

COLECTOMIE GAUCHE CŒLIO-ASSISTÉE POUR CONSTIPATION MORBIDE, À PROPOS DE DEUX CAS

J.M. CASANELLI, C. BLEGOLE, J. N'DRI, B. MOUSSA, E. KELI, H.A. N'GUESSAN

Med Trop 2006; 66 : 83-85

RÉSUMÉ • Les auteurs rapportent deux cas de dolichocôlon générateurs de constipation morbide opérés par voie laparoscopique chez un homme et une femme de 43 et 41 ans. Le traitement a consisté en une colectomie gauche avec anastomose colo-rectale. Les suites ont été simples avec une mortalité et une morbidité nulles. Les résultats sur la constipation ont été bons. Les auteurs concluent à l'intérêt de cette technique dans le traitement du dolichocôlon au prix d'une bonne sélection des patients.

MOTS-CLÉS • Colectomie gauche - Constipation - Dolichocôlon - Coelioscopie.

VIDEO-ASSISTED LEFT COLECTOMY FOR SEVERE CONSTIPATION. DESCRIPTION OF TWO CASES

ABSTRACT • The purpose of this report is to describe two cases involving a 43-year-old man and a 41-year-old woman who underwent laparoscopic surgery for dolichocolon causing severe constipation. In both cases the procedure consisted of left colectomy with colorectal anastomosis. There was no operative mortality or morbidity. The outcome on constipation was good. This study demonstrates the utility of laparoscopy for treatment of dolichocolon in carefully selected patients.

KEY WORDS • Left colectomy - Constipation - Dolichocolon - Laparoscopy.

La chirurgie laparoscopique, admise actuellement dans les cancers du côlon, est adoptée par de nombreux auteurs comme l'alternative à la laparotomie dans la pathologie colique bénigne (1). La faisabilité et les avantages de la colectomie par laparoscopie dans le traitement des sigmoidites diverticulaires simples ou compliquées nous a incité à utiliser l'abord coelioscopique dans le traitement du dolichocôlon, pathologie relativement fréquente en Afrique noire.

Le but de ce travail est d'évaluer la procédure coelioscopique pour le traitement chirurgical du dolichocôlon en terme de faisabilité technique et de résultats à court et moyen terme sur la constipation.

PATIENTS ET MÉTHODE

De janvier 2001 à Janvier 2003, deux patients porteurs d'un dolichocôlon ont été opérés par chirurgie coelioscopique. Il s'agissait d'un homme et d'une femme âgés de 43 et 41 ans.

L'ancienneté des symptômes était respectivement de 27 ans et 6 ans.

Les signes fonctionnels associaient une constipation opiniâtre faite d'une selle tous les 8 jours environ après un lavement, des douleurs abdominales et des crises sub-occlusives.

L'examen clinique a retrouvé un amaigrissement moyen de 10 kg.

Le bilan préopératoire morphologique a comporté uniquement un lavement baryté qui a montré un dolichocôlon gauche avec une « boucle » sigmoïdienne et splénique et un angle gauche haut situé en faveur d'une constipation mécanique de transit (Fig. 1).

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Ces deux malades ont bénéficié d'une préparation colique minutieuse comprenant un sachet de X prep® par jour durant 2 jours associé à un lavement évacuateur deux jours avant l'intervention.

La colectomie gauche coelio-assistée nécessite une installation et une technique chirurgicale spécifique. Le patient est placé en décubitus dorsal, jambes écartées non fléchies, le bras droit le long du corps. La table est positionnée en décubitus latéral droit et Trendelenbourg de manière à faciliter le refoulement et le maintien de l'intestin grêle à distance du foyer opératoire.

La position de l'opérateur et des assistants et les orifices d'introduction des trocarts sont représentés sur la figure 2.

• Travail Service de chirurgie générale, digestive, endocrinienne et vidéo-chirurgie du Pr N'GUESSAN H. A. (J.M.C., Maître-Assistant ; 2- C.B., B.M., Chef de clinique, Assistant ; J.N'D., Interne des hôpitaux ; E.K., Professeur Agrégé ; H.A.N'G, Professeur titulaire, Chef de service), BP V3, CHU Treicville, Abidjan, Côte d'Ivoire.

• Correspondance : J.M. CASANELLI, 04 BP 644, Abidjan 04, Côte-d'Ivoire.

• Courriel : casanelli@voila.fr •

• Article reçu le 16/05/2005, définitivement accepté le 2/02/2006.



Figure 1 - Lavement baryté montrant le dolichocolon avec « boucle » sigmoïdienne et splénique et angle gauche haut situé.

Nous utilisons la technique dite de dissection centrifuge décrite par Mosnier et Domergue (2, 3) avec section vasculaire de l'artère mésentérique inférieure et repérage de l'uretère gauche. La dissection du fascia de Toldt est effectuée sous une tente mésocolique jusqu'au niveau de l'angle colique gauche.

Le décrochage de l'angle gauche nécessite un décollement colo-épiploïque commencé au tiers gauche du côlon transverse.

L'ouverture de l'espace rétro rectal permet la mobilisation de la chambre recto-sigmoïdienne. Le mésorectum est sectionné après hémostase par électrocoagulation. La section rectale utilise un ou plusieurs chargeurs d'endoagrafeuse.

Une incision oblique dans la fosse iliaque gauche permet l'extériorisation du côlon gauche après protection pariétale et l'introduction de l'enclume de l'agrafeuse automatique circulaire.

L'anastomose colo-rectale termino-terminale est ensuite réalisée sous contrôle coelioscopique par pince automatique.

Un drain de Redon est mis en place en retro anastomotique.

