



Les nouvelles prises en charge en chirurgie digestive

Dr KNEPFLER, Dr HOUSSEAU,

Dr BIBLOCQUE et Dr KOUHRI

Service de chirurgie Digestive et Viscérale

CH Haguenau



Prise en charge de la lithiase vésiculaire

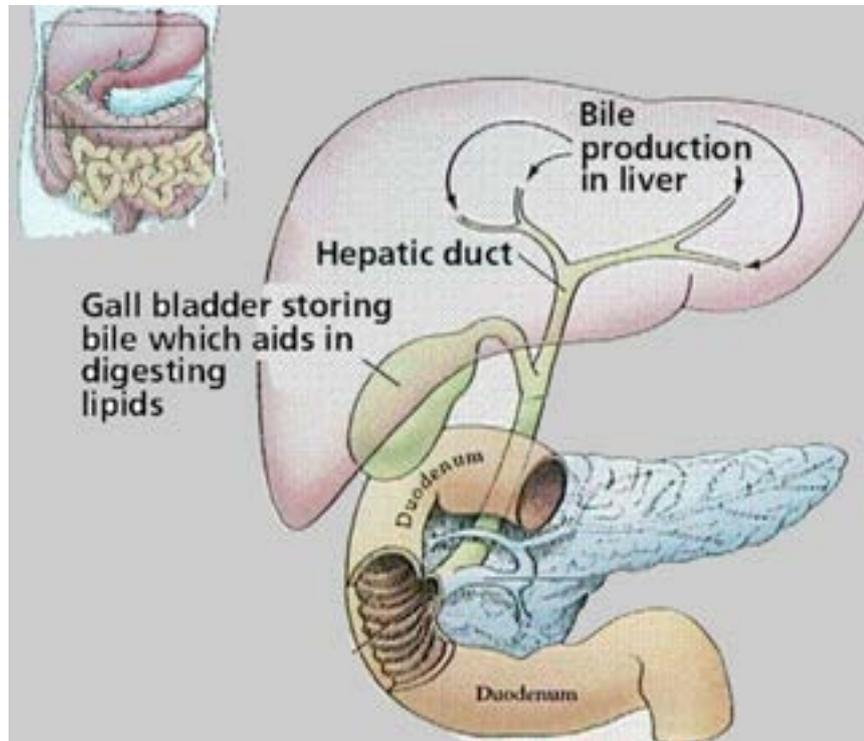
Dr KNEPFLER

Service de chirurgie Digestive et
Viscérale

CH Haguenau

Cholécysectomie

~ 100 000 cholécystectomies en 2010



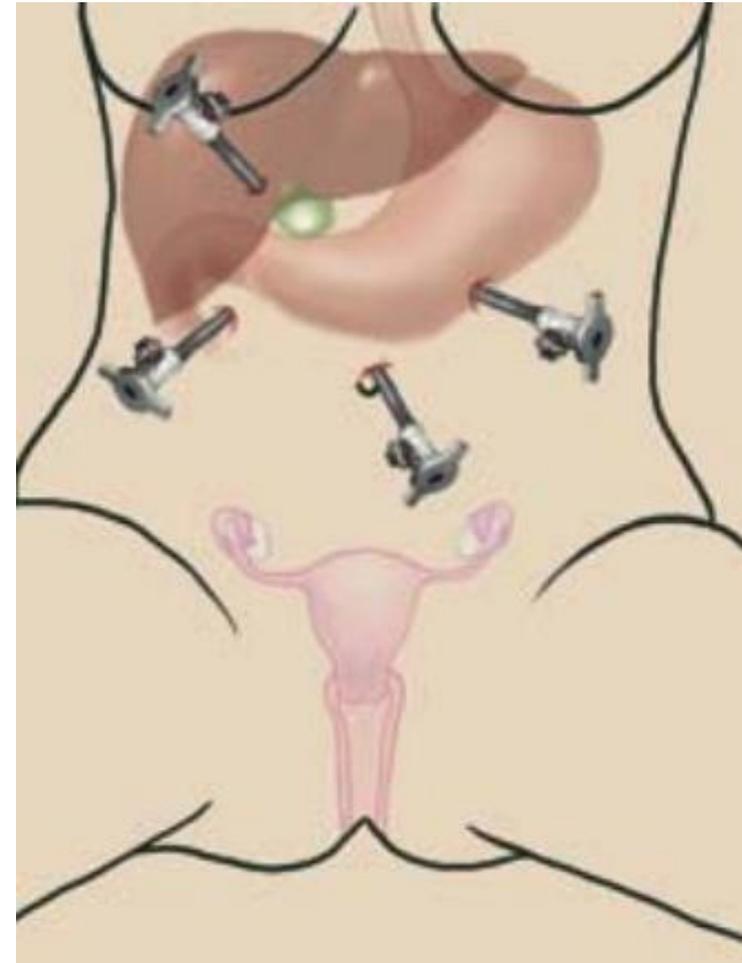
Cholécystectomie

- Voies d'abord
 - Laparotomie
 - **Cœlioscopie**
 - Voie classique
 - NOTES → voie vaginale
 - Single Port → voie ombilicale



