



HAL
open science

Intervention de Soave Baulieux pour anastomose coloanale : étude rétrospective amiennoise de 14 patients

Benjamin Abecassis

► **To cite this version:**

Benjamin Abecassis. Intervention de Soave Baulieux pour anastomose coloanale : étude rétrospective amiennoise de 14 patients. Chirurgie. 2018. dumas-02152209

HAL Id: dumas-02152209

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02152209>

Submitted on 11 Jun 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

Année 2018

N° 168

**INTERVENTION DE SOAVE BAULIEUX POUR ANASTOMOSE
COLOANALE : ETUDE RETROSPECIVE AMIENOISE DE 14
PATIENTS**

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

SPECIALITE : CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

Présentée et soutenue publiquement

le 17 octobre 2018

Par

ABECASSIS BENJAMIN

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Charles Sabbagh

JUGES : Monsieur le Professeur Jean-luc Schmit

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

Monsieur le MCU Mathurin FUMERY

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Professeur Charles Sabbagh

A Monsieur le Professeur Charles SABBAGH

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Chirurgie digestive)

Tu as fait partie de mes enseignants depuis le début de mon internat, tant au niveau pratique que théorique.

Pour tout cela merci.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements respectueux.

A Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Chef du service d'Oncologie médicale

CHU d'AMIENS

Merci pour toutes ces RCP ou vous nous avez apporté votre connaissance scientifique.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements respectueux.

A Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUR

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements respectueux.

A Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Gastro-entérologie)

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements respectueux.

A Alice ma femme, merci de m'avoir soutenu pendant cette longue période.

A mes deux princesses, Anna et Victoria qui me rendent la vie plus en plus belle tous les jours.

A mes parents qui m'ont toujours soutenu depuis mon plus jeune âge, je ne serais jamais arrivé là sans vous.

A mon frère Emmanuel et ma sœur Barbara ainsi que leur famille.

A tous mes neveux et nièces.

A ma belle-famille.

A Mr le Professeur Regimbeau, merci pour vos enseignements , votre rigueur et vos connaissances.

A Mr le professeur Wind, merci pour votre patience, vos enseignements. C'est un véritable plaisir de travailler dans votre service.

A Mr le professeur Sarfati car des patrons comme vous il n'en existe plus malheureusement. Une telle envie de transmettre votre compétence chirurgicale dans une ambiance exceptionnelle.

A mes collègues :

A Samy, merci pour tes conseils et ton état d'esprit. Heureusement qu'il y a des gens comme toi en chirurgie.

A Soumaya, une chef en béton armé !

A Olivier, Ilan, Maxime, Iman, Aurélien, Baptiste, Jeanne, Marion, Kevin, Noémie et Pauline, mes co-internes de chirurgie digestive.

A Adrienne, Julien, Ouri, Jocelyn, Anouar, Nouria et Tracy.

A Lionel, la force chirurgicale tant sur le plan universitaire que sur le plan pratique, merci de m'avoir accompagné et de m'avoir apporté tes connaissances.

A Federico, le sleeveur de l'espace. Bientôt chez les Af. Merci pour tout.

A Mr Perrier, Mr Bousfiha, Terki et toute l'équipe du service de chirurgie digestive de Compiègne.

A Alban, Pierre-Antoine, Marco , Laura , Giulia , Jeremy et toute l'équipe du Pr Wind.

Au Pr Cattan , Nicolas Munoz ,Helene Corte , Karen Aidan , Benjamin Abastado , Nathan Beaupel , Jonatahn Catry et toute l'équipe du service du Pr Sarfati.

A mes Amis :

La base avec Dioufi , Zagui , Chlomi , Dany et Zouzi

A l'île St Louis avec Ruben , Jimy , Papi , Gary et to the meim.

RESUME

Introduction : L'intervention de Soave Baulieux est une technique chirurgicale permettant de réaliser une anastomose colo-anale en cas de conditions colorectales pathologiques. Elle réalise une anastomose coloanale à travers un manchon de musculature rectale après mucosectomie en deux temps. Le premier temps permet d'extérioriser la trompe colique à travers le canal anal et le deuxième temps réalise quelques jours après une anastomose coloanale directe. Il s'agit d'une intervention de sauvetage et ses résultats sont peu retrouvés dans la littérature.

Matériels et méthodes : Tous les patients opérés d'une intervention de Soave Baulieux au Chu d'Amiens entre 2012 et 2018 ont été inclus dans cette étude rétrospective. Les objectifs de ce travail étaient d'évaluer les indications, les résultats opératoires, la morbi-mortalité post-opératoire ainsi que les résultats fonctionnels à long terme.

