



HAL
open science

Colectomie gauche en urgence avec colostomie terminale (intervention de Hartmann)

B. Brac, C. Sabbagh, J.M. Regimbeau

► To cite this version:

B. Brac, C. Sabbagh, J.M. Regimbeau. Colectomie gauche en urgence avec colostomie terminale (intervention de Hartmann). *Journal de Chirurgie Viscérale*, 2020, 157, pp.335 - 339. 10.1016/j.jchirv.2020.03.013 . hal-03491155

HAL Id: hal-03491155

<https://hal.science/hal-03491155>

Submitted on 22 Aug 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Colectomie gauche en urgence avec colostomie terminale (intervention de Hartmann

Emergency left colonic resection with end colostomy (Hartmann procedure)

Brac B^{1,2,3}, Sabbagh C^{1,2,3}, Regimbeau JM^{1,2,3}

1. Service de chirurgie digestive, centre hospitalier universitaire Amiens-Picardie, avenue René-Laënnec-Salouël, 80054 Amiens cedex 1, France

2. Université de Picardie-Jules-Verne, Picardie, Amiens, France

3. Unité de Recherche BQR SSPC « Simplification des Soins des Patients Complexes »
– Université de Picardie Jules Verne

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Correspondant :

Professor JM Regimbeau, MD, PhD

Department of Digestive Surgery

Amiens University Hospital

1 rond-point du Professeur Christian Cabrol

F-80054 Amiens cedex 01, France

E-mail: regimbeau.jean-marc@chu-amiens.fr

Emergency left colonic resection with end colostomy (Hartmann procedure)

Colectomie gauche en urgence avec colostomie terminale (intervention de Hartmann)

Introduction

Intervention décrite en 1921 par Henri Albert Hartmann pour la prise en charge du cancer colo-rectal, l'intervention dite de « Hartmann » est une procédure chirurgicale simplifiée réalisée principalement en situation d'urgence dont le but est de diminuer la morbidité et la mortalité de la prise en charge chirurgicale. Elle est le plus souvent faite par de jeunes chirurgiens (1). En effet une colostomie terminale de nécessité est réalisée dans des situations où le rétablissement de la continuité est trop à risque en raison de conditions locales défavorables (peritonite Hinchey IV) ou parce que le geste doit être écourté en raison d'une instabilité hémodynamique du patient. Plus rarement, l'intervention de Hartmann est réalisée à froid, mais indiquée chez des patients fragiles, à risque de complications post opératoires ou ayant une incontinence anale. En fonction de la pathologie sous-jacente et de l'état général du patient, l'intervention est réalisée avec un potentiel projet de rétablissement de la continuité à distance. Dans la littérature 32 à 85 % des patients n'ont pas de rétablissement de la continuité, il est donc nécessaire de confectionner une stomie de qualité (2). Il est important de préciser les points techniques essentiels de l'intervention de Hartmann afin de réduire la morbidité post opératoire et de préparer à un éventuel rétablissement de la continuité digestive, chez un patient informé, au mieux avec un repérage stomial pré opératoire.

1- Installation du patient

Une installation en double équipe, patient en décubitus dorsal les bras en croix, permet la mise en place d'écarteurs (écarteur d'Olivier avec écarteur de Gosset par exemple) nécessaires à une bonne exposition de l'angle colique gauche et du pelvis. Cette exposition est indispensable car facilitera l'intervention et raccourcira le temps opératoire. En effet l'absence d'écarteur immobilisera l'aide opératoire. La position double équipe laissera un accès au rectum afin de pouvoir laver le moignon rectal en fin d'intervention et de tester l'étanchéité du moignon rectal en cas d'agrafage difficile. Une jupe de protection pariétale à double anneau est utilisée afin de diminuer le risque d'abcès pariétal. Il faut insister sur l'importance de repérer en pré-opératoire la stomie et ceci en position assise. Lorsque le patient est installé en position double équipe, les plis cutanés sont moins marqués ce qui rend difficile le positionnement de la stomie au bon endroit.

