

ARTICLE ORIGINAL

LA CHIRURGIE COLORECTALE CHEZ L'ADULTE AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) DE COTONOU: PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES PATIENTS, INDICATIONS, ACTES OPÉRATOIRES ET RÉSULTATS

COLORECTAL SURGERY IN ADULT AT THE TEACHING HOSPITAL OF COTONOU: PATIENT'S EPIDEMIOLOGICAL PROFILE, INDICATIONS, OPERATIVE ACTS AND RESULTS

KC VIGNON(1), RK VIGNON(2), DK MEHINTO(1), AAA HOUNKPONOU(1), NH NATTA N'TCHA(1), MNA MEHINTO(3), N PADONOU(1)

1. Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale. Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou Maga. 01BP386 Cotonou-Bénin.
2. Hôpital d'Instruction des Armées (HIA)-Camp guézo-Cotonou
3. Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO)

RÉSUMÉ

Introduction: La chirurgie colorectale est relativement rare dans notre pratique.

But: Exposer le profil épidémiologique des patients, les indications, les actes opératoires et l'évolution.

Méthode: A partir d'une étude rétrospective du 1er Janvier 2002 au 31 Mars 2012 en chirurgie viscérale au CNHU-HKM de Cotonou, les dossiers de 33 cas de chirurgie colorectale ont été analysés.

Résultats: La fréquence était de 3,2 cas/an et elle représentait 0,7 % des opérés. L'âge moyen des patients était de 48,5 ans, la sex-ratio de 1,2. Elle concernait surtout commerçants (10 cas; 30,3%) et fonctionnaires (7 cas; 21,2%). Les indications étaient dominées par le cancer colorectal (23 cas/33; 70%) et le volvulus du sigmoïde (6 cas/33; 18%). Sur les 14 cas de cancer du rectum non fistulisé, on avait: état général conservé (12 cas; 12/14), masse rectale dure, ulcéro-bourgeonnante, saignant au contact (14 cas; 14/14), adénocarcinome à l'histologie (14 cas; 14/14). L'amputation abdomino-périnéale (9 cas dont 1cas pour cancer fistulisé; 27,3%), et la résection antérieure du rectum (6 cas; 18,2%) dominaient les actes opératoires. L'évolution en cours d'hospitalisation était d'emblée favorable dans 81,8% des cas et secondairement favorable dans 15,2% des cas après traitement de suppuration pariétale. La mortalité hospitalière était de 3% et la durée moyenne d'hospitalisation de 27,7 jours

Conclusion: La chirurgie colorectale était pratiquée en majorité chez des sujets jeunes. Le cancer colorectal était la principale indication. L'amputation abdomino-périnéale et la résection antérieure du rectum étaient plus pratiquées. L'évolution immédiate était surtout favorable.

Mots clés: *Chirurgie colorectale; Cancer colorectal; volvulus du côlon.*

SUMMARY

Introduction: Colorectal surgery is rarely in our practice.

Aim: Expose the patient's epidemiological profile, indications, operating acts and results.

Method: About a retrospective study in visceral surgery at the teaching hospital of Cotonou, from January 1st 2002 to March 31st 2012; 33 cases of colorectal surgery were analyzed.

Result: Frequency was 3.2 cases /year and it represent 0.7% of operated patients. The average age of patients was 48.5 years; sex-ratio was 1.2. This surgery mostly concern traders (10 cases; 30.3%) and officers (7 cases; 21.2%). Indications were dominated by colorectal cancer (23 cases/33; 70%) and sigmoid volvulus (6 cases/33; 18%). In the 14 cases of no fistula rectal cancer, it was observed: Normal general state (12 cases; 12/14), rectal solid tumor bleeding in contact (14 cases; 14/14), adenocarcinoma at histology (14 cases; 14/14). Abdominoperineal amputation (9 cases witch 1 case for fistula cancer; 27,3%), and anterior resection of rectum (6 cases; 18,2%) were the more operating acts. Hospital outcome was automatically favourable in 81.8% of cases and secondary favourable in 15.2 cases after treatment of wall suppuration. Mortality was 3%. Average duration of hospitalization was 27.7 days

Conclusion: Colorectal surgery mostly concern young patients. Colorectal cancer was the principal indication. Abdominoperineal amputation and anterior resection of rectum were especially practiced. immediately evolution was mostly favourable.

Keywords: *Colorectal surgery; Colorectal cancer; Colic volvulus.*

Tirés à part

DK MEHINTO : 01 BP 499 Cotonou.

