

Formation chirurgicale en milieu précaire : avantages de la caecostomie dans le traitement du cancer obstructif du côlon gauche

Surgical training in precarious conditions: Advantages of caecostomy for surgical treatment of obstructing left colon cancer

Jean-Pierre Lechaux

Mots clés

- ◆ Caecostomie
- ◆ Cancer colique
- ◆ Occlusion
- ◆ Organisation non gouvernementale
- ◆ Formation

Résumé

Objectif. L'objectif de l'ONG, Chirurgie Solidaire (CS), est l'enseignement de la chirurgie « simple » dans les pays en développement, en l'absence de spécialistes, aux médecins généralistes ou aux infirmiers destinés à assumer la chirurgie urgente dans les hôpitaux de district en situation d'isolement et de précarité.

Méthode. Le modèle du traitement des occlusions par cancer du côlon gauche souligne l'impossibilité de reproduire les normes des pays développés et l'intérêt de la caecostomie latérale temporaire, premier temps d'un protocole en « trois temps-trois semaines ».

Résultat. Les résultats d'une série de 19 patients sont exposés avec une mortalité de 5 % démontrant l'efficacité, la bénignité et la simplicité d'exécution de la caecostomie.

Conclusion. L'enseignement et l'enseignant doivent être adaptés aux conditions de précarité et aux pathologies spécifiques pouvant justifier la création d'une chaire de chirurgie tropicale.

Keywords

- ◆ Caecostomy
- ◆ Colon cancer
- ◆ Obstruction
- ◆ Non governmental organization
- ◆ Training

Abstract

Objective. The objective of the French NGO, Chirurgie Solidaire (CS), is to learn « simple » surgery in developing countries, given absence of specialists, to general practitioner or health officer who are in charge of emergency and surgical care at isolated and precarious district hospital.

Methods. An example is given concerning the treatment of left-sided obstructing colon cancer which demonstrates that western surgical strategies cannot be duplicated elsewhere. Advantages of lateral caecostomy are emphasized as the first stage of a « three stages-three weeks » protocol.

Results. A series of 19 patients operated on with a 5% operative mortality clearly demonstrate that caecostomy is an efficient, harmless and easily achieved procedure.

Conclusion. In developing countries, teaching and teachers have to be adapted to precarious conditions and specific pathologies which could imply the creation of a chair of tropical surgery.

Dans la formation des chirurgiens, les échanges interuniversitaires entre la France et les pays en développement laissent persister de véritables déserts chirurgicaux où les médecins généralistes voire les infirmiers doivent assumer dans les hôpitaux de district les urgences chirurgicales en situation d'isolement et de précarité. Leur enseigner la chirurgie « simple » pour diminuer la mortalité et l'invalidité est l'un des objectifs de l'Organisation Non Gouvernementale « Chirurgie Solidaire » (CS). Cette chirurgie « simple » fait appel à des techniques parfois déconsidérées dans les pays développés. C'est le cas de la caecostomie latérale temporaire pour occlusion colique gauche préconisée par CS en particulier dans les hôpitaux de première référence de la province du Nord Kivu en République Démocratique du Congo où les conflits armés récurrents rendent compte de la rareté des spécialistes.

Malades et méthodes

Malades

De 1986 à 2000, 19 patients, d'âge moyen 70,1 ans (54-88) ont été traités pour un cancer colique compliqué d'occlusion par un protocole original « en trois temps-trois semaines » avec caecostomie première. Le score ASA (American Society of Anesthesiology) était : I (2), II (15), III (2). Les comorbidités étaient dominées par les affections cardio-vasculaires. La cause et le siège étaient déterminés par un lavement opaque. Le siège du cancer était sigmoïdien (10), recto-sigmoïdien (5), colique descendant (1), ou à l'angle gauche (3).

Correspondance :

Jean-Pierre Lechaux

2 Place Edmond Rostand, 75006 Paris

Tel : +33 663540698 - E-mail : lechauxjp@yahoo.fr

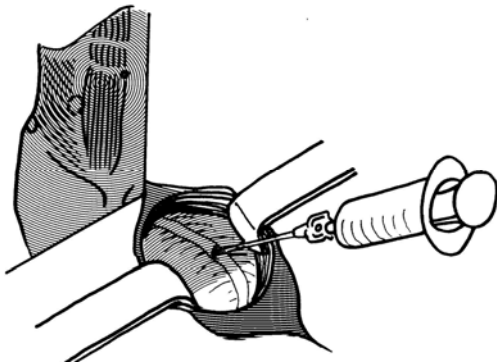


Figure 1. Ponction du caecum distendu (en cartouche : voie d'abord au niveau de la fosse iliaque droite).

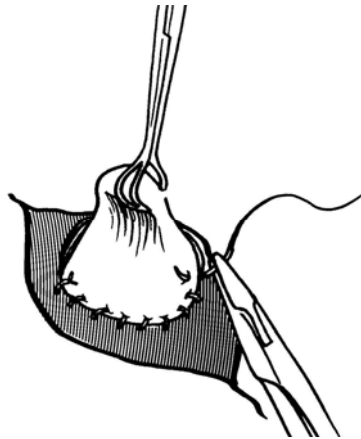


Figure 2. Extériorisation du caecum et fixation à la peau.

