

---

# Ré interventions par laparoscopie pour complications post opératoires en chirurgie digestive après une première intervention pratiquée par laparoscopie

---

JG BALIQUE  
Clinique du Parc  
9 bis rue de la Piot  
42 270 St Priest en Jarez

Correspondance :  
JGBalique@AOL.com

---

## Résumé

Le but de cette étude est d'évaluer la place de la laparoscopie dans le traitement des complications chirurgicales post-opératoires précoces de 1567 patients opérés par laparoscopie pour une pathologie digestive courante (pathologie pariétale, biliaire, appendiculaire, oeso-gastrique ou colo-rectale). Vingt sept (1.72%) des 1567 patients (20 hommes et 7 femmes, d'âge moyen : 52.26 ans) ont été réopérés par laparoscopie en trois ans au 5.63 j en moyenne après la première intervention et dans 90 % des cas dans les 24 heures suivant l'apparition des troubles chez les patients rentrés à leur domicile. Il n'y a eu aucun bilan pré-opératoire dans 10 cas et réduit dans les 17 autres cas. Le taux de conversion a été de 7.4. Les suites opératoires ont été simples dans 70.4 % des cas, la morbidité a été de 29.6 % et la mortalité de 3.7 % (le seul patient muté en réanimation pour insuffisance cardiaque sévère). Il n'y a eu aucune complication spécifique liée à la laparoscopie, ni complication pariétale précoce ou tardive (abcès, éviscération ou éventration). Proposée précocement dès l'apparition de suites « non simples » ou anormalement douloureuses, la laparoscopie permet de réduire la gravité des complications chirurgicales en simplifiant la démarche diagnostique et en permettant un traitement efficace et rapide. Pour ces raisons et les avantages liés à son caractère minimal invasif, elle doit occuper une place de choix dans le traitement des complications chirurgicales post-opératoires observées après une première intervention réalisée par laparoscopie.

**Mots clés :** chirurgie digestive / laparoscopie / complication chirurgicale post-opératoire / ré intervention /

---

La laparoscopie occupe une place prépondérante en chirurgie générale et digestive après avoir été longtemps controversée, en particulier en raison de ses risques spécifiques, en fait exceptionnels. Sa place dans le traitement des complications chirurgicales survenues après une chirurgie laparoscopique première a fait l'objet de peu d'études. Azagra et al. (1) ont montré son intérêt après chirurgie biliaire. L'objectif de ce travail est d'évaluer ses résultats et sa place en pathologie digestive courante à partir de 27 cas.

## Patients et méthode

Entre le 1/10/2000 et le 31/12/2003, 1 639 patients ont été opérés d'une pathologie digestive par laparoscopie par le même opérateur (cf. tableau 1). Une conversion a été

---

## Abstract

### Laparoscopic management of early postoperative complications following laparoscopic procedure for common digestive disease.

The aim of this study is to evaluate the place of lapararoscopy in the management of early postoperative surgical complications after a first laparoscopy for common digestive diseases. A laparoscopic procedure was performed in 27 (1.72 %) patients (20 males, 7 females, mean age: 52.26 years) of 1567 patients operated by laparoscopy during the 3 preceding years. The mean delay was 5.63 days after the first intervention and inferior to 24 hours for 90 % of the patients who had returned home. There was no complementary paraclinical examination for 10 patients and reduced examination for the 17 other patients. The rate of conversion was 7.4 %, morbidity 29.6 % and mortality 3.7 %. There was no specific complication of laparoscopy and no early or late parietal complication (abcess, evisceration or incisional hernia). Laparoscopic treatment must be proposed early when the postoperative follow-up is not simple after a first operation by laparoscopy. It allows a reduction of preoperative paraclinical examinations and an early and efficient treatment of postoperative surgical complications.

**Keywords :** Digestive surgery / laparoscopy / postoperative complications / reoperation

---

nécessaire chez 72 patients (4.5 % des cas) qui ont été éliminés de l'étude. Pour les 1 567 patients restants, la laparoscopie a permis le traitement complet des lésions. Vingt-sept (1.72 %) de ces patients ont présenté une complication chirurgicale précoce dans le premier mois post-opératoire pour laquelle une laparoscopie a été proposée. Il n'y a eu aucune ré intervention par laparotomie.

