

PRISE EN CHARGE DES FISTULES ENTERO-CUTANÉES POST-OPERATOIRES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIBREVILLE (GABON).

MANAGEMENT OF POST-OPERATIVE ENTEROCUTANEOUS FISTULAS AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF LIBREVILLE (GABON).

K dyatta mayombo^{1,2}, F mvé ndong¹, S ipouka doussiémou^{1,2}, nguele ndjota^{1,2}, F mbana boukoulou^{1,2}, S tchoba¹, M sounene arondo¹, K diallo^{1,2}.

1- Service de Chirurgie Viscérale, Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (Gabon)

2- Département de Chirurgie, Faculté de Médecine, Université des Sciences de la Santé d'Owendo-Libreville (Gabon)

Correspondant : DYATTA MAYOMBO Kévin Tel: +241 6623 2267 Email : dyattamayombokc@gmail.com

RESUME

But : Etudier les FECPO au service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier universitaire de Libreville.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective réalisée sur une période de 7 ans au service de chirurgie viscérale du CHU de Libreville. Les dossiers de patients hospitalisés présentant une fistule entéro-cutanée post-opératoire (FECPO) d'une chirurgie abdominale étaient retenus. L'affection initiale, les diagnostics pré et per opératoires, les gestes chirurgicaux, les suites opératoires étaient les paramètres analysés.

Résultats : 20 cas de FECPO étaient retenus. La péritonite aiguë généralisée était l'affection initiale retrouvée dans 8 cas. Une réanimation hydroélectrolytique était instituée et les ralentisseurs du transit étaient utilisés dans 20 cas. Une antibiothérapie probabiliste était instituée dans 20 cas. La laparotomie médiane était la voie d'abord dans 20 cas. La résection grélique avec anastomose termino-terminale étaient réalisées dans 10 cas et la colostomie selon Hartmann était réalisée dans 4 cas. L'évolution était favorable dans 9 cas. Des complications étaient représentées entre autres par 3 cas de

suppurations du site opératoire et 2 cas de récurrence de fistule. Trois cas de décès étaient enregistrés dans un tableau de défaillance multi-viscérale et choc septique soit une mortalité de 15%.

Conclusion : La FDECPO est une complication redoutable en chirurgie digestive. Le traitement peut être médical non opératoire. Le traitement chirurgical est l'option de choix dans notre contexte, reposant sur la résection-anastomose et la stomie. En cas de réintervention, les complications sont nombreuses et la mortalité demeure non négligeable.

Mots clés : Fistule – résection – anastomose - colostomie

ABSTRACT

Aim: To study postoperative enterocutaneous fistulas (PEFs) in the Visceral Surgery Department of the Libreville University Hospital.

Materials and Methods: This was a descriptive, retrospective study conducted over a 7-year period in the Visceral Surgery Department of the Libreville University Hospital. The records of hospitalized patients with postoperative enterocutaneous fistulas (POECF) following abdominal

surgery were selected. The initial condition, pre- and intraoperative diagnoses, surgical procedures, and postoperative outcomes were analyzed.

Results: 20 cases of POECF were retained. Generalized acute peritonitis was the initial condition found in 8 cases. Hydroelectrolytic resuscitation was instituted and transit retarders were used in 20 cases. Probabilistic antibiotic therapy was instituted in 20 cases. Midline laparotomy was the exclusive approach. Small bowel resection with end-to-end anastomosis was performed in 10 cases and Hartmann colostomy was performed in 4 cases. The evolution was favorable in 9 cases. Complications were represented among others by 3 cases of suppuration of the surgical site and 2 cases of replasty. Three cases of death were recorded in a table of multi-organ failure and septic shock, representing a mortality of 15%.

Conclusion: Fistula fibrositis is a serious complication in digestive surgery. Treatment can be non-operative or medical. Surgical treatment is the preferred option in our context, based on resection-anastomosis and stoma. In cases of reoperation, complications are numerous and mortality remains significant.

