



Les fistules gastro-jéjuno-coliques par ulcère anastomotiques

Gastro-jejuno-coliques fistula caused by recurrent

الناسور المعدي المعوي القولوني الناتج عن القرحة التوصيلية

B.Zakri, S. Lahmidani, A. Bouarhroum, H. O. El Malki, R.Mohsin, L. Ifrine, A. Belkouchi.

الملخص : مقدمة : بالرغم من أنها أصبحت نادرة منذ استعمال قطع المبهم في علاج قرحة المعدة، لا يزال الناسور المعدي المعوي القولوني يورى. هدفنا هو تقديم مجموعتنا، ودراستها من مختلف الجوانب السريرية، التشخيصية والعلاجية لهذه المضاعفة الجراحية المتندرة. أدوات وطرق : قمنا بدراسة استرجاعية للناسور المعدي المعوي القولوني على اثر قرحة توصيلية تم جمعها في قسم الجراحة «أ» من مستشفى ابن سينا في الرباط.

نتائج : جميع مرضانا، أجريت لهم عمليات جراحية لعلاج قرحة الاثني عشري، العملية الأولى عبارة عن توصيلية معدية معوية في ثلاث حالات، العلامات السريرية يهيمن عليها الإسهال وألم في البطن وفقدان الوزن. و أكدته التشخيص بواسطة حقنة شرجية الباريوم في ثلاثة مرضى. جميع مرضانا تم علاجهم بجراحة في آن واحد : في ثلاثة مرضى كان استئصال المعدة مع توصيلة معدية معوية، استئصال القولون المجزأ مع توصيلة نهائية لدى اثنين من المرضى. التطور كان جيدا.

خاتمة : بالرغم من الاختلافات السريرية، يعتمد تشخيص الناسور المعدي المعوي القولوني الناتج عن القرحة التوصيلية على التشخيص الإشعاعي. علاجه جراحي في آن واحد.

الكلمات الأساسية : القرحة التوصيلية، الناسور المعدي، المعوي القولوني.

Résumé : Introduction : Depuis la réalisation de la vagotomie dans le traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal, les fistules gastro-jéjuno-coliques par ulcère anastomotique deviennent de plus en plus rares.

Matériels et méthodes : Nous rapportons rétrospectivement six cas de fistules gastro-jéjuno-coliques par ulcère anastomotique qui ont été colligés entre 1969 - 2009.

Résultats : Tous nos patients ont été opérés pour ulcère duodénal. La première intervention consistait en une gastro-entro-anastomose isolée dans trois cas. Le tableau clinique était dominé par les diarrhées, les douleurs abdominales et l'amaigrissement. Le diagnostic a été confirmé par le lavement baryté chez trois malades. Tout nos patients ont été opéré en un seul temps, dont trois ont eu une gastrectomie avec anastomose gastro-jéjunale, la colectomie segmentaire avec anastomose termino-terminale était nécessaire chez deux patients. L'évolution était simple chez tous nos patients.

Conclusion : Malgré leurs différents aspects cliniques, les fistules gastro-jéjuno-coliques par ulcère anastomotique sont de diagnostic radiologique. Le traitement est chirurgical et la cure en un seul temps est de choix.

Mots clés : ulcère anastomotique, fistule gastro-jéjuno-colique.

Abstract : Objective: Gastro-jejuno-colic fistula caused by recurrent ulcer was a frequent complication of surgery for peptic ulcer. Since the completion of the vagotomy in the surgical treatment of this pathology, gastr-jejuno-colic fistula is becoming increasingly rare but continues to see. We try to study different profiles: clinic, diagnostic, and therapeutic of this complication.

Patients and methods : six cases of gastro-jejuno-colic fistula caused by recurrent ulcer were studied retrospectively between 1969 and 2009 .

Results : all the patients were operated for duodenal ulcer; the first intervention consisted of gastro-entro-anastomosis alone in three cases. Clinical presentation was dominated by diarrhea, abdomen pain and weight loss. Fistula was demonstrated on barium enema in three patients. All our patients had a one stage resection and repair of the fistula by gastro-jejunal anastomosis in three cases; segmental resection of the colon was done in two cases; postoperative recovery was simple.