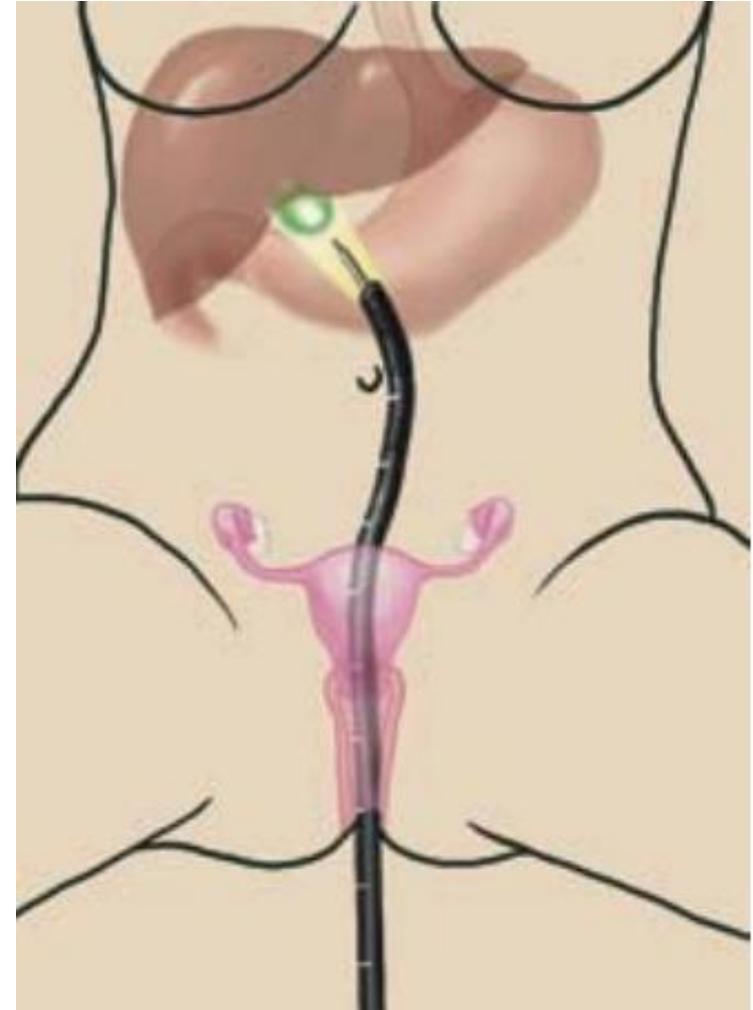
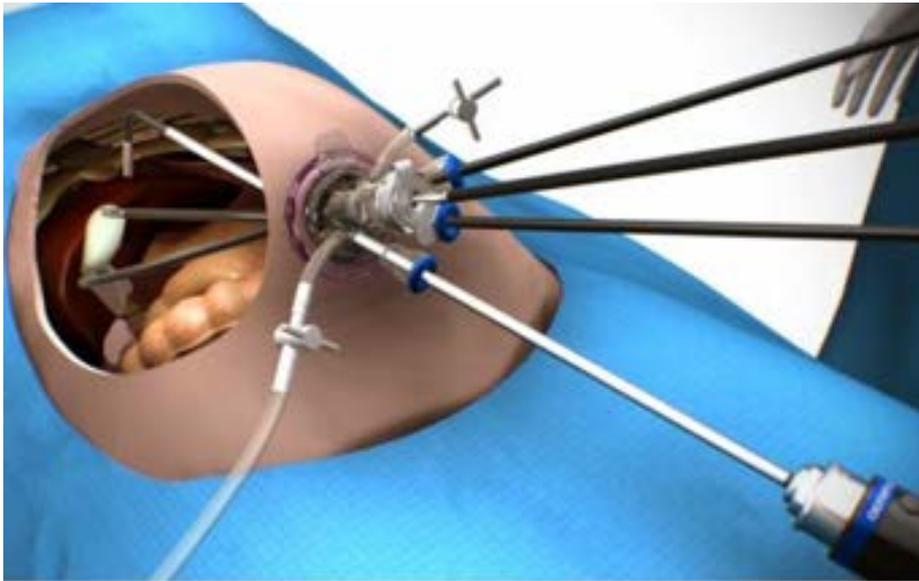
Cholécystectomie

- Laparoscopie – Coélioscopie
 - 1987 à Lyon
 - Moins de douleurs
 - Récupération plus rapide



Cholécystectomie

- NOTES – voie trans-vaginale
 - Peu pratiquée
- One port – Single port
 - Importante incision ombilicale



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

POINTS CLÉS & SOLUTIONS
&... PERTINENCE DES SOINS

Quand faut-il faire...
une cholécystectomie ?