Keywords: Fistula, resection, anastomosis, colostomy

INTRODUCTION

Les fistules entéro-cutanées post-opératoires (FECPO) peuvent compliquer tout acte chirurgical intéressant le tube digestif ou l'un de ses organes annexes [1]. Elles posent des problèmes de prise en charge post-opératoire et leur incidence peut varier de 1 à 30 % selon le type d'intervention initiale [2]. Cette affection étant très grave au regard de son taux de mortalité élevé, un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et adaptée devraient permettre de réduire cette mortalité [1, 2].

La prévention des FECPO impose le respect des règles précises des techniques chirurgicales et leur prise en charge pluridisciplinaire justifie la mise en œuvre de mesures thérapeutiques bien codifiées [3]. La prise en charge de cette affection est complexe en Afrique, et le taux de mortalité lié aux fistules digestives varie entre 10 et 30% [4].

Au Gabon, peu d'études ont été consacrées à cette complication redoutable de la chirurgie digestive. Les constatations liées notamment à l'augmentation du nombre de cas de FECPO ces dernières années et leur absence relative dans la littérature locale, nous ont conduit à mener ce travail qui avait pour but d'étudier les FECPO au service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier universitaire de Libreville (CHUL).

MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique réalisée sur une période de 7 ans allant du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2023 au service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier Universitaire de Libreville. Tous les dossiers de patients hospitalisés, opérés ou non dans le service, présentant une fistule digestive étaient inclus. Les dossiers des patients présentant une fistule digestive spontanée étaient exclus. Les dossiers de patients ayant une fistule entéro-cutanée post-opératoire (FECPO) d'une chirurgie de l'abdomen étaient retenus, qu'elle soit associée ou non à une péritonite post-opératoire (PPO).

Les données étaient recueillies à partir des dossiers médicaux, des comptes-rendus opératoires, des registres du bloc opératoire. Ces données étaient consignées sur une fiche de recueil. L'affection initiale, les diagnostics pré et per opératoires, les gestes chirurgicaux, les suites opératoires et la durée d'hospitalisation étaient les paramètres relevés, saisis et analysés avec les logiciels Microsoft Excel 2016. Celles-

ci étaient exprimées en effectif et de pourcentage.

RÉSULTATS

Vingt (20) dossiers de patients présentant une FECPO, associée ou non à une collection intrapéritonéale, étaient colligés.

La péritonite aigue généralisée (PAG) était l'affection initiale retrouvée dans 8 cas, suivie de l'occlusion intestinale aigüe (OIA) dans 5 cas. (Tableau I). Lors de l'intervention initiale, 6 patients avaient bénéficié d'une résection-anastomose (Tableau I).

Le délai diagnostique de la FECPO était inférieur à 5 jours dans 9 cas et était compris entre 6 et 9 jours dans 11 cas. Le type de sécrétion extériorisée était fécaloïde dans 12 cas. L'écoulement fécaloïde était associé à une collection intrapéritonéale dans 3 cas. Dans 15 cas, le débit quotidien de la fistule était supérieur à 500 ml. (Tableau II).

Une réanimation avec apports hydro-électrolytiques était instituée dans 20 cas. Une transfusion de culot érythrocytaire était réalisée chez 10 patients. Les ralentisseurs du transit étaient utilisés dans 20 cas. La nutrition parentérale était limitée à l'apport d'acides aminés par voie veineuse périphérique et complétée par apport en vitamines dans les 20 cas. Une antibiothérapie probabiliste était instituée chez les 20 patients et l'association Ceftriaxone-métronidazole était utilisée dans 13 cas, suivie de l'association Quinolone-métronidazole dans 5 cas et l'association Ceftriaxone-métronidazole-gentamycine était utilisée dans 2 cas.

La reprise chirurgicale exploratrice avait été indiquée dans 17 cas. Dans 3 cas, les patients avaient reçu un traitement médical avec appareillage de la fistule à l'aide d'une poche de colostomie et surveillance. La présence d'une collection intrapéritonéale associée à la FECPO était la cause de la reprise dans 3 cas. La production de la fistule supérieure à 500ml après plus de 5 jours dans 14 cas, associée à l'altération de

l'état général dans 8 cas, était également un argument indiquant une reprise chirurgicale. La reprise était intervenue entre le 10^e et le 15^e jour après le diagnostic de la FECPO pour les 17 cas.

