




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Incidents et accidents peropératoires : suites de 4000 laparoscopies. La série du Club Cœlio[☆]

Surgical incidents, accidents and postoperative course of 4000 laparoscopies. The Cœlio Club series

J.-L. Cardin^{a,*}, H. Johanet^b, le Club Cœlio

^a Polyclinique du Maine, BP 1027, 53010 Laval cedex, France

^b Clinique Sainte-Marie, 1, rue C.-B.-Osny, BP 70536, 95528 Cergy Pontoise, France

Disponible sur Internet le 1 septembre 2011

MOTS CLÉS

Laparoscopie ;
 Incidents
 peropératoires ;
 Accidents
 peropératoires ;
 Complications
 postopératoires

Résumé

But. – Connaître le déroulement peropératoire et les suites postopératoires de la chirurgie laparoscopique en utilisant la classification de Clavien. Cette évaluation vise à mieux cerner la morbidité de la laparoscopie en chirurgie viscérale et digestive pour disposer de données de référence, en vue d'études comparatives ultérieures.

Matériel et méthode. – En analyse descriptive, 29 chirurgiens seniors, membres du Club Cœlio, ont colligé de façon prospective et consécutive toutes leurs laparoscopies sur une période de six mois.

Résultats. – Sur les 4007 patients, 373 (9,31 %) se sont compliqués, 69 ont été repris (1,72 %). La création du pneumopéritoine et la mise en place des trocarts ont généré 15 plaies vasculaires (0,37 %) et six plaies viscérales (0,15 %). Après quoi sont survenues sept plaies vasculaires (0,17 %) et 22 plaies viscérales (0,55 %). Les chirurgies colique et surtout rectale étaient les plus morbides avec des taux respectifs de classe de Clavien III, IV ou V de 8 %, 10 % et 15,97 % ; à rapprocher des 1,2 % pour la chirurgie biliaire ou 0,67 % pour la chirurgie de la hernie inguino-crurale.

Conclusion. – La fréquence des incidents et accidents peropératoires et des complications postopératoires est supérieure à ce qui est rapporté dans la littérature. La classification de Clavien est applicable à la chirurgie digestive laparoscopique. Un complément d'informations s'avère nécessaire pour renseigner les incidents ou accidents peropératoires et les conversions.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : [10.1016/j.jvisurg.2011.07.008](https://doi.org/10.1016/j.jvisurg.2011.07.008).

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

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : jlcardin.pdm@sa3h.fr, jlcardin@club-internet.fr (J.-L. Cardin), hubert.johanet@bch.ap-hop-paris.fr (H. Johanet).

KEYWORDS

Laparoscopic surgery;
Peroperative
incidents;
Peroperative
accidents;
Postoperative
complications

Summary

Aim of the study. – To assess the operative and postoperative course of laparoscopic surgery according to the classification of Clavien. This evaluation aims at better ascertaining morbidity and mortality of abdominal laparoscopic operations thus serving as reference for future comparative studies.

Method. – In a descriptive analysis, 29 senior surgeons, all of them Cœlio Club members, have prospectively and consecutively summarized the total of their laparoscopies over a period of 6 months.

Results. – Out of 4007 patients, 373 (9.31%) developed complications, 69 (1.72%) required surgery. Establishing the pneumoperitoneum and trocar placement caused 15 vascular (0.37%) and six visceral (0.15%) injuries, followed by seven vascular (0.17%) and 22 visceral (0.55%) injuries during later surgical steps. Surgery of the colon and especially the rectum caused the highest morbidity featuring Clavien scores III, IV and V in 8, 10 and 15.97%, respectively; this must be added to 1.2% for biliar surgery and 0.67% for inguino-crural hernia repair.

