

# Anastomose coloanale « différée » après échec d'une première chirurgie colorectale

## Delayed coloanal anastomosis after previous colorectal surgery failure

G Bozio, JY Mabrut, C Ducerf, J Baulieux

Service de chirurgie générale, digestive et de la transplantation, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon

### Mots clés

- ◆ Chirurgie colorectale
- ◆ Chirurgie de rattrapage
- ◆ Fistule anastomotique
- ◆ Sténose anastomotique
- ◆ Cancer du rectum

### Résumé

La chirurgie colorectale expose à un risque de complications majeures, en particulier après radiothérapie néoadjuvante. Entre octobre 1994 et août 2011, 46 patients ont bénéficié d'une anastomose colo anale « différée » (ACAD) pour rétablir la continuité coloanale. Une radiothérapie pelvienne avait été réalisée chez 17 patients. Les indications étaient une complication infectieuse anastomotique pour 33 patients, un rétablissement de la continuité digestive après Hartmann bas pour quatre patients, une perforation rectale pour un patient, une ischémie colique pour deux patients et six cas sélectionnés de récurrence néoplasique pelvienne d'origine ovarienne, rectale ou appendiculaire.

Le suivi moyen était de 65 mois (6 à 192 mois). La mortalité était nulle. La morbidité globale était de 33 %. Il n'y avait pas de fistule anastomotique mais trois infections locales, une ischémie colique et une fistule iléovaginale. Les résultats fonctionnels étaient bons ou acceptables respectivement pour 73 % et 88 % des patients évaluables à un et deux ans. Au terme du suivi, seuls trois patients conservaient une stomie : deux pour mauvais résultat fonctionnel et un pour fistule iléo-vaginale.

Après échec d'une première anastomose colorectale basse, après une intervention de Hartmann bas ou devant certains cas sélectionnés de récurrence néoplasique pelvienne, l'ACAD est une procédure sûre et sécurisante, avec seulement 6 % de complications septiques. L'ACAD est une alternative à l'intervention de Soave en vue d'une conservation sphinctérienne.

### Keywords

- ◆ Colorectal surgery
- ◆ Salvage surgery
- ◆ Anastomotic leakage
- ◆ Anastomotic stricture
- ◆ Rectal cancer

### Abstract

Colorectal surgery is subject to a rate of major complications, especially after neo-adjuvant radiotherapy. Between October 1994 and August 2011, 46 patients have benefited from a « delayed » coloanal anastomosis (DCAA) to restore coloanal continuity. Pelvic radiotherapy was performed in 17 patients. The pathology was septic anastomotic complications in 33 patients, low Hartmann's reconstruction in four, rectal perforation in one, colic ischemia in two and selected pelvic local cancer recurrence (ovarian, rectal, appendiceal) in six.

Mean follow-up was 65 months (range 6-192). There was no operative mortality. Overall morbidity was 33 %. There were no anastomotic leakage, three local infections, one colic ischemia and one ileovaginal fistula. The functional results were good or acceptable respectively in 73 % and 88 % of evaluable patients at one year and two years. At the end of follow-up, only three patients kept a stoma: two for poor functional outcome and one for ileovaginal fistula.

After low colorectal anastomosis failure or low Hartmann's procedure or in some selected cases of pelvic cancer recurrence, DCAA is a safe procedure, with only 6 % of septic complications. DCAA is an alternative to Soave's procedure for sphincter preservation.

La chirurgie colique G et rectale expose à des complications postopératoires notamment anastomotiques parfois difficiles à prendre en charge. Le *sepsis* périanastomotique est responsable d'une fibrose cicatricielle pelvienne aggravée par une éventuelle radiothérapie initiale. La prise en charge de ces complications nécessite fréquemment la réalisation d'une stomie de protection. Après contrôle d'un éventuel *sepsis* local pelvien, le rétablissement de la continuité digestive peut alors être envisagé. Une réintervention au niveau des séquelles cicatricielles pelviennes est parfois nécessaire et s'avère dans la majorité des cas difficiles. La réalisation d'une anastomose colo-anale « différée » peut s'avérer inté-

ressante dans cette situation en décalant dans le temps la réalisation d'une suture digestive à risque dans un milieu peu propice à une cicatrisation optimale.