La laparotomie médiane sous anesthésie générale était la voie d'abord dans les 17 cas réopérés. La fistule concernait le grêle dans 12 cas et le côlon dans 5 cas. Sur le grêle, la résection avec anastomose terminoterminal était réalisée dans 10 cas et l'iléostomie dans 2 cas. Concernant les fistules coliques, la colostomie selon Hartmann était réalisée dans 3 cas et 2 cas avait bénéficié d'une résection-anastomose colique (Tableau III).

L'évolution était favorable dans 9 cas. Des complications étaient observées dans 11 cas : 3 cas de suppurations du site opératoire, 3 cas de lâchages des sutures pariétales, 2 cas de récurrence de fistule et le sepsis était présent dans 3 cas. L'ensemble des complications est listé dans le tableau IV. Trois cas de décès étaient enregistrés dans un tableau de défaillance multiviscérale et choc septique soit une mortalité de 15%.

DISCUSSION

La FECPO est une entité pouvant compliquer toute chirurgie abdominale. Son diagnostic repose sur la présence d'un écoulement par la plaie opératoire. Le délai moyen d'apparition de la FECPO est variable d'une série à l'autre mais il ne dépasse rarement les 10 jours post-opératoires [5, 6]. Le siège de la fistule est grêlique dans la majorité des cas observés, corroborant ainsi les constats de la littérature [7, 8]. La pathologie initiale et le type d'intervention expliqueraient cet état de fait.

Le débit journalier de la fistule supérieur à 500ml par jour et l'aspect fécaloïde liquidien orientent vers une origine grêlique de la FECPO. Lukwamirwe [9] et Li [10] avaient retrouvé une majorité de fistules à haut débit comme dans la présente série. Le

débit est fortement lié à la localisation de la fistule [10] ; il est haut en cas de localisation grêlique et bas en cas de localisation colique. Dans le contexte de l'étude, le haut débit de la fistule confirmait une localisation grêlique. Tous les patients ont bénéficié d'une vitaminothérapie parentérale, d'une réhydratation et d'apports en acides aminés. Cette procédure a été utilisée par Kaimba et al [4] chez qui tous les patients ont bénéficié d'une nutrition parentérale assurée par l'administration du Périkabiven® par voie veineuse tous les 2 jours complétée par un régime hyper-protidique par voie orale (bouillie enrichie, préparée à base de sorgho, d'arachide et de haricot), de mixture de poisson, d'œufs et de pomme de terre).

De façon générale, les principales composantes de ce traitement médical sont : la compensation des pertes hydro-électrolytiques, la diminution du débit de la fistule digestive, la correction des éventuelles surinfections, et la prise en charge nutritionnelle [11]. Le traitement anti-sécrétoire de type somatostatine et de l'alimentation parentérale exclusive occasionnent la fermeture de la fistule digestive post-opératoire plus précocement. La réalimentation parentérale totale peut significativement tarir les sécrétions digestives, entraînant une fermeture précoce de la fistule [12]. Dans cette série, l'alimentation parentérale n'a pu être utilisée à cause de son coût relativement élevé, ce qui entraîne un retard de fermeture de la fistule dans la plupart des cas. L'alternative prescrivant l'usage de la loperamide comme ralentisseur de transit, a été préférée dans cette série, avec une efficacité acceptable. Cette attitude a également été utilisée dans la série de Kaimba et al [4], avec des résultats comparables. Par ailleurs, tous les patients dans cette étude avaient reçu un inhibiteur de la pompe à proton à dose préventive. Ce résultat est superposable à ceux retrouvés par Zheng et al [13] qui avaient mis respectivement 77% de patients sous inhibiteurs de la pompe à protons afin de

prévenir l'ulcère de stress. L'antibiothérapie probabiliste a été réalisée chez tous les patients comme préconisée également par Touré et al [12].