Janvier 2013

Quand faut il faire une cholécystectomie ?

1. En cas de LITHIASE VÉSICULAIRE ASYMPTOMATIQUE, la cholécystectomie n'est pas indiquée de principe.

La lithiase sera alors qualifiée de découverte fortuite. Les douleurs abdominales diffuses et chroniques, la dyspepsie, les troubles de la digestion, les ballonnements, la migraine... ne sont pas des symptômes de la lithiase vésiculaire.

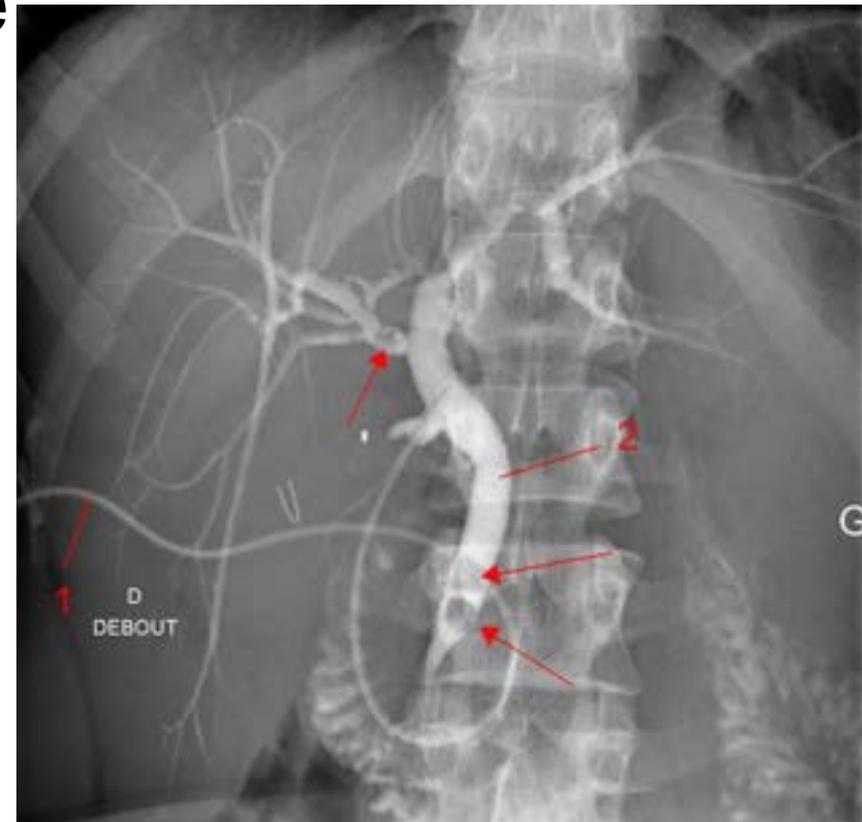
Quand faut il faire une cholécystectomie ?

LE POINT CLÉ : Qu'est-ce qu'une lithiase vésiculaire (a)symptomatique ?

Une douleur biliaire survient typiquement par crises et se caractérise par son apparition rapidement progressive dans l'épigastre ou dans l'hypochondre droit. Elle est d'intensité constante et dure spontanément d'une trentaine de minutes à quelques heures. Elle peut être suffisamment intense pour obliger le patient à interrompre son activité ou le réveiller. Elle peut irradier en héli-ceinture droite ou en bretelle. Elle peut être associée à des nausées ou vomissements.

La lithiase symptomatique c'est aussi :

- Colique hépatique
- Cholécystite aiguë
- Pancréatite aiguë lithiasique
- Lithiase du cholédoque



Quand faut il faire une cholécystectomie ?

2. En cas de LITHIASE VÉSICULAIRE SYMPTOMATIQUE, la cholécystectomie est indiquée.

Il appartient au chirurgien de valider l'indication de cholécystectomie, au vu des éléments cliniques, biologiques et d'imagerie. Il informe le patient des risques de la cholécystectomie. Il évalue avec lui, la balance bénéfices-risques de la cholécystectomie. Il assure la traçabilité de ces éléments dans le dossier patient.

Quand faut il faire une cholécystectomie ?

3. En cas de CHOLÉCYSTITE AIGUË, SANS DÉFAILLANCE VISCÉRALE, la cholécystectomie est recommandée le plus précocement possible.

Idéalement dans les 72 premières heures de l'évolution. Toute autre prise en charge (délai, contre-indication temporaire, modalités) doit être une décision concertée et tracée.

Quand faut il faire une cholécystectomie ?

4. En cas de CHOLÉCYSTITE AVEC DÉFAILLANCE VISCÉRALE, d'ANGIOCHOLITE GRAVE ou de PANCRÉATITE AIGUË BILIAIRE GRAVE, la décision de cholécystectomie et les modalités de mise en œuvre seront discutées de manière pluridisciplinaire.

