

Prise en charge des fistules après chirurgie du rectum

DESC Nantes, janvier 2012
Laure Blanchard Trouvé
CHU Angers

Fistules

- Taux: 1,5 à 16%*
- Facteurs de risques:
 - Hauteur de l'anastomose**
 - Absence de drain?***
 - Absence de stomie de protection?
 - Irradiation pelvienne?***
 - Traitement antiangiogénique (bevacizumab)?****

*M.Thornton, Int J Colorectal Dis,2011, 26:313-323

**C.Penna J Chir, 2003;140:149-55

***T.Akiyoshi, Am J Surg, 2011;202:259-264

***F.Merad, Surgery, 1999; 125:529-535

****Bèje T,Ann Surg Oncol 2009;16:856-60

Conséquences

- Durée d'hospitalisation
- Sepsis
- Stomie définitive (22 à 71 %)
- Mortalité (10%)
- Incontinences, envies impérieuses, troubles de l'évacuation
- Récidive tumorale?.

Francone, J Gastrointest Surg,2010;14:987-92

C.Penna, J Chir,2003;140:149-55

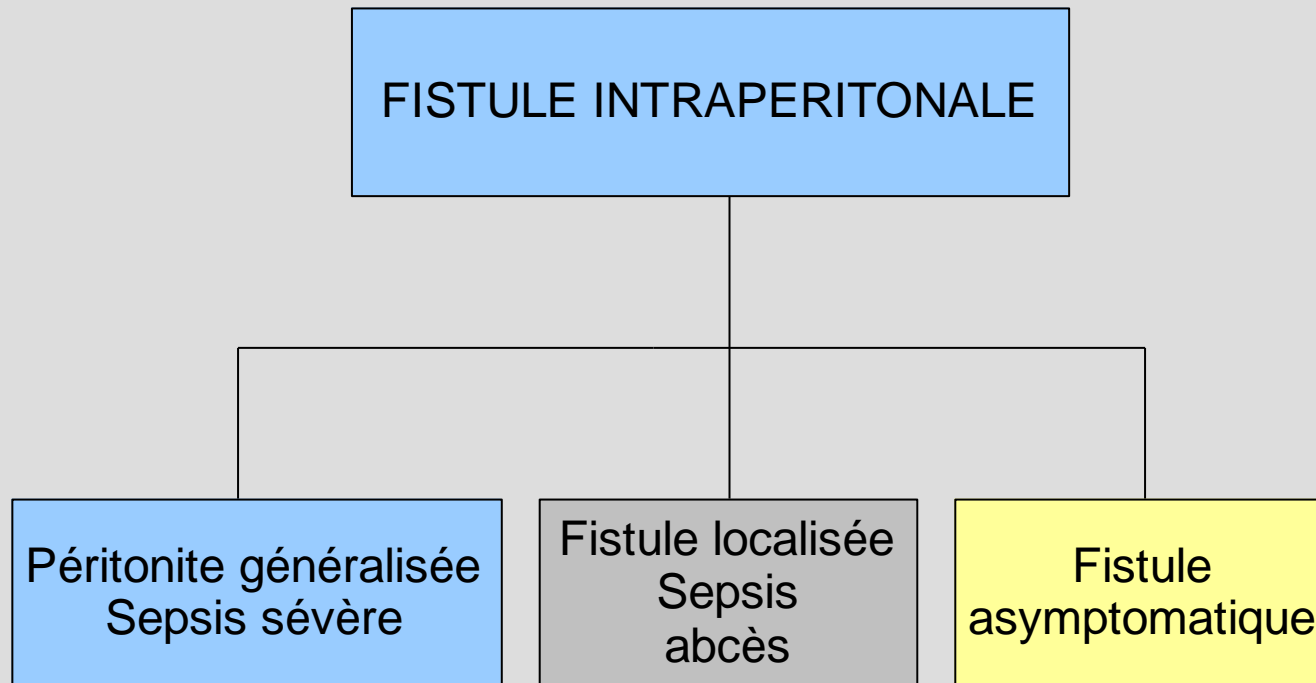
Branagan G, Rectum 2005 ; 48:1021-6

Classification

GRADE A	asymptomatique	Biologie normale Lâchage d'anastomose contenu	Pas d'intervention
GRADE B	Douleur abdominale Fièvre Écoulement purulent	Sd inflammatoire Lâchage d'anastomose avec complication locale	Intervention thérapeutique
GRADE C	Sepsis Péritonite généralisée	Sd inflammatoire	Reprise chirurgicale

