

TITRE DU PROJET :

TRAITEMENT DES DESUNIONS DES ANASTOMOSES DIGESTIVES PAR PROTHESE – PROPOSITION D'UN NOUVEAU CONCEPT THERAPEUTIQUE.

DESCRIPTION DU PROJET

A) RESUME

Les désunions de sutures digestives ou fistules digestives post-opératoires, représentent une complication chirurgicale grave en raison des désordres métaboliques et nutritionnels qu'elles engendrent ainsi que de la péritonite post-opératoire qui s'y associe très souvent. Le pronostic et la prise en charge de cette pathologie n'ont pas, à nos Jours, connu d'amélioration appréciable. Nous avons conçu une nouvelle approche thérapeutique qui suggère l'utilisation d'une prothèse que nous avons également conçue et brevetée. Notre méthode consiste à effectuer une oblitération de la brèche digestive et à recréer les conditions de cicatrisation de cette plaie digestive. Outre la relative simplicité de la méthode, notre objectif est l'amélioration du pronostic, la prévention des problèmes métaboliques et infectieux, la réduction de la durée d'hospitalisation et du coût de la prise en charge de cette pathologie.

B) DESCRIPTION DU PROJET :

1- Problématique spécifique :

En chirurgie digestive, les désunions de sutures ou fistules digestives post-opératoires, représentent une complication grave.

Cette complication est rencontrée aussi bien en chirurgie classique qu'en coelio-chirurgie. Les fistules post-opératoires s'observent à tous les niveaux du tube digestif ; l'œsophage, l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle, et le colon.

Elles sont responsables de désordres métaboliques et nutritionnels importants, ainsi que d'ulcérations pariétales, dues aux fuites de liquides digestifs et siégeant autour des orifices de drainage, des stomies, et de la plaie opératoire.

De plus, les désunions anastomotiques se compliquent très souvent de péritonites post-opératoires de mauvais pronostic.

Par ailleurs, l'incidence de cette affection est élevée, elle est de 1 cas pour 11 000 habitants (1). Le taux de mortalité enregistré est, selon les séries de 23 à 35%.

La durée du séjour hospitalier est longue, elle a été estimée à 71 jours en moyenne,

(62 à 115 jours) (1), dont la moitié a lieu dans une unité de soins intensifs.

Le coût de la prise en charge a été évalué en 1996 à 420 000 Fr ce qui correspond à 63 000 Euros pour un seul patient ; il est important de relever qu'aujourd'hui la journée d'hospitalisation en soins intensifs coûte 1500 Euros en moyenne.

2- Objectifs :

Nous avons effectué un travail de réflexion qui nous a permis d'établir une nouvelle approche thérapeutique des fistules digestives post-opératoires.

Les objectifs de cette nouvelle conception thérapeutique sont :

- *L'amélioration de l'efficacité du traitement*, lequel demeure insuffisant et non codifié.
- *La mise en place d'une attitude thérapeutique adaptée*, qui tient compte des difficultés des ré-interventions précoces et de leurs risques; le traitement que nous proposons est plutôt simple et conservateur.
- *Le confort du malade*, car le traitement proposé le dispenserait des inconvénients des entérostomies et du drainage de longue durée.
- *La réduction de la durée d'hospitalisation*, qui serait selon le principe, inférieure à 3 semaines, cela représente un avantage psychologique pour le patient et un gain financier.
- *La réduction des frais de prise en charge*, l'économie prévue serait de 40 000Euros par malade.

3- Méthodologie :

Le lâchage de sutures digestives engendre une brèche au sein du segment digestif opéré. Cette ouverture est responsable de fuites du contenu digestif vers la cavité péritonéale et en extra-corporel, par les orifices de drainage ou bien par la plaie opératoire. Il s'ensuit des déséquilibres métaboliques et nutritionnels, des abcès intra-péritonéaux ou une péritonite généralisée, ainsi que des lésions pariétales.

Les techniques actuelles :

Les dérivations externes par drains : ce geste est pratiqué dans le cas de fistules dites hautes, c'est à dire de siège gastrique ou duodénal, il consiste uniquement à diriger la fistule afin de minimiser les conséquences intra-péritonéales de l'écoulement. Les résultats sont aléatoires d'autant plus qu'il n'existe pas actuellement de drains appropriés.

Les entérostomies :

Elles sont pratiquées, comme intervention de sauvetage, en cas de fistule de l'intestin grêle .

Ces stomies nécessitent des soins intensifs en raison des troubles hydro-électrolytiques et nutritionnels qu'elles engendrent. D'autre part, la prise en

charge des complications pariétales des entérostomies est souvent difficile et astreignante aussi bien pour le patient que pour le personnel soignant.

Les exclusions digestives :

Elles concernent les fistules appartenant à l'estomac ou bien au duodénum.

La méthode consiste à exclure du circuit digestif, la partie fistulisée.

Une deuxième anastomose ou bien une jéjunostomie d'alimentation sont pratiquées.

Cette conduite est logique, mais en pratique l'exclusion n'est efficace que si les conditions anatomiques le permettent.

La réfection de l'anastomose :

C'est la résection des berges de l'anastomose déhiscente suivie d'une suture itérative.

Cette attitude est peu utilisée en raison de ses mauvais résultats.

Les résections :

Ce sont des interventions peu pratiquées dans cette situation d'urgence, de surcroît lorsque le siège de l'anastomose désunie est gastrique ou duodéal.

