

Les occlusions sur brides

K. OUIDER, R. BENELKHAÏAT, B. FINECH*

*Service de Chirurgie Viscérale. Hôpital Ibn Tofail. CHU Mohammed VI. Marrakech

ملخص

يعتبر الانسداد بالعرووات المرض الأكثر شيوعاً في الجراحة الباطنية، إذ تعد السبب الأول للانسداد المعوي. نتناول في دراستنا مجموعة تتكون من 163 حالة انسداد بالعرووات لدى البالغ تم انتقاؤها بمصلحة الجراحة الباطنية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن طفيل بمراكش خلال خمس سنوات والممتدة بين (2007-2011)، بهدف دراسة المعطيات الوبائية والمظاهر السريرية وكذا مختلف المشاكل العلاجية المطروحة من طرف هذا المرض. لوحظ هيمنة العنصر الذكري بـ 62.6% ومتوسط العمر هو 43 سنة. شكلت عملية استئصال الزائدة المعوية السابعة الجراحة الأكثر شيوعاً. هيمنت الامام البطنية بنسبة 95.7% وتوقف المواد والغاز بنسبة 85.3% على التشخيص السريري. مثل التصوير المقطعي نغلة نوعية في مجال التشخيص وله أهمية كبرى في تكهن استراتيجية العلاج مسبقاً الإقفار المعوي. في 65% من الحالات تم العلاج بالشفط المعدي وتصحيح الشوارد. تم العلاج الجراحي في 35% من الحالات، إما بطريقة مستعجلة أثناء وجود علامات خطيرة أو بطريقة متأخرة أثناء فشل العلاج الطبي الذي أجري بطريقة جيدة، ويعتمد العلاج الجراحي على قطع العرووات أو إزالة الالتصاقات. فيما تم استئصال الأحشاء لدى 21% من المرضى نظراً لتواجد إصابات متطورة أو بسبب الشك في عيوشة هذه. وكانت معدلات الاعتلال بعد الجراحة 8.8%. ترجع النسبة الضعيفة للوفيات (3 وفيات) في سلسلتنا إلى معدل السن الصغير لمرضاة والنسبة الضعيفة للاعتلالات المراقبة. وكان متوسط الإقامة بالمستشفى بعد الجراحة أعلى بمرتين عند المرضى الذين يعانون من نخر في الأمعاء. يمكن تحسين مآل الانسدادات المعوية بالوقاية.

الكلمات الأساسية: الانسداد المعوي-عروة-حالة مستعجلة-التصوير المقطعي-نخر-اعتلال.

Résumé L'occlusion sur bride est une pathologie fréquente en chirurgie viscérale. Elle est la première étiologie de l'occlusion intestinale aiguë. Notre étude porte sur une série de 163 cas d'occlusion sur bride de l'adulte, recueillies dans le service de chirurgie viscérale du CHU Mohammed VI de Marrakech, sur une période de 5 ans (2007-2011); dans le but de rapporter les données épidémiologiques, cliniques, pronostiques et thérapeutiques posées par cette affection. On note une prédominance du sexe masculin dans 62.6%, l'âge moyen était de 43 ans. L'antécédent chirurgical le plus fréquent était l'appendicectomie. La clinique est dominée par la douleur abdominale (95.7%) et l'arrêt des matières et des gaz (85.3%). La TDM représente une avancée en matière de diagnostic positif d'occlusion intestinale sur bride, elle requière un grand intérêt pour prédire la conduite thérapeutique en démontrant l'ischémie intestinale. Dans 65%, le traitement était médical par aspiration digestive et correction des désordres hydroélectrolytiques, le traitement chirurgical a été réalisé chez 35%, en urgence en présence de signe de gravité ou différé après échec d'un traitement médical bien conduit, et a consisté en une section de bride ou/et adhésiolyse avec entérovidange. Dans 21% des cas, un geste de résection intestinale a été pratiqué vu l'existence de lésions très avancées ou de doute sur la viabilité de l'intestin. La morbidité postopératoire était de 8,8%. Le taux relativement faible de mortalité (3 décès) serait dû à l'âge jeune de nos malades, au taux faible des tares associées. Le séjour moyen d'hospitalisation postopératoire est 2 fois plus élevé chez les malades à intestin nécrosé que chez les malades à intestin viable. Le pronostic des occlusions peut être amélioré par la prévention.

