FERMETURE DU PÉRITOINE EN CHIRURGIE ABDOMINOPELVIENNE : UTILE OU NON ?

F. VAN DEN BRÛLE (1)

RÉSUMÉ : La fermeture du péritoine constitue un acte classique de la chirurgie abdominopelvienne. Cependant, de nombreuses études ont démontré que l'omission de cet acte chirurgical n'entraînait pas d'augmentation de fréquence des complications postopératoires à court terme, et raccourcissait le temps opératoire. Dès lors, de nombreux chirurgiens ont délibérément choisi de ne plus pratiquer ce type de fermeture péritonéale. Notre article fait le point sur l'état de la question.

PERITONEAL CLOSURE IN ABDOMINOPELVIC SURGERY
SUMMARY : Peritoneal closure is a classical technique in abdominopelvic surgery. However, numerous studies demonstrated that omission of this surgical procedure did not lead to increased rate of short term postoperative complications, and shortened the operative times. As a consequence, numerous surgeons deliberately choosed not to perform peritoneal closure. This manuscript updates about this topic.
KEYWORDS : *Surgery - Peritoneum - Closure - Postoperative follow up*

INTRODUCTION

Beaucoup de gestes chirurgicaux sont transmis lors de l'apprentissage des techniques, selon un protocole établi de longue date.

La péritonisation au cours de la fermeture de divers actes chirurgicaux abdominopelviens est pratiquée par certains selon une technique classique et immuable, alors que d'autres prétendent qu'il s'agit d'un geste inutile, qui ralentit les procédures opératoires.

Il semble logique de suturer tous les plans qui ont été sectionnés au cours de gestes chirurgicaux, dont le péritoine. C'est, en effet, ce que les chirurgiens ont appris et enseigné pendant plus d'une décennie. Jusqu'il y a 20 ans, les chirurgiens passaient autant de temps à suturer le péritoine et à enfouir les pédicules vasculaires qu'à pratiquer les temps essentiels de l'hystérectomie. Beaucoup d'auteurs décrivent toujours, en technique chirurgicale standard, la fermeture des feuillets péritonéaux pariétal et viscéral au cours des laparotomies.

ETUDES CLINIQUES

Différentes études ont été pratiquées afin d'évaluer les conséquences de l'absence de fermeture péritonéale en termes de risque de complications postopératoires. Il semble tout d'abord évident que la fermeture du péritoine ne renforce pas la solidité de la suture, au vu de la finesse et de la fragilité du tissu.

Une étude randomisée, menée par Ellis et Heddle en 1977, a examiné les incisions de laparotomie médiane pratiquées chez 326 patients, avec ou sans fermeture péritonéale (1). Ils concluent que la fermeture du péritoine n'a pas réduit le risque de hernie ou de déhiscence.

En 1988, Tulandi et coll. ont examiné par laparoscopie de "second look", des patientes suivies pour infertilité et préalablement opérées par incision laparotomique de Pfannenstiel (2). Ils ont constaté que la cicatrisation naturelle du péritoine était préférable à sa réapproximation à l'aide d'agrafes ou de sutures, suggérant ainsi que le péritoine se ferme spontanément en quelques jours. Par ailleurs, une étude réalisée chez 50 lapins démontre que la suture du péritoine pariétal entraîne plus souvent la formation d'adhérences que l'omission du geste (3).

Diverses recherches montrent que l'absence de fermeture du péritoine viscéral et/ou pariétal au cours de la césarienne n'entraîne pas de complications lors du suivi postopératoire, et est même associée à une réduction des douleurs postopératoires ainsi que de la fréquence des adhérences (4-6).

Une étude pratiquée en 1991 et portant sur 80 hystérectomies abdominales réalisées sans fermer le péritoine a confirmé que ce choix n'entraînait pas d'augmentation des complications postopératoires; au contraire, les auteurs ont constaté un faible taux d'épisodes fébriles postopératoires, d'infections de la suture et l'absence d'ileus postopératoire (7). De même, une étude randomisée portant sur 106 hystérectomies vaginales interannexielles a démontré que l'omission de la fermeture du péritoine n'entraînait pas l'apparition ou l'augmentation de fréquence de complications postopératoires (8). Des résultats similaires sont rapportés par Franchi et coll. en 1997, qui ont examiné les effets de la non-péritonisation lors de 120 hystérectomies radicales (stade II-III de Piver-Rutledge) et lymphadénectomies pelviennes (9). Les auteurs ont, en outre, constaté que la non-fermeture du péritoine diminuait le volume de liquide drainé. Une étude parallèle randomisée en simple aveugle portant sur 144 hystérectomies abdominales interannexielles a conclu que l'omission de la

(1) Maître de Recherches du FNRS, Professeur de Clinique, Service de Gynécologie, CHU Sart Tilman, Liège.

péritonisation n'entraîne pas une modification de fréquence des complications postopératoires, raccourcit significativement le temps opératoire d'une dizaine de minutes et diminue les pertes sanguines postopératoires de 45 ml (10). Une étude prospective randomisée portant sur 100 hystérectomies abdominales a démontré que l'omission de la péritonisation n'entraînait pas d'augmentation de fréquence des complications postopératoires, et raccourcissait le temps opératoire (11). Dans une étude cas-contrôle récente portant sur 233 hystérectomies coelioprépárées ou vaginales, Janschek et coll. ont constaté que l'omission de la fermeture péritonéale n'entraînait pas de complications particulières, et était associée à une reprise du transit plus précoce (12).

Une revue des données disponibles en 2001 a conclu au fait que l'absence de péritonisation diminuait le temps opératoire, sans entraîner de différences de la morbidité à court terme (13). Dès lors, de nombreux chirurgiens ont choisi de ne plus réaliser la classique fermeture du péritonéale au cours de leurs interventions, permettant ainsi de réduire les temps opératoires.

CONCLUSION

Les données présentées ici semblent donc indiquer que la fermeture péritonéale de routine soit un rituel chirurgical classique, dont l'utilité n'est pas formellement mise en évidence par la médecine factuelle. Dans ce cadre, la réalisation d'une étude prospective randomisée, de puissance suffisante, comparant des gestes chirurgicaux identiques si ce n'est la fermeture péritonéale, pourrait définitivement confirmer les résultats présentés ici.

RÉFÉRENCES

1. Ellis H, Heddle R. — Does the peritoneum need to be closed at laparotomy? *Br J Surg,* 1977, **64**, 733-6.
2. Tulandi T, Hum HS, Gelfand MM. — Closure of laparotomy incisions with or without peritoneal suturing and second-look laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol*, 1988, **158**, 536-7.
3. Milewczyk M. — Experimental studies on the development of peritoneal adhesions in cases of suturing and non-suturing of the parietal peritoneum in rabbits. *Ginekol Pol*, 1989, **60**, 1-6.
4. Pietrantoni M, Parsons MT, O'Brien WF, et al. — Peritoneal closure or non-closure at cesarean. *Obstet Gynecol*, 1991, **77**, 293-6.
5. Hull DB, Varner MW. — A randomized study of closure of the peritoneum at cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 1991, **77**, 818-21.
6. Grundsell HS, Rizk DE et Kumar RM.— Randomized study of non-closure of peritoneum in lower segment cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1998, **77**, 110-5.
7. Nagele F, Husslein P.— Visceral peritonealization after abdominal hysterectomy - a retrospective pilot study. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 1991, **51**, 925-8.
8. Lipscomb GH, Ling FW, Stovall TG, Summitt RL, Jr. — Peritoneal closure at vaginal hysterectomy : a reassessment. *Obstet Gynecol*, 1996, **87**, 40-3.
9. Franchi M, Ghezzi F, Zanaboni F, et al.— Nonclosure of peritoneum at radical abdominal hysterectomy and pelvic node dissection: a randomized study. *Obstet Gynecol*, 1997, **90**, 622-7.
10. Gupta JK, Dinas K, Khan KS. — To peritonealize or not to peritonealize ? A randomized trial at abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*, 1998, **178**, 796-800.
11. Kucuk M, Okman TK. — Non-closure of visceral peritoneum at abdominal hysterectomy. *Int J Gynaecol Obstet*, 2001, **75**, 317-9.
12. Janschek EC, Hohlagschwandtner M, Nather A, et al. — A study of non-closure of the peritoneum at vaginal hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet*, 2003, **267**, 213-6.
13. Cheong YC, Bajekal N, Li TC. — Peritoneal closure - to close or not to close. *Hum Reprod*, 2001, **16**, 1548-52.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. F. van den Brûle, Service de Gynécologie, CHU, B-35, Sart Tilman, 4000 Liège.
E-mail : f.vandenbrule@chu.ulg.ac.be