

Le bouton de caecostomie

Gestion colique par lavement antérograde : Intérêt du bouton de caecostomie placé par laparoscopie.

Dr Martine Demarche et Dr Patrice Epicum

« Un programme de gestion colique par lavement antérograde peut transformer la qualité de vie des enfants souffrant d'incontinence fécale organique ou de constipation réfractaire. L'appendicocaecostomie selon Malone est une intervention majeure, dont les complications nécessitent de fréquentes révisions chirurgicales. Nous proposons le placement percutané d'un bouton de caecostomie (Trapdoor Cecostomy Tube, Cookâ) sous contrôle laparoscopique en adaptant la technique radiologique décrite par Chait dès 1996.

Les indications opératoires sont dominées par la myéloméningocèle (spina bifida) et la malformation anorectale avec résultat fonctionnel médiocre.

Les enfants bénéficient en préopératoire d'une préparation colique et le séjour hospitalier est de 2 à 3 jours. Les lavements antérogrades sont débutés dès le dixième jour. L'enfant est installé sur le petit pot ou la toilette. Si l'instillation du lavement ne

prend que quelques minutes il faut cependant admettre que la procédure complète dure une petite demi-heure. La quantité d'eau utilisée et le rythme des lavements sont adaptés à chaque enfant. Le but est d'obtenir une propreté fécale entre 2 lavements et d'obtenir ainsi une pseudo-contenance. Un des gros avantages de ce geste est l'utilisation très simple du bouton par le patient lui-même dès que son âge le permet. Il acquiert donc une autonomie bien appréciable dans la gestion de son handicap.

A l'heure actuelle, 10 patients ont bénéficié de la méthode avec un résultat entièrement satisfaisant pour 9 d'entre eux. Chez le dixième, malgré l'absence de complication, la maman ne semble pas prête à utiliser le dispositif.

Localement, un peu de tissu de granulation est fréquent, géré par application de nitrate d'argent. Le matériel peut être changé très aisément en consultation en cas d'usure du dispositif avec l'aide éventuel de Meopa® (mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène).

Si le bouton n'est plus utile, il est simplement retiré avec fermeture spontanée de l'orifice. »

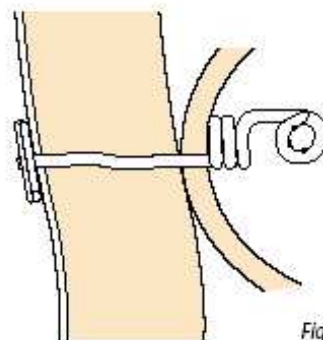
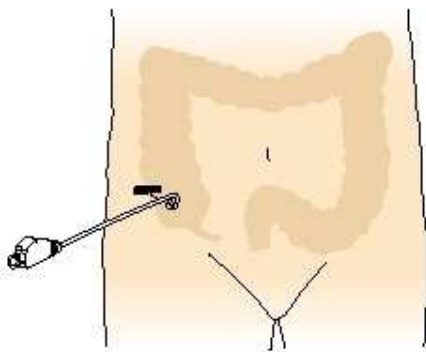
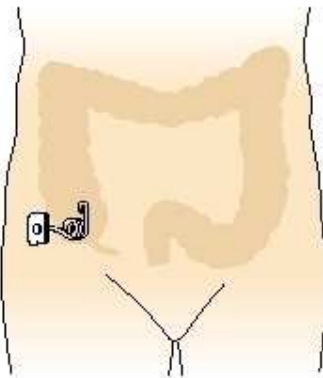


Figure 16



Quelques réflexions et commentaires

Pour nous aider à y voir plus clair, nous avons interrogé plusieurs chirurgiens afin de savoir en fonction de quels critères ils optent pour le bouton de caecostomie plutôt que le Malone "classique", et inversement, et quels sont les avantages / inconvénients de chacun de ces gestes (nos demandes ont été adressées à des spécialistes à Liège, Bruxelles, Leuven, Nancy et Lyon)..

Deux d'entre eux se sont excusés de ne pas pouvoir nous répondre par manque de temps.

Voici les réponses que nous avons reçues.

Dr Martine Demarche *Chirurgie digestive* **CHR La Citadelle, Liège**

« Au préalable, il faut préciser qu'il n'existe pas de solution idéale et applicable à tout le monde, cela se saurait...

La première chose concerne probablement la motivation du patient et /ou de son entourage.

