



ARTICLE ORIGINAL

LES FISTULES ENTERO-CUTANÉES POST-OPÉRATOIRES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE VISCÉRALE DU CNHU-HKM DE COTONOU

POST OPERATIVE ENTEROCUTANEOUS FISTULAE IN THE DEPARTMENT OF VISCERAL SURGERY AT NATIONAL TEACHING HOSPITAL HKM OF COTONOU

DG GBESSI, J-L OLORY-TOGBÉ, D MEHINTO, S BASSONGUI, OK BAGNAN, N PADONOU.

la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CNHU de Cotonou

RÉSUMÉ

Introduction : Écoulement externe du contenu intestinal apparaissant 48 heures après une chirurgie de l'abdomen, les fistules entéro-cutanées post-opératoires sont une complication de la chirurgie digestive. Elles posent la problématique de leur prise en charge. Les objectifs de la présente étude sont de répertorier les cas de fistules entéro-cutanées post-opératoires, d'évaluer leur prise en charge dans notre service.

Matériel et méthodes d'étude : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 10 ans allant du 1er juin 1999 au 31 mai 2009 à la clinique universitaire de chirurgie viscérale du CNHU de Cotonou.

Résultats : Cinquante dossiers ont été colligés soit une fréquence de 5 cas/an. Les patients avaient été opérés soit dans le service de chirurgie viscérale soit dans le service de gynécologie du CNHU de Cotonou, certains provenaient d'autres hôpitaux périphériques.

Les deux sexes étaient touchés par cette affection avec une nette prédominance féminine (1 homme pour 4 femmes).

Les sujets jeunes de 20 à 30 ans étaient les plus atteints (50% des cas).

L'intervention initiale dominante à l'origine de cette affection était constituée par les laparotomies pour péritonites (50 %). Globalement les patients opérés en urgence faisaient plus de fistules entéro-cutanées post-opératoires (64 %) que ceux opérés à froid.

Ces fistules entéro-cutanées étaient plus souvent secondaires à une suture du grêle lors de l'intervention initiale (52 %).

Le délai d'apparition des fistules se situait entre le 4ème et le 10ème jour post-opératoires (84%).

Les fistules s'extériorisaient par la plaie opératoire qui était le plus souvent médiane (84%) et ont posé un problème d'appareillage.

Le taux de guérison était de 90%, la mortalité globale de 10%.

Conclusion : Ces résultats font suggérer quelques attitudes pratiques telles que la réalisation autant que possible des sutures intestinales en milieu aseptique, le contrôle de la vitalité des segments intestinaux à anastomoser, l'abandon des adhésiolyse laborieuses inutiles.

Mots-clés : Fistules entéro-cutanées - Fréquence - Mortalité.

SUMMARY

Introduction: External flow of intestinal contents appearing 48 hours after abdominal surgery, enterocutaneous fistulas are a postoperative complication of gastrointestinal surgery. The main subject of this study is the way they have been treated. The objectives of this study are to identify cases of enterocutaneous fistulae postoperative and assess their treatment in our unit.

Materials and methods: This is a retrospective study over a period of 10 years from 1 June 1999 to May 31, 2009 at the University Clinic of Visceral Surgery (CNHU) of Cotonou.

Results: Fifty cases were collected with a frequency of 5 cases per year. Patients were operated either in the visceral surgery unit or in the gynecology unit of CNHU Cotonou, some from other peripheral hospitals.

Both sexes were affected by this disease with a predominance of women (1 male for 4 females). The young subjects of 20 to 30 years of age were the most touched. (50 per cent of cases).

The main initial surgery responsible of this disease was established by laparotomy for peritonitis (50%). Overall patients who were operated in emergency had more enterocutaneous fistulae postoperative (64%) than those who were not operated in emergency.

These enterocutaneous fistulae were more often secondary to a suture of the small intestine during the initial surgery (52%). The time of fistula appearance was between the 4th and 10th postoperative day (84%).

Fistulae externalized by the surgical wound was most often median (84%) and caused an equipment problem.

The cure rate was 90%, overall mortality is 10%.

Conclusion: These results suggest some practical attitudes as much as possible realization of intestinal sutures in aseptic environment, control of intestinal segments vitality for anastomosis, delay of unnecessary and laborious adhesiolysis.

Keywords: enterocutaneous fistula - Frequency - Mortality

Tirée à part

Dr Gbessi D.G Bp 91 Womey Abomey-Calavi Bénin

email : gbessi1@yahoo.fr

INTRODUCTION

Écoulement externe du contenu intestinal apparaissant 48 heures après une chirurgie de l'abdomen, les fistules entéro-cutanées post-opératoires sont une complication redoutable de la chirurgie digestive. Elles posent la problématique de l'échec de la chirurgie et de leur prise en charge qui nécessite un appareillage et une renutrition particulière. En 1958 Case T. C. (1) en France estimait à 50% la mortalité d'ensemble des fistules digestives du grêle. D'après Maillet P. et al. (2), cette mortalité est passée à 30% en 1975 avec les progrès du traitement. Le présent travail a pour objectif de répertorier les cas de fistules entéro-cutanées et d'étudier leur prise en charge thérapeutique dans le service de chirurgie viscérale du CNHU de Cotonou sur une période de 10 ans.

