

les feuillets de Chirurgie

Association algérienne des chirurgiens libéraux Janvier 2016. N°1

Sommaire:

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS.	02
EDITORIAL. <i>M.S.ABTROUN</i>	03
ARTICLES	
DISCOURS DU PRESIDENT DU 3ÈME CONGRES DE CHIRURGIE. <i>B.MERADJI</i>	04
PLAN NATIONAL CANCER 2015-2019. <i>M.ZITOUNI. JPG GRANGAUD. F BOUZIDA</i>	06
TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ULCÈRE SOLITAIRE DU RECTUM (81CAS). <i>M.MAAOUI</i>	10
PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DES FISTULES ANALES DE LA MALADIE DE CROHN EN 2016. <i>D.BOUCARD</i>	17
CHOLECYSTECTOMIES COELIOSCOPIQUES ET TRAUMATISMES DES VOIES BILIAIRES. A PROPOS D'UNE SERIE PERSONNELLE DE 2 324 CHOLECYSTECTOMIES. <i>B.MERADJI</i>	22
INTERÊT DE LA VALIDATION EN ALGERIE D'UN SCORE PREDICTIF DE MORTALITE EN CHIRURGIE DIGESTIVE LOURDE. <i>F.MERAD-BOUDIA</i>	25
LE PNEUMOPÉRITOINE PROGRESSIF PRÉOPÉRATOIRE (PPPO) OU PNEUMOPÉRITOINE DE GONI MORENO: PRINCIPES, TECHNIQUE, INDICATIONS ET RÉSULTATS. <i>S.BERKANE</i>	28
LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE DU CHIRURGIEN. <i>A. SBAIHI - D. LAIDAOUI - M. BESSAHA</i>	33

Instructions aux auteurs

Principes généraux

- *Des articles originaux* : les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

- *Des articles de synthèse* : les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; le nombre de références n'est pas limité.

- *Des cas cliniques* : les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original et la longueur sera limitée à 3 ou 4 pages de la revue.

- *Des actualités thérapeutiques* : la rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques et les questions en suspens.

- *Les articles et éditoriaux* sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs. Le premier auteur de l'article s'engage que le travail n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page).

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé (maximum 250 mots). Sur la troisième page figureront l'abstract (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 4 mots-clés en français et en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 40 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre parenthèses [] renvoyant à liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont

sept ou plus, citer les 6 premiers et faire suivre de « et al. » ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume (et non du fascicule) ; la première et la page.

La référence à des abstracts sera citée en note de bas de page.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres arabes, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéros d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués.



Editorial

Chers confrères

Nous l'avions promis, nous l'avons fait.

Nous nous étions engagés lors de la dernière assemblée générale de faire de notre possible pour créer une revue. Cette promesse n'a pas été facile à tenir, mais l'essentiel est là la revue de l'AACL est née.

« Les Feuilles de Chirurgie » seront à l'avenir un espace où le lecteur trouvera des articles scientifiques et des informations intéressantes.

Le sociétaire sera aussi acteur de la revue en proposant des articles qui seront soumis comme pour toute revue scientifique à un comité de lecture et publiés ensuite.

La création d'une revue doit répondre d'abord à un objectif primordial, qui est de se projeter tout de suite sur l'avenir que l'on veut lui donner.

Nous pensons qu'une revue pour exister doit paraître au rythme d'au moins un numéro par trimestre.

Elle doit pour ce faire, être alimentée de façon permanente d'écrits, d'articles et d'opinions.

Elle doit aussi avoir ses sources de financement, sans lesquels rien n'est possible.

Nous sommes donc devant un pari difficile, mais qu'il faut absolument tenir.

Nous sommes tous issus de l'Hôpital Public et nous avons été enseignés avant d'avoir été enseignants nous même, et nous gardons tous la nostalgie de l'époque où nous faisions partager nos expériences avec des confrères plus jeunes dont certains sont aujourd'hui de brillants chirurgiens.

Notre exercice dans le secteur libéral est malheureusement amputé de ce partage, et laisse beaucoup d'entre nous, et pour ne pas dire tous, dans un sentiment de frustration.

Personne ne viendra faire à notre place ce que nous devons faire nous même, c'est-à-dire nous organiser, nous rassembler et nous permettre finalement d'occuper la place qui naturellement la notre : des acteurs majeurs de la santé dans notre cher pays.

Chacun d'entre nous a son expérience qu'il doit partager, chacun d'entre nous doit soumettre ses idées et sa pratique à l'approbation et même aux critiques de ses collègues.

Les problèmes que nous rencontrons dans notre exercice quotidien doivent aussi être abordés et discutés, et c'est la seule façon d'avoir les moyens de les régler.

Chers amis, à vos plumes ! Ecrivez, prenez des photos ! Envoyez vos articles, vos opinions et faites partager vos expériences. Cette revue est la votre, faites en sorte qu'elle soit un espace de rencontre, de partage et d'enrichissement pour tous.

S.G M.S Abtroun

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Mohamed Saïd Abtroun

COMITE DE REDACTION

Zaky Mustapha Chaouchaoui,
Abdelmadjid Mameri,
Youcef Hachemi,
Larbi Ladjouzi

COMITE SCIENTIFIQUE

Amar Aïb,
Mustapha Boudraa,
Boualem Henni,
Fethi Merad Boudia,
Mostefa Boudiaf,
Boussad Meradji,
Kamel Daoudi,
Ahmed Bouarfa,
Messaoud Zitouni,
Zaky Mutapha Chaouchaoui,
Abdelkader Abayahia,
Ali Rami,
Abdelmadjid Mameri,
Zohra Imessaoudene,
Mustapha Maaoui,
Hocine Khalfi,
Djamel Aïssiou,

EDITEUR

www.arcoprint.dz

DISCOURS DU PRESIDENT DU 3ème CONGRES DE CHIRURGIE

Monsieur le Président, Chers Confrères, Honorables Invités d'ici ou d'ailleurs, Mesdames, Messieurs.

Il m'est agréable de vous souhaiter la bienvenue à notre troisième Congrès de Chirurgie que j'ai le très grand honneur et l'immense plaisir de présider.

Je voudrais tout d'abord saluer le nouveau Bureau que nous avons élu il y a quelques mois, et à sa tête, mon Ami le Docteur Chaouchaoui. Lui et ses collaborateurs ont déjà réalisé, en quelques mois, deux actions vitales pour notre Association : la première qui a consisté à donner à notre Association une dimension nationale en gérant les procédures administratives avec un doigté et une efficacité qu'il m'est agréable de souligner, la seconde, pour avoir organisé notre Congrès pratiquement dans les temps impartis.

Le privilège d'un Président de Congrès est de prononcer, en ouverture, une courte adresse à l'intention de ses Confrères et Invités. C'est donc en usant de ce privilège que je souhaiterais partager avec vous quelques réflexions liées à notre métier de Chirurgien et à son exercice. Dois-je préciser, pour rassurer mes amis organisateurs, que ces réflexions n'engagent que moi même, n'étant uniquement que mon propre porte parole ?

Voilà exactement 52 ans que j'ai mis, pour la première fois, les pieds dans une salle d'opération pour participer à une intervention. Ce fut, pour moi, une immense découverte.

Ce jour là, j'avais décidé définitivement de devenir Chirurgien.

Depuis, les temps ont bien changé, la Chirurgie a bien changé et les Chirurgiens aussi.

Ce demi siècle de Chirurgie m'a naturellement incité à tourner mon regard vers le passé pour essayer de comprendre l'évolution des choses et des personnes.

J'ai eu aussi la chance, à mon humble avis, d'avoir connu des circonstances qui m'ont permis de partager mon itinéraire professionnel entre deux carrières, de durées conséquentes : l'une hospitalo-universitaire et l'autre libérale, enrichissant l'une et l'autre par divers aspects complémentaires.

Cependant, et avant d'entamer cette réflexion, je voudrais vous demander d'avoir une pieuse pensée, car beaucoup d'entre vous les ont connus et côtoyés, à nos Maîtres, nos Collègues et même parfois, malheureusement, à nos Elèves, disparus au cours de ces années passées. Le temps s'écoulant, je trouve, hélas, qu'ils deviennent de plus en plus nombreux.

Nos Maîtres et Collègues ont tous, chacun à son échelle, participé à la naissance et au développement de la Chirurgie Algérienne, particulièrement au cours des premières années héroïques de l'Indépendance.

Le combat s'est poursuivi. Aujourd'hui, des centaines de Chirurgiens ont été formés et répartis dans tous les recoins du pays. Des infrastructures ont été érigées, des équipements de pointe ont été acquis. Mais sommes nous satisfaits de ce que nous faisons ? A t-on atteint les objectifs souhaités ? Chacun répondra à ces questions selon sa vision mais ce qui est sur, à mon sens, c'est qu'il est temps d'engager un nouveau combat contre les démons de notre métier.

Dans le secteur public, dont nous sommes tous issus, le danger essentiel est cette perte insidieuse d'humanisme, remplacé par un état d'indifférence subie plus que voulue, imposée, entretenue et

aggravée par des conditions de travail éprouvantes, un système et des méthodes de formation figé depuis plusieurs années, dont le bilan, d'ailleurs, n'a pas été dressé à ce jour, des Facultés et des Universités qui nous ont échappé depuis longtemps en tant qu' Enseignants, une Recherche qui se cherche encore, un système de sélection et de promotion aux critères sans cesse modifiés selon les circonstances et aux définitions sinon discutables, à tout le moins approximatives.

Ces dérives, par petites touches, que souvent les jeunes ne perçoivent que tardivement, incluses dans une forme d'impunité inhérente au cocon administratif, déboucheront inéluctablement sur une attitude d'irresponsabilité morcelée aux différents niveaux des hiérarchies. Ces dernières risqueront alors de perdre, dans certains cas et un jour ou l'autre, leurs légitimités scientifique, pédagogique et administrative.

Pourtant, Dieu sait que très peu de professions sont aussi gratifiantes que la notre : opérer et guérir des malades, transmettre le savoir aux Etudiants, former des Elèves autour de soi afin qu'un jour ils nous dépassent, faire de la Recherche et réfléchir à l'avenir de la Chirurgie dans notre pays. Tout un programme ! Et c'est ce qui explique qu'il me plait à dire que j'ai eu à suivre l'itinéraire de certains Confrères qui ont eu la ténacité de surmonter toutes les dérives pour devenir des Chirurgiens ou des Chefs de Service dignes de ce nom. Mais, comme on le dit, Dieu reconnaîtra les siens.....

Quant à la chirurgie libérale, d'existence plus récente et plus modeste dans notre pays, elle n'est pas aussi exempte de démons à combattre.

Après plusieurs années de pratique, je suis persuadé que cet exercice libéral est un enrichissement « professionnel »- dois je le préciser- incontestable, contrairement à ce que peuvent croire ceux qui n'ont n'en pas eu l'expérience. C'est au cours de cette pratique que l'on se réapproprie, en dehors de toutes contingences, notre dimension de Médecin et de soignant. C'est dans ces circonstances que l'on redécouvre cette relation intime avec le patient, cette confiance face à une conscience, débouchant



Pr B. MERADJI
 Clinique Sidi Yahia. ALGER

sur un sentiment de très grande responsabilité. Personnellement, c'est dans le privé, comme on le dit, que j'ai appris à parler de mes malades par leur nom et non par leur organe malade...

Cette responsabilité, doublée d'une menace judiciaire toujours présente et de plus en plus à la mode, doit nous pousser à nous auto évaluer, à bien connaître nos limites, à pratiquer notre métier dans les meilleures conditions de sécurité pour le patient et pour nous mêmes. Pour établir une relation avec autrui, il faut d'abord établir une relation avec soi même.

Et n'oubliez jamais, comme l'a rappelé un grand humoriste, que la Chirurgie est un métier dangereux car les clients qui ne meurent pas peuvent porter plainte !

A mon sens, deux mots résumant tous ces principes : l'humilité et l'honnêteté. L'honnêteté scientifique, l'honnêteté vis-à-vis de soi même, l'honnêteté vis-à-vis du patient, bien plus et au-delà des prescriptions déontologiques de notre profession. » Il n'y a pas de meilleur Chirurgien que celui qui a reçu beaucoup de blessures » a écrit à juste titre Cervantès.

Je ne voudrais pas terminer mes propos sans évoquer la grande solitude du Chirurgien privé, que nous avons tous connue et connaissons encore: solitude vis-à-vis des autres Confrères privés, même s'il nous arrive de les croiser de temps à autres dans les couloirs d'une Clinique, solitude vis-à-vis des Confrères Hospitaliers qui nous ignorent, remettant même en cause, pour les uns, nos compétences, voire nous considérant, pour d'autres, inféodés à des intérêts purement mercantiles.

Mais, il ne faut pas oublier que la solitude est aussi liberté !

Cependant et fort heureusement, je dois dire que les choses sont en train d'évoluer dans le bon sens des deux cotés de la barrière car barrière il y a encore.

C'est pour combattre cette solitude multiforme que j'ai personnellement applaudi et soutenu, il y a quelques années, la création de notre Association en faisant partie du premier Bureau fondateur présidé par mon bon Ami, le Docteur Rami.

Au-delà des rencontres et des échanges d'expériences, nous pourrions envisager, à l'instar de ce que nous constatons dans d'autres pays, d'attribuer à notre Association la dimension d'un cercle de débats et de participation à la réflexion du devenir de notre métier et de ses conditions d'exercice, sans jouer le rôle d'un syndicat, ce qui n'est nullement notre vocation.

Pour ma part, je suis persuadé que notre Association atteindra incessamment sa phase de maturité et que notre nouveau Bureau aura à cœur de relever les défis qu'il rencontrera.

Chers Collègues, Mesdames et Messieurs, j'ai le plaisir de déclarer ouvert le troisième Congrès des Chirurgiens Libéraux en vous souhaitant à tous plein succès dans vos Travaux.

Plan National Cancer 2015-2019.

Nouvelle vision stratégique centrée sur le malade.

I- Introduction : un plan dicté par la charge du cancer.

En Algérie on compte aujourd'hui environ 50000 nouveaux cas de cancer par an, soit un doublement en vingt ans. Cette progression constante du phénomène cancer s'explique par le caractère particulièrement accéléré des différentes transitions, démographique (en cinquante ans accroissement de la population multipliée par quatre et augmentation de l'espérance de vie avec un gain de près de trente ans), épidémiologique (passage des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles), socio-économique et industrielle et enfin culturelle avec de profondes mutations des styles de vie et des modes de comportement des citoyens sur le plan individuel et collectif

Les cinq cancers les plus fréquents sont le sein en augmentation fulgurante, poumon, prostate, colo-rectum de plus en plus fréquent, et thyroïde. Les hémopathies malignes et les cancers pédiatriques représentent des cadres particuliers.

L'âge moyen est de 54 ans, soit près de dix ans plus jeune que dans les pays développés.

Une spécificité négative des cancers en Algérie est le caractère tardif et le stade avancé du diagnostic (70% des cas), ce qui hypothèque gravement le pronostic. Par ailleurs des dysfonctionnements existent dans le parcours du patient, diagnostic, traitement, orientation, accompagnement et soutien social et psychologique du patient.

L'élaboration d'un Plan de lutte contre le cancer se justifie par cette charge de plus en plus importante de cette maladie, en chiffres, en souffrances pour les patients, en déséquilibres socio-familiaux et en poids financier. Par ailleurs de nombreuses actions et programmes avec d'énormes ressources, n'ont pas donné les résultats attendus.

Enfin, les tendances actuelles, relatives au cancer au niveau mondial, et les recommandations les plus autorisées (OMS, CIRC) font ressortir la nécessité d'élaborer des « plans cancer » pour opposer une stratégie efficace au phénomène de croissance actuelle et continue de ce fléau.

Aussi, Après avoir déclaré le cancer problème majeur de santé publique puis érigé la lutte contre le cancer en chantier présidentiel, Monsieur le Président de la République a demandé l'élaboration d'un Plan Algérien de lutte contre le cancer 2015-2019

L'ambition du présent Plan est de faciliter tout le parcours de soins du patient dans un continuum depuis le diagnostic jusqu'aux soins de suivi en améliorant constamment sa qualité de vie et en préservant sa dignité.

II- Un plan porté par une mobilisation solidaire.

II-1 Une construction selon un cadre logique

Dans un premier temps des groupes de travail ont procédé pendant des mois à un état des lieux préalable, d'une part du contexte général du système de santé, et d'autre part de l'organisation spécifique de la prise en charge du cancer; avec production



M Zitouni. JPG Grangaud. F Bouzida

de deux rapports préliminaires de Juin et Octobre 2013.

Ensuite la construction proprement dite du « Plan National Cancer 2015-2019 » a été menée par un Comité de Suivi, composé de sept groupes d'experts, qui s'est largement inspiré des propositions et recommandations contenues dans ces deux précédents rapports et de la lettre de mission de Monsieur le Premier Ministre de Février 2013.

Le Comité s'est réuni huit fois ; il a suivi une démarche proche des besoins des malades en restant fidèle au consensus exprimé par les professionnels de santé. Lors d'un séminaire-atelier du 13 au 15 octobre 2014 le comité a validé d'une part l'objectif principal du Plan qui est :

« la réduction de la mortalité et de la morbidité par cancer et l'amélioration de la qualité de vie des malades pendant et après le traitement »

et d'autre part les huit axes stratégiques, avec 19 objectifs, 60 actions et 239 mesures, qui ont été hiérarchisés selon un ordre prioritaire avec pour chaque axe une cible principale ou focus.

II-2 Un contenu ambitieux mais réaliste

Axe stratégique 1

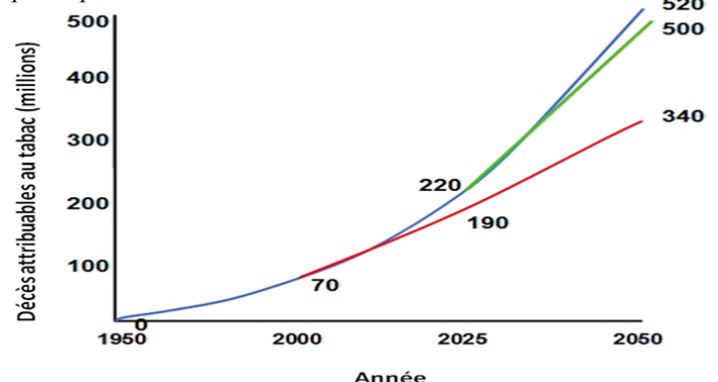
Améliorer la prévention contre les facteurs de risque

Focus : Lutte contre le tabac.

La prévention primaire et secondaire, axe majeur, est incontestablement la seule stratégie rentable reconnue pour réduire l'incidence et la mortalité des cancers. La lutte contre le tabagisme et le dépistage du cancer du sein ont été retenus comme cibles principales ayant un caractère de priorité absolue.

La consommation de tabac en Algérie a triplé ces trois dernières décennies et la tendance est au maintien de cette évolution. La lutte contre le tabagisme est plus que jamais une priorité.

Le rôle du tabagisme dans la genèse de nombreux cancers (90% des cancers du poumon) a été largement démontré depuis l'étude princeps de Hill et Dol*.



Curbing the epidemic. World Bank publications 1999

Sur ces deux courbes, on constate nettement que les pays ayant introduit un programme rigoureux de lutte contre le tabac (courbe verte) enregistrent une mortalité progressivement plus faible que les autres pays (courbe rouge).

L'Algérie a élaboré un « Plan Stratégique National multisectoriel de Lutte Intégrée contre les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles 2014-2018 » qui comprend les principales mesures contre le tabagisme et les autres facteurs de risque et pourrait représenter la feuille de route de cette lutte pour les cinq prochaines années.

En outre et plus généralement, de nombreuses et très importantes études ont démontré, encore récemment, l'incrimination des facteurs de risque extérieurs évitables : virus, alimentation, pollution, rayonnements...

Par exemple, une récente étude américaine de l'université Stony Brook de New York* se basant sur le taux de division et mutations cellulaires dans différents tissus concluent que les facteurs environnementaux ou professionnels sont à l'origine de 70 à 90% des cancers, le restant étant dû aux facteurs génétiques internes (1)

La conclusion capitale de cette grande étude confirme que nous devons investir beaucoup plus dans les politiques et programmes de prévention. Les stratégies de promotion de santé publique doivent responsabiliser tous les acteurs concernés. Le rôle du médecin généraliste-public et prié-doit être mis au centre du processus de prévention primaire et secondaire.

AXE STRATÉGIQUE 2.

Améliorer le dépistage de certains cancers

Focus : Dépistage du cancer du sein

Une détection précoce du cancer augmente considérablement les chances de réussite du traitement qui est en plus moins long, moins lourd et moins onéreux. Le focus a été mis sur le cancer du sein à cause de l'augmentation inquiétante de son incidence : près de la moitié des cancers chez la femme et du tiers de pour les deux sexes.

Il est admis que le dépistage organisé, basé sur la mammographie, permet de diminuer d'au moins 30% la mortalité de ces cancers, autorisant jusqu'à 90% de guérison.

Une réorganisation structurée du dépistage de ce cancer, associée à une meilleure rentabilisation des ressources matérielles et humaines existantes s'impose dans le cadre de l'urgence.

Le cancer du col de l'utérus nécessite lui une redynamisation du programme de dépistage déjà existant. Le dépistage du cancer colo-rectal doit être mis en place.

AXE STRATÉGIQUE 3.

Améliorer le diagnostic du cancer

Focus : Anatomie Cytopathologie

Seul examen clé et incontournable pour le diagnostic et le suivi. Elle devra être redynamisée en l'organisant en réseaux, en renforçant ses qualifications humaines et en augmentant ses ressources budgétaires.

Doivent aussi être modernisés les laboratoires la biologie moléculaire et de génétique de même que les plateaux de l'imagerie médicale qui connaît de grands bouleversements

Axe Stratégique 4.

Redynamiser le traitement. Focus : Interdisciplinarité

L'Interdisciplinarité représente de l'avis unanime des experts le seul mode efficace et efficient dans la prise de décision diagnostique et thérapeutique dans le domaine du cancer. Il est urgent qu'elle soit institutionnalisée dans notre pays, non seulement sur le plan réglementaire mais aussi et surtout sur le plan comportemental de la part des professionnels.

La radiothérapie mérite une attention particulière, vu les retards accumulés depuis une dizaine d'années. L'amélioration progressive enregistrée récemment grâce à l'ouverture de nouveaux centres notamment dans le secteur libéral devra être poursuivie et amplifiée pour permettre à la radiothérapie de rentrer dans un cadre de normalité pour les patients.

La chimiothérapie est un domaine en profonde mutation avec, notamment, l'utilisation des thérapies ciblées de plus en plus nombreuses, de plus en plus efficaces mais coûtant aussi de plus cher. A ce niveau le rôle de l'interdisciplinarité s'avère capital car ce n'est que dans un esprit de collégialité respectant les normes scientifiques (evidence based medicine) et les valeurs éthiques que le traitement de tous les malades se fera dans l'égalité avec le plus d'efficacité et d'efficacités.

AXE STRATÉGIQUE 5.

Organiser l'orientation, l'accompagnement et le suivi du patient.

Focus: Les cellules d'accueil et d'orientation des patients cancéreux.

Ces cellules ont pour mission d'assurer le soutien psychologique des patients et de leurs familles et de réduire les obstacles à l'accès aux centres de diagnostic et de traitement du cancer. Elles agissent dans un cadre intégré d'une équipe multidisciplinaire. Créées par circulaire N°4 du 03 Novembre 2010, elles devraient être mieux organisées notamment par la désignation d'un médecin généraliste coordonnateur en cancérologie. Ce nouveau corps de métier pourrait être rapidement créé. Dans ce cadre le rôle des associations d'aide aux malades cancéreux est important, en maintenant le lien entre les malades, leur entourage et le milieu soignant ainsi que d'autres segments de la société.

AXE STRATÉGIQUE 6.

Développer le système d'information et la communication sur les

Cancers.

Focus : Les registres des cancers.

Cet axe vise à développer le système d'information sanitaire et de communication sur le cancer. Dans ce domaine les registres du cancer sont des instruments centraux de la surveillance épidémiologique des cancers dans toutes les dimensions. Il est reconnu par les instances internationales que l'Algérie dispose de registres performants sources de données fiables. Pour renforcer leurs performances, il s'agit maintenant d'améliorer la coordination et l'extension de ces registres à travers le territoire national.

La qualité de l'information et de la communication en matière de cancer est encore insuffisante et peu efficace aussi bien auprès des malades qu'auprès de la population en général.

L'Information et la communication sur le cancer en direction des professionnels de santé doit être organisée pour leur permettre d'avoir une connaissance avancée sur cette maladie et aider ou différents domaines de la recherche.

AXE STRATÉGIQUE 7.

Renforcer la formation et la recherche sur les cancers

Focus : Initiation aux nouveaux métiers et la recherche translationnelle.

La notion de nouveaux métiers est particulièrement importante en cancérologie domaine où des progrès continus dans les actions de prise en charge des patients rendent rapidement obsolètes les anciens savoirs et savoir faire. D'où un risque constant de décalages entre la réalité des métiers prenant en charge le cancer et les systèmes de formation et leurs contenus aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif.

Il s'agit d'optimiser la formation de tous les acteurs de la chaîne de soins en cancérologie et de développer de nouvelles compétences imposées par le progrès constant dans ce domaine.

A ce niveau la dimension intersectorielle est capitale et incontournable. En effet l'implication de secteurs de l'Enseignement Supérieur et de la Formation Professionnelle pour la réforme de la formation, et celle des Finances et de la Fonction Publique, pour la définition des futurs statuts

des nouveaux métiers, de leur reconnaissance et de leur valorisation professionnelle est indispensable.

La recherche médicale, particulièrement en cancérologie est encore considérée comme le parent pauvre. Domaine en pleine expansion et constante mutation, il devrait connaître un développement plus significatif aussi bien dans le cadre opérationnel que translationnel au niveau de la Santé et de l'Université.

AXE STRATÉGIQUE 8.

Renforcer les capacités de financement de la prise en charge des cancers

Focus : Optimiser et rationaliser les ressources.

Les chiffres des dépenses en santé sont en progression constante mais ils restent relativement insuffisants au regard des besoins notamment ceux qui seront induits dans le futur par les nouvelles demandes de soins (investissements en infrastructures notamment les CAC et en personnels) dues à la transition sanitaire.

Par ailleurs l'analyse de la répartition des ressources financières allouées aux domaines de la prévention, de l'information sanitaire, de la formation, de la recherche, de l'organisation des soins et des soins palliatifs sont subsidiaires jusqu'à présent par rapport aux ressources allouées aux domaines diagnostiques et thérapeutiques.

Il s'agira donc de budgétiser de manière plus efficiente les programmes de la prévention, de la formation et de la recherche.

Deux experts séparés et indépendants ont estimé que le financement du Plan National Cancer 2015-2019 s'élèverait à trois cent Milliards de DA environ.

III- Une mise en œuvre du plan à l'épreuve des contraintes qu'il s'est imposées.

Le 24/05/2015 le Conseil des Ministres présidé par le chef de l'Etat a adopté dans sa totalité le Plan Cancer 2015-2019. Il a décidé que la mise en œuvre de ce plan sera supervisée par un comité de pilotage et de suivi. Ce comité a été créé par arrêté ministériel ; il compte deux commissions l'une de mise en œuvre et l'autre de suivi et d'évaluation.

Traçant une première stratégie globale, ce plan ne représente en fait qu'un jalon dans le long processus de lutte contre le cancer.

Son évaluation régulière permettra d'identifier ses forces et ses faiblesses dont l'analyse, ouvrira des perspectives à de nouveaux défis qui seront pris en considération par les futurs Plans Cancers.

En fait la mise en œuvre de ces objectifs ne pourra être abordée de manière pertinente qu'après avoir mis en place des procédures élaborées de manière précise pour garantir l'adhésion des professionnels et leur appropriation de cette démarche. Il est donc important de veiller à leur information, à leur formation et à la valorisation des statuts d'exercice des différentes catégories impliquées dans la mise en œuvre de ce Plan.

Conclusion et perspectives: les défis du futur et le pari de la réussite au service du patient.

IV- Conclusion et perspectives: les défis du futur et le pari de la réussite au service du patient.

En conclusion on peut dire que le défi de l'élaboration du plan cancer 2015-2019 a été réussi. Son institutionnalisation par le Gouvernement est un acquis très important.

Il s'agit maintenant pour nous tous de répondre aux conditions contraignantes exigées pour une implémentation efficace des objectifs fixés.

Un certains nombres de démarches s'imposent :

- mettre en place des instruments de coordination fiables
- Renforcer et multiplier les échanges sur le terrain
- Elaborer progressivement des indicateurs de résultats et de performances
- Evaluer de manière continue et objective toutes les actions et apporter les ajustements subséquents.

« Il faut entreprendre des actions qui doivent être toujours évaluées et corrigées au besoin. C'est en avançant que l'on corrige sa démarche, **car le parfait théorique a une limite, c'est la probabilité d'application** » Pr A Hellali

Références

Richard Doll and A. Bradford Hill Smoking and Carcinoma of the Lung. Br Med J. 1950 Sep 30; 2(4682): 739-748.

Sung Hu, Scott Powwers, Wei Zhu , Yusuf A. Hannun. Nature 17 December 2015



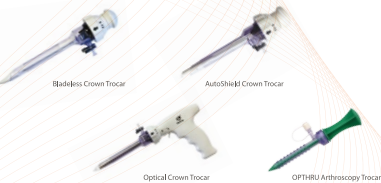
BIO LATEX ALGERIE

ELCON
MEDICAL INSTRUMENTS GmbH

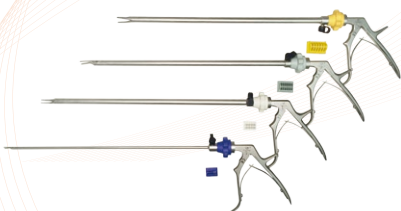
Endoscopie Rigide



*Colonnes complètes
de laparoscopie, Arthroscopie
Hysteroscopie, Urologie*



Trocars à usage unique



Pinces avec clips

SMOIF
A mindray Company

Endoscopie Souple



*Colonnes complètes
de Video Endoscopie*



Surgical Microscope Series



Fiberscope Series
Bronchoscope & Laryngoscope
Choledochoscope & Cystoscope



Fiberscope Series
Gastroscope & Colonoscope



GE-100 Gastroscope

126, rue Mohamed Saidoune parc ben Omar Kouba Alger
Tel / Fax: 021 46 10 92 / 021 28 38 47 021 28 40 40 / 021 28 60 60
E-mail: commercial@biolatex.dz Website: www.biolatex.dz

Traitement chirurgical de l'ulcère solitaire du rectum (81cas).

Introduction. Historique. Définition:

La première description d'un ulcère solitaire du rectum a été faite par Cruveilhier en 1829 à propos de 4 cas (1) et le nom d'ulcère solitaire n'a été attribué qu'un siècle plus tard par Lloyd-Davies (in 2). Cependant ce n'est qu'en 1964 que Madigan décrit le premier cas complet et en 1969, avec Morson il propose le terme de « syndrome de l'ulcère solitaire du rectum » SSUR-(2). En 1975, Rutter et Riedel évoquent le facteur étiologique lié au traumatisme et à l'ischémie de la muqueuse prolapsée (3). Womack, en 1987 signale que 90% des patients auraient un prolapsus si on leur demandait de pousser(4). Ainsi, si l'ulcère peut manquer au tableau et si le caractère « solitaire » n'est pas obligatoire, il semble que le prolapsus rectal, extériorisé ou non, soit un facteur étiologique déterminant. Ainsi le syndrome de l'ulcère solitaire du rectum (SUSR) est une entité clinique relevant des troubles de la statique périnéale, survenant chez des sujets présentant des troubles de l'évacuation rectale en relation avec un obstacle anatomique, une procidence rectale par exemple, aggravée par un trouble fonctionnel, la dyssynergie ano-rectale, à l'origine d'une « défécation traumatique » retentissant sur la muqueuse rectale et caractérisé essentiellement par « des données endoscopiques et histologiques » (2-5).

Ce syndrome est peu connu et nécessite quand il est identifié des mesures hygiéno diététiques simples associée à des régulateurs du transit. Quand il y a persistance de symptômes sévères la chirurgie s'impose.

Ce travail a pour but de rappeler le profil clinique, endoscopique et histologique du SSUR et d'évaluer dans l'immédiat et à très long terme les résultats de la chirurgie, la rectopexie selon Nicholls telle que nous la pratiquons depuis vingt une trentaine d'années (6).

Matériel et méthodes :

Cette étude contrôlée non randomisée a été menée de 1987 à 2015 sur des malades porteurs de troubles graves liés à un SSUR et opérés de façon consécutive par le même chirurgien. La plupart des malades ont été adressés par le même gastro-entérologue (pr Chaoui*) et ont bénéficié au moins d'une rectoscopie pré opératoire. Tous les malades ont été opérés selon la technique de Nicholls légèrement modifiée : abord selon Pfanenstiel, libération circonférentielle au plus près de la paroi rectale de l'ampoule jusqu'au plancher des releveurs, rectopexie antérieure et postérieure par plaques non résorbables « suspendues » en chargeant la paroi rectale au péritoine de part et d'autre à mi-hauteur par rapport au Douglas : celui-ci n'est pas réséqué mais simplement ourlé « en paletot », ses lèvres servant à coiffer la partie émergente des plaques. Les derniers malades ont été opérés par voie coelioscopique.

Figure 1 d'après Nicholls (6)

Certains gestes complémentaires ont été réalisés (dilatations, sphinctérotomies, anoplasties...).

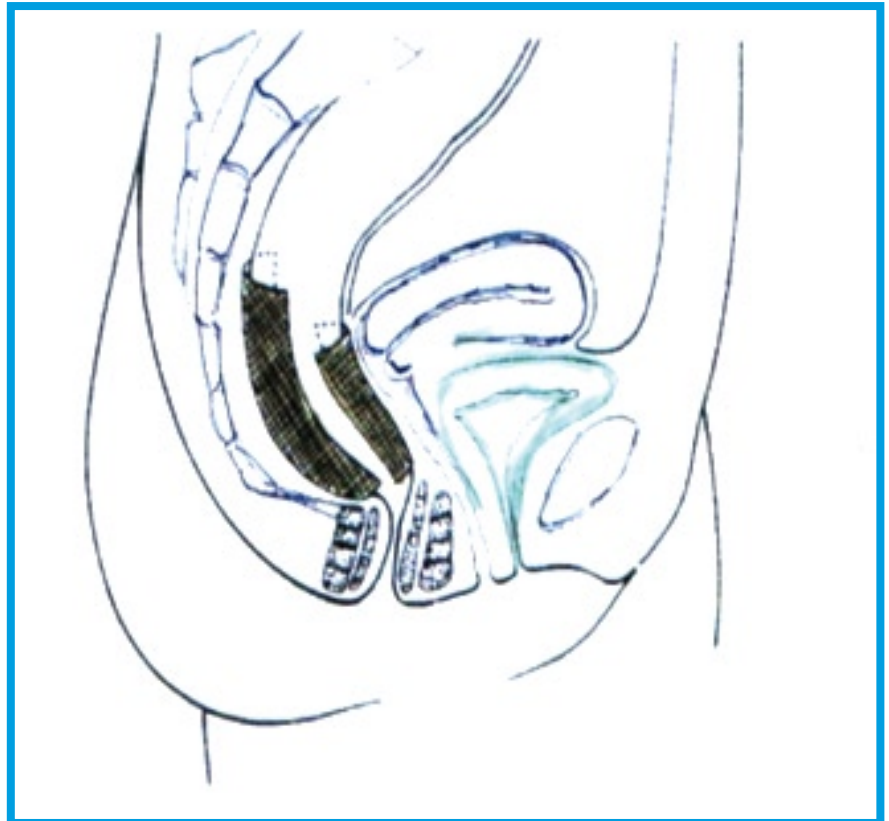
Tous les malades ont été suivis sur une durée postopératoire allant de un an à 10 ans sur une période totale de 28 ans : Un examen clinique a été réalisé pour tous et une rectoscopie de contrôle a été réalisée pour la plupart des cas.

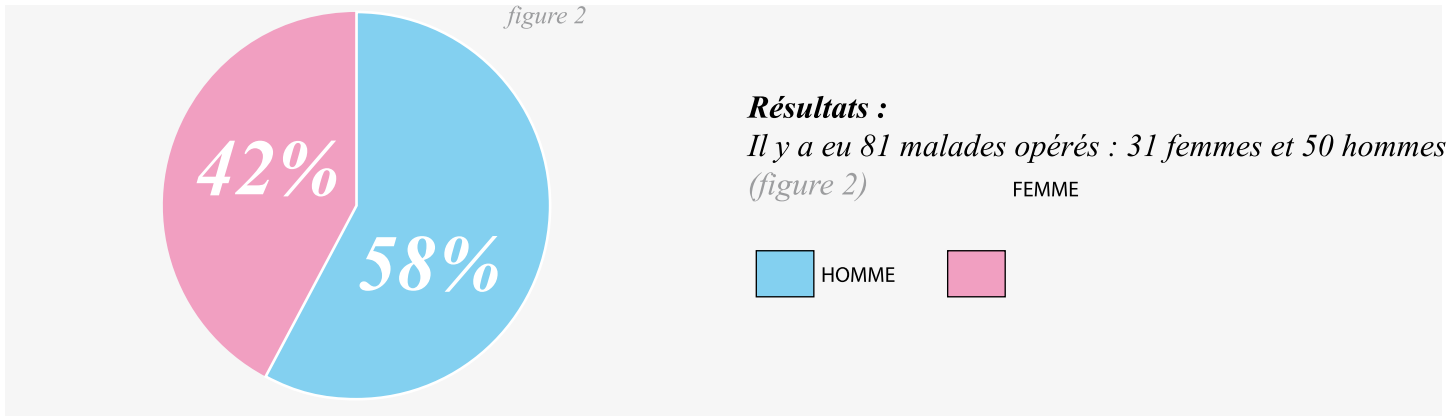
Les critères de jugement ont été le retour à une défécation normale ou non, le sentiment exprimé par le malade d'une amélioration, conséquente : AM1 : disparition des signes graves (sang, glaires, manœuvres digitales), relative : AM2 (persistance des signes graves), d'une stagnation ou d'une aggravation de sa maladie et de sa qualité de vie.



M.Maaoui

(Hôpital Bachir Mentouri Kouba-Alger).



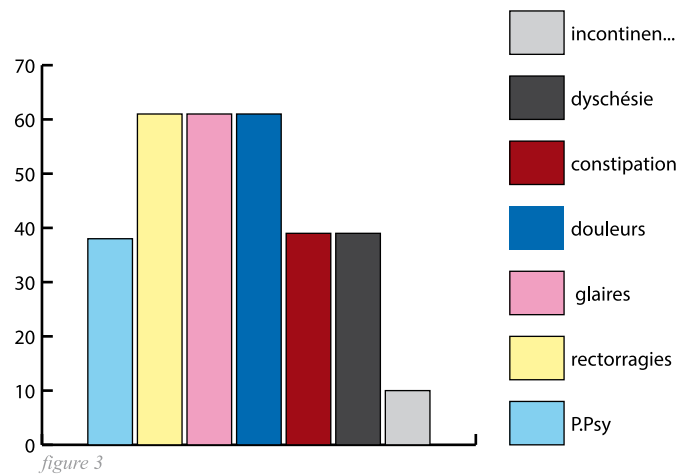


L'âge moyen a été de 35 ans avec des extrêmes allant de 12 ans à 87 ans.

L'évolution de la maladie a été de 9 ans en moyenne à partir du début de la symptomatologie jusqu'à l'intervention.

Pour les antécédents, la parité a été de 13 nullipares, 18 multipares (moyenne : 7), avec 7 interventions proctologiques, 2 interventions gynécologiques à type d'hystérectomie et enfin un échec de rectopexie selon Wells sous cœlioscopie effectué dans un autre service.

Données sémiologiques (figure 3)



Le profil psychologique est perturbé chez 1malade sur 2: n=38 (46%)

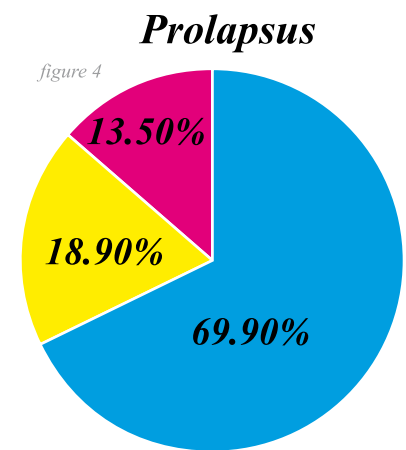
Les rectorragies et les glaires : n =61 (75.5%) constituent les signes d'appel les plus fréquents.

Les douleurs plus ou moins intenses sont un signe fréquent : n = 61 (75.5%)

La constipation ainsi que la dyschésie : n = 39 (48.1%) pour chacun des 2 signes.

L'incontinence a été notée chez 10 patients (12.3%) et a été scorée selon Pescatori(5).

Score de l'incontinence anale selon Pescatori	
A1 (2)	= 7
B1 (3)	= 2
B3 (5)	= 1
Tonus sphinctérien	
n	= 55 (67.9%)
	= 13 (16%)
	= 13 (16%)



Un anisme a été retrouvé chez 9 patients (11%).

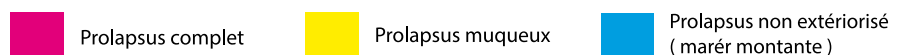
Un prolapsus, qu'il soit complet : n = 11 (13.5%)

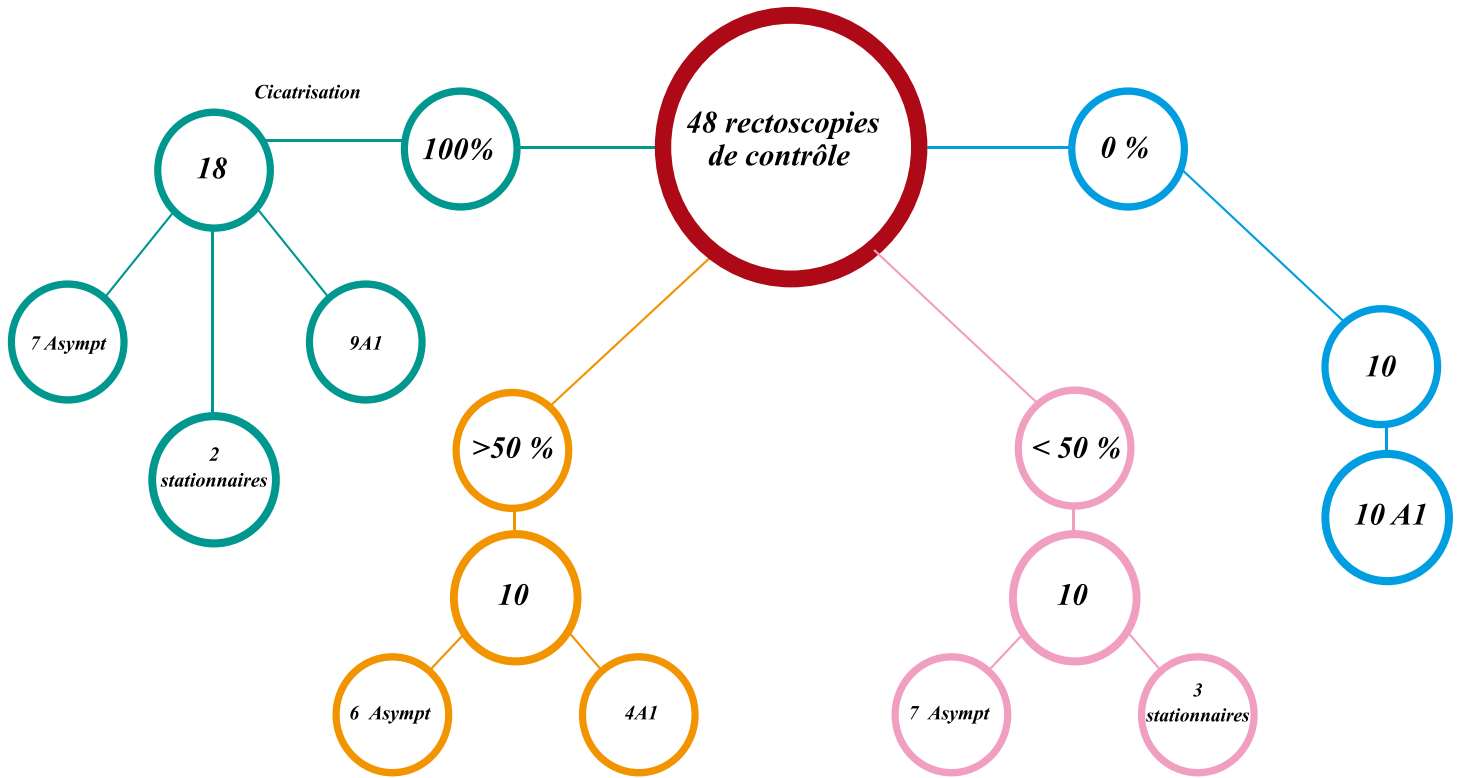
ou muqueux : n = 15 (18.5%)

ou encore non extériorisé (procident) : n = 55 (67.9%).

Les manœuvres digitales (mains à plat sur les tubérosités ischiatiques ou alors doigt dans le vagin pour faire expression sur la paroi antérieure du rectum chez la femme ou encore le doigt carrément dans le canal anal pour vider celui-ci) : n = 47 (58%).

En ce qui concerne les prolapsus, nous les avons retenus dans leurs trois expressions (figure 4)





Le diagnostic positif a été basé sur la rectoscopie dans tous les cas (n=81) :

les lésions étaient de siège : antérieur dans 60 cas
postérieur dans 9 cas
circonférentiel dans 12 cas.

Les biopsies ont été pratiquées 67 fois et ont été caractéristiques 43 fois.

Les autres examens, peu contributifs, ont été rarement pratiqués : lavement baryté (n=2), transit du grêle (n=1), rectographie numérisée (n=2), manométrie (n=3).

Les diagnostics différentiels les plus évoqués sont :

- recto-colite ulcero-hémorragique : n=12 (14.8%)
- maladie de Crohn : n=9 (11%)
- cancer du rectum : n=4 (4.9%)
- amibiase : n=2 (2.4%).

Le traitement :

Le score ASA était : ASA 1 : n=69 (85.1%)

ASA2 : n=12 (14.9%).

Il a été réalisé 81 interventions selon Nicholls.

la voie d'abord a été faite selon Pfanenstiel (n=78) et une reprise de médiane sous ombilicale les autres fois (n=3).

les gestes associés :

anoplasties = 4

dilatations = 5

prolasectomies = 1

incidents = ouverture du transverse: 1

brèche rectale: 2

des gestes ultérieurs ont été réalisés :

Burch = 2

Sullivan = 4

Sphinctérotomie = 2

dilatations = 4

ablation de plaque = 1

Les résultats ont été les suivants :

la mortalité a été nulle (0%).

la morbidité a été :

-un hématome de paroi modéré et régressif sous antibiotiques et AINS.

-une suppuration exprimée par une diarrhée purulente après migration de plaque (postérieure) au troisième mois postopératoire : ablation de la plaque très facile par voie transanale sous analgésie : suites simples.

Suites à distance : (1 an et plus)

patients asymptomatiques = 34 (41.9%)

patients nettement améliorés : disparition des signes cliniques graves (Am1) = 29 (35.8%)

patients médiocrement améliorés : persistance des signes graves (Am2) = 18 (22.2%)

état stationnaire : 7 (8.6%).

48 rectoscopies de contrôle ont été réalisées : la cicatrisation endoscopique ne correspond pas forcément à l'amélioration clinique (tableau I).

Discussion :

Le SSUR représente une composante des troubles de la statique pelvienne qui se manifeste par l'agression de la muqueuse rectale par des troubles ischémiques puis infectieux en liaison avec des perturbations anatomiques, procidence rectale le plus souvent aggravées par des troubles fonctionnels représentés par la dissynergie : quand l'ampoule rectale se contracte pour se vider, le sphincter doit se relâcher simultanément et, « a contrario », quand l'ampoule rectale se relâche, le sphincter se referme en même temps. Il y a dysfonctionnement de ce mécanisme dans le SSUR ; Ce syndrome peut s'observer à tous les âges, mais il est plutôt l'apanage du sujet jeune. Il touche aussi bien l'homme que la femme et on aurait pu s'attendre dans cette série à un nombre plus important de femmes, compte tenu de l'activité obstétricale élevée en Algérie. Les patients présentent souvent un profil psychologique perturbé allant de l'immaturité et l'hyper-anxiété à des troubles de type obsessionnels. Le diagnostic a reposé pour nous sur des critères anamnétiques et cliniques, avec les proctalgies, la dyschésie, l'émission de selles glairo-sanglantes, les manœuvres digitales pour faciliter l'exonération qui ont représenté l'essentiel de cette symptomatologie. Ces constatations sont en harmonie avec ce qui été décrit par d'autres auteurs (5,8-9). En identifiant, le plus souvent sur la face antérieure, entre 7 et 10 cm de la marge anale, les lésions qui peuvent être caractéristiques (sans pour autant être obligatoirement ulcérées et/ou solitaires), la rectoscopie est un des éléments clé du diagnostic(5) –Figure 5.

Cette rectoscopie met en même temps en évidence une des causes du SSUR : le prolapsus rectal interne non extériorisé sous forme de « marée montante » provoquée par le déplissement de la muqueuse rectale à la poussée. La biopsie, qui doit-être réalisée au rectoscope rigide et aller profondément au travers de « la couenne » qui tapisse les lésions confirme le diagnostic en montrant les images caractéristiques : une muqueuse hypertrophiée, irrégulière avec hyperplasie glandulaire sans caractère dysplasique et oblitération fibro-musculaire du chorion (fibres collagènes et fibres musculaires lisses). L profil histochimique montre un taux excessif de collagène muqueux et une augmentation des sialomucines N-acétylés.

Ces paramètres, pour un clinicien avisé, devraient suffire pour établir un diagnostic. Si la manométrie ou l'enregistrement électro-myographique relèvent plus du domaine de la recherche que de la pratique courante, et si le lavement est un examen peu contributif, la rectographie dynamique numérisée semble être un examen de choix(10) qui nous a été inaccessible : il peut montrer, entre les mains de ses promoteurs(11), les différentes étapes de l'altération périnéale : périnée solide, périnée descendant, périnée descendu (Figure 6).

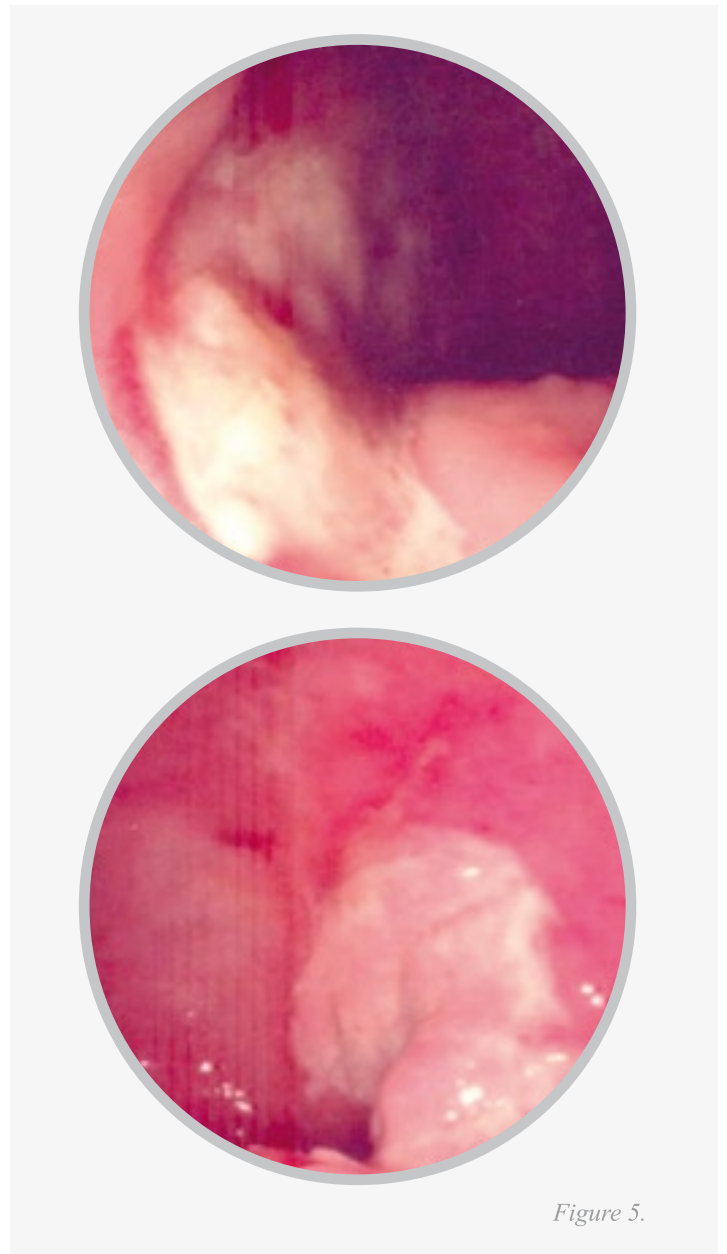


Figure 5.

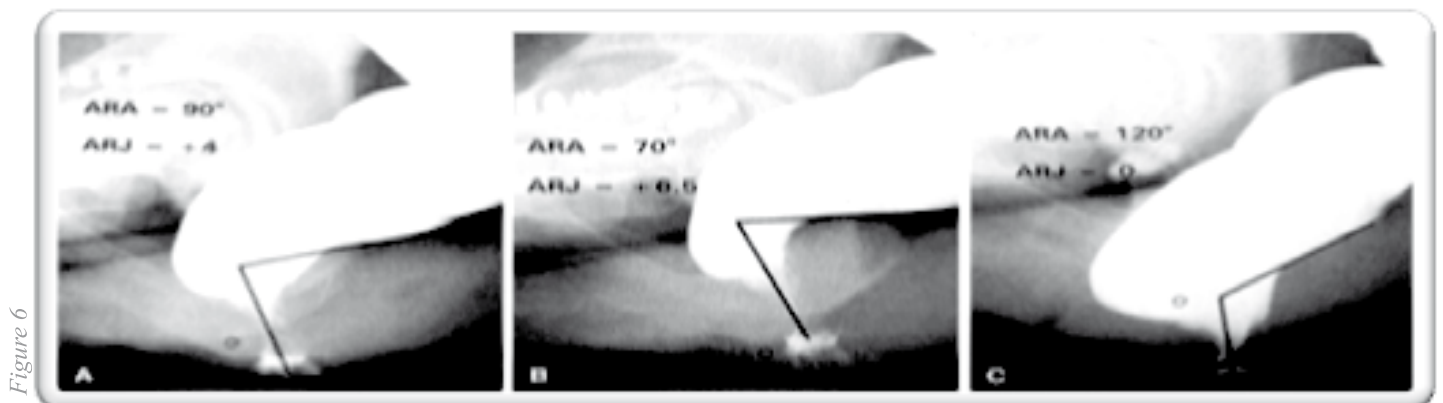


Figure 6

L'échographie endorectale représente un examen important, car elle montre l'épaississement de la sous-muqueuse des sphincters interne et externe et surtout elle est fondamentale dans l'exploration d'une incontinence car elle permet de détecter les ruptures sphinctériennes(12)

Le diagnostic différentiel se fait avant tout avec le cancer (13) parce que les lésions macroscopiques ne se présentent pas obligatoirement sous forme « d'ulcère »-elles peuvent être polypoïdes, pseudo-tumorales-ou « solitaire »puisque les lésions peuvent être multiples. Quatre malades nous ont été adressés avec ce diagnostic. Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (colites inflammatoires et Crohn) sont les diagnostics les plus fréquemment évoqués (14) et 19 de nos malades ont d'abord reçu un traitement anti-inflammatoire, parfois au long cours, avant que le diagnostic ne soit redressé. Enfin certaines affections proctologiques tels que les fissures anales, pouvant être associées par ailleurs au SSUR, risquent de faire errer le diagnostic.

Le traitement du SSUR doit-être avant tout médical et doit être prescrit en première intention et également comme complément à un éventuel traitement chirurgical : il associe les mesures hygiéno-diététiques focalisées sur le traitement de la constipation associées au « biofeedback » : ce traitement a cependant une efficacité toute relative (15).

Si l'on admet qu'un trouble fonctionnel (la dyssynergie au moment de la défécation) associée à un obstacle mécanique (procidence rectale avec prolapsus extériorisé ou non), la rectopexie par voie haute semble être une option logique dans la mesure où elle corrige au moins deux paramètres sur trois qui génèrent le prolapsus : la suspension et l'orientation. De plus la voie haute est obligatoire quand il y a une enterocèle associée ou même si on n'est pas sûr de son absence (17). Quand il y a un problème lié au troisième paramètre qui est le soutènement, qui est retrouvé surtout chez les sujets âgés au périnée défaillant, un geste associé peut-être envisagé : « post-anal repair », plicature musculo-muqueuse d'une rectocèle selon Sullivan (pratiquée à quatre reprises) ou encore sphincterotomie avec anoplastie : l'opération de Nicholls répond à ces objectifs. Cependant, les techniques proposées, quelles qu'elles soient, pour corriger la procidence (rectopexie et/ou rectoplastie) ne semblent pas toujours efficaces (15, 18), mais les séries rapportées sont de faible puissance et on ne peut en tirer des conclusions très fiables.

La technique décrite par Nicholls a été dans cette série légèrement modifiée : la voie d'abord, initialement décrite était la médiane sous-ombilicale : nous avons opté dès le début pour l'abord selon Pfanestiel, car à l'époque la coelochirurgie n'existait pas : nous avons initié cette voie d'abord depuis 2011, mais n'avons pas inclus ces cas dans ce travail, car celui-ci a pour objectif d'évaluer avant tout l'efficacité de la technique. La voie coelio-chirurgicale est possible (19,20) apporterait un plus et mérite d'être évaluée dans le cadre d'une étude contrôlée. Nous n'avons pas non plus pratiqué de Douglasséctomie, préconisé à cause de la profondeur du cul-de sac de Douglas entraîné par la procidence rectale : nous nous sommes contentés d'une plicature « en paletot »de celui-ci au moment de la péritonisation de part et d'autre du rectum attiré vers le haut au moment de la manœuvre, ce qui permet de fixer en passant les plaques antérieures et postérieures à la base du paletot, dont la lèvre supérieure recouvre le haut de la plaque antérieure ainsi surélevée.

Nous n'avons jamais pratiqué de sigmoïdectomie, recommandée par certains (21-23), pour corriger la constipation terminale observée après cure de prolapsus, parce que cette complication se voit essentiellement après cure de type Orr Loygue (24).

Conclusions :

Au total, le SSUR est une affection peu connue, ce qui fait que le diagnostic n'est pas suffisamment évoqué, du moins en première intention. Il pourrait être relativement facile si on tient compte de l'anamnèse, des données de la rectoscopie et de la biopsie. Le traitement comporte des mesures hygiéno-diététiques, des séances de bio-feed-back et un traitement médical contre la constipation. En cas d'échec de ces mesures, le traitement chirurgical peut-être proposé. Le traitement par voie haute semble être le plus logique et consiste en une rectopexie par plaques antérieure et postérieure. La coelochirurgie pour réaliser cette intervention a pris place dans le service : elle mérite d'être évaluée sur le long cours.

Références :

- 1/ Cruveilhier, J.
« Ulcère chronique du rectum ».
Anatomie pathologique du corps humain. Paris : JB Baillière 1829.
- 2/ Madigan, MR ; Morson, BC.
« Solitary ulcer of the rectum ».
Gut 1969 10 : 871-881.
- 3/ Rutter, KR, Riddel, RH .
« The solitary rectal ulcer syndrome of the rectum ».
Clin Gastroenterol 1975 4 : 505-530.
- 4/ Womack, NR ; Williams, NR ; Holmfild, JH ; Morrison, JFB.
« Pressure and prolapse : the cause of solitary rectal prolapse ».
Gut 1987 28 : 1228-1233.
- 5/ Meurette, G ; Regenet, N ; Frampas, E ; Sagan, C ; Le Borgne, J ; Lehur, PA.
« Le syndrome de l'ulcère solitaire du rectum ».
Gastroenterol Clin Biol 2006 30 : 382-390.
- 6/ Nicholls, RJ ; Simson, JNL.
« Anteroposterior rectopexy in the treatment of solitary rectal ulcer syndrome without overt rectal prolapse ».
Br J Surg 1886 73 : 222-224.
- 7/ Pescatori, M ; Anastasio, G ; Bottini, C ; Mentasti, A.
« A new grading and scoring for anal incontinence. Evaluation of 335 patients ».
Dis Colon Rectum 1992 35 : 482-487.
- 8/ Guarrigues, JM ; Nicaud, P.
« L'ulcère solitaire du rectum ».
Ann Chir 1994 48 (2) : 140-150.
- 9/ Soudan, D.
« Constipation et syndrome de l'ulcère solitaire du rectum ».
Pelvi-périnéologie 2010 5 : 178-180.
- 10/ Goei, R ; Baeten, C ; Arends, JW.
« Solitary ulcer syndrome : findings at baryum enema study and defecography ».
Radiology 1988 168 : 303-306.
- 11/ Mellegren, A ; Bremmer, S ; Johansson, C ; Dolk, A ; Uden, R ; Ahlbäck, SO et al.
« Defecography : results of investigation in 2,816 patients ».
Dis Colon Rectum 1994 37 : 1133-1141.
- 12/ Halligan, S ; Sultan, AH ; Rottenberg, G ; Bartan, CI.
« Endosonography of the anal sphincters in solitary ulcer syndrome ».
Inter J Colorectal Dis 1995 10 : 79-82.
- 13/ Hyo Jin Park ; Won Ho Kim ; Jae Soon Woo ; Kwang Hyub Han et al.
« Solitary rectal ulcer syndrom ».
Yonsei Medical Journal.1994 35 (2) : 223-230.
- 14/ Tjandra, JJ ; Fazio, VW ; Petras, RE ; Lavery, IC et al.

« Clinical and pathological factors associated with delayed diagnosis in solitary rectal ulcer syndrom ».

Dis Colon Rectum 1993 36(2) : 146-153.

15/ Meurette, G; Siproudhis, L ;Regenet, N ;Frampas, E ;Proux, M ;Lehur, PA.

« Poor symptomatic relief and quality of life in patients treated for « solitary rectal ulcer syndrome without external rectal prolapse ».

Int J Colorectal Dis 2008 23 : 521-526.

16/ Pigot, F.

« Les troubles de la statique pelvi-rectale ».

Gastroenterol Clin Biol 2001 25 : 982-988.

17/ Sitzler, PJ ; Kamm, MA ; Nicholls, RJ ; Mc Kee, RF.

« Long term clinical outcome of surgery for solitary rectal ulcer syndrome ».

Br J Surg 1998 85 : 1246-1250.

18/ Marchal, F ; Bresler, L ; Collinet Adler, S ; Sebbag,

H ; Tortyiaux, JM ; Boissel, P.

« Solitary rectal ulcer syndrome : a series of 13 patients operated with a mean follow-up of 4.5 years ».

Int J Colorectal Dis 2001 16 : 228-233.

19/ Kairaluoma M.V., Viljakka M.T., Kellokumpu I.H.

Open vs laparoscopic surgery for rectal prolapse: a case-controlled study assessing short-term outcome

Dis. Colon Rectum 2003 ; 46 : 353-360

20/ Solomon M.J., Young C.J., Eysers A.A., Roberts R.A.

Randomized clinical trial of laparoscopic vs open abdominal rectopexy for rectal prolapse

Br. J. Surg. 2002 ; 89 : 35-39

21/ Frykman, HM ; Goldberg, SM.

« The surgical treatment of rectal procidentia ».

Surg Gyn Obs 1969 129 : 1225-1230.

22/ Watts, JD ; Rothenberger, DA ; Buls, JG ; Goldberg, S ; Nivatvongs, S.

« The management of procidentia. 30 years experience ».

Dis Colon Rectum 1985 28 : 96-102.

23/ Saifan, J ; Pinho, M ; Alexander-Williams, J ; Keighley, MRB.

« Sutured post-abdominal rectopexy with sigmoidectomy compared with Marlex rectopexy for rectal prolapse ». Br J Surg 1990 77 : 143-145.

24/ Loygue, J ; Nordlinger, B ; Cunci, O ; Malafosse, M ; Huguet, C ; Parc, R.

« Rectopexie to the promontory for the treatment of rectal prolapse. Report of 257 cases ».

Dis Colon Rectum 1984 27 : 356-359.

Résumé :

Introduction

Quand il y a persistance de symptômes sévères d'un syndrome de l'ulcère solitaire du rectum (SSUR) malgré le traitement hygiéno-diététique et médical, la chirurgie s'impose. Ce travail a pour but de rappeler le profil clinique et endoscopique du SUSR et d'évaluer les résultats de la rectopexie selon Nicholls.

Méthodes

Cette étude contrôlée non randomisée ouverte a été menée de 1987 à 2011 sur des malades porteurs de SSUR et opérés de façon consécutive par le même chirurgien. Tous les malades ont bénéficié au moins d'une rectoscopie pré-opératoire. Tous ont bénéficié d'une rectopexie selon la technique de Nicholls légèrement modifiée : abord selon Pfanenstiel, rectopexie antérieure et postérieure par plaque non résorbable « suspendue » à mi-hauteur au

péritoine pelvien en même temps que le rectum libéré circonférentiellement jusqu'au plancher périnéal.

Le Douglas a toujours été fermé « en paletot », sans Douglassectomie. Certains gestes complémentaires ont été réalisés (dilatations, sphinctérotomies, anoplasties...). Tous les malades ont été suivis sur une période allant de un à 25 ans : un examen clinique et une rectoscopie de contrôle systématiques ont été réalisés.

Résultats

L'étude a concerné 67 patients : 28 femmes, 39 hommes avec un âge moyen de 35 ans (min : 12 ans, max 75 ans). Le diagnostic a reposé sur le profil psychologique perturbé chez 46% des patients, les douleurs (66%), la présence de sang et de glaires dans les selles (72%), une constipation (45%) ou une dyschésie (45%), une incontinence (12%). Des manœuvres digitales ont été signalées (63%). Le prolapsus rectal a été complet chez 9 patients, muqueux chez 12 patients et non extériorisé chez 46 patients. Le diagnostic positif a reposé sur ces données et sur la rectoscopie pratiquée chez tous les patients. La biopsie a été caractéristique chez 34 de ces patients. Le diagnostic différentiel a été fait avec les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (19 fois), le cancer (4fois). 56 patients étaient classés ASA1, 11ASA2.

67 interventions selon Nicholls ont été réalisées (64 abords selon Pfanenstiel). 2 brèches rectales, une brèche transverse, reconnues et réparées en per-opératoires ont été sans conséquences. La mortalité a été nulle. Les malades ont été revus et à distance, 20 d'entre eux se sont déclarés asymptomatiques, 14 « nettement améliorés », 6 « médiocrement améliorés », c'est-à dire qu'il persiste toujours une symptomatologie gênante (sang et/ou manœuvres digitales), et 3 cas stationnaires. Une migration de plaque extériorisée par l'anus a été observée. Aux contrôles endosco-

piques, la cicatrisation des lésions ne correspondait pas obligatoirement à une amélioration clinique et une persistance de l'ulcère ne signifiait pas forcément la persistance de signes cliniques.

Conclusions

- le SUSR mérite d'être mieux connu : son évaluation clinique et endoscopique peut-être fiable mais elle doit être confortée par l'apport de la rectographie dynamique numérisée.

- Quand le traitement médical, qui doit toujours prescrire (mesures hygiéno-diététiques, laxatifs, bio-feedback) est inopérant, la chirurgie est indiquée. Celle-ci est une chirurgie fonctionnelle : elle doit être dénuée de risques. La technique de Nicholls, qui gagnerait à être évaluée en chirurgie laparoscopique, donne des résultats encourageants.

Mots-clé : Proctologie ; prolapsus rectal ; syndrome de l'ulcère solitaire du rectum ; rectopexie.

Abstract :

Background :

When severe symptoms of solitary rectal ulcer syndrome (SRUS) persist despite medical management, surgery may be mandatory.

Study aim: the aim of this study was to report usual clinical symptoms, the endoscopic features of 67 patients operated on according to the Nicholl's rectopexy, the follow up and the results of this procedure.

Methods:

this non-randomized open controlled study was conducted from 1987 to 2011 on patients carrying SRUS and operated on consecutively by the same surgeon.

All patients received at least one preoperative rectosigmoidoscopy, and all have benefited from rectopexy according to a slightly modified Nicholls slightly modified technique: transversal incision according Pfanenstiel, anterior and posterior rectopexy with non-absorbable mesh, "hanging" halfway to pelvic peritoneum along the rectum which is circumferentially released until up to the perineal floor:

Douglas has been closed "en paletot" without Douglasssectomy. Some additional procedures were also performed (dilatations, sphincterotomies, anoplasties ...). All patients were monitored followed for a period ranging from one to 25 years: a systematic clinical examination and a proctoscopy control were performed

Results:

the study included 67 patients: 28 female and 39 male patients with an average age of 35 years (min: 12, max 75 years). The diagnosis was based on the disturbed psychological profile in 46% of patients, pain (66%), the presence of blood and mucus in stool (72%), constipation (45%) or dyschezia (45%), incontinence (12%). Digital maneuvers have been reported (63%). Rectal prolapse was complete in 9 patients, mucosal in 12 patients and non-externalized mucosal in 46 patients. The diagnosis was based on these data and on proctoscopy performed in all patients. The biopsy was characteristic in 34 of these patients. The differential diagnosis was made with inflammatory bowel disease (19cases), and cancer (4cases). 56 Patients were classified ASA1, 11ASA2.

67 interventions were performed according to the Nicholls technique (64 by Pfanenstiel). Two rectal and one transverse perforations, which were recognized and repaired intraoperatively, were inconsequential. Mortality was zero. The patients were monitored at distance, 20 of them are reported asymptomatic, 14 "improved significantly", 6 "moderately improved", i.e troublesome symptomatology was still persistent (blood and / or digital maneuvers), and three stationary cases. One exteriorized mesh migration through the anus was observed. During endoscopic controls, healing of lesions did not necessarily correspond to a clinical improvement and persistence of the ulcer does not necessarily mean the persistence of clinical signs.

Conclusions:

- *the SUSR deserves to be better known: its clinical and endoscopic evaluations may be reliable but should be strengthened by the addition of defecography.*
- *if the medical treatment, which should always be required (dietary measures, laxatives, biofeedback) is ineffective, surgery is indicated. This surgery is functional: it must be devoid of risk. Nicholls's rectopexy, who deserves to be evaluated in a laparoscopic surgery, provides encouraging results.*

Key words: proctology; rectal prolapse; solitary rectal ulcer syndrome; rectopexy

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DES FISTULES ANALES DE LA MALADIE DE CROHN

En 2016

Congrès algérien de chirurgie digestive janvier 2016

Mise au point basée sur les Recommandations pour la Pratique Clinique sur les lésions ano-périnéales liées à la maladie de Crohn établies sous l'égide de la SNFCP en 2014

L'apparition de lésions ano-périnéales représente un événement de mauvais pronostic et de retentissement majeur au cours d'une maladie de Crohn. Les suppurations sont les lésions les plus fréquentes. La complexité des trajets fistuleux impose la réalisation d'une cartographie précise par échographie endo-anales et surtout IRM. Le traitement a pour but de guérir la suppuration tout en préservant la continence. Il repose sur une stratégie médico-chirurgicale. Le drainage des abcès et la mise sur seton de la fistule sont un préalable à toute prise en charge. Les anti-TNF représentent le traitement médical le plus efficace en cas de fistules anales.

L'apparition de lésions ano-périnéales (LAP) représente un événement important dans l'évolution de la maladie de Crohn (MC). En effet, leur prise en charge est difficile du fait de leur caractère délabrant et récidivant et par ailleurs, leur retentissement est important sur la continence, la sexualité et la qualité de vie des patients. La présence de LAP au moment du diagnostic, surtout chez le sujet jeune, est un facteur de mauvais pronostic (1). Dans plus d'un tiers des cas, les LAP (ulcérations, suppurations et sténoses ano-rectales) inaugurent la maladie (2). Parmi les différents types de LAP, les suppurations sont les plus fréquentes, l'incidence cumulée des fistules étant estimée entre 21 et 33 % à 10 ans (2).

Dans la maladie de Crohn, les suppurations ano-périnéales ont pour point de départ, soit une infection des glandes pectinéales de Hermann et Desfosses, soit une lésion primaire ano-rectale ulcérée avec des trajets souvent complexes. Ce deuxième cas est plus fréquent dans la MC avec une évolution chronique et récidivante (2). La classification de l'American Gastroenterological Association différencie les fistules simples (trajets inter ou trans sphinctérien inférieur avec orifice externe unique, sans abcès ni sténose ni inflammation ano-rectale) et toutes les autres fistules considérées comme complexes (3). La complexité de ces trajets rend souvent nécessaire la réalisation d'une cartographie précise des lésions par des examens radiologiques, échographie endo-anales et surtout IRM, dans le cadre du bilan préopératoire (Grade C) (4).

La maladie luminale doit toujours être évaluée avant de débiter le traitement et son traitement est indispensable quelle que soit l'option retenue pour traiter la fistule anale (AP).

Le traitement a pour but de guérir la suppuration en limitant les séquelles ano-périnéales et surtout en préservant la continence. Il comprend une phase chirurgicale, consistant à drainer les abcès et à tenter de fermer les trajets fistuleux, et une phase médicale, spécifique des suppurations de la maladie de Crohn, agissant sur la cause de la maladie, l'inflammation locale et luminale le cas



Dr D. Bouchard

Service de Proctologie, Maison de Santé
 Protestante Bagatelle,
 203 route de Toulouse, 33400 Talence, France

proctobouc@gmail.com
 tel : 00 33 (6) 07345520

échéant. Le drainage des éventuels abcès et la mise sur seton de la fistule sont un préalable à toute prise en charge, sauf en cas de fistule sans abcès, sèche et non productive (grade B). Le seton ou anse élastique doit être noué sans tension, afin d'éviter douleurs et section sphinctérienne. Sur un plan médical, on peut recommander le recours temporaire à un traitement par ciprofloxacine en cas de fistule anale inflammatoire (grade B) et tout particulièrement pendant les premières semaines du traitement d'induction par une biothérapie (grade B). Les anti-TNF représentent à ce jour le traitement médical le plus efficace en cas de fistules anales (grade A). Plusieurs études ont confirmé que la combinaison des traitements médicaux et chirurgicaux améliore les résultats du seul traitement médical (5-8). Aux débuts de l'utilisation des anti-TNF, les sétos étaient retirés après 2 ou 3 perfusions d'infliximab. Actuellement, un drainage prolongé, supérieur à 3 mois, semble favoriser la cicatrisation, en particulier dans les fistules complexes sans toutefois dépasser les 34 semaines (9). Le rôle pronostique des critères cliniques ou radiologiques locaux lors de l'ablation d'un seton n'est pas encore démontré.

Fistules anales simples de la maladie de Crohn

En cas de fistule anale simple, l'utilisation de l'azathioprine (AZA) se justifie davantage par sa capacité à diminuer le risque d'apparition de nouvelle LAP et de chirurgie anale que par son efficacité modérée à fermer les fistules (grade B). L'association à un anti-TNF est à discuter, au cas par cas, notamment en cas d'association à d'autres LAP inflammatoires actives et de facteurs de risque sphinctériens. Sur un plan chirurgical, la fistulotomie n'est pas une option recommandée en raison des troubles de la continence qu'elle induit (AP), sauf en dehors des très rares cas de fistules très superficielles, isolées, chez un patient n'ayant pas de séquelle périnéale (AP). Parmi les techniques conservatrices (colle biologique et plug) (10, 11), seule la colle biologique a fait la preuve d'une efficacité significativement supérieure à celle de l'ablation simple du seton, chez des patients qui avaient été bien

drainés auparavant (11) (grade A). La réalisation d'un lambeau rectal d'avancement n'est pas une option à proposer dans le cas d'une fistule anale simple en raison des troubles de la continence non négligeables de près de 10% auxquels elle expose (12). Les autres techniques chirurgicales (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract ou LIFT et autres techniques de reconstruction) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Fistules anales complexes de la maladie de Crohn

Les anti-TNF sont le traitement le plus efficace des fistules anales complexes liées à la maladie de Crohn. L'infliximab devrait être utilisé de préférence en association avec un traitement immunosuppresseur (grade A). L'efficacité de l'adalimumab dans le cas des fistules anales de la MC repose sur des études cliniques non dédiées, et donc de valeur méthodologique moindre que pour l'infliximab. Cependant, les recommandations du consensus européen ECCO (13) les placent sur un pied d'égalité. Sur un plan chirurgical, la fistulotomie n'est pas une option recommandée en raison des troubles de la continence qu'elle induit (AP). Les techniques conservatrices (colle biologique et plug) n'ont pas fait la preuve d'une efficacité significativement supérieure à celle de l'ablation simple du seton (grade A), (10, 11). La LIFT devra être évaluée, car elle pourrait être une alternative (14). Le lambeau d'abaissement rectal peut être une option après une sélection très stricte des patients (absence de rectite et de sténose anale) (12). La proctectomie avec amputation inter-sphinctérienne est indiquée en dernier recours dans les LAP de MC sévères particulièrement invalidantes, après échec des autres traitements médicaux et chirurgicaux. Le rôle de la stomie de dérivation dans la prise en charge des LAP de MC est discuté. Il n'est pas démontré qu'elle augmente le taux de succès des techniques chirurgicales. Si elle permet une diminution de l'activité des LAP sévère, le taux de rétablissement de la continuité digestive reste faible.

Fistules ano-recto-vaginales de la maladie de Crohn

Les anti-TNF sont le traitement le plus efficace sur les fistules anales complexes et notamment dans le cas de fistules recto-vaginales (FRV) et leur association à un traitement immunosuppresseur doit être discuté au cas par cas. L'efficacité de l'infliximab est moins bonne et moins soutenue dans le cas des FRV que pour les autres types de fistules ano-périnéales (15). La fistulotomie est contre-indiquée en raison du délabrement musculaire anatomique et fonctionnel qu'elle induit. Les techniques conservatrices (colle biologique et plug) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (10, 11) (grade A). La technique de section-reconstruction, ou technique de Musset n'est pas recommandée (AP). Aucune des autres techniques n'a été évaluée versus simple ablation du seton. La LIFT n'a pas été évalué dans le cas des FRV d'origine crohniennes et ne peut être recommandé dans l'état actuel des données de la littérature. Les résultats contrastés du lambeau d'abaissement (rectal ou vaginal) font qu'il ne peut pas être proposé systématiquement. Cependant, il s'agit de la technique chirurgicale pour laquelle nous disposons du plus grand nombre de séries mais d'une qualité très hétérogène. (16). Les techniques d'interposition de lambeau vascularisé (graciloplastie et intervention de Martius) sont indiquées en cas de fistule recto-vaginale, après échec des traitements chirurgicaux conservateurs (17, 18) (grade C). La proctectomie avec amputation inter-sphinctérienne est indiquée en dernier recours dans les LAP de MC sévères avec atteinte rectale réfractaire, après échec des autres traitements médicaux et chirurgicaux (19). Le rôle de la stomie de dérivation dans la prise en charge des LAP de MC est largement discuté dans la littérature.

Les messages à retenir :

Message 1 : pour guider la prise en charge d'une fistule anale liée à la maladie de Crohn, il faut une évaluation globale du périnée et de la fonction sphinctérienne

Message 2 : la classification de l'AGA permet de différencier fistules simples et fistules complexes afin d'orienter le choix médico-chirurgical

Message 3 : lors d'une maladie de Crohn, n'opérer qu'une fistule cliniquement active

Message 4 : une fistulotomie est contre-indiquée, sauf en cas de fistules très basses sans atteinte périnéale ni risque sphinctérien.

Message 5 : en cas de fistule « simple », un traitement par immunosuppresseur est recommandé (grade B-RPC 2014). L'association à un anti-TNF se justifie en cas d'autres lésions actives ano-périnéales ou de risque pour la fonction sphinctérienne.

Message 6 : après drainage prolongé d'une fistule « simple », chez un patient en rémission luminale et périnéale, on peut envisager soit un retrait simple du seton, soit l'injection de colle biologique.

Message 7 : en cas de fistule « complexe », un traitement par un anti-TNF se justifie en première intention. L'association à un immunosuppresseur se discute au cas par cas.

Message 8 : après drainage prolongé d'une fistule « complexe » chez un patient en rémission luminale et périnéale, on peut envisager soit un retrait simple du seton, soit la réalisation d'un lambeau rectal

Message 9 : en cas d'association immunosuppresseur-antiTNF, chez un patient en rémission profonde prolongée qui souhaite alléger son traitement, il est préférable de stopper l'immunosuppresseur plutôt que l'anti-TNF, car ce dernier est le seul traitement médical à haut niveau de preuve dans les fistules anales et car des études tendent à montrer que l'arrêt de l'anti-TNF chez des patients en bithérapie expose à un risque de récurrence élevé à court terme.

Références bibliographiques :

- 1- Beaugerie L. et al. Predictors of Crohn's disease. *Gastroenterology* 2006 ; 130 : 650-6.
- 2- Schwartz DA. et al. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*. 2002 ; 122 : 875-80.
- 3- Sandborn WJ. et al. AGA technical review on perianal Crohn's disease. *Gastroenterology* 2003 ; 125 : 1508-30.
- 4- Pescatori M. et al. Management of perianal Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1995 ; 38 : 121-4.
- 5- Regueiro M. et al. Treatment of perianal fistulizing Crohn's disease with infliximab alone or as an adjunct to exam under anesthesia with seton placement. *Inflamm Bowel Dis* 2003 ; 9 : 98-103.
- 6- Tougeron D. et al. Predicting factors of fistula healing and clinical remission after infliximab-based combined therapy for perianal fistulizing Crohn's disease. *Dig Dis Sci* 2009 ; 54 : 1746-52.
- 7- Topstad DR. et al. Combined seton placement, infliximab infusion, and maintenance immunosuppressives improve healing rate in fistulizing anorectal Crohn's disease : a single center experience. *Dis Colon Rect* 2003 ; 46 : 577-83.
- 8- Hyder SA. et al. Fistulating anal Crohn's disease ; results of combined surgical and infliximab treatment. *Dis Colon Rect* 2006 ; 46 : 1837-41.
- 9- Bouguen G. et al. Long-term outcome of perianal fistulizing Crohn's disease treated with infliximab. *Clin Gastroenterol Hepa*

tol. 2013 ; 11(8):975-81.

10- Grimaud JC. et al. Fibrin glue is effective healing perianal fistulas in patients with Crohn's disease. *Gastroenterology* 2010 ; 138 : 2275-81.

11- Senejoux A. et al. Randomized controlled trial comparing seton removal alone or in association with anal fistula plug in fistulising ano-perineal Crohn's disease. *Colorectal Disease* 2013, vol 15 supp 3, B4 page 1-2.

12- Soltani A. et al. Endorectal flap for cryptoglandular or Crohn's fistula in ano. *Dis Colon Rectum* 2010;53:486-95.

13- Van Assche G. et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. *ECCO. Journal of Crohn's and Colitis*. 2010 ; 4 : 63–101.

14- Gingold DS. et al. A prospective evaluation of the ligation of the intersphincteric tract procedure for complex anal fistula in patients with Crohn disease. *Ann Surg*. 2014 Dec;260(6):1057-61. doi10.1097/SLA.0000000000000479. PubMed PMID: 24374520.

15- Sands BE. et al. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. *N. Engl. J. Med*. 2004;350:876–885.

16- Ruffolo C. et al. A systematic review on advancement flaps for rectovaginal fistula in Crohn's disease: transrectal vs transvaginal approach. *Colorectal Dis*. 2010 Dec;12(12):1183-91.

17- Lefevre JH. et al. Operative results and quality of life after gracilis muscle transposition for recurrent rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum* 2009; 52: 1290-1295.

18- Pitel S. et al. Martius advancement flap for low rectovaginal fistula: short- and long-term results. *Colorectal Dis* 2011; 13: e112-115.

19- Regimbeau JM. et al. Surgical treatment of anoperineal Crohn's disease: can abdominoperineal resection be predicted? *J Am Coll Surg* 1999; 189: 171-176.



Photo 1 : fistule simple (trans-sphinctérienne inférieure) antéro-droite drainée par seton



Photo 2 : fistule antéro-droite sèche non productive (simple surveillance sans drainage chirurgical)

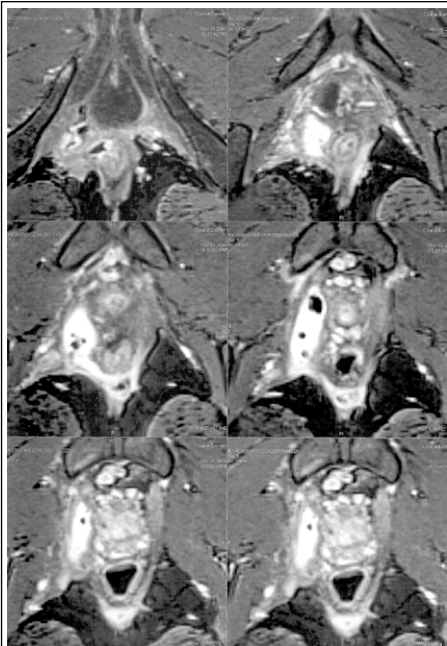


Photo 3 : Images d'Irm montrant une fistule complexe en fer à cheval



Photo 4 : fistule complexe avec deux trajets distincts trans-sphinctériens moyens

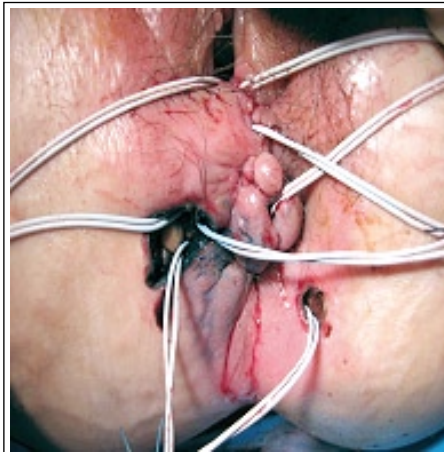


Photo 5 : fistule anale complexe drainée par setons

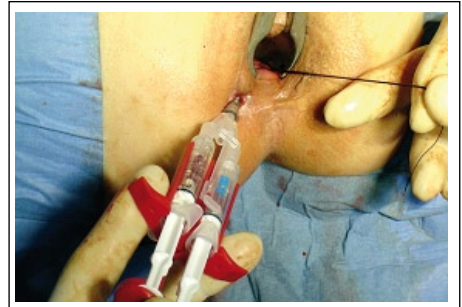


Photo 6 : injection de colle biologique



Photo 7 : introduction d'un plug

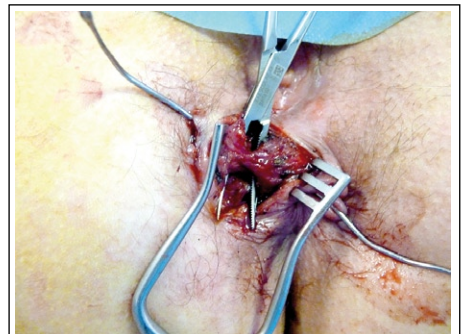


Photo 9 : LIFT (isolement du trajet avant ligatures et reconstruction)

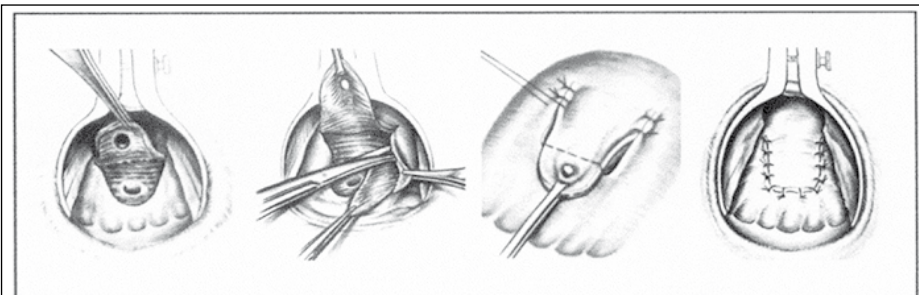


Photo 8 : croquis de la procédure du lambeau rectal

VICRALYS

- Premier fabricant de drapage opératoire à usage unique en Algérie
- Casaques
- Trousses chirurgicales et champs opératoires



Non tissé stérile

PROGRES
ECONOMIE

SECURITE
PROGRES

SECURITE
ECONOMIE

Le non tissé stérile
au bloc opératoire



Distributeur exclusif



 **Abbott**
Vascular
Consommable de Cardiologie

 **Péters**
SURGICAL
Sutures Chirurgicales

 **MERITMEDICAL™**

 **Edwards Lifesciences**

Usine : Zone d'activité de Draa Ben Khedda, Lot N° 17, Wilaya de Tizi Ouzou

Adresse postale : B.P. 139 Draa Ben Khedda.

Tél.: + 213 (0)20 693 576 / + 213 (0) 20 693 048

www.vicralys.net

Siège social :

Résidence Chaabani Val D'Hydra Lot N° 9 Bt A 06 - Alger - ALGERIE

Tél./Fax : + 213 (0) 21 607 270 / +213 (0) 21 607 271

E mail : vicralys@yahoo.fr

CHOLECYSTECTOMIES COELIOSCOPIQUES ET TRAUMATISMES DES VOIES BILIAIRES. A PROPOS D'UNE SERIE PERSONNELLE DE 2 324 CHOLECYSTECTOMIES.



Pr B. MERADJI
Clinique Sidi Yahia. ALGER

RESUME.

L'Auteur rapporte une série personnelle et continue de 2 324 cholécystectomies coelioscopiques (C.C.) au cours desquelles il a dénombré 5 traumatismes des voies biliaires (V.B.) soit une fréquence globale de 0,21%. Ces 5 traumatismes se répartissent en 4 lésions bénignes sur 1 132 C.C. (0,35%) et une lésion grave (0,09%). Les lésions ont été toutes reconnues en per opératoire et traitées avec des suites favorables. Au cours des dernières 1 192 C.C., aucun traumatisme n'a été déploré. L'Auteur rappelle les circonstances et les facteurs de survenue de ces traumatismes dans les conditions propres aux C.C. et insiste sur les mesures préventives dont, en particulier, l'indication précoce d'une conversion devant une situation difficile non maîtrisée.

INTRODUCTION.

La survenue d'un traumatisme des V.B., au cours d'une cholécystectomie, marque un tournant, souvent dramatique, dans le déroulement et les suites de l'intervention. L'irruption brutale de cet accident déstabilise le Chirurgien en le mettant devant un certain nombre de questions nécessitant une réflexion rapide et des décisions immédiates, sous tendues par les risques d'une remise en cause du pronostic à court et à moyen terme du patient, sans oublier les incidences médico-légales encourues par le Praticien. L'avènement de la C.C. a contextualisé ces complications dans un nouveau cadre caractérisé par la fréquence et les circonstances de survenue de ces traumatismes, les types de lésions, leur diagnostic et leur pronostic.

C'est ainsi qu'il nous est apparu intéressant de rapporter notre expérience personnelle dans ce domaine dans le sens où elle reflète le vécu réel d'un Chirurgien, avec des particularités inhérentes à une pratique en milieu libéral.

MATERIEL D'ETUDE.

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur une durée de 22 ans (juin 1993 à juin 2015). Au cours de cette période, nous avons pratiqué 2 324 C.C. pour lithiase. Quatre vingt dix pour cent d'entre elles ont été effectuées en pratique libérale.

L'indication de la voie coelioscopique a été systématique. La technique utilisée a été la technique classique des 4 trocarts. De propos délibéré, nous ne pratiquons pas de cholangiographie per opératoire car nous avons opté, en cas d'antécédents évocateurs de lithiase de la voie biliaire principale, pour un bilan hépatique

pré opératoire, complété, en cas de besoin, d'une I.R.M. biliaire. Il nous est apparu intéressant d'évoquer un certain nombre de facteurs contextuels liés à notre expérience. Celle-ci a démarré en 1993, soit six ans après la première C.C. réalisée par Louis MOURET. Mais cette nouvelle technique, à l'époque, était déjà considérée comme le « gold standard » du traitement de la lithiase vésiculaire. Parallèlement à la diffusion rapide de cette technique, on a assisté à une efflorescence de publications rapportant une fréquence élevée de traumatismes des voies biliaires par rapport à la chirurgie ouverte. En fait, ces traumatismes étaient liés à la période d'apprentissage et de maîtrise de la technique par les différentes équipes chirurgicales.

Pour en revenir à notre expérience personnelle en pratique libérale, il nous faut préciser que dans le contexte que connaissent tous les Confrères Chirurgiens exerçant dans ce cadre, nous déplorons l'existence et la persistance d'une dichotomie idéologique entre les secteurs d'exercice public et privé, ce qui amène le Chirurgien en pratique libérale, à travailler « sans filet », c'est-à-dire que, dans les circonstances particulières de survenue d'un traumatisme des V.B., la notion de Chirurgien ou de Service référents, auxquels on devrait recourir si besoin est, demeure aléatoire. Ce qui revient à souligner, pour le Chirurgien évoluant dans ces conditions, la nécessité d'une vigilance et d'une prudence accrues ainsi que d'une notion assumée de responsabilité personnelle et totale.

CASUISTIQUE.

Nous avons eu à déplorer, au cours des 2.324 C.C. pratiquées, 5 traumatismes des V.B. soit une fréquence globale de 0,21%.

Sur ces 5 traumatismes, nous avons dénombré 4 lésions bénignes étiquetées comme telles du fait de leur nature, de l'accessibilité à leur traitement et des suites favorables qu'elles ont connues. Nous avons relevé une seule lésion grave. Il s'agissait d'une résection partielle de la V.B.P. avec clippage des deux extrémités d'amont et d'aval. L'accident, sur lequel nous reviendrons plus loin, est survenu dans des conditions particulières et instructives. Tous ces traumatismes ont été favorisés par un contexte lésionnel adhérentiel, type cholécystite aiguë ou chronique. Ils ont été tous reconnus en per opératoire.

Les lésions bénignes.

Au cours des 100 premières C.C., période considérée comme période d'apprentissage, nous avons déploré un cas de clippage insuffisant du cystique ayant entraîné un cholécystite en post opératoire. Il s'agissait de la 27ème C.C. La patiente a été reprise par voie coelioscopique à J4 avec de bonnes suites opératoires.

Au cours de la période dite de confirmation, nous avons recensé 3 lésions bénignes :

- une plaie de l'aisselle cystico-cholédocienne suturée en per opératoire ;
- deux plaies latérales de la V.B.P., toutes deux suturées en per opératoire, dont une suite à une conversion.

Les trois patients ont eu des suites favorables.

La lésion grave.

Elle est survenue à la 1 132ème C.C. Il s'agissait d'un cas classique d'adhérences serrées entre le bassin et la V.B.P., dans un contexte de cholécystite chronique chez un homme, et ayant entraîné une résection-clippage de la V.B.P. sur une longueur de 6mm. Le contexte de survenue était quelque peu particulier : c'était la quatrième C.C. de la journée, en fin de semaine, dans une ambiance d'asthénie physique et intellectuelle ayant entraîné une attitude de fatalisme quant à l'inéluctabilité de la survenue d'un traumatisme de la V.B.P. devant les difficultés d'identification des éléments. Ceci a été confirmé par l'examen macroscopique immédiat de la pièce opératoire montrant, de façon

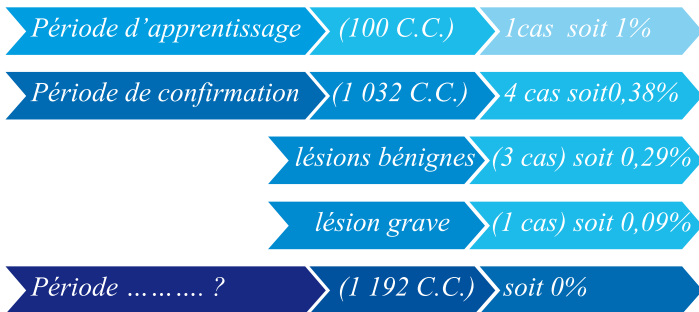


Tableau 1 : Fréquence des traumatismes des V.B.

La troisième période, qui s'étend sur les douze dernières années, n'a été émaillée d'aucun traumatisme des V.B. Elle reste à qualifier : période de prudence ?, période de sagesse ? Elle demeure, cependant, sujette à remise en cause dès la survenue d'un éventuel prochain traumatisme....

COMMENTAIRES.

Fréquence des traumatismes des V.B.

Il est indéniable que la fréquence des traumatismes des V.B. au cours des C.C. a tendance à diminuer, voire à rejoindre, pour certaines équipes, la fréquence de 0,1% qui est celle des traumatismes en chirurgie ouverte.

Le Tableau 2, qui reprend d'importantes séries multicentriques successives, illustre bien cette évolution.

1997	Gigot (1)	9 959 C.C.	0,50%
2011	Giger(2)	31 838 C.C.	0,30%
2014	Alvarez(3)	11 423 C.C.	0,17%

Tableau 2 : Evolution des fréquences des traumatismes des V.B.

Les facteurs de survenue.

Ils sont actuellement bien établis par les différents Auteurs.

- Les cholécystites aiguës, et surtout chroniques, constituent un facteur essentiel de survenue par les modifications anatomiques

qu'elles entraînent ;

- Le sexe masculin, en rapport avec des indications trop tardives ;
- L'âge supérieur à 60 ans, témoin d'une longue histoire émaillée de complications ;
- Et enfin, les fameuses variations anatomiques des voies biliaires

Les circonstances de survenue.

Elles sont tout aussi bien connues :

- une mauvaise exposition (foie en bivalve, obésité) ou une mauvaise ergonomie opératoire sont des facteurs prédisposant ;
- une dissection insuffisante du triangle de Calot , avec une mauvaise identification de ses éléments , entraînant une reconnaissance confuse ou approximative du pédicule cystique , faisant que neuf fois sur dix, les traumatismes surviennent au cours de ce temps opératoire ;
- la survenue d'une hémorragie mal contrôlée dans le champ opératoire (blessure de l'artère cystique ou de l'artère hépatique droite) entraînant des gestes d'hémostase intempestifs et approximatifs, source de traumatismes ;
- l'utilisation mal à propos et abusive du crochet monopolaire pouvant entraîner des lésions thermiques graves. Il faut lui préférer la bipolaire ou, mieux, l'utilisation quasi exclusive de ciseaux dissecteurs, reproduisant les gestes de dissection du triangle de Calot à ventre ouvert.

Place de la cholangiographie per opératoire.

Il s'agit là d'un vaste débat où l'on retrouve, à ce propos, tout et son contraire dans la littérature. Cependant, certaines réponses à des questions semblent recueillir l'assentiment de la majorité :

- la cholangiographie systématique permet-elle de prévenir les traumatismes des V.B. ? La réponse est non. Aucune étude prospective randomisée ne l'a démontré ;
- la cholangiographie permet-elle de diagnostiquer une plaie des V.B. ? La réponse est oui évidemment. C'est alors le premier geste à effectuer en vue du bilan de la situation.

Le Chirurgien.

Tout le monde s'accorde à dire que la fréquence des traumatismes est plus élevée durant la « learning curve ». Par contre, il est apparu, comme cela a été déjà constaté en chirurgie ouverte, que la survenue d'un traumatisme des V.B. est un accident pouvant survenir à tout moment et dans toute circonstance, même chez les Chirurgiens les plus chevronnés.

Les facteurs aggravants.

Les traumatismes des V.B. au cours des C.C. sont grevés d'un certain nombre de facteurs aggravants spécifiques :

- plusieurs études ont fait ressortir les fréquences plus élevées de lésions biliaires graves par rapport à la chirurgie ouverte ;
- de même que l'on a constaté une fréquence plus élevée de lésions vasculaires associées, ces dernières étant elles-mêmes parfois la cause de survenue de la lésion biliaire ;
- enfin, la fréquence plus élevée de diagnostics tardifs liés aux conditions de la technique coelioscopique.

CONCLUSIONS.

Elles ne peuvent être que d'ordre préventif et reposent sur un certain nombre de préceptes de bonne pratique.

- *le respect des règles de dissection, comme celles déjà prescrites en chirurgie ouverte, et en particulier la dissection aux ciseaux du pédicule ,cystique ;*
- *l'identification des éléments du triangle de Calot en sachant, chose capitale, que ce dernier se construit par la dissection elle-même ;*
- *la nécessité de recourir à certaines précautions ou artifices en cas de de difficultés tels qu'une dissection toujours au plus proche du bassin, une cholécystectomie antérograde ou une cholécystectomie partielle abandonnant le jabot vésiculaire ;*
- *et surtout, et quand cela est possible, demander de l'aide ou référer, dans les meilleures conditions, le patient vers un service compétent. Il faut savoir que c'est ce dernier point qui peut constituer l'assise d'un grief judiciaire basé sur l'obligation de moyens imposée par la Loi au Praticien.*

Deux faits particuliers, constituant d'excellents facteurs préventifs, devraient être mis en exergue à notre sens :

- *la constitution d'équipes homogènes et entraînées, facilitant et codifiant les gestes opératoires ;*
- *la rapidité dans la prise de décision d'une conversion devant une situation non maîtrisée. La majorité des traumatismes des V.B. au cours des C.C. sont la conséquence d'un acharnement retardant la décision d'une conversion effectuée, finalement, à un moment illogique et inopportun. Ce qui importe n'est pas le taux de conversions, résultat de facteurs très divers, mais les délais les plus courts dans la prise de décision de ces conversions. Mais il est clair que cette notion et sa pratique nécessitent une juste et réelle auto évaluation du Chirurgien dans l'appréciation des possibilités et limites de son expérience.*

BIBLIOGRAPHIE .

1. *Gigot et Coll. Surg.Endosc. Dec. 1997*
2. *Giger et Coll. Brit.J.Surg. Mars 2011*
3. *Alvarez et Coll. Brit .J.Surg. Mai 2014*

INTERÊT DE LA VALIDATION EN ALGERIE D'UN SCORE PREDICTIF DE MORTALITE EN CHIRURGIE DIGESTIVE LOURDE

ABSTRACT

La recherche d'indicateurs de qualité est une préoccupation constante de l'activité médicale. En chirurgie, un indicateur de qualité simple est la mortalité postopératoire associée à un autre indicateur : la morbidité postopératoire.

En ce qui concerne la mortalité, la plupart du temps sortent en analyse multivariées en plus du débit du centre, deux autres facteurs indépendants : l'âge des malades et la comorbidité. Or les centres à haut débit ont significativement les malades les plus jeunes avec une comorbidité moindre ou différente. C'est ainsi que les centres à haut débit cumulent en leur faveur les biais de recrutement et de sélection favorables.

Pour illustrer ces propos nous avons pris la mortalité chirurgicale chez des patients opérés pour recto-colite-ulcéro-hémorragique au CHU d'Alger (centre considéré expert dans la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) comparant deux périodes : A (2001-2006) et B (2007-2012). La comparaison retrouve une différence hautement significative et le « bon sens sanitaire » permet de conclure que la mortalité opératoire durant la période B est inférieure à la période A. En réalité, il y a eu à un biais de recrutement par effet centre. En effet les malades du groupe B sont significativement plus jeunes, moins graves et moins tarés que dans la période A et le « bon sens scientifique » ne permet pas de conclure à la supériorité de la performance de la période B par rapport à la période A. Nous retrouvons les mêmes constatations après chirurgie du rectum et après duodeno-pancréatectomie céphalique dans la prise en charge des cancers du pancréas.

C'est la raison pour laquelle il est indispensable de comparer les résultats en utilisant un score prédictif chiffré et validé qui a une bonne analyse discriminante et une bonne analyse calibrante. Le score POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for in Umeration of Mortality and Morbidity) réuni ces deux caractéristiques (discrimination et calibration), validé en Angleterre depuis 1991 est utilisé dans notre étude, à l'instar d'une étude menée en France par l'association de recherche FRENCH.

Dans la conjoncture actuelle en Algérie, cette option est obligatoire pour évaluer la qualité des soins et la sélection des centres experts.



F.MERAD-BOUDIA

Chirurgie Générale et Digestive – CHU Bab el Oued

INTEREST OF VALIDATION IN ALGERIA SCORE PREDICTIVE OF MORTALITY AND MORBIDITY IN MAJOR DIGESTIVE SURGERY

The search for quality indicators is a constant concern of medical activity. In surgery, a single quality indicator is postoperative mortality associated with another indicator postoperative morbidity.

Regarding mortality, mostly out multivariate analysis in addition to the center of the flow, two other factors: patient age and comorbidity. Or broadband centers were significantly younger patients with less or different comorbidity. Thus broadband centers accumulate in their favor through recruitment and favorable selection.

To illustrate this we made the surgical mortality in patients undergoing colitis, ulcerative at the University Hospital of Algiers (expert considered central in the management of inflammatory bowel disease) comparing two periods: A (2001-2006) and B (2007-2012). The comparison found a highly significant difference and "good health sense" to conclude that operative mortality in the period B is less than the period A. In fact, there has been a recruitment bias by operation center. Indeed, patients in group B were significantly younger, less serious and less tainted than in the period A and the "good scientific sense" does not allow to conclude that the superiority of the performance period B relative to the period A. We find the same findings after surgery of the rectum and after pancreaticoduodenectomy in the treatment of pancreatic cancer.

That is why it is essential to compare the results using an encrypted and validated predictive score that has good discriminant analysis and good calibrating analysis. The POSSUM score (Physiological and Operative Severity Score for in Umeration of Mortality and Morbidity) met these two characteristics (discrimination and calibration), approved in England since 1991, is used in our study, as a study conducted in France the research association FRENCH.

In the current situation in Algeria, this option is required to assess the quality of care and selection of expert centers.

INTERÊT DE LA VALIDATION EN ALGERIE D'UN SCORE PREDICTIF DE MORTALITE EN CHIRURGIE DIGESTIVE LOURDE

La chirurgie digestive est la chirurgie la plus pratiquée en Algérie. La chirurgie cancérologique représente les $\frac{3}{4}$ des actes de chirurgie digestive lourde dont la mortalité est en moyenne supérieure à 5 % et la morbidité supérieure à 20 %. Cette chirurgie est faite dans les établissements de tous types de pratiques : Centres Anti-Cancéreux, Centres Hospitalo-Universitaires, Etablissement Hautement Spécialisé, Secteurs Sanitaires et Cliniques privées.

La recherche d'indicateurs de qualité est une préoccupation constante de l'activité médicale. En chirurgie, un indicateur de qualité simple est la mortalité postopératoire alors que la morbidité postopératoire est un indicateur plus complexe à évaluer.

En ce qui concerne la mortalité, la plupart du temps sortent en analyse multivariées en plus du débit du centre, deux autres facteurs indépendants : l'âge des malades et la co-morbidité [1-6]. Or les centres à haut débit ont significativement les malades les plus jeunes avec une co-morbidité moindre. C'est ainsi que les centres à haut débit cumulent en leur faveur les biais de recrutement et de sélection favorables

Pour illustrer ces propos nous avons pris comme exemple, la mortalité chirurgicale chez des patients opérés pour recto-colite-ulcéro-hémorragique au CHU d'Alger. Au cours de la période A : 2001-2006 (39 malades) la mortalité est de 18% (7 malades) et au cours de la période B : 2007- 2012 (23 malades) la mortalité est de 4% (1malade). La comparaison retrouve une différence hautement significative et le « bon sens sanitaire » permet de conclure que la mortalité opératoire durant la période B est inférieure à la période A. En réalité, en analysant les deux populations on s'aperçoit que durant la période B, il y a eu un biais de recrutement par effet centre. En effet les malades du groupe B sont significativement plus sjeunes, moins graves et moins tarés que dans la période A et le « bon sens scientifique » ne permet pas de conclure à la supériorité de la performance de la période B par rapport à la période A. Les mêmes biais sont retrouvés dans l'analyse de la mortalité après chirurgie du rectum et du pancréas. Pour la chirurgie du rectum, au cours de la période A : 1987-2007 (187 malades) la mortalité est de 7% (13 malades), au cours de la période B : 2000- 2009 (150 malades) la mortalité est de 5% (7 malades) et au cours de la période C:2010- 2011 (25 malades) la mortalité est de 4% (1 malade). Après duodéno-pancréatectomie céphalique dans le traitement du cancer de la tête du pancréas, au cours de la période A : 2003-2009 (34 malades) la mortalité est de 18% (7 malades) et au cours de la période B : 2010- 2011 (25 malades) la mortalité est de 4% (1 malade). Là aussi, l'absence d'outil scientifique ne permet pas de conclure à la supériorité d'une période par rapport à une autre.

En chirurgie digestive, de nombreux scores ont été proposés pour classer les malades selon leur gravité. Ils sont faits, en général, pour une pathologie donnée, et ne s'adressent pas spécialement à la mortalité postopératoire [7]. Ces scores sont, soit qualitatifs, c'est-à-dire qu'une classe est plus grave que l'autre sans donner de probabilité chiffrée telle que la classification de Child-Pugh pour les hépatopathies, le score de Ranson, Imrie, Balthazar pour les pancréatites aiguës En ce qui concerne la mortalité postopératoire, il existe soit une classification globale, le score ASA, mais celui-ci est uniquement qualitatif, soit des scores quantitatifs prévoyant la gravité à partir de la pathologie pré-opératoire d'un seul organe : score cardiaque de Goldman [8], score pulmonaire [9]. Pour éviter un maximum d'écueils, il faut que la mortalité brute soit reliée à l'état préopératoire des malades mais aussi aux

découvertes per opératoires permettant de prévoir en termes de probabilité, la mortalité d'un malade en fonction de valeurs données par un score, pour une intervention donnée. C'est la raison pour laquelle il est indispensable d'utiliser à partir d'études multi variées, un score prédictif chiffré et validé. La validation du score est faite sur les 2 caractéristiques suivantes : la discrimination [10] qui est la capacité de distinguer les malades à haut risque de mortalité des malades à faible risque et la calibration [11] qui est la capacité à prédire les décès c'est à dire la capacité de voir si les probabilités prédites (P) (ou estimées) sont en accord avec les probabilités observées (O). Le score POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for en Umeration of Mortality and Morbidity) [12] réuni ces deux caractéristiques (discrimination et calibration), validé en Angleterre depuis 1991 est utilisé dans notre étude, à l'instar d'une étude menée en France par l'association de recherche FRENCH [13].

Le nombre prévu est 2.100 pour valider le score. La répartition souhaitable et statistiquement valable entre les différents organes (ou groupes d'organes) est la suivante :

- Chirurgie hépatique	300
- Chirurgie oesophagienne et gastrique	300
- Chirurgie pancréatique et des voies biliaires	300
- Chirurgie de l'intestin du colon ou du rectum	1.200

En incluant 300 à 400 probables questionnaires inutilisables, il nous faut un total de 2500 malades. La durée totale de participation de chaque malade à l'étude est la durée de l'hospitalisation et la durée post opératoire (un mois et demi en moyenne après la sortie) [14]. En effet ce délai après la sortie correspond à celui pendant lequel on revoit habituellement le malade et pendant lequel peuvent encore survenir les complications en rapport avec l'acte opératoire.

La probabilité observée de mortalité et de morbidité sera comparée à la probabilité prévue par le score POSSUM (calculée) de la mortalité. A partir de là, plusieurs types de résultats sont possibles :

- 1) Ou bien les probabilités observées sont très proches des probabilités prévues et le Possum est validé
- 2) Ou bien il y a une erreur systématique, en plus ou en moins, entre les résultats observés et ceux prévus : le score sous estimant ou surestimant la réalité de façon systématique. Il suffit alors d'introduire un coefficient correcteur dans la formule pour retrouver un faible écart entre probabilité prévue et probabilité observée.
- 3) Ou bien les résultats prévus et observés ne sont absolument pas cohérents et répondent en plus ou en moins de façon aléatoire. Le travail n'est pas perdu car on peut trouver, par une nouvelle étude multifactorielle, quels sont les items les plus pertinents qu'il faut introduire dans la formule initiale, en remplacement d'un ou deux items défectueux, pour redonner son caractère hautement prédictif à la formule.

Donc cette étude de validation, devra aboutir à une formule de prédiction efficace quelque soit le résultat obtenu, c'est-à-dire :

- une validation directe ou non du Possum.
- ou une validation d'un « score algérien »

Cette étude n'a pas besoin du consentement éclairé du patient ni de l'aval d'un " Conseil de l'Ethique "

ou de son équivalent car :

- il n'y a pas de traitement à tester.
- Il n'y a pas de tirage au sort.
- Il n'y a pas de prélèvement spécial à faire au malade.

Il s'agit d'une étude avec bénéfice direct ; en effet on peut penser :

- Que pendant l'étude, les malades bénéficieront d'un suivi plus attentif du fait du caractère prospectif du recueil des informations pré, per et postopératoires

- Qu'après l'étude, les futurs opérés bénéficieront d'un score prédictif performant permettant de prévoir, voire minimiser les risques opératoires.

Sur le plan statistique, il s'agit d'une étude sur les facteurs de risque où intervient, entre autres, une analyse multidimensionnelle.

Ce projet est apte à valider en Algérie ce score en chirurgie digestive car :

a/ géographiquement les centres participants sont répartis sur toute l'Algérie.

b/ socio-économiquement, les centres représentent toutes les pratiques et tous les recrutements (CHU, hôpital public, clinique privée) et aussi bien les centres à haut débit qu'à bas débit.

c/ Impact des résultats considérables

En effet, un score simple de prédiction de la probabilité de mortalité postopératoire en chirurgie digestive "lourde" aurait un impact considérable car il devrait permettre:

1- pour un malade donné, de connaître ses risques et éventuellement de modifier la technique pré et per-opératoire et la technique de traitement pour les minimiser.

2- pour un centre donné, d'avoir les éléments d'audit interne et avoir pour se comparer des références :

- à une norme donnée par le score
- aux résultats des années précédentes.

3) pour un chirurgien donné, dans un hôpital ou un centre donné, pouvoir se comparer à ses collègues d'une même spécialité

4) pour différents centres, de comparer leurs résultats de façon beaucoup plus scientifique et réelle

5) pour toutes les études, d'obtenir des éléments fiables permettant d'avoir des renseignements sur la gravité des malades que l'on opère

6) pour les Pouvoirs Publics, avoir un outil de comparaison valable des résultats :

- entre l'Algérie et les autres pays
- entre les différences algériennes
- entre les différents établissements : Centres Anti-Cancéreux, Centres Hospitalo-Universitaires, Etablissement Hautement Spécialisé, Secteurs Sanitaires et Cliniques privées.

7) de pouvoir répondre à la question, quels sont les véritables centres ou chirurgiens "experts" et de savoir si les centres ou chirurgiens déclarés "experts" le sont vraiment, autrement dit de savoir si le haut volume opératoire est vraiment un critère incontournable de qualité.

Dans ce contexte, l'analyse de la pathologie cancéreuse et l'analyse en fonction des centres seront intéressantes à analyser.

8) pour le malade et sa famille, d'avoir de la part de son chirurgien une information préopératoire plus précise sur les risques de l'intervention qu'il va avoir, et les risques de mortalité.

9) l'impact de la chirurgie cœlioscopique, sur la mortalité en chirurgie digestive lourde,

10) l'impact de la pathologie cancéreuse sur la mortalité

Au total, cette validation est la recherche et la mise au point d'un indicateur de qualité, d'activité et de comparabilité : la chirurgie algérienne a besoin de cet outil.

REFERENCES

- 1-Mayle, houdart, Vinbcent. La liste noire des hôpitaux. Science et avrnir 1997 ;n° 608
- 2-Dirk J, Rutger CI. Rates of complications and death after pancreaticoduodenectomy
Ann Surg 2000,232 (6):786-795
- 3- Tekkis P, Kocher HM. Operative mortality rates among surgeons. Comparaison of Possum and P-possum scoring systems in gastrointestinal surgery
DIS colon rectum 2000:1523-1534
- 4- Birmeyer JD, Andrew L ; relationship betweenhospital volume and late survival after pancreaticoduodenectomy.
Tosteton Scd surgery 1999, 126:178-183
- 5- Chew DKW, Attiyeh FF. Experience with the whipple procedure.
Am J Surg 1997, 174:312-315
- 6- Michael D, Kilburn H. Relation of perioperative deaths to hospital volume among patients indergoing pancreatic resection for malignancy.
Ann Surg 222,5:638-645
- 7- Bloom P, Muchel L. pancreaticoduodenectomy: results when the operation is performed infrequently.
Arch surg 1975:110
- 8- Jones HJS, de Cossart L. Risk scoring in surgical patients.
Br J Surg 1999; 86:149-57.
- 9- Arozullah AM, Daley J, Henderson WG, Khuri SF. Multifactorial Risk Index for Predicting postoperative respiratory failure in men after major noncardiac surgery.
Thé NationalVétérans Administration Surgical Quality improvement program.
Ann Surg 2000,232:242-53.
10. Hanley JA, McNeil BJ. The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve.
Radiology 1982; 143:29-36
11. Lemeshow S, HosmerDwj. Areview of goodness of fit statistics for use in the development of logistic regression models.
Am J Epidemiol 1982; 115:92-106
12. Copeland GP, Jones D, Walters M. Possum : a scoring System for surgical audit.
BrJSurg 1991;78:355-60.
13. Merad F, Baron G, Pasquet B, Hennem H, Kohlmann G, Warlin F, Desrousseaux B, Fingerhut. A, Ravaud P, Hay JM. Prospective evaluation of in-hospital mortality with the P-POSSUM scoring system in patients undergoing major digestive surgery.
World JS 2012;36:2320-7.
14. Evans M, Pollock AV: Trials on Trials. A review of trials on antibiotic prophylaxis.
Arch Surg 119: 109-113

Le pneumopéritoine progressif préopératoire (PPPO) ou pneumopéritoine de Goni Moreno: Principes, technique, indications et résultats.

La technique du pneumopéritoine progressif préopératoire (PPPO) ou pneumopéritoine de Goni Moréno est une méthode inventée par cet auteur dans les années 40 du siècle dernier dans le but de préparer le patient porteur d'une grande éventration avec perte de droit de cité c'est-à-dire que le contenu du sac de l'éventration ne peut plus réintégrer la cavité péritonéale du fait de sa poussée progressive hors de celle-ci. Cette situation physiopathologique va créer des perturbations, par le jeu de la pression intra-abdominale, qui vont transformer un défaut au niveau de la paroi abdominale en une véritable maladie avec sa composante respiratoire, vasculaire et trophique. C'est justement à ces perturbations que le PPPO s'adresse afin de permettre une réparation pariétale adéquate en faisant fermer ce défaut tout en restaurant la physiologie normale que doit avoir la sangle abdominale. Cet exposé a pour but d'apporter les notions que sous-entend le PPPO dans la préparation des grandes éventrations en insistant sur la notion que la cure chirurgicale de ces dernières n'est pas uniquement une fermeture d'un défaut pariétal aussi grand soit-il mais une remise sous tension de la sangle abdominale pour jouer son rôle physiologique.

Mots-clés : grande éventration – Eventration maladie – pneumopéritoine progressif préopératoire – réparation préopératoire.

Introduction : l'éventration postopératoire reste une complication fréquente de la chirurgie abdominale. Lorsqu'elle est de grandes dimensions, elle est invalidante par les altérations respiratoires, vasculaires et cutanées qu'elle engendre. La qualité de vie s'en ressent et cette pathologie va constituer une maladie par elle-même. La prise en charge est chirurgicale et elle consiste en une réparation de la sangle abdominale afin de retrouver l'état physiologique antérieure et ce n'est pas juste une obturation du ou des orifices de l'éventration. Pour ce faire, la technique du pneumopéritoine progressif préopératoire (PPPO) ou pneumopéritoine de Goni Moréno est une méthode qui permet d'opérer ce type d'éventration. Il faut insister sur le fait que le PPPO est une aide pour une minorité de patients c'est-à-dire ceux qui présentent une grande éventration.

Historique :

Dans les années 40 du siècle dernier, Goni Moréno a établi la technique du PPPO pour traiter les grandes éventrations avec contenu mobile ou fixe. Par définition, la grande éventration est celle qui présente un diamètre supérieur à 10 centimètres. En plus celle qui en cause ici, c'est celle dont le contenu du sac a perdu droit de cité. Ce dernier ne peut plus retrouver sa place dans la grande cavité péritonéale. Sa réduction brutale engendre une insuffisance respiratoire aiguë par augmentation très importante de la pression intra-abdominale.

L'auteur assigne à ce PPPO 2 objectifs [1]:

- 1- Distension de la paroi abdominale et notamment les structures musculo-aponévrotiques. Cette distension est progressive et lente.
- 2- Faciliter les suites opératoires de l'intervention sur le plan respiratoire. L'auteur parle d'une situation devant être atteinte par le patient en utilisant cette expression « **en plaçant progressivement le patient dans une situation voisine de celle qui aurait**



S. Berkane
CHU Béjaïa

pu être la sienne si l'éventration avait été d'emblée, mais qui n'aurait pas été supportée ». En 1929, Dixon de la Mayo Clinic in SGO 1929, 4 8:700-701 faisait ce constat « The replacement into abdominal cavity of the large mass consisting of omentum and intestine may increase the intra abdominal tension to a point beyond endurance ».

B- Rappel anatomique :

La cavité abdomino-pelvienne est constituée par des muscles et des structures osseuses (bassin et colonne vertébrale). Elle est fermée en haut par le diaphragme et en bas le pelvis. C'est la partie antérolatérale musculo-aponévrotique qui est détériorée au cours d'une grande éventration.

La paroi antérolatérale est constituée par les muscles grands droits situés de part et d'autre de la ligne blanche et des muscles latéraux que sont les muscles transverses, petits et grands obliques. Ces muscles situés de part et d'autre de la ligne blanche qui elle, est constituée de l'entrecroisement de l'aponévrose des ces 4 muscles au niveau de la ligne médiane. C'est un véritable tendon d'insertion des muscles antérolatéraux de l'abdomen.

Le diaphragme qui est le muscle principal de la respiration et notamment de l'inspiration nécessite une pression intra-abdominale pour bien jouer son rôle [2].

Rappel physiologique:

Pour une fonction respiratoire normale, il faut une pression intra-abdominale, condition essentielle, pour une action efficace des muscles de la paroi abdominale antérolatérale et du diaphragme [2].

C- Rappel physiopathologique

Au cours de la grande éventration chronique, il existe les phénomènes suivants :

1- La désinsertion des muscles de la paroi antérolatérale de l'abdomen qui ne jouent plus leur rôle au cours de la respiration. C'est une véritable désinsertion des muscles de leur tendon d'insertion qu'est la ligne blanche.

2- La sagittalisation des muscles larges de l'abdomen fait qu'ils s'éloignent de la ligne médiane. Leur nouvelle direction est perpendiculaire à leur ancienne.

3- La protrusion des viscères intra-abdominaux dans le sac et perte de droit de cité. Ces viscères vont sortir à travers le sac de l'éventration et rester en dehors de la cavité péritonéale. Ils perdent leur droit de cité

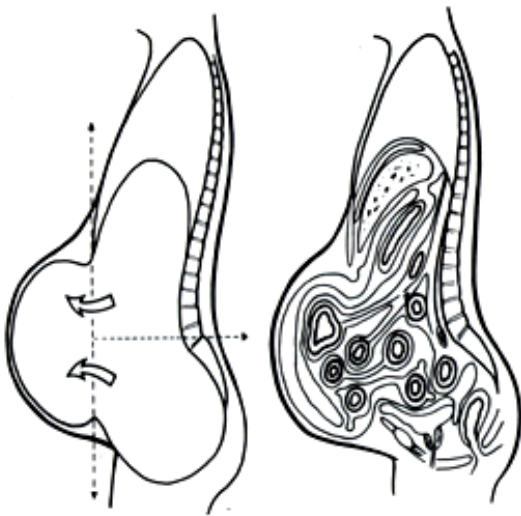


Figure n°1 : Sortie du contenu viscéral dans le sac de l'éventration.

4- La chute de la pression intra-abdominale qui entraîne une perte de l'efficacité du diaphragme secondairement à la perte de la contre-pression intra-abdominale. Le diaphragme perd le contre-poids sur lequel il s'appuie pour entraîner l'expansion du thorax au cours de l'inspiration.

Ces modifications vont entraîner plusieurs conséquences qui sont :

1- Les conséquences respiratoires :

Il existe une **contraction inefficace du diaphragme par l'absence de contre-poids qu'est la pression intrapéritonéale.**

On note une insuffisance respiratoire avec diminution secondaire à :

La diminution de la capacité inspiratoire.

La diminution de la capacité résiduelle fonctionnelle.

La diminution de la capacité vitale.

2- Les conséquences vasculaires :

Les conséquences sur le retour veineux au niveau de la veine cave inférieure et du territoire veineux splanchnique sont une absence d'aide au retour veineux donnant lieu à une stase sanguine au niveau de ce territoire.

3- Conséquences cutanées :

Elles sont relativement tardives par troubles trophiques secondaires à la mauvaise circulation au niveau de la peau du sommet du sac. Les troubles circulatoires sont maximum au niveau de ce sommet qui peut à un moment donné, donner lieu à une ulcération cutanée avec possibilité de fistule digestive par exposition intestinale [3].

4- Les conséquences stato-dynamiques :

Il existe une tendance à lordose lombaire.



Figure n°2 : La respiration paradoxale.

5- Les conséquences chirurgicales

Le chirurgien va être confronté à :

a- L'impossibilité de réduire le contenu du sac dans la cavité péritonéale :

Il existe une hyperpression et une insuffisance respiratoire aiguë postopératoire immédiate après cure chirurgicale de la grande éventration. Pour **Goni Moréno**: "**Ouverture de l'aponévrose le soir même de la cure d'éventration suite à une détresse respiratoire**".

b- Une réduction coute que coute réalisée par le chirurgien fait courir le grand risque de déchirure des sutures et donc de récidence.

3- Les suites opératoires sont compliquées et notamment sur le

Coupes schématiques sur le déroulement de l'inspiration

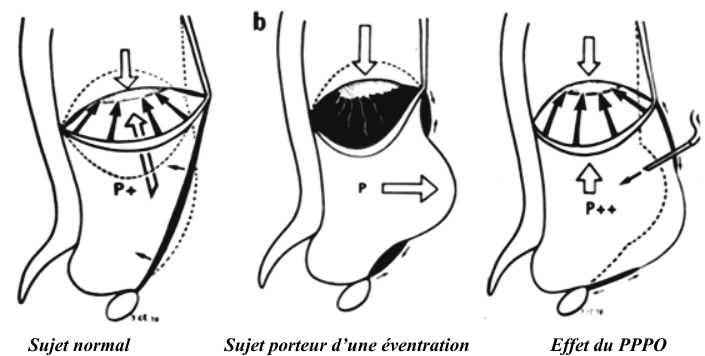


Figure n°3 : Déroulement de la respiration chez le sujet normal, le sujet porteur d'une éventration et celui traité par un PPPO.

Les effets du PPPO :

1- Sur la ventilation pulmonaire [Figure n°3]:

a- L'augmentation de la pression intra-abdominale permet une inspiration et une expiration plus efficaces.

b- La préparation par kinésithérapie respiratoire est plus efficace.

2- Sur la paroi abdominale:

a- L'augmentation de la pression intra-abdominale permet une élongation des muscles larges et par voie de conséquences une augmentation de la capacité de la cavité abdominale.

3- Sur les adhérences viscérales:

a- L'augmentation de la pression intra-abdominale dissèque les adhérences et réalise une viscérolyse progressive et facilite de ce fait la chirurgie.

La distension des structures musculo-aponévrotiques est telle que le chirurgien est tenté de réaliser une suture aponévrotique simple.

La préparation pour cure d'événtration avec utilisation du PPPO :

Pour mener à bien un PPPO, il est important de lui associer d'autres moyens qui permettront une réussite de ce dernier. Ces derniers sont :

La préparation respiratoire:

Elle est indispensable en permettant un drainage bronchique et une utilisation de tous les muscles respiratoires. Cette préparation prépare aussi le patient à la période postopératoire.

La cure d'amaigrissement :

Elle permet d'améliorer l'état du patient sur plan de la mobilité et pour que ce dernier puisse avoir une mobilité plus sûre en postopératoire.

La préparation cutanée:

Il faut lutter contre toute lésion cutanée susceptible d'augmenter le risque d'infection. De même si un ulcère cutané existe, il est important d'en faire l'excision et attendre sa guérison avant d'envisager la cure de l'événtration.

La thromboprophylaxie:

Il est utile aussi de prévenir le risque thromboembolique par la prescription d'anticoagulants à doses préventives.

La kinésithérapie respiratoire, la cure d'amaigrissement et l'entretien de la musculature abdominale doivent être continués en postopératoire.

La réalisation du PPPO :

Moyens utilisés :

On peut utiliser une simple aiguille, une aiguille Veres,

De l'air est utilisé le plus souvent et il n'y a pas de supériorité à utiliser du CO2.

Intervalle des séances :

Il est indiqué de réaliser 2 séances par semaine.

Hospitalisation :

Il n'est pas indispensable d'hospitaliser le patient et le PPPO peut parfaitement être fait à titre externe. Mais certaines circonstances comme la mise en place chirurgicale ou un patient qui habite loin peuvent conduire à une hospitalisation.

Quant arrêter ?

Le pneumopéritoine peut être arrêté lorsque la paroi abdominale est largement distendue et dépressible alors qu'il n'existe aucune gêne respiratoire chez le patient

Incidents et complications:

• Elles peuvent se rencontrer :

- 1- Emphysème sous cutané – emphysème médiastinal.
- 2- Ponction d'un viscère.
- 3- Infection.

Résultats :

Opérer le patient avec une paroi bien distendue :

- Les adhérences sont minimales.
- La suture de la paroi est facile est sans tension.
- Les suites sont plus simples car la kinésithérapie commencée en

préopératoire peut

être et doit être continuée en postopératoire.

Les indications du PPPO:

• Elles sont de 2 ordres:

Locale et respiratoire:

1- Grande événtration chronique (diamètre supérieur à 10cm) non réductible

a- Constitution progressive.

b- Constitution rapide (perte de substance) après éviscération ou laparostomie ou greffe cutanée.

c- Constitution d'une grande événtration multiorificielle et multiopérée.

d- Constitution d'une événtration latérale de grandes dimensions.

2- L'événtration chez le sujet insuffisant respiratoire et obèse.

Les contre-indications:

• Elles sont d'ordre général surtout :

1- Sujet âgé et avec une tare majeure (insuffisance rénale chronique, infarctus du myocarde, sujet artéritique, sujet alité,.....).



Figure n°4 : Aspect du PPPO sur les clichés radiologiques.

2- Intolérance du patient

Les contre-indications du PPPO sont le plus souvent les contre-indications de la cure de l'événtration elle-même.

Le type de réparation de l'événtration :

• Il faut réparer l'événtration en s'aidant par une prothèse non résorbable.

• Il s'agit d'une prothèse de renforcement et dans certains cas de perte de substance de remplacement (4, 5, 6, 7, 8).

• Une simple raphie n'a pas sa place ici.

La cure d'événtration utilisant le PPPO est une réparation associant une suture aponévrotique anatomique associée à une prothèse de renforcement ou de remplacement.

Notre expérience :

Nous avons opéré 10 patients, répartis en 5 hommes et 5 femmes, d'un âge moyen de 50ans. Il s'agissait de 8 événtrations médianes et 2 sous-costales droites. La dissection a été facile dans tous les cas. Nous avons utilisé une prothèse non résorbable rétomusculaire chez tous les patients. Nous déplorons une seule infection sous-cutanée et aucune récurrence n'a eu lieu. La paroi a été à chaque fois jugée solide. Il faut noter qu'une patiente est décédée d'une cause indéterminée à la fin du PPPO

Éventration sur éviscération mécanique traitée sans après survenue.



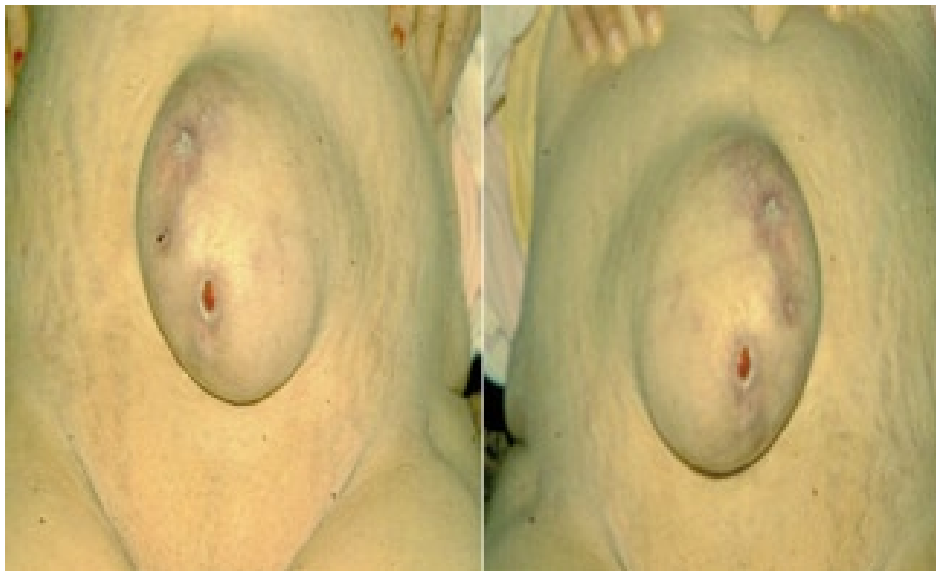
Figure n°5: patient traité par PPPO et prothèse rétromusculaire. Aspects préopératoire et postopératoire.