Il s'agissait de 20 hommes et 7 femmes, d'âge moyen 52,26 ans (extrêmes : 17- 91 ans) dont le traitement initial a été :

- une cholécystectomie dans 8 cas pour lithiase vésiculaire simple (6 cas) et cholécystite aiguë (2 cas) ;
- une colectomie gauche dans 8 cas pour sigmoïdite chronique (6 cas) et cancer (2 cas).
- une appendicectomie dans 3 cas ;
- une fundoplicature de Nissen dans 3 cas (dont 2 cas pour récurrence de hernie hiatale) et une libération du

Laparoscopie (1/10/200 – 31/12/2003)		Nbre	Conv. Nbre (%)	Comp.	Re In. Nbre (%)
Chirurgie pariétale	Eventration/HO	102	4 (3.9)	98	0
	Hernie (603 cas)	437	0	437	2 (0.5)
Chirurgie biliaire	Lithiase simple	336	7 (2.1)	329	6 (1.8)
	Lithiase compliquée	76	2 (2.6)	74	2 (2.7)
Appendicectomie		222	0	222	3 (1.3)
Chirurgie hiatale	Nissen	138	2 (1.4)	136	4 (2.9)
	Autres	17	0	17	0
Chirurgie colo-rectale	Colon droit	45	5 (11.1)	40	0
	Sigmoïdite	154	22 (14.2)	132	6 (4.5)
	Cancer gauche	56	16 (28.5)	40	2 (5)
	Cancer rectal	56	14 (25)	42	2 (4.7)
<b>TOTAL</b>		<b>1 639</b>	<b>72 (4.5)</b>	<b>1567</b>	<b>27 (1.72)</b>

Tableau 1  
Pathologie digestive courante traitée par laparoscopie

Nbre : nombre  
Conv : conversion  
Comp : laparoscopie complète  
Re in : re intervention  
HO : hernie ombilicale

hiatus pour sténose tardive après opération de Nissen dans 1 cas ;

- une hernioplastie bilatérale par voie pré péritonéale dans 2 cas ;
- une résection antérieure du rectum dans 2 cas.

L'indication opératoire a été posée devant :

- un syndrome douloureux abdominal fébrile dans 12 cas (dont un syndrome du 5e jour) ;
- des douleurs abdominales isolées anormalement intenses dans 7 cas, associées à un écoulement de bile extériorisé à travers un drain aspiratif dans 2 cas, et à un choc réactionnel sur un hématome rétro péritonéal au 9e jour d'une cure de hernie inguinale dans 1 cas ;
- une occlusion ou sub-occlusion du grêle dans 3 cas ;
- une dysphagie sévère post-opératoire immédiate dans 3 cas ;
- un tableau d'hémorragie interne et externe après colectomie gauche dans 1 cas ;
- un ictère rétionnel apparu au 8e jour d'une cholécystectomie.

Aucun patient n'a présenté de choc septique ni hémorragique.

Les examens complémentaires ont été :

- une échographie et un ASP dans 14 cas, associés à un scanner dans 2 cas pour abcès profond et à une cholangiographie endoscopique rétrograde dans 1 cas (patient avec ictère). Ces examens ont été considérés comme normaux ou mettant en évidence des lésions minimales dans 7 cas, dans 6 cas il existait une collection abdominale. Dans le dernier cas il existait un stop complet sur la voie biliaire principale.

- un TOGD a été réalisé dans les 3 cas de dysphagie.

Aucun n'examen n'a été réalisé dans 10 cas.