E-mail : dmehinto@yahoo.fr

INTRODUCTION

La chirurgie colorectale concerne sans distinction d'âge aussi bien les hommes que les femmes [1]. Ses principales indications sont les diverticulites coliques, les cancers colorectaux, les occlusions coliques [1, 2]. Elle peut se faire en urgence ou en chirurgie programmée, en laparotomie ou en laparoscopie, nécessitant dans la majorité des cas une préparation colique souvent non réalisable en situation d'urgence [3]. Les actes opératoires les plus pratiqués sont une résection colique ou rectale, une colostomie, un rétablissement de continuité digestive, une détorsion, une colopexie [4]. Les résultats de chirurgie colorectale laparoscopique sont meilleurs en terme de douleur postopératoire, de durée d'hospitalisation et de morbidité à ceux de la chirurgie colorectale par voie classique [5]. Notre but a été d'exposer le profil épidémiologique des patients, les indications, les actes opératoires colorectaux et l'évolution en cours d'hospitalisation dans notre milieu de travail.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective du 1er janvier 2002 au 31 Mars 2012 dans les services de chirurgie viscérale "A" et "B" du CNHU-HKM de Cotonou. Elle a porté sur les dossiers des patients ayant subi une intervention chirurgicale sur le côlon et / ou le rectum. Nos critères d'inclusion ont été l'existence:

- d'une observation médicale complète,
- l'effectivité de l'intervention chirurgicale colique et/ou rectale attestée par la présence d'un compte rendu opératoire,
- la précision des indications de la chirurgie colique et/ou rectale réalisée,
- la confirmation histologique pour les cancers,
- la confirmation radiologique et/ou opératoire pour les autres pathologies.

Les variables étudiées ont été : âge, sexe, nationalité, profession, indications, signes cliniques et signes paracliniques recensés à partir des indications, actes opératoires, durée d'hospitalisation, évolution.

La préparation colique consistait à mettre le patient une semaine avant la chirurgie sous un régime sans résidu (yaourt, bouillie...), un laxatif comme le laxoberon (skilax* goutte) 15 gouttes le soir au coucher. Un lavement évacuateur est effectué 2 fois par jours (à 05 heures et 20 heures). La colectomie, la colostomie, la résection antérieure du rectum et l'amputation abdomino-périnéale du rectum ont été réalisées selon la technique classique [6, 7].

Le traitement et l'analyse des données ont été informatiqués grâce aux logiciels: Microsoft Excel et Microsoft Word 2007, Epi-Info version 3.5.1. La base de données ainsi obtenue a été transférée dans le logiciel SPSS version 3.5.1 pour l'analyse et la tabulation.

RÉSULTATS

1- Aspects épidémiologiques

-Fréquence

Pendant la période d'étude, sur les 4671 patients opérés dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale "A" et "B", 33 soit 0,7% étaient concernés par la chirurgie colorectale. La fréquence a été de 3,2 cas/an. La figure N°1 montre la répartition par année, des patients ayant subi une chirurgie colorectale

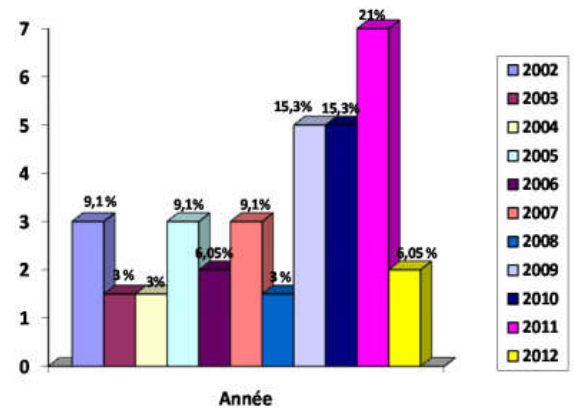


Figure 1 : Répartition par année, des patients ayant subi une chirurgie colorectale en Chirurgie Viscérale au CNHU-HKM de Cotonou

-Age

L'âge moyen a été de 48,5 ans avec des extrêmes de 24 ans et 85 ans.

-Sexe

On avait dénombré 18 hommes et 15 femmes, soit une sex-ratio de 1,2.

-Nationalité

Sur les 33 patients ayant subi une chirurgie colorectale, 32 soit 97% étaient de nationalité béninoise et 1 soit 3% de nationalité nigériane.

-Profession

Les professions concernées étaient: commerçant (10 cas; 30,3%); fonctionnaire (7 cas; 21,2%); coiffeuse (3 cas; 9,1%); couturière et informaticien (2 dans chaque cas; 6,2%) puis ménagère, étudiant, ouvrier, cultivateur, chauffeur, domestique, guérisseur, délégué médical, photographe (1 dans chaque cas; 3%).

