
Intervention de Hartmann pour péritonite par perforation sigmoïdienne en pratique libérale

B. KRON

Centre chirurgical de Chatou
32 avenue de Brimont
78400 CHATOU

(A propos de la communication de P-H CUGNENC et Coll. du 17/12/2003 « Sécurité de l'intervention de Hartmann pour péritonite stercorale généralisée par perforation diverticulaire sigmoïdienne : chute de la mortalité : pas de mortalité au-dessous de 85 ans »)

Le 26 janvier 2000, j'étais déjà intervenu dans la discussion, à la suite de la très belle communication de J.C Le Néel (Nantes) sur le même sujet. Le nombre d'interventions de Hartmann et les colostomies de protection dans les sigmoïdites perforées était d'une fréquence importante, avec un taux de mortalité très significatif. Le taux de mortalité de l'intervention de Hartmann dans les péritonites par perforation dans les sigmoïdites ces vingt dernières années oscille dans la littérature autour de 8 à 10 % ; surtout chez le sujet âgé. Si l'on reprend le groupe des patients de la série de P-H Cugnenc de 75 à 94 ans, soit 23 patients, la mortalité est comparable avec 4 décès sur les 8 patients de plus de 85 ans (soit 4 sur 23 !). Ces chiffres confirment la gravité des péritonites stercorales généralisées par perforation diverticulaire sigmoïdienne. Je voudrais faire deux commentaires à propos de mon expérience de ces interventions concernant 150 sigmoïdites ; dont 47 étaient perforées ou abcédées.

La chirurgie d'urgence « de ville » depuis l'apparition des « SAMU », des « SMUR », et de façon plus récente, des « UPATOU », a considérablement évolué. Les patients nous sont adressés plus tôt, directement par les cabinets des médecins de ville, après une première poussée de diverticulite. Nous ne voyons pratiquement plus de péritonites pyostercorales généralisées. Si l'intervention de Hartmann devant une telle péritonite est la solution raisonnable, il existe cependant une autre alternative chez les malades qui ne sont pas en choc septique. On peut envisager, à certaines conditions, le rétablissement immédiat de la continuité. Ces conditions nous semblent être les suivantes. Age physiologique et tares faisant classer le patient dans un groupe sans risque majeur ; intervention en urgence différée après une courte préparation de 12 à 36 heures, patients installés en position de double équipe ; lavage et détersion de la cavité péritonéale, permettant de pratiquer le temps d'exérèse dans des conditions réglées ; protection de la paroi par une jupette, décollement pré sacré sans ligature des ailerons, exérèse en zone saine, rétablissement de la continuité à la pince automatique circulaire trans-anale, sous réserve de pouvoir anastomoser un intestin propre, souple, non inflamma-

toire, bien vascularisé et sans traction ; ce qui nécessite le plus souvent l'abaissement de l'angle gauche.

C'est ainsi que dans notre série de 47 sigmoïdites abcédées et perforées, il n'y a eu qu'un seul décès par embolie pulmonaire massive, et une seule fistule réversible après colostomie. Dix patients seulement n'ont pas été rétablis d'emblée, aucun n'a eu de colostomie de protection de l'anastomose.

Le deuxième commentaire concerne nos dix interventions de Hartmann parmi lesquelles il n'y a eu aucun décès. Quatre ont été considérées d'emblée comme définitives vu l'âge avancé (moyenne 90 ans). L'exérèse du segment pathologique doit alors être totale pour éviter une fistule du moignon rectal. A l'inverse, si l'on envisage de rétablir secondairement la continuité, il ne faut pas descendre l'exérèse trop bas, faute de quoi le détrusor risque de venir recouvrir le moignon rectal et d'adhérer de façon intime à la concavité sacrée, exposant à une brèche vésicale lors de la tentative de rétablissement (un cas sur les six rétablissements secondaires).

Je reprendrai donc en conclusion les paroles du Professeur Pellerin, à la suite de la communication de J.C Le Néel du 26 janvier 2000 : « Les conditions d'accueil et les possibilités techniques concernant la prise en charge des urgences sont inégales, selon que l'on s'adresse à des chirurgiens seniors ou des chirurgiens juniors. Ceci pose le problème de l'organisation des urgences entre la ville et l'hôpital. La lourdeur des programmes opératoires des services viscéraux hospitaliers universitaires permet difficilement d'intégrer, en urgence différée, une telle pathologie, condition nécessaire si l'on veut pouvoir, à certaines conditions, rétablir la continuité sans augmenter le risque de fistules et la mortalité ».

Il ne faudrait donc pas que la proposition de Monsieur Cugnenc « chute de la mortalité, pas de mortalité au-dessous de 85 ans » risque de faire condamner en expertise un chirurgien viscéral qui aurait pris le risque, aux conditions d'indications exposées ci-dessus, de rétablir la continuité d'emblée !