Les patients ont été opérés en moyenne au 5,63 e jour (ext. 5 heures et 19 jours) après la 1e intervention. Pour 16 patients il n'y a pas eu d'intervalle libre entre la 1e intervention et la ré intervention : ces patients ont été opérés en moyenne au 3.56 e jour (ext : 5 h – 9 j) après la 1ère intervention. Les 11 autres patients ont présenté un intervalle libre sans aucun trouble et étaient retournés à domicile, ces patients ont été opérés en moyenne au 8.63 e jour (ext. 3 – 19 jours) après la 1ère intervention. Ces patients, à l'exception du patient présentant un ictère nu, ont été opérés dans 90 % des cas dans les premières 24 heures, et tous dans les 48 heures après la survenue des troubles.

## Résultats

Les lésions rencontrées sont décrites dans le tableau 2.

Complications	Nbre	Intervention initiale
Hémopéritoine	7	Cholécystectomie 2, colectomie 4, résection antérieure 1
Hémorragie rétro péritonéale	1	Hernioplastie TEP 1
Péritonite	6	Cholécystectomie 4, colectomie 2 (fistule, perf. intestinale)
Abcès	5	Appendicectomie 3, cholécystectomie 1, colectomie 1
Occlusion du grêle	3	Colectomie 2 (hernie int ,event trocart), hernioplastie TEP 1
Sténose hiatale	3	Fundoplicature de Nissen
Plaie du cholédoque	1	Cholécystectomie
Pancréatite aigüe	1	Liébration du hiatus pour sténose tardive post- Nissen
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	

Tableau 2  
Complications post opératoires

La laparoscopie a permis le traitement des lésions dans 25 des 27 cas (92.6 %). Il a été réalisé :

- Dans 14 cas, un simple lavage drainage ;
- Dans 5 cas, un lavage drainage associé à une suture du canal cystique (1 cas) ; une plaie de l'aisselle du canal cystique (1 cas) ou d'un canalicule biliaire (1 cas), de l'intestin grêle (1 cas), d'une fistule anastomotique (1 cas avec colostomie de protection) ;
- Dans 3 cas : une libération des piliers pour sténose post-Nissen ;
- Dans 2 cas : une fermeture d'une brèche péritonéale ;
- Dans 1 cas : une adhésiolyse.

Deux conversions (7.4 %) ont été nécessaires : dans un cas pour traiter une plaie du cholédoque en rapport avec un clip, il a été réalisé une résection anastomose termino-terminale sur un drain de Kehr, dans le deuxième cas, pour lier l'artère épigastrique responsable d'une hémorragie par chute d'escarre au 9e jour post-opératoire après cure de hernie inguinale.

Les suites opératoires ont été :

- simples dans 19 cas (70.4 %), les patients sont sortis au 6e jour post-opératoire (ext. 3-11 j) après la ré intervention ;
- compliquées dans 8 cas (29.6 %) ;
- d'une complication médicale dans 5 cas (18.5 %) : une pancréatite post-opératoire, une embolie pulmonaire, une colite ischémique, une insuffisance rénale transitoire et dans le dernier cas une défaillance cardio-respiratoire chez un patient insuffisant cardiaque classé ASA IV ayant entraîné le décès au 40e jour post-opératoire, soit une mortalité de 3.7 %.
- d'une complication chirurgicale dans 3 cas (11.1 %) sous forme d'une récurrence de l'abcès drainé ayant nécessité un drainage chirurgical dans 2 cas, dont l'un après échec d'un drainage radiologique et d'un iléus spontanément résolutif dans le dernier cas.
- La durée d'hospitalisation de ces patients, après la ré intervention, a été de 25 jours (ext. 9- 42j)

Il n'y a eu aucun choc septique, aucune complication respiratoire, aucun abcès de paroi ou éviscération, un seul patient a été transfusé et transféré en réanimation pour défaillance cardio-respiratoire (patient décédé précédemment décrit).

