





EVALUATION DU SCANNER AVEC OPACIFICATION DIGESTIVE ANTEROGRADE AVANT FERMETURE PRECOCE D'ILEOSTOMIE COMPARAISON AVEC L'OPACIFICATION STANDARD

6ème congrès francophone de Chirurgie Digestive et Hépato-biliaire 2010

M Leconte¹, H Gouya², A Oudjit², J Coste, O Vignaux², P Legmann², B Dousset¹

¹Service de Chirurgie Digestive, Hépato-biliaire et Endocrinienne

²Service de Radiologie

Hôpital Cochin



Rationnel

- Opacification standard antérograde par l'iléostomie
- Opacification standard rétrograde



Examens de référence

White et al. Clin Radiol 1987
Alfisher et al. Radiographics 1997
Dolinsky et al. Am J Roentgenol 2007
Hahen et al. Acta Radiol 1993
Seggerman et al. Am J Roentegenol 2003



Rationnel

Randomized clinical trial

Randomized clinical trial of early *versus* delayed temporary stoma closure after proctectomy

A. Alves¹, Y. Panis¹, B. Lelong², B. Dousset³, S. Benoist⁴ and E. Vicaut⁵

	Early closure (n = 95)	Late closure (n = 91)	Р
Deaths	0 (0)	0 (0)	
Overall morbidity†	29 (31)	35 (38)	0.2548
Surgical complications	14 (15)	14 (15)	1.0008
Not requiring reoperation			1 8 9 9 9 9
Enterocutaneous fistula	5 (5)	1 (1)	
Intra-abdominal abscess	0 (0)	2 (2)	
Anastomotic leakage	1 (1)	4 (4)	
Requiring reoperation			
Intraperitoneal bleeding	1 (1)	1 (1)	
Intestinal injury	0 (0)	1 (1)	
Anastomotic leakage‡	5 (5)	4 (4)	
Anastomotic stenosis	2 (2)	0 (0)	
Ureteral injury	0 (0)	1 (1)	
Wound complications	18 (19)	5 (5)	0.007§
Small bowel obstruction	3 (3)	15 (16)	0.002§
Medical complications	5 (5)	14 (15)	0.021§
Stoma-related complications	1 (1)	11 (12)	
Lymphangitis	2 (2)	0 (0)	
Deep vein thrombosis	0 (0)	1 (1)	
Urinary tract infection	0 (0)	1 (1)	
Pneumonia	1 (1)	0 (0)	
Other	1 (1)	1 (1)	
Hospital stay (days)*	16 (6-59)	18 (9–262)	0.013#



British Journal of Surgery 2008; 95: 693–698

Fistule anastomotique non diagnostiquée par L'opacification

7.5 %



Rationnel

Complete Surgery for Low Rectal Endometriosis Long-term Results of a 100-Case Prospective Study

Bertrand Dousset, MD,* Mahaut Leconte, MD,* Bruno Borghese, MD,† Anne-Elodie Millischer, MD,‡ Gilles Roseau, MD,§ Sylviane Arkwright, MD,¶ and Charles Chapron, MD†

Annals of Surgery • Volume 251, Number 5, May 2010

TABLE 3. Additional Surgical Procedures in 100 Consecutive Patients With low Rectal Endometriosis

	No. Patient
Additional procedures	100
Additional intestinal resections	45
Sigmoidectomy	34
Ileocaecal resection	5
Wedge caecal resection	1
Ileal resection	1
Ileal resection + appendicectomy	2
Appendicectomy	2
Partial posterior colpectomy	64
Uterosacral ligament resections	88
Unilateral	35
Bilateral	53
Ureterolysis + double pig tail stenting	6
Unilateral ureteral endometriosis	10
Ureteral resection + bladder reimplantation	7
Nephroureterectomy	3
Bilateral ureteral endometriosis	4
Bilateral ureteral resection + bladder reimplantation (BRI)	* 2
Ureteral resection + BRI* + nephroureterectomy	2
Partial cystectomy	9
Adnexal procedures	71
Ovarian cystectomy	47
Adnexectomy	14
Cystectomy + contralateral adnexectomy	10
Hysterectomy with bilateral adnexectomy	8
Resection of inferior hypogastric nerve	28
Unilateral	23
Bilateral	5



Chirurgie pelvienne extensive Résections multiples

Morbidité spécifique

TABLE 4. Postoperative Complications Following Complete Surgery for Low Rectal Endometriosis (n = 100)

	n
Mortality	0
Postoperative complications	16
Colorectal anastomotic leakage	2
Recto-vaginal fistula	4
Urinary leak	2
Postoperative bleeding	2
Wound infection	6
Transient neurogenic bladder	16
Blood transfusion	6
Intraoperative	2
Postoperative	4
Reoperation*	7



Objectif

Comparer le scanner avec opacification colique antérograde (CT-OCA) et l'opacification colique antérograde standard (S-OCA) avant fermeture précoce de l'iléostomie après proctectomie pour endométriose



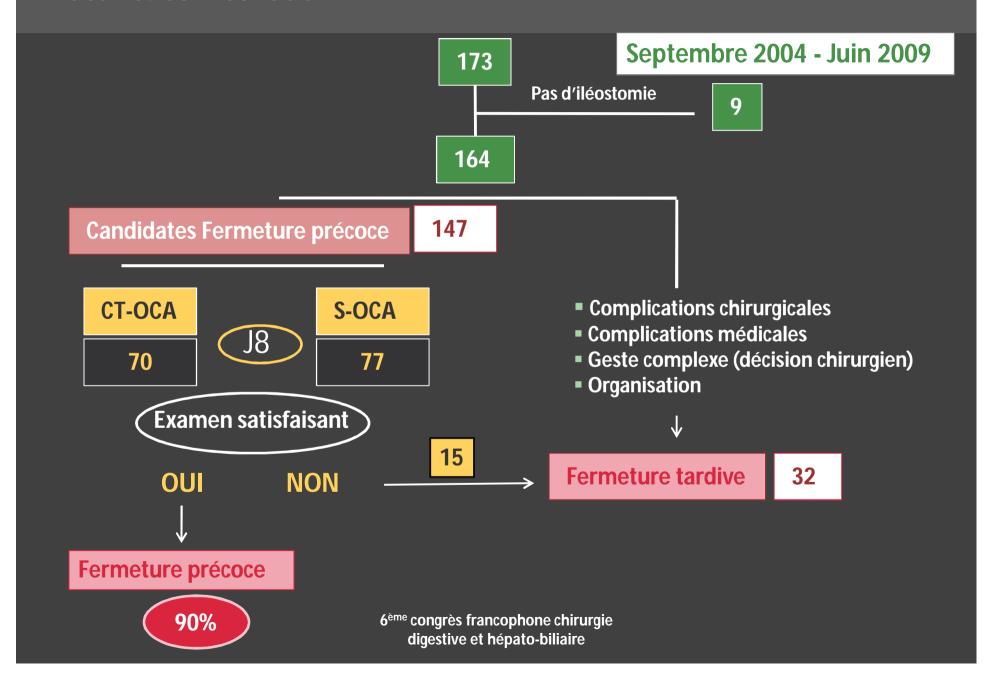
CT-OCA

S-OCA

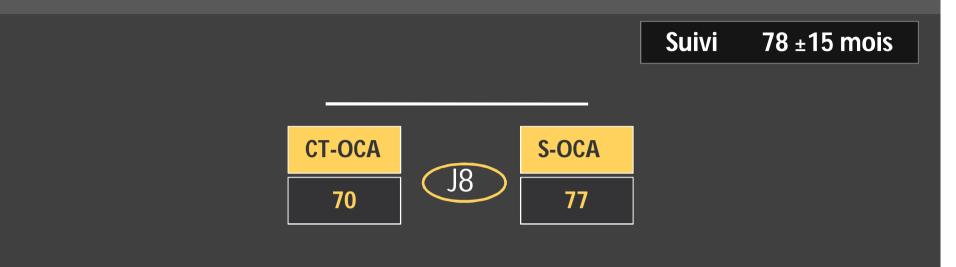
J8



Matériel et méthode



Matériel et méthode



1. Données cliniques

Matériel et méthode



- 1. Données cliniques
- 2. Données opératoires
- 3. Doses d'irradiation
- 4. Complications radiologiques fistule, collection, incarcération
- 5. Complications cliniques après fermeture

Résultats – Données cliniques

	CT-OCA (70)	S-OCA (77)	р
Âge (années)	33.3 ± 5.2	32.6 ± 5.8	NS
IMC (Kg/m²)	22.3 ± 3.0	23.0 ± 2.8	NS
Infertilité n,%	49 , <i>70</i>	52 , <i>70</i>	NS
Traitement hormonal n, %	62 , <i>86</i>	42 , <i>55</i>	NS
Chirurgie pour endométriose n,%	53 , 76	48 , <i>62</i>	NS
Évolution des symptômes (années)	66 +/- 6	56 +/- 8	NS
Dysménorrhées	70 , 100	7 5 , 97	NS
Dyspareunies profondes	68 , 97	74 , 96	NS
Algies pelviennes chroniques	67 , 96	76 , 99	NS
Symptômes digestifs	67 , 96	75 , <i>9</i> 7	NS

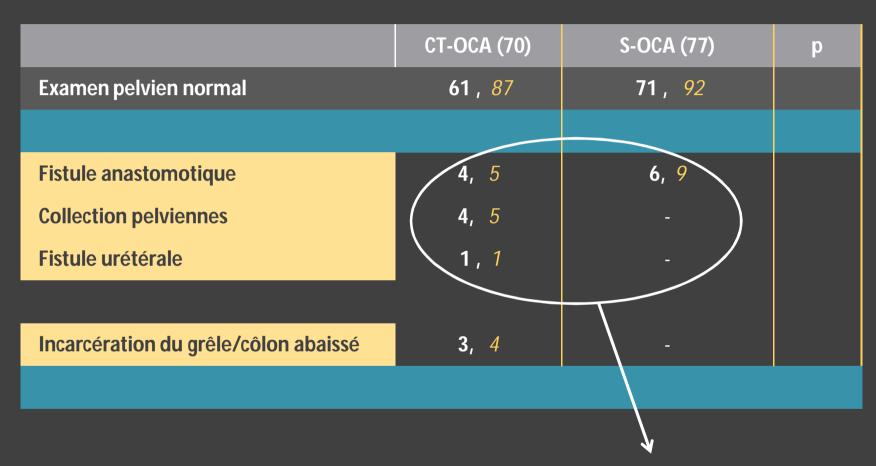
Résultats – Données opératoires

n ,%	CT-OCA (70)	S-OCA (77)	р
Double résection digestive	17 , 24	13 , <i>2</i> 17	NS
Résection iléale	5, 7	8 , 10	NS
Résection iléo-caecale	10 , <i>14</i>	2 , <i>3</i>	NS
Résection caecale	2 , <i>3</i>	2 , 3	NS
Geste urologique			
Cystectomie	13 , 19	7 , <i>9</i>	NS
Résection urétérale	7 , 10	5, <i>6</i>	NS
Néphrectomie	4 , 6	2 , <i>3</i>	NS
Hystérectomie totale	7 , 10	8 , 10	NS
Anastomose colo-anale	1, 1	5, <i>6</i>	NS

Résultats- Irradiation

	CT-OCA (70)	S-OCA (77)	р
Doses d'irradiation (mSv)			
Moyenne ± DS	16.41 ± 4.4	20.92 ± 7.6	< 0.05
Extrêmes	8 – 25.7	8.19 - 41.21	

Résultats – Complications radiologiques



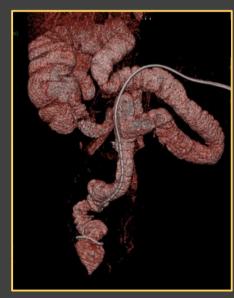
Contre-indication fermeture précoce

CT-OCA



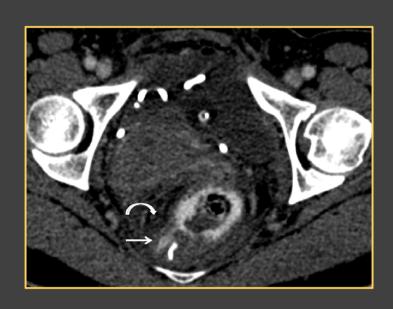






6ème congrès francophone chirurgie digestive et hépato-biliaire

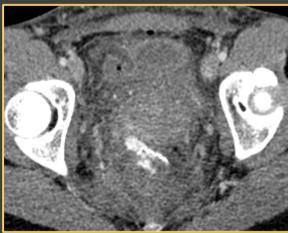
CT-OCA - Fistule anastomotique postérieure





CT-OCA - Fistule recto-vaginale





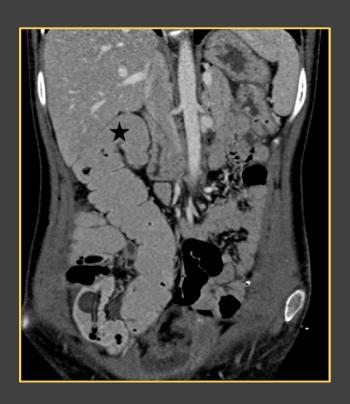


CT-OCA - Collection



CT-OCA - Incarcération du grêle sous le côlon abaissé





Résultats – Complications cliniques après fermeture iléostomie

	CT-OCA (61)	S-OCA (71)	р
Fistule anastomotique	0	1 , 1	NS
Collection pelviennes	0	2 , <i>3</i>	NS
		•	
Occlusion du grêle	3 , 5	8, 11	NS

Résultats – Performance diagnostique des examens

	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
Fistule anastomotique				
CT-OCA	100%	100%	100% (4/4)	100% (66/66)
S-OCA	86% (6/7)	100%	100% (6/6)	99% (70/71)
Collection				
CT-OCA	100%	100%	100% (4/4)	100% (66/66)
S-OCA	0%	100%	100% (2/2)	97% (73/75)

Conclusions

Le CT-OCA

- Est plus performant pour la diagnostic de fistule anastomotique
- Permet l'examen de tous l'espace pelvien collections?
- Permet d'identifier des incarcérations du grêle sous le côlon abaissé
- Est moins irradiant

Pourrait être proposé quelle que soit la pathologie initiale

IRM