L'abstention chirurgicale était préconisée en première intention avec cependant un taux d'échec significatif expliquant la reprise chirurgicale. Néanmoins, la fermeture spontanée de la fistule était observée chez un dixième de patients avec cette attitude. Ce résultat est comparable à celui de Koné et al [14], qui ont utilisé le traitement non opératoire, procédure de choix dans la FECPO correctement drainée sans retentissement clinique important.

Touré et al [12], préconisent la ré-intervention chirurgicale en première intention, en cas de péritonite aiguë généralisée post-opératoire ou, en deuxième intention, après échec d'une tentative de traitement médical. Dans le même contexte, Musapud et al [5] ont comparé l'efficacité de différentes techniques chirurgicales dans la prise en charge des FECPO. Lagoutte et al [15] ont ressorti des critères de reprise et le choix de traitement chirurgical ou médical en fonction de la sévérité des signes septiques, de la durée d'écoulement de la fistule, de l'état général du patient ainsi que le débit fistuleux. La rapidité de prise en charge et notamment de la décision de reprise chirurgicale si elle est nécessaire est essentielle dans le cadre des fistules post-opératoires [16].

La voie d'abord réalisée chez l'ensemble des patients est la laparotomie. Le choix de la laparotomie s'expliquerait par sa meilleure maîtrise pratique par l'équipe chirurgicale, une meilleure visualisation de la cavité abdominale et donc le diagnostic de la fistule. Dans cette étude trois quarts des patients ont été réopérés. En cas de FECPO, la technique la plus réalisée était la résection iléale avec anastomose iléo-iléale termino-terminale, et la résection colique avec colostomie selon la manœuvre de Hartmann. Ce résultat est semblable à celui retrouvé par Touré et al [12] avec une reprise chirurgicale réalisée pour plus de la

moitié des patients mais aussi dans l'étude de Lynch [17], dans laquelle 84% des patients ont bénéficié d'une résection-anastomose et 16% ont bénéficié d'une confection d'une stomie. Certains auteurs rapportent que la meilleure façon de réparer les fistules est la résection intestinale avec anastomose immédiate s'agissant du grêle [3]. D'autres en revanche préconisent une stomie digestive (colostomie ou iléostomie) afin de dériver le transit ou de protéger une anastomose en aval [18]. En définitive l'état des tissus et les habitudes du chirurgien seront les éléments déterminant de la prise de décision thérapeutique.

Sur le plan évolutif la moitié des patients ont présenté des complications parmi lesquelles, la surinfection de la plaie opératoire, le lâchage de sutures pariétales et le sepsis. Andrzej et al [19] et Owen et al [20] mettaient en évidence les complications septiques chez près de la moitié des cas.

La surinfection du site opératoire occupe la première place dans les complications de la FECPO dans cette série, ce qui pourrait s'expliquer par la souillure initiale liée à la fistule et à l'asepsie insuffisante dans la prise en charge chirurgicale, durant laquelle les soins apportés à la paroi doivent être très observés. Les cas de récurrence de fistule rencontrés peuvent être liés à une mauvaise évaluation technique au moment de la reprise chirurgicale mais aussi à l'état nutritionnel du patient.

La mortalité autour de 15% est superposable à celle retrouvée par Toure et al [12] et par Haffejee [21], qui objectivaient respectivement une mortalité de 19% et 13%. Elle était consécutive à des défaillances organiques secondaires à un sepsis, comme le retrouvent aussi Andrzej [19] et Owen [20]. En cas de FECPO, certains facteurs sont de mauvais pronostic tels que l'âge supérieur à 55 ans et le débit de la fistule [3, 22].

CONCLUSION

La FECPO est une complication redoutable en chirurgie digestive. Le traitement peut être médical non opératoire. Le traitement chirurgical est l'option de choix dans notre contexte, reposant sur la résection-anastomose et la stomie. En cas de réintervention, les complications sont nombreuses et la mortalité demeure non négligeable.

CONFLIT D'INTERET / CONSIDERATIONS ETHIQUES

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt. Ils ont participé à l'élaboration de ce travail à divers degrés et ont validé la version finale. L'anonymat des patients a été respecté tout au long du travail.