MOYENS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur 10 ans allant du 1er juin 1999 au 31 mai 2009 dans le service de chirurgie viscérale du CNHU.

L'étude a porté sur les dossiers de patients transférés des hôpitaux périphériques, de patients d'autres services du CNHU ou de patients hospitalisés et ayant eu une complication de fistules entéro-cutanées post-opératoires dans le service de chirurgie viscérale durant la période.

Sont exclus les dossiers des patients qui ont présenté un écoulement externe du contenu digestif moins de 48 heures après une intervention chirurgicale.

Les données ont été recueillies sur des fiches de dépouillement à partir d'observation des patients. Les paramètres étudiés sont : l'âge, le sexe, l'intervention initiale, la date de survenue de la fistule, le débit fistuleux (qui n'a pu être étudié chez tous les patients), les facteurs de gravité et l'attitude thérapeutique : soins infirmiers spécialisés, traitement médical ou traitement chirurgical.

RESULTATS

Nous avons répertorié sur 10 ans, 50 dossiers de patients pris en charge pour fistule entéro-cutanée postopératoire dans le service de chirurgie viscérale du CNHU de Cotonou, soit 5 cas par an.

Il s'agissait de 10 patients de sexe masculin et 40 de sexe féminin. 25 patientes étaient venues du service de gynécologie.

Les patients étaient âgés de 20 à 60 ans avec une moyenne d'âge de 31,6 ans. La moitié des patients étaient des jeunes dont l'âge était compris entre 20 à 30 ans.

Les péritonites ont constitué la moitié des affections initiales à l'origine des fistules entéro-cutanées. Ensuite venaient les actes liés à des césariennes, des

myomectomies ou des hystérectomies.

Les interventions initiales ont porté sur le grêle dans 52% des cas et ont consisté en une suture intestinale dans 30,8%, et une résection anastomose dans 69,2% des cas. Les interventions initiales n'intéressant pas l'intestin représentaient 46% des cas (10 cas de césarienne, 6 cas de myomectomie, 3 cas de kyste ovarien, 3 cas d'hystérectomie). Les plaies intestinales accidentelles étaient de deux cas.

Ces interventions initiales étaient réalisées en urgence dans 64% des cas, et à froid dans 36% des cas.

La fistule entéro-cutanée postopératoire était unique dans 76% des cas, et multiple dans 12 cas. C'étaient des fistules profondes. La fistule apparaissait par la plaie opératoire abdominale médiane dans 84% des cas, et par l'orifice de drainage dans 16% des cas. Le délai d'apparition de la fistule se situait entre le 4ème et le 10ème jour après le geste chirurgical dans 84% des cas. Huit cas sont survenus aux 20ème et 22ème jours post-opératoires après éviscération.

Le débit fistuleux variait entre 100 ml et 500 ml/jour chez 30% des patients qui ont bénéficié d'un appareillage par poche de stomie. Ce débit n'a pu être quantifié chez des patients car les poches de stomie n'étaient pas toujours disponibles. Les matières fécales entraînaient des ulcérations et des érosions cutanées.

Les facteurs de gravité de la fistule entéro-cutanée postopératoire étaient constitués par un débit fistuleux élevé (supérieur à 500 ml/jour) dans 30% des cas, la multiplicité des fistules dans 60% des cas, la précocité de la fistulisation (fistules apparues à moins de 5 jours), dans 10% des cas. L'anémie a été retrouvée chez tous les patients.

Le traitement médical était fait de rééquilibrage hydro-électrolytique, d'antibiothérapie, d'antianémique et de régime hyper-protidique par voie entérale. Il y était associé des soins infirmiers spécialisés : pansement quotidien avec application de crème Mitosyl sur la peau dans 70% des cas, ou biquotidien dans 20% des cas. Ce traitement a permis d'obtenir 41 cas de guérison avec fermeture spontanée dont 6 cas de fistules multiples. Le délai moyen de fermeture spontanée était de 31 jours avec des extrêmes qui variaient entre 13 et 60 jours.

Ce traitement médical n'a pas assuré de guérison dans tous les cas. La fistule a persisté après 60 jours chez 6 patients d'où le recours au traitement chirurgical. Il a été réalisé une excision de la fistule suivie de suture simple ou de résection anastomose du grêle. Après ce traitement chirurgical 3 patients (50%) étaient guéris et 3 patients (50%) étaient décédés en postopératoire dans un tableau d'anémie sévère et de dénutrition. Dans 3 cas, le traitement chirurgical a été réalisé d'emblée avec 1 cas de guérison et 2 patients décédés de péritonite postopératoire.

Au total les différentes méthodes de traitement ont

permis d'obtenir 90% de guérison contre 10% de décès. La morbidité était élevée chez ces patients.

