



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Faut-il réaliser un scanner quand la protéine C réactive est élevée après chirurgie colorectale ? Résultats de la cohorte IMACORS[☆]

Interest of CRP-guided abdominal CT-scan after elective colorectal surgery: Results from the Inflammatory Markers after Colorectal Surgery Study (IMACORS)

S. Holl^{a,*}, I. Fournel^{b,d}, D. Orry^c, O. Facy^{a,d},
N. Cheynel^a, P. Rat^{a,d}, P. Ortega-Deballon^{a,d}

^a Service de chirurgie générale, digestive, oncologique et d'urgences, CHU de Dijon, 14, rue Paul-Gaffarel, 21079 Dijon, France

^b CIC 1432, centre d'investigation clinique, CHU de Dijon, 21079 Dijon, France

^c Service de chirurgie oncologique, Centre de lutte contre le cancer G.F.-Leclerc, 21000 Dijon, France

^d Centre de recherche Inserm 866, UFR sciences de santé, université de Bourgogne-Franche-Comté, 21079 Dijon, France

MOTS CLÉS

Fistule anastomotique ; Infection intra-abdominale ; Protéine C réactive ; Infection du site opératoire ; Tomodensitométrie abdominale

Résumé

Introduction. — Les concentrations sériques de protéine C réactive (CRP) en deçà d'un seuil prédéfini entre le 3^e et le 5^e jour postopératoire sont un marqueur fiable de l'absence de complication infectieuse après chirurgie colorectale. Cependant, la stratégie à mettre en place en cas de CRP élevée n'est pas codifiée. Le but de ce travail était d'analyser l'utilité du scanner dans cette situation au sein d'une cohorte prospective de chirurgie colorectale réglée.

Méthodes. — Entre novembre 2011 et avril 2015, les patients ayant une CRP > 125 mg/L au 4^e jour postopératoire d'une résection colorectale réglée dans l'un des 2 centres participants ont été inclus prospectivement dans une base. Toutes les complications survenues pendant les 30 j suivant l'intervention, leur mode de diagnostic, prise en charge et évolution ont été recueillies. La réalisation d'un scanner entre le 4^e et le 6^e jour guidé par la seule élévation de la CRP, en l'absence de tout autre signe clinique, a été étudiée pour évaluer ainsi sa rentabilité diagnostique. Des analyses uni- et multivariées ont été réalisées pour identifier les facteurs de risque d'infection postopératoire.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2016.07.003>.

[☆] 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 : hollsabine@yahoo.fr (S. Holl).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2016.01.007>

1878-786X/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Résultats. – Au total, 174 patients ont été inclus : 56 (32,1 %) ont eu un scanner entre le 4^e et le 6^e jour, qui a permis de détecter une complication postopératoire dans 55,4 % des cas. Les patients n'ayant pas eu de scanner avaient des valeurs de CRP plus basses (163 vs 185,5, $p=0,02$). Parmi les 118 patients n'ayant pas eu de scanner, 50,8 % ont présenté une complication infectieuse à terme. La sensibilité du scanner guidé par la CRP était de 76,7 % et la valeur prédictive négative de 78,8 %.

Conclusion. – En présence d'une CRP élevée au 4^e jour postopératoire un scanner abdomino-pelvien doit être réalisé. Un résultat normal n'élimine pas formellement l'existence d'une complication intra-abdominale. En cas de persistance de l'inflammation dans les deux jours suivants, une reprise chirurgicale systématique doit être comparée à un nouveau scanner dans le cadre d'un protocole.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Anastomotic leakage;
Intra-abdominal
infection;
C-reactive protein;
Surgical site
infection;
Abdominal
computerized
tomography scan

Summary

Introduction. – Serum concentration of C-reactive protein (CRP) that exceeds a predefined threshold between the 3rd and 5th postoperative day is a reliable marker of infectious complications after colorectal surgery. However, the optimal strategy to follow when a high CRP is found has not been defined. The aim of this study was to analyze the usefulness of computed tomography (CT) scan in this situation in a prospective cohort of patients following colorectal surgery.

Methods. – Between November 2011 and April 2015, patients at two surgical centers who had undergone elective colorectal resection with anastomosis and who had a CRP > 12.5 mg/dL on the 4th postoperative day (POD) were prospectively included in a database. Data were collected concerning all complications occurring during the 30 days following surgery, method of diagnosis, management and clinical course. The decision to perform a CT scan between POD 4 and POD 6 day was guided only by the elevation of CRP in the absence of any other clinical signs; results were analyzed to evaluate the diagnostic value of elevated CRP. Uni- and multivariable analyses were performed to identify risk factors for postoperative infection.

Results. – The study included a total of 174 patients: 56 (32.1%) had a CT between POD 4 and 6, and this helped detect a postoperative complication in 55.4% of cases. Patients who did not undergo CT had lower CRP values (16.3 vs. 18.5, $P=0.02$). Among the 118 patients who did not undergo CT, 50.8% eventually developed an infectious complication. The sensitivity of CRP-guided CT was 76.7% with a negative predictive value of 78.8%.

Conclusion. – If an elevated CRP is found on POD 4, an abdominopelvic CT should be performed. A normal result does not formally eliminate the existence of intra-abdominal complication. A study protocol should be set up to evaluate whether systematic revisional surgery or repeat CT scan is the appropriate management if CRP in the next two days reveals persistent inflammation.
© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les complications infectieuses grèvent les suites de la chirurgie colorectale chez plus de 20 % des patients. Parmi elles, l'infection intra-abdominale (le plus souvent liée à une fistule anastomotique) est la plus fréquente et redoutée. Son incidence en chirurgie réglée est de l'ordre de 5 à 15 % [1,2]. La survenue d'une fistule anastomotique est responsable d'une morbidité globale de 35 % et d'une mortalité de 4 % [2–4]. Les pronostics vital, fonctionnel et carcinologique sont engagés [1,5,6]. Les durées et les coûts d'hospitalisation sont augmentés. Le diagnostic se fait en moyenne autour du 6–7^e jour postopératoire [7,8]. Les signes cliniques sont inconstants et peu spécifiques à un stade précoce. Un diagnostic avant l'expression clinique de la fistule permettrait d'en réduire la morbidité et parfois d'envisager un traitement conservateur de l'anastomose. Cela est particulièrement important à l'ère de la réhabilitation précoce (« fast track ») pour que le patient puisse

regagner son domicile en toute sécurité et avec un faible risque de réadmission.

La CRP a déjà montré son utilité dans la détection précoce des infections en chirurgie colorectale, en particulier pour la fistule anastomotique [9]. Les seuils retenus par la plupart des auteurs sont entre 140 et 170 mg/L au troisième jour postopératoire et entre 100 et 130 mg/L au quatrième jour postopératoire [10–12]. En revanche, l'attitude à adopter en cas de CRP au-dessus du seuil n'est pas codifiée. Cela pourrait aller de la surveillance clinique renforcée à la reprise chirurgicale systématique, mais la plupart des équipes feraient appel premier au scanner, bien que son utilité n'ait jamais été démontrée dans ce contexte.

Le but de cette étude était d'évaluer l'intérêt du scanner abdomino-pelvien réalisé de manière précoce en cas de suspicion d'infection intra-abdominale basée sur des chiffres de CRP anormalement élevés, après chirurgie colorectale élective.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5660233>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5660233>

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