Mots clés Occlusion intestinale-bride-urgence-Tomodensitométrie-nécrose-morbidité.

Abstract Occlusion on flanges is a common disease in visceral surgery. It is the first etiology of acute intestinal obstruction. Our study focuses on a series of 163 cases of occlusion on flanges among adults, collected in the visceral surgery department of the Mohammed VI University Hospital of Marrakesh over a period of five years (2007-2011), in order to report the epidemiological, clinical, prognostic and therapeutic data related to this disease. Intestinal occlusion represents 36% of all acute intestinal occlusion, with male predominance in 62.6%, the average age is 43 years old. The most common previous surgery was an appendectomy. The clinic is dominated by abdominal pain (95.7%) and stop of materials and gas (85.3%). The computed tomography represents a breakthrough in positive diagnosis of intestinal occlusion on flange; it requires a great interest in predicting the therapeutic management by demonstrating intestinal ischemia. In 65%, treatment was medical by digestive aspiration and correction of electrolytes disorders, surgical treatment was performed in 35% of cases, in emergency with presence of severity signs or delayed after failure of a well-conducted medical treatment, and consisted in a flange section and / or with adhesiolysis with enterocutaneous draining. In 21% of cases, an intestinal resection was performed due to the existence of very advanced lesions or doubt on the viability of the intestine. Postoperative morbidity was 8,8%. The relatively low rate of mortality (3 deaths) would be due to the young age of our patients and the low rate of associated defects. The average postoperative stay in hospital is two times higher among patients with bowel necrosis than patients with viable bowel. The prognosis of occlusions can be improved by prevention.

Keywords Intestinal occlusion- flange- emergency- Computed Tomography-necrosis-morbidity

Introduction

L'occlusion sur bride a été rapportée comme étant une cause fréquente d'hospitalisation en chirurgie digestive [1]. C'est la première étiologie des occlusions intestinales aiguës, Elles peuvent survenir à tout moment au cours de la vie des patients opérés. Cependant les brides spontanées sans antécédent de chirurgie abdominale sont rares, mais possibles.

C'est une urgence diagnostique et thérapeutique, l'enjeu de la prise en charge

reste à juger de la sévérité de l'occlusion afin de mettre en œuvre un traitement adapté, lequel peut être chirurgical ou bien conservateur. Chez les patients sans signe de gravité, un traitement médical trouve toute sa justification. Cependant il comporte un risque de nécrose intestinale, nécessitant alors une résection qui s'associe à une augmentation significative de mortalité et de morbidité.

Dans la présente étude, nous allons décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et

thérapeutiques des occlusions sur bride de notre population d'étude.

Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective de type descriptive portant sur 163 patients hospitalisés au sein du service de chirurgie viscérale de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech pendant 5 ans (2007-2011). Les collectes des données se sont faites à partir des dossiers médicaux et les comptes rendus opératoires. Les critères d'inclusion retenaient les patients âgés de plus de 15 ans et admis aux urgences pour occlusion sur bride postopératoire ou congénitale. Les autres types d'occlusion intestinale aigue et les dossiers médicaux incomplets sont exclus de notre étude. L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel SPHINX.

Résultats

Nous avons dénombré 163 cas d'occlusion intestinale. Le sexe ratio était de 1.6 avec 102 hommes pour 61 femmes. La moyenne d'âge était de 43 ans. 157 patients (96.7%) avaient un ATCD chirurgical, le plus retrouvé était l'appendicectomie chez 32 patients (20.3%) suivi de péritonite et d'ATCD gynéco-obstétricaux. Cependant 6 patients n'avaient aucun ATCD de chirurgie et chez qui on avait trouvé des brides en per-opératoire. Le délai entre intervention index et l'occlusion oscillait entre 2 semaines et 30 ans.

Les circonstances de survenue du tableau occlusif étaient variables, la douleur a été retrouvée chez 156 patients (95.7%), d'installation brutale dans 89%, les vomissements étaient présents chez 133 patients (81.6%) et l'arrêt des matières et des gaz chez 139 patients (85.3%). Le délai moyen de consultation de nos malades était de 4 jours avec des extrêmes allant de 2 heures à 30 jours. L'examen physique pratiqué chez tous les patients a révélé une fièvre chez 20 patients (12.3%), des signes de déshydratation aigue chez 15 patients, un état de choc chez 2 patients, la cicatrice abdominale était retrouvée chez 96.3% des cas, la distension abdominale chez 77.9%; seulement 8 patients (4.9%) présentaient une défense abdominale. En ce qui concerne l'imagerie, 159 ASP de face debout ont été réalisés, 49 échographies et 30 TDM abdominales. L'ASP a mis en évidence des niveaux hydro-aériques (NHA) grêliques chez 134 cas, des NHA coliques chez 3 cas et seulement une distension grêlique chez 8 cas. L'échographie abdominale a montré une distension abdominale chez 18 patients. La TDM abdominale a porté le diagnostic d'occlusion sur bride chez 11 patients et a montré des signes d'ischémie intestinale chez 2 patients.