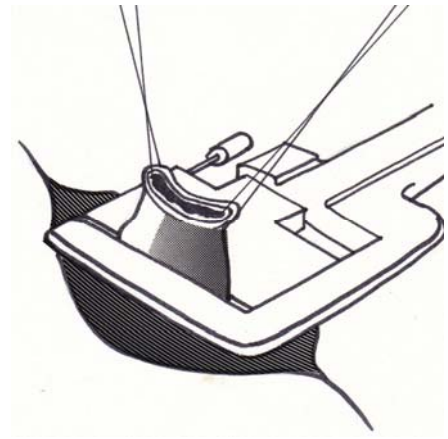


Figure 3. Fermeture de la caecostomie par agrafage automatique.

Protocole chirurgical

Il comprend trois temps :

- Le premier temps est une caecostomie effectuée en urgence sous anesthésie locorégionale (12 cas) ou locale (7 cas). Par une incision type Mc Burney avec excision circulaire de la peau centrée sur le tympanisme caecal, le *caecum* distendu est ponctionné à l'aiguille ou avec le trocart de Potain après protection par une mèche (Fig. 1). Vidé de son contenu gazeux, un large cône de *caecum* est extériorisé, fixé à la peau et immédiatement ouvert au bistouri électrique sur environ un centimètre (Fig. 2).
- Le deuxième temps est la résection colique effectuée quatre à huit jours plus tard sous protection de la stomie.
- Le troisième temps est la fermeture de la caecostomie, facilement désinsérée, par suture manuelle ou automatique (Fig. 3), sous anesthésie locorégionale, huit à dix jours après la résection et reprise du transit.

Résultats immédiats (Tableau 1)

L'efficacité sur le syndrome occlusif a été immédiate et complète dans 18 cas avec affaissement du météorisme, reprise du transit par les voies naturelles et de l'alimentation du patient. La résection colique a été effectuée dans un délai moyen de huit jours (4 à 14 j), la fermeture de la caecostomie dans un délai moyen de 14 jours après la résection (7 à 20 j). La durée moyenne du séjour a été de 21 jours. Dans un cas, la persistance de l'occlusion par carcinose péritonéale du grêle a nécessité une laparotomie.

Un patient âgé de 88 ans est décédé à l'induction de l'anesthésie lors du deuxième temps (mortalité opératoire : 5 %). Huit patients ont présenté une complication, cardiovasculaire (5 cas), urinaire (3 cas). Un abcès pelvien a justifié une réintervention de drainage. Aucune complication septi-

Tableau 1. Résultats.

Cancers obstructifs du côlon gauche - 19 cas
Résultats du protocole 3 temps/3 semaines

1 ^{er} Temps	JO	Caecostomie - Efficacité : 18 - Echec : 1 (occlusion du grêle)
2 ^{ème} Temps	J4-J14	Résection segmentaire - Décès : 1 (5 %) - Abcès pelvien : 1 - Complications générales : 8
3 ^{ème} Temps	J11-J34	Fermeture caecostomie - Complication : 0
Durée moyenne d'hospitalisation : 21 jours		

que, fistule caecale ou déhiscence pariétale n'a été observée après fermeture de la caecostomie.

Discussion

Le traitement chirurgical de l'occlusion par cancer du côlon gauche reste controversé. Le choix de la stratégie varie en fonction de l'état général du patient, de l'expertise du chirurgien et de la qualité de l'environnement technique. La revue systématique conduite par Breitenstein (1) a conclu - que la chirurgie en un temps est supérieure à la chirurgie en plusieurs temps en terme de mortalité et de morbidité - que la résection segmentaire est supérieure à la résection totale ou subtotalaire en terme de mortalité - que le lavage sur table diminue modérément la morbidité - que la pose d'un stent est supérieure à la chirurgie en urgence en terme de mortalité. Dans les déserts chirurgicaux des pays en développement, à l'écart des centres d'excellence, en l'absence d'expertise des praticiens et de technologie avancée, aucune de ces conclusions n'est applicable. La simple colostomie transverse, par laparotomie ou voie élective est difficile, en particulier pour des chirurgiens « en formation » (2) grevée d'une mortalité élevée (3). Le recours à la caecostomie est la meilleure solution dans de telles conditions. L'opprobre qui la frappe (4) ne vise que la caecostomie sur tube, fistule caecale inefficace et source de souillures péritonéales. En tous points différente est la caecostomie « tubeless », véritable colostomie latérale avec extériorisation colique. Le *caecum* est une portion mobile et la partie la plus distendue, à contenu essentiellement aérique, du côlon, transformée en une chambre barométrique close par la continence de la valvule iléo-caecale, exposée à l'ischémie et à la rupture. De réalisation aisée même par des mains inexpertes, sans recours à l'anesthésie générale chez des patients à haut risque, elle met fin à l'occlusion et à l'ischémie caecale, permet la reprise du péristaltisme colique et la renutrition immédiate, avantage considérable dans des populations vulnérables.