Résultats : Quatorze patients ont été inclus dans cette étude. Le cancer colorectal était la pathologie la plus rencontrée avec 64% des patients. Dans 57% des cas la décision de réalisation de la technique du Soave Baulieux était prise en peropératoire soit pour plaie rectale, hémorragie du moignon rectal, dissection pelvienne difficile ou encore extension tumorale loco-régionale. Dans les autres cas, la décision était prise en préopératoire et concernait des patients avec fistules recto vaginales complexes, fistule d'anastomose colorectale, fistule d'anastomose colo sus-anale ou problèmes vasculaires. Dans les suites opératoires, 14% des patients ont présenté une fistule anastomotique et 21% ont été réopérés. Le taux de patients stomie-free (absence d'iléostomie) à un an était de 93%. La qualité de vie et les résultats fonctionnels étaient satisfaisants chez 61% de nos patients.

Conclusion : L'intervention de Soave Baulieux permet de réaliser une anastomose coloanale dans des situations complexes avec d'excellents résultats, 93% des patients ne sont plus porteurs de stomie à un an. Les résultats fonctionnels et la qualité de vie dans cette procédure chirurgicale sont bons. Cette intervention est à réaliser dans des centres experts, chez des patients sélectionnés avec des chirurgiens colorectaux expérimentés.

Mots clés: Soave Baulieux, anastomose coloanale, cancer colorectal , qualité de vie.

ABSTRACT

Introduction: The intervention of Soave Baulieux is a surgical procedure for performing a colo-anal anastomosis in case of pathological colorectal conditions. It performs a coloanal anastomosis through a rectal muscular sleeve after mucosectomy in two stages. The first step allows externalization of the colonic tube through the anal canal and the second time is carried out a few days after a direct coloanal anastomosis. It is a rescue intervention and its results are not found in the literature.

Materials and methods: All patients undergoing surgery of Soave Baulieux in Amiens university hospital between 2012 and 2018 were included in this retrospective study. The objectives of this work were to evaluate the indications, the operating results, the postoperative morbidity and mortality as well as the functional results in the long term.

Results: Fourteen patients were included in this study. Colorectal cancer was the most common pathology with 64% of patients. In 57% of cases the decision to perform the Soave Baulieux procedure was taken intraoperatively either for rectal wound, hemorrhage of the rectal stump, difficult pelvic dissection or even loco-regional tumoral extension. In other cases, the decision was made preoperatively and involved patients with complex recto-vaginal leaks, colorectal anastomosis leaks or vascular problems. In the postoperative period, 14% of patients presented with anastomotic leaks and 21% were reoperated. The rate of stoma-free patients (absence of ileostomy) at one year was 93%. Quality of life and functional outcomes were satisfactory in 61% of our patients.

Conclusion: The Soave Baulieux procedure makes it possible to perform a coloanal anastomosis in complex situations with excellent results, 93% of patients are no longer carriers of stoma at one year. The functional results and quality of life in this surgical procedure are good. This intervention is to be performed in expert centers, in selected patients with experienced colorectal surgeons.

Key words: Soave Baulieux, coloanal anastomosis, colorectal cancer, quality of life.

TABLE DES MATIERES

I INTRODUCTION

| | |
|-------------------------|----|
| a) Définition | 18 |
| b) Indications | 18 |
| c) But de l'étude | 19 |

II MATERIELS ET METHODES

| | |
|--------------------------------|----|
| a) Population..... | 20 |
| b) Recueil de données..... | 20 |
| c) Critères de jugement..... | 20 |
| d) Technique chirurgicale..... | 20 |
| e) Lars Score..... | 21 |

III RESULTATS

| | |
|--------------------------------------------------|----|
| a) Population..... | 23 |
| b) Traitements antérieurs..... | 24 |
| c) Indication chirurgicale..... | 24 |
| d) Données per-opératoire..... | 25 |
| e) Résultats post opératoire précoce..... | 26 |
| f) Qualité de vie et résultats fonctionnels..... | 27 |
| g) Stomie..... | 28 |

| | |
|---------------------------|-----------|
| IV DISCUSSION..... | 29 |
|---------------------------|-----------|

| | |
|--------------------------|-----------|
| V CONCLUSION..... | 31 |
|--------------------------|-----------|

| | |
|---------------------------|-----------|
| VI REFERENCES..... | 32 |
|---------------------------|-----------|

I INTRODUCTION

a) Définition

L'intervention de Soave est une technique chirurgicale consistant à abaisser le colon par l'anus à travers le rectum laissé en place après avoir préalablement disséqué et réséqué sa muqueuse. Cette intervention a été décrite la première fois en 1964 dans le cadre de la maladie de Hirschsprung (1). Elle est également décrite dans le cadre de la chirurgie colorectale pour pelvis difficilement dissécable ou à risque de complications post opératoires (2).