Un bilan biologique de retentissement et préopératoire a été réalisé objectivant des signes de gravité biologiques, une hyperleucocytose chez 14 patients et un désordre hydroélectrolytique chez 26 patients. Dans notre étude, 106 malades ont bénéficié d'un traitement conservateur comportant une aspiration digestive, une correction des troubles hydroélectrolytiques et dont l'évolution a été favorable. Un traitement chirurgical a été entrepris en urgence pour 28 patients, pour les 29 restants la chirurgie différée a été décidée après échec d'un traitement médical bien conduit, la durée de ce traitement conservateur variait entre 2 et 15 jours. Tous les malades opérés ont bénéficié d'une anesthésie générale. La voie d'abord utilisée était la laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic, aucune coelioscopie n'a été pratiquée dans notre étude. L'exploration chirurgicale a retrouvé les résultats illustrés dans le tableau ci-dessous:

Tableau I : L'exploration chirurgicale

Exploration	Nombre
Bride unique	30
Brides et adhérences	21
Adhérences	31
Distension grêlique	42
Nécrose intestinale	10
Epanchement péritonéal	23
Volvulus du sigmoïde	2
Perforation grêlique	5
Intestin normal	3
Lésion associée	9

Le traitement chirurgical a consisté en une section de bride chez 19 patients, un débridement adhésiolyse chez 32 et une adhésiolyse chez 6 patients, la résection intestinale a été effectuée chez 12 patients. La mortalité était de 5,2% (3 décès). Les suites immédiates étaient simples dans la majorité des cas. Nous avons relevé 5 cas de complications postopératoires soit 8.8%: Trois cas d'infection de la paroi, un saignement important de la stomie et une péritonite postopératoire. La durée de séjour hospitalier variait entre 1 et 30 jours avec une moyenne de 5 jours. Il est difficile de relier les suites opératoires à moyen et à long terme puisque les patients opérés ont été perdus de vue.

Discussion

L'occlusion sur bride représente une cause fréquente d'hospitalisation en chirurgie. Elle survient surtout chez des patients jeunes, l'âge moyen de nos malades était de 43 ans. La même conclusion était faite par Miller [5] avec une moyenne d'âge de 46ans, nos résultats diffèrent de ceux de Catel [6] qui a trouvé une population plus âgée (61 ans). Ceci peut être expliqué par le jeune âge de la population marocaine. L'occlusion sur bride touche surtout

le sujets de sexe masculin avec un sex-ratio de 1.6. Ceci a été également observé dans d'autres études africaines [1-2]. Par contre les femmes ont été nombreuses dans des séries occidentales [3-4]. De nombreuses études montrent que la chirurgie sous-mésocolique est certainement la plus pourvoyeuse d'occlusion par bride [7-8], dans notre étude c'est l'appendicectomie qui vient en premier, retrouvée chez 32 malades soit 20.3%. Dans la littérature : pour Yazidi et Shapiro la chirurgie colorectale semblerait être la plus exposée aux adhérences [10]. Le délai entre l'intervention «index» et le premier épisode d'occlusion du grêle varie très largement de 8 jours à 60 ans [11]. Dans notre série ; 23 patients (14.6%) ont présenté une occlusion sur bride précoce survenant les 4 à 6 semaines postopératoires et pour 85.4% des patients; l'occlusion était tardive, survenant entre 2 mois et 30 ans. Cependant 6 patients n'avaient pas d'ATCD de chirurgie antérieure, en effet il existe des brides spontanées qui peuvent être congénitales et représentent 2 à 6% des occlusions sur bride [12] ou résultants d'un processus inflammatoire ou infectieux passé inaperçu. Les manifestations cliniques qui ont été observées dans notre étude se rapprochent de celles de Harouna [2] avec 95.7% de douleur, 85.3% d'arrêt des matières et des gaz et 81.6 % de vomissements. Le délai entre les premiers symptômes ressentis et la consultation joue un rôle considérable sur la gravité des troubles et sur le pronostic des patients; plus les délais sont longs, plus la vitalité de l'intestin est en jeu. Dans notre série; seulement 30 patients (18.4%) ont consulté dans les 24h. Un examen physique complet doit être réalisé à la recherche de signes de gravité clinique [8]. L'ASP permet d'effectuer un premier bilan diagnostique et étiologique du syndrome occlusif, sa spécificité et sa sensibilité restent faibles [4]. Le scanner porte le diagnostic d'occlusion du grêle avec une sensibilité de 94 à 100% et une spécificité de 90 à 95%. Il permet non seulement de faire le diagnostic positif et étiologique précis (sensibilité de 73 à 95%), mais aussi de rechercher les signes d'ischémie intestinale, et ainsi prédire la conduite thérapeutique [6, 13].