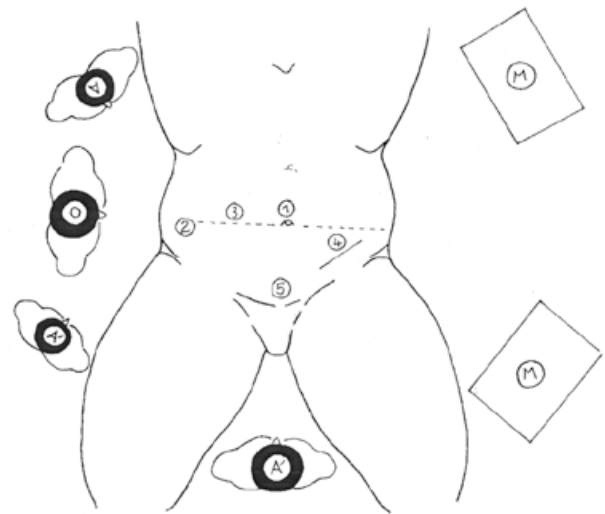


Figure 2 - Installation en salle d'opération. Position des trocars. O : opérateur ; A : aide ; A' : aide ; A'' : aide ; M : moniteur vidéo ; Trocart 1 : caméra ; Trocart 2 : trocart opérateur 12 mm ; Trocart 3 : opérateur 5 mm ; Trocart 4 : trocart aide 10 mm (babcock) ; Trocart 5 : trocart aide 5 mm (irrigation-aspiration) ; ----- : incision d'extraction de la pièce.

RÉSULTATS

L'intervention a pu être menée à terme sous coelioscopie dans les deux cas.

Aucune complication peropératoire n'a été constatée. La durée moyenne du pneumopéritoine a été de 240 minutes.

Nos deux patients ont bénéficié d'héparine de bas poids moléculaire débutée le soir de l'intervention et poursuivie le temps de l'hospitalisation.

Les suites opératoires immédiates ont été simples avec reprise du transit au 3^e jour et une durée moyenne d'hospitalisation de 7 jours. La mortalité a été nulle.

Le suivi des malades a été de 12 mois dans les deux cas. Tous les patients présentaient 1 selle bien moulée par jour avec un excellent confort digestif.

COMMENTAIRES

Le traitement chirurgical de la constipation opiniâtre peut faire appel à d'autres techniques opératoires telles que la colectomie totale et la sigmoïdectomie par voie classique ou par voie laparoscopique (4, 5). Ces deux interventions n'ont pas notre préférence. En effet, dans la colectomie totale, le sacri fice colique est disproportionné pour une chirurgie à visée fonctionnelle. De plus, cette opération aboutit parfois au remplacement d'une constipation sévère par une diarrhée chronique moins supportable par les patients (6).

Quant à la sigmoïdectomie, nous pensons comme Parc (5) qu'une exérèse limitée de l'anse sigmoïde est vouée à l'échec. En effet, l'auteur rapporte seulement 3 cas soit 27,27% de bons résultats sur 11 sigmoïdectomies pour dolichocôlon.

Pour notre part, nous pensons que la situation profonde de l'angle colique gauche généralement fixé et présentant de nombreuses boucles dans nos deux cas est un argument en faveur de la colectomie gauche.

Cette approche (colectomie gauche) «tout laparoscopique» du dolichocôlon morbide constitue une option thérapeutique particulièrement intéressante car elle permet d'éviter la grande laparotomie avec son risque d'abcès de paroi et d'événement (7).

Elle nécessite la conjonction de plusieurs facteurs indispensables à sa réalisation :

- équipe rompue à la pratique de la laparoscopie (la chirurgie colique laparoscopique a été débütée dans notre service après une expérience de 100 cholécystectomies cœlioscopiques) ;

- disponibilité du matériel : «ENDOGIA» et pince à suture automatique qui majorent cependant le coût de l'intervention d'environ 150 000 francs CFA ;

- sélection rigoureuse des patients qui doivent présenter au lavement baryté un dolichocôlon avec plusieurs «boucles» en faveur d'une constipation mécanique.

CONCLUSION

Le traitement chirurgical du dolichocôlon par abord laparoscopique est techniquement réalisable au prix d'une sélection rigoureuse des patients.

Le coût relativement élevé de l'intervention pour nos pays en développement fait que dans la majorité des cas, l'attitude conventionnelle doit rester la règle.

RÉFÉRENCES

- 1 - BOULEZ J, BLANCHET M.C, ESPALIEU PH - Dive rticulose colique et laparoscopie. Analyse d'une série de 60 cas. *Ann Chir* 1999; **53**:1033-8.
- 2 - MOSNIER H, CHARBIT L - Colectomie sigmoïdo-iliaque pour sigmoïdite diverticulaire par laparoscopie. *J Chir* 2000; **137**: 280-4.
- 3 - BURGEL JS, NAVARRO F, LEMOINE MC *et Coll* - Colectomie élective laparoscopique pour sigmoïdite diverticulaire. Etude prospective de 56 cas. *Ann Chir* 2000; **125**: 231-7.
- 4 - KESSLER H, HOHENBERGER W - Laparoscopic total colectomy for slow-transit constipation. *Dis Colon Rectum* 2005; **48**: 860-1.
- 5 - PARC R, BERROD JL, TUSSIOT J, LOYGUE J - le mégacolon de l'adulte à propos de 76 cas. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1984 ; **20**: 133-41.
- 6 - YOSHIOKA K, KEIGHLEY MR - Clinical results of colectomy for severe constipation. *Br J Surg* 1989; **76**: 600-4.
- 7 - LOYGUE J., HAKAMI F., CUGNENC PH, PARC R - Péritonites aiguës généralisées par sigmoïdite diverticulaire. *Chirurgie* 1984 ; **110**: 788-9.