2- Incision et prévention d'une décapsulation de rate

L'intervention se déroule, dans la plupart des cas, par laparotomie xipho-pubienne afin de faciliter, si nécessaire, la mobilisation de l'angle gauche. Le décrochement de l'angle est précédé d'un décollement colo épiploïque qui doit débiter par un examen de la rate afin de sectionner les adhérences spleno-épiploïques qui pourrait potentiellement la décapsuler en cas de traction trop importante du grand omentum.

3- Mobilisation de l'angle colique gauche

La mobilisation de l'angle gauche n'est pas obligatoire. Elle doit néanmoins être considérée si la stomie ne monte pas correctement à la peau afin d'éviter la survenue de la complication principale de l'intervention de Hartmann qui est la désinsertion de stomie (2). La mobilisation de l'angle est conseillée pour les plus jeunes opérateurs. La mobilisation se fait de dehors en dedans. Si la mobilisation n'est pas suffisante pour réaliser la stomie, ce qui est en pratique très rare, il faudra réaliser une section de l'artère mésentérique inférieure à l'origine et/ou de la veine mésentérique inférieure.

4- Décollement du colon gauche, visualisation de l'uretère

Le décollement du colon gauche se fait de dehors en dedans. Le décollement doit permettre de médialiser le colon en cas de pathologie bénigne et il doit être complet afin de permettre un curage à l'origine de l'artère mésentérique inférieure en cas de tumeur maligne. La visualisation de l'uretère n'est pas obligatoire mais elle est conseillée, notamment dans la phase d'apprentissage de la technique ou en cas de tissus inflammatoire rétractant le mésocolon. La visualisation de l'uretère permet de s'assurer que le plan de dissection est le bon.

5- Section du mésocolon gauche, contrôle et section du rectum

La section du méso colon gauche est réalisée jusque sous la charnière rectosigmoïdienne, le mésorectum étant sectionné sous le promontoire (Figure 5A). La section du rectum est un temps important car la seconde complication liée à l'intervention de Hartmann est la fistule du moignon (1). La section doit être réalisée sous la charnière recto-sigmoïdienne après avoir pelé complètement le rectum de son méso, ce qui facilite un agrafage de qualité. Pour l'agrafage, il peut être utilisé une pince de coelioscopie type endoGIA (Medtronic, Boston, USA) (Figure 5B). Un surjet de fil non résorbable sur la ligne d'agrafe est réalisé à visé hémostatique. Il permet aussi de repérer facilement le moignon lors du rétablissement de la continuité (fils longs coupés aux extrémités du surjet) (Figure 5C). Après agrafage, le moignon rectal doit être lavé et éventuellement drainé par une lame intra rectale. En cas d'impossibilité de fermeture de moignon rectal, un drainage par sac de Mikulicz devra être mis en place.

6- Confection de la colostomie terminale

La confection de la colostomie nécessite une attention particulière d'une part pour diminuer la morbidité du geste et pour la qualité de vie du patient, d'autant plus que la colostomie est parfois définitive (2,3). Si possible, elle doit être repérée en pré-opératoire, par un(e) stomathérapeute, en position assise afin d'éviter sa confection dans un pli. L'incision cutanée doit permettre l'extraction du colon et du mésocolon en s'adaptant au morphotype du patient. En effet le trajet ne doit être ni trop étroit ni trop large afin d'éviter l'éventration péri-stomiale ou la sténose. La confection du trajet stomial sera réalisée avec une paroi en position « fermée » c'est-à-dire avec une berge aponévrotique médiane et un alignement peau/graisse/aponévrose afin de ne pas réaliser un trajet en chicane. Chez le patient obèse, il peut être réalisé une incision transverse dans le sens cranio caudale de l'abdomen partant du péritoine jusqu'au tissu sous cutané afin de faciliter la montée du colon. Cette incision pourra être partiellement refermée afin d'éviter les éviscérations. Toujours chez les patients obèses, si la stomie n'a pas été repérée en pré opératoire un orifice stomial pourra être réalisé plus haut que d'habitude afin de prévenir d'une désinsertion de stomie à la station debout (retombée du tablier abdominal) (4).