Quand faut il faire une cholécystectomie ?

5. LES INDICATIONS DE CHOLÉCYSTECTOMIES EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES BILIAIRES

La cholécystectomie est indiquée, en raison du risque de cancer et en tenant compte de la balance bénéfices-risques, en cas de :

- polype de taille supérieure à 10mm ;
- vésicule dite « porcelaine ».

En l'état actuel des connaissances, **aucune recommandation** ne peut être faite en matière de **cholécystectomie prophylactique** :

- lors de la chirurgie bariatrique ;
- en cas de calculs de taille supérieure à 3 cm.

Quand faut il faire une cholécystectomie ?

- Toute lithiase vésiculaire symptomatique
 - Sans urgence
- Cholécystite aigue
 - Dans les 72h
 - Sinon 4 à 6 semaines après l'antibiothérapie
- Pancréatite aigue lithiasique
 - Durant le séjour pour une pancréatite non grave
 - A distance après une pancréatite grave (pseudo-kystes)

Quand faut il faire une cholécystectomie ?

- Polype vésiculaire de plus de 1cm
- Vésicule porcelaine



Que faire devant une perturbation du bilan hépatique

- Cytolyse et cholestase modérée dans les cholécystites aiguës
- Echographie → dilatation des VB
- Si dilatation des VB → cholangio IRM
- Si calcul du cholédoque → Sphinctérotomie endoscopique
- Chirurgie

Que faire devant une perturbation du bilan hépatique

- Ictère fluctuant : calcul de la VBP
→ Cholangio IRM
- Ictère constant : tumeur VB – Pancréas
→ Scanner TAP avec coupes millimétriques sur le pancréas.





Prise en charge de l'appendicite aigüe non compliquée

Dr KNEPFLER Thomas

Service de chirurgie viscérale et
digestive

HAS (2012)

3- Devant une douleur abdominale évocatrice d'une appendicite, l'absence concomitante d'une défense en fosse iliaque droite, d'une leucocytose supérieure à 10×10^9 cellules/L et d'une CRP supérieure à 8 mg/L rend le diagnostic d'appendicite aiguë peu probable.

4- Devant une douleur abdominale évocatrice d'une appendicite, la combinaison d'une défense en fosse iliaque droite à une leucocytose supérieure à 10×10^9 cellules/L et une CRP supérieure à 8 mg/L chez l'homme jeune rend le diagnostic d'appendicite aiguë très probable.

6- L'intérêt diagnostique de l'échographie paraît variable, opérateur et patient dépendant. Lorsque l'échographie visualise l'appendice, sa valeur diagnostique semble être importante. En revanche, la non visualisation de l'appendice ne permet pas d'exclure une appendicite.

HAS (2012)

7- Le scanner est performant pour établir le diagnostic d'appendicite ou pour l'exclure. L'indication de cet examen doit être posée en considérant son caractère irradiant.

8- La cœlioscopie exploratrice n'est pas à réaliser en première intention ; elle peut être proposée chez la femme jeune lorsque l'imagerie (échographie puis scanner) n'est pas contributive et après avis gynécologique.

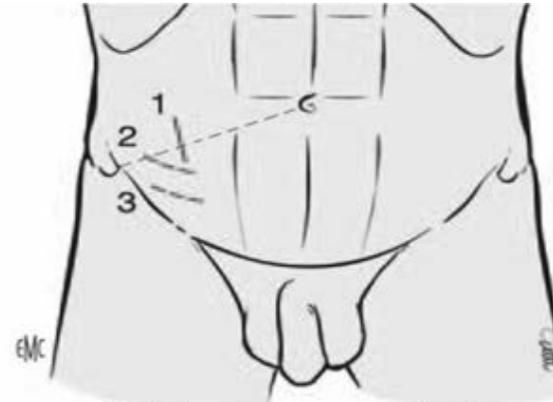
9- Le traitement antibiotique de l'appendicite ne peut actuellement être considéré validé.

Prise en charge diagnostique

- Devant une douleurs fébrile en FID
 - BU
 - NFS – CRP
 - Echographie +/- Scanner (> 50 ans)
- Homme jeune, défense FID
 - BU négative
 - NFS --> hyperleucocytose
 - Chirurgie possible sans imagerie

Appendicectomie

- Selon Mc Burney
- Sous cœlioscopie
- Durée moyenne intervention 26 minutes
- Durée moyenne d'hospitalisation 2 jours



1 –incision mac Burney classique

Appendicectomie

- 270 000 opérations en 1986
- 83 400 en 2012
- 6 à 23 % de complication post opératoire
- 3 % d'occlusion par adhérences

Yvelines

Le Télégramme

Appendicite fatale à Metz. Pourquoi Corentin est-il mort ?