Dans notre étude seulement 18.4% des patients ont fait une TDM. Par ailleurs Un bilan biologique permettra d'évaluer le retentissement hydroélectrolytique et de réaliser un bilan préopératoire. Sur le plan thérapeutique ; il n'existe pas de consensus entre une intervention chirurgicale d'emblée et un traitement conservateur, qui trouve toute sa justification chez les patients sans signes de gravité clinique et biologique. Cependant ce traitement risque de méconnaître une nécrose qui nécessiterait alors une résection [10]. La durée du traitement conservateur peut aller de

quelques heures à 14 jours [8]. Dans notre étude, 106 malades ont bénéficié d'un traitement conservateur. Un traitement chirurgical a été entrepris en urgence pour 28 patients et différé pour les 29 restants. La voie d'abord est en règle une laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic. Le traitement laparoscopique des occlusions sur brides est une alternative à la laparotomie chez des malades sélectionnés. Sa meilleure indication pourrait être l'occlusion sur bride unique. Cette alternative à la laparotomie pourrait réduire la formation d'adhérences [9, 14], et diminuer les prochains épisodes occlusifs. Le taux de conversion en laparotomie varie de 8 à 46% [14], imposé par la non-visualisation du siège de l'occlusion, par une plaie intestinale provoquée par la manipulation d'anses grêles dilatées, par la nécessité de devoir procéder à une résection digestive ou par une dissection rendue difficile en raison d'un abdomen multiadhérentiel. Par ailleurs la cœlioscopie apporte un nombre d'avantage en diminuant la durée de l'intervention, le délai moyen de rétablissement de transit et la durée d'hospitalisation selon Ghariani [14]. Dans notre étude, aucune cœlioscopie n'a été pratiquée. La technique chirurgicale consiste tout d'abord en une entérovidange aussi complète que possible du grêle d'amont; elle n'est réalisable que par laparotomie. L'entérovidange permet : d'assurer la décompression de l'intestin qui peut souffrir d'une ischémie de distension, d'explorer de façon plus fiable l'ensemble de la cavité abdominale. En revanche, il n'est pas prouvé qu'elle facilite la reprise du transit [11]. La section d'une bride unique ne pose en général pas de difficulté majeure. Ce geste peut être difficile lorsque la bride est très courte, avec de nombreuses anses très dilatées en amont gênant l'exposition du foyer lésionnel, ou encore lorsque la bride siège dans une zone d'accès malaisé. En cas d'adhérences multiples, l'adésiolyse peut être difficile avec un risque majeur de brèche ou d'ouverture accidentelle de la paroi intestinale, ainsi la sagesse incite à ne traiter que la cause évidente en effectuant une adésiolyse partielle [11]. Une fois l'obstacle levé, il est important d'apprécier la vitalité de l'anse, en cas de doute ; la résection s'impose. En effet, le risque est de laisser en place un segment intestinal mal vascularisé qui peut se compliquer de perforation et de péritonite postopératoire à court terme ou de sténose ischémique à long terme [11]. La résection d'une anse grêle ne présente pas de particularité technique, il convient simplement de s'assurer lors des sections digestives que les futures tranches anastomotiques sont parfaitement vascularisées. Dans notre série ; 12 résections ont été effectués avec 8 anastomoses termino-terminales et 4 iléostomies. Dans notre étude ;

