

Chirurgie colo-rectale : comment préparer le côlon?

Timothée THIEBOT
DESC-SCVO Tours 2006

**Comment NE PAS préparer le
côlon?**

Morbi-mortalité dominée par complications infectieuses

- 1/2 des décès post-opératoires
- Fistules anastomotiques (péritonite localisée ou diffuse)
- Abscès profonds
- Abscès de paroi, éviscération

Moyens

- Antibioprophylaxie (anesthésistes)
- Etat nutritionnel
- Soins cutanés
- Préparation colique :
 - Solutions orales (PMC)
 - Régime sans résidus
 - Lavements

BUTS

- Diminution du risque de contamination péritonéale lors de l'ouverture volontaire ou accidentelle du côlon, per- ou post-op. (déhiscence anastomotique)
- Diminution de la contamination pariétale
- En : - diminuant le contenu bactérien de la lumière colique (lavements et purges)
 - obtenant un contenu solide ne s'évacuant pas et facilement refoulable (RSR).

Autres avantages théoriques de la PMC

- Manipulation + aisée du tube digestif
- Sollicitation moindre de l'anastomose par le passage de selles dures
- Reprise du transit plus rapide (meilleure contractilité d'un côlon vide)

Actuellement

- Utilisation en pratique courante, voire dogme en chirurgie colo-rectale.
- Débats portés sur type de PMC (avec éventuelles associations):
 - Polyéthylène Glycol (PEG)
 - Phosphates de sodium (Fleet Phosphosoda, Prepacol...)
 - Sénnosides (X-prep)

En Fait

- Pas de preuve scientifique en faveur PMC.
- Hughes dès 1972 évoque la non-préparation
- Gainant 99 : RSR + lavement Bétadiné

- Mais modifications de comportement seulement très récentes, et lentes.
- Rôle de la chirurgie en urgence (plaies perforantes, occlusions) dans la prise de conscience

Hay, Dis Colon Rectum, 1989

Hughes, Ann R Coll Surg Engl, 1971

Gainant, J Chir, 1999

Physiopathologie

- Pas de modification de la concentration bactérienne intraluminaire (relève de l'antibioprophylaxie)
- Phénomènes de translocation bactérienne
- Apparition de troubles hydro-électrolytiques, cardio-vasculaires

Schein, Dis Colon Rectum, 1995

Kale, Dis Colon Rectum, 1998

Feres, Int J Colorectal Dis, 2001

Autres inconvénients

- Gêne par résidus de selles très liquides, diffusant facilement en extraluminal
- Inconfort, altération de la qualité de vie péri-opératoire (nausées, vomissements, ballonnements, diarrhées post-op.)
- Difficultés techniques en coelio (distension)

Oliveira, Dis Colon Rectum, 1997

Zmora, Ann Surg, 2003

De plus

- Durée iléus et durée moyenne de séjour identiques (Zmora 2003, Miettinen 2000)
- Voire prolongée (complications) (Bucher 2005)

Etudes	Nb de malades		Taux global de morbidité infectieuse		Taux de fistule		Taux d'abcès profond		Taux d'abcès de paroi	
	Sans	Avec (type)	Sans	Avec	Sans	Avec	Sans	Avec	Sans	Avec
Bucher 2005	75	78 (PEG)	8	22	1	6	0	1	4	13
Ram 2005	165	164 (PNa)	*	*	1.2	0.6	0.6	0.6	6.1	9
Zmora 2003	193	187 (PEG)	8.8	10	2.1	3.7	1.0	1.1	5.7	6
Miettinen 2000	129	138 (PEG)	10	9	2	4	3	2	2	4
Santos 1994	77 (RSR)	72 (mannitol + Lavement)	*	*	5	10	*	*	12	22
Burke 1994	87	82 (Picophos pahate)	*	*	4.6	3.7	*	*	3.4	4.

Méta analyses

- Platell, Dis Colon Rectum, 1998
- Bucher, Swiss Med Wkly, 2004
- Slim, BJS, 2004

CONCLUSION

- Ne pas utiliser de PEG
- Déficit d'études pour autres purges, lavements ou RSR
- Régime normal possible jusqu'à la veille
- Lavement pré- ou per-op semble logique si selles gênantes et/ou anastomose rectale (avantage Bétadine)
- Exception bien sûr en cas de risque de coloscopie per-opératoire (repérage polype..)