

PRISE EN CHARGE DES FUITES APRÈS LA DÉRIVATION BILIO-PANCRÉATIQUE ET LE SADI

Radu Pescarus, MD, FRSCS, DABOM

Chirurgien Bariatrique et Digestif Haut
CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal

Professeur agrégé de clinique, Université de Montréal

Président de la Canadian Association of Bariatric Physicians and Surgeons



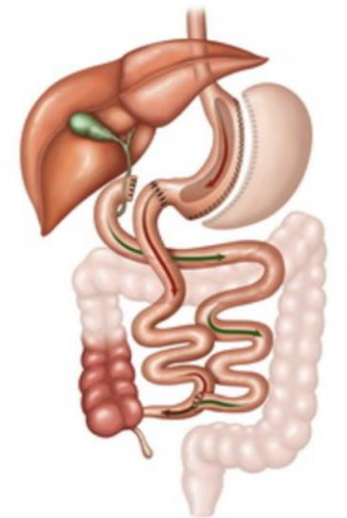
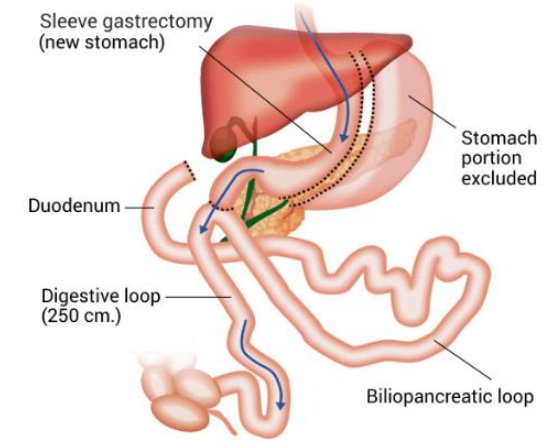
DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÊRETS

Nom de la compagnie	Honoraires	Consultant	Fonds de Recherche
Medtronic	X	X	X
Boston Scientific	X	X	



INTRODUCTION

- Prise en charge d'une fuite après une Dérivation Bilio-Pancréatique (**DBP**) ou **SADI-S** présente des défis particuliers:
 - ✓ Longue ligne d'agrafage gastrique & Système à haute pression
 - ✓ Moignon duodénal inaccessible endoscopiquement
 - ✓ Possibilité d'obstruction ou de sténose distale
 - ✓ Patients souvent à haut risque chirurgical



INCIDENCE FUITE SADI-S vs DBP

Taux de fuite comparables entre SADI-S et DBP

SADI-S

0,52 %

Fuite anastomotique
n = 4 361 (2020–2023)

Dérivation Bilio-pancréatique

0,7 %

Fuite duodénale
n = 566 (30 jours)

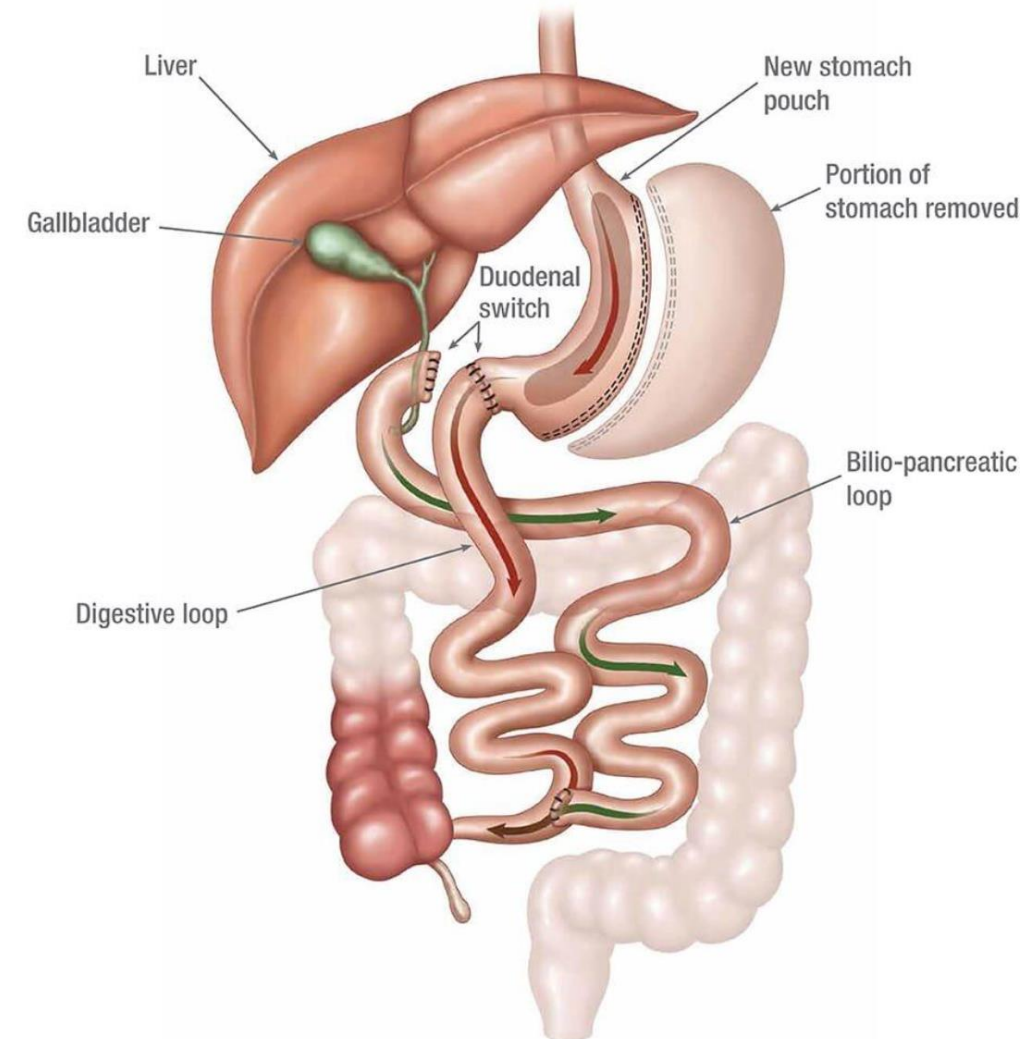
Readmission	209 (4.51)
Reoperation	93 (2.01)
SSI (any level)	84 (1.81)
Transfusion	45 (.97)
Unplanned ICU admission	40 (.86)
Gastrointestinal tract bleed	29 (.63)
Pneumonia	25 (.54)
Anastomotic leak	24 (.52)
Small bowel obstruction	22 (.47)