**Surst à 17 ans pendant une
opération de l'appendicite**

Midi Libre

Etude française



Dr Corinne Vons, chirurgien à l'APHP

Amoxicillin plus clavulanic acid versus appendicectomy for treatment of acute uncomplicated appendicitis: an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial

Corinne Vons, Caroline Barry, Sophie Maitre*, Karine Pautrat, Mahaut Leconte, Bruno Costaglioli, Mehdi Karoui, Arnaud Alves, Bertrand Dousset, Patrice Valleur, Bruno Falissard, Dominique Franco*

***Lancet* 2011; 377: 1573-79**

Methods In this open-label, non-inferiority, randomised trial, adult patients (aged 18–68 years) with uncomplicated acute appendicitis, as assessed by CT scan, were enrolled at six university hospitals in France. A computer-generated randomisation sequence was used to allocate patients randomly in a 1:1 ratio to receive amoxicillin plus clavulanic acid (3 g per day) for 8–15 days or emergency appendicectomy. The primary endpoint was occurrence of postintervention peritonitis within 30 days of treatment initiation. Non-inferiority was shown if the upper limit of the two-sided 95% CI for the difference in rates was lower than 10 percentage points. Both intention-to-treat and per-protocol analyses were done. This trial is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT00135603.

Findings Of 243 patients randomised, 123 were allocated to the antibiotic group and 120 to the appendicectomy group. Four were excluded from analysis because of early dropout before receiving the intervention, leaving 239 (antibiotic group, 120; appendicectomy group, 119) patients for intention-to-treat analysis. 30-day postintervention peritonitis was significantly more frequent in the antibiotic group (8%, n=9) than in the appendicectomy group (2%, n=2; treatment difference 5·8; 95% CI 0·3–12·1). In the appendicectomy group, despite CT-scan assessment, 21 (18%) of 119 patients were unexpectedly identified at surgery to have complicated appendicitis with peritonitis. In the antibiotic group, 14 (12% [7·1–18·6]) of 120 underwent an appendicectomy during the first 30 days and 30 (29% [21·4–38·9]) of 102 underwent appendicectomy between 1 month and 1 year, 26 of whom had acute appendicitis (recurrence rate 26%; 18·0–34·7).

Inclusion des patients

- Patients de plus de 18 ans
- Appendicite non compliquée
- Entre 6 et 15 mm
- Avec ou sans présence de stercolithe
- Chirurgie vs antibiothérapie (Augmentin 8 à 15j)
- 239 patients inclus

Résultats

- Péritonite dans les 30 jours
 - Plus de cas dans le groupe antibiothérapie (9 vs 2)
- Appendicectomie secondaire
 - 12% avant 1 mois
 - 29% entre 1 mois et 1an
- Appendicite compliquée
 - 18% dans groupe chirurgie
 - 8% dans groupe antibiothérapie

Antibiotics Versus Surgical Therapy for Uncomplicated Appendicitis: Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials (PROSPERO 2015:CRD42015016882)

Julian C. Harnoss, MD,† Isabelle Zelenka,* Pascal Probst, MD,* † Kathrin Grummich,†
Catharina Müller-Lantzsch,* Jonathan M. Harnoss, MD,* Alexis Ulrich, MD,*
Markus W. Büchler, MD,* and Markus K. Diener, MD*†*

(Ann Surg 2017;265:889–900)

Résultats

- 8 études ; 2551 patients
 - 26,5% de patients appendicectomisés avant 1 an
 - Pas de complication significative dans le groupe appendicectomie
 - Durée de séjour augmenté dans le groupe antibio
- pas de preuve de la non infériorité du traitement antibiotique

Pratiques au CH Haguenau

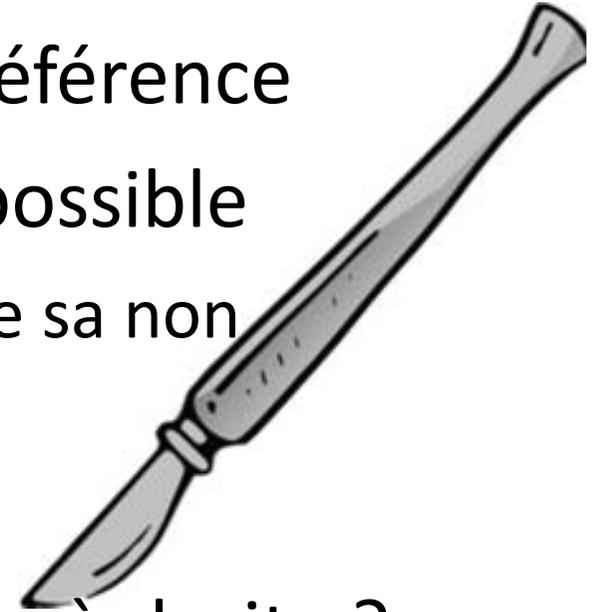
- Appendicectomie proposée à tous les patients adultes ayant une appendicite aigue (sauf cas de plastron appendiculaire)
- Discussion entre le traitement chirurgical et le traitement antibiotique en pédiatrie

Traitement antibiotique chez l'enfant

- Appendicite aigue non compliquée
 - Moins de 10mm
 - Syndrome inflammatoire modéré
 - Pas de défense
 - Pas de stercolithe
- Antibiothérapie initialement IV en milieu hospitalier (C3G – FLAGYL puis AUGMENTIN)

Prise en charge thérapeutique

- Chirurgie reste le traitement de référence
- Traitement antibiotique semble possible
 - il n'existe pas de preuve formelle de sa non infériorité
 - Pas de recommandation officielle
- Traitement comme une sigmoïdite à droite ?