L'intervention de Baulieux est une anastomose colo anale différée. La trompe colique est extériorisée par l'anus de manière temporaire et dans un second temps opératoire entre 5 à 10 jours après cette première intervention on réalise l'anastomose colo anale directe en sectionnant la partie colique qui dépasse. Cela permet de pouvoir délimiter la zone dévascularisée et réaliser une anastomose dans de bonnes conditions vasculaires. Cette technique permet également de favoriser les adhérences entre le colon abaissé et l'anus, permettant alors de réduire de manière considérable le nombre de fistules anastomotiques (3). L'intervention de Soave Baulieux consiste donc à la réalisation d'une anastomose colo-anale différée. Dans un premier temps on abaisse le colon à travers un mancheron rectal et dans un deuxième temps, quelques jours plus tard on réalise une anastomose colo anale directe.

b) Indications

Les indications de cette intervention chirurgicale sont les suivantes :

- La maladie de Hirschsprung pour laquelle cette technique a été décrite pour la première fois.
- Les pathologies colorectales congénitales nécessitant une anastomose colo-anale.
- Réfection d'anastomose colorectale ou colo-anale pour complication post opératoire après anastomose de type sténose anastomotique, fistule, sepsis pelvien ou encore résultat fonctionnel non satisfaisant (4-6).
- Traitement de sténose ou de fistule complexe : Sténose post radique, fistule colo ou rectovaginale, fistule uréthrorectale (2,7,8).

- Rétablissement de la continuité digestive après Hartmann dans le cadre d'un pelvis disséqué (9)

c) But de l'étude

Le but de cette étude était d'évaluer les indications, les résultats opératoires, la morbi-mortalité post-opératoire ainsi que les résultats fonctionnels à long terme de l'intervention de Soave-Baulieux.

II -MATERIELS ET METHODES

a) Population

De novembre 2012 à avril 2018, les patients opérés d'un Soave Baulieux en chirurgie programmée ou en urgence ont été inclus dans cette étude rétrospective, monocentrique au CHU Amiens-Picardie.

b) Recueil de données

Les données ont été récupérées grâce au logiciel DxCare et à partir des consultations pré opératoires, des comptes rendus opératoires, des comptes rendus d'anatomopathologie des pièces opératoires, des courriers d'hospitalisation en réanimation, des courriers d'hospitalisation dans le service de chirurgie digestive, des courriers de consultation de suivi post opératoires, et des lettres de décès. Ces données ont été reportées dans une base de données Excel ®.

c) Critères de jugement

Les critères d'évaluation étaient la morbi-mortalité post opératoire selon Clavien-Dindo (10), le délai entre le premier temps chirurgical et le second temps opératoire, les facteurs de risque d'échec d'anastomose coloanale ou colorectale classique, les résultats fonctionnels, le taux de stomies définitives et les résultats fonctionnels définis par le Lars score (11).

d) Technique chirurgicale

Tous les patients ont bénéficié d'une préparation colique préopératoire, installation du patient en double équipe. Il était réalisé une check-list systématiquement avant l'intervention comme nous faisons au CHU d'Amiens avant toute intervention de chirurgie digestive. Le premier temps était un temps abdominal par laparotomie ou cœlioscopie en fonction de la pathologie du patient. On réalisait une exploration systématique avec recherche de métastase et carcinose péritonéale s'il s'agissait d'une pathologie cancéreuse.

La technique en cœlioscopie lorsqu'elle était réalisée était celle de dedans en dehors.

En laparotomie à l'inverse de dehors en dedans. Dans les deux cas on effectuait systématiquement un décrochement de l'angle colique gauche, un décollement colo-épiploïque et un décollement colo pariétal gauche.

Lorsque celui-ci était clairement identifié, on disséquait le rectum, on l'agrafait et on sectionnait celui-ci au-dessus du plan des releveurs. Cependant il n'était pas évident surtout dans les pelvis étroits avec des remaniements inflammatoires importants de pouvoir différencier toutes les structures anatomiques.

Après mobilisation du colon, une longueur d'au moins deux centimètres en dessous de la symphyse pubienne était nécessaire pour être sûr que le colon pourrait s'extérioriser par l'anus sans difficulté (Figure A).

Une dilatation du rectum progressive à la bougie était réalisée puis on passait au temps périnéal après installation du Lone-star® pour exposition du canal anal. Une infiltration sous muqueuse par du sérum adrénaliné était réalisée pour un soulèvement du plan sous muqueux et une dissection plus facile. Ensuite on réalisait une mucosectomie (Figure B) qui permettait un abaissement du colon que l'on extériorisait par l'anus (Figure C).

Dans un second temps opératoire, entre 5 et 10 jours après la première intervention chirurgicale on réalisait une anastomose colo anale direct termino-terminale par des points séparés de Vicryl 4/0.

e) Lars Score

Le Lars Score (11) ou Low anterior resection syndrome score permet d'évaluer à travers un questionnaire le retentissement fonctionnel et la qualité de vie après chirurgie rectale.

Il prend en compte l'incontinence, la fréquence, le caractère urgent de la selle et le regroupement de selles.

Il s'agit d'un score sur 42 points et permet de différencier trois groupes : l'absence de Lars score entre 0 et 20, le Lars score mineur entre 21 et 29 et le Lars score majeur entre 30 et 42.

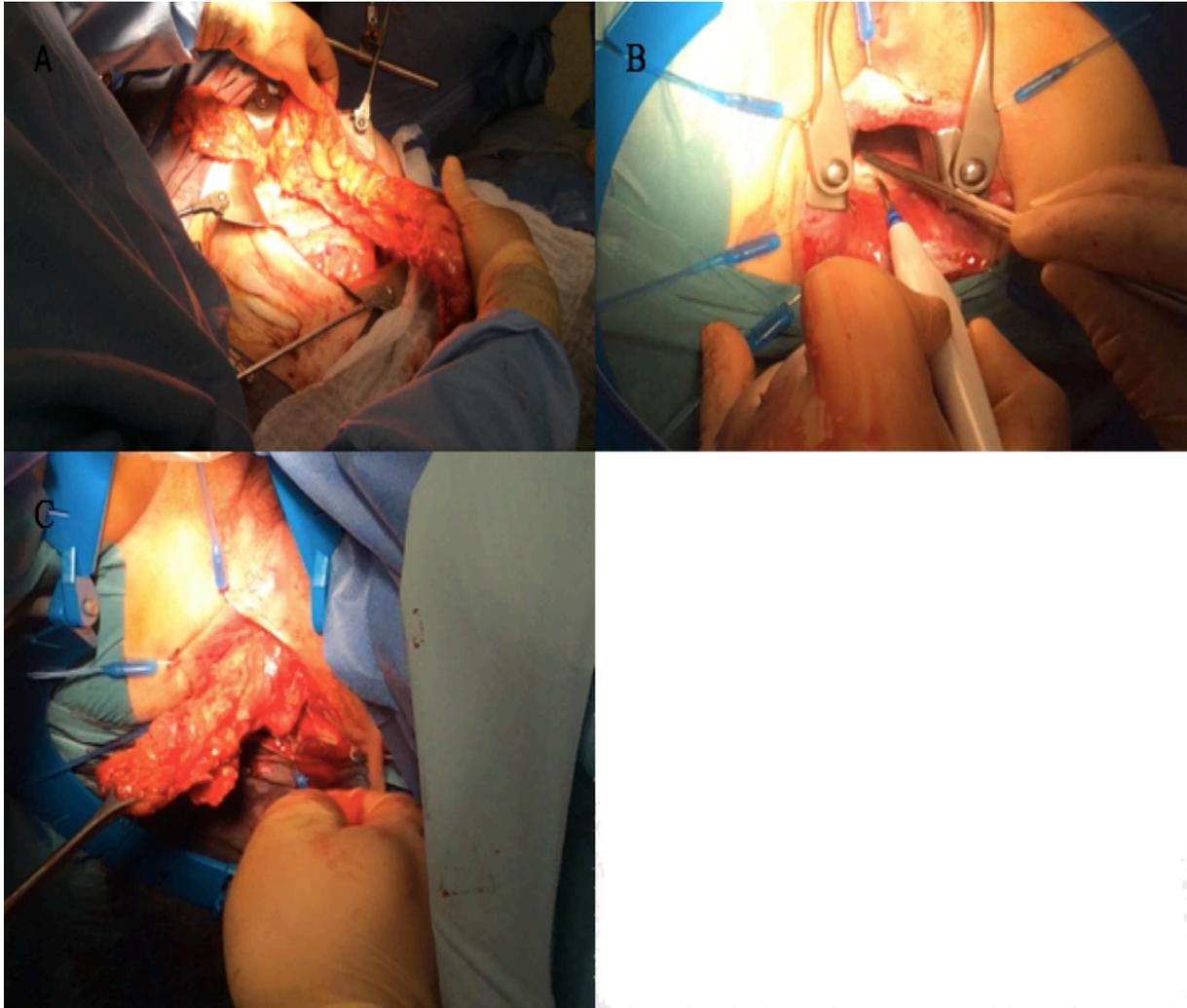


Figure A : Section colique et vérification du débord au de la symphyse pubienne

Figure B : Mucosectomie rectale après installation du Lone-star®

Figure C : Abaissement du colon à travers le canal anal

III RESULTATS

a) Population

14 patients ont été inclus entre Novembre 2012 et Avril 2018. Sur ces 14 patients il y avait 6 hommes (43%) et 8 femmes (57%). L'âge moyen du patient était de 61,4 ans (34-80). Le BMI (Body mass index) moyen était de 26,27 Kg/m²(ext : 19,33-38,1). Il y avait 3 patients obèses avec un BMI supérieur à 30 et 4 patients en surpoids avec un BMI supérieur à 25. Neuf patients étaient des patients avec un cancer colorectal (64%). Les principales caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau 1.

