

MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN : 3066-2737

homepage: <https://www.medpeerpublishers.com>

LA CHIRURGIE COLIQUE EN URGENCE

Expérience du Service de Santé des Armées à l'Hôpital Militaire de Conakry République de Guinée

DOI: 10.70780/medpeer.000QGPT

AUTEUR ET AFFILIATION

BAH THIERNO MAMADOU FOINKE, SYLLA ALHASSANE, CISSE MOHAMED YAYA, KEITA SEKOU, SANGARE M. PATHE, CAMARA KEOULEN, SACKO M. L. S, DIALLO I. S, CAMARA M. FALILOU, TOURE CHEICK, SOUMAORO SALIHAN

¹ Hôpital Militaire de Conakry, République de Guinée.

² Faculté de Médecine : Université Gamal Abdel Nasser Conakry, République de Guinée.

³ Hôpital National Donka (CHU)

Corresponding author: BAH THIERNO MAMADOU FOINKE.

RÉSUMÉ

Dans les pays du sud de Sahara, l'incidence des pathologies coliques en urgence continue à augmenter. La chirurgie colique occupe une place importante dans la prise en charge des urgences abdominales, le traitement chirurgical du colon prend en charge soit des occlusions soit des péritonites. Les techniques liées à la stratégie de la prise en charge sont multiples et dépendent de l'état général du patient, du bilan lésionnel et de l'expérience du chirurgien. L'objectif de notre étude est de partager notre expérience de chirurgie colique en urgence dans des situations précaires. Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective mono centrique de type descriptif de trois ans allant du 1er septembre 2019 au 30 septembre 2022. Pendant laquelle nous avons colligé 96 patients reçus et pris en charge pour la chirurgie colique en urgence. Le volvulus du sigmoïde, les plaies coliques et les péritonites ont été les pathologies les plus fréquentes. Notre stratégie de prise en charge a été adaptée pour chaque patient selon nos ressources disponibles.

MOTS-CLÉS

Chirurgie Colique, Expérience, Service de Santé des Armées

ARTICLE PRINCIPAL

Introduction :

La chirurgie colique occupe une place importante dans la prise en charge des urgences abdominales, le traitement chirurgical du colon prend en charge soit des occlusions soit des péritonites. Les techniques liées à la stratégie de la prise en charge sont multiples et dépendent de l'état général du patient, du bilan lésionnel et de l'expérience du chirurgien [1].

Dans tous les cas, les formes compliquées telles que ; les perforations, les hémorragies massives et les mégacôlons toxiques sont des indications chirurgicales [2].

La colectomie d'urgence est indiquée en cas de complications majeures ou échec du traitement médical et elle doit être intégrée dans une prise en charge Médico chirurgicale concertée, rapide et multidisciplinaire ces recommandations sont basées sur des critères cliniques et biologiques classiques et une surveillance étroite des patients pour anticiper la nécessité opératoire [3].

L'incidence des pathologies coliques en urgence continue à augmenter dans les pays au sud du Sahara et elles relèvent de plusieurs étiologies. Si dans les pays du nord la maladie diverticulaire et les tumeurs coliques prédominent les volvulus du colon sont la première étiologie dans les séries Africaines et la prise en charge des lésions coliques reste grevée d'une lourde mortalité [4].

Le recours aux urgences peut être inaugurale compte tenu de la symptomatologie frustrée vue au stade des complications telles que, les colectasies ou mégacôlon toxique qui associe une distension colique, des perforations coliques, des abcès, des péritonites, voir même des hémorragies digestives [5].

En milieu défavorisé les signes fonctionnels classiques des manifestations digestives, notamment la douleur abdominale, la diarrhée, la rectorragie et les vomissements, peuvent motiver une consultation soit, chez les tradipraticiens soit, chez un personnel mal averti, ou encore faire usage d'une automédication. Il faut alors un long trajet au patient à parcourir avant de retrouver les urgences digestives avec un pronostic vital sombre.

La rareté des ressources humaines, médicales et paramédicales spécialisées en soins d'urgence et la faible disponibilité des moyens de réanimation sont des facteurs qui nécessitent des stratégies appropriées améliorer la gestion des urgences dans les structures sanitaires [6].

L'objectif de cette étude est, de partager notre expérience de chirurgie colique en urgence dans des situations précaires. En vue d'analyser qualitativement la trajectoire de notre conduite et nos aptitudes thérapeutiques.

