

Epidemiology and Prevention of Postsurgical Adhesions Revisited

Tous les patients développent-ils des adhérences. Si non, qu'est-ce qui explique que certains patients ne présentent pas d'adhérences ?

On estime que 93% des patients aux antécédents de chirurgie abdominale vont présenter des adhérences. Beaucoup d'hypothèses ont été émises avec des facteurs de risque identifiés, basées en partie sur la physiopathologie des adhérences (facteurs liés au patient et au chirurgien).

Y a-t-il un bénéfice à utiliser des anti-adhérentiels (AA) chez tous les patients ?

Oui, clairement ! A l'échelle individuelle et en termes de santé publique.

Quels dispositifs AA utiliser ?

Privilégier les dispositifs solides (membranes).

Pourquoi les AA sont si peu utilisés ?

Bonne question...

En bref : sous-estimation du problème des adhérences, doute sur l'efficacité, peur des surcoûts, difficultés de pose du produit. Problème également du non remboursement systématique des AA (surcoût pour l'hôpital « poseur » et bénéfice potentiel pour un autre hôpital.)

Lors de l'utilisation de membranes AA, où les poser (notamment lorsqu'il y a de larges décollements) ?

La localisation des adhérences n'a pas forcément la même gravité/impact. On les dispose préférentiellement en arrière de la voie d'abord, pour protéger la paroi et le site opératoire.

Y a-t-il des essais randomisés évaluant l'effet des AA sur la douleur et sur les occlusions ?

Pas sur les douleurs chroniques. Les occlusions posent le problème de leur faible incidence sur un laps de temps très long, si bien qu'un essai randomisé (avec l'occlusion comme critère de jugement principal) est difficile à mettre en place. Il existe cependant l'étude SCAR qui n'est pas une étude comparative mais épidémiologique.

Le saignement est-il un facteur de risque d'adhérences. Si oui, les interventions hémorragiques représentent-elles un bon modèle pour évaluer l'efficacité des AA ?

Le saignement favorise les adhérences mais il n'y a pas de données spécifiques.

En cas d'adhésiolyse étendue et longue. Y a-t-il un risque à poser des AA ?

On ne dispose pas de données scientifiques. Si l'adhésiolyse est longue, on sait qu'il y a un risque de plaies intestinales, dont les conséquences pourraient être théoriquement aggravées par l'utilisation d'AA (qui ne doivent jamais être posées sur des sutures digestives).

On a l'impression, dans cette publication, que la coelioscopie est peu bénéfique ?

On manque d'information sur l'impact du pneumopéritoine sur les adhérences. De manière empirique, il y a moins d'adhérences diffuses après coelioscopie que laparotomie, mais il existe tout de même des adhérences au niveau du site opératoire et parfois au niveau des orifices de trocars ; on observe d'ailleurs des occlusions sur bride liées à une seule bride sur

un orifice de trocart. Ainsi, dans cet article, la coelioscopie semble effectivement peu bénéfique, peut-être à cause des orifices de trocars.