COMMENTAIRES

La fistule entéro-cutanée postopératoire est une affection peu fréquente mais grave dont l'évolution est imprévisible. Certains cas répondent favorablement au traitement médical couplé avec les soins infirmiers spécialisés, d'autres nécessitent le traitement chirurgical d'emblée ou en seconde intention.

Avec 50 cas sur 10 ans soit environ 5 cas/an, les fistules entéro-cutanées post-opératoires sont peu fréquentes au CNHU de Cotonou.

Sur un échantillon de 147 patients dans leur étude en 1996, D'Harcour J.B. et al. (3) ont trouvé une prédominance féminine avec 66 hommes et 81 femmes. Par contre en France, Lévy E. (4) et Laberge J. M. et al. (5) ont constaté une prédominance masculine avec respectivement 198 hommes sur un total de 335 cas, et 28 hommes contre 25 femmes. Nos résultats sont comparables à ceux de D'Harcour J.B. et al. (3).

En Côte d'Ivoire, Soro K.G. et al. (6) ont trouvé que les patients avaient un âge moyen de 36,8 ans. Une étude similaire réalisée dans le même service à Cotonou il y a 10 ans trouvait un jeune âge moyen de 36 ans. Par contre Lévy E. (4) et Frilleux P. et al. (7) ont trouvé un âge moyen de 49,8 ans. Dans notre série, l'âge moyen de 31,6 ans des patients rejoint les résultats des études africaines et explique bien le fort taux de jeunes dans la population africaine.

Maillet P. (2), Hollender L.F. (8), et Lévy E. et al. (4), ont constaté que respectivement 37%, 45% et 60% des fistules sont survenues après une intervention pour péritonite. Notre étude a retrouvé la même étiologie

avec 50% de cas péritonites.

Dans une étude française, Maillet P. et al. (2) ont trouvé 55% des cas de fistules entéro-cutanées survenues après une intervention sur le grêle dont 72% de résection anastomose et 22% de suture simple; 45% des cas ne concernaient pas le grêle. Ces résultats sont comparables à ceux de notre série.

Les fistules entéro-cutanées apparaissaient entre le 6ème et le 10ème jour postopératoire dans les études françaises de Maillet P. et al. (2), et de Lévy E. (4); les résultats sont similaires dans notre étude.

Les fistules entéro-cutanées précoces ont trois fois moins de chance de guérir par le traitement médical d'après les études de Maillet P. et al. (2). L'attitude thérapeutique qui associait les soins infirmiers spécialisés au traitement médical a permis la fermeture spontanée de la fistule entéro-cutanée postopératoire dans 70% des cas qu'elle soit précoce ou tardive dans notre étude.

Le traitement chirurgical d'emblée ou après échec du traitement médical a fait enregistrer 33% de décès pour Nassos T.P. (9), Maillet P. et al. (2); et 45% pour Hollender L.F. et al. (8). Notre étude a eu un taux de décès plus élevé, 50% après le traitement chirurgical.

CONCLUSION

La fistule entéro-cutanée postopératoire était peu fréquente. Certains cas répondaient favorablement au traitement médical couplé avec les soins infirmiers spécialisés, d'autres nécessitaient le traitement chirurgical d'emblée ou de seconde intention grevée de mortalité plus ou moins élevée avec des résultats mitigés.

RÉFÉRENCES.

- 1 - Case T.C. External post-operative fecal fistula. *Amer J Surg* 1958; 9(1): 51- 63
- 2 - Maillet P, Edelmann G., Trémoiers J. Fistule externe de l'intestin grêle. *J Chir* 1975; 110: 89-103
- 3 - D'Harcour J. B., Boverie J. H., Dondelinger R. F. Percutaneous management of enterocutaneous fistulas. *A J R* 1996; 167: 33-38.
- 4 - Lévy E., Cugnénec P., Parc R., Bloch P., Frilleux P., Loygue J. Fistules jéuno-iléales s'ouvrant dans une éviscération. Expérience de 120 cas. *Clin Biol* 1981; 5 (5): 497-508.
- 5 - Laberge J. M., Kerlan R. K., Gordon R., Ringe J. Nonoperative treatment of enteric fistulas; results in 53 patients. *J V I R* 1992; 3: 353-357.
- 6 - Soro K.G., Coulibaly A., Yapo P., Koffi G., N'Ada H. A., Ehua S. F., Kanga Miessan J.B. Pronostic des fistules digestives post-opératoires au CHU de Yopougon. Abidjan/Côte d'Ivoire *Médecine* 2006; 4(21): 12-15.
- 7 - Frilleux P., Olivier J. M., Quilichini M.A., Lévy E. Les fistules externes post-opératoires. In Belghiti J. Ed. *Chirurgie digestive et réanimation*. Masson, Paris, 1989, p 127-144.
- 8 - Hollender L. F., Meyer CH., Calderoli H., Molki A., Alexiou D. Eléments pronostiques et résultats thérapeutiques dans les fistules post-opératoires du grêle. *Lyon Chir* 1980; 76: 235-238.
- 9 - Nassos T. P., Braash J. W. External small bowel fistulas. Current therapeutic and results. *Surg clin N amer* 1971; 51(3): 687-692.