



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

## Place et mise en œuvre de la laparoscopie en situation d'urgence<sup>☆</sup>

*Emergency laparoscopy: Role and implementation*

R.M. Lupinacci<sup>a</sup>, F. Menegaux<sup>a,b</sup>, C. Trésallet<sup>a,\*,b</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie générale, viscérale et endocrinienne, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, 83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

<sup>b</sup> Université Pierre-et-Marie-Curie, Paris VI, 75013 Paris, France

### MOTS CLÉS

Laparoscopie ;  
Douleur abdominale ;  
Chirurgie ;  
Soins d'urgence

**Résumé** La chirurgie laparoscopique a émergé depuis les deux dernières décennies comme la voie d'abord de choix dans la prise en charge de nombreuses pathologies digestives. La laparoscopie a dans la prise en charge des urgences chirurgicales non traumatiques toute sa place car elle apporte les mêmes bénéfices que pour la chirurgie programmée : moins de douleurs post-opératoires et une durée d'hospitalisation moindre par rapport à la laparotomie. Cependant, sa place dans la prise en charge des urgences abdominales n'a pas encore été complètement précisée. Dans cette mise au point, nous nous concentrerons sur ce qui est validé concernant le rôle de la laparoscopie dans la prise en charge des pathologies abdominales en urgence.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### KEYWORDS

Laparoscopy;  
Abdominal pain;  
Surgery;  
Emergency care

**Summary** Laparoscopic surgery has emerged over the past two decades as the surgical approach of choice in the treatment of many digestive disorders. Accordingly, laparoscopy has its place in the management of abdominal surgical emergencies since it provides the same benefits: less postoperative pain and shorter length of hospital stay when compared to laparotomy. However, its role in the management of abdominal emergencies has not yet been fully clarified. In this review, we will focus on what has been validated on the role of laparoscopy in the management of abdominal diseases in an emergency.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2015.09.018>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [christophe.tresallet@psl.aphp.fr](mailto:christophe.tresallet@psl.aphp.fr) (C. Trésallet).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2015.09.010>

1878-786X/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Introduction

La chirurgie laparoscopique a émergé depuis les deux dernières décennies comme la voie d'abord de choix dans la prise en charge de nombreuses pathologies digestives, notamment coliques et biliaires [1,2]. Cependant, sa place dans la prise en charge des urgences abdominales n'a pas encore été complètement précisée [3].

Une urgence abdominale non traumatique fait référence surtout à une douleur abdominale aiguë, définie comme toute douleur abdominale d'intensité moyenne ou sévère d'une durée de moins de 7 jours [3]. La laparoscopie a dans la prise en charge de ces douleurs aiguës toute sa place car elle apporte les mêmes bénéfices que pour la chirurgie programmée : moins de douleurs postopératoires et une durée d'hospitalisation moindre par rapport à la laparotomie [4–6]. Il ne faut pas cependant oublier qu'il s'agit d'une voie d'abord, avec ses limites, et que dans le cadre de l'urgence, la priorité reste la résolution rapide, efficace et préférentiellement en un seul temps chirurgical de la pathologie causale. Dans cette mise au point, nous nous concentrerons sur ce qui est validé concernant le rôle de la laparoscopie dans la prise en charge des pathologies abdominales en urgence.

## Douleurs abdominales non spécifiques

La douleur abdominale aiguë est définie par son caractère brutal et intense (localisée ou diffuse) avec la nécessité d'une prise en charge médicale ou chirurgicale en urgence en raison d'un potentiel risque vital. Les causes les plus fréquentes de douleurs abdominales aiguës aux urgences sont : les douleurs abdominales non spécifiques (35%), appendicites (17%), occlusions intestinales (15%), les causes urologiques (6%), les pathologies biliaires (5%), diverticuloses/diverticulites coliques (4%) et pancréatites (2%) [7].

La douleur abdominale non spécifique est définie par une douleur abdominale aiguë qui dure depuis moins de 7 jours et dont le diagnostic reste incertain après l'examen clinique initial et des tests diagnostics adaptés [8]. Dans cette situation d'incertitude, la laparoscopie diagnostique peut être appliquée en toute sécurité pour des patients sélectionnés [3].

Le problème est que la définition du « bilan diagnostic optimal » à réaliser avant de décider d'une chirurgie abdominale exploratrice n'est pas résolu car il n'existe pas d'algorithme ou de « guidelines » validés disponibles [9,10].