- La caecostomie de décompression n'a nullement l'objectif de donner issue à la totalité du contenu intestinal. Elle est obligatoirement temporaire.

Tableau 2. Avantages et inconvénients de la caecostomie.

Caecostomie latérale	
Avantages	Inconvénients
- Simplicité	- Incertitude sur l'extirpabilité de la tumeur
- Efficacité	- Incertitude sur une occlusion du grêle associée
- Suppression de l'ischémie colique	- Dérivation provisoire
- Préparation à l'exérèse colique	
- Anesthésie locale ou loco-régionale	

- La colectomie segmentaire est réalisée sur un côlon non distendu sous protection de la caecostomie ou avec fermeture simultanée de celle-ci dans les cas favorables.

A ces avantages (Tableau 2), il faut opposer les inconvénients que sont l'impossibilité d'apprécier l'extirpabilité de la tumeur et le risque de méconnaître une occlusion du grêle associée. Une importante cicatrice d'appendicectomie avec adhérences du *caecum* peut rendre malaisée son extériorisation. En cas de tumeur inextirpable, la caecostomie qui ne peut être définitive doit être remplacée par une colostomie terminale transverse ou sigmoïdienne.

Conclusion

L'Organisation Mondiale de la Santé, dans son programme de développement pour le millénaire (« Global Initiative for Emergency and Essential Surgical Care »), souligne que deux milliards d'êtres humains dans les pays en développement n'ont pas accès aux soins chirurgicaux urgents et que 10 à 20 % des décès des jeunes adultes sont directement en rapport avec une expertise chirurgicale inadéquate. La conclusion est : « La chirurgie simple peut changer les choses ». Enseigner cette chirurgie simple est la vocation de Chirurgie Solidaire alors que les grandes ONG médicales agissent seulement dans l'urgence et la substitution. L'enseignement comme l'enseignant doivent s'adapter au terrain, aux pathologies spécifiques et à la précarité technique en discordance totale avec la numérisation, la robotique, la chirurgie endoscopique des pays développés. La nécessité d'une chaire de chirurgie tropicale est soulignée par Holcombe (Université de Maiduguri, Nigeria) : « *There is a desperate need for appropriate surgery, applicable and available to the whole population* »(5). Les « Diagnostics Urgents » d'H Mondor (6) pourraient redevenir un ouvrage de référence dans cette perspective.

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

Discussions en séance

Commentaire d'H Bismuth

Je suis d'accord pour insister sur l'adaptation technique ; en effet notre formation technique est inadaptée à la chirurgie dans les zones sous dotées.

Il faut relativiser notre action dans ces pays car lors de mon action de coopérant en Afrique les agronomes avec lesquels j'étais en contact nous disaient : « *Vous les médecins vous traitez des individus isolément mais il vaudrait mieux leur apporter collectivement de l'eau et des terres arables* ».

Par ailleurs notre Académie a le devoir de transmettre un message aux autorités

Commentaire du Général de Saint Julien

Je félicite l'orateur pour sa clairvoyance, la fiche qu'il nous a montrée dans sa conclusion illustre l'attitude de Jamot ? Qui démultipliait son action en disséminant des « sous ordres » qui effectuaient des interventions simples pour traiter la maladie du sommeil.

Commentaire de C Dumurgier

La différence entre la chirurgie du nord et celle du sud est assimilable à celle des riches et des pauvres.

Commentaire de B Delaitre

Lors de mon séjour en Algérie j'ai remarqué que dans les perforations d'ulcères l'intervention était assortie d'une mortalité excessive j'ai donc institué la pratique systématique de la dialyse péritonéale avec succès.

Il y a nécessité de créer un enseignement de chirurgie tropicale.

Commentaire du Général de Saint Julien

Exemple de Bamako où a été créé un institut exceptionnel.

Commentaire de JF Mercier

Création d'une section de chirurgie solidaire à l'Académie de Chirurgie.

Réponses aux intervenants

Les commentaires des intervenants favorables à la démarche de l'auteur et de « Chirurgie Solidaire » ne suscitent aucune question. Un consensus se dégage en faveur de la création, au sein de l'Académie, d'une commission de formation chirurgicale solidaire.

Références

1. Breitenstein S, Rickenbacher A, Berdajs D, Puhan M, Clavien PA, Demartines N. Systematic evaluation of surgical strategies for acute malignant left-sided colonic obstruction. *Br J Surg* 2007 ; 94 : 1451-60.
2. Fielding LP, Stewart-Brown S, Blesovski L. Large bowel obstruction caused by cancer : a prospective study. *Brit Med J* 1979 ; 280 : 515-7.
3. Champault G. Les occlusions coliques. Etude rétrospective coopératrice de 494 cas. *J Chir* 1983 ; 120 : 47-56.
4. Mc Gregor JR, O'Dwyer PJ. The surgical management of obstruction and perforation of the left colon. *Surg Gynecol Obstet* 1993 ; 177 : 203-8.
5. Holcombe C. The need for a Chair of Tropical Surgery. *Br J Surg* 1990 ; 77 : 3-4.
6. Mondor H. Diagnostics urgents Abdomen Masson et Cie ; eds. Paris 1947.