

# **Facteurs prédictifs d'indication opératoire des colites ischémiques après chirurgie de l'aorte sous rénale**



Article DESC de chirurgie viscérale et digestive

Dr S Darras

Poitiers – 3 juin 2010



# INTRODUCTION

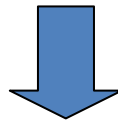
# Physiopathologie des colites ischémiques postopératoires (CIPO)

- **2 zones de fragilité anastomotique:**

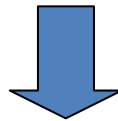
Griffiths et Südeck

*Griffiths. Ann R Coll Surg Engl 1956*

- **Troubles hémodynamiques**



Hypoxie tissulaire colique



SDMV\*

*Cabié et al, Cytokine 1993*

\*syndrome de défaillance multiviscérale

# Problématique

- Incidence
- Diagnostic
- Gravité

## But de l'étude

identifier les facteurs prédictifs de colite sévère consécutive à la chirurgie de l'aorte sous rénale

# PATIENTS ET METHODE

# Définition de l'étude

- **Entre 1998 et 2004**
- **Rétrospective monocentrique** (services de chirurgie viscérale et vasculaire CHU Nantes)
- **Patients opérés de l'aorte abdominale** (fistule aortodigestive exclue)
- **Recueil des données** démographiques, per et périopératoires à partir des dossiers d'hospitalisation

# Constitution de 2 groupes parmi les cas de CIPO en fonction de la sévérité

- **Sévère:** traitement chirurgical, décès périopératoire ou développement d'une sténose colique opérée à distance
- **Modérée:** guérison sans séquelle sans avoir recours à la chirurgie

# Classifications- Définitions

- Classification endoscopique de Favier

- stade I : pétéchies
- stade II : pétéchies +/- ulcérations superficielles
- stade III : ulcérations nécrotiques + aspects polypoides

- Définitions

- Instabilité hémodynamique: hypotension  $\leq 90$  mmHg
- Sepsis: température  $< 36$  ° C ou  $> 38,5$  ° C  $\pm$  leucocytose  $> 10$  G/L ou  $< 4$  G/L
- Insuffisance circulatoire périphérique: marbrures et TRC  $< 3$  secondes