Conclusion

Il n'est pas nécessaire de drainer la cavité abdominale en fin d'intervention de Hartmann (5).

Le drainage du rectum, associé au lavage du moignon, permettrait de lever l'obstacle sphinctérien et de favoriser la vidange rectale et peut-être ainsi le risque de fistule du moignon. Il est inutile de laisser un module de drainage au contact de la ligne d'agrafe pour drainer une éventuelle fistule du moignon. Si elle survient celle-ci pourra être drainée par voie minimale invasive par voie basse (drainage endoscopique par double queue de cochon ou drainage radiologique) (6,7).

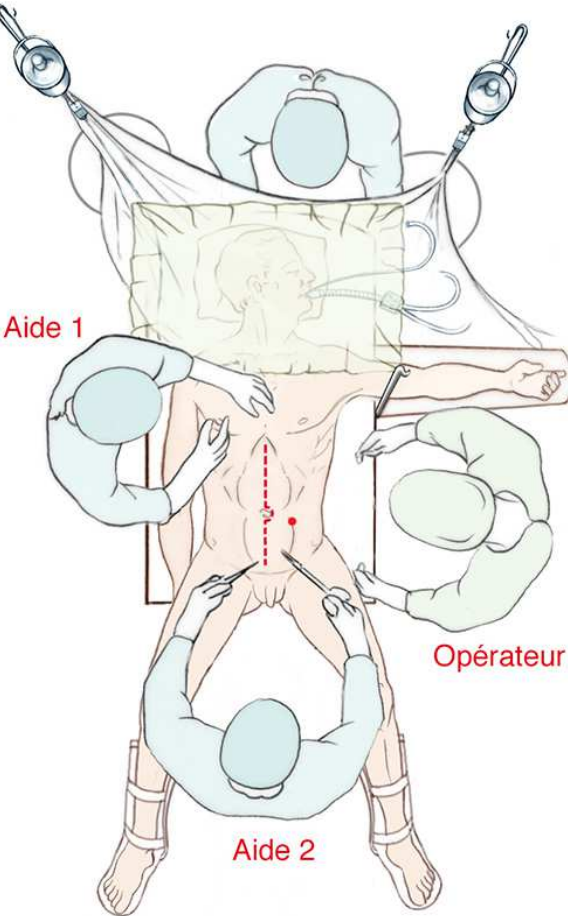
L'intervention de Hartmann est par définition une intervention simplifiée mais elle est réalisée dans des conditions le plus souvent d'urgence chez des patients aux lourdes co-morbidités, par de jeunes opérateurs. Chaque étape de l'intervention doit donc être réalisée en vue de réduire la morbi-mortalité post opératoire et en vue d'un futur rétablissement de la continuité afin de proposer au patient une meilleure qualité de vie. Le rétablissement de continuité après intervention de Hartmann est réalisé classiquement au moins 6 mois après la chirurgie initiale. Il pourra être réalisé par laparotomie ou cœlioscopie (8).

Références :