Situations cliniques

Délai moyen d'apparition: 12 jours



Péritonite

Hartmann

Double stomie

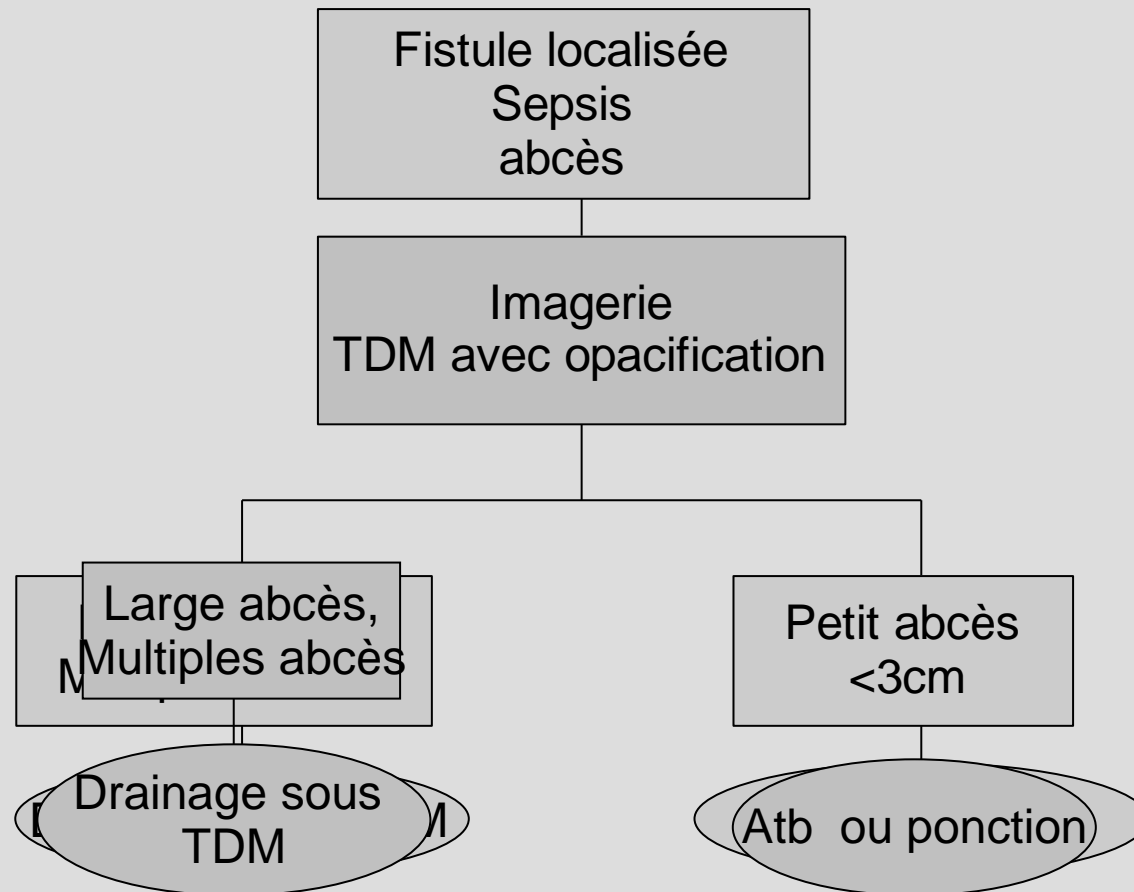
Résection
Anastomose
Stomie

Abcès localisé

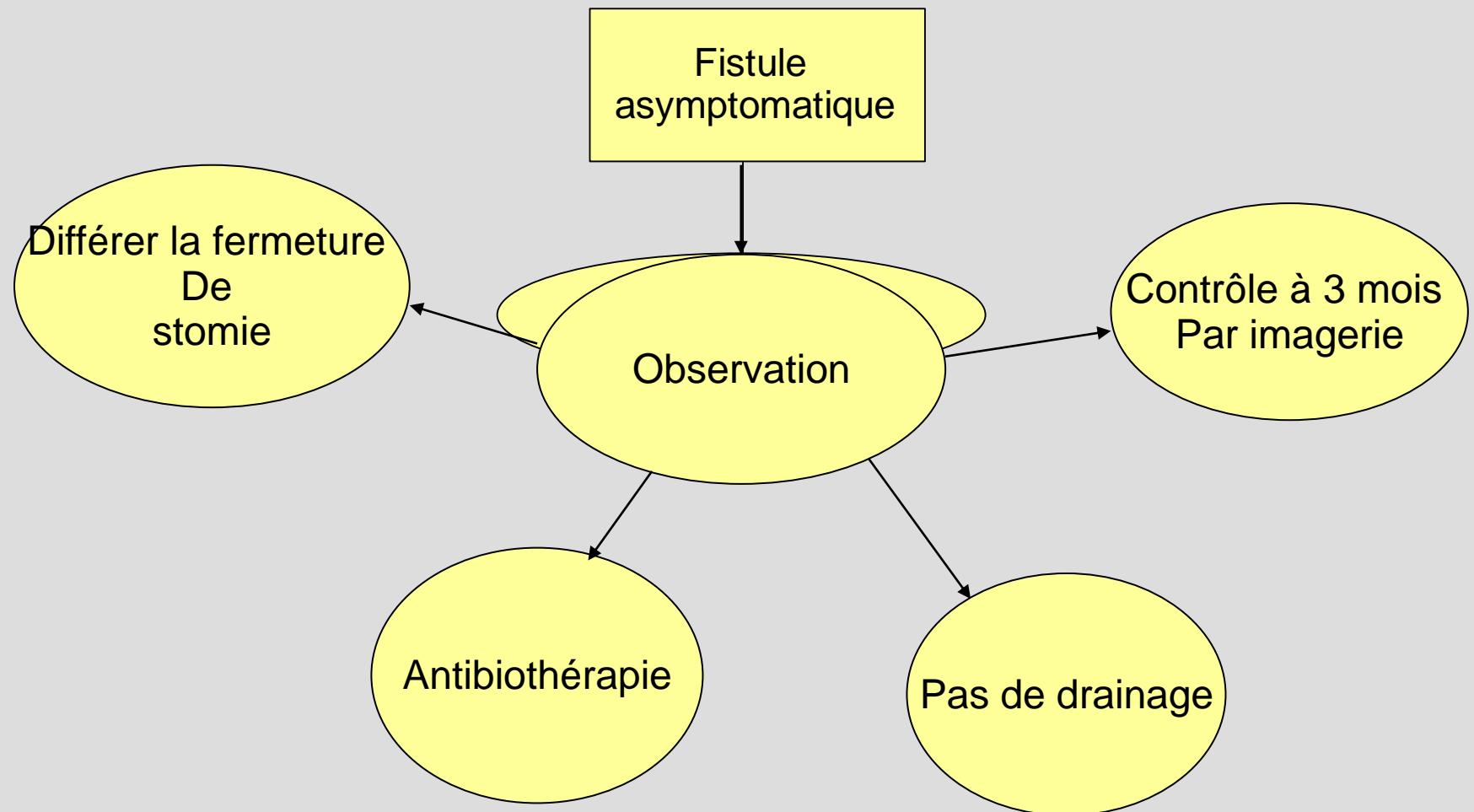
- Drainage percutané sous guidage radiologique
- OU
- Drainage chirurgical



Fistule localisée



Fistules silencieuses



Fistules extra-péritonales

- Abscès pelviens bas
- Drainage radiologique ou chirurgical:
 - Trans-rectal
 - Trans-vaginal
 - Trans-anal
 - Trans anastomotique
 - Trans-glutéal
 - Trans-sciatique

A l'étude...

- La colle biologique
- Plug
- Stent....

P.Del Rio, Acta Biomed 2005; 76:95-98

Lo Dico J Chir visceral 2010; 147:19-20

Prise en charge des fistules après chirurgie du rectum

DESC Nantes, janvier 2012
Laure Blanchard Trouvé
CHU Angers