

Intervention de Hartmann pour péritonite généralisée d'origine diverticulaire : la mortalité post-opératoire est-elle influencée par l'âge ?

O OULIÉ, O MONNEUSE, X BARTH, L GRUNER, E TISSOT.

Correspondance :
Service d'urgences chirurgicales viscérales,
Hôpital Edouard Herriot
69437 Lyon cedex 03

(A propos de la communication de P-H CUGNENC et Coll. du 17/12/2003 « Sécurité de l'intervention de Hartmann pour péritonite stercorale généralisée par perforation diverticulaire sigmoïdienne : chute de la mortalité : pas de mortalité au-dessous de 85 ans »)

Introduction

La péritonite généralisée constitue la forme la plus grave des complications infectieuses de la diverticulose colique, elle est encore fréquente et associée à une mortalité élevée.

Même si le traitement chirurgical des péritonites généralisées d'origine diverticulaire n'est toujours pas consensuel, l'intervention de Hartmann garde une place prépondérante (5,6,10). La mortalité postopératoire demeure élevée, particulièrement pour les péritonites stercorales. Afin de reconnaître les patients les plus graves, de nombreux travaux ont tenté d'identifier des facteurs de risque de mortalité postopératoire. Ainsi, pour Cugnenc, dans une série rapportée récemment à l'Académie nationale de chirurgie, tous les décès après intervention de Hartmann pour péritonite généralisée stercorale diverticulaire sont survenus chez des patients de plus de 85 ans.

Nous avons donc cherché à vérifier cette corrélation entre la mortalité postopératoire après intervention de Hartmann pour péritonite généralisée diverticulaire et l'exposition à trois facteurs de risque : l'âge supérieur à 75 ans, le caractère purulent ou stercoral de l'épanchement péritonéal et une corticothérapie en cours à la prise en charge.

Matériels et méthodes

Du 1^{er} janvier 1994 au 31 décembre 2002, 318 patients ont été pris en charge aux urgences viscérales (pavillon G, hôpital Edouard Herriot, Lyon), pour complications infectieuses d'une diverticulose colique

Pour 184 (57,8%) malades, la prise en charge a été exclusivement médicale, à distance, 57 patients ont bénéficié d'une colectomie sigmoïdienne élective.

Pour 29 (9,1%) patients, une intervention a été réalisée en situation d'urgence différée, après traitement médical

avec antibiothérapie et préparation colique. Il a été réalisé une résection anastomose pour 22 patients et une intervention de Hartmann pour les 7 autres, parmi ceux-ci aucun ne présentait de péritonite généralisée.

Chez 105 patients, une intervention a été réalisée en urgence, pour 95 dès la prise en charge et pour 10 après complications sous traitement médical. Il a été réalisé 94 interventions de Hartmann dont 69 pour péritonites généralisées (52 purulentes, 17 stercorales), 7 résections-anastomoses, 3 extériorisations de la perforation et une résection avec colostomie différée.

Parmi les 69 patients ayant bénéficié d'une intervention de Hartmann pour péritonite généralisée diverticulaire, 20 (28,9%) avaient une corticothérapie en cours lors de la prise en charge dont l'indication figure dans le tableau 1.

Au total, sur une période de neuf années consécutives, 318 patients ont été pris en charge pour une complication infectieuse d'une diverticulose sigmoïdienne, 69 (21,6%) intervention de Hartmann ont été réalisées, pour péritonite généralisée purulente 52 fois, et stercorale 17 fois.

Résultats

Mortalité postopératoire et nature de la contamination péritonéale

Pour les 52 péritonites purulentes la mortalité après Hart-

Tableau 1 :
indication de la
corticothérapie
en cours

hémopathie maligne	4
pathologie rhumatismale	4
transplantation rénale	3
maladie de système	3
hypertension intra-cranienne	1
insuffisance respiratoire	3
anti-inflammatoire post-opératoire	2
hypertension intra-cranienne	1

mann a été de 11,5% (6 décès). Pour les 17 péritonites stercorales la mortalité postopératoire a été de 33% (5 décès).

Mortalité postopératoire et âge

Chez les 52 patients présentant une péritonite purulente généralisée, 29 avaient moins de 76 ans, dans ce sous-groupe la mortalité postopératoire était de 13,7% (4 décès). Alors que pour les 23 patients de 76 ans et plus la mortalité postopératoire était de 8,7% (2 décès).

Pour les 17 patients présentant une péritonite stercorale généralisée, 11 avaient moins de 76 ans, dans ce sous-groupe la mortalité postopératoire était de 27,2% (3 décès). Alors que pour les 6 patients de 76 ans et plus la mortalité postopératoire était de 33% (2 décès).

Mortalité postopératoire et corticothérapie associée

Chez les 52 patients présentant une péritonite purulente généralisée, 12 (23,7%) avaient une corticothérapie en cours lors de la prise en charge, dans ce sous-groupe la mortalité postopératoire était de 25% (3 décès). Alors que pour les 40 autres patients sans corticothérapie associée la mortalité postopératoire était de 7,5% (3 décès).

Pour les 17 patients avec une péritonite stercorale généralisée, 8 (47%) avaient une corticothérapie en cours lors de la prise en charge, dans ce sous-groupe la mortalité postopératoire était de 37,5% (3 décès). Alors que pour les 9 autres patients sans corticothérapie associée la mortalité postopératoire était de 22,2% (2 décès).