2- Indications et signes

2-1 Nature des indications

Le tableau I résume la répartition selon la nature des indications, des patients ayant subi une chirurgie colorectale.

Tableau I: Répartition selon les indications, des patients ayant subi une chirurgie colorectale en Chirurgie Viscérale au CNHU-HKM de Cotonou

	Nombre	%
Cancer du haut rectum	6	18,0%
Volvulus du sigmoïde	6	18,0%
Cancer du bas rectum	5	15,2%
Cancer du rectum (haut et bas)	3	9,2%
Occlusion colique sur cancer sigmoïdien	3	9,2%
Cancer du sigmoïde	3	9,2%
PAG /perforation du sigmoïde sur cancer sigmoïdien	2	6,1%
Kyste du caecum	2	6,1%
Péritonite aigue généralisé par perforation traumatique du sigmoïde	1	3,0%
Prolapsus stomial sur colostomie iliaque gauche définitive	1	3,0%
Fistule recto vaginale sur cancer du rectum	1	3,0%
Total	33	100,0%

2-2 Signes observés chez les patients ayant eu la chirurgie colorectale

Les principales indications ont été le cancer du rectum non fistulisé et le volvulus du côlon sigmoïde. Nous décrivons les signes présentés par ces patients.

2-2-1 Cancer du rectum non fistulisé

-Les signes cliniques en cas de cancer du rectum, observés chez les patients de notre étude sont présentés dans le tableau II.

Tableau II: Signes cliniques en cas de cancer du rectum

	Nombre
Signes fonctionnels	
• Douleur pelvienne	2
• Douleur pelvienne et anorectale	3
• Constipation	2
• Alternance diarrhée constipation	2
• Syndrome rectal (épreinte, ténésme)	2
• Rectorragie	3
Signes généraux	
• Etat général conservé	12
• Etat général altéré	2
Signes physiques	
• Ganglion de Troisier	1
• Toucher rectal : masse rectale dure, irrégulière et saignant au contact	14

-Sur le plan paraclinique, une rectoscopie avec biopsie a été réalisée chez les 14 patients concernés. Elle avait montré une tumeur ulcéro-bourgeonnante et l'examen histologique des prélèvements était en faveur d'un adénocarcinome dans tous les cas.

2-2-2 Volvulus du sigmoïde

-Les 6 cas recensés avaient présenté un tableau clinique identique fait de: douleur abdominale, vomissements, arrêt des matières et des gaz, altération de l'état général, météorisme abdominal asymétrique et silence auscultatoire.

-Une radiographie de l'abdomen sans préparation avait montré une image en arceau gazeux avec 2 jambages dans 4 cas et des niveaux hydro-aériques non spécifiques dans 2 cas.

3- Actes opératoires

3-1 Préparation colique

Elle n'était réalisée que pour des cas de chirurgie programmée.

3-2 Anesthésie

Sur les 33 patients, 30 soit 90,9% avaient subi une anesthésie générale et 3 soit 9,1% une rachianesthésie

3-3 Voie d'abord

Elle était une laparotomie exclusive chez 18 patients (55%) et une laparotomie associée à un abord périnéal dans 15 cas (45%).

3-4 Actes opératoires proprement dits

Le tableau III montre la répartition selon les indications et les actes opératoires, des patients ayant subi une chirurgie colorectale.

Le délai moyen de rétablissement de continuité digestive après colostomie temporaire était de 112,2 jours avec des extrêmes de 30 et 121 jours.

4- Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation était de 27,7 jours avec des extrêmes de 6 et 106 jours.

5- Evolution

-En cours d'hospitalisation

Les suites opératoires étaient simples chez 27 patients soit 81,8% des cas et compliquées chez 6 patients soit 18,2% des cas. Les complications étaient faites de: suppuration pariétale (5 cas/33; 15,2%) et coma (1 cas/33; 3%). Les cas de suppuration pariétale ont été traités avec succès par des soins locaux et le patient en coma était décédé malgré des soins de réanimation reçus.

-En dehors de l'hospitalisation

Sur 32 patients sortis du service, 30 (93,8%) étaient perdus de vue et seuls 2 (6,2%) avaient été revus à 1 an. Un patient présentait une récurrence de cancer colorectal et l'autre une rectorragie non élucidée.

