

Drainage des sutures digestives

Pourquoi? Comment?

Le risque: la fistule!

Conséquences: abcès, péritonite, sepsis, décès... En cas de réintervention: pas de sutures \Rightarrow stomies

- Sutures et anastomoses: cicatrisation dans des conditions difficiles

sepsis, dénutrition, bas débit post-op...

Consommation d'O₂ des tissus pour cicatriser >>> vivre

La fistule est une mauvaise cicatrisation, conséquence d'une ischémie relative et localisée (\neq nécrose massive)

Le risque: la fistule!
Tout le monde en a!

Pas de techniques miracles
(points séparés/surjets, un ou plusieurs plans, fils résorbables ou non, manuelles ou pinces automatiques...)

105ème congrès AFC 2003

Prévoir ce risque et en prévenir les conséquences: rôle du drainage
Un bon drainage peut éviter la réintervention
(drainage souple, non aspiratif = lame)

« Physiologie et patience »:

Les pressions

Les accolements

Utiliser et laisser faire la nature!

Rappel de physiologie 1: les pressions

- Pression intra luminale digestive $>$ pression intra péritonéale
...lorsque l'intestin est en fonction.

Elle est peu différente lors de l'iléus post opératoire

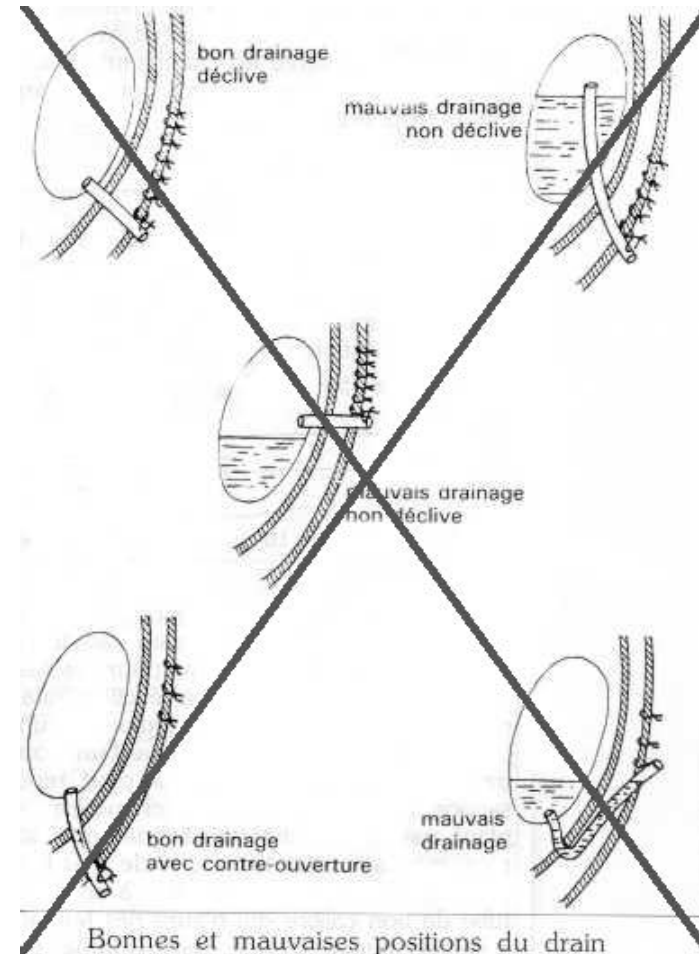
- Pression intra péritonéale $>$ pression atmosphérique
(sauf dans les espaces sous phréniques au début du temps expiratoire)

Rappel de physique: Les fluides (liquides et gaz) se déplacent selon le gradient de pression

Conséquence physiologique:

la notion de déclivité par rapport à la pesanteur est erronée.

Par exemple: un drainage « passif » (non aspiratif) du Douglas par une lame extériorisée en fosse iliaque droite est efficace.



Les fluides (liquides et gaz) se déplacent selon le gradient de pression



- S'il y a un drain au contact d'une fistule, les fluides sont évacués vers l'extérieur même si le trajet est ascendant

En cas de fistule sur une suture ou une anastomose non drainée, le contenu abdominal se répand dans la cavité péritonéale



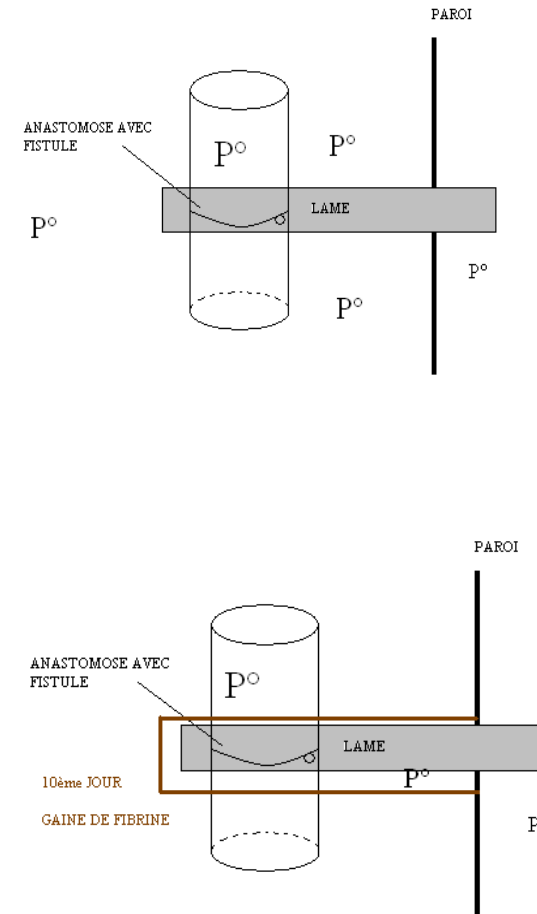
Rappel de physiologie 2: les accolements

- Après une laparotomie, il se produit une réaction inflammatoire intra péritonéale, avec apparition de fibrine qui recouvre et unit les viscères entre eux et à la paroi.

Une réintervention entre le 10^{ème} et le 40^{ème} jour est toujours difficile (dissection difficile, risque de brèches).

Rappel de physiologie 2: les accolements

- Si un drain abdominal a été placé, il est entouré par une gaine de fibrine qui l'isole du reste de la cavité péritonéale en 10 jours:
à ce moment-là, même si le drain est enlevé, le trajet, entre la suture digestive et l'extérieur, est étanche par rapport à la cavité péritonéale.



Gestion des drains :

Les drains placés au contact d'une anastomose ou d'une suture digestive doivent être laissés en place au minimum cinq jours, en pratique jusqu'à la reprise du transit, (*jusqu'à la fin de l'iléus post opératoire, lorsque la pression intra luminale digestive > pression intra péritonéale, au moment où la fistule va se démasquer*).

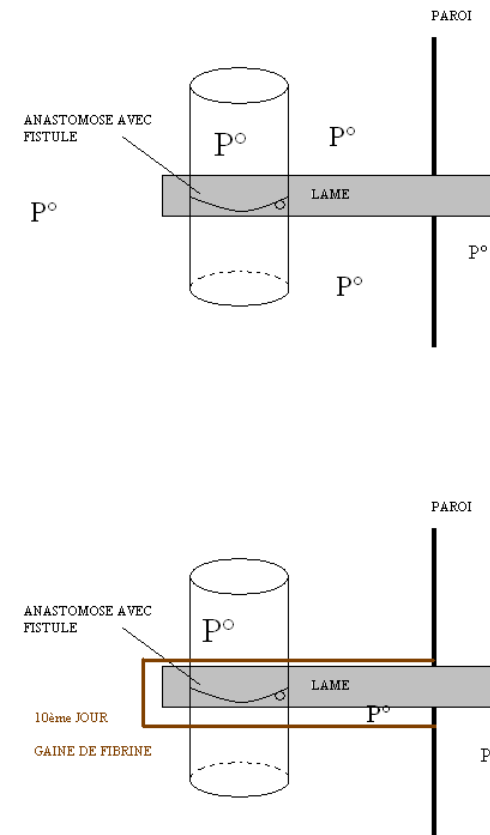
1. Evolution favorable

En l'absence d'écoulement sale, purulent, fécaloïde ou gazeux, ces drains peuvent être enlevés à partir du cinquième jour, généralement en plusieurs fois.

Gestion des drains :

2. Evolution défavorable : fistule

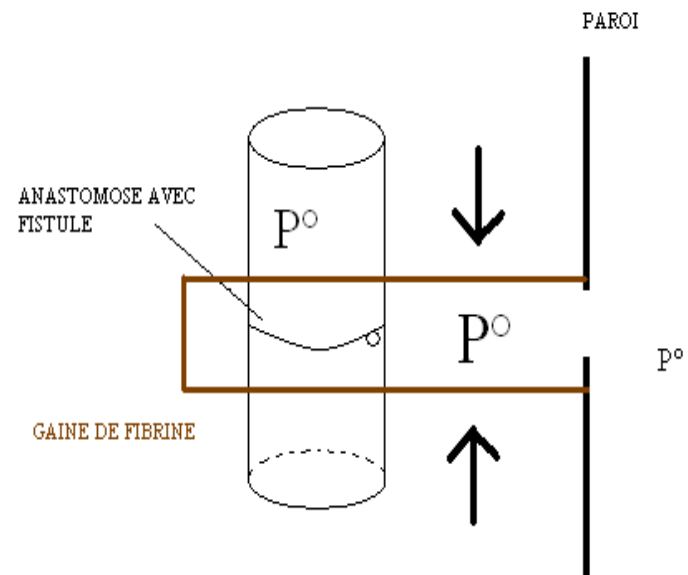
En cas de fistule digestive, lors de la reprise du transit, la lame de drainage va diriger vers l'extérieur un liquide sale, fécaloïde, avec des gaz : il faut laisser celle-ci en place jusqu'au dixième jour, au minimum, le temps pour que la lame soit enveloppée dans une gaine de fibrine qui isole son trajet du restant de la cavité péritonéale.



Gestion des drains :

Après 10 jours, on peut alors enlever progressivement le drain :

Le contenu intestinal a alors « le choix » entre le trajet intestinal normal (*intestin large, vide, donc trajet à basse pression*) et le trajet fistuleux sur lequel appuient les viscères et la paroi abdominale (*trajet à haute pression*).



Gestion des drains :

La fermeture surviendra, tôt ou tard, à condition d'éviter tout obstacle dans l'intestin d'aval (fécalome) : toute constipation ferait monter la pression intra luminale intestinale et pérenniserait ou ferait récidiver la fistule : vider le côlon d'aval:

- traitement laxatif
- lavements, (*au début de la mobilisation de la lame, les lavements vont laver le trajet fistuleux, ce qui favorisera la cicatrisation*).

Donc, lavements et ablation progressive de la lame de drainage après le 10^{ème} jour.

En pratique: drainer quoi?

- Selon les tissus digestifs :

Épaisseur des tissus, qualité de la vascularisation (*vascularisation terminale, anastomoses croisées...*), la structure de la paroi (*musculaire longitudinale, solidité de la muqueuse...*): plus ou moins bonne qualité chirurgicale:

- * Estomac : paroi épaisse, plusieurs pédicules vasculaires, vascularisation intra pariétale en treillis : excellent tissu.
- * Grêle : bonne qualité, sauf pour le duodénum.
 - *Gastro-entéro-anastomose /gastrectomie distale avec anastomose gastro-jéjunale.*
 - *Il n'est pas obligatoire (ni facile) de drainer une anastomose grêle-grêle, d'autant plus que le grêle est un organe mobile*
- * Côlon, rectum : qualité médiocre. Haut risque de fistule dans un contexte septique, sur un côlon non préparé, en cas d'incongruence des segments (occlusion): anastomoses latérales? Éventuellement anastomoses protégées.

En pratique: drainer quoi?

