

# Conduite à tenir devant un cancer du côlon gauche en occlusion

**G. LE ROUX**  
**DESC de Chirurgie Viscérale**

**Département de Chirurgie Viscérale,  
Rennes**

# INTRODUCTION

## **Occlusions coliques par cancer :**

- 50% côlon gauche
  - 5% côlon descendant
  - 45% sigmoïde
- 4 à 7% de localisations synchrones

## **L'attitude thérapeutique sera fonction :**

- Age, grade ASA
- Éléments cliniques et paracliniques
- Sièges de la tumeur et degré d'évolution
- Aspect du côlon sus-jacent
- Localisation(s) synchrone(s)

# TRAITEMENT

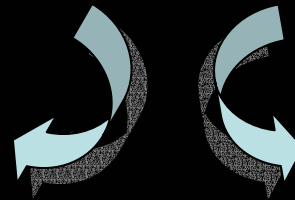
## Buts :

- Lever l'obstacle
- Traiter l'étiologie
- Morbidité et mortalité faibles
- Durée d'hospitalisation réduite

Deux grandes stratégies  
chirurgicales

Temps unique

Résection  
puis  
anastomose



Temps multiples

Trois temps  
ou  
Deux temps

# CHIRURGIE EN TROIS TEMPS

## Avantages :

- Colostomie de dérivation = geste simple
- Voie élective possible
- Permet une chirurgie programmée

## Inconvénients : *(nombreux)*

- Colostomie *(appareillage, morbidité et mortalité propres)*
- Morbidité et mortalité cumulatives
- Durée d'hospitalisation importante *(33 jours. Wolff)*
- Phases suivantes pas toujours réalisées
- Pronostic carcinologique à long terme *(Fielding)*

# CHIRURGIE EN DEUX TEMPS

## « Colectomie sans anastomose ou Hartmann »

*préférable à la colectomie segmentaire protégée ou à l'intervention de Bouilly-Volkman (mortalité de 23,8% et 31,8% selon Alves Pereira)*

### Avantages :

- Mortalité acceptable (10,3%. *Guivarc'h*)
- Perforation tumorale

### Inconvénients :

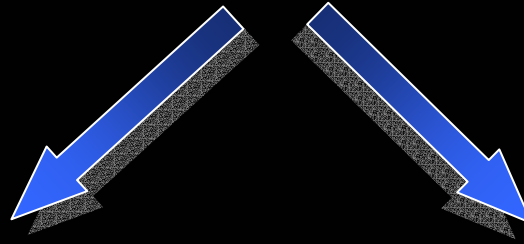
- Complications liées à la stomie (11%. *Allen-Mersh*)
- Taux de rétablissement de 70% (*Arnaud*)
- Durée d'hospitalisation de 20 à 35 jours
- Deuxième temps opératoire long et fastidieux

### A part :

*« Lavage colique peropératoire avec résection-anastomose protégée par une iléostomie latérale »*

# CHIRURGIE EN UN TEMPS

Deux tactiques



Lavage colique  
peropératoire

-

Résection  
segmentaire-  
anastomose

Colectomie  
subtotale/totale

-

Anastomose

Chirurgie « idéale » ?

Sélection des malades++

# FISTULE DIGESTIVE :

## Cause majeure de mortalité dans les résections-anastomoses immédiates

### Facteurs étiologiques :

- Volume fécal +++ (*Parc, Foster, Smith*)
- Malfaçons techniques
- Sepsis péritonéal
- Etat nutritionnel (*Irvin, Daly*)
- Pertes sanguines peropératoires (*Whitaker*)
- Age
- Nature de la lésion initiale = non (*Parc, Goligher*)
- Niveau de l'anastomose

