

Place de la chirurgie dans la prise en charge des fistules sur sleeve

Lara RIBEIRO-PARENTI, Grégoire DE COURVILLE, Jean-Pierre MARMUSE

Résumé

Introduction : Les fistules après sleeve gastrectomie (SG) surviennent chez 1,4 à 5% des patients. Il n'existe aucun consensus concernant les modalités de prise en charge qui dépendent à la fois du délai de survenue et du retentissement clinique.

Méthodes : L'analyse rétrospective des dossiers des patients opérés d'une SG sous cœlioscopie a porté sur : le délai de survenue et les modalités de prise en charge de la fistule.

Résultats : 49 patients ont développé une FG (1,9%), 22 (45%) dans les 4 premiers jours (j), 9 (18%) entre J5 et J9 (intermédiaire) et 18 (37%) après J10 (tardive). Toutes étaient situées au niveau de la jonction œsogastrique.

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement antibiotique et d'un support nutritionnel.

Parmi les 18 patients avec une fistule tardive, 17 ont eu un traitement endoscopique (prothèse n=9, pigtail n=8). Deux complications ont été observées avec les prothèses (1 perforation et 1 migration). Le taux de guérison a été, néanmoins, de 100% avec un délai moyen de cicatrisation de 44 jours (20-160).

Parmi les 9 patients avec une fistule intermédiaire, 1 est décédée de choc hémorragique avant toute prise en charge, 1 a cicatrisé en 17 jours sous simple traitement médical et 3 ont guéri après traitement endoscopique (prothèse n=1, pigtail n=2) après un délai moyen de 38 jours (20-60). Les 4 autres ont été opérés (agrafage n=2, suture n=1, gastrectomie et anastomose oeso-jéjunale (AOJ) n=1) et dans tous les cas la fistule a récidivé. Tous les patients ont néanmoins cicatrisé après un délai moyen de 54 jours (14-90) dont 3 après mise en place de prothèse ayant entraîné une complication chez 2 patients (1 migration et 1 perforation).

Parmi les 22 patients ayant une fistule précoce, 1 a eu un traitement médical seul, 4 ont eu un traitement endoscopique (prothèse n=3, pigtail n=1) avec un taux de succès de 100% et un délai moyen de cicatrisation de 32 jours (17-56). Seize patients ont été opérés: agrafage latéral (n=10), suture (n=2) et gastrectomie avec AOJ (n=4). Onze d'entre eux ont guéri d'emblée; 7 après agrafage (70%) et 4 après AOJ (100%) avec un délai moyen d'hospitalisation de 16 jours (11-21). La fistule a récidivé chez les 5 autres patients imposant un traitement endoscopique de rattrapage (prothèse n=3, pigtail n=2). Quatre patients ont finalement cicatrisé après un délai moyen de 29 jours (20-30) et une a dû être réopérée en urgence pour rupture gastrique sur prothèse.

Conclusion : Au-delà du 4^e jour, la prise en charge de la fistule après SG repose avant tout sur l'endoscopie et en particulier les pigtails en raison du fort taux de complications observé après endoprothèse. En revanche, avant le 4^e jour, un traitement chirurgical peut se discuter, notamment un agrafage latéral qui permet de guérir d'emblée la fistule dans 7 cas sur 10, avec une durée d'hospitalisation moindre. De plus, en cas d'échec, le traitement endoscopique de rattrapage a des résultats comparables au traitement endoscopique de première intention. La suture doit être évitée en raison du fort taux d'échec (100% dans notre expérience) de même que l'AOJ, qui semble excessive bien que présentant un taux de succès de 100%, surtout depuis l'apparition des pigtails. Aucune fistule chronique n'a été observée dans cette série de patient.