Diverticulose sigmoïdienne

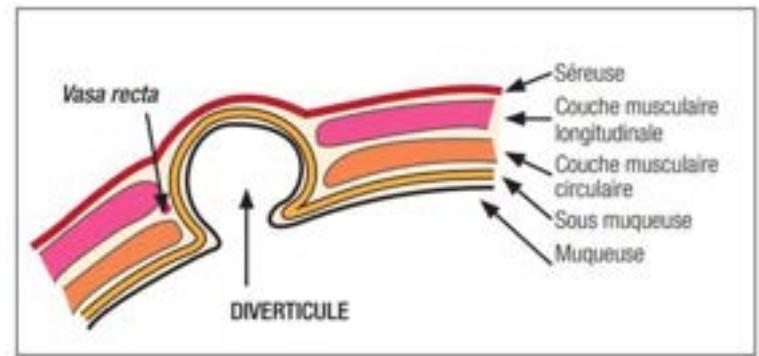
-

Diverticulite sigmoïdienne

Dr KNEPFLER Thomas

Service de chirurgie viscérale et
digestive

Définition



- Hernie muqueuse et sous-muqueuse au travers de la musculature de la paroi colique refoulant la séreuse
- La diverticulose colique → présence de plusieurs diverticules au niveau de la paroi colique.
- Dans les pays occidentaux → au niveau du côlon sigmoïde et du côlon gauche
- Dans les pays asiatiques → sur le côlon droit.

Epidémiologie

- Sa prévalence augmente avec l'âge :
exceptionnelle avant 30 ans, elle est observée
chez 50 à 70 % des patients après 70 ans.
- La répartition selon le sexe est équilibrée (1 : 1)
- La diverticulose colique se complique :
 - diverticulite dans 15 à 25 % des cas
 - hémorragie dans 5 à 15 % des cas.
 - sténose inflammatoire pseudo-tumorale, ou une
sténose fibreuse et rétractile cicatricielle.

Physiopathologie



- multifactorielle
 - troubles de la motilité colique → pression maximale en amont de la charnière rectosigmoïdienne
 - anomalies structurelles de la paroi colique
 - régime alimentaire pauvre en fibre → prévention primaire de la diverticulose

Diverticulite aiguë sigmoïdienne

- Appendicite à gauche
- NFS
- CRP
- Créatinémie
- Scanner abdomino-pelvien injecté
 - Classification d'Hinchey

Classification d'Hinchey

TABLEAU

Classification de Hinchey

Stade 0	Diverticulite simple
Stade Ia	Phlegmon péri-diverticulaire sans abcès collecté
Stade Ib	Abcès péri-diverticulaire
Stade II	Abcès intra-abdominal à distance des diverticules
Stade III	Péritonite purulente généralisée
Stade IV	Péritonite stercorale généralisée

Hinchey 0 - Ia

- Hospitalisation :
 - mauvaise tolérance clinique
 - impossibilité de surveillance en ambulatoire,
 - patients immunodéprimés
 - absence d'amélioration clinique après 48 ou 72 heures de traitement ambulatoire.

Hinchey 0 - Ia

- AUGMENTIN 1g 3x/j pendant 7 à 10 jours
- OFLOCET 200 2x/j + FLAGYL 500 x3/j – 7 à10 j
- Antalgiques
- Mise au repos → régime sans résidus pendant 2 semaines



Antibiotique ?

Systematic review

Use of antibiotics in uncomplicated diverticulitis

**N. de Korte, Ç. Ünlü, M. A. Boermeester, M. A. Cuesta, B. C. Vrouenreats
and H. B. A. C. Stockmann**

Department of Surgery, Kennemer Gasthuis, Postbus 417, 2000 AK Haarlem, The Netherlands

Correspondence to: Dr N. de Korte (e-mail: ndekorte@yahoo.com)

Antibiotique ?

Background: The value of antibiotics in the treatment of acute uncomplicated left-sided diverticulitis is not well established. The aim of this review was to assess whether or not antibiotics contribute to the (uneventful) recovery from acute uncomplicated left-sided diverticulitis, and which types of antibiotic and route of administration are most effective.

Methods: Medline, the Cochrane Library and Embase databases were searched. Randomized controlled trials (RCTs), prospective or retrospective cohort studies addressing conservative treatment of mild uncomplicated left-sided diverticulitis and use of antibiotics were included.

