



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



MISE AU POINT

Prise en charge des échecs des anastomoses colorectales basses et coloanales[☆]

Management of failed low colorectal and coloanal anastomosis

C. Sabbagh, L. Maggiori, Y. Panis*

Service de chirurgie colorectale, pôle des maladies de l'appareil digestif, université Paris-VII (Denis-Diderot), hôpital Beaujon, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, 100, boulevard du Général-Leclerc, 92118 Clichy cedex, France

Disponible sur Internet le 14 mai 2013

MOTS CLÉS

Rectum ;
Anastomose
coloanale ;
Fistule

Résumé Après chirurgie d'exérèse rectale et anastomose basse, la complication aiguë majeure est la survenue d'une fistule anastomotique (FA). La FA peut compromettre à long terme la conservation de l'anastomose et péjorer les résultats carcinologiques. Le but de cette mise au point était d'identifier les éléments permettant de prévenir une FA et de détailler les différentes options thérapeutiques (voie endoscopique, abord chirurgical périnéal, abord abdominal) en cas de FA chronique ou de sténose anastomotique. En cas de FA ou de sténose, les traitements doivent se faire sous couvert de la stomie confectionnée lors de la proctectomie. Les traitements chirurgicaux par abord local permettent un examen périnéal sous anesthésie générale par le chirurgien et le drainage de la fistule. Les interventions par voie abdominale doivent être réservées aux FA hautes et aux échecs des procédures par voie périnéale. Les traitements endoscopiques peuvent être utilisés de façon complémentaire aux traitements chirurgicaux, mais ont une place limitée en cas de FA. La dilatation au ballonnet est l'un des traitements de première ligne des sténoses anastomotiques.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Rectum;
Coloanal
anastomosis;
Fistula;
Anastomotic leak

Summary The most serious early complication after rectal resection with low anastomosis is anastomotic leakage (AL). AL may compromise the long-term conservation of the anastomosis and also worsen oncological results. The aim of this review was to identify those factors that contribute to the prevention of AL and to delineate the various treatment options (endoscopic, perineal surgical approach, abdominal surgical approach) for chronic AL or anastomotic stricture. Treatments for AL or anastomotic stricture should be protected by proximal diversion of fecal flow, ideally by a diverting stoma created at the time of the initial proctectomy. Local

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2013.03.016>.

[☆] 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 : yves.panis@bjn.aphp.fr (Y. Panis).

approches to surgical treatment should include perineal examination under general anesthesia by the surgeon and drainage of the fistula. Trans-abdominal interventions should be reserved for high AL and for failure of perineal procedures. Although they have only limited indications for the treatment of AL, endoscopic treatments can be used in a complementary manner to surgical treatment. Balloon dilation is the first-line treatment for anastomotic strictures.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

LES CINQ POINTS ESSENTIELS

- La classification des fistules anastomotiques a été établie par l'International Study Group of Rectal Cancer ; il n'y a pas de consensus sur la définition des sténoses anastomotiques.
- Le traitement des fistules et sténoses anastomotiques se fait le plus souvent sous couvert d'une stomie de décharge.
- Les traitements locaux (colle, *plug*, lambeaux) ont été peu évalués dans cette situation mais sont associés à une faible morbidité et peuvent donc être utilisés en première intention.
- Les interventions par voie abdominale doivent être réservées aux fistules hautes et aux échecs des techniques par voie basse.
- En cas de FA asymptomatique, radiologique, la fermeture de la stomie de protection est possible à distance (≥ 6 mois) avec un taux de succès élevé en l'absence de cavité abcédée résiduelle importante.