# LAVAGE COLIQUÉ PEROPERATOIRE

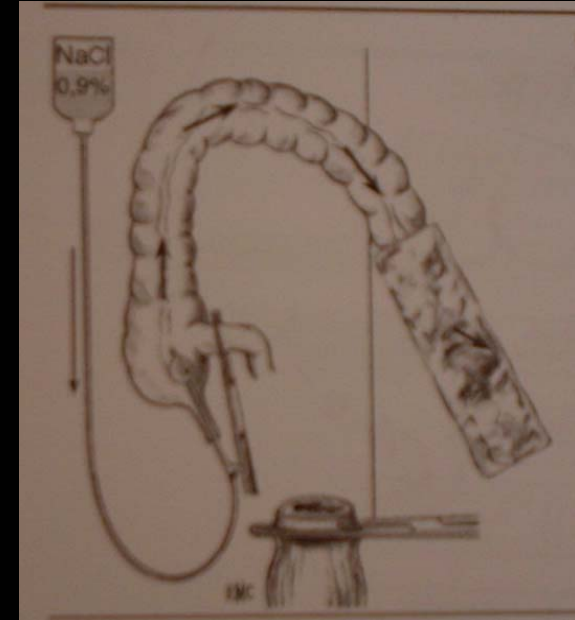
« Muir en 1967 : lavage rétrograde / Dudley en 1980 : lavage antérograde »

## Avantages :

- Un seul temps opératoire
- Fuites anastomotiques faibles
- Mortalité acceptable
- Durée d'hospitalisation ( 13-18j )
- Tolérance fonctionnelle

## Inconvénients :

- Expérience de l'opérateur
- Allonge le temps opératoire ( 30 à 40' selon Arnaud)
- Patients ASA 3 et 4, tumeur inextirpable
- Localisation(s) synchrone(s) **MAIS** palpation meilleure
- Lésions préperforatives ou perforatives, ischémiques



# Colectomie segmentaire avec anastomose immédiate et préparation colique peropératoire lors d'occlusion

<b>Auteurs</b>	<b>Année</b>	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage de fuite anastomotique</b>	<b>Pourcentage de mortalité</b>
<b>Forloni</b>	<b>1998</b>	<b>61</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Pollock</b>	<b>1987</b>	<b>41</b>	<b>10</b>	<b>17</b>
<b>Stewart</b>	<b>1993</b>	<b>63</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>Foster</b>	<b>1986</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>14</b>
<b>SCOTIA group</b>	<b>1995</b>	<b>44</b>	<b>5</b>	<b>11</b>
<b>Ambrosetti</b>	<b>1999</b>	<b>47</b>	<b>9</b>	<b>11</b>
<b>Total</b>		<b>271</b>	<b>7</b>	<b>10</b>

# LA COLECTOMIE SUBTOTALE / TOTALE

## Avantages :

- Exérèse d'un côlon pathologique
- Localisations tumorales multiples
- Mortalité de 6,6% (*Arnaud.1999*)
- Morbidité de 10 % (*Arnaud. 1999*)
- Durée d'hospitalisation (*16j Arnaud*)



## Inconvénients :

- Geste lourd (ASA 3 et 4)
- Risque rupture colique per-op, libération de l'angle gauche
- Pertes hydroélectrolytiques ++ en post-op
- Conséquences fonctionnelles (*3 selles/j après CT et 2 après CST*)

# ETUDE COMPARATIVE

1995 : Etude multicentrique prospective randomisée ( *SCOTIA study group* )

91 patients

« CST vs lavage colique peropératoire puis résection-anastomose »

► **Pas de différence significative** ◀

( *entre mortalité, morbidité, fistule anastomotique et durée d'hospitalisation* )

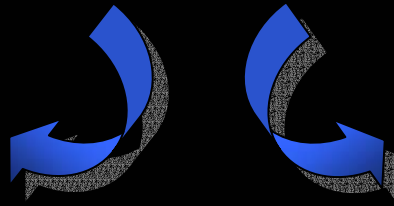
- Mortalité post-op de 7%
- Fistule anastomotique :
  - 9% chez les CST
  - 5% après lavage

# La prothèse métallique auto-expansible



-

- Triple équipe
- Difficultés techniques
- Perforation, migration, hémorragie
- Peu d'études



+

- Gestion de l'occlusion en aigu
- Réanimation du patient
- Bilan de la maladie
- Préparation colique

Pour quels malades?

# CONCLUSION

## CANCER DU COLON GAUCHE EN OCCLUSION

TERRAIN +

TERRAIN-

Inopérable  
Non résecable

Exploration chirurgicale

Stomie

Côlon d'amont  
*Non viable*

Côlon d'amont  
*viable*

Réévaluation

CST ou CT

Lavage colique  
peropératoire

Chirurgie  
complémentaire

Stomie  
définitive

Stent?

ANASTOMOSE

ANASTOMOSE  
+/- protégée

Coloscopie dans  
Les 3 mois