REFERENCES

1. **Soro K, Coulibaly A, Yapo Pet al.** Pronostic des fistules digestives post-opératoires au CHU de Yopougon, Abidjan / Côte d'Ivoire. Mali Med 2006; 4 :12-5.
2. **Seulin P, Carrere N, Bloom E et al.** Cancer de l'estomac : les changements dans la stratégie chirurgicale ont-ils une influence sur les résultats ? Etude rétrospective sur 20ans. AnnChir 2000 ;125 (2):131-6.
3. **Muhindo V, Kambale K, Makundo J et al.** Profil épidémiologique et thérapeutique des fistules digestives en ville de Butembo à l'est de la République Démocratique du Congo. Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin 2020; 34 :1-6.
4. **Kaimba B, Seid D, Doumtol E, Ndiaye K.** Evolution of Postoperative Digestive Fistula After Conservative Treatment: A Report of 18 Cases from Ndjamena. Health Res Afr 2023 ;1(4):38-42.

5. Musapud M, Mukakala A, Katambwa P et al. Epidemiological profile of post-laparotomy external digestive fistulas in two university hospital units in Lubumbashi. *J Clin Res* 2020 ; 6(4) :172-77.

6. Zida M, Ouangré E, Ouédraogo S, Traore S. Les fistules entéro-stercorales au CHU Yalgado Ouedraogo. *Rev Int Sci Med* 2012 ;14(1) :114-20.

7. Martinez J, Luque-de-Léon E, Mier J et al. Prise en charge systématique des fistules entérocutanées post-opératoires. Facteurs liés aux résultats. *J Surgery* 2008 ; 32(3) : 436-43.

8. Taggarshe D, Bakston D, Jacobs M, Mckendrick A, Mittal VK. Management of enterocutaneous fistulae : A 10 years experience. *World J Gastrointest Surg* 2010 ;2(7):242-6.

9. Lukwamirwe Vahamwiti A, Kabuyahya Kamenge E et Kamabu K. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fistules stercorales à l'hôpital de Matanda de Butembo, RDC. *PIRIG* 2017 ; 196-209.

DOI:<https://doi.org/10.57988/crig-2409>

10. Li J, Ren J, Zhu W, Yin L, Han J. Management of enterocutaneous fistula: 30 years clinical experience. *Chin Med J* 2013; 116(2):171-5.

11. Ghariani B, Houissa H, Sebai F et al. Diagnostic précoce du lâchage anastomotique après chirurgie colique. *Tunis Med* 2011; 89(2):174-8.

12. Toure AO, Konate I, Seck M et al. Les fistules anastomotiques (FA) post-colectomie au Service de Chirurgie Générale de l'hôpital Aristide le Dantec Dakar. *Pan Afr Med J* 2017 ;28 :11.

13. Zheng T, Xie HH, Wu XW et al. Investigation of treatment and analysis of prognostic risk on enterocutaneous fistula in China : a multicenter prospective study.

Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi 2019 ;22(11) :1041-1050.

14. Koné F, Singaré K, Soumaoro S, Cissé N, et al. Le traitement conservateur médical de la fistule œso-trachéale. *Pan Afr Med J* 2018 ;31:13. DOI : [10.11604/pamj.2018.31.13.15491](https://doi.org/10.11604/pamj.2018.31.13.15491)

15. Lagoutte N, Facya O, Ravoirea A et al. La Protéine C Réactive et la Procalcitonine dans la détection précoce de la fistule anastomotique après chirurgie colorectale réglée. *J Chir Visc* 2012;149(5):389-94.

16. Auboyer C. Guidelines of the SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation). Antibiotic combinations or monotherapy in surgery and surgical intensive care. Extracts relating to the 'visceral surgery' conference of experts. *J Chir* 2000 ;137:333-6.

17. Lynch A, Delaney C, Senagore A et al. Clinical outcome and factors predictive of recurrence after enterocutaneous fistula surgery. *Ann of Surg* 2004;240(5) 825-31.

18. Girard E, Messenger M, Sauvanet A et al. Diagnostic et prise en charge d'une fistule anastomotique en chirurgie digestive. *J Chir Visc* 2014 ; 151(6) : 455-65.

