




Préparation colique avant chirurgie colorectale:

pour ou contre?



Charvin Marion
DESC SCVO, TOURS juin 2009



Etre pour une préparation
colique préopératoire ou
plutôt ne pas être contre la
Préparation Mécanique
Colique (PMC)

Introduction:

- La morbi-mortalité de la chirurgie colorectale est dominée par les complications infectieuses:
 - Fistules anastomotiques.
 - Abscesses profonds.
 - Abscesses de paroi, éviscération.

- Pendant des années la PMC a été un dogme afin de prévenir ces infections.

Avantages théoriques de la PMC

- Réduire la contamination de la cavité abdominale et de la paroi en cas d'ouverture volontaire ou non du tube digestif.
- Manipulation aisée d'un colon vidé de son contenu.
- Éviter de fragiliser une éventuelle anastomose colique ou colorectale par le passage de selles dures.
- Reprise plus rapide du transit.
- Limiter la contamination péritonéale si désunion.

Différentes solutions de PMC

- Laxatifs osmotiques (PEG)
- Laxatifs stimulants (picophosphate de sodium)
- Laxatifs salins
- Les purgatifs anthracéniques (X prep)

Evolution de la prise en charge

- La préparation mécanique colique est un dogme jusque dans les années 1970.



Réalisation de nombreuses études randomisées et plusieurs méta analyses:

- Pas de diminution des complications infectieuses.
- Augmentation du risque de fistule anastomotique après PEG.
- Translocation bactérienne accrue due au PEG.
- Mauvaise tolérance des patients.

Metaanalysis of randomized clinical trials of colorectal surgery with or without mechanical bowel preparation K Slim, E Vicault, Y Panis, J Chipponi Br J Surg 2004;91:1125-1130


Multicentre randomized clinical trial of mechanical bowel preparation in elective colonic resection B Jung, L Pahlman, P.O Nyström, E Nilsson Br J Surg 2007;94:689-695

Guenaga KKFG, Atallah AN, Castro AA, Matos D, Wille-Jørgensen P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD001544. DOI: 10.1002/14651858.CD001544.pub2.

Conséquence:

Abandon progressif de la PMC devant son apparente inutilité voire ses complications infectieuses propres.

Mais...



Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials on the Role of Mechanical Bowel Preparation Before Colorectal Surgery

