

# Intervention de Lewis-Santy

Fistules anastomotiques intra-thoraciques:  
fréquence, traitement et pronostic

A Hamy (CHU -Nantes)

Brest, juin 2001

# Introduction

---

Evolution des 2 types principaux d'anastomose  
est très différente

*Paterson Br J Surg 1989*

car en ce qui concerne les anastomoses intra-thoraciques:

Complication peu fréquente (10 à 15%)

Mortalité globale est élevée (38 à 50%)

*Urshel Am J Surg 1995*

# But de l'étude

---

évaluer la fréquence et les causes de survenue,

étudier le pronostic et la survie,

d'une population de malades ayant une fistule anastomotique intra-thoracique (FAIT) après intervention de Lewis-Santy

# Matériel (1)

---

Etude rétrospective monocentrique

391 malades consécutifs ayant un cancer de l'oesophage

Oesophagectomie (thoracotomie droite, gastroplastie)

33 malades (8,4%) ont présenté une FAIT

Etat septique, drainage suspect, bleu de méthylène + transit oesophagien et scanner thoracique

# Résultats (1)

Mortalité globale de la série **7,7%** (30/391)

Mortalité liée à la fistule en USI **24%** (8/33)

Délai moyen de survenue **6 jours** (3 et 9 j)

Tous les malades extubés ont dû être ré-intubés

Durée moyenne de VA **29 jours** (18 et 41 j)

Aucune reprise chirurgicale de principe

Délai moyen de drainage de **22 jours** (8 et 37 j)

2 drains en moyenne/pt (1 et 4)

Durée moyenne de séjour en USI **32 jours** (8 et 56 j)

Durée moyenne d'hospitalisation **54 jours** (20 et 88 j)

# Résultats (2)

## Facteurs influençant la survenue d'une FAIT

<u>Analyse univariée:</u>	expérience chirurgicale	( $p < 0,01$ )
	durée d'intervention	( $p < 0,01$ )
	radiothérapie pré-op.	( $p < 0,05$ )
	sd obstructif aux EFR	( $p < 0,05$ )

2 facteurs indépendants, les anomalies des EFR et la durée d'intervention ( $p < 0,01$ )

# Résultats (3)

## Facteurs influençant le pronostic et la survie

<u>Analyse univariée:</u>	l'année de l'intervention	( $p < 0,05$ )
	le type histologique	( $p < 0,05$ )
	l'ATB de 1 <sup>ère</sup> intention	( $p < 0,01$ )

1 seul facteur indépendant influençant la survie,  
l'antibiothérapie (imipénème-cilastine) ( $p < 0,01$ )

# Discussion (1)

---

Les FAIT sont des complications graves:

mortalité élevée (-> 50%)

*Lam J Tho Cardiovasc Surg 1992*

*Patil J Surg Oncol 1992*

hospitalisation longue (USI 32 v/s 9j)

ventilation prolongée (29 v/s 4j)

# Discussion (2)

---

Le traitement médical est celui de 1<sup>ère</sup> intention:

Antibiothérapie

Drainage-Lavage (apport de la radiologie)

Alimentation entérale (jéjunostomie)

Bertoli *JPEN* 1986

Sauvanet *Br J Surg* 1998

Place du traitement chirurgical ?

Lozac'h *J Chir* 1994

# Conclusion

---

Notre étude confirme l'intérêt du traitement médical agressif des FAIT après intervention de Lewis-Santy, et, soulève l'importance de l'antibiothérapie dans la prise en charge de ces malades.

La prévention du risque repose sur le contrôle éventuel de paramètres pré-opératoires, et, sur la technique chirurgicale elle même.

La qualité du drainage, mis au cours de l'intervention, facilite le diagnostic et la prise en charge initiale.