Patients et méthodes:

Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective mono centrique descriptive de trois ans, allant du 1^{er} septembre 2019 au 31 septembre 2022. Période pendant laquelle nous avons colligé 96 patients reçus aux urgences du centre médico-chirurgical Inter Armée Camp Samory Touré, structure sanitaire de Reference des forces de défenses et de sécurité, aujourd'hui érigée en Hôpital Militaire accueillant majoritairement des Militaires et leurs familles, et nous avons inclut dans l'étude tous les patients qui ont été pris en charge pour la chirurgie colique en urgence quel que soit la cause.

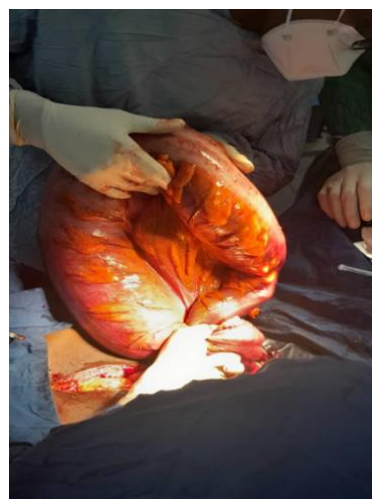
Nous n'avons pas inclus les patients pris en charge en urgence abdominale, pour pathologie non colique et les patients qui ont été transférés vers d'autres structures. Le recueil des données a été réalisé par un formulaire de recueil de données standardisé, le CRF en tenant compte des renseignements cliniques et des modalités thérapeutiques. La stratégie de la prise en charge a été adaptée pour chaque patient selon nos ressources disponibles. Nous avons réalisé notre chirurgie colique par la voie ouverte et les anastomoses coliques ont toutes été manuelles.

Pour chaque patient, quel que soit le degré de l'urgence une démarche diagnostique, ci- après a été adaptée ; un examen clinique, un bilan complémentaire d'urgence notamment : la biologie, l'échographie et la radiographie standard. Après le diagnostic et l'indication opératoire, le geste a toujours été accompagné d'un suivi des suites opératoires.



A

A : Distension abdominale



B

B : Volvulus du sigmoïde (rotation en trois spires)



C

C : Après dévolvulation

Résultats :

Les urgences coliques ont représenté : 7,07% des activités des urgences abdominales chirurgicales et 2% de la totalité des activités du service, parmi elles ; le volvulus du colon sigmoïde, les plaies coliques et les péritonites ont constitué les pathologies les plus fréquentes, l'âge moyen de nos patients = 49 ans avec des extrêmes de 24 et 74ans, le sexe ratio H/F=57/39, soit 1,46