K.Slim, E Vicault, M.V Launay Savary, C Contant, J Chipponi

Annals of Surgery, vol 249, number2, february 2009

Méta analyse sur l'ensemble des études

○ 14 études retenues : 4859 patients

○ 2452 avec PMC

○ 2407 sans PMC

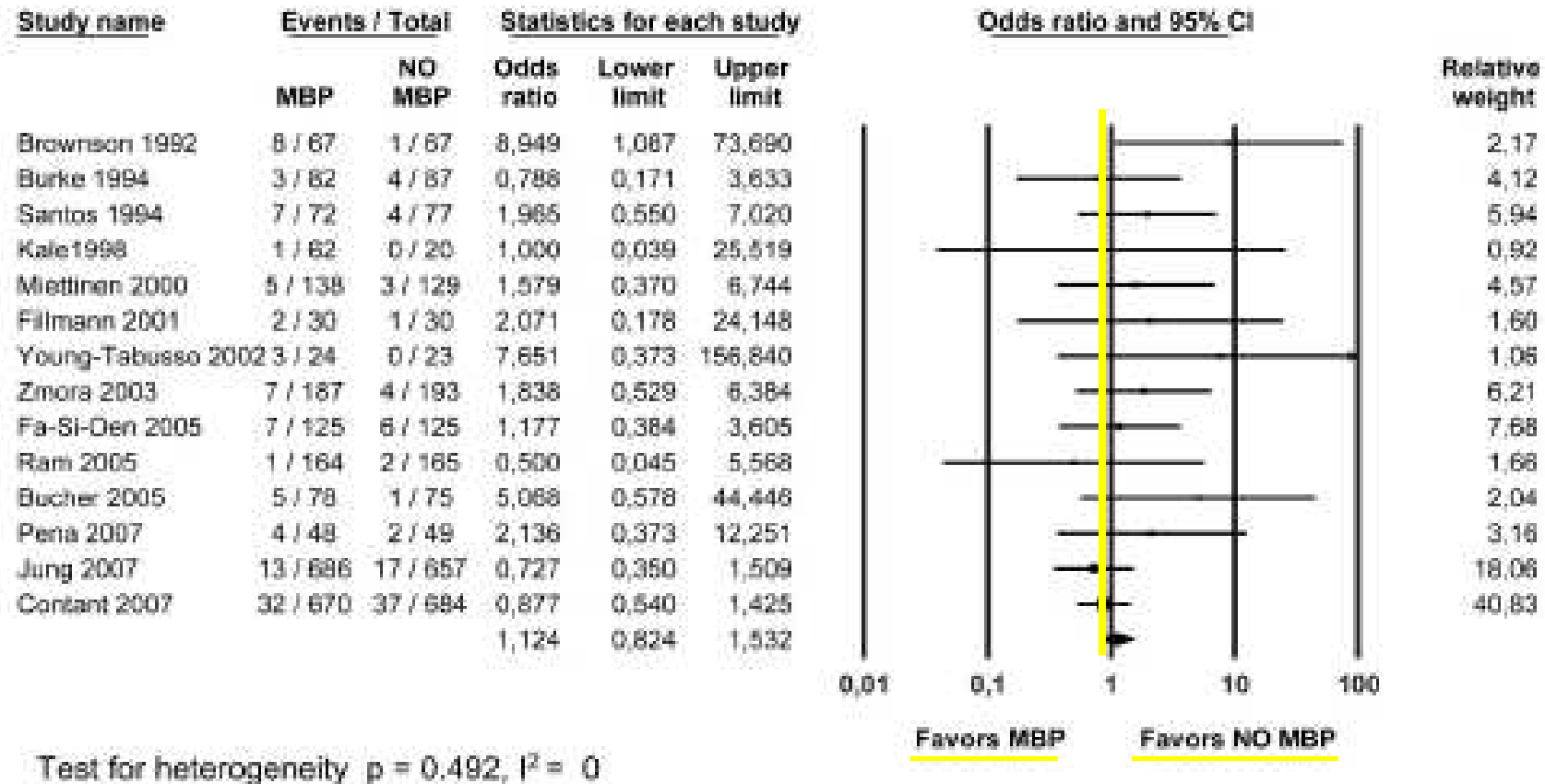


FIGURE 3. Meta-analysis of the 14 included trials for the outcome “anastomotic leakage” showing no significant effect whether the patients had or not a MBP before surgery. There was no heterogeneity. To note: the more the trial is small, the more the confidence interval is large. To note: the relative weight of the most recent trials.

■ Pas de différence significative en terme de fistule anastomotique.

TABLE 2. Overall Results of the Meta-Analysis for Secondary Outcomes

Outcome	Total No. Patients With MBP vs. No MBP	Events (%) After MBP vs. No MBP	OR (Random Effect Model)	95% CI	<i>P</i>	Heterogeneity Q-Test
Abdominal or pelvic abscesses	2143 vs. 2088	1.9 vs. 2.5	0.90	0.47–1.72	0.75	0.154
Wound infections	2452 vs. 2407	9.5 vs. 8.3	1.17	0.96–1.44	0.11	0.710
Extra abdominal sepsis	2121 vs. 2063	13.2 vs. 11.8	1.24	0.95–1.62	0.12	0.216
Reoperations	1957 vs. 1935	6.1 vs. 5.7	1.07	0.81–1.42	0.63	0.401
Death	1987 vs. 1987	1.8 vs. 1.9	0.91	0.57–1.45	0.70	0.865

Odds Ratio <1 favors MBP, Q-test >0.05 means no heterogeneity.