Cette prudence s'explique par les difficultés techniques souvent rencontrées dans les reprises chirurgicales précoces. En outre, les rétablissements de la continuité digestive faisant partie de l'opération, sont contre-indiqués en milieu septique.

Les traitements non opératoires :

L'usage de la somatostatine a été essayé, seule une diminution des débits des fistules a été obtenue.

La méthode proposée :

Son principe est de traiter directement la lésion par la mise en place d'une prothèse ; celle-ci permet à la fois, d'obturer la plaie digestive, mettant ainsi fin aux écoulements responsables de toutes les complications décrites, et de créer les conditions de cicatrisation de cette plaie par rapprochement et contention de ses berges.

Cette technique est basée sur une prothèse que nous avons conçue.

Nous avons d'abord conçu un premier modèle, qui est une variante d'une prothèse que nous avons inventée pour un usage biliaire ; *un brevet européen* nous a été délivré

(B. E. N° 1057457).

Par la suite, *une demande de brevet a été déposée* pour un deuxième type de prothèse, qui répond au même principe thérapeutique que le précédent, la différence porte sur la nature du matériau qui constitue la prothèse et l'absence du système de drainage dans ce deuxième modèle. Ces modifications permettent de traiter le malade en un seul temps opératoire. (dépôt de brevet N°050369 , INAPI - ALGERIE).

C)- Résultats escomptés / retombées :

- Il est attendu de ce nouveau traitement, une diminution de la morbidité et du taux de la mortalité liés à cette complication chirurgicale, une réduction très importante de la durée du séjour hospitalier.

- Sur le plan financier proprement dit, les gains seraient très appréciables.

En effet, nous avons effectué quelques calculs basés sur la population, l'incidence, les coûts, et la durée d'hospitalisation.

Nous citerons à titre d'exemple les USA, dont la population est de 264 millions d'habitants. Il y a 24000 cas de fistules digestives post-opératoires par an; dont 4800 malades évoluent favorablement après traitement médical. Les autres malades dont le nombre est de 19200, relèveront d'un traitement chirurgical, c'est à dire d'une ré-intervention ; et notre méthode s'adresse à ce groupe de patients. La prise en charge actuelle de cette pathologie reviendrait à 1,2 Milliards de dollars US par an. Compte-tenu des nouvelles données que nous avons introduites, la durée de l'hospitalisation pourrait être réduite des deux tiers ainsi que les frais. En conséquence l'économie annuelle pourrait être de 800 millions \$; ce qui serait très intéressant pour les caisses de sécurité sociale.

Pr BENELOUEZZANE Bourhane-eddine

Service de Chirurgie générale 'A' CHU Benbadis Constantine 25000

Faculté de médecine de Constantine 25000 Algérie

E mail borhaneddineb@yahoo.fr

Tel 213 61 30 59 56 / 213 31 62 11 97 Fax 213 31 62 11 97

REFERENCES

1- Lévy E, Ollivier JM, Masini JP, Desnault H, Frileux P, Tiret E, Nordlinger B,

Hannoun L, et Parc R. Fistules entérocutanées postopératoires-Données actuelles. Encycl Méd Chir (Elsevier,Paris), Gastro-entérologie, 9-067-A-10, 1996, 16 p.

2- Joseph J .Cullen , MD,Michael G. Sarr, MD ,Duane M. Ilstrup ,MS ,Rochester. Minnesota Pancreatic Anastomotic Leak After Pancreaticoduodenectomy :Incidence, Significance , and management THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY VOLUME 168 OCTOBER 1994

3- BRICARD H. ,SUISSE A. et MARCHAND P. –Prise en charge des fistules digestives postopératoires.-Encycl. Méd. Chir. (Paris – France), Estomac-Intestin,9067 A¹⁰ , 2-1988, 14 p.

4- J.F. Marescaux , M . Aprahamian* ,D. Mutter, E. Loza, M.Wilhelm, P.Sonzini and C. Damge Prevention of anastomosis leakage: an artificial connective tissue Br.J. Surg. 1991,Vol. 78 April, 440-444

5- M. Sodji ,R. Rogier, S.Durand-Fontanier , F. Lachachi ,N. Cheynel ,L. Lombin , B. Pech de Laclause, D. Valleix , B. Descottes Prothèse pariétale composite et non résorbable en polyéthylène téréphtalate-polyuréthane (HI-TEX®PARP NT) : prévention des adhérences intrapéritonéales . Etude expérimentale chez le lapin Ann Chir 2001 ; 126 : 549 53

6- D. CASTAING Les cholangiocarcinomes biliaires Annales de Chirurgie 1998, 52, n° 2

7- PRADINES-PAGES C. ,BUCAIL L. et ESCOURROU J,- Tumeurs de l'ampoule de VATER- EDITIONS TECHNIQUES- Encycl Méd Chir (PARIS – France) ,

- GASTRO-ENTEROLOGIE, 9037-A-20 , 5p.

- 8-Guisset M , Sastre B ET Koltz F. Traitements du cancer du pancréas. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS , tous droits réservés) , Hépatologie 7-106-A- 12 2001, 9 p.

8 - LESUR G,SAUVANET A, LAVY P,BELGHITI J, et BERNADES P.
Cancer du pancréas exocrine Encycl Méd Chir (Paris- France) , HEPATOLOGIE.

9- 106-A- 10, 1995, 12 p.

10- MARIETTE C. Principes de prise en charge chirurgicale des péritonites postopératoires J Chir 2006 143 ,N°2, 84-87