### Patients

Entre 1988 et 2011, 164 patients ont bénéficié de la réalisation d'une anastomose coloanale « différée » dans notre centre (1). Chez 46 patients (28 %), cette intervention était réalisée après complications de chirurgie colorectale initiale, avec pour objectif de rétablir la continuité digestive.

### Correspondance :

Guillaume Bozio, Service de chirurgie générale, digestive et de la transplantation  
Hôpital de la Croix-Rousse, 103, Grande rue de la Croix-Rousse, 69317 Lyon Cedex 04  
E-mail : guillaume.bozio@chu-lyon.fr

Ces 46 patients avaient été pris en charge initialement pour un cancer du rectum (n=30), un cancer épidermoïde du bas rectum (n=1), un adénome villositaire du *rectum* (n=2), une sigmoïdite compliquée (n=6), une colite ischémique (n=3), une endométriose rectovaginale (n=1), un cancer de l'ovaire (n=2) et un cancer de l'appendice (n=1). Une radiothérapie pelvienne avait été réalisée chez 18 patients (39 %). Les indications de la chirurgie de « rattrapage » par anastomose coloanale « différée » étaient représentées majoritairement par des complications anastomotiques (n=33, 71 %) avec des sténoses anastomotiques (n=11), des fistules rectovaginales (n=9), des fistules anastomotiques abcédées persistantes (n=6), des fistules rectovésicales (n=7). Les autres indications étaient un rétablissement après intervention de Hartmann bas (n=4), une récurrence néoplasique locorégionale (n=6), une perforation rectale (n=1), une ischémie colique (n=2).

Il s'agissait de 26 femmes et de 20 hommes, âgés en moyenne de 58 ans (extrêmes 37-75). La majorité des patients (76 %) ont été référés dans notre centre après au moins une intervention chirurgicale. Quinze patients étaient déjà porteurs d'une stomie au moment de leur prise en charge (colostomie = 8, iléostomie = 7). Le délai moyen entre la survenue de la complication et la réalisation de l'anastomose coloanale « différée » était de 18 mois (extrêmes 0-96).

## Particularités opératoires et gestes associés

Par rapport à l'anastomose coloanale « différée » de première intention (2), la technique opératoire présentait quelques particularités liées aux précédentes interventions :

- Le rétablissement de la continuité digestive n'était envisagé qu'après traitement du *sepsis* pelvien par drainage radiologique ou chirurgical (notamment par voie inter-anococcygienne) chez 13 patients (30 %) ;
- Les ligatures vasculaires à l'origine de l'artère mésentérique inférieure et à sa terminaison de la veine mésentérique inférieure étaient complétées si nécessaire afin d'abaisser le colon gauche jusqu'au-delà de la marge anale. Une section des vaisseaux colica media à l'origine était réalisée à la demande pour obtenir une mobilisation plus extensive du colon ;
- En raison d'un côlon gauche trop court ou mal vascularisé, une mobilisation extensive était nécessaire pour 26 patients (57 %) : un abaissement colique transmésentérique (procédure de Toupet) ou un retournement du colon droit (selon Deloyers) étaient réalisés chez respectivement 12 et 14 patients ;
- Une sclérose pelvienne intense liée aux gestes chirurgicaux antérieurs, à la radiothérapie préalable et aux épisodes septiques pelviens était présente chez tous les patients sauf un ;
- La dissection rectale itérative était ainsi menée dans un entonnoir fibreux pelvien difficilement extensible qui nécessitait des traits de refend pour l'élargir en postérieur et en latéral en prenant soin d'éviter les lésions urétérales ;
- Au temps périméal, l'incision circonférentielle de la muqueuse était réalisée 0,5 à 1 cm au-dessus de la ligne anopectinée (en l'absence d'impératif carcinologique), afin de garder intacte la zone transitionnelle du canal anal ;
- L'extériorisation de la trompe colique et la réalisation de l'anastomose coloanale « différée » proprement dite étaient en tout point similaires à la technique décrite précédemment. Cependant, en fonction de l'étendue de la résection colique, l'anastomose pouvait être réalisée sur le colon transverse ou sur le colon droit.

## Résultats

La morbidité per-opératoire était de 11 % : plaies intestinales n=2, lésions urétérales, n=2 et plaie de la rate n=1. La mortalité était nulle et la morbidité globale de 31 %, avec 28 % de complications chirurgicales (9 complications stades III et IV de Clavien = 20 %) : infections locales nécessitant un drainage chirurgical ou radiologique (n=3), hémorragies nécessitant une geste d'hémostase (n=2), fistule urétérale nécessitant une reconstruction chirurgicale (n=2), ischémie colique traitée par anastomose coloanale « différée » itérative (n=1), jéjunostomie pour fistule iléovaginale (n=1). Aucun patient n'a présenté de fistule anastomotique.

La durée médiane d'hospitalisation était de 13 jours (extrêmes : 10-60).

Le suivi moyen était de 65 mois (extrêmes 10-192). Les résultats fonctionnels ont été évalués par le score « Croix-Rousse » (1), avec utilisation répétée de questionnaires (fig. 1). Les patients porteurs d'une stomie ont été considérés comme ayant un très mauvais résultat fonctionnel (analyse en intention de traiter). Les résultats fonctionnels étaient bons ou acceptables pour 67 % et 83 % des patients évaluables respectivement à un an et deux ans. Ces résultats sont stables dans le temps. Chez tous les patients, on notait une nette amélioration au cours des 18 premiers mois postopératoires.

Au terme du suivi, trois patients (6,5 %) étaient porteurs d'une stomie : une colostomie définitive était réalisée chez deux patients pour résultats fonctionnels insuffisants et une fermeture d'iléostomie n'avait pu être réalisée (décès).

## Discussion

Dans notre expérience concernant la prise en charge des complications après chirurgie rectale, l'anastomose colo-anale « différée » dite de rattrapage a permis un rétablissement de la continuité digestive avec conservation sphinctérienne dans 94 % des cas avec une morbidité limitée (6,5 % de complications septiques) et des résultats fonctionnels satisfaisants et stables à long terme. Elle évite la stomie et son coût est faible puisqu'elle ne nécessite pas de technologie particulière. La durée de séjour peut paraître longue mais il n'y a pas de deuxième séjour hospitalier en vue de la fermeture de stomie.

Les sténoses ou fistules d'anastomose colorectale basse ou coloanale, les fistules rectovaginales hautes représentent la majorité des indications potentielles (3-5). Une tentative de rétablissement de la continuité digestive ne doit être envisagée qu'après contrôle et cicatrisation du *sepsis* local. Les réinterventions dans ces *pelvis* cicatriciels sont difficiles. Elles exposent à des plaies urétérales dont l'incidence et la morbidité peuvent être diminuées par la mise en place préopératoire de sonde urétérale JJ. Le concept de l'anastomose coloanale « différée », en décalant le plus possible vers le bas mais également dans le temps l'anastomose paraît tout à fait adapté à ces situations difficiles pour lesquelles sont réalisées des sutures digestives à risque dans un milieu peu propice à une cicatrisation optimale. Des artifices d'abaissement colique (Deloyers, Toupet) sont souvent nécessaires pour abaisser le colon en transanal et réaliser une anastomose sans tension.

Les résultats fonctionnels sont cependant inférieurs à ceux obtenus après réalisation d'une anastomose coloanale « différée » de première intention. Cette différence est probablement expliquée par les plus faibles capacités de distension du colon abaissé à travers le *pelvis* fibrosé et part la forte proportion de patients qui, par nécessité, a subi une résection colique étendue.

## Conclusion

La réalisation d'une anastomose coloanale « différée » de rattrapage nous apparaît tout à fait adaptée à la prise en charge de certaines situations complexes après chirurgie coloproctale initiale et représente pour nous une méthode de choix et une alternative à l'intervention de Soave dans ces indications.