19. Andrzej K, Marek W, Wlodzimierz C. Surgical repair of small bowel fistulas: factors of complications or fistula recurrence. Department of general, gastroenterological and oncological surgery. *Medical Science Monitor* 2019 ; 25: 5445-52.

20. Owen R, Love T, Perez S et al. Traitement chirurgical définitif de la fistule entéro-cutanée : résultats d'une expérience de 23ans. *JAMA Surg* 2013; 148(2)118-26.

21. Haffeejee A. Surgical management of high output enterocutaneous fistulae: a 24-year experience, *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2004; 7(3): 309-16.

22. Kaur N, Minocha V. Review of a hospital experience of enterocutaneous fistula. *Gastroenterol* 2000; 21(4):197-200.

ANNEXE

Tableau I : Affections chirurgicales initiales et gestes opératoires effectués selon les cas.

Affection initiale	Effectif	Diagnostic per opératoire	Gestes
PAG / perforation caecale	2	2 Perforations caecales	2 Avivements des berges+ Caecoraphie
PAG / perforation iléale	1	1 Perforation iléale	1 Résection- Anastomose
PAG génitale	3	3 pelvipéritonites+ATO	3 mises à plat +lavage+drainage
PAG / perforation utéro-iléale post abortum	2	1 Perforation iléale 1 Perforation sigmoïdienne	1 Avivement +Iléoraphie 1 Avivement + Sigmoïdraphie
OIA sur bride probable	4	4 brides multiples	1 Résection- Anastomose 3 sections de bride
OIA	1	1 bride de novo	1 Section de bride
Myomes utérins	3	3 Myomatoses utérines	3 Myomectomies
Hernie inguinale étranglée	2	2 Incarcérations iléales nécrosées	2 Résection- Anastomose
Tumeur stromale gastro-intestinale	1	1 Tumeur jéjuno-iléale	1 Résection- anastomose
Cancer colique droit	1	1 Tumeur colique ascendante	1 Hémicolectomie droite idéale

Tableau II : Répartition des cas selon l'aspect et le débit de la FECPO

Aspect de la FECPO	Origine	Effectif	Débit quotidien
Fécaloïde liquidien	Iléon	12	9 D> 500ml 3 D<500ml
Fécaloïde liquidien + Abcès du Douglas	Iléon	3	1 D>500ml 2 D<500ml
Stercoral	Colon	5	5 D>500ml 0 D<500ml

Tableau III : Répartition des cas de FECPO en fonction de l'affection initiale, du diagnostic opératoire et des indications.

Affection initiale	Effectif	Diagnostic per opératoire	Indications
PAG / perforation caecale	2	2 Lâchages sutures caecales	2 Résections caecales + Anastomoses iléo-coliques
PAG / perforation iléale	1	1 Perforation iléale	1 Résection Anastomose
PAG / Abscès Tubo-Ovarien	3	3 Perforations iléales	2 Résections-Anastomoses 1 Surveillance
PAG / perforation utéro-iléale post abortum	2	1 Perforation iléale 1 Perforation sigmoïdienne	1 Iléostomie 1 Colostomie Hartmann
OIA sur brides	4	Lâchage sutures anastomotiques	3 Résections-Anastomoses 1 Surveillance
OIA sur brides de novo	1	1 Perforation iléale	1 Résection-Anastomose
Myomes utérins	3	1 Perforation iléale 2 Perforations sigmoïdiennes	1 Surveillance 2 Colostomie de Hartmann
Hernie inguinale étranglée+nécrose	2	2 Lâchage sutures anastomotiques	2 Résections-Anastomoses
Tumeur stromale gastrointestinale	1	1 Lâchage sutures anastomotiques	1 Résection - Anastomose
Cancer colique droit	1	1 Lâchage sutures anastomotiques	1 Iléostomie

Tableau IV : Répartition des cas selon l'évolution post-opératoire

Modalité évolutive	Effectif
Favorable	9
Infection site opératoire	3
Lâchage de suture (paroi)	3
Récidive de fistule	2
Sepsis	3
Décès	3