Table 3 Thirty-days complications

Variable	Percentage (N)	Required reoperation
Major complications (N = 566)		
Duodenal leak	0.7 (4)	0.7 (4)
Gastric leak	0.2 (1)	–
Intra-abdominal abscess	0.5 (3)	0.2 (1)

PRINCIPAUX SITES DE FUITE POST DBP

1. Anastomose duodéno-iléale
2. Ligne d'agrafage de la sleeve
3. Moignon duodénal
4. Anastomose iléo-iléale



DIAGNOSTIC DE LA FUITE

- **CT scan** abdominal double contraste
- **Repas baryté**
- **HIDA scan** (Fuite moignon duodénal)
- **Évaluation endoscopique +/- fluoroscopique**



5 PILLIERS DE LA PRISE EN CHARGE

1. RÉANIMATION

- Hydratation; Antibiotiques; Support hémodynamique

2. DRAINAGE

- Percutané vs Endoscopique vs Chirurgical

3. DÉRIVATION/DÉCOMPRESSION

- Stent; Traitement d'une éventuelle sténose distale

4. FERMETURE

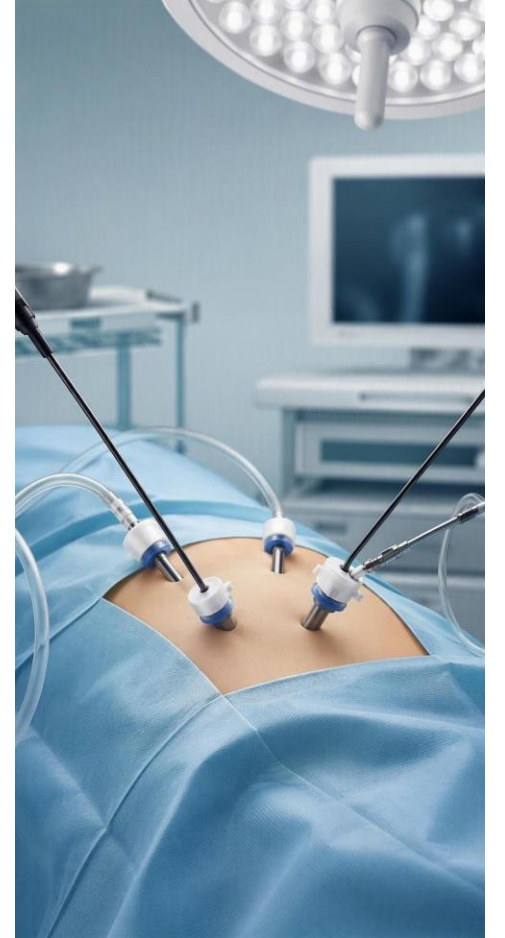
- Endoscopique vs Chirurgicale

5. ALIMENTATION

- Entérale distale à la fuite vs parentérale

APPROCHES CHIRURGICALES

- Contexte: patients instables ou péritonite diffuse
1. **Fuite anastomose duodéno-iléale:**
 - Lavage et drainage de collections
 - Suture directe de la fuite +/- omentoplastie
 - Transformation en DBP
 2. **Fuite gastrique:**
 - Lavage abdominal + Traitement endoscopique
 3. **Fuite moignon duodénal:**
 - Lavage abdominal + Duodénostomie



APPROCHES ENDOSCOPIQUES

OPTIONS ENDOSCOPIQUES DANS LE TRAITEMENT DES FISTULES DIGESTIVES



1. TECHNIQUES DE FERMETURE

Fermeture mécanique directe de l'orifice fistuleux



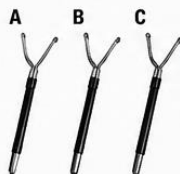
OTSC

Clip de pleine épaisseur



SUTURES ENDOSCOPIQUES (OVERSTITCH)

Suture de l'orifice fistuleux



CLIPS

Rapprochement des berges



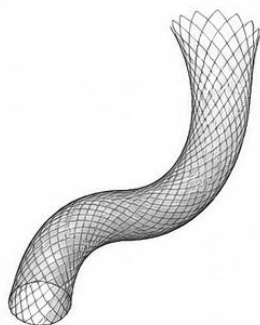
INDICATION

Orifice accessible, tissu viable, fistule de petite à moyenne taille



2. TECHNIQUES D'EXCLUSION

Détourner le flux digestif de la fistule



STENTS COUVERTS

Permettent de couvrir l'orifice et de réduire le flux



INDICATION

Fuite active, débit important, impossibilité de fermeture directe



3. DRAINAGE INTERNE

Contrôler et drainer la collection afin de favoriser la cicatrisation



DOUBLE-PIGTAIL

Drainage continu de la collection



ENDOVAC

Éponge connectée à une aspiration négