

DILATATION ANALE EN CHIRURGIE COLIQUE D'URGENCE

par

RAZAFINDRANOVONA

La désunion, par distension, septicité ou ischémie est la crainte constante du chirurgien qui intervient sur le côlon, parce que le côlon contient des matières fécales liquides et solides, liquides surtout à droite, solides à gauche, et partout des gaz sous tension.

De plus, c'est un organe à parois minces, à couverture péritonéale insuffisante, garni d'appendices épiploïques gênants et à vascularisation pauvre. A ces multiples facteurs défavorables s'ajoute le contenu, contenu septique à tous les étages, septicité haute accrue par la stase.

Pour le chirurgien, une opération sur le côlon, préparée, suivie de rétablissement immédiat de la continuité est un souci, la même intervention en urgence est une insomnie.

Certains de ces facteurs d'insuccès, pour ne pas dire de désastre, peuvent être considérés comme estompés sinon disparus.

La gamme actuelle d'antibiotiques ainsi que le nombre croissant de sulfamides intestinaux permettent toutes les audaces. Un choix éclairé de la zone de résection sauvegardant la vitalité de la tranche de suture est un gage de succès. L'absence de traction aide la cicatrisation. Si à tout ceci s'ajoute l'absence de distension et de stase les conditions sont optimales. Ces deux dernières conditions sont apportées par la dilatation anale. Elle s'oppose au séjour des gaz qui sont évacués dès que formés et favorise l'émission spontanée et rapide des selles.

Les 5 observations qui suivent, dont certaines sont des cas franchement mauvais, illustrent cette manière de voir.

OBSERVATION N° 1. LAVA... 45 ans évacué par Andapa 19.8.65 reçu à Antalaha le 20.8.65 pour grosse hernie bilatérale, étranglée depuis 6 jours à droite. Vomissement, état de toxi-infection, étranglement hernie inguinoscrotale droite, traces de brûlures au deuxième degré sur les bourses correspondantes à la hernie étranglée. Etat général laissant à désirer.

Traitement kélotomie sous rachianesthésie.

A l'ouverture du sac issue de flots de sang noir. Contenu du sac transverse gangrené. Hernio-laparatomie, résection de l'épiploon gangrené, colectomie suivie de rétablissement immédiat de la continuité en termino-terminale par le procédé de la coupe et de la recoupe suture en 2 plans par lin serti en points séparés. Castration par ligature première des éléments du cordon. Peni-strepto dans la cavité abdominale. Libération du sac rétrogradé par libération première du collet suivie de ligature en sac de meunier, au fil de lin.

Reconstitution des plans anatomiques pariétaux : musculaire au catgut chromé, aponévrose au nylon tressé. Peau agrafée. Résection de la zone scrotale brûlée suture aux crins.

Traitement post-opératoire : Pénicilline, colymicine 1.000.000 de chaque, Strépo 1g. pendant 5 jours, 1.500 l. de liquide par jour.

Evolution

Température n'ayant pas dépassé 38,5 — 37,5 à partir du 3e jour gaz non senti par le malade, émission de selles le 3e jour. Alimentation normale au 4e jour, ablation des points le 7e Jour.

NOTE

Ayant quitté Antalaha l'après-midi du 7e jour, aucune nouvelle n'a pu être obtenu au sujet de ce malade malgré plusieurs lettres adressées au chef de l'établissement.

OBSERVATION N 2. Ra-Albert, 16 ans, Morarano — Ambositra. Reçu à Fianarantsoa le 14.9.65 pour plaie thoracique inférieure droite par coup de couteau datant de 8 heures.

Examen

— Plaie ayant les caractères de plaie produite par une arme pointue et tranchante large de 3 cm, 5 dans le 8e espace intercostal droit, sur la ligne axillaire postérieure. Plaie légèrement soufflante, contracture abdominale. Submatité de la base droite.

Diagnostic pré-opératoire

— Plaie thoracique avec lésion pulmonaire et réaction abdominale réflexe.

Incision

— Suivant la 9e côte, selon le trajet de la plaie ; sortie oblique. Emission spontanée des matières le 4e jour, ablation du drain le 8e jour, sort le 10.12.65.

N'a pas été revu.

OBSERVATION N° 4. RANDRIA... 34 ans Akosy Tsiady — Ambositra. Reçu à Fianarantsoa le 6.4.66 pour arrêt des gaz et des matières depuis 4 jours.

Ballonnement important, absence de contracture, péristaltisme mince, tympanisme large affectant une forme ovale avec submatite sous-hépatique T.A. 13/8, ampoule rectale vide.

Radiographie : énorme image aérique du cadre colique, présence de deux importantes images de niveau liquide. On pense à un volvulus du sigmoïde.

Après équilibration liquidienne rapide et aspiration des anses sus-jacentes on décide une intervention malgré 1 g. 20^h00 d'azotémie.

Anesthésie : locale (novocaïne) + éther — oxygène L.M. sus et sous ombilicale. Volvulus d'un dolicho-sigmoïde, anse dilatée pouvant contenir 10 litres environ. Mésentérite rétractile au niveau du meso correspondant à l'anse. Recto-sigmoïdectomie limitée à la portion volvulée sur écraseur de Martel. Rétablissement immédiat de la continuité par le procédé de la coupe et de la recoupe en 2 plans : total en points séparés au fil de lin n° 1 — Péritoine au fil de lin n° 0.

Pénistrepto dans la cavité abdominale, parois en 2 plans. Peau au fil de lin. Dilatation anale.

Suites : température 39,7, le lendemain entre 37,5 et 38,7 les 8,9,10 et 11, apyrexie à partir du 12, selle le même 12, sort le 19. Revu le 7.10.66. Etat satisfaisant.

OBSERVATION N° 5. RAZAFISAMBATRA, 32 ans. Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau datant de 10 heures le 8.1.68. Agrandissement de la plaie section de 3/4 antérieurs de la circonférence du transverse à la ligne médiane. Suture bord à bord par fil de lin en 2 plans, épiploplastie, pénistrepto dans la cavité abdominale, parois en 2 plans peau agrafés. Dilatation anale.

Suite simple : température n'a pas dépassé 37,6, selle le 3e jour, sort le 7e jour. N'a pas été revu.

Ces 4 observations réalisent des urgences sur chacune des zones coliques ; elles offrent aussi diverses variétés d'interventions ? Les observations II et V sont des plaies d'une section nette. Celles-ci ne présentent ni problème particulier ni remarque particulière par contre les I, et IV sont des cas complexes : I en raison du début d'un phlegmon pyo-stercoral — I et IV sont des stases exacerbant la virulence des germes coliques ;

Nous n'avons eu à déplorer ni suites fâcheuses d'ordre abdominal ni complication générale, ce qui nous permet de conclure que la dilation anale a eu sa part dans ces succès.

BIBLIOGRAPHIE

- CLAVEL. — *Stratégie et tactique en chirurgie abdominale d'urgence*. Masson Edit. Paris 1955.
- E.M.C. TECHNIQUES CHIRURGICALES — *Appareil digestif*. Tome II, Fiches 40.525 — 40.605.
- WELTI (H.). — *Chirurgie du côlon — Monogr. Chirur.* — Collection H. Mondor Masson Edit. Paris 1960.

Dr RAZAFINDRANOVONA
37, Rue Béréni
TANANARIVE.