Conclusion. – Frequency of surgical incidents, accidents and postoperative complications is higher than reported in the literature. The classification of Clavien is applicable for abdominal laparoscopic surgery; further informations are yet necessary to achieve assessment of surgical incidents and accidents as well as conversions.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Vingt ans après le développement de la laparoscopie en chirurgie viscérale, le Club Cœlio a voulu avoir une image « instantanée » du déroulement d'une activité laparoscopique usuelle effectuée par des chirurgiens seniors ainsi que leurs complications postopératoires. Toutes ces données ont été peu évaluées sur un grand nombre de patients, en pratique chirurgicale courante. Comme il n'existe pas de registre sur la morbidité de la laparoscopie, l'état de l'art au quotidien est actuellement mal connu. Les complications postopératoires ont été colligées en recourant à la classification de Clavien [1], dont l'utilisation n'a pas encore été rapportée en chirurgie digestive laparoscopique.

Patients et méthodes

Du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2009, 29 chirurgiens membres du Club Cœlio¹, tous chirurgiens seniors ayant une expérience de plusieurs années en chirurgie laparoscopique, ont colligé prospectivement et consécutivement les données de toutes leurs laparoscopies, sans exclure aucun patient dès lors que l'abord laparoscopique avait été tenté. Pour ce faire, ils disposaient d'une grille élaborée au sein du

GRECCO² et du Club Cœlio, sur tableur (Excel ou Open Office) avec menus déroulants sauf pour les variables individuelles. Les éléments relevés étaient :

- l'identité du chirurgien et du patient, le sexe, l'âge, le poids, la taille et l'index de masse corporelle, la date de l'intervention et la topographie de cicatrices antérieures éventuelles ;
- la pathologie en cause ou l'organe cible, le caractère urgent ou non de la chirurgie ;
- les modalités de création du pneumopéritoine et les incidents ou accidents en rapport avec la création du pneumopéritoine et l'introduction des trocarts. Par incident, on entend tout événement indésirable ayant un faible impact immédiat (plaie de l'artère épigastrique par exemple). L'accident correspond à tout événement indésirable avec impact immédiat très significatif (plaie aortique par exemple) ;
- tous les événements peropératoires contributifs, en précisant l'agent vulnérant éventuel, ainsi que les conversions définies ici par toute incision effectuée plus tôt ou de longueur plus importante que planifiée à l'exclusion des incisions faisant partie intégrante de la technique opératoire type [2] ;
- les suites postopératoires en individualisant les hémopéritonites ou hématomes profonds, les fistules digestives, les iléus postopératoires et les reprises chirurgicales. Toutes les autres complications postopératoires chirurgicales étaient à détailler, par un texte libre prévu à cet effet ;
- les complications postopératoires médicales ;
- tous les commentaires utiles en texte libre ;
- la classification de Clavien.

Un même patient pouvait présenter plusieurs difficultés per- ou postopératoires. Pour chaque item, tous les cas ont été relevés, même s'ils avaient déjà été évoqués dans un autre item. Ainsi, un incident donné pouvait figurer dans la rubrique « autres incidents » et dans les rubriques

¹ Ont participé à cette étude les membres du Club Cœlio dont les noms suivent : Sylvain Auvray (Caen), Arnaud Bellouard (Orléans), Claude Bertrand (Haine St-Paul), Bernard Bokobza (Le Havre), Jean Closset (Bruxelles), Jean-Pierre Cossa (Paris), André Dabrowski (Blendecques), Thierry Delaunay (Rouen), Bernard Detruit (Le Chesnay), Timothée Dugue (Lomme), Dominique Framery (Morlaix), Philippe Hauters (Tournai), Patrick Herbière (Albi), Hubert Johanet (Cergy Pontoise), Jacques Landenne (Tournai), Patrick Ledaguenel (Bordeaux), Marc Lepere (La Roche/Yon), Jean-Hugues Longeville (Nevers), Éric Magne (Bordeaux), Philippe Malvaux (Tournai), Jean-René Mauras (Perpignan), Jean-Pierre Perrin (Saint-Doulchard), Robert Portet (Muret), Raphaël Rubay (Bagnols-sur-Cèze), Franck Siriser (Caen), Fabrice Thomas (Arcachon), Alain Valverde (Argenteuil), Costa Zaranis (La Rochelle) et Jean-Luc Cardin (Laval).

² Groupe de recherche en chirurgie cœlioscopique de l'Ouest.