Tableau III: Répartition selon les indications et les actes opératoires, des patients ayant subi une chirurgie colorectale en Chirurgie Viscérale au CNHU-HKM de Cotonou

	Nombre	Actes opératoires	Nombre
Cancer du rectum	14	AAP + colostomie définitive	08
		Résection antérieure du rectum + anastomose colorectale	06
Volvulus du colon sigmoïde	06	Détorsion du volvulus	02
		Résection sigmoïdienne + anastomose colorectale	03
		Colectomie segmentaire gauche + colostomie temporaire	01
Occlusion colique sur cancer sigmoïdien	03	Résection segmentaire sigmoïdienne + colostomie temporaire	03
Cancer du colon sigmoïde	03	Colectomie segmentaire gauche + anastomose colorectale	03
PAG/Perforation du sigmoïde sur cancer sigmoïdien	02	Résection sigmoïdienne + anastomose colorectale.	02
		Lavage, drainage de la cavité abdominale	
Kyste du caecum	02	Kystectomie	02
PAG/Perforation traumatique du sigmoïde	01	Suture de perforation colique. Lavage, drainage de la cavité abdominale	01
Fistule recto-vaginale sur cancer du rectum	01	AAP + colostomie définitive	01
		Résection du côlon intestinal et reconfecion de la colostomie	01
Prolapsus stomial sur colostomie iliaque gauche définitive	01		

DISCUSSION

1- Sur le plan épidémiologique

Concernant la fréquence, dans notre étude, la chirurgie colorectale a concerné 0,7% des 4671 opérés. En 10 ans 3 mois, 33 cas de chirurgie colorectale ont été recensés soit en moyenne 3,2 cas/an. On en déduit alors que ce type de chirurgie est rare dans notre milieu de travail. Par contre, en France, comme dans la plupart des pays du Nord, la chirurgie colorectale est couramment pratiquée en raison de la fréquence élevée des cancers colorectaux [8]; principale indication de cette chirurgie. En Suisse, des auteurs ont rapporté qu'au moins 6000 colectomies sont pratiquées chaque année [9].

L'âge moyen était de 48,5 ans. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le cancer colorectal; principal motif de chirurgie colorectale dans notre étude est surtout une pathologie de l'adulte autour de la cinquantaine. Pour Nguéma MVER et al [10] chez qui la principale indication était le volvulus du côlon sigmoïde, l'âge moyen était de 38 ans, donc des sujets plus jeunes que ceux de notre série. Si en Afrique, la moyenne d'âge est relativement jeune, dans les pays du Nord elle est plutôt beaucoup plus élevée [11] probablement à cause de l'espérance de vie plus longue dans ces pays.

Les deux sexes ont été atteints presque dans la même proportion ou l'on pourrait parler d'une légère prédominance masculine : 18 hommes (55%) et 15 femmes (45%). La prédominance masculine a été rapportée par plusieurs auteurs [10, 11].

2- Indications

Dans notre série, les indications de chirurgie colorectale étaient dominées par le cancer colorectal (23 cas; 70%). Il était suivi du volvulus du côlon sigmoïde (6 cas; 18%). Dans la plupart des pays du Nord, le cancer colorectal demeure la principale indication de chirurgie colorectale [12]. Par contre Nguéma MVER et al [10] à Libreville au Gabon, avaient plutôt rapporté une prédominance des volvulus de côlon sigmoïde (60%) suivis des tumeurs coliques (21%). Des résultats similaires à ceux obtenus au Gabon avaient été rapportés en Côte d'Ivoire [13]. D'autres indications non retrouvées dans notre étude telles que les diverticulites coliques, la maladie de Crohn, le prolapsus rectal, avaient été observées dans d'autres séries [14, 15].

3- Actes opératoires

Dans notre étude, l'amputation abdomino-périnéale et la résection antérieure du rectum étaient les actes opératoires les plus réalisés (15 cas; 45%). Ceci s'explique par la fréquence élevée des cancers du rectum chez les patients de notre série. Par contre d'autres auteurs africains [10, 16, 17] avaient rapporté que la colectomie segmentaire gauche était plus pratiquée. Cela s'expliquerait par le fait que le volvulus du côlon sigmoïde était la principale indication de chirurgie colorectale dans leurs travaux. Le délai moyen de rétablissement de continuité digestive après colostomie temporaire était de 112,2 jours chez les patients de notre étude. Ce délai est plus long que les

30 jours rapportés au Gabon [10].