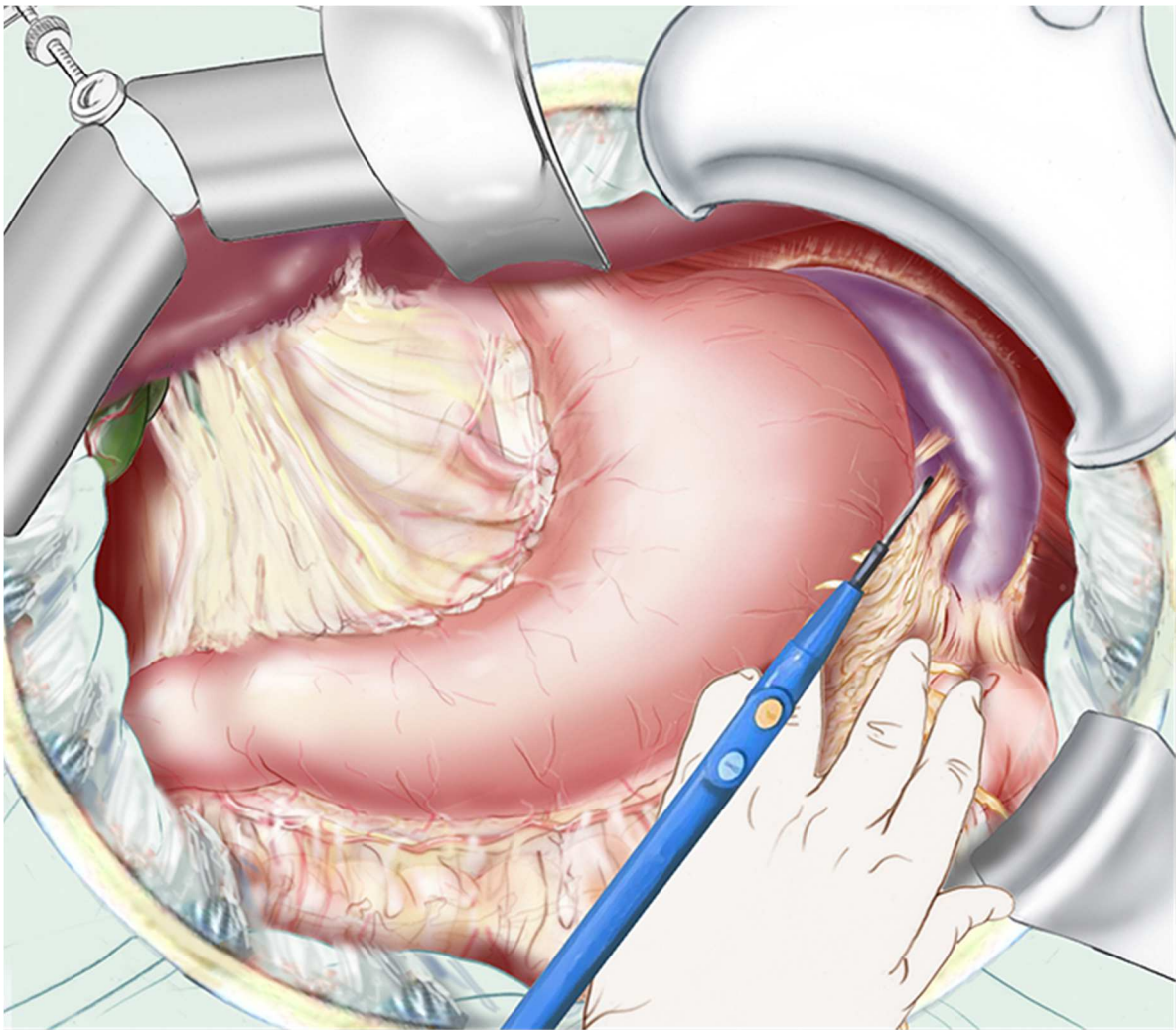
1. Desai DC, Brennan EJ, Reilly JF, Smink RD. The utility of the Hartmann procedure. *Am J Surg*,1998;175:152-4.
2. Dumont F, Vibert E, Duval H, Manaouil D, Sredic A, Alfahel N, et al. [Morbi-mortality after Hartmann procedure for peritonitis complicating sigmoid diverticulitis. A retrospective analysis of 85 cases]. *Ann Chir*, 2005;130:391-9.
3. Mariani A, Moszkowicz D, Trésallet C, Koskas F, Chiche L, Lupinacci R, et al. Restoration of intestinal continuity after colectomy for non-occlusive ischemic colitis. *Tech Coloproctology*, 2014;18:623-7.
4. Sabbagh C, Rebibo L, Hariz H, Regimbeau JM. Stomal construction: Technical tricks for difficult situations, prevention and treatment of post-operative complications. *J Visc Surg* 2018;155:41-9.
5. Rebibo L, Ebosse I, Iederan C, Mahjoub Y, Dupont H, Cosse C, et al. Does drainage of the peritoneal cavity have an impact on the postoperative course of community-acquired, secondary, lower gastrointestinal tract peritonitis? *Am J Surg*, 2017;214:29-36.
6. Sabbagh C, Maggiori L, Panis Y. Management of failed low colorectal and coloanal anastomosis. *J Visc Surg* 2013;150:181-7.
7. Robert B, Yzet T, Regimbeau JM. Radiologic drainage of post-operative collections and abscesses. *J Visc Surg*, 2013;150:S11-18.