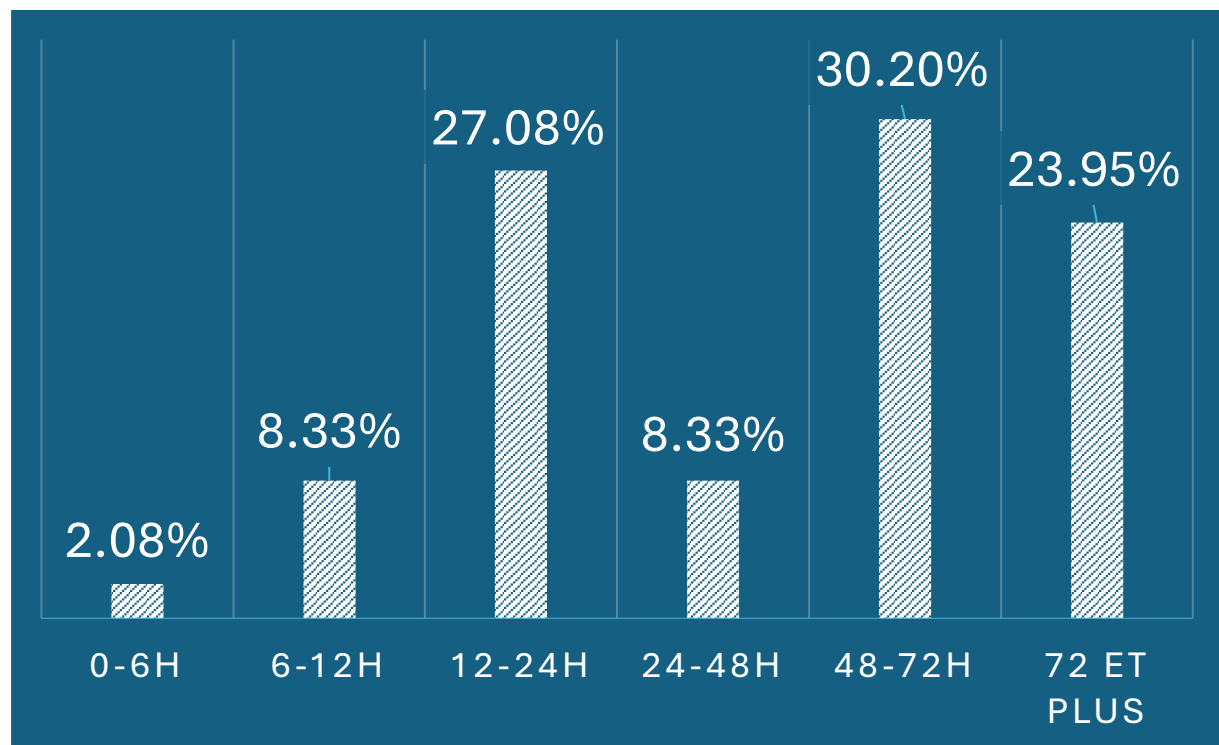


Figure 1 : Délai d'admission avec un délai moyen =2,7jours

N=96

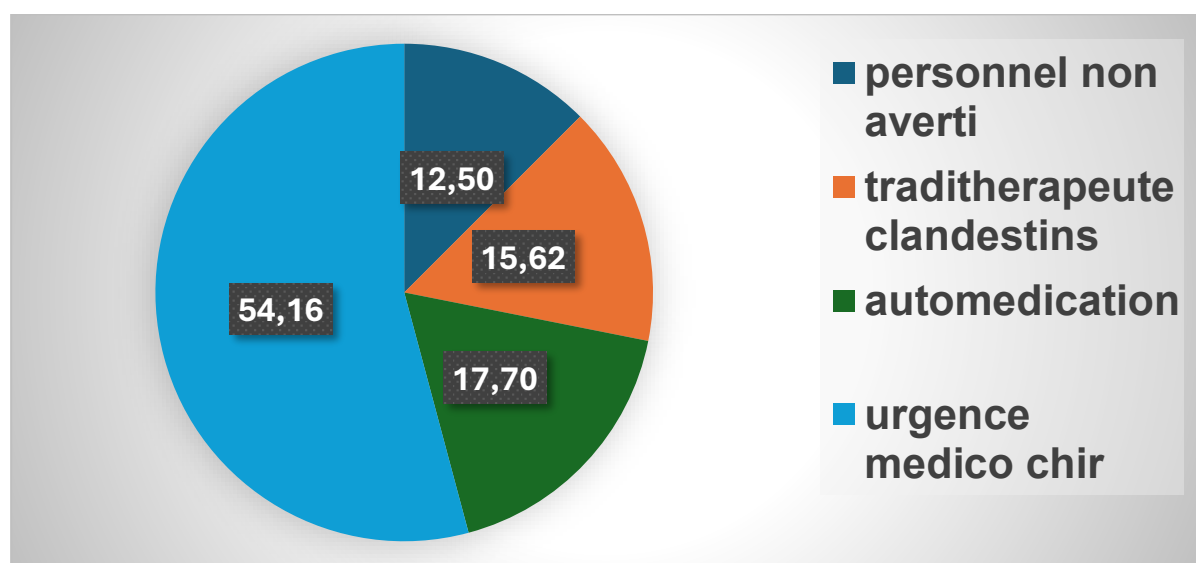


Figure 2 : Fréquences des consultations

TABLEAU 1 : Nombre des cas selon le geste

GESTES	NOMBRE DES CAS	FREQUENCES
Colectomies idéales avec rétablissement de la continuité digestive	22	22,916
Colectomie RCD		
A-avec colostomie latérale	14	14,583
B- avec iléostomie latérale	10	10,4166
COLECTOMIE SANS, RCD		
a-intervention Hartmann	34	35,41
b-Bouilly Volkman	9	9,375
DERRIVATIONS SIMPLES		
a-colostomies latérale	1	1,041
b-iléostomie latérale	1	1,041
SUTTURES SIMPLES DE LA PERFORATION +DRAINAGE		
	2	2,0833
Laparotomie blanche	3	3,125
TOTAL	96	100