4- Durée d'hospitalisation

Elle était de 27,7 jours dans notre étude. Cette durée d'hospitalisation apparemment longue dépend entre autre de la voie d'abord chirurgicale. En effet, pour la même pathologie, elle est plus courte après chirurgie laparoscopique qu'après chirurgie ouverte [18], seule voie d'abord chez nos patients.

5- Evolution

La morbidité était dominée par les complications infectieuses (15,2%). Le même constat avait été fait par d'autres auteurs [13, 16]. Des complications post opératoires non observées chez nos patients telles que les phlébites, l'embolie pulmonaire, les troubles

sexuels et du transit avaient été rapportées par d'autres auteurs [5, 19].

CONCLUSION

La chirurgie colorectale avait surtout concerné des adultes jeunes sans vraie prédominance d'un sexe. Le cancer colorectal était la principale indication. L'amputation abdomino-périnéale et la résection antérieure du rectum étaient les actes les plus pratiqués. L'évolution en cours d'hospitalisation était surtout favorable soit d'emblée soit secondairement après traitement de complications.

RÉFÉRENCES

1-Rullier E. Compétence en chirurgie colorectale. Le courrier coloproctologie 2001; 2 (1): 4-5.

2-Malassagne B, Valleur P. Relationship of apical lymph node involvement to survival in resected colon carcinoma. Dis Colon Rectum 1993; 36: 645-53.

3-Gallot D, Rio D. Lavage colique peropératoire: techniques et résultats. Encycl Med Chir 1995; (Elsevier SAS, Paris). Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-575, 12p.

4-Lechaux JP. Caecostomie latérale. Encycl Med Chir 1995; (Elsevier SAS, Paris). Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-540, 3p.

5-Ponsky JL, Aszodi A, Perse D. Percutaneous endoscopic caecostomy: a new approach to non obstructive colonic dilatation. Gastrointest Endosc 1986; 32: 108-11.

6-Alves A, Panis Y, Manthion G, Slim K, Wiatkowski F, Vicaut E. The AFC score: validation of the 4-item predicting score of post operative mortality after colorectal resection for cancer or diverticulitis: result of prospective multicenter study in 1049 patients. Ann Surg 2007; 246: 91-6.

7-Tiret E. Exérèse totale du mésorectum et conservation de l'innervation autonome à destinée génito-urinaire dans la chirurgie du cancer du rectum. Encycl Med Chir 1998; (Elsevier SAS, Paris). Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-1610, 3p.

8-Sugarbaker PH, Corlew S. Influence of surgical techniques on survival in patients with colorectal cancer. Dis Colon Rectum 1982; 25: 545-7.

9-Buchs NC, Gervaz C, Konrad B. Lessons learned from one thousand consecutive colonic resection in a teaching hospital. Suisse Med Wkly 2007; 137: 259-64.

10-Nguéma MVER, Diallo O, Nguéma A, Ondo N'dong F. Les colectomies en milieu tropical: indications et résultats à propos de 94 cas. J Afr Chir 2010; 1 (1): 78-81.

11-Pignone M, Rich M, Teutsch SM, Berg AO, Lohr KN. Screening for colorectal cancer in adults at average risk: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002; 137 (2): 132-41.

12-Valleur P. Chirurgie du tube digestif bas. Edition Masson, Paris 2005. 166p.

13-Yenon KS, Lebeau R, Koffi E. Morbidité et mortalité post-opératoires des urgences coliques non traumatiques. Mali Médical 2008; 23: 38-42.

14-Fagier PC. Pathologie chirurgicale digestive. Edition Masson. Tome 2, Paris 1989. 506 p.

15-Lechaux JP. Traitement du prolapsus rectal complet de l'adulte. Encycl Med Chir 2002; (Elsevier SAS, Paris). Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-710, 12p.

16-Touré CT, Dieng M, Mbaye M, Sanou A, Ngome G, Ndiaye A et al. Résultats de la colectomie en urgence dans le traitement du volvulus du sigmoïde au CHU de Dakar. Ann Chir 2003; 28: 98-101.

17-Sani R, Ganda OR, Harouna YD, Illo A, Nomao D, Sakho A et al. Traitement du volvulus du côlon sigmoïde à l'Hôpital National de Niamey: à propos de 68 cas. J Afr Chir Digest 2003; 3 (1): 277-80.

18-Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC. Laparoscopic assisted colectomy for treatment of non metastatic colon cancer: a randomized trial. Lancet 2002; 359: 224-9.

19-Gervaz P, Rothoz N, Belin B. Colonic J-Pouch function in rectal cancer patients: impact of adjuvant chemo-radiation therapy. Dis Colon Rectum 2001; 44: 1667-75.