



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Les drains abdominaux bougent[☆]



Intraperitoneal drains move

**A. Gilbert*, P. Ortega-Deballon, G. Di Giacomo,
N. Cheynel, P. Rat, O. Facy**

*Service de chirurgie générale, digestive, oncologique et urgences, CHU
François-Mitterrand, 14, rue Paul-Gaffarel, 21000 Dijon, France*

Disponible sur Internet le 11 novembre 2017

MOTS CLÉS

Drainage chirurgical ;
Migration
postopératoire ;
Intra-abdominale ;
Chirurgie

Résumé

Contexte. – L'utilisation de drains chirurgicaux fait débat mais ils restent fréquemment utilisés, que ce soit de façon préventive ou curative. Leur migration par rapport à la position souhaitée lors de l'intervention chirurgicale est un phénomène peu étudié. Le but de cette étude a été d'étudier l'incidence du déplacement des drains chirurgicaux parmi les patients opérés d'une chirurgie digestive abdominale.

Patients et méthodes. – Nous avons inclus dans cette étude tous les patients ayant eu un scanner postopératoire précoce (avant mobilisation des drains) après chirurgie digestive abdominale, entre janvier 2013 et avril 2016 au CHU de Dijon. Les données pré-, per- (nombre, type et position des drains) et postopératoires (imagerie et évolution) ont été revues rétrospectivement et colligées dans une base de données.

Résultats. – Parmi les 125 patients inclus, 35 (28 %) d'entre eux présentaient une migration d'au moins un drain par rapport à son emplacement lors de l'intervention. Parmi les 207 drains, 41 (19,8 %) s'étaient déplacés. La morbidité postopératoire n'était pas plus élevée chez les patients chez lesquels le drain avait bougé ($p=0,51$). Aucun des facteurs pré- et postopératoires étudiés ne s'est révélé être un facteur de risque significatif de migration.

Conclusion. – La migration des drains est très fréquente après chirurgie abdominale. Cette migration ne semble pas avoir eu de conséquence clinique dans notre expérience. Lorsqu'un bénéfice est attendu de l'utilisation de drains chirurgicaux, une fixation intrapéritonéale semble nécessaire.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2017.10.001>.

[☆] 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 : axel.gilbert@chu-dijon.fr (A. Gilbert).

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2017.02.004>
1878-786X/

KEYWORDS

Surgical drainage;
Postoperative morbidity;
Intra-abdominal infection

Summary

Introduction. – The use of surgical drains is the subject of much debate but they remain commonly used. The displacement from their initial position is an understudied phenomenon. The aim of this study was to evaluate the incidence of the displacement of surgical drains among patients receiving digestive abdominal surgery.

Patients and methods. – We performed a review of all patients who had an early CT-scan (prior to drain mobilisation) postoperatively after digestive abdominal surgery, between January 2013 and April 2016 in the Dijon University Hospital Center. Preoperative, operative (number, type and position of drains) and postoperative (imaging and evolution) data were collected retrospectively.

Results. – This study included 125 patients. Thirty-five (28%) were found to have a displacement of at least one drain from its original position. Forty-one (19.8%) of the 207 studied drains had moved. Postoperative morbidity was not higher in patients with displaced drains ($P=0.51$). None of all the studied preoperative and operative factors have been found to be a risk factor for drain displacement.

Conclusion. – Surgical drains displacement is frequently encountered in patients undergoing digestive abdominal surgery. This phenomenon does not seem to have any clinical implications in our experience. When a benefit is expected from the use of surgical drains, an intraperitoneal fixation appears to be necessary.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'utilisation systématique de drainages dans les différents domaines de la chirurgie digestive fait l'objet de débat dans la littérature des dernières années, surtout à l'aune de la réhabilitation précoce [1–7]. Alors que leur objectif en chirurgie électorale est de prévenir les infections intra-abdominales (que ce soit la surinfection d'un épanchement restant ou la canalisation d'une éventuelle fistule anastomotique), il a été suggéré que les drainages pouvaient au contraire augmenter l'incidence des infections intra-abdominales, en plus de majorer les douleurs, altérer la fonction ventilatoire et augmenter la durée d'hospitalisation [8–13].

Il n'est pas rare de constater en pratique clinique, lors d'une imagerie postopératoire ou d'une reprise chirurgicale, la migration des drains intrapéritonéaux par rapport à la position que le chirurgien avait souhaité lors de leur pose. Ce phénomène n'a cependant jamais été étudié dans la littérature pour en analyser l'incidence et les conséquences, ces dernières pouvant être potentiellement graves dans les situations où les drains ont une véritable valeur ajoutée [14].

Nous avons donc mené une étude rétrospective monocentrique visant à étudier la fréquence de la migration des drains et son impact sur la morbidité postopératoire après chirurgie abdominale digestive.

Patients et méthodes

Critères d'inclusion

Tous les dossiers des patients opérés d'une chirurgie abdominale digestive au CHU de Dijon entre janvier 2013 et avril 2016 ont été revus de façon rétrospective pour identifier les patients ayant eu la pose d'au moins un drain intrapéritonéal

lors de l'intervention chirurgicale et ayant eu un scanner de contrôle dans les 5 premiers jours postopératoires pour une raison quelconque. Ce délai de 5 jours est justifié par nos protocoles de service : les drains intra-abdominaux ne sont pas mobilisés avant. Étaient exclus les patients dont le compte rendu opératoire n'était pas disponible ou dont le ou les drains avaient déjà été mobilisés avant l'imagerie de façon volontaire ou accidentelle.

Données recueillies

Pour chaque patient, les variables préopératoires colligées comprenaient l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle (IMC) et le score ASA. Les données peropératoires récoltées étaient le caractère urgent ou programmé de l'acte, son caractère sus- ou sous-mésocolique, le type d'abord chirurgical utilisé au moment du placement du drain, le type (rond ou plat) et le nombre de drains mis en place, leur quadrant de positionnement et leur côté d'extériorisation, la réalisation éventuelle de gestes chirurgicaux complémentaires après le positionnement des drains et la durée opératoire. La morbidité postopératoire était classée selon Clavien-Dindo (CD) et qualifiée de mineure pour les stades CD 0 à 2, ou majeure pour les stades CD 3 à 5 [15]. Étaient également comparés le délai avant réalisation de l'imagerie postopératoire, le taux de complications intra- et extra-abdominales, la durée de séjour initiale et le taux de réadmission à 30 jours avec réévaluation de la morbidité liée. L'appréciation d'un éventuel déplacement des drains était réalisée par comparaison de la position « théorique », correspondant au site d'implantation décrit dans le compte rendu opératoire, à la position « réelle » objective sur l'imagerie (Fig. 1 et 2). Pour la systématisation de l'analyse nous avons considéré les 9 régions abdominales de l'anatomie classique, auxquelles nous ajoutons par souci d'exhaustivité le cul de sac de Douglas, et la région

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8728742>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8728742>

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