## Discussion

La survenue d'une complication chirurgicale post-opératoire nécessite souvent une ré intervention qui est habituellement réalisée par laparotomie. Celle-ci est à l'origine d'une lourde morbidité à court et long terme (2, 3). Proposer une telle laparotomie chez un patient opéré par laparoscopie lui fait perdre les avantages d'une première chirurgie minimale invasive. L'originalité de ce travail est de rapporter les résultats et la place de la laparoscopie dans le traitement des complications chirurgicales précoces, définies arbitrairement comme survenant dans le premier mois post-opératoire, observées après une

première intervention pratiquée par laparoscopie. Globalement, le taux de ré interventions dans cette série de 1567 cas opérés par un seul chirurgien est bas, 1.72 %, et conforme à ceux observés dans la littérature dans le traitement des mêmes pathologies (4-11)

L'analyse des résultats montre que la laparoscopie qui a été proposée systématiquement de première intention a été possible dans tous les cas de cette série. Le taux de conversion (7.4%) est faible et légèrement plus élevé que celui observé (4.5%) en chirurgie réglée dans cette série. La laparoscopie est apparue comme une technique sûre : il n'y a eu aucune complication ni accident lié à la technique. Par ailleurs, elle n'a entraîné aucune aggravation de l'état des patients

La laparoscopie est une technique efficace pour la prise en charge des complications puisqu'elle a permis le traitement complet des complications en un temps dans 92.6 % des cas. Elle s'est avérée insuffisante dans 2 cas (7,4%), une nouvelle intervention a été nécessaire, une fois par laparotomie et une fois par une nouvelle laparoscopie, pour réaliser un drainage efficace d'un abcès

La mortalité de cette série est basse (3.7%), il en est de même de la morbidité de 29.8 %, un seul patient a dû être muté en réanimation en raison d'une insuffisance cardiaque. Ces résultats sont dus à la rapidité de la prise en charge des patients dès l'apparition des troubles et aux avantages de la laparoscopie. Cette attitude nouvelle a été favorisée par le développement de la laparoscopie. En effet, en raison de son caractère minimal invasif, la laparoscopie doit, par définition, s'accompagner de suites opératoires simples. Comme corollaire, l'apparition de suites opératoires « non simples » ou anormalement douloureuses doit immédiatement faire évoquer une complication chirurgicale. C'est cette attitude qui a été adoptée dans cette série réalisée. La démarche diagnostique a été simplifiée au maximum. L'indication a été posée essentiellement sur les données cliniques puisque 37 % des patients n'ont eu aucun examen complémentaire, les autres ont eu un bilan radiologique réduit qui a été considéré comme normal ou sub normal dans un cas sur deux ! L'indication opératoire a été plus facile à poser en cas de survenue brutale d'une douleur abdominale lorsqu'il y a eu un intervalle libre après des suites opératoires immédiates simples et peu douloureuses. La sortie précoce des patients n'a pas entraîné de retard thérapeutique, au contraire, ces patients ont été pris en charge dans 90 % des cas dans les premières 24 heures suivant la survenue de la complication. Cette attitude varie cependant en fonction du type de complication : elle trouve sa meilleure indication en cas de douleur abdominale anormalement intense et mal calmée, de syndromes péritonéaux ou de suspicion d'hémorragie intra abdominale. En cas d'occlusion, la décision de ré intervenir n'intervient qu'après échec du traitement médical, de même qu'en cas d'abcès la ré intervention n'est proposée qu'après échec ou impossibilité d'un drainage radiologique (sous échographie ou scanner). Dans ces conditions, cette attitude délibérément interventionniste, qui n'a entraîné aucune laparoscopie dite « blanche », est favorisée par deux des principaux avantages de la laparoscopie : ses possibilités d'exploration et son caractère peu invasif. La laparoscopie

permet une exploration complète de l'ensemble de la cavité abdominale et de ce fait permet d'éviter un certain nombre d'examen para cliniques complémentaires qui peuvent être à l'origine de pertes de temps et ou parfois d'erreur diagnostique, qui entraînent un retard thérapeutique. Celui-ci est particulièrement grave en cas de complications septiques (3) et difficile à rattraper ou au prix de longs séjours en réanimation. Le second avantage de la laparoscopie est d'être une technique peu invasive qui réduit la morbidité précoce et tardive élevée des interventions par laparotomie : il n'y a eu aucune aggravation de l'état général des patients, ni complication pariétale précoce (abcès ou éviscération) ou tardive (éventration) : les suites opératoires ont été très simples dans 70.4 % des cas avec une reprise immédiate de l'alimentation et un départ au 6e jour post opératoire.