Conclusion: in spite of varied clinical presentation, gastro-jejuno-colic fistula caused by recurrent ulcer can be readily diagnosed by barium enema. A one stage resection is the procedure of choice.

Key Words : recurrent ulcer, gastro-jejuno-colic fistula.

Tiré à part : B.Zakri : Service Clinique chirurgicale « A » Hôpital Ibn Sina - CHU de Rabat - Salé - Maroc.

Introduction

La fistule gastro-jéjuno-colique, est une complication grave des ulcères anastomotiques, elle survient après une anastomose gastrojejunaie avec ou sans résection gastrique, aboutissant à la création d'un trajet fistuleux entre l'estomac, le jéjunum et le colon transverse. Certes devenues rares, ces fistules continuent de se voir et posent problème d'attitude thérapeutique. Notre objectif est de rapporter notre série et d'étudier les différents aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques d'une complication chirurgicale historique de l'ulcère gastro-duodénal .

Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective sur période allant de 1969 à 2009, portant sur tous les dossiers avec fistule digestive interne. Et après avoir éliminé d'autres étiologies : inflammatoire (Crohn), néoplasique, infectieuse, et post opératoire, six cas de fistules gastro-jéjuno-coliques par ulcères anastomotiques ont été retenus sur un ensemble d'opéré pour ulcère bulbaire.

Résultats

Tous nos patients étaient de sexe masculin, l'âge moyen est de 43ans (32 – 52 ans). Ils étaient tous opérés dans d'autres centres, en dehors du CHU de Rabat, pour ulcère duodénal. Trois cas ont bénéficié d'une gastro-entéro-anastomose seule, associée dans les trois autres cas à une résection gastrique.

Le délai moyen de survenue des symptômes de la fistule après la première intervention est de 7 ans (5 – 28 ans).

Les diarrhées et les douleurs abdominales ont été notées chez quatre malades ; des éructations fétides sans vomissements chez deux patients et l'amaigrissement chez cinq patients. Deux patients étaient en mauvais état général avec dénutrition sévère et des œdèmes des membres inférieurs ayant nécessité une alimentation parentérale exclusive préopératoire.

La biologie montrait une hypoprotidémie chez quatre malades, une anémie hypochrome microcytaire chez deux patients.

La fibroscopie oeso-gastroduodénale effectuée chez

cinq malades, a révélé la récurrence de l'ulcère anastomotique dans deux cas sans objectiver la fistule.

Le lavement baryté effectué chez tous nos patient a objectivé le trajet fistuleux entre l'estomac et le colon transverse.

Tous nos patients ont été opérés en un seul temps. Trois d'entre eux ont eu une gastrectomie avec anastomose gastro-jéjunale type Finsterer. Dans les trois autres cas il a été réalisé une gastrectomie partielle avec anastomose gastroduodénale type Péan (deux cas) et une gastrectomie subtotale avec une anse jéjunale en Y (un cas). La résection du colon transverse avec anastomose termino-terminale était nécessaire chez deux malades du fait de l'étendue de la perte de substance, alors que la suture de la brèche colique après avivement des berges était suffisante dans les autres cas.

Les suites opératoires immédiates étaient simples avec une durée moyenne d'hospitalisation de onze jours. Les suites lointaines étaient marquées chez un patient par la survenue du syndrome de l'anse afférente, cinq ans après l'intervention, le malade a été réopéré avec des suites simples. Le recul moyen est de 18 mois (50 jours – 5 ans).

Discussion

Depuis longtemps, la fistule gastro-jéjuno-colique était une complication fréquente de la chirurgie de la maladie ulcéreuse gastroduodénale. Actuellement, depuis la découverte de l'hélicobacter pylori et l'avènement de la trithérapie le recours à la chirurgie pour traiter l'ulcère duodénal est devenue exceptionnel [1].