Généralement, pour tout patient qui se présente aux urgences avec une douleur abdominale, le bilan diagnostic comprend un interrogatoire méticuleux, un examen physique général, un bilan sanguin complet (NFS, ionogramme sanguin, fonction rénale, glycémie) et un bilan bactériologique urinaire (bandelette urinaire ± ECBU). Le test de grossesse est impératif chez toutes les femmes en âge de procréer. Un bilan hépatique complet (incluant lipase) doit être demandé pour tout patient avec douleur abdominale épigastrique ou de l'hypocondre droit.

Le scanner abdomino-pelvien est actuellement proposé comme un outil diagnostique essentiel avant d'étiqueter une douleur abdominale comme non spécifique [11,12].

La laparoscopie diagnostique (LD) a ainsi toute sa place dans le bilan étiologique et thérapeutique d'une douleur abdominale en urgence, à condition d'un bilan préopératoire bien mené et qui mériterait d'être systématisé.

En effet, plusieurs études ont documenté la faisabilité et la sécurité de la LD dans cette situation [6,13–15], avec une précision diagnostique élevée, variant entre 87 et 100% [14,16,17] ce qui permettrait d'éviter une laparotomie non thérapeutique chez 36–95% des patients [3,14]. Le taux de morbidité rapporté varie entre 0–9% [3,6,18], de même pour le taux de conversion (0,15–13%) [3,6,14–18]. Les complications graves sont, pour la plupart, des perforations du grêle passées inaperçues lors de l'intervention [18]. La mortalité liée directement au geste chirurgical est nulle ou très faible [13,16–19].

Les contre-indications à la LD sont les mêmes que pour une laparotomie exploratrice [14].

L'intérêt de la réalisation d'une LD précocement, en substitution à une surveillance hospitalière, a fait l'objet d'études randomisées dans les années 1990 [20,21]. Hélas, les résultats sont hétérogènes et difficilement transposables à la réalité du terrain probablement en raison de la petite taille des populations étudiées ou de l'absence de suivi à long terme.

La littérature disponible sur la LD présente de nombreux biais : le manque d'homogénéité des populations étudiées et l'absence fréquente d'imagerie préopératoire de haute qualité, ce qui aurait pu fournir le diagnostic sans la nécessité d'une procédure invasive [3].

Bien que la LD fasse régulièrement la preuve de sa fiabilité en pratique, des études de meilleures qualités méthodologiques seraient nécessaires pour évaluer précisément son impact dans la prise en charge des patients atteints d'une douleur abdominale non spécifique aiguë.

## Cholécystite aiguë

L'abord laparoscopique est devenu le « *gold-standard* » pour les patients atteints d'une cholécystite aiguë [3,22]. Deux questions demeurent :

- le délai « idéal » de l'opération ;
- la place du drainage vésiculaire par voie percutanée.

Concernant le délai de la chirurgie, les partisans d'une chirurgie en urgence dès le début du syndrome soulignent des difficultés techniques moindres et l'arrêt de l'évolution de la maladie et donc moins de complications [23]. Banz et al. [24] ont montré sur 4113 patients que de retarder le moment de la cholécystectomie a entraîné des taux significativement plus élevés de conversion, des complications postopératoires et un séjour à l'hôpital significativement plus long. Inversement, d'autres auteurs ont démontré des résultats décevants avec une stratégie de chirurgie précoce, avec une plus forte morbidité, en particulier chez les patients dont la durée des symptômes est supérieure à 48–72 heures [24–26]. Au final, une hospitalisation postopératoire plus courte semble être le seul avantage incontestable lié à la stratégie d'une cholécystectomie précoce [25]. Si la voie laparoscopique est recommandée, elle n'est pas pour autant indemne de complications. En effet, le risque de plaie de la voie biliaire principale est plus important en laparoscopie comparé à la laparotomie (0,46–0,47% vs 0,19–0,20%) avec un taux de conversion supérieure à 5% [22].

Le rationnel du drainage par voie percutanée (cholécystostomie) est de permettre l'interruption de l'histoire naturelle de la maladie tout en permettant le traitement de pathologies associées, souvent graves chez des patients âgés ou en unité de réanimation. Ainsi, le nombre

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311796>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311796>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)