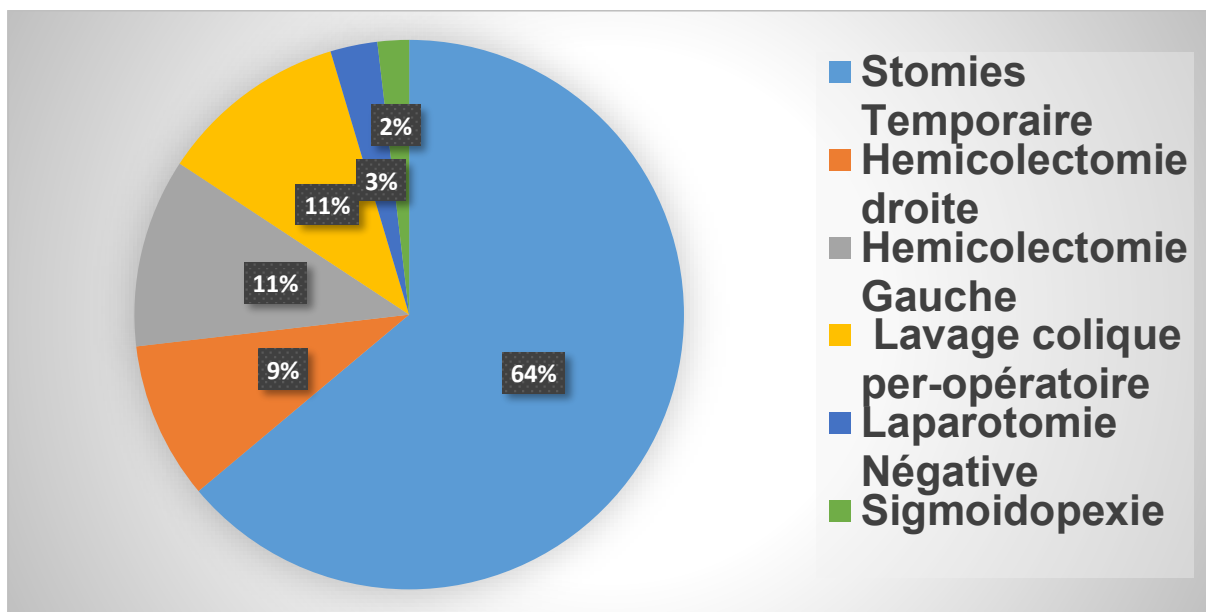


Figure 3 : Fréquences des gestes selon les cas

Tableau 2 : les complications peropératoires et post opératoires

COMPLICATIONS	NOMBRE DES CAS	FREQUENCES
ABCES DE LA PAROI	14	14,58
HEMATOME	4	4,16
HEMORRAGIE	2	2,08
FISTULE ANASTOMOTIQUE	4	3,12
ILEUS POSTOPERATOIRE	17	17,70
EMBOLIE PULMONAIRE	2	2,08
LESIONS ORGANE	1	1,04
TOTAL	44	100

INDEX DE RISQUE : LE SCORE D'ASA

Les patients ont été classés suivant les catégories.

0 patients avaient un score ASA1

2 patients soit 2,08% avaient un score ASA2

8 patients soit 8,33% avaient un score ASA3

26 patients soit 27,08% avaient un score ASA4

60 patients soit, 62,50% avaient un score ASA5

TABLEAU 3 : Résultats de notre expérience de chirurgie colique en urgence

PATHOLOGIES	NC	CPI	CI	CT	D
OCCLUSIONS COLIQUES	38	20	12	6	6
PLAIES COLIQUES	26	16	8	2	3
PERITONITES D'ORIGINES COLIQUE	29	14	12	3	8
MUCOCEL APPENDICULAIRE	2	2	-	-	0
MALADIE DE CROHNN	1	-	1	-	1
TOTAL	96	54,16	33,37	11,45	18,75

Les données sont exprimées en %, **NC**=nombre des cas, **CPI**=cicatrisation de première intention, **CI**=complications immédiates, **CT**=complications tardives, **D**=décès