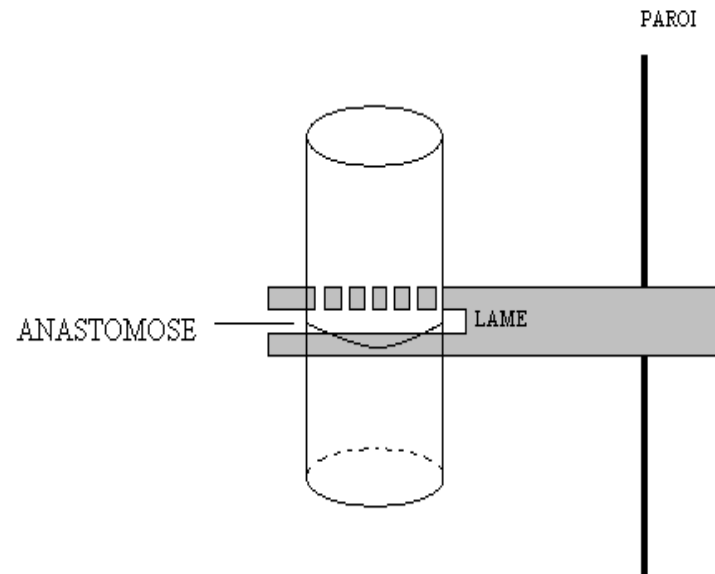
- Selon le contexte : suture ou stomie ?

- Choc : le territoire vasculaire digestif est le 1^{er} sacrifié en cas de choc...
- Infection : le grêle tolère mieux la suture en milieu septique que le côlon
- Contenu digestif : préférer côlon vide et pas trop distendu ! Peu d'importance pour le grêle.
- Les stomies sont d'autant plus productives et corrosives qu'elles sont haut situées sur le tube digestif.

En pratique: drainer comment?

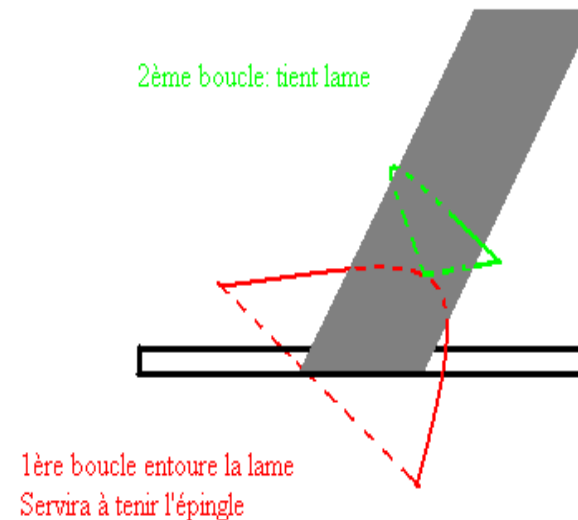
- Positionnement des drains : entourer les anastomoses.

Grêle mobile: fixation de la lame avec fil à résorption rapide ?



En pratique: drainer comment?

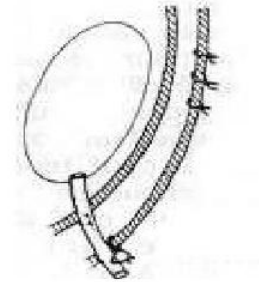
- Fixation des drains : double boucle pour l'épingle à nourrice !
- Dans des poches, pas dans des compresses (augmentent la pression extérieure).



En pratique: drainer comment?

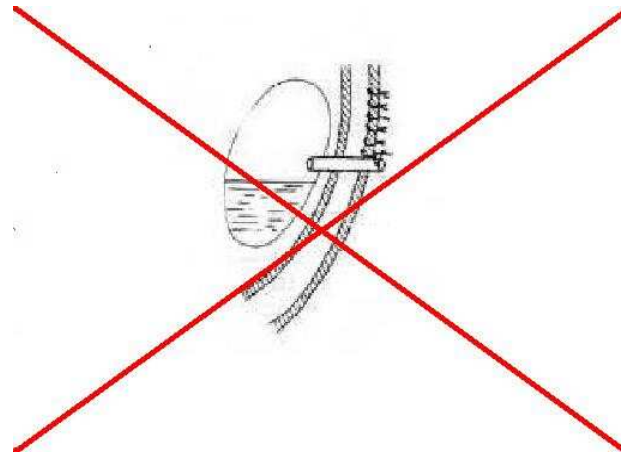
Sortie des drains :

Pas dans l'incision+++ . Si fistule :
large ouverture de la peau, voire
éviscération. Trajet large, donc
basse pression, ne se ferme pas !
Plus tard: éventration.



Risques des drains ?

Souple, positionné lâchement au
contact de structures molles : pas
de risque !



Drainage des sutures digestives

« Physiologie et patience »:

indépendant des conditions locales et du niveau
de technologie!

Applicable dans le contexte de chirurgie en
situation précaire, la réalité du terrain MSF.