

PRONOSTIC DES FISTULES DIGESTIVES POST-OPERATOIRES AU CHU DE YOPOUGON : ABIDJAN/COTE D'IVOIRE.

Soro K.G., Coulibaly A., Yapo P., Koffi G., N'Da H.A., Ehua S.F., Kanga Miessan J.B.

Correspondance et tirés à part à : Soro Kountele Gona Chirurgie générale et digestive CHU Yopougon 01 BP 7660 Abidjan 01/ Tel: 05 87 44 55 / 05 06 82 82 Email: kountelegona@hotmail.com

Résumé

Objectif : En raison des difficultés de prise en charge des fistules digestives post-opératoires (FDPO) et des résultats souvent décevants, les auteurs ont mené cette étude dont l'objectif est d'identifier les facteurs pronostics afin d'optimiser leur prise en charge et améliorer leur pronostic. **Patients et méthode :** C'est une étude rétrospective durant 12 ans, de janvier 1992 à décembre 2004 dans le service de chirurgie générale et digestive adulte du CHU de Yopougon. Elle a inclus 86 dossiers de patients âgés de 15 ans au moins présentant une FDPO. **Résultats :** L'âge moyen était de 36,8 ans. Le taux brut de décès était de 29,06%. Il s'élevait avec l'âge et le risque de décès était multiplié par 5,54 dès que l'âge était supérieur à 55 ans (OR=5,54 et p=0,012). Le nombre de décès s'élevait significativement avec la durée du délai diagnostique (p=0,016 pour OR₁=1,64 et OR₂=8,94. Le taux de mortalité était plus élevé dans les fistules exposées que dans les fistules dirigées (87% contre 45%). Dans 50% des cas le décès survenait lorsque le débit était supérieur ou égal à 500 CC par 24 heures. Parmi les patients soumis au traitement médical 69,70% ont eu une fermeture spontanée de leur fistule dans un délai moyen de 27,18 jours pour des extrêmes variant entre 13 et 47 jours. **Conclusion :** L'affection est très grave eu égard à son taux de mortalité. Un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et adaptée devraient permettre de réduire cette mortalité encore très élevée. **Mots clés :** fistule digestive, pronostic, mortalité.

Summary

Objective: Because of the difficulties to manage the post - operative digestive fistulas (FDPO) and their disappointing results, the authors led this survey. It's objective is to identify the prognosis factors in order to optimize their management and improve their prognosis. **Patients and method:** It is a retrospective survey during 12 years, from January 1992 to December 2004 in the general and digestive surgery adult service of CHU Yopougon. It included 86 files of patients aged of 15 years at least presenting a FDPO. **Results:** The middle age was of 36.8 years. The death rate was 29.06%. It rose with age. The risk of death was multiplied by 5.54 as soon as age was superior to 55 years (OR=5.54 and p=0.012). The number of death rose meaningfully with the length of the diagnostic delay (p=0.016 for OR₁=1.64 and OR₂=8.94. The death rate was raised more in the exposed fistulas that in the controlled fistulas (87% against 45%). In 50% of the cases the death occurred when the debit was superior or equal to 500 cc daily. Among the patients submitted to the medical treatment 69.70% had a spontaneous closing of their fistula in a middle delay of 27.18 days for extremes varying between 13 and 47 days. **Conclusion:** The affection is very serious considering it's death rate. A precocious diagnosis and a fast and adapted management should permit to reduce this higher mortality. **Key words:** digestive fistula, prognosis, mortality.

Introduction

Les fistules digestives post-opératoires (FDPO) menacent toute chirurgie intéressant le tube digestif ou l'un de ces organes annexes. Elles posent fréquemment de sérieux problèmes de prise en charge. Elles touchent des sujets fragilisés multi opérés, en mauvais état général, souvent âgé et porteur de tares. Un constat empirique établit que son pronostic est mauvais dans notre pratique. Les auteurs, dans le but d'évaluer le pronostic, analysent les différents facteurs susceptibles de l'influencer afin de déterminer leur degré d'implication.

Patients et méthode

L'étude est rétrospective couvrant une période de 12 ans (de 1991 à 2002) dans le service de chirurgie viscérale adulte du CHU de Yopougon. Les dossiers des patients suivis dans le service pour FDPO durant cette période ont été étudiés en s'intéressant à la fermeture spontanée, à la intervention, à la guérison et au décès.