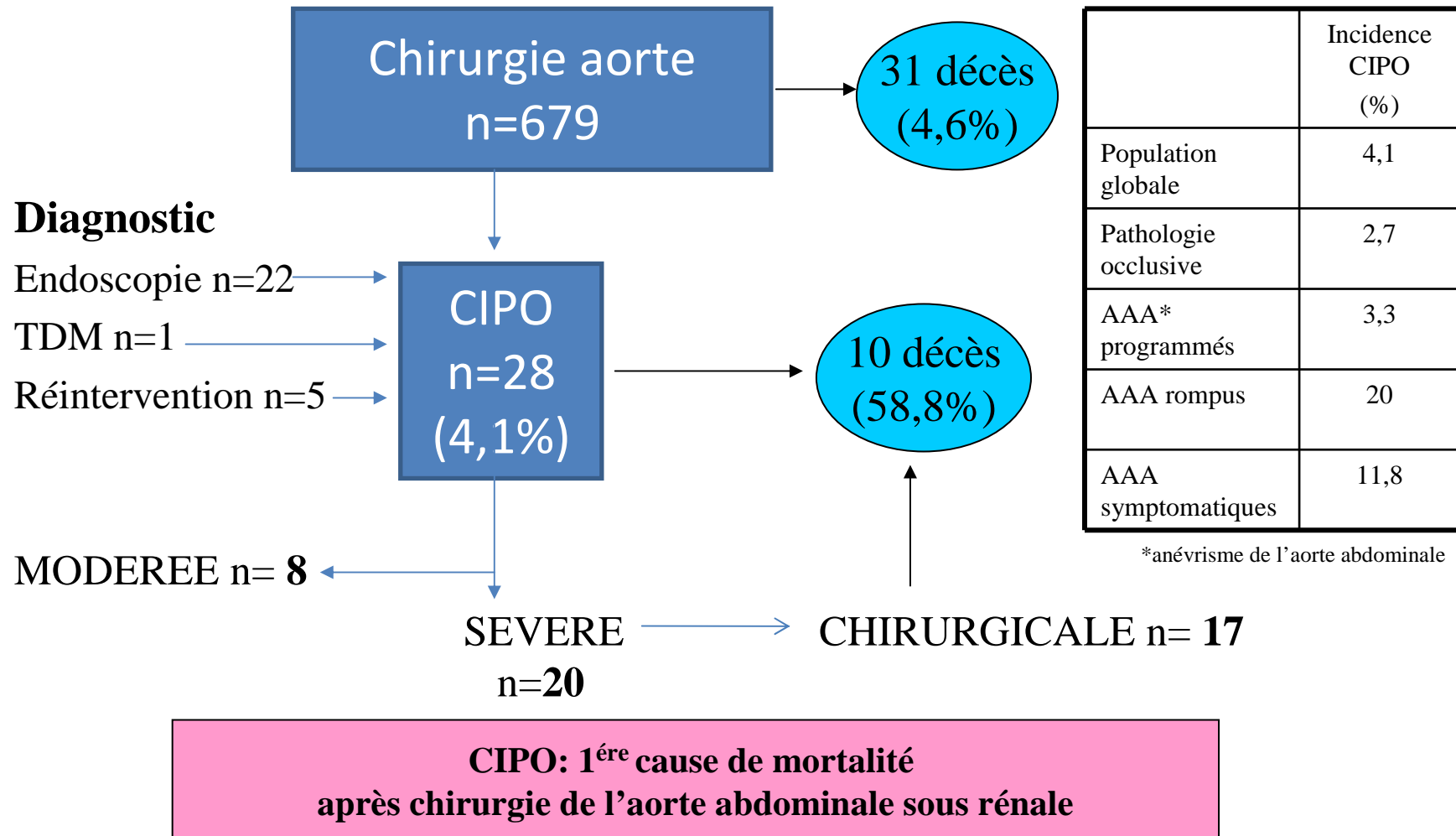
*Favier et al, End Dig 1976*

*Björck et al, Eur J Vasc Endovasc Surg 1996*

*Van Damme H et al, Acta Chir Belg 2000*

# RESULTATS

# Épidémiologie



# Symptomatologie

## Signes cliniques < 48 H postopératoires

Instabilité hémodynamique (43%)

ET/OU

Selles précoces (43%)

Délai moyen d'évolution CIPO stade II endoscopique à stade III

1,8 jours  $\pm$  2,2 jours

100 % d'atteinte colique gauche au minimum

# Traitement chirurgical des CIPO

	<i>Patients opérés</i> ( <i>n=17</i> )		<i>Patients décédés</i> ( <i>n=10</i> )	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Résection colique sans rétablissement</b>				
Hartmann	6	(35)	3	(30)
Iléostomie puis Hartmann	1	(6)	0	(0)
Colectomie (sub)totale + iléostomie	3	(18)	2	(20)
<b>Pas de résection colique</b>				
colostomie simple	2	(12)	1	(10)
laparotomie exploratrice	5	(29)	4	(40)



Taux de mortalité: 58,8%

# Facteurs prédictifs (1) variables qualitatives

	<i>Valeur de p*</i>
Instabilité hémodynamique versus sepsis	0,0357
Utilisation postopératoire de vasopresseurs	0,0377
Insuffisance circulatoire périphérique	0,0329
pH à J1 < 7,35	0,0261
Diagnostic en USI ou peropératoire	0,0095
Stade endoscopique II avec DMV ou III	0,0084

\*Test de Fisher

—————> Instabilité hémodynamique postopératoire

# Facteurs prédictifs (2) variables quantitatives

	<i>CIPO modérée</i>	<i>CIPO sévère</i>	<i>p</i>
Délai apparition symptômes digestifs (j)	3,5 ( $\pm$ 2,6)	1,8 ( $\pm$ 1,6)	< 0,05
pH J1	7,43 ( $\pm$ 0,06)	7,34 ( $\pm$ 0,09)	< 0,05
Réserve alcaline J1	24,1 ( $\pm$ 4,1)	20,5 ( $\pm$ 4,1)	< 0,05
Délai diagnostique CIPO (j)	6,9 ( $\pm$ 5,1)	4,1 ( $\pm$ 4,9)	NS
Étendue lésions endoscopiques (cm)	13 ( $\pm$ 8)	26 ( $\pm$ 15)	NS

—————> Acidose métabolique à J1  
Symptômes digestifs < 48 H

# DISCUSSION

# I. Quand évoquer une CIPO?

Pathologie rare...mais 1<sup>ère</sup> cause de mortalité après chirurgie aortique

I = 1,2% à 4,6%

*Jarvinen et al, World J Surg 1999*  
*Farkas. AFC 1996*

I = **4,1%** dans notre série

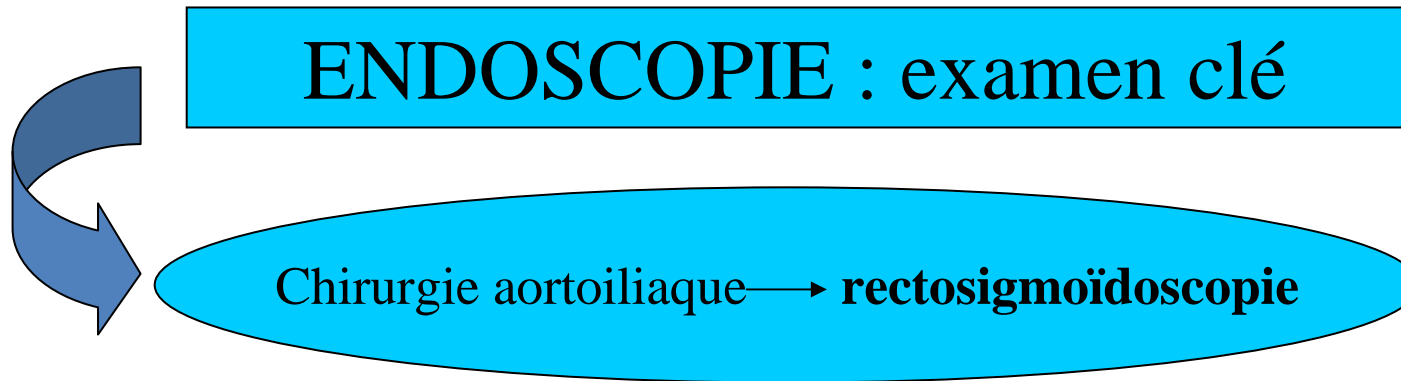


AAA rompu + choc préopératoire

*Björck et al, Eur J Vasc Endovasc Surg 1997*

Symptomatologie < 48 heures : selles / instabilité hémodynamique

## II. Qui opérer?



*Björck et al, EJV 1997*

### – Biologie

- Non spécifiques : hyperleucocytose, acidose lactique...  
augmentation ALAT, phosphorémie, urémie *Farkas et al, J Cardiovasc Surg 1992*
- **Spécifique** : **d-lactate** (non dosé en routine) *Poeze et al, Br J Surg 1998*

### – Imagerie

- **TDM** : CIPO transmurale / diagnostic différentiel
- Lavement ? Échographie ?

# III. Quand opérer?

## ENDOSCOPIE : examen clé

### *CIPO sévères*

- *Stade II / DMV ou III*
- *Doute diagnostic : intérêt des facteurs pronostiques*
  - **Instabilité hémodynamique**
  - **Acidose métabolique J1**
  - **Transit < 48h**
- *Contracture / Choc / Perforation*

***Indication opératoire en urgence***

### *CIPO modérées*

- *Stade I*
- *Stade II sans DMV*

Traitement médical

SURVEILLANCE

endoscopie / 24 H (stade II)

*Brandt et al, Gastroenterol 2000*

# IV. Quelle intervention?

- Au niveau colique
  - **Résection « maximale »** : aucune valeur de l'aspect extérieur du côlon
    - Endoscopie pré ou peropératoire
    - Palpation de l'arcade bordante
    - Hémorragie pulsatile de la tranche de section
  - **Sans rétablissement de continuité initial**
- ± gestes associés
  - Cholécystectomie** systématique? *Jordi-Galais et al, Gastroenterol Clin Biol 2002*
- Pas de « second look » ≠ grêle
- Revascularisation artérielle en urgence?

# V. Quels résultats?

Les CIPO sont des complications graves de la chirurgie aortoiliaque

⇒ *Mortalité élevée des CIPO chirurgicales*

43% à 67% *Björck et al, EJVES 1996*

*Dahan et al, Ann Chir 1991*

58,8% (notre série) par SDM

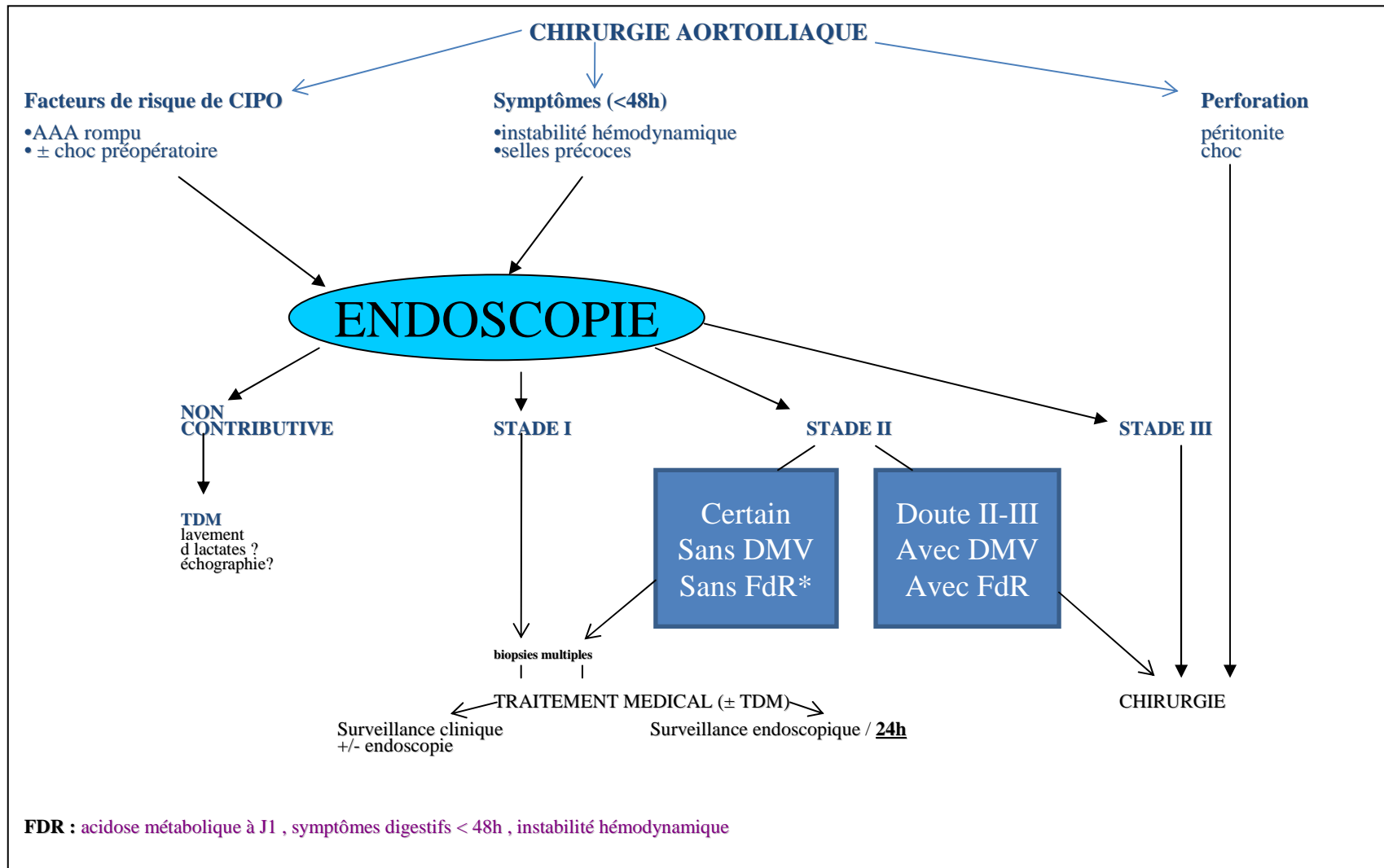
⇒ *Gravité malgré intervention optimale*

53,5 % de décès après résection *Ménégaux et al, Arch Surg 2006*

50% de décès après Hartmann (notre série)

Pathologie rare...mais grave

# Algorithme décisionnel



# Prognosis factors of ischemic colitis after aortic surgery

S DARRAS & al, *Annals of Vascular Surgery* 2010 [in press]



IF:1.262