Discussion

Dans notre série, après intervention de Hartmann pour péritonite généralisée diverticulaire la mortalité postopératoire est de 33% quand l'épanchement est stercoral contre 11,5% pour une contamination purulente. Bien que très nette, cette différence de mortalité n'est pas statistiquement significative ($p > 0,05$). Elle correspond cependant aux données de la littérature, puisque Zeitoun *et al.* (1) dans un essai randomisé multicentrique comparant le taux de péritonite postopératoire après colostomie versus résection sigmoïdienne primaire pour péritonite généralisée diverticulaire trouvent des taux de mortalité de respectivement 26,7% et 19,4%, pour Kronborg dans le second essai randomisé ces taux sont de 33% et 24% dans le groupe traité par résection (2). Cette surmortalité liée aux péritonites stercorales se retrouve aussi dans les séries rétrospectives et notamment dans l'enquête de l'AFC sur la prise en charge de la maladie diverticulaire (3,4). Ces différents travaux et notre série confirment l'extrême gravité et la rareté des péritonites stercorales qui ne constituent pas plus de 25% de l'ensemble des péritonites généralisées diverticulaires.

Si le rôle favorisant des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans l'apparition des complications infectieuses des sigmoïdites diverticulaires est depuis longtemps évoqué (7), celui des corticoïdes n'est pas rapporté dans les différentes séries. Dans notre étude, 20 patients sur les 69 opérés d'une péritonite généralisée, soit 28,9% avaient une corticothérapie en cours à la prise en charge. Pour les pé-

ritonites purulentes il existe une surmortalité dans le groupe sous corticoïdes : 25 % de décès postopératoires contre 7,5% ($p=0,06$). Lorsque la péritonite est stercorale la différence est moins nette 37,5% contre 25%, et non significative. Cette surmortalité s'explique en partie par la gravité du sepsis intra-abdominal mais aussi par l'extrême fragilité du terrain sur lequel il survient.

Le facteur de risque le plus souvent rapporté dans les différents travaux rétrospectifs et prospectifs est l'âge et notamment dans celui de PH Cugnenc rapportant une mortalité postopératoire de 6% chez 62 patients traités par intervention de Hartmann pour péritonite stercorale, tous les décès étant survenus chez des patients de plus de 85 ans (1, 4, 8, 9).

Notre série ne retrouve pas cette corrélation, que la péritonite soit purulente ou stercorale. Dans ce dernier cas, il n'existe pas de différence de mortalité avant et après 75 ans, et dans les deux groupes elle est très élevée (27,2% et 33%). Cette absence de différence est liée, en partie au moins, au nombre élevé de décès survenant chez des patients de moins de 75 ans sous corticoïdes.

Conclusion

Le caractère stercoral de l'épanchement et une corticothérapie en cours aggravent de façon très nette le pronostic des péritonites diverticulaires traitées par intervention de Hartmann. L'influence de l'âge sur la mortalité postopératoire n'est pas apparue aussi clairement. Identifier les facteurs de risque associés à une surmortalité est essentiel afin d'offrir la prise en charge opératoire la plus rapide et la mieux adaptée.

Références

1. Zeitoun G, Laurent A, Rouffet F, Hay JM, Fingerhut A, Paquet JC, et al. Multicentre, randomized clinical trial of primary versus secondary sigmoid resection in generalized peritonitis complicating sigmoid diverticulitis. *Br J Surg* 2000;87:1366-74.
2. Kronborg O. Treatment of perforated sigmoid diverticulitis: a prospective randomized trial. *Br J Surg* 1993;80:505-7.
3. Maëkela J, Kiviniemi H, Laitinen S. Prevalence of perforated sigmoid diverticulitis is increasing. *Dis Colon Rectum* 2002;45:955-61.
4. Benchimol D, Domergue J, Lacombe S, Daurès JP. Formes anatomo-cliniques: aspect chirurgicaux. *Chirurgie de la maladie diverticulaire sigmoïdienne. Monographies de l'Association française de chirurgie (Arnette, Paris) 2000:37-56.*
5. European Association of Endoscopic Surgery. Diagnosis and treatment of diverticular disease. *Surg Endosc* 1999;13:430-6.
6. Roberts P, Abel M, Rosen L, Cirocco W, Fleshman J, Leff E. The Standards Task Force and the American Society of Colon and Rectum Surgeons. Practice parameters for sigmoid diverticulitis supporting documentation. *Dis Colon Rectum* 1995;38:125-32.
7. Campbell K, Steele RJ. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and complicated diverticular disease: a case control study. *Br J Surg* 1991;78:190-1.
8. Wedell J, Banzhaf G, Chaoui R, Fischer R, Reichmann J. Surgical management of complicated colonic diverticulitis. *Br J Surg* 1997;84:380-383.
9. Schesinger W, Page C, Gaskil H, Steward R, Chopra S, Strodel W, et al. Operative management of diverticular emergencies. Strategies and outcomes. *Arch Surg* 2000;135:558-63.
10. Krukowski ZH, Matheson NA. Emergency surgery for diverticular disease complicated by generalized and faecal peritonitis: a review. *Br J Surg* 1984;71:921-927.