Results: No randomized or prospective studies were found on the topic of effect on outcome. One retrospective cohort study was retrieved that compared a group treated with antibiotics with observation alone. This study showed no difference in success rate between groups. Only one RCT of moderate quality compared intravenous and oral administration of antibiotics, and found no differences. One other RCT of very poor quality compared two different kinds of intravenous antibiotic and also found no difference. A small retrospective cohort study comparing antibiotics with and without anaerobe coverage showed no difference in group outcomes.

Conclusion: Evidence on the use of antibiotics in mild or uncomplicated diverticulitis is sparse and of low quality. There is no evidence mandating the routine use of antibiotics in uncomplicated diverticulitis, although several guidelines recommend this.

Antibiotique ?

Randomized clinical trial of observational *versus* antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis

L. Daniels¹, Ç. Ünlü^{1,4}, N. de Korte⁵, S. van Dieren², H. B. Stockmann⁶, B. C. Vrouwenraets³, E. C. Consten⁷, J. A. van der Hoeven⁸, Q. A. Eijsbouts⁵, I. F. Faneyte⁹, W. A. Bemelman¹, M. G. Dijkgraaf² and M. A. Boermeester¹, for the Dutch Diverticular Disease (3D) Collaborative Study Group

¹Department of Surgery and ²Clinical Research Unit, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, and ³Department of Surgery, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis West, Amsterdam, and Departments of Surgery, ⁴Medical Centre Alkmaar, Alkmaar, ⁵Spaarne Gasthuis Hospital, Hoofddorp, ⁶Spaarne Gasthuis Hospital, Haarlem, ⁷Meander Medical Centre, Amersfoort, ⁸Albert Schweitzer Hospital, Dordrecht, and ⁹Ziekenhuisgroep Twente Hospital, Almelo, The Netherlands

Correspondence to: Dr L. Daniels, Department of Surgery (G4), Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands (e-mail: l.daniels@amc.uva.nl)

Paper accepted 2 August 2016

Published online in Wiley Online Library (www.bjs.co.uk). DOI: 10.1002/bjs.10309

Antibiotique ?

- Etude multicentrique (22 centres), randomisée
- Jusqu'à Hinchey Ib (abcès inférieur 5 cm)
- Première poussée confirmée à l'imagerie
- Pas d'antibiotique les 4 semaines précédentes.

Antibiotique ?

Results: A total of 528 patients were included. Median time to recovery was 14 (i.q.r. 6–35) days for the observational and 12 (7–30) days for the antibiotic treatment strategy, with a hazard ratio for recovery of 0.91 (lower limit of 1-sided 95 per cent c.i. 0.78; $P=0.151$). No significant differences between the observation and antibiotic treatment groups were found for secondary endpoints: complicated diverticulitis (3.8 *versus* 2.6 per cent respectively; $P=0.377$), ongoing diverticulitis (7.3 *versus* 4.1 per cent; $P=0.183$), recurrent diverticulitis (3.4 *versus* 3.0 per cent; $P=0.494$), sigmoid resection (3.8 *versus* 2.3 per cent; $P=0.323$), readmission (17.6 *versus* 12.0 per cent; $P=0.148$), adverse events (48.5 *versus* 54.5 per cent; $P=0.221$) and mortality (1.1 *versus* 0.4 per cent; $P=0.432$). Hospital stay was significantly shorter in the observation group (2 *versus* 3 days; $P=0.006$). Per-protocol analyses were concordant with the intention-to-treat analyses.

Conclusion: Observational treatment without antibiotics did not prolong recovery and can be considered appropriate in patients with uncomplicated diverticulitis. Registration number: NCT01111253

Diverticulite abcédée (Hinchey Ib – II)

- Hospitalisation
- Antibiothérapie
- Drainage per cutané si abcès > 5 cm
- Lavage drainage par coelioscopie si abcès non accessible au drainage ou échec du traitement

Hinchey III – IV

- Hospitalisation
- Antibiothérapie
- Traitement chirurgical
 - Hinchey III → lavage – drainage par coelioscopie
 - Hinchey IV → intervention de Hartmann

Chirurgie prophylactique

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Complications de la diverticulose colique

Synthèse des recommandations

Décembre 2006

Traitement chirurgical prophylactique après une poussée

- ✓ Poussée **avec** signes de gravité scanographiques : chirurgie prophylactique.
- ✓ Poussée **sans** signes de gravité scanographiques :
 - le bénéfice de la chirurgie prophylactique, même après deux poussées, reste à évaluer ;
 - chez le sujet de moins de 50 ans même sans signes de gravité, la chirurgie prophylactique peut être proposée dès la première poussée (risque plus élevé de récurrence), mais son bénéfice est discuté.
- ✓ La **coloscopie avant chirurgie prophylactique** est recommandée, en particulier chez les patients :
 - de 50 ans ;
 - à risque élevé de cancer rectocolique.
- ✓ **Résection sigmoïdienne prophylactique** pour diverticulite :
 - au mieux sous laparoscopie ;
 - emportant la charnière rectosigmoïdienne ;
 - sans extension de la colectomie en amont du sigmoïde (non justifiée même en présence de diverticulose étendue au côlon car elle ne diminue pas le risque de récurrence).