Les fistules gastro-jéjuno-coliques sont secondaires à l'évolution d'un ulcère peptique anastomotique sur le versant jéjunal d'une anastomose gastrojéjunale avec création d'une réaction inflammatoire qui peut progressivement éroder la paroi colique au contact [2]. La formation de ce type de fistule est lente et peut nécessiter jusqu'à 4 à 20 ans [2].

Tous les auteurs [3] s'accordent sur la nette prédominance masculine de cette complication dont la fréquence est difficile à préciser. Cependant si on rapporte l'incidence des fistules gastro-jéjuno-coliques au nombre des ulcères anastomotiques celle-ci se situe entre 8,6 et 22,4 % [3-4].

Chez nous, sur une période de trente six ans, nous avons enregistré 19 cas d'ulcères anastomotiques dont six sont fistulisés dans le colon transverse, soit un taux de 30 %.

La gastro-entéro-anastomose postérieure isolée, autre fois largement utilisée dans le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal, réalisée chez les 6 patients, reste pour la majorité des auteurs la plus grande pourvoyeuse des fistules gastro-jéuno-coliques [5-6]. Surtout s'il n'y a pas eu de vagotomie ou une vagotomie incomplète, due à des difficultés opératoires ou à une variation anatomique: exemple division haute du nerf vague antérieur, d'où l'intérêt de vérifier toujours si la vagotomie était complète.

Pendant longtemps on n'a cru que la diarrhée résulte du passage direct des aliments de l'estomac vers le colon transverse [7]. En 1936 un fait radiologique constaté par Pfeifer et Kent a montré que la fistule ne fonctionnait que dans un seul sens du colon vers l'estomac, ce fait a été confirmé expérimentalement en 1946 par Kiskaddon et coll. [8], c'est la régurgitation du contenu colique dans l'estomac qui est responsable de la diarrhée, et par conséquent de la malabsorption intestinale.

Le délai entre la première intervention et le développement de la fistule varie de quelque mois à plusieurs années [8].

Les manifestations cliniques de la fistule gastro-jéuno-colique restent dominées par la diarrhée le signe le plus fréquent plus de 80 % [figure 1]. Le nombre des selles est important, et il s'agit de selles liquidiennes [3].

Figure 1 : Symptômes des fistules gastro- jéuno-coliques : expérience de la Mayo clinic

SYMPTÔMES	NOMBRE TOTAL = 76 PATIENTS	100 %
Diarrhée	63	83
Perte pondérale	62	82
Douleurs	31	41
Eructation fécaloïdes	22	29
Vomissements fécaloïdes	20	26
Malnutrition sévère	11	15
Méléna	3	4
Vomissements (non fécaloïdes)	3	4
Méléna, hématomèse	2	3

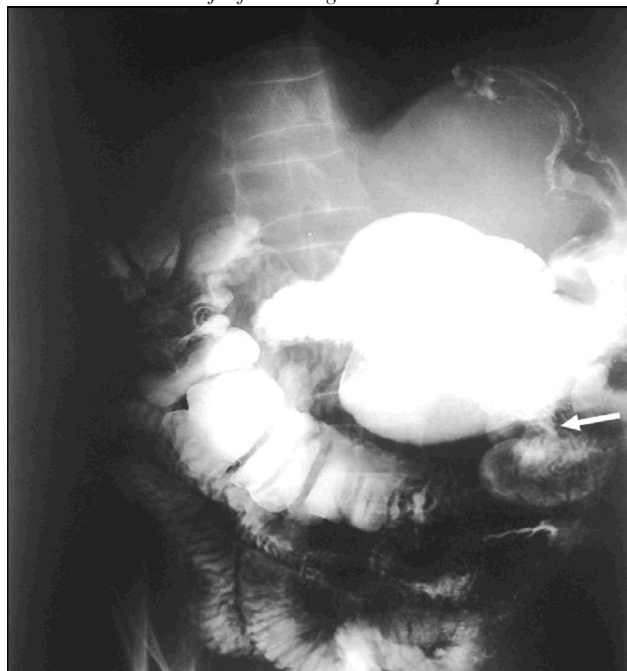
Les vomissements fécaloïdes ainsi que l'halène fétide ont une grande valeur diagnostique. D'autres signes peu spécifiques peuvent être rencontrés comme les douleurs abdominales et l'hémorragie digestive.

