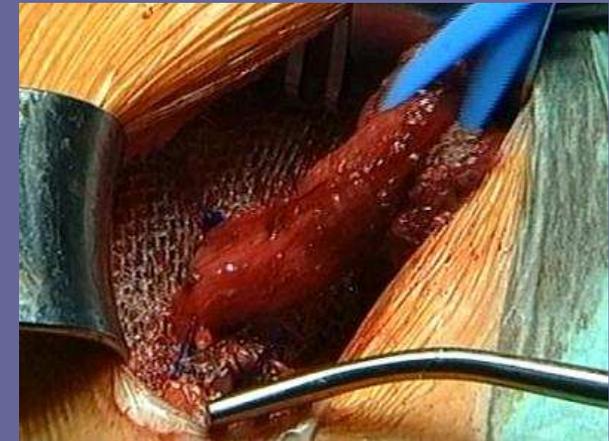
techniques opératoires



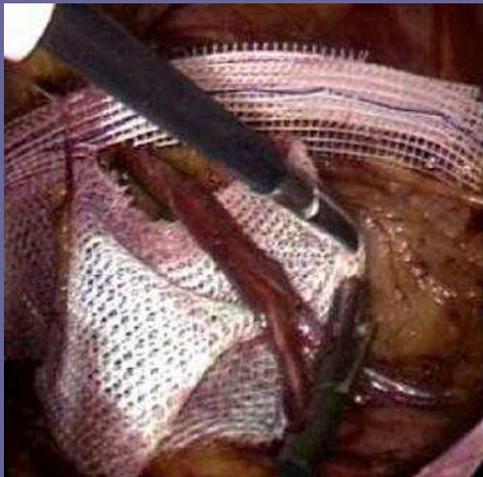
Orifice inguinal ouvert
(laparoscopie)



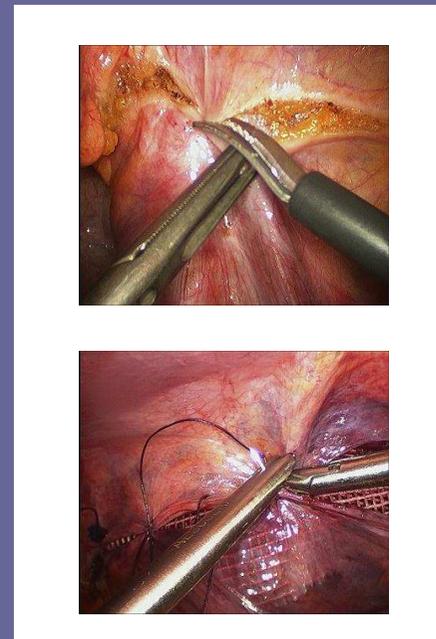
Op. selon Shouldice



Op. selon Lichtenstein



Laparoscopie pro-péritonéale (TEP)



Laparoscopie intra-péritonéale
(TAPP)

*Images site internet
du CHUV*

Vignette 3 : suite

Cure de hernie inguinale gauche le 15 avril 2008.

A la sortie de l'hôpital, un AT de 7 jours est remis au patient.

Il vient vous voir au cabinet et se plaint de douleurs du pli inguinal invalidantes, empêchant la reprise du travail.

Arrêt de travail

Chirurgie herniaire

Par voie ouverte :
sans filet

activité sédentaire *	3 semaines
activité physique modérée *	1 mois
activité physique lourde :	6 – 8 sem.

Par voie ouverte :
avec filet

activité sédentaire *	15 jours
activité physique modérée *	15 jours
activité physique lourde :	1 mois

laparoscopique :

activité sédentaire *	10-15 jours
activité physique modérée *	10-15 jours
activité physique lourde *	1 mois

Hernie inguinale

complications de la chirurgie herniaire :

- Hématome (inguinal, scrotal)
- Sérome

- Ischémie testiculaire
- Répercussions sur la fertilité ~ lésion du canal déférent ?

- Douleurs persistantes → → chroniques

- Récidive
 - précoce : généralement problème ~ technique op.
 - tardive

Hernie inguinale

Douleurs persistantes après cure de hernie inguinale

Facteurs prédictifs :

- préopératoires

sexe : hommes >>> femmes
âge : hommes < 40 ans

Callesen, Br J Surg. 1998
Bay-Nielsen, Br j Surg. 2004

clinique fruste
douleurs pré-op. ++
récidive de hernie

Cunningham, Ann Surg. 1996
Poobalan, Clin J Pain. 2003
Callesen, Br J Surg. 1999

- technique opératoire

O : ouvert sans filet
M : ouvert avec filet (mesh)
L : laparoscopie

études	douleur ~ techniques op.
<i>Kumar, Br J Surg. 2003</i>	M > L
<i>Poobalan, Clin J Pain. 2003</i>	M > L
<i>Bay-Nielsen, Br J Surg. 2004</i>	O = M
<i>Koninger, Lang. Arch Surg. 2004</i>	O = M > L
<i>Bozuk, Am J Surg. 2003</i>	M = L
<i>Hindmarsh, Br J Surg. 2003</i>	O > L

Hernie inguinale

Douleurs persistantes après cure de hernie inguinale

Patient type

homme < 40 ans

clinique fruste

douleurs ++ pré-opératoires

récidive de hernie

opération ouverte (voie antérieure)

Hernie inguinale

Douleurs persistantes après cure de hernie inguinale

Facteurs de mauvais pronostic :

- douleurs post-opératoires d'emblée importantes
- douleurs ++ persistant > 1 – 3 mois

Poobalan, Clin J Pain. 2003

Callesen, Br J Surg. 1999

Courtney, Br J Surg. 2003

Que faire ? attendre
+ traitement médicamenteux

limite : douleur ++ > 3 mois

→ réadresser le patient au chirurgien

remerciements

Aux personnes dont les avis ou les suggestions m'ont été utiles pour la préparation de ce colloque

- Dr P. Gervaz, Chirurgie Viscérale HUG
- Dr M. Erne, Service de Chirurgie EHNV (Yverdon)
- Dre Balavoine, FMH Médecine Interne
- Dre N. Junod, Dpt. de Médecine Communautaire et de Premier recours HUG