Introduction

Après chirurgie d'exérèse rectale et anastomose basse, la complication aiguë majeure est la survenue d'une fistule anastomotique (FA). Dans la littérature, le risque de FA est de 1 à 19% [1]. Dans l'étude prospective randomisée récente de Mathiessen et al., le risque de FA lorsque l'anastomose était protégée par une stomie était de 10,3% [2]. La FA peut être initialement asymptomatique, ou symptomatique sous forme d'un abcès pelvien ou d'une péritonite, pouvant nécessiter en postopératoire immédiat, un drainage (radiologique ou par voie trans-anastomotique) ou une réintervention chirurgicale par voie abdominale. La FA peut aussi compromettre à long terme la conservation de l'anastomose, du fait d'une fistule chronique, d'une sténose anastomotique ou d'un mauvais résultat fonctionnel. Enfin la FA pourrait péjorer les résultats carcinologiques [3]. Le but de cette mise au point était d'identifier les éléments permettant de prévenir une FA et de détailler les différentes options thérapeutiques en cas de FA chronique ou de sténose anastomotique. La prise en charge des FA à la phase aiguë n'est pas abordée dans cette mise au point ; elle peut être conservatrice en l'absence de choc septique, de péritonite stercorale ou de désunion intéressant plus de la moitié de l'anastomose ; il n'existe malgré tout pas de données factuelles concernant cette attitude thérapeutique [4].

Peut-on réduire le taux de fistules anastomotiques ?

Il est maintenant clairement établi dans la littérature que certaines thérapeutiques permettent de diminuer le taux

de FA. Une étude multicentrique suédoise a montré que le taux de FA était significativement plus faible dans le groupe de patients ayant une stomie de protection (10,3 versus 28%, $p < 0,001$) [2]. Ces résultats ont été confirmés par une méta-analyse récente qui montrait que la réalisation d'une stomie de protection permettait de diminuer le risque de FA (RR=3,65 ; $p = 0,0003$) et de réintervention en urgence (RR=3,95, $p < 0,0001$) [5]. Les données concernant le drainage pelvien sont plus controversées. Dans l'étude multicentrique randomisée de l'Association de recherche en chirurgie portant sur 494 patients ayant eu une résection colorectale élective, les auteurs concluaient qu'il n'existait pas de différence significative en termes de FA entre les patients drainés et les patients non drainés [6]. Une étude rétrospective hollandaise montrait que le taux de FA était de 11% et que l'absence de drainage pelvien aspiratif (RR=2,53, $p < 0,001$) et d'iléostomie (RR=1,89, $p = 0,003$) étaient significativement associés à un risque plus élevé de FA [7]. Dans une étude rétrospective récente reprenant les données de 363 patients ayant eu une proctectomie cœlioscopique avec anastomose mécanique, Akiyoshi et al. objectivaient l'absence de drainage pelvien comme facteur de risque de FA (OR=3,8) [8]. Une étude prospective randomisée française évaluant l'intérêt du drainage de la cavité péritonéale après proctectomie est actuellement en cours (étude GRECCAR 5). Il a été récemment montré dans une étude prospective randomisée française qu'une préparation colique avant chirurgie pour cancer du rectum permettait de diminuer le taux global de morbidité (44 versus 27%, $p = 0,018$) mais le taux de FA, même s'il était plus élevé en l'absence de préparation, n'était pas significativement différent entre les deux groupes (19 versus 10%, $p = 0,09$) ; de même, le taux de péritonites postopératoires était plus élevé en l'absence de préparation, sans que cette différence ne soit significative (7 versus 2%, $p = 0,15$) [9]. Il est donc actuellement recommandé de réaliser une préparation colique avant chirurgie rectale, de drainer le pelvis en fin d'intervention et de confectionner une stomie de protection.

Traitement curatif des fistules anastomotiques

Prise en charge des fistules anastomotiques asymptomatiques isolées

Il n'existe pas dans la littérature d'attitude consensuelle concernant la surveillance d'une FA asymptomatique isolée et le délai de fermeture de la stomie de protection (Fig. 1).

Avant fermeture de stomie, les patients sont revus à un mois avec une imagerie de contrôle comprenant une opacification de l'anastomose afin d'étudier l'étanchéité de l'anastomose [10]. En cas de FA asymptomatique isolée, les opacifications sont répétées tous les deux à trois mois.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311903>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311903>

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