LES FACTEURS DE MORBI MORTALITES DE NOTRE CHIRURGIE COLIQUE EN URGENCE

COMPLICATIONS = 45,83%

REPRISES = 14,80 %

STOMIES = 63,88 %

RETARD DE PRISE EN CHARGE = 29%

DUREE MOYENNE de Séjours : 10 jours, Ext : 0 à 28 jours

L'AGE sup ou égale à 50 ans = 64,58%

Tableau 4 : Fréquence des décès en fonction des pathologies

PATHOLOGIES	Nombre des cas	FREQUENCES
Péritonites postopératoires	7	38,88
Maladie Crohn	1	5,55
Volvulus du colon sigmoïde	6	33,33
Plaies par Arme à feu	3	16,66
Péritonites Asthéniques	1	5,55
TOTAL	18	100

Discussion :

La chirurgie colique en urgence a constitué une part non négligeable des activités du service des urgences de notre établissement dont la prise en charge hospitalière pose encore des problèmes, multifactoriels.

Du premier sept 2019 au 31 sept 2022, le service des urgences DU CENTRE MEDICOCHIRURGICAL Interarmées BQG a reçu en urgence, 96 patients pour pathologie colique en urgence, soit 7,07% de la totalité des activités des urgences abdominales chirurgicales.

Parmi ces 96 patients aucun n'avait une souscription à une caisse d'assurance maladie. Pendant la période de l'étude 45,83% de ces patients ont été reçu en seconde mains après un transit, chez un tradithérapeute ou, chez un personnel mal averti ou encore mieux a fait usage d'une automédication.

L'âge moyen de nos patients était de 49 ans, des extrêmes allant de 24-74 ans avec une prédominance masculine, pour sexe ratio H/F=1,46.

De nos résultats il ressort que 64, 58% patients avaient un âge sup ou égale à 50 ans, donc présentaient un risque de comorbidité postopératoire non négligeable pour la chirurgie colique en urgence [1].

Les données de la littérature s'accordent sur l'augmentation de la morbi-mortalité post opératoire chez les sujets âgés.

Le score de risque opératoire établi par l'association française de chirurgie, pour la chirurgie colorectale identifie l'âge plus de 70 ans ainsi que la présence des comorbidités comme deux de 4 facteurs de risques préopératoire à prendre en compte dans l'évaluation du risque opératoire [2].

Dans une étude, rétrospective de l'association Française de chirurgie colorectale, chez 1049 patients ALVES et al. , ont identifier 4 facteurs de risques de mortalité post opératoire, dont entre autres l'âge sup supérieur à 70 ans était un des facteurs de risque indépendant, ces données ont été confirmés en France par Panis et al sur les données du PMSI et Royaume unis par Tekkis et al. [3].

Malgré que les techniques chirurgicales utilisées chez les sujets âgés ne diffèrent pas à celles utilisées chez les sujets jeunes ; le constat de morbidité au niveau de ces deux tranches d'âges n'est pas le même.

Suite à l'interrogatoire 54,16% patients ont été initialement reçu aux urgences sans traitement préalable 45,82% patients ont été reçu en seconde main notamment ; 15,62% ont consulté les tradithérapeutes ; 17,70% ont fait usage a une automédication ; 12,50% ont transité chez un personnel non averti.

Ces facteurs ont fortement influencé le délai d'admission des patients et l'attitude classique, d'explorer les plaies abdominales dans un délai de moins de 6heures [5].

Dans notre série il y a eu un retard de la prise en charge et nous avons estimé que ce retard est largement imputable au délai d'admission. 54,15% des patients ont été admis après la 48eme heure avec un délai moyen égale à 2,7jours.

IBRAHIMA GAYE et al., dans leur série de prise en charge péri opératoire des Urgences abdominales chirurgicales, ont trouvé un délai moyen de consultation de 4,6j (prise en charge péri opératoire, des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte au trébuché Aristide Dantec [7].

Pendant les trois années d'études ; la chirurgie colique en urgence la plus fréquente a été celle du volvulus du colon sigmoïde soit 31,25%, puis les plaies coliques et les péritonites.

Nos résultats discutent ceux obtenu par MARC Leclerc du SABLON et al, publiés le 1/02/1991 qui ont trouvé que le volvulus du colon sigmoïde est plus fréquent en Afrique de L'EST, comme le Kenya, la Tanzanie LETHIOPIE le ROUANDA.et dans les régions d'altitude élevée [8].

La plupart de nos patients avaient un régime alimentaire a base des céréales réparties en trois principaux repas. L antécédents commun de tous les patients était la constipation chronique. A l'exception de six patients tous les autres patients admis pour volvulus du sigmoïde avaient un colon remanié.