## Discussion en séance

### Question de M Germain

Les plaies de rate après colectomie gauche type Hartmann ne sont pas rares lors du rétablissement de continuité. Un cas dans votre série. Qu'avez-vous fait comme opération ?

### Réponse

Toutes les tentatives d'hémostase locale n'ont pas permis le tarissement de l'hémorragie et le patient a finalement nécessité une splénectomie d'hémostase.

Les plaies de rate lors de ces réinterventions ne sont effectivement pas rares, souvent liées à la formation d'adhérences postopératoires après mobilisation de l'angle colique gauche en vue du rétablissement de la continuité digestive lors de l'intervention initiale.

### Question de P Marre

Une précision demandée à l'orateur sur la différence entre cette intervention et l'intervention de Soave qui concerne le siège de l'anastomose : coloanale dans cette intervention et coloproctale basse dans l'intervention de Soave ?

### Réponse

Ces deux interventions visent à confectionner une anastomose coloanale. Cependant, l'intervention de Soave ne comporte pas de façon standardisée la ligature des vaisseaux mésentérique inférieurs à leur origine ou terminaison ni l'abaissement de l'angle colique gauche. Par ailleurs, la dissection rectale est réalisée dans un plan sous-muqueux, laissant en place le mésorectum et la paroi séro-muscleuse du *rectum*. L'intervention de Soave, décrite initialement pour la maladie de Hirschsprung, évite toute lésion de l'innervation autonome pelvienne mais ne permet pas d'obtenir une loge pelvienne suffisamment large pour la distension ultérieure du néo-rectum. De surcroît, elle nécessite une stomie d'amont de dérivation.

## Références

1. Olagne E, Baulieux J, de la Roche E, Adham M, Berthoux N. Functional results of delayed coloanal anastomosis after preoperative radiotherapy for lower third rectal cancer. *J Am Coll Surg* 2000 ; 191 : 643-9.
2. Bozio G, Mabrut JY, Baulieux J. Anastomose coloanale différée après exérèse totale du mésorectum par laparoscopie pour cancer du rectum. *J Chir (Paris)* 2008 ; 145 : 262-5.
3. Schlegel RD, Dehni N, Parc R, Caplin S, Tiret E. Results of reoperations in colorectal anastomotic strictures. *Dis Colon Rectum* 2001 ; 44 : 1464-8.
4. Faucheron JL, Rosso R, Tiret E, Keli E, Nugent KP. Soave's procedure: the final sphincter-saving solution for iatrogenic rectal lesions. *Br J Surg* 1998 ; 85 : 962-4.
5. Remzi FH, El Gazzaz G, Kiran RP, Kirat HT, Fazio VW. Outcomes following turnbull-cutait abdominoperineal pull-through compared with coloanal anastomosis. *Br J Surg* 2009 ; 96 : 424-9.

Figure 1. Score d'évaluation fonctionnelle « Croix-Rousse »

Suivi fonctionnel	Variable	Score
Nombre de selles par jour	0 à 3	0
	4 à 6	1
	> 6	2
Nombre de selles par nuit	0	0
	1/semaine	1
	> 1/semaine	2
Contrôle des selles	> à 30 min	0
	15 à 30 min	1
	< à 15 min	2
Temps d'exonération	< à 5 min	0
	5 à 15 min	1
	> À 15 min	2
Thérapeutique	Non	0
	Oui	1
Souillure	Jamais	0
	Souvent	1
	Toujours	2
Port de garniture	Jamais	0
	Par précaution	1
	Par nécessité	2
Incontinence selles	Jamais	0
	Occasionnel	1
	Fréquent	2
Discrimination selle/gaz	Oui	0
	Non	1
Incontinence gaz	Non	0
	Oui	1
Régime alimentaire	Non	0
	Oui	1
Vie sociale	Oui	0
	Non	1
Satisfaction	Oui	0
	Non	1

Bon	0 à 3
Acceptable	4 à 6
Mauvais	7 et 8
Très mauvais	≥ 9