8. Blot C, Sabbagh C, Rebibo L, Brazier F, Chivot C, Fumery M, et al. Use of transanastomotic double-pigtail stents in the management of grade B colorectal leakage: a pilot feasibility study. *Surg Endosc* 2016;30:1869-75.

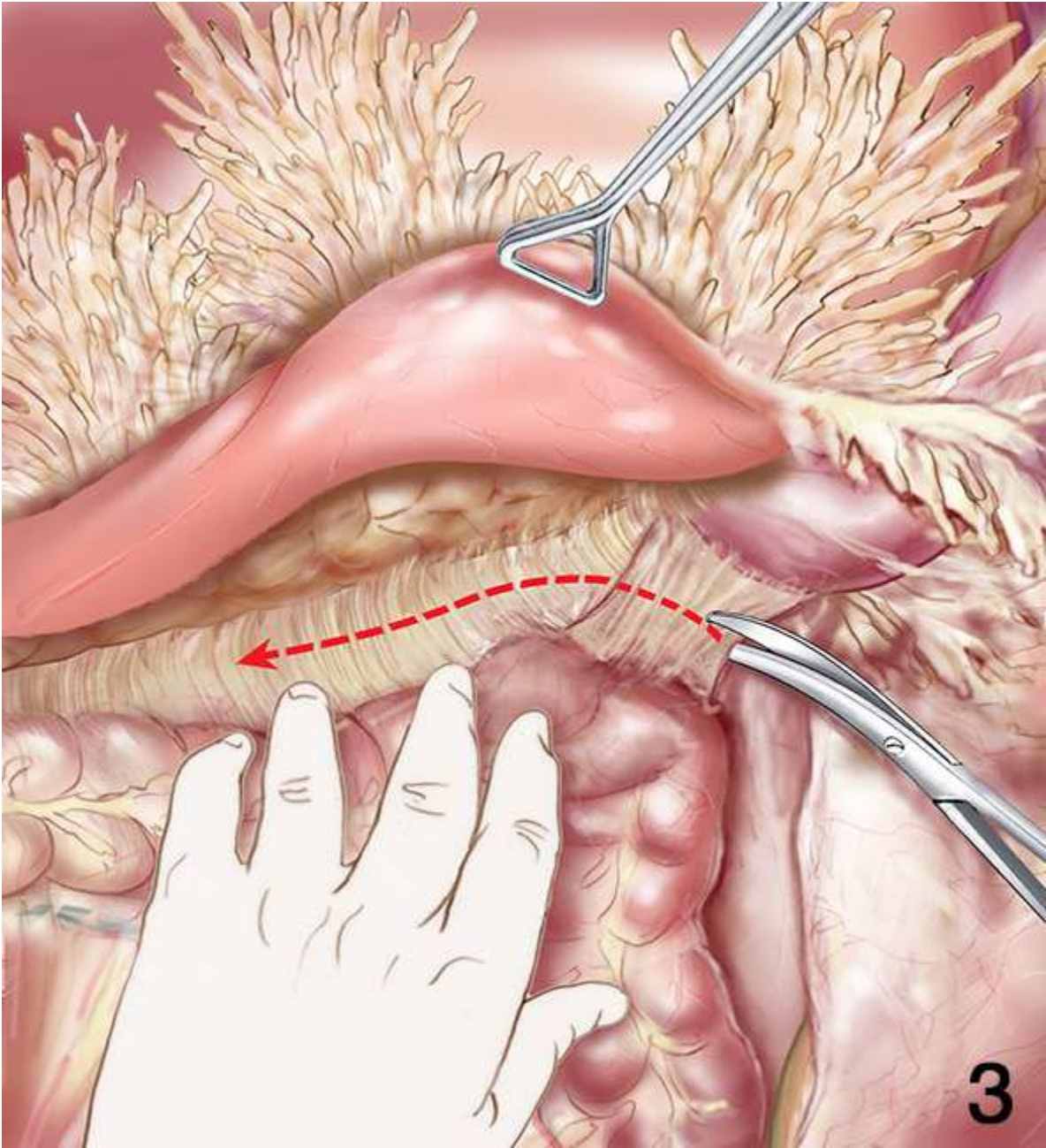
Installation du patient *Figure 1*