Chirurgie prophylactique

- diverticulite aiguë non compliquée ne récidive pas dans 85 % des cas les 10 années suivantes.
- parmi les patients qui récidivent, 5 % doivent être opérés en urgence.
- La gravité des poussées décroît avec le nombre.

Chirurgie prophylactique

- poussée compliquée de diverticulite aiguë :
50 % de récurrence,
- Le plus souvent sur un mode moins grave.

Chirurgie prophylactique

- résection sigmoïdienne emportant la charnière recto-sigmoïdienne,
- sous coelioscopie
- avec anastomose colorectale haute (suso-douglassienne) sans stomie.
- L'extension de la résection en amont du sigmoïde, n'est pas justifiée car même avec des diverticules résiduels le taux de récurrence est inférieur à 1 %.

Chirurgie prophylactique – complications

Laparoscopic Resection for Diverticular Disease *Follow-up of 500 Consecutive Patients*

*Oliver M. Jones, MA, BM, BCh, DM, FRCS, Andrew R. L. Stevenson, MB, BS, FRACS,
David Clark, MB, BS, FRCS(Edin), FRACS, Russell W. Stitz, MB, BS, FRCS, FRACS,
and John W. Lumley, MB, BS, FRACS*

Annals of Surgery • Volume 248, Number 6, December 2008

Chirurgie prophylactique – complications

- Taux de conversion : 2,8 %
- Mortalité : 0,2 %
- Fistule anastomotique : 1,4 %

Chirurgie prophylactique – complications

Sigmoidectomy Syndrome? Patients' Perspectives on the Functional Outcomes Following Surgery for Diverticulitis

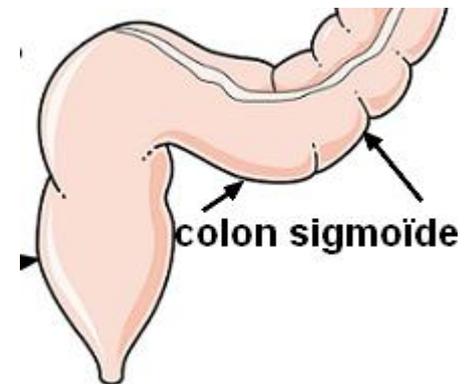
Melissa M. Levack, M.D.¹ • Lieba R. Savitt, N.P.¹ • David L. Berger, M.D.¹
Paul C. Shellito, M.D.¹ • Richard A. Hodin, M.D.¹ • David W. Rattner, M.D.¹
Stanley M. Goldberg, M.D.² • Liliana Bordeianou, M.D.¹

¹ Colon and Rectal Surgery Program, Division of Gastrointestinal Surgery, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

² Department of Colon and Rectal Surgery, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota

Chirurgie prophylactique – complications

- Syndrome de résection sigmoïdienne
 - 24.8% : incontinence fécale modérée à sévère
 - 19,6 % : impériosité sans incontinence
 - 20,8 % : évacuation incomplète

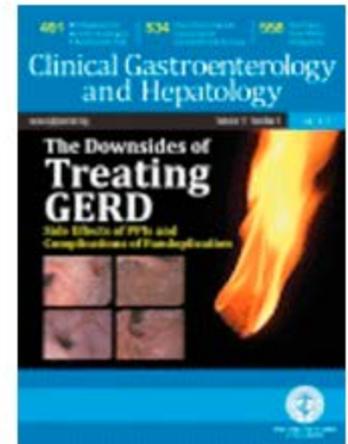


Chirurgie prophylactique

Accepted Manuscript

Patient-Reported Outcomes Following Conservative or Surgical Management of Recurrent and Chronic Complaints of Diverticulitis: Systematic Review and Meta-analysis

Caroline S. Andeweg, MD, PhD, Rosalyn Berg, MD, Bart Staal, Richard P.G. ten Broek, MD, PhD, Harry van Goor



Clinical Gastroenterology and Hepatology
13 August 2015

Chirurgie prophylactique

Elective laparoscopic surgery might have benefits in terms of general QoL and gastrointestinal symptoms compared to conservative treatment in patients with disabling chronic complaints or recurrent diverticulitis. Treatment decisions should be made on an individualized basis accounting for operative risks, patient preferences and QoL. High-quality trials focusing on PROs and QoL with well-defined patient populations of diverticulitis are needed.



Qui opérer en 2017

- Les patients sous anti-inflammatoires au long cours ou immunodéprimés
- Persistance d'une symptomatologie entre les poussées
- Récidive précoce à l'arrêt des antibiotiques