En effet, la présence d'un souci anatomique et/ou fonctionnel chez l'enfant a des répercussions pour l'enfant lui-même certes, mais également pour ses parents et toute sa famille ; les solutions proposées doivent donc tenir compte de toutes ces contraintes pour s'intégrer au mieux dans la gestion de l'enfant dans son milieu de vie.

Si le but final est d'assurer à l'enfant une autonomie de gestion la plus grande possible, il est pleinement justifié de se préoccuper très tôt du problème de la continence fécale (avant une demande explicite du patient lui-même, en réponse aux demandes parentales, notamment).

L'acquisition d'une pseudo-continence sera rapidement intégrée par l'enfant qui développera un apprentissage différent tenant compte de ces nouveaux paramètres ; d'une certaine façon, l'acceptation est parfois plus aisée. Le "handicap" n'est pas consacré...

A partir de ce raisonnement, la pose du bouton de caecostomie de Chait, techniquement très simple, réalisée par laparoscopie en toute sécurité nous est donc apparue comme une technique élégante, peu traumatique (« mini-invasive »), RÉVERSIBLE, pouvant être proposée tôt dans la vie, en fonction de la demande, dans diverses indications dont les plus fréquentes concernent les myéloméningocèles avec incontinence et les constipations opiniâtres parfois présentes dans les suites de malformations ano-rectales congénitales.

Cette intervention n'empêche en rien la réalisation d'un "Malone" classique si la demande s'en fait ressentir. Cette dernière intervention reste "plus lourde" et grevée d'une morbidité non-nulle, même dans les mains les plus expertes.

Pour une population pédiatrique, ma première proposition est donc le bouton qui selon les cas sera positionné soit dans le caecum, soit dans le sigmoïde.



L'appendicostomie (le « Malone ») ne sera réalisée qu'ultérieurement. Par ailleurs, l'appendice reste également très utile pour satisfaire au principe de "Mitrofanoff" sur vessie agrandie ou non, lorsque le cathétérisme urétral est difficile voire impossible.

Enfin, en l'absence d'appendice, nous ne manquons pas d'artifice technique, tel le tube de Monti par exemple qui crée un "néo-appendice" aux dépens de l'intestin grêle...etc. »

-
- : - Morbidité : état de maladie
-
- : - Opération de Mitrofanoff : intervention qui consiste
- : à créer un nouvel accès (stomie) à la vessie pour
- : permettre les vidanges vésicales par sondage. On
- : passe une sonde par un petit conduit qui va de la
- : peau de l'abdomen à la vessie. Ce conduit peut être
- : l'appendice ou un « néo-appendice » construit au
- : départ d'un segment d'intestin.
-

Dr Jean-Louis Lemelle *Service de Chirurgie Infantile Viscérale* **CHU Hôpital d'enfants** **Vandoeuvre les Nancy (France)**

« La sténose est effectivement un problème fréquent dans la technique de Malone classique. C'est une des raisons pour avoir imaginé d'autres méthodes pour pratiquer le lavement colique antégrade dont vous connaissez bien les avantages. Le bouton de caecostomie est plus simple techniquement, tandis que l'intervention de Malone est plus exigeante. Un Malone qui ne sténose pas et qui est facilement sondable sans fuite, c'est très bien. Ce n'est pas toujours le cas. Un bouton de caecostomie, c'est toujours idéal dans l'absolu. Il faut reconnaître qu'il y a moins de complications et qu'elles sont moins graves.

Dans le doute de l'indication des lavements coliques antégrades, le bouton est moins lourd à mettre en place et sera préféré. Si la personne n'est pas satisfaite de la méthode, il sera plus facilement abandonné par le patient et par l'équipe chirurgicale sans trop de regret sur l'intervention.

Voilà quelques réflexions. Le débat n'est pas clos. »

Lavements antérogrades : quel accès colique ?

F. Hameury, P-Y. Mure, Th. Basset et P. Mouriquand - Service de Chirurgie Pédiatrique , Hôpital Debrousse, Hospices civils de Lyon.

« Nous avons comparé les différentes techniques d'accès coliques pour lavements antérogrades utilisées dans le service de 1994 à 2007. Trente-trois accès coliques ont été mis en place chez 31 patients âgés en moyenne de 12,6 ans (3 à 22 ans). Notre recul moyen est de 3,5 ans (6 mois à 11 ans).