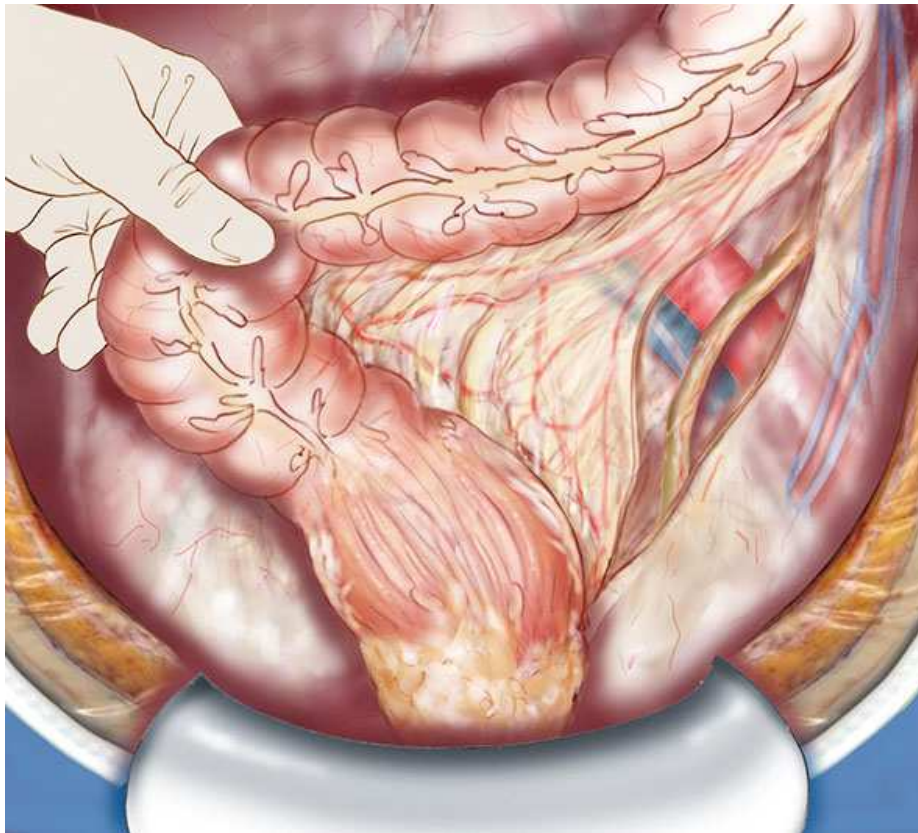
Incision et prévention d'une décapsulation de rate *Figure 2*



Mobilisation de l'angle colique gauche *Figure 3*



Décollement du colon gauche, visualisation de l'uretère *Figure 4*



Section du mésocolon gauche, contrôle et section du rectum *Figures 5 ABC*

(Figure 5A).