| Caractéristiques | n(%) |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Homme (nombre de patients) | 6 (43%) |
| Femme (nombre de patients) | 8 (57%) |
| Age moyen (Moyenne d'âge) | 61,4 |
| Bmi moyen (kg/m²) | 26,27 |
| Score ASA : American society of anesthesiology (nombre de patients): | |
| 2 | 10 (71%) |
| 3 | 1 (7%) |
| Antécédents principaux (nombre de patients) : | |
| HTA | 5 (36%) |
| Asthme | 2 (14%) |
| Appendicectomie | 2 (14%) |
| Syndrome d'apnée du sommeil | 1 (7%) |
| Hypothyroïdie | 1 (7%) |
| Sleeve gastrectomie | 1 (7%) |
| Pathologie initiale (nombre de patients) : | |
| Cancer colorectal | 9 (64%) |
| Diverticulite sigmoïdienne | 2 (14%) |
| Colite ischémique | 1 (7%) |
| Endométriose | 2 (14%) |

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

b) Traitement chirurgical et médical antérieur

Neuf patients (64%) avaient bénéficié au préalable de radio chimiothérapie pour cancer du rectum, huit patients (57%) avaient eu une anastomose coloanale ou colorectale, six patients (43%) étaient en colostomie terminale (intervention de Hartmann) soit d'emblée soit après anastomose colo anale ou colo rectale défectueuse. Le tableau 2 résume les différents traitements antérieurs.

| Caractéristiques | n (%) |
|---------------------------------|--------------|
| Radio-chimiothérapie | 9 (64%) |
| Anastomose colorectale | 7 (50%) |
| Anastomose colo susanale | 1 (7%) |
| Hartmann | 6 (43%) |

Tableau 2 : Traitements chirurgicaux et médicaux antérieurs

c) Indication chirurgicale du Soave Baulieux

Deux groupes distincts ont pu alors être définis. Le premier groupe était les patients pour lesquels l'indication du Soave Baulieux étaient pris en peropératoire dû à une difficulté chirurgicale empêchant la réalisation d'une anastomose dans des conditions satisfaisantes, cela a concerné 8 patients (57%). Cette décision était prise au bloc opératoire par un chirurgien expert en chirurgie colorectale. Dans deux cas (14%) il s'agissait d'une plaie rectale en peropératoire, dans quatre cas (29%) d'un saignement important au niveau du moignon rectal après agrafage de celui-ci, dans un cas (7%) une dissection pelvienne difficile et dans un cas (7%) une extension tumorale loco régionale. Le deuxième groupe était celui des patients pour lesquels l'indication chirurgicale était déjà prise en préopératoire et qui était en Hartmann suite à une fistule anastomotique. Sur les quatorze patients, six (43%) ont bénéficiés de l'intervention de Soave Baulieux après rétablissement de Hartmann. Parmi ces patients quatre (29%) avaient initialement une pathologie bénigne (deux sigmoidites (14%), une fistule recto vaginale complexe (7%) et une colite ischémique (7%)), deux avaient un cancer rectal (14%). Le tableau 3 résume les différentes indications chirurgicales.

| Indication chirurgicale | n (%) |
|---------------------------------------|--------------|
| Complications peropératoires : | 8 (57%) |
| Plaie rectale en peropératoire | 2 (14%) |
| Hémorragie du moignon rectal | 3 (21%) |
| Dissection pelvienne difficile | 2 (14%) |
| Extension tumorale loco-régionale | 1 (7%) |
| Fermeture de Hartmann après : | 6 (43%) |
| Fistules recto vaginales complexes | 3 (21%) |
| Fistule anastomose colo rectale | 1 (7%) |
| Fistule anastomose colo sus anale | 1 (7%) |
| Problèmes vasculaire moignon colique | 1 (7%) |

Tableau 3 : Indication chirurgicale

d) Données opératoires

1) Délai de réalisation chirurgicale

Lorsque l'indication était posée en préopératoire, le délai moyen entre le diagnostic de condition colorectale pathologique et la réalisation du Soave Baulieux était de 25,8 mois.

2) Caractéristiques peropératoire

Premier temps opératoire : Soave Baulieux

Concernant le premier temps opératoire, dix patients (71%) ont bénéficié d'une laparotomie médiane d'emblée et quatre patients (29%) de cœlioscopie initialement convertis en laparotomie en peropératoire pour conditions chirurgicales difficiles. La durée opératoire moyenne était de 308 minutes (120-660). Il a été réalisé chez trois patients (21%) de plaies de grêle et chez un patient (7%) une plaie de vessie qui a été suturée en peropératoire. Chez trois patients (21%), il a été réalisé une manœuvre de Deloyers, consistant à abaisser le colon droit au niveau du pelvis. Il a été réalisé une iléostomie chez trois patients (21%) en peropératoire.

Deuxième temps opératoire : Anastomose colo-anale directe

Le deuxième temps opératoire consistant à l'anastomose colo anale directe était réalisé dans un délai moyen de 6,99jours (3-13). Toutes les anastomoses étaient des anastomoses colo

anale termino-terminale, aucun réservoir n'a été effectué. Tous les patients ont bénéficié d'un drainage post opératoire au niveau abdominal.

e) Résultats post opératoire précoce

Quatre patients (29%) ont eu des complications médicales (une hypokaliémie (7%), une insuffisance rénale aigüe avec hématurie (7%), une infection urinaire traitée par antibiotiques (7%) et une toxidermie médicamenteuse (7%).

Parmi les quatorze patients, deux patients (14%) ont présenté une fistule anastomotique.

Pour le premier patient, il s'agit d'une nécrose du colon abaissé avec fistule anastomotique ayant nécessité la mise en place d'un drainage trans-anastomotique sans réalisation d'iléostomie avec des suites simples. Pour le deuxième patient il a également été mis en évidence une fistule anastomotique traitée par iléostomie et drainage trans-anastomotique avec des suites simples.

| | n (%) |
|-----------------------------------------------------------|---------|
| Classification de Dindo-Clavien | |
| 0 | 3 (21%) |
| I | 4 (29%) |
| II | 3 (21%) |
| IIIA | 0 |
| IIIB | 4 (29%) |
| IV | 0 |
| V | 0 |
| Complications chirurgicales (nombre de patients) : | |
| Fistule anastomotique | 2 (14%) |
| Perforation du grêle en post opératoire | 1 (7%) |
| Reprise chirurgicale | 3 (21%) |
| Complications médicales (nombre de patients) : | |
| Hypokaliémie | 1 (7%) |
| Infection urinaire | 1 (7%) |
| Insuffisance rénale | 1 (7%) |
| Toxidermie médicamenteuse | 1 (7%) |
| Durée moyenne d'hospitalisation (jours) : | 18,1j |

Tableau 4 : Morbi–Mortalité précoce

f) Stomie

Sur les 6 patients (43%) avec iléostomie, deux (14%) étaient déjà porteur d'une stomie en préopératoire, deux (14%) ont été réalisés en même temps que l'intervention de Baulieux et deux (14%) réalisés en post opératoire suite à une fistule anastomotique pour un patient et une perforation de grêle pour un autre patient.

Sur les 14 patients de notre série, uniquement 4 patients ont eu une iléostomie lors de l'intervention chirurgicale.

A noter que deux patients étaient déjà porteur d'une iléostomie en préopératoire.

66% des patients sont donc stomie-free après le deuxième temps opératoire du Soave Baulieux soit 2 patients sur 3.

4 patients sur 6 ont bénéficié de la fermeture de cette iléostomie, le délai moyen était de 8,2 mois.

Un patient n'a pas encore été rétabli car son opération date de moins de 3 mois.

Un patient qui avait été rétabli initialement a bénéficié d'une nouvelle iléostomie suite à la fermeture de celle-ci pour perforation du grêle post opératoire, il n'a jamais été rétabli.

Sur l'ensemble des patients, 93% des patients n'ont plus de stomie à un an post-opératoire.

g) Qualité de vie et résultats fonctionnels

Parmi les patients n'ayant plus de stomie (n=13), le score de LARS médian était de 14. 8 patients (61%) avaient un LARS score mineur et 5 patients (39%) un LARS score majeur.

IV DISCUSSION

Nous avons inclu dans cette étude quatorze patients de manière rétrospective. Le but de cette étude était d'évaluer les indications, les résultats opératoires, la morbi-mortalité post-opératoires ainsi que les résultats fonctionnels à long terme en se basant sur le Lars SCORE

Dans notre étude la plupart des patients étaient des patients avec un antécédent de cancer colorectal (9 patients sur 11).

Dans le cadre des fistules complexes de type rectovaginale, uréthrorectale ou rectovésicale l'intervention de Soave Baulieux peut être une alternative. Nous avons dans notre série trois patientes traitées avec cette technique chirurgicale, le taux de guérison était de 100 %

En effet cela permet d'être en tissu sain, résultats qui sont en accord avec la littérature concernant cette indication (3).

Concernant la chirurgie de rattrapage, ou dite « de redux » pour les anastomoses colorectales ou coloanales se compliquant, la technique de Soave Baulieux peut être intéressante.

Nous avons deux patients dans cette indication avec des résultats excellents.

Dans la littérature, il est mis en avant l'intérêt de cette technique pour la prise en charge de péritonite après Hartmann.

Concernant le deuxième temps opératoire, le type d'anastomose au CHU d'Amiens était uniquement des anastomoses coloanales terminales. Dans la littérature, celles-ci ont de moins bons résultats que les anastomoses avec réservoir en J ou latéraux terminale (17).

Dans notre série, il y a eu deux échecs avec deux fistules anastomotiques post opératoires et un patient avec une perforation du grêle.

Sur les six patients porteurs de stomie 66% ont été fermés avec un délai moyen de 8,2 mois.

Un patient a présenté une fistule anastomotique après fermeture de stomie et a été remis en double iléostomie et le deuxième devrait bénéficier prochainement d'une fermeture de celle-ci mais du fait de chirurgie récente il y a moins de trois mois, il n'a pas encore été rétabli.

Parmi les patients n'ayant plus de stomie (n=13), le score de LARS médian était de 14. Huit patients (61%) avaient un LARS score mineur et cinq patients (39%) un LARS score majeur.

Dans la littérature, très nombreuses sont les études concernant cette intervention chez l'enfant et notamment dans la maladie de Hirschsprung mais les études chez l'adulte sont moins fréquentes et il s'agit souvent de cohortes de taille réduite.

Les résultats chez l'enfant sont excellents avec un taux de succès supérieur à 90% (12). En effet chez l'enfant l'opération chirurgicale est moins risquée car ventre vierge, meilleure cicatrisation que chez l'adulte, cependant l'intervention de choix reste le Duhamel.

Dans notre étude nous n'avons pas de cas de maladie de Hirschprung ou de malformation congénitale, la technique de Soave Baulieux a été réalisée uniquement chez une population adulte pour pathologie colo rectale de type cancer ou fistule complexe. Son extrapolation chez l'enfant en terme de qualité de vie ne peut être faite.

Plusieurs études préalables ont déjà démontré l'efficacité de cette intervention chez l'adulte (12-15). A noter que ce sont toutes des études rétrospectives et de faible taille. Les résultats fonctionnels après cette intervention sont relativement bons. La littérature suggère l'importance de sélectionner les patients pour cette intervention et de ne les réaliser uniquement dans les centres experts. En effet on retrouve dans la littérature jusqu'à 50% de morbidité post -opératoire dans le cadre de cette intervention pour réfection anastomotique.

Chez des patients ayant bénéficié de radiothérapie préopératoire, plus de la moitié des patients ont une qualité de vie altérée (16).

A noter qu'il s'agissait d'une étude rétrospective.

V CONCLUSION

La technique dite de Soave Baulieux permet une guérison de conditions colorectales pathologiques dans la majorité des cas.

Les résultats fonctionnels de cette étude ont montré l'absence d'incontinence dans 61% des cas avec une qualité de vie préservée pour la majorité des malades.

Il est indispensable de communiquer avec la patient en préopératoire sur la technique du Soave Baulieux et ce que cela implique.

Nous recommandons sa réalisation dans les centres experts et chez des patients sélectionnés.

VI REFERENCES

- 1 Soave F. A new surgical technique for treatment of Hirschsprung's disease surgery 1964; 56 :1007-14
- 2 Parks AG, Allen CL, Frank JD, McPartlin JF. A method of treating post irradiation rectovaginal fistulas Br J Surg 1978; 65: 417-421
- 3 Faucheron JI, Rosso R, Turet E et al. Soave's procedure: the final sphincter vagin solution for iatrogenic rectal lesions. Br J Surg 1998; 85:962
- 4 Alves A, Panis Y, Mathieu P, Manton G, Kwiatkowski F, Slim K. Postoperative mortality and morbidity in French patients undergoing colorectal surgery: results of a prospective multicenter study. Arch Surg 2005; 140:278-284
- 5 Mathiessen P, Hallbook O, Rutegard J, Simert G, Sjodahl R, Defunctioning stoma reduces symptomatic anastomotic leakage after low anterior resection of the rectum for cancer: a randomized multicenter trial. Ann Surg 2007; 246: 207-214
- 6 Tekkis PP, Heriot AG, Smith JJ, Das P, Canero A, Nicholls RJ. Long term results of abdominal salvage surgery following restorative proctocolectomy. Br J Surg 2006; 93:231-7
- 7 Nowacki MP. Ten years of experience with Park's coloanal sleeve anastomosis for the treatment of post-irradiation rectovaginal fistula. Eur J Surg Oncol 1991; 17:563-6
- 8 Browning GGP, Varma JS, Smith AN, Small WP, Duncan W. Late results of mucosal proctectomy and coloanal sleeve anastomosis for chronic irradiation rectal injury. Br J Surg 1987; 74:31-4

- 9 Bernard D, Morgan S, Tasse D, Wassef R. Preliminary results of coloanal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 580-4
- 10 Dindo D, Demartines N, Clavien PA Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004, Aug;240(2): 205-13
- 11 Emmertsen KJ, Kaurberg S Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg*, 2012 May;255(5): 92-!
- 12 Langer JC, Durrant AC, De La Torre L, Teitelbaum DH, Minkes RK, Caty MG, Wildhaber BE, Ortega SJ, Hirose S, Albanese CT. One stage transanal Soave pullthrough for Hirschprung disease: a multicenter experience with 141 children. *An Surg*. 2003 Oct;238(4): 569-83
- 13 Schlegel RD, Dehni N, Parc R, Caplin S, Tiret E. Results of reoperation in colorectal anastomotic stricture. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:1464-8
- 14 Chirica M, Parc Y, Tiret E, Dehni N, McNamara D, Parc R. Coloanal sleeve anastomosis (Soave procedure): The ultimate treatment option for complex rectourinary fistulas. *Dis Colon Rectum* 2006; 40: 1379-1383
- 15 Matin LW, Fischer JE, Sayers HJ, Alexander F, Torres MA. Anal continence following Soave procedure. Analysis of results in 100 patients. *Ann Surg* 1986 May;203(5): 525-530
- 16 Parc Y, Zutshi m, Zalinski S, Ruppert R, Fürst A, Fazio VW. Preoperative radiotherapy is associated with worse functional results after coloanal anastomosis for rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2009 Dec;52(12):2004-14

17 Brown CJ, Fenech DS, Mcleod RS, Reconstructive techniques after rectal resection for rectal cancer. Cochrane Database SystRev. 2008 Apr 16;(2): CD006040

INTERVENTION DE SOAVE BAULIEUX POUR ANASTOMOSE COLOANALE : ETUDE RETROSPECIVE AMIENOISE DE 14 PATIENTS

RESUME

Introduction : L'intervention de Soave Baulieux est une technique chirurgicale permettant de réaliser une anastomose colo-anale en cas de conditions colorectales pathologiques. Elle réalise une anastomose coloanale à travers un manchon de musculature rectale après mucoséctomie en deux temps. Le premier temps permet d'extérioriser la trompe colique à travers le canal anal et le deuxième temps réalise quelques jours après une anastomose coloanale directe. Il s'agit d'une intervention de sauvetage et ses résultats sont peu retrouvés dans la littérature.

Matériels et méthodes : Tous les patients opérés d'une intervention de Soave Baulieux au Chu d'Amiens entre 2012 et 2018 ont été inclus dans cette étude rétrospective. Les objectifs de ce travail étaient d'évaluer les indications, les résultats opératoires, la morbi-mortalité post-opératoire ainsi que les résultats fonctionnels à long terme.

Résultats : Quatorze patients ont été inclus dans cette étude. Le cancer colorectal était la pathologie la plus rencontrée avec 64% des patients. Dans 57% des cas la décision de réalisation de la technique du Soave Baulieux était prise en peropératoire soit pour plaie rectale, hémorragie du moignon rectal, dissection pelvienne difficile ou encore extension tumorale loco-régionale. Dans les autres cas, la décision était prise en préopératoire et concernait des patients avec fistules recto vaginales complexes, fistule d'anastomose colorectale, fistule d'anastomose colo sus-anale ou problèmes vasculaires. Dans les suites opératoires, 14% des patients ont présenté une fistule anastomotique et 21% ont été réopérés. Le taux de patients stomie-free (absence d'iléostomie) à un an était de 93%. La qualité de vie et les résultats fonctionnels étaient satisfaisants chez 61% de nos patients.

Conclusion : L'intervention de Soave Baulieux permet de réaliser une anastomose coloanale dans des situations complexes avec d'excellents résultats, 93% des patients ne sont plus porteurs de stomie à un an. Les résultats fonctionnels et la qualité de vie dans cette procédure chirurgicale sont bons. Cette intervention est à réaliser dans des centres experts, chez des patients sélectionnés avec des chirurgiens colorectaux expérimentés.

Mots clés: Soave Baulieux, anastomose coloanale, cancer colorectal , qualité de vie.