le nombre de décès est de 3 (5.2%). La mortalité est liée à l'âge des patients, la présence d'une comorbidité, la survenue d'incidents per-opératoires et d'ischémie irréversible due au retard opératoire de plus de 24 heures ; ce qui nous confronte à l'alternative relativement paradoxale de vouloir prolonger le traitement conservateur sans entraîner de retard opératoire [11]. Les suites postopératoires étaient simples en dehors de 5 cas de complications postopératoires soit 8.8%. Les taux de morbidité et de mortalité restent significativement inférieurs à ce qui a été rapporté dans la littérature [2-8]. La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours ; elle est fonction de la modalité thérapeutique et de la survenue de complications ; plus longue chez les patients ayant subi une résection que chez ceux à intestin viable, ou encore lorsqu'on a opté pour un traitement conservateur avant de passer à la chirurgie. Le taux de réadmission pour occlusion sur bride varie de 33% à 53% sur une période de 10ans [7]. Le nombre d'épisodes occlusifs préalables semble être un facteur de récurrence, d'où la nécessité de s'interroger sur les moyens de prévention, même s'ils sont peu ou pas employés dans notre contexte [14].

Conclusion

Des progrès constants de la prise en charge des occlusions par brides ont été obtenus qui résultent d'une approche médico-chirurgicale clinique plus attentive, sans que l'on puisse affirmer aujourd'hui que la TDM et le recours à la laparoscopie, aient un véritable impact sur le pronostic des occlusions sur brides. C'est certainement vers des stratégies de prévention, grâce à une panoplie de gestes mieux codifiés et de dispositifs anti-adhérentiels améliorés, que doit se tourner le chirurgien pour diminuer la fréquence d'une complication chirurgicale souvent frustrante du fait de sa relative imprévisibilité.

Références

- 1-Kuremu RT, Jumbi G. Adhésive intestinal obstruction. *East Afr Med J* 2006;83:333-6.
- 2-Harouna Y, Maazou I, Almoustapha I, Samir R, Amadou S, Baoua A et al. Les occlusions intestinales aiguës par brides : A propos de 87 cas. *Med Afr Noire* 2005;935:317-9.
- 3-Kossi J, Salminen P, Laato M. The epidemiology and treatment patterns of postoperative adhesion induced intestinal obstruction in varsinais-suomi Hospital District. *Scand J Surg* 2004;93:68-00.
- 4-Duron JJ, Silva NJ, Du Montcel ST, Berger A, Muscari F, Hennes H et al. Adhesive postoperative small bowel obstruction : Incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a multicenter prospective study. *Ann Surg* 2006;244:750-7.
- 5-Miller G, Boman J, Shrier I. Etiology of Small Bowel obstruction. *Am J Surg* 2000;180:120-5.
- 6-Catel L, F Lefèvre, V Laurent. Occlusion sur bride. Quels critères scanographiques de gravité rechercher ? *J Radiol* 2003;84:27-31.

- 7-Duron JJ. Pathologie occlusive post-opératoire. *J Visc Surg* 2003;140:325-34.
- 8-Shih SC, Jeng KS, Lin SC, Kao CR, Chou SY, Wang HY et al. Adhesive small bowel obstruction : How long can patients tolerate conservative treatment ? *World J Gastroenterol* 2003;9:603-5.
- 9-Ouaissi M, Gaujoux S, Veyrie N, Denève E, Bergand C, Castel B et al. Les adhérences postopératoires après chirurgie digestive et leurs préventions : revue de la littérature. *J Visc Surg* 2011;60:21-8.
- 10-Sarraf S Y, Shapiro ML. Small bowel obstruction: The eternal dilemma of when to intervene. *Scand J Surg* 2010;99:78-80.
- 11-Trésallet C, Roya B, Menegaux F. Occlusion du grêle de l'adulte. *EMC Techniques chirurgicales-appareil digestif* 2010;53:430-40.
- 12-Habib E, Elhadad A. L'occlusion de l'intestin grêle sur bride congénitale chez 16 adultes. *Ann Chir* 2003;128:94-7.
- 13-Delabrousse E, Bouland R, Salière P, Mickalakis D, Rodiere E, Kastler B. Le faces sign : valeur d'un signe TDM dans l'occlusion du grêle sur bride ou adhérence péritonéale. *J Radiol* 2005;86:393-8.
- 14-Ghariani B, Houssa H, Sebai F. Traitement laparoscopique des occlusions mécaniques du grêle. *Tunis Med* 2011;89:274-7.