Figure 5B

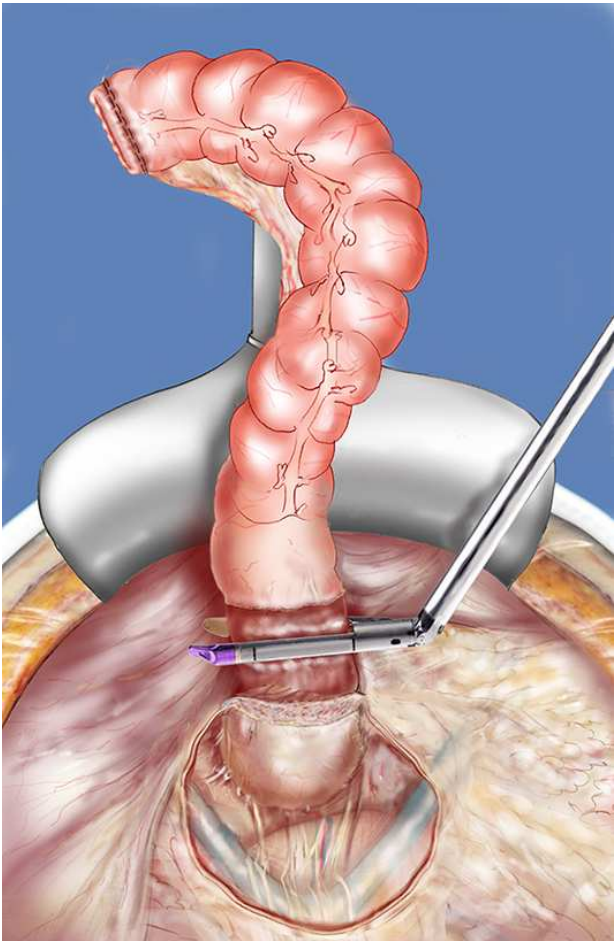
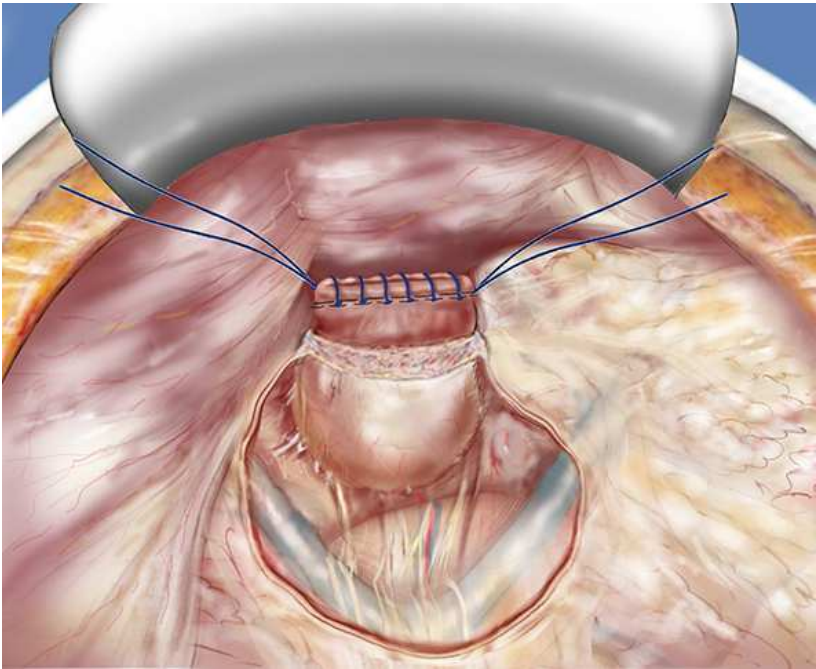


Figure 5C



Confection de la colostomie terminale *Figure 6*