L'amaigrissement est le signe physique majeur de ces fistules (33 – 100 %), quasi constant chez nos malades, avec état de dénutrition sévère chez deux patients. L'examen clinique est généralement pauvre. Il peut détecter d'autres symptômes en rapport avec la malabsorption intestinale.

La biologie vise surtout à apprécier le retentissement de ces fistules sur l'état général du patient. Une hypoprotidémie et une anémie sont fréquemment rencontrées.

Le lavement baryté a pour but de confirmer le diagnostic des fistules gastro-jéuno-coliques dans 95 à 100 % des cas (figure 2). Le transit oeso-gastro-duodénal est moins performant que le lavement baryté (20 à 38 % des cas) [5, 6, 9, 10] mais il peut objectiver l'ulcère anastomotique (figure 3).

Figure 2 : Transit oeso-gastro-duodénal ,mise en évidence d'un trajet fistuleux gastro-colique



La fibroscopie oeso-gastro-duodénale montre l'ulcère anastomotique en cause ou la présence de matières fécales au niveau de l'estomac. Dans certaines études [6,10] la fibroscopie oeso-gastro-duodénale a pu objectiver la

Figure 3 : Lavement colique avec opacification gastrique [17].



Figure 4 : TDM abdominale mettant en évidence un trajet fistuleux [1]



fistule gastro-jéjuno-colique dans plus de 70 % des cas. Chose qui n'a pas été vérifiée chez nos patients. Certaines fistules gastro-jéjuno-coliques ont été diagnostiquées par la réalisation simultanée de la fibroscopie oeso-gastro-duodénale et de colonoscopie.

La tomодensitométrie couplée à une opacification digestive haute, s'ajoute à l'arsenal radiologique diagnostique de cette complication. Elle permet de dresser le bilan lésionnel en mettant en évidence le trajet fistuleux [1] (figure 4). L'apport du scanner dans le diagnostic de cette maladie n'avait pas été relaté dans la littérature du fait de

l'ancienneté des cas publiés, ce qui était le cas dans nos observations.

Le traitement des fistules gastro-jéjuno-coliques par ulcère anastomotique est chirurgical, mais l'importance des diarrhées entraîne chez certains patients une profonde altération de l'état générale ce qui les rend inaptes à subir une intervention chirurgicale dans l'immédiat, d'où la nécessité d'une réanimation préopératoire dont l'alimentation parentérale tient une place prépondérante.

Elles visent à corriger les troubles métaboliques, nutritionnels et hydro-électrolytiques. Cette assistance nutritionnelle a significativement améliorée le pronostic des fistules. Certains auteurs rapportent même une fermeture spontanée des fistules gastro-jéjuno-coliques après une nutrition parentérale exclusive associée aux anti-sécrétoires sans recourir au traitement chirurgical [6]. L'antibiothérapie n'est pas toujours nécessaire à moins qu'une infection concomitante soit présente [11].

Plusieurs interventions ont été tentées [9, 12, 13, 14]. Grâce aux progrès réalisés en réanimation et à une meilleure connaissance en matière d'alimentation parentérale et des troubles hydro-électrolytiques, beaucoup d'auteurs préfèrent actuellement le traitement chirurgical en un seul temps avec triple résections gastro-jéjuno-colique suivi de rétablissement immédiat de la continuité digestive. Cette méthode a l'avantage d'assurer la guérison de la fistule et celle de l'ulcère sans multiplier les temps opératoires et sans alourdir les suites opératoires. Ainsi le taux de mortalité a considérablement baissé : variant de 0 à 2,6% [15, 16]. Concernant la récurrence ulcéreuse, elles varient de 0,6 à 4,3 % [5,16].