Les péritonites, ont représentés 30,20% de la totalité de notre chirurgie colique en urgence, toutes méso coliques post opératoire dont 18,75% post-appendicectomie et 11,45% par perforation colique.

Nous n'avons pas pu évaluer la spécificité des critères de gravité des péritonites, mais nous avons estimé que : la Co morbi-mortalité élevée des péritonites dans notre série, serait potentiellement du au retard de la prise en charge initiale associé au sepsis et à la défaillance des organes [9].

Selon le geste, nous avons réalisé notre chirurgie colique par la voie ouverte et les anastomoses coliques ont toutes été manuelles. Le geste chirurgical dépend de l'état general du patient, de l'état de l'anse volvulée, de l'expérience du chirurgien et du plateau technique. La colostomie idéale et la colostomie avec un rétablissement secondaire de la continuité digestive sont des attitudes thérapeutiques les mieux adaptées dans pays [10].

Au total les stomies temporaires ont représenté 64% de nos gestes, les héli colectomie droite 9%, les héli colectomie gauche 11% tandis que le lavage colique per opératoire 11%, la laparotomie négative 3% et la Sigmoidopexie 2% [7].

Selon certains auteurs la sigmoïdectomie idéale en un temps est recommandée chez les patients sélectionnés, notamment les sujets jeunes sans nécrose intestinale sévère avec des résultats post opératoires favorables, une mortalité faible et bonne récupération.

Une étude rétrospective couvrant cinq ans (2020-2024) portant sur 27 cas de colectomies réalisée à l'hôpital général de référence de Niamey, rapporte que la colectomie est indiquée pour plusieurs pathologies coliques dont le volvulus du colon pelvien et les cancers du côlon. Le sexe masculin prédomine, l'âge moyen est de 50,74ans. Laparotomie a concerné 70,4% dont l'héli colectomie droite est la plus réalisée suivit de la sigmoïdectomie. [11].

La colectomie idéale dépend du contexte clinique : urgence ou planification les stratégies chirurgicales en deux temps peuvent êtres préférés en cas d'urgences.

Une étude rétrospective de l'hôpital principal de Dakar en 2008-2014 sur la prise en charge chirurgicale du cancer colorectale en situation d'occlusion incluant 37patients comparant différentes stratégies notamment la colectomie d'urgence versus la colostomie première

suivie de résection tumorale secondaire et conclut que les deux temps sont plus sûrs dans la tumeur du colon [12].

Les autres patients de la série ont bénéficié d'une chirurgie colique soit en deux ou trois temps soit avec colostomie ou une iléostomie de protection.

Trois patients aux antécédents de colopathie fonctionnelle ont bénéficié d'une laparotomie blanche par erreur diagnostic.

Parmi nos gestes simultanés l'opération de HARTMANN nous a permis de traiter les occlusions coliques et les pathologies associées responsables de l'urgence.

La stomie en anse a été réalisée chez 63,88 % patients jugés à haut risque chirurgical, dont l'objectif était soit pour lever l'obstacle ou de protéger l'anastomose et empêcher la fuite anastomotique.

Le lavage colique peropératoire, a été réalisé dans 11% des cas malgré que cette pratique allonge la durée de l'opération et alourdie la morbi-mortalité elle a été associée à la résection et à l'anastomose. Cette pratique chirurgicale a un intérêt particulier pour l'alternative à l'opération de Hartmann [13].

Pour la prise en charge des plaies coliques nous nous sommes efforcés de respecter le principe : laparotomie exploratrice, le drainage et la colostomie systématique [14].

Selon nos résultats 26 patients soit 27,08% avaient un score ASA4 et 62,50 % de nos patients ont été classés de ASA5. A l'exception de trois patients aux antécédents de colopathie fonctionnelle aucun n'a bénéficié d'une préparation colique car ils étaient dans les situations urgentes avec un risque vital et fonctionnel. Dans notre série 45,83 % de nos patients ont eu des complications dont 7,58% en per opératoire et 38,24% en post opératoire, la mortalité globale a été strictement post- opératoire soit 18,75%.

Conclusion

Notre chirurgie colique en urgence a constitué à la réalisation d'un ensemble des gestes de sauvetages chez des patients vus pour la plupart au stade des complications redoutables dont le tableau clinique était caractérisé par un polymorphisme et une multiplicité d'étiologies.