L'étiologie du dysfonctionnement sphinctérien était un spina bifida (19), un cloaque ou une malformation ano-rectale (6), une agénésie sacrée (2), une moelle attachée, un tératome, une malformation anorectale dans le cadre d'un syndrome de Little et une constipation idiopathique.

Nous avons réalisé à droite 14 Malones appendiculaires, un Monti Malone droit et deux accès droit à l'aide de boutons. A gauche nous avons réalisé 10 Monti Malones, et 6 accès à l'aide de boutons.

Vingt-trois enfants ont acquis une continence fécale, dont deux qui ont pu se passer des lavements.

Le taux de succès des Malone appendiculaires, Monti Malone gauches et boutons gauches étaient respectivement de 71%, 60%, et 83%.

Il n'y a eu aucune complication majeure après les 14 Malone appendiculaires, mais huit d'entre eux ont présenté à un moment ou un autre des fuites, un abcès de paroi ou une fausse route.

Les 10 Monti Malone gauches se sont compliqués d'une péritonite, une fistule colique et une occlusion. Sept d'entre eux avaient également à un moment ou un autre une sténose ou des fuites par la stomie.

L'accès par des boutons s'est compliqué dans un seul des 6 cas d'une fistule colique. Trois ont présenté des fuites autour du bouton et un seul avait des douleurs abdominales avec un bouton inefficace.

Les volumes d'irrigation étaient en moyenne de 500 ml quelque soit l'accès choisi. La durée du lavement était plus courte en cas d'accès gauche (36 mn vs 50mn en moyenne) et les délais entre deux lavements étaient sensiblement identiques (2,8 jours en moyenne).

Notre conclusion est que le Malone appendiculaire reste la technique la plus sûre en terme de complication et elle est choisie de principe si elle est techniquement faisable.

Dans les autres cas nous utilisons un accès gauche, qui semble améliorer le confort des patients au moment des lavements (moins de douleur). Le bouton pose le problème des fuites et de l'appareillage pas toujours bien accepté par les enfants. »

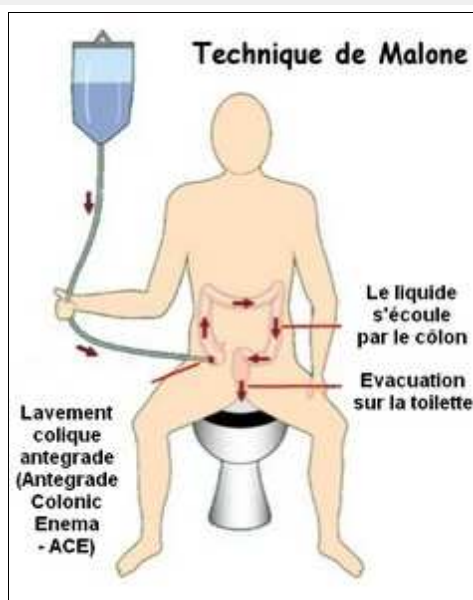
Brigitte Crispin

**Infirmière-stomathérapeute
Cliniques Universitaires St-Luc, Bruxelles**

« Je pense, avec l'expérience et le recul que j'en ai maintenant, que chaque situation a des avantages et des inconvénients. Je pense malheureusement qu'il n'y a pas une bonne solution adaptable à tous les patients spina bifida.

Ce qui me semble primordial est que le patient sache avant de s'engager, ce que cela va modifier dans sa vie. Il faut que les choses aient été réfléchies et ne jamais se lancer avant d'avoir pris plusieurs avis (avis aussi bien auprès de professionnels que de patients). Ce qui peut marcher pour l'un peut malheureusement ne pas marcher pour d'autres.

Néanmoins il y a un espoir d'aider chacun. »



En conclusion....

Voici ce que, personnellement, je retiens de ces réflexions et commentaires.

Chaque cas d'incontinence fécale est différent, et le geste à poser doit toujours être mûrement réfléchi. Le bouton de caecostomie, qui requiert une intervention moins invasive que le Malone « classique », pourrait, par exemple, être vu comme une étape intermédiaire entre le lavement par voie basse et le lavement par le Malone. Étape pendant laquelle pourraient être testées l'efficacité du lavement anté(ro) grade ainsi que la disposition du patient (et de son entourage) à pratiquer ce lavement, qui restera toujours une contrainte.

André Baguette