Les avantages de cette attitude ont conduit à réopérer rapidement 3 patients présentant une dysphagie anormalement importante après une intervention de Nissen, permettant un départ sans troubles fonctionnels.

## Conclusion

La laparoscopie occupe une place importante dans le traitement des complications chirurgicales post-opératoires observées en chirurgie laparoscopique. Proposée précocement en cas de suites opératoires « non simples » ou anormalement douloureuses, elle permet de simplifier les démarches diagnostiques et de gagner du temps dans la prise en charge des complications péritonéales. Elle peut également être proposée en cas d'occlusion post-opératoire ou d'abcès après échec du traitement médical ou d'un drainage radiologique. Elle permet de conserver les avantages de cette chirurgie minimale invasive en réduisant les conséquences d'une laparotomie. Elle peut également être proposée pour traiter les complications chirurgicales observées après une intervention réalisée par laparotomie (12).

## Références

1. Azagra JS, Desimone P, Goergen : Is there a place for laparoscopy in management of postcholecystectomy biliary injuries ? *World J. Surg.* 2001; 25: 1331-4
2. Ching SS, Muralikrishnan VP, Whiteley GS.: Relaparotomy: a five-year review of indications and outcome. *Int. J. Clin. Pract.* 2003; 57 : 333-7
3. Hutchins RR, Gunning MP, Lucas DN, Allen-Mersh TG, Soni NC. : Relaparotomie for suspected intraperitoneal sepsis after abdominal surgery: *World J. Surg.* : 2004;28:137-41
4. Blanc P, Porcheron J, Breton C, Bonnot P, Baccot S, Tiffet O, Cuilleret J, Balique JG. Résultats des hernioplasties coelioscopiques. Etude de 401 cas chez 318 patients. *Chirurgie* 1999 ; 124 : 412-8
5. Scheurerlein H, Schiller A, Schneider C, Scheidbach H, Tamme C, Köckerling F. Totally extraperitoneal repair of recurrent inguinal hernia. *Surg. Endosc.* 2003 ; 17 : 1072-6
6. Roselyn JJ, Binns GS, Hughes EF, Saunders-Kirkwood K, Zinner MJ, Cates JA: Open cholecystectomy a contemporary analysis of 42 474 patients *Ann. Surg.* 1993; 218:129-37
7. Suter M, Meyer A : A 10-year experience with the use of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis *Surg. Endosc.* 2001; 15: 1187-92
8. Bretagnol F, Giraudeau B, Mor C, Bourlier P, Gandet O, de Calan L. Fundoplicature laparoscopique pour reflux gastro-oesophagien : étude rétrospective des résultats fonctionnels chez 243 patients. *Ann ? Chir.* 2002 ; 127 : 181-8
9. Balique JG, Guinot R, Mondesert C, Mortier L. Etude comparative de 600 appendicectomies effectuées par laparotomie ( Mac Burney) ou laparoscopie. Plaidoyer pour la laparoscopie. *Chirurgie* 1993-1994 ; 119 : 504-10
10. Grandjean JP, Arefiev A. Appendicectomie par voie coelioscopique. Réflexions à partir d'une série homogène de 906 cas. *Ann. Chir.* ; 199ç ; 53 : 280-4
11. Bouillot JL, Berthou JC, Champault G, Meyer C, Arnaud JP, Samama G, Collet D, Bessler P, Gainant A, Delaitre B. Elective laparoscopic colonic resection for diverticular disease Results of a multicenter study in 179 patients. *Surg. Endosc.* 2002 ; 16: 1320 - 23
12. Rosin D, Zmora O, Khaikin M, Bar Zakai B, Ayalon A, Shabtai M. Laparoscopic management of surgical complications after a recent laparotomy : *Surg. Endosc.* 2004 ; 18 : 994-6