Dans la majorité des cas, il y a eu un retard dans la prise en charge pré hospitalière et hospitalière, de nombreuses difficultés multifactorielles ont largement impactés la trajectoire de la prise en charge, nos gestes et les suites opératoires ont été soldé par une morbi-mortalité non négligeables.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication. Aucun intérêt financier, personnel ou professionnel n'a influencé, de manière directe ou indirecte, la conduite, l'analyse ou la présentation des résultats de ce travail.

REFERENCES

1. Dr. Gabriele Barabino et Col, 05 Décembre 2024 : la chirurgie colique en urgence, the team of the Centre de Chirurgie Viscérale et Digestive at Clinique du Parc, Saint-Priest-en-Jarez- [https://www.chirurgie-viscerale-saint-etienne.com/colon-rectum/chirurgie colique -urgence](https://www.chirurgie-viscerale-saint-etienne.com/colon-rectum/chirurgie_colique_urgence) :
2. G. Lebreton, A. Fatome et col ;20/03/08 : la prise en charge des colites aiguës graves : Doi : JCHIRO-09-2003-140-4-0021-7697-101019-ART03.
3. FMC-HGE ; Colite aigue grave : diagnostic et prise en charge [https : //www.fmcgastro.org](https://www.fmcgastro.org)) article résumé en2019-2024.
4. JL KambireJL.,oueddraogoS., Ouédraogo et col 2020-05-31 : resultats de la prise en 4charge des ugements chirurgicales coliques au centre hospitalier universitaire de ouahigouya,bourkina fasso) url :<https://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n15p173>.
<https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n15p173>
5. I. Faure, j. Chapuis, j. Breau, c. Kernaleguen et col ,2014 : ugements et maladies inflammatoire chroniques de l'intestin. <https://www.sfm.u.org>.<https://portail.sante.gov.gn> uploadas ,2023/07pds : guide d'interventions en medecine d'urgence.
6. A. Togo, L. Kanté, I. Diakité, B. T. Dembelé et Col. 15 Février 2014 Volvulus du sigmoide sans nécrose : colectomie Ideale ou resection anastomose en deux temps.
<https://doi.org/10.1007/s12157-014-0517-4>
7. IBRAHIMA GAYE ET Al/ou encore PAN AFR Med j. 2016 ;24 : 190.Published online 2016 juill. French. /DOI :1011604/pamj2016.24.190.9929
8. DU SABLON MARC LECLEREC Février .1991.91.12 Diagnostic a l imagerie des occlusions par volvulus du colon Sigmoidé Développement et santé -<https://www.mcours.net>
9. Sigismond LASOCKI et al.2018. Péritonites : les premières heures, journées d urgences vitales- <https://sfar.org>

10. A. Togo, L. KANTE , G. DIALLO et Col : 15 Fevrier 2014 volume8 , volvulus du sigmoïde sans nécrose :colectomie idéale ou Résection anastomose en deux temps .journal Panafricain d hépato gastro entérologie 8(2) :61-65 DOI :10 .1007/s12157 .014-).
<https://doi.org/10.1007/s12157-014-0517-4>
11. Zabeirou, A., Tounga, Y. B., Saidou, A., Kaki, I., Zanguina, L. A., Hamma, Y., Lassey, J. D., & Sani, R. (2025). Colectomie, indications et résultats à l'hôpital général de référence de Niamey. *European Scientific Journal (ESJ)*, 39, 356.
<https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/19264>
12. Diémé Eugène Gp Amaye, Tine Marie Monique Codou, Sall Ibrahima, Ndiaye René, Diouf Madior, Fall Oumar, Sow Allamasso, Ogougbémy Modeste 2019;34(1):40-47. : Management Of Obstructive Colorectal Cancer In Hospital Principal Of Dakar: A Report Of 37 Cases :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35897257/>
13. Meyer C, Rohr S, Iderne A, Tiberio G, Bourtoul C. Intérêt du lavage colique per-opératoire dans la chirurgie colique d'urgence. À propos de 54 patients. *Journal de chirurgie*. 1997 Décembre ;134(7-8):271-4.
14. Peycru T, Avaro JP, Biance N, Tardat E, Balandraud P. Prise en charge actuelle des plaies coliques par arme blanche : applications en milieu tropical. *Médecine Tropicale*. 2006;66(3):302-305.