Conclusion :

Le PPPO est une aide précieuse dans la cure des éventrations chroniques et de grandes dimensions. Il est indispensable dans les grandes éventrations avec perte de droit de cité. Il facilite la chirurgie en aidant à la restauration d'une anatomie normale garante d'une physiologie normale qui est le but principal de la cure de ce type d'éventration.

Bibliographie

- 1- Micheau P, Grolleau JL. Événtration abdominale. Prise en charge et stratégie dans l'approche du futur opéré. *Ann Chir Plast Esthét* 1999 ; 44 (4) ; 325-338.
- 2- Chevrel JP, Flament JB. Les éventrations de la paroi abdominale. *Rapport du 92e Congrès français de chirurgie*. Paris : Masson, 1990.
- 3- Pailler JL, Lakhel-Le Coadou A, Dupont-Bierre E. Événtration de la paroi abdominale. Physiopathologie, étiologie, techniques de cure avec prothèse pariétale. *Ann Chir Plast Esthét* 1999 ; 44 (4) : 313-324.
- 4- Adloff M, Arnaud JP. Étude expérimentale de la résistance et de la tolérance biologique des matériaux prothétiques utilisés dans la réparation des pertes de substances de la paroi abdominale. *Chirurgie* 1976 ; 102 : 390-396.
- 5- Champetier J, Russier Y, Zattara A, Alnaasan I, Charvin B, Letoublon C. Les prothèses synthétiques dans la chirurgie réparatrice de la paroi abdominale (hernies de l'aîne exceptées). *J Chir* 1992 ; 129 (8-9) : 375-383.
- 6- Chevrel JP, Flament JB. Traitement des éventrations de la paroi abdominale. *Encycl Méd Chir (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-165, 1995 : 1-14.*
- 7- Grolleau JL, Micheau P. Techniques de réparation pariétale des éventrations abdominales. *Ann Chir Plast Esthét* 1999 ; 44 (4) : 339-355.
- 8- Rives J, Pire JC, Flament JB. Le traitement des grandes éventrations. *Nouvelles indications thérapeutiques à propos de 322 cas*. *Chirurgie* 1985 ; 111 (3) : 215-225.



Éventration récidivée avec perte de droit de cité et ulcérations cutanées

Figure n°6 : Éventration avec ulcère au sommet.

2eme récidive d'une éventration après cure d'une hernie ombilicale. Cure par prothèse rétro-musculaire.

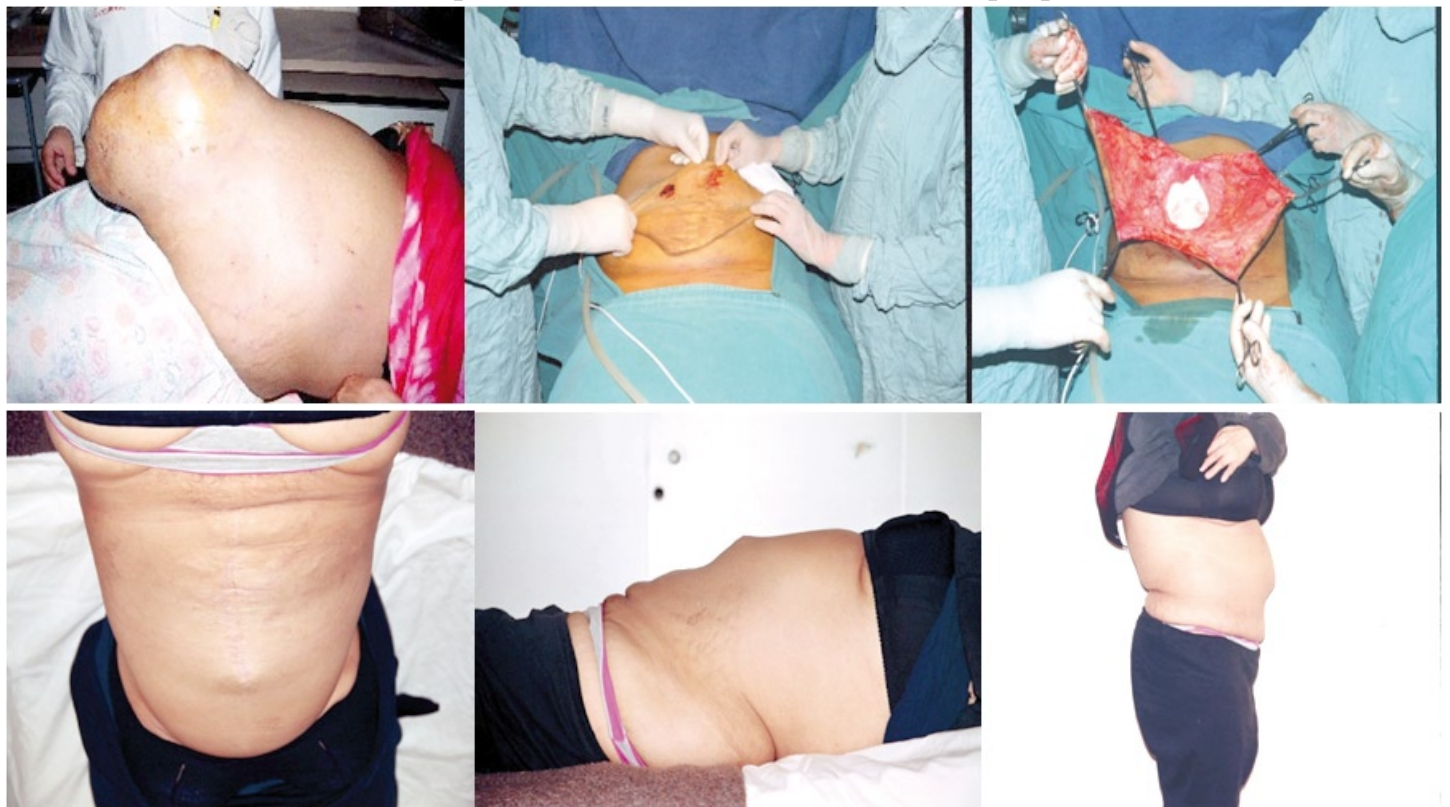
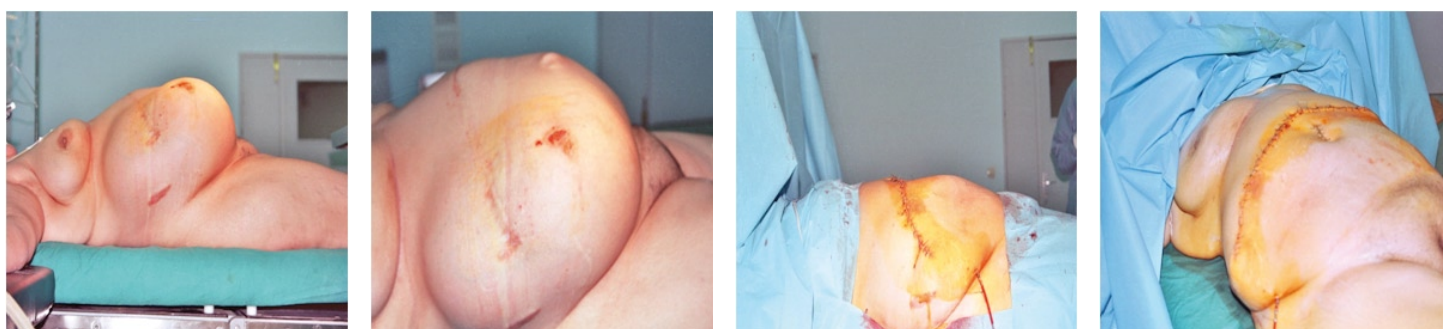


Figure n°7 : Aspects pré, per et postopératoire d'une éventration traitée par prothèse rétomusculaire et préparée par un PPPO.

Éventration sur incision bi-sous-costale.



Aspect peropératoire avant l'incision

Fin de l'intervention: suture aponévrotique et mise en place d'une prothèse rétro-musculaire

La responsabilité médicale du chirurgien



Prs A. SBAIHI



D. LAIDAOU



M. BESSAHA

Equipe du service de médecine légale du Chu Béni Messous- Alger

Introduction

La responsabilité des médecins et des établissements hospitaliers connaît une évolution rapide et importante qui va vers l'évolution de la classique obligation de moyens du médecin vers une obligation de sécurité de résultat.

L'évolution de la responsabilité suit l'évolution des techniques et des exigences des patients et de la sécurité sanitaire.

En ce qui concerne la notion juridique d'une responsabilité médicale, on peut considérer qu'elle est née il y a près de quarante siècles avec le code d'Hammourabi, roi de Babylone.

Elle a atteint depuis une complexité et une dimension considérables. Quant à la notion de sécurité sanitaire, si l'expression est récente, sa philosophie est déjà ancienne, il suffit de se rappeler la célèbre formule d'Hippocrate « primum non nocere ».

La chirurgie représente actuellement le plus important domaine de risque, son impact indirect important pour le public est le reflet du système de santé, elle illustre le professionnalisme dans l'exercice multidisciplinaire souvent dans le contexte dramatique de l'urgence.

Les obligations du chirurgien

• Obligation de donner des soins consciencieux attentifs :

La relation médecin malade est une relation qui prend naissance dans le contrat.

Article 45 du code de déontologie (décret exécutif n° 92 – 276 du 06. 07. 1992)

« il se forme entre le médecin et le malade un contrat qui entraîne pour le médecin l'obligation non pas de guérir son malade mais de lui donner les soins consciencieux attentifs conformes aux données actuelles de la science ».

En matière de contrat de soins, le chirurgien engage sa responsabilité civile, l'article 124, met à la charge du chirurgien comme tout médecin « une obligation contractuelle de réparation toutes les fois où il ne justifie pas que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée »

C'est dire que la preuve de la faute devra être apportée par trois éléments :

- une faute commise par le médecin.
- un dommage subi par le malade.
- un lien de causalité entre la faute et le dommage.

• Etre au service de l'individu et de la santé publique

Le chirurgien doit toujours être au service de l'individu et de la

santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine .Il doit élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées.

Ses prescriptions doivent être formulées avec toute la clarté indispensable ;il doit veiller à leur compréhension par le patient et son entourage.

Astreint à une obligation de moyens le chirurgien doit faire appel, s'il y a lieu à l'aide confrères compétents et qualifiés.

• Obligations de l'information et du consentement :

L'article 43 du code de déontologie oblige le chirurgien comme tout médecin à éclairer son malade par une information intelligible et loyale sur les raisons de tout acte médical et obtenir son consentement .

Les informations portent sur le diagnostic, les examens complémentaires qu'il propose au malade et les risques prévisibles.

Par ailleurs , la jurisprudence a fait subir à cette obligation d'information une évolution très contraignante en exigeant que les patients soient tenus informés des risques même exceptionnels s'ils sont susceptibles de présenter un caractère grave

• Obligations dans le cadre de l'urgence :

En pratique d'urgence l'état de nécessité écarte l'exigence de l'assentiment éclairé lorsqu'il est joint à l'impossibilité pour le praticien de le solliciter en temps utile pour le malade ou ses proches compétents pour consentir

De même lorsqu'il est nécessaire de donner des soins chirurgicaux d'urgence pour sauver la vie d'un mineur ou personnes incapables de discernement ou dans l'impossibilité d'exprimer leur consentement et que le consentement des personnes habilitées ne peut être obtenu

a temps ;les soins médicaux sont dispensés par le chirurgien sous sa propre responsabilité

Par ailleurs en cas de refus de soins médicaux la loi sanitaire et le code de déontologie dans les articles 49 et 154 exigent du malade ou de son représentant une déclaration écrite à cet effet

• Une obligation de prudence, de diligence et de contrôle

Le chirurgien ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins ainsi que la sécurité des patients

Ses obligations de sécurité l'obligent à favoriser les

consultations plusieurs jours avant l'intervention et à veiller à ce que la consultation d'anesthésie soit assurée au malade faute de quoi le traitement risque de ne pas être adapté à son état réel

Le chirurgien doit s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution en pré-per et post opératoire des instructions, Pour cela une mise en œuvre de chemins cliniques et de protocoles de soins validés et une tenue à jour sur la base des recommandations professionnelles ; analyses de type « bénéfiques – risques sont indispensables En matière de control le chirurgien est responsable de l'emploi qu'il fait du matériel, en effet l'article 138 du code civil annonce le principe de la responsabilité du fait des choses « toute personne qui a le pouvoir d'usage et de contrôle d'une chose doit répondre des dommages qu'elle occasionne »

Une obligation de compétence pour les techniques spécifiques s'impose au chirurgien

•Le travail sur les bonnes pratiques de sécurité

La sécurité de l'activité médicale doit être la préoccupation première et permanente du chirurgien.

La démarche de gestion des risques vise à concilier l'intérêt du malade avec la prise de risque et la maîtrise des dangers qui l'accompagnent.

Le développement des pratiques d'évaluation (suiviactif des dysfonctionnements, analyse des dossiers médicaux), le briefing, check-lists, avec une mobilisation de l'encadrement médical et paramédical permettent d'intervenir sur des événements pouvant affecter la sécurité des soins.

MISE EN CAUSE DE LA RESPONSABILITÉ DU CHIRURGIEN

La mise en cause de la responsabilité médicale peut donc prendre deux aspects :

- * un aspect de sanction
- * un aspect d'indemnisation

La mise en cause juridiquement peut donner lieu, soit :

- à des poursuites pénales : sanction d'une faute constitutive d'une infraction
- à une action civile en réparation du préjudice subi en vue d'obtenir des dommages et intérêts.
- Toutefois, si le dommage invoqué s'est produit dans le cadre d'un service public, la réparation suit les règles du droit administratif.
- D'autre part, le médecin doit répondre de ses actes devant ses pairs, il peut être sanctionné par le Conseil de l'ordre, il s'agit de la responsabilité disciplinaire.

La responsabilité, source d'indemnisation

-Responsabilité civile du médecin :

L'article 124 du code civil stipule : « Tout fait quelconque d'une personne qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer »

Le domaine de la responsabilité civile est le domaine de la réparation. Le chirurgien peut être traduit devant la justice répressive pour des actes accomplis dans l'exercice de sa profession quels que soient la qualité et le mode d'exercice, secteur privé ou hospitalier public.

L'auteur du dommage est tenu, a défaut d'une circonstance l'exonérant de toutes responsabilité ou entraînant partage de celle-ci, d'indemniser l'intégralement le dommage

(article 131 Code Civil)

" La réparation consiste en une somme d'argent que le juge peut répartir en plusieurs termes ou être allouée sous forme de rente

La lourde responsabilité qui pèse sur les employeurs ou sur les personnes qui du fait de leur profession engageant leur responsabilité à raison de leurs activités, a incité ceux-ci à s'assurer contre les conséquences pécuniaires des dommages mis à leur charge

- La responsabilité administrative

Si le dommage invoqué s'est produit dans le cadre d'un service public, la réparation suit les règles du droit administratif.

La responsabilité, source de sanction

- La responsabilité pénale

La loi impose au praticien une série d'obligations pénalement sanctionnées relatives aux conditions d'exercice de la médecine

l'homicide et blessures involontaires

(Article 288- 289 du code pénal)

« Quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation de règlements comment involontairement un homicide ou en est involontairement la cause, est puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende »

« S'il est résulté du défunt d'adresse ou de précaution des coups et blessure ou maladie entraînant une incapacité totale de travail (ITT) d'une durée supérieure à trois mois, le coupable est puni d'un emprisonnement de 02 mois à deux ans et d'une amende ou de l'une de ces deux peines seulement »

- L'abstention fautive de porter secours

(Article 182 du code pénal)

« ...est puni de trois mois à cinq ans et une amende, quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril, l'assistance que sans risque pour lui ni pour les tiers, il peut lui prêter, soit par action personnelle soit en provoquant un secours »

- L'établissement de certificats médicaux de complaisance

(article 238 de la loi sanitaire et article 226 du Code pénal)

- La violation du secret professionnel

(Article 235 de la loi sanitaire et article 301 du Code pénal)

- Le refus de déférer aux ordres de réquisitions

les médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens sont tenus de déférer aux ordres de réquisitions de l'autorité publique .

Le refus de déférer à une réquisition de l'autorité publique constitue un délit passible de sanctions prévues à l'Art.236 de la L.P.P.S: « Le refus de déférer aux Réquisitions de l'autorité publique établies et notifiées dans les formes réglementaires, telle que prévues à l'art.210 de la présente loi, est puni conformément aux dispositions de l'art.422 Ter. du Code Pénal »L'art.422 Ter. du Code. pénal a été abrogé et remplacé par l'art.187 Bis de la Loi N°06.23 du 20 Décembre 2006 et qui stipule:« Est puni d'emprisonnement de 02 mois à 06 mois et d'une amende de 20.000 D.A à 100.000 D.A ou l'une de ces deux peines quiconque, n'obtempère pas à un ordre de réquisition établi et notifié dans les formes réglementaires

- La responsabilité disciplinaire

L'une des conditions de l'exercice de la médecine dans le pays est l'inscription au Conseil de l'Ordre. Le médecin s'engage à respecter les règles déontologiques qui lui sont imposées.

Les juridictions professionnelles sanctionnent le médecin d'un avertissement, d'un blâme, d'une interdiction temporaire d'exercer (Code de déontologie médicale décret exécutif n° 92- 276 du 06 Juillet 1992

Conclusion

La notion de responsabilité et de sécurité sanitaire sont actuellement deux notions essentielles inhérentes à l'exercice de toute profession médicale

on assiste à une recrudescence considérable de la sinistralité médicale qui pèse lourdement sur le malade, le médecin et les assureurs des professionnels de santé, à ce fait l'amélioration de la prise en charge du malade doit être la préoccupation première et permanente du médecin et d'un établissement de santé.

Bibliographie

- M.M.HANOUS, A.R HAKEM « Précis de droit médical »
- Robert REGARD « Principe de précaution et responsabilité face à un risque hypothétique »
- Jean POUILLARD « Le principe de précaution »

- YCO HEALTHCARE « La responsabilité juridique du chirurgien » mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie
- Code de déontologie médicale décret exécutif n° 92- 276 du 06 Juillet 1992
- Loi sanitaire 85 – 05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la sante
- Code civil Algérien
- Code pénal Algérien

SARL SUBLIMED

Importation et Distribution
de Matériel Médical




SUBLIMED

🏠 Cité trois caves rue 62 N°33 El Harrach Alger
(Derrière l'hôpital Salim Zemirli)

☎ Tél./: 023 97 16 95

Fax : 023 97 16 96

📱 Mobile : 0561 85 80 68

✉ sublime.medical@yahoo.fr

www.sublimesd.dz