Commentaires :

L'étude a inclus 86 dossiers de patients comprenant 57 hommes et 29 femmes d'un âge compris entre 15 et 93 ans et une moyenne de 36,8 ans. Les patients étaient jeunes en majorité 87,2 % (n=75) avaient moins de 55 ans et 11(12,8 %) avaient au moins 55 ans dont 2 patients de plus de 75ans. Il y avait 2 patients diabétiques, 4 séropositif VIH sur 41 patients testés. Le délai diagnostique a été précisé chez 79 patients. Le diagnostic de fistule a été fait entre le 1^{er} et le 5^{ème} jours dans 36,7 % des cas (n=29), entre le 6^{ème} et le 15^{ème} jour dans 50,1 % des cas (n=40) et après le 15^{ème} jour dans 19 % des cas (n=10). (26 %). Sur le plan thérapeutique, les patients ont été repartis en deux groupes. Le 1^{er} groupe était constitué de patients qui avaient subi un traitement médical exclusif (n=33). Chez ces patients la fistule était dirigée et l'abdomen n'était pas chirurgical. Chez les 53 autres patients il s'agissait d'un abdomen aigu chirurgical. Dans ce groupe la réintervention

était indiquée sans délai. Cette ré intervention a été précoce (avant le 5^{ème} jour) dans 52,8 % des cas (n= 28), tardive après le 15^{ème} jours dans 28,3 % des cas (n=15). Les 10 autres patients ont été réopérés entre le 6^{ème} et le 15 jour post-opératoire (18,9%). La réintervention chirurgicale a consisté: soit à une dérivation temporaire du transit (n=30) ou soit un traitement en un temps consistant en une résection anastomose immédiate ou un avivement suture des berges de l'orifice fistuleux (n=23). Résultats : La fermeture spontanée a été obtenue dans 26,7 % des cas et le taux global de décès est de 29,1 %. Chez les patients qui ont fait l'objet du traitement médical exclusif le délai moyen de fermeture spontanée était de 27,18 jours avec des extrêmes de 13 et 47 jours. La reprise opératoire était indiquée d'emblée chez 24 patients et après échec du traitement médical chez 29 patients. Les différentes indications de cette reprise étaient : une péritonite post opératoire (36 %), une occlusion intestinale post opératoire (22,64 %), une dénutrition sévère (16,93 %) et une fistule à grand débit dans 26, 41 % des cas. Le tableau n°I donne les résultats globaux du traitement des fistules digestives post-opératoires. Le taux de décès était plus élevé dans les suites d'une résection suivie de stomie que lorsqu'une résection avec anastomose immédiate ou une suture simple était réalisée (tableau n° II). Mais cette différence n'était pas statistiquement significative (p=0,74). Dans le groupe des patients dont la fistule a été réparée en un temps (n= 23) il y avait 09 cas de résection intestinale suivie d'anastomose immédiate. Chez 3 d'entre eux le décès est survenu et les 6 autres étaient guéris. Chez les 14 autres, il s'agissait d'un petit orifice fistuleux qui a fait l'objet d'un avivement des berges suivi d'une suture immédiate. Un cas de décès a été enregistré. Dans le 2^{ème} groupe de patients dont la réparation a été faite en 2 temps il s'agissait chez eux soit d'une fistule avec large orifice (n=21) soit d'une désunion de la première anastomose (n=9). Dans ce groupe 7 décès et 23 guérisons ont été observées. Le taux de décès était statistiquement plus élevé chez les patients âgés de plus de 55 ans (tableau n° III) p=0,012 et OR=5,54. Les 02 patients diabétiques sont décédés au cours du traitement de leur fistule tandis que 3 des 4 patients porteurs du virus du VIH sont décédés. Le taux de guérison était différent selon le délai d'apparition de la fistule comme l'indique le tableau n° IV. Le taux de guérison diminuait au fur et à mesure que le délai de diagnostic s'allongeait. A contrario, le taux de décès s'élevait avec la durée du délai diagnostique. Cette différence était statistiquement significative (p=0,016) avec OR₁=1,64 et OR₂=8,94. Cette évolution était la même pour les patients dont le traitement de

