


# Colite ischémique après chirurgie cardio-vasculaire

## A propos de 30 cas chirurgicaux



S Darras (Nantes)

DESC/SCVO  
Tours Juin 2006



# But de l'étude

- Quand évoquer le diagnostic de colite ischémique dans un contexte postopératoire en USI?
- Quels examens complémentaires à visée diagnostique et pronostique?
- Quand opérer et quel type d'intervention réaliser?



# Matériel et méthode

- Étude rétrospective monocentrique
- 30 patients opérés d'une colite ischémique sur 8 ans (1998-2005)
- Incidence: 3 % après chirurgie aortoiliaque  
0,16 % après chirurgie cardiaque
- Fiche clinique avec suivi évolutif (31-12-2005)
- Analyse descriptive



# Résultats (1)

- 25 hommes / 5 femmes
- Age moyen: 69,9 ans (50-83 ans)

- Type d'intervention initiale

Chirurgie vasculaire 22

AOMI 3

AAA à froid 9 (dont 1 endoprothèse)

AAA en urgence 8

Chirurgie cardiaque 8

RV 4

PAC +/-RVA 4

# Résultats (2)

## Facteurs de risque en chirurgie aortoiliaque (/22)

âge > 80 ans	1
choc préopératoire sur anévrisme rompu	5
insuffisance rénale chronique / HTA	2 / 9
antécédents de chirurgie colique	2
choc prolongé peropératoire	11
durée clampage aortique > 1h	15

AMI réimplantée dans 2 cas d'anévrisme  
1 hypogastrique réimplantée dans 3 cas



# Résultats (3)

## Facteurs de risque en chirurgie cardiaque ( /8 )

≥ 3 problèmes médicaux	7
HTA	7
Tabac	7
NYHA 3-4	5
Insuffisance rénale chronique	3
Réintervention	3
Intervention en urgence	1
RV ou RV+PAC	6



# Résultats (4)

## Symptomatologie

### Signe initial digestif

selles < 2 jours	8
diarrhée sanglante	3
iléus > 4 jours	4
douleur abdominale	6
météorisme	3
hémorragie digestive basse	3
aucun	3

Délai moyen postopératoire: 2,2 jours (0-13;médiane:1jour)



# Résultats (5)

## Symptomatologie

### Signe initial général

instabilité hémodynamique	17
sepsis inexpliqué	7
fièvre	1
oligurie	1
ICP	1
aucun	3

Délai moyen postopératoire : 1,5 j (0-8;médiane:1 jour)



# Résultats (6)

## Fréquence des premiers symptômes

Selles < 2 jours	6	(20%)
Diarrhée sanglante	2	(6,7%)
Oligurie	1	(3,3%)
Sepsis inexpliqué	4	(13,3%)
Instabilité hémodynamique	15	(50%)
Douleur abdominale	2	(6,7%)

Délai moyen entre le premier signe et dg: 2,8 j (0-20; méd:1jour)

# Résultats (7)

## Mode diagnostique

	cas (n)	mortalité 30 j
Rectosigmoïdoscopie	11	5 (45,5%)
Coloscopie	8	5 (62,5%)
Relaparotomie	7	5 (71,5%)
Tomodensitométrie	3	0 (0%)
Intervention initiale	1	1 (100%)

Mortalité après dg endoscopique ou TDM: 10/22 (45,5%)

Mortalité après dg par intervention: 6/8 (75%)

8 biopsies contributives/9



# Résultats (8)

## Stade au moment du diagnostic

Stade	nombre de patients	décès (%)
I	4	3 (75%)
II sans DMV	7	2 (28,5)
II avec DMV	3	2 (67%)
III	16	9 (56%)
Total	30	16 (53%)

Délai moyen d'évolution stade II->III: 4,25 jours (0-22;méd: 1j)

# Résultats (9)

## Stade peropératoire

Stade	nbre de patients	décès
CI non transmurale	3	1 (33%)
I	1	0 (0%)
II sans DMV	2	1 (50%)
II avec DMV	0	0 (0%)
CI transmurale	27	15 (55,5%)
Total	30	16 (53%)

### SDMV

lors chirurgie: 16

persistant en post opératoire:12

apparition secondaire:3

**DECES / SDMV SAUF 1 CAS: choc hémorragique**

# Résultats (10)

## Type d'intervention

	cas (n)	mortalité 30j
Résection colique + stomie	19	9 (47%)
Hartmann	9	5 (55,5%)
colectomie totale + iléo	8	4 (50%)
Stomie de décharge	2	1 (50%)
Résection anastomose	2	1 (50%)
protégée	1	0 (0%)
non protégée	1	1 (100%)
Laparotomie exploratrice	5	5 (100%)

9 rétablissements de continuité ( 75%): 6 mois (2,5-12 mois)



# Résultats (11)

## Localisation des colites ischémiques (/28 cas)

Rectum	11	(39%)
Sigmoïde	18	(64%)
Côlon gauche	14	(50%)
Angle gauche	12	(43%)
Transverse gauche	10	(36%)
Transverse droit	11	(39%)
Angle droit	9	(32%)
Côlon droit	11	(39%)
Grêle	9	(32%)



# Discussion (1)

## Pathologie rare mais grave

- Incidence post chirurgie aortoiliaque

2,8% (41% de décès )

Björck 1996

étude prospective: 4,3% à 7,4%

Ernst 1976

- Incidence post chirurgie cardiaque et CEC

0,2% (12,5 à 60% de décès)

Simic 1999

Christenson 1994

- Facteurs de risque

chirurgie aortoiliaque : réimplantation AMI => pas de rôle  
chirurgie cardiaque et complications gastrointestinales  
=>FDRCV?

# Discussion (2)

## Localisation des CI

Prédominance de localisation  
rectale (64%)  
sigmoïdienne (86%)  
colique gauche (60%)



**COLON GAUCHE**

# Discussion (3)

Quand penser à la colite ischémique ?

Dés que facteurs de risque+++ :

anévrisme rompu

choc périopératoire

Signes cliniques cardinaux:

diarrhée sanglante rare

instabilité hémodyn (16%) selles précoces (52%)

Délai dg moyen postop : 2 jours (0-44) Björck 1996

Y PENSER DE PRINCIPE DANS LES 48 HEURES POSTOPERATOIRES



# Discussion (4)

## Examens complémentaires morphologiques

### **Tomodensitométrie avec injection :**

diagnostic différentiel  
stade III

### **Endoscopie digestive basse et biopsie** :examen clé

stade I :pétéchies

stade II :pétéchies +/- ulcérations superficielles

stade III :ulcérations nécrotiques+aspects polypoïdes

Favier 1976



surveillance endoscopique rapprochée  
(pas de consensus)



# Discussion (5)

## Examens biologiques?

### **Non spécifiques:**

hyperleucocytose, acidose lactique  
...augmentation ALAT, phosphore, urémie

Farkas 1992

### **Spécifique:**

d-lactate (non dosé en routine)

Poeze 1998

Assadian 2005



# Discussion (6)

## Indication opératoire en urgence

Contracture / Choc / Perforation / Doute diagnostique  
Stade II avec DMV / Stade III

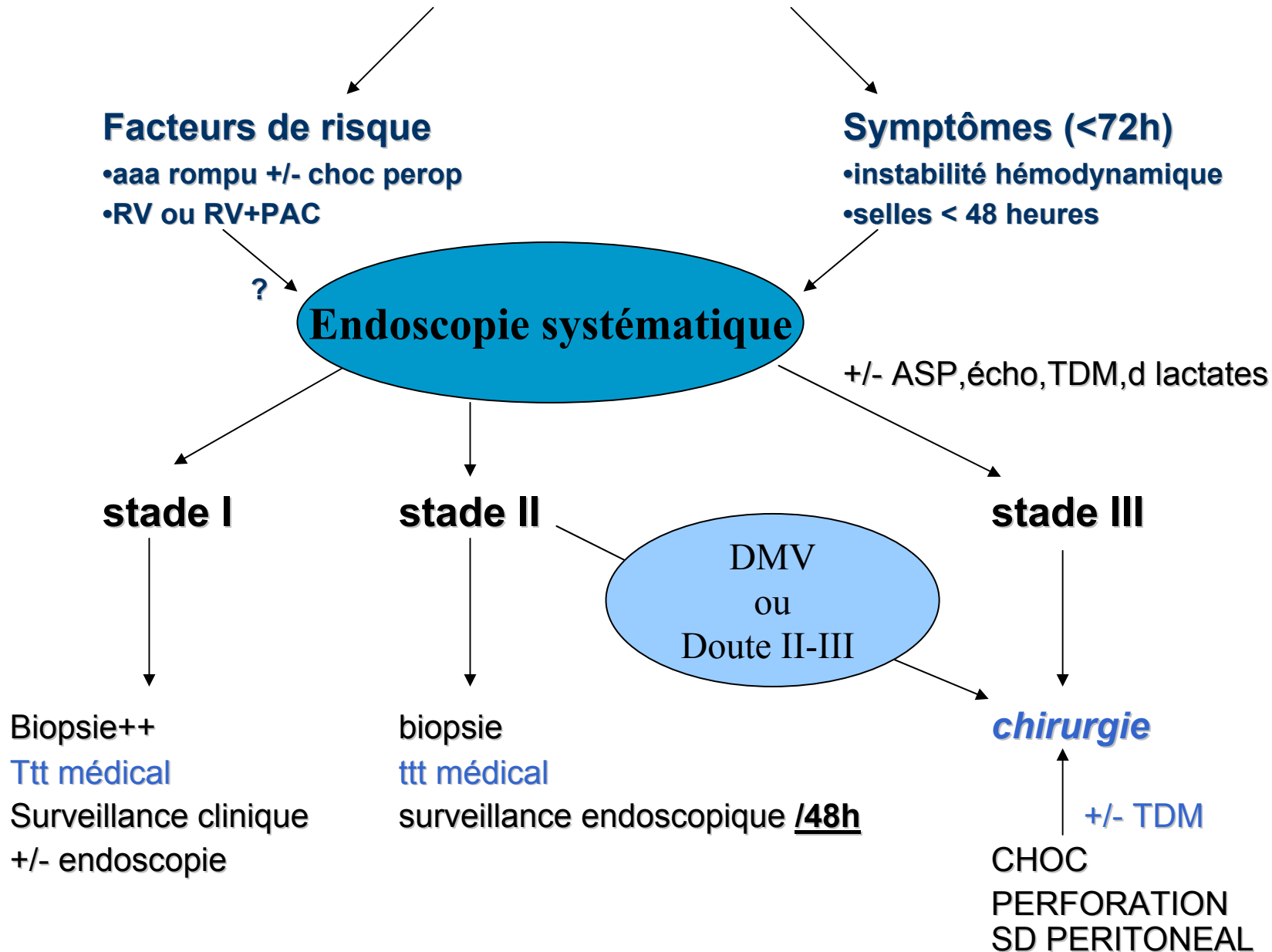
## Type d'intervention

***colectomie sans anastomose*** avec ouverture de la  
pièce ou endoscopie peropératoire (recoupes saines)  
+/- geste associé

Guivarc'h 1997

Jordi-Galais 2002

# Chirurgie cardio-vasculaire





# Bibliographie (1)

- Assadian A, Assadian O, Senekowitsch C et al. Plasma d-lactate as a potential early marker for colon ischaemia after open aortic reconstruction. Eur J Vasc Endovasc Surg 2005 (in press)
- Björck M, Troëng T, Bergqvist D. Risk factors for intestinal ischaemia after aortoiliac surgery: a combined cohort and case-control study of 2824 operations. Eur J Vasc Endovasc Surg 1997;13:513-539.
- Björck M, Bergqvist D, Troëng T. Incidence and clinical presentation of bowel ischaemia after aortoiliac surgery—2930 operations from a population-based registry in Sweden. Eur J Vasc Endovasc Surg 1996;12(2) :139-44.
- Christenson JT, Schmuziger M, Maurice J et al. Postoperative visceral hypotension the common cause for gastrointestinal complications after cardiac surgery. Thorac Cardiovasc Surg 1994;42:152-157.
- Ernst CB, Hagihara PF, Daugherty ME et al. Ischemic colitis incidence following aortic reconstruction: a prospective study. Surgery 1976;80(4):417-21.
- Favier C, Bonneau HP, Reboul F. Le diagnostic endoscopique des colites ischémiques régressives. Endoscopie digestive 1976, 1(1);44-49.



# Bibliographie (2)

- Farkas JC, Myara A, Bienaymé A et al. Biochemical markers of acute colorectal ischemia following aortic surgery, a prospective study. J Cardiovasc Surg 1992; 33:72.
- Guivarc'h M, Rouillet-Audy JC, Mosnier H, Boché O. Colites ischémiques. Une série chirurgicale de 88 cas. J Chir 1997;134 (3):103-108.
- Jordi-Galais P, Menegaux F, Chigot JP, Kieffer E, Bodin L. Colites ischémiques: quels malades opérer? Gastroentérologie clinique & biologique 2002;26,HS1:0399-8320.
- Ott MJ, Buchman TG, Baumgartner WA. Postoperative abdominal complications in cardiopulmonary bypass patients: a case-controlled study. Ann Thorac Surg 1995;59:1210-3.
- Poeze M, Froon AH, Greve JW, Ramsay G. D-lactate as an early marker of intestinal ischaemia after ruptured abdominal aortic aneurysm repair. Br J Surg 1998;85(9):1221-4.
- Simic O, Strathausen S, Hess W, Ostermeyer J. Incidence and prognosis of abdominal complications after cardiopulmonary bypass. Cardiovasc Surg 1999;7(4):419-24.
- Van Damme H, Creemers E, Limet R. Ischaemic colitis following aortoiliac surgery. Acta Chir Belg 2000;100(1):21-27.