Conclusion

Les fistules gastro-jéjuno-coliques, depuis l'abandon des résections gastriques pour ulcère, sont devenues de plus en plus rares. Elles correspondent à l'évolution ultime des ulcères peptiques après anastomose gastro-jéjunale. Le passage des matières fécales dans l'intestin grêle est responsable d'une entérite sévère avec diarrhées et malabsorption. Un diagnostic précoce est possible grâce aux progrès de l'imagerie actuelle. Une prise en charge chirurgicale en un seul temps après correction des troubles nutritionnels est le meilleur choix.

Références

1. Heykal .B, Daghfous. A, Makani. A, Jouini. M, Chebbi. F, Bensafra. Z. Fistule gastrojéjunocolique d'origine ulcéreuse : à propos d'une complication historique. La presse médicale tome 37 ; N 812 ; décembre 2008
2. Terryn a.F, Mabrut a J-Y, Olagne a. E, Gignoux .B, Garbit . and al. Fistule gastro- jéjunocolique : prise en charge originale de deux patients .Annales de chirurgie 130 (2005) 491–494.
3. Khalil. S , Nahra. S, Issa . S : “Gastro-jéjuno-colic fistulas”. the American journal of proctologie 1972 ; june: 245-252.
4. Nyhus. L.M. Récurrent ulcers. In : Nyhus LM, Was-tell C (Eds). Surgery of stomach and duodenum. London :J & A churchill 1977 ; 523-36.
5. Lahey F.H, Swinton N.W. Gastrojejunocolic fistula. Surg Gynecol Obstet 1935 ; 6 : 599-612.
6. Subramaniasivam. N, Ananthakrishnan. N, Kate. V : “Gastro-jejuno-colic fistula Flowing surgery for peptic ulcer.” Trop Gastro-enterol 1997 ; 18(4) : 183-87.
7. Sorensen. B.M. Non malignant gastro-intestinal short circuit. Acta chair Scand, supplement 1969 ; 396 : 67-70.
8. Kiskaddon .R.M, Templeton .F, Renshaw .R. Gastro-colic fistula : A new concept of Pathologic physiology. Mechanisms of production of the syndrome. Cleveland Clin Quart 1947 ; 14 : 94-9.
9. Localio. S.A, Stone .P. Gastrojejunocolic fistula. Surg Gynecol Obstet 1953 ; 96 : 455-62.
10. Tavenor. T, Smith. S, Sullivan S. Gastrocolic fistula. A review of 15 cases and an update of the literature. J Clin Gastro-Enterol ; 16 : 189-91.
11. Couinaud. C, Descamps. “La dérivation colique dans les fistules gastro-jéjuno-coliques”. La presse médicale 1958 ; 66(24) : 542/543.
12. Marshall.S.F. and knud-hansen.J : Gastrojejunocolic and gastrocolic fistulae. Ann Surg 1957 ; 145 : 770-782.
- 13.- Atwater. J.S, Butt.H.R, Priestley.J.T. : Gastrojejunocolic fistulae : with special reference to associated nutritional deficiencies, and certain surgical aspects. Ann Surg 1946 ; 117 : 414-426.
14. Pfeiffer .D.B, Kent. E.M. Value of preliminary colostomy in correction of gastrojejunocolic fistula. Ann Surg; 110 : 659-68.
15. James.H, frank. C.D, Donald. R : “ Gastrocolic and gastrojejunocolic fistulae. Report of twelve cases and review of the literature”. Ann surg March 1975 ; 181(3) : 376-380.
16. Barber .K.W, Waugh .M.J, And Priestly .J.T. Operations in one stage for Gastrojejunocolic fistula. Surg Clin North Am 1962 ;42 :1443-9.
17. Terryn. F, Mabrut. J-Y., Olagne. E, Gignoux. B, De La Roche. E, Adham. M. Fistule gastrojéjunocolique : prise en charge originale de deux patients. Annales de chirurgie 130 (2005) 491–494.