la fistule a consistée en une réintervention (53 cas). Le taux de guérison diminuait au fur et à mesure que le délai de réintervention s'allongeait, inversement pour le taux des décès (tableau n°V). Mais il n'y avait aucune différence statistique liée au délai de réintervention. Le type du trajet de la fistule a été précisé chez 79 patients. Chez les 59 patients présentant une fistule dirigée, 72,89 % ont été guéris (n=43) et 27,11 % (n= 16) sont décédés. Cependant 55 % (n = 11) des 20 patients ayant une fistule exposée sont guéris et 45 % (n= 9) sont décédés. Le débit de la fistule précisé chez 23 patients objective 50 % de guérison (n=3) et 50 % de décès sur les 06 patients dont le débit de la fistule était d'au moins 500 CC par 24 heures. Dans le groupe de patients dont le débit était inférieur à 500 CC (n=17), le taux de guérison était de 64,70 % (n= 11) et le taux de décès était de 35,29 % : Tableau n° V. Il n'y avait statistiquement aucune différence entre d'une part les fistules dirigées et les fistules exposées et d'autre part les fistules à débit < 500cc et les fistules à débit ≥ 500cc. La littérature consultée [1,2] rapporte respectivement 60 % et 64 % de fermeture spontanée. Ces taux inférieurs à celui de notre étude (67,7 %) chez les patients soumis au traitement médical et de 26,7 % de l'ensemble des patients pourraient s'expliquer par la sélection des patients à soumettre au traitement médical. En effet les difficultés à traiter médicalement une fistule digestive nous contraignent à élargir nos indications de reprise opératoire. De ce fait, ne sont reléguées au traitement médical que les fistules simples à gérer. Mais malgré cette rigueur dans les indications du traitement médical, la mortalité reste très élevée dans notre étude (30,3%) à l'instar de Gautier et coll. [3]: 40 %. Ce mauvais résultat s'explique d'une part par le manque de moyens des patients de s'assurer une bonne réanimation et une bonne alimentation parentérale et per os et d'autre part par le retard de la décision de convertir le traitement médical en traitement chirurgical. Parfois, il s'agit d'une mauvaise appréciation de l'état clinique du patient. Celui-ci finit par rentrer dans un cercle vicieux et l'état précaire rend toute anesthésie générale et tout geste chirurgical délicat voire suicidaire. Tout cela plaide contre le traitement médical qui a une mortalité plus élevée que celle du traitement chirurgical : 30 % ; 33 % et 30,3 % respectivement chez Levy [4], Seulin [5] et notre étude. Cependant, de façon globale le taux de mortalité de notre étude (29,07 %) s'inscrit dans l'intervalle rapporté par la littérature qui varie de 20 à 35 % [3,6,7]. De façon spécifique, l'âge supérieur à 55 ans est un facteur de mauvais pronostic pour les patients présentant une fistule digestive. En effet la propension pour ces patients de décéder était de 5,54 fois supérieure à celle des patients de moins de

55ans dans notre étude. Cela est dû au fait qu'à cet âge les sujets sont fragiles et porteurs parfois de tares. C'est probablement ce qui explique le décès de tous les patients qui avaient un âge supérieur à 75 ans. L'immunodépression par le virus du VIH et le diabète en diminuant les moyens de défenses de l'organisme, l'exposeraient aux surinfections qui grèvent le pronostic de ces patients. Lorsqu'un diagnostic précoce est fait assorti d'une prise en charge adéquate, le pronostic est meilleur (tableau III). Cependant la chirurgie en urgence doit être évitée sauf s'il existe un abdomen aigu chirurgical [2,4]. Nous pensons qu'il faut éviter l'acharnement au traitement médical dans nos conditions de pratique. La majorité des auteurs relèguent le traitement chirurgical en 2ème intention après l'échec du traitement médical [4,6,8,9]. Cette reprise était recommandée après un traitement médical de 3 à 6 semaines sans succès [10,11]. Ce délai nous semble trop excessif et engage certainement d'énormes dépenses financières et un arrêt prolongé de l'activité professionnelle qui serait préjudiciable pour le patient. Un débit supérieur à 500 cc par 24 heures, du fait des perturbations hydroélectrolytiques pourrait être plus mortelle que les fistules dont le débit est inférieur à 500 cc, même si notre étude qui est rétrospective ne le prouve pas ($p=0,64$). En effet les déséquilibres hydroélectrolytiques sont graves et difficile à compenser. Il n'y avait pas non plus de différence statistique entre les fistules exposées et les fistules dirigées. Pourtant les fistules exposées sont des fistules à grand débit avec parfois une suppuration importante avec lâchage de l'aponévrose associé à des collections intrapéritonéales. Une étude sur un échantillon plus grand devrait permettre de mieux évaluer l'influence du débit et du type de trajet sur le pronostic des FDPO. Le taux de décès enregistré était plus élevé après chirurgie en un temps (résection intestinale + stomie) dans les FDPO qu'après chirurgie en un temps (résection anastomose immédiate ou avivement suture). Ce résultat qui ne semble pas s'inscrire dans la logique des choses pourrait s'expliquer par le fait que ces 2 groupes n'ont pas été constitués de façon aléatoire.

Conclusion

Les FDPO sont graves. Le rôle de l'âge supérieur à 55 ans et du long délai diagnostic est établi dans la mortalité par FDPO. Une étude incluant un grand échantillon est nécessaire pour évaluer l'influence d'autres facteurs que sont le débit de la fistule, son trajet et le délai au traitement chirurgical. De même qu'une analyse multi variée sera intéressante pour apprécier l'impact de l'interaction entre ces différents paramètres. Toute fois la guérison peut être obtenue sous traitement médical mais au prix d'un risque élevé de décès.

Références

- 1- Hollender L. F et Otteni F. Fistules externe post-opératoires de l'intestin grêle. *Encycl. Med Chir* ; Paris ; Estomac-intestin ; 9-1974 ; 9067 ; A-10
- 2- Marescaux J., Evard S., Miranda E. Traitement actuel des fistules digestives post-opératoires. *Revue du praticien* ; n° 1 ; Janvier 1991
- 3- Gautier-Benoît C., Vermesse G. L'alimentation dans le traitement des fistules digestives externes. Voie parentérale, voie entérale ou voie mixte ? Etude rétrospective de 42 cas. *Ann. Chir.* ; 1980 ; 34 ; n° 1 : 51-56
- 4- Levy E., Ollivier JM., Massini JP. Et coll.. Fistules entéro-cutanées post-opératoires – données actuelles. *Encycl.Méd. Chir. Gastro-entérologie* ; 9-067-A10 ; 1996 ; 16P
- 5- Seulin P. , Carriere N., Bloom E. , Pradere B., Tap G., Gouzi JL. Cancer de l'estomac : les changements dans la stratégie chirurgicale ont-ils une influence sur les résultats ? Etude rétrospective sur 20 ans. *Ann. Chir* 2000 ; 125 : 131-6
- 6- Levy E, Frileux P. , Ollivier JM. "Comment je traite" les fistules entéro-cutanées post-opératoires. *Méd. Chir. Dig.* 1995-24-361-364
- 7- Hollender LF., Meyer C., Calderoli H., Molki A., Alexiou D. Eléments pronostiques et résultats thérapeutiques dans les fistules post-opératoires de l'intestin grêle. *Lyon Chir.* ; 1980 ; vol 76 ; n° 4 ; pp.235-238
- 8- Hssaida R, Daali M., Seddiki R., Zoubir M. ; elgnelaa K., Boughalem M., Les péritonites post-opératoires chez les sujets âgés. *Médecin du Malgreb* 2000 n° 81
- 9- Alves A., Panis Y., Pocard M. et coll. Management of anastomotic leakage after nondiverted larg bowel résection. *J. Am. Coll. Surg. Vol. 189; n 6; Decembre 1999.*
- 10- Hixon J. et coll. Problèmes posés par les fistules digestives. *Ann. Med. Reims* ; 1975 ; 12 ; 5 : 259-271.
- 11- Bricard H., Suisse A. et Marchand P. Prise en charge des fistules digestives post opératoires. *Encycl. Méd. Chir. (Paris), Estomac-intestin* ; 9067 A 10 ; 2-1988 ; 14p.

Tableau n° I : Résultats globaux de la prise en charge des 86 patients présentant une FDPO

Paramètres évalués	effectifs	pourcentage
Fermeture spontanée	23	26,7
Réintervention	53	61,6
Guérison	61	70,9
Décès	25	29,1

Tableau n° III : répartition des décès selon l'âge.

Groupe d'Age (an)	Guérison	Décès	Total
[15-55[57(76%)		75(100%)
> 55 ans	04(36,4%)	18(24%) 07(63,6%)	11(100%)
Total	61(71%)	25(29%)	86(100%)

Tableau n° IV : Résultats thérapeutiques selon le délai diagnostique (d'apparition).

Délai (Jour)	Guérison	Décès	total
< 5 jours	23(79,3%)	06 (20,7%)	29 (100%)
[6-15]	28 (70%)	12 (30%)	40 (100%)
[15-30]	03 (30%)	07 (40%)	10 (100%)

Tableau n°II : résultat du traitement chirurgical de la fistule selon le mode de réparation.

Type de traitement	Décès	guérison	Total
Résection intestinale +stomie	07(23,3%)	23(76,7%)	30(100%)
Résection anastomose simple	04(17,4%)	19(82,6%)	23(100%)
Total	11(20,7%)	42(79,3%)	53(100%)

Tableau n° V : Résultats du traitement chirurgical en fonction du délai de la réintervention

Délai de réintervention (jour)	Guérison	Décès	total
< 5	23(82,1%)	05 (17,9%)	28 (100%)
[6-15[07 (70%)	03 (30%)	10 (100%)
> 15	09 (60%)	06 (40%)	15 (100%)