- Pas de différence en terme d'abcès profond, d'autres complications infectieuses ou de survie.

PEG versus phosphate de sodium

- Pas de différence significative en terme de:
 - Fistule anastomotique
 - Infection de paroi
 - Abcès pelvien ou intra abdominal
 - Autres complications infectieuses.

- Méta analyses d'études de petite taille sur estiment le risque de fistule anastomotique lié à la PMC.

TABLE 4. Sensitivity Analysis Between Small¹⁰⁻²² and Large Trials^{6,7} Using a Mixed Model

Outcomes	Large Trials OR (95% CI)	Small Trials OR (95% CI)	P
Anastomotic leakages	0.828 (0.553–1.241)	1.740 (1.072–2.823)	0.021
Abdominal abscesses	0.457 (0.267–0.783)	1.588 (0.739–3.412)	0.009
Wound infections	1.050 (0.811–1.361)	1.477 (1.047–2.083)	0.121
Extra-abdominal infections	1.013 (0.806–1.274)	1.640 (1.117–2.407)	0.035
SSI	0.847 (0.692–1.036)	1.721 (1.315–2.252)	0.000
Death	0.814 (0.481–1.377)	1.370 (0.515–3.642)	0.358

OR <1 favors MBP, p tests the difference between large and small trials. There were significant differences between large and small trials for all outcomes except for wound infection and death. In small trials, the findings favored no MBP for the majority of outcomes. In large trials the differences were not significantly different except for abdominal abscesses favoring no MBP.

(6) *Multicentre randomized clinical trial of mechanical bowel preparation in elective colonic resection* B Jung; L Pahlman, P O Nyström, E Nilsson BJS 2007;94:689-695

(7) *Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery: a multicentre randomised trial* C M E Contant Lancet vol 370 2007.

- Méta analyses d'études de petite taille sur estiment le risque de fistule anastomotique lié à la PMC.

TABLE 4. Sensitivity Analysis Between Small¹⁰⁻²² and Large Trials^{6,7} Using a Mixed Model

Outcomes	Large Trials OR (95% CI)	Small Trials OR (95% CI)	P
Anastomotic leakages	0.828 (0.553–1.241)	1.740 (1.072–2.823)	0.021
Abdominal abscesses	0.457 (0.267–0.783)	1.588 (0.739–3.412)	0.009
Wound infections	1.050 (0.811–1.361)	1.477 (1.047–2.083)	0.121
Extra-abdominal infections	1.013 (0.806–1.274)	1.640 (1.117–2.407)	0.035
SSI	0.847 (0.692–1.036)	1.721 (1.315–2.252)	0.000
Death	0.814 (0.481–1.377)	1.370 (0.515–3.642)	0.358

OR <1 favors MBP, p tests the difference between large and small trials. There were significant differences between large and small trials for all outcomes except for wound infection and death. In small trials, the findings favored no MBP for the majority of outcomes. In large trials the differences were not significantly different except for abdominal abscesses favoring no MBP.

(6) *Multicentre randomized clinical trial of mechanical bowel preparation in elective colonic resection* B Jung; L Pahlman, P O Nyström, E Nilsson BJS 2007;94:689-695

(7) *Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery: a multicentre randomised trial* C M E Contant Lancet vol 370 2007.



○ Lésions de moins de 2 cm exclues de la plupart des études:

- Nécessité d'une exploration endoscopique ou manuelle per opératoire.
- Réalisation d'une PMC.

○ Anastomoses colo-rectale basse ou colo-anale exclues des études:

- Étude française en cours.

Conclusion :

- Ne pas être contre la PMC:
 - N'augmente pas le risque de complications infectieuses post opératoires.

- Être « pour » la PMC:
 - Lésion inférieure à 2cm nécessitant une exploration manuelle ou endoscopique per opératoire.
 - Diminution du risque d'abcès profond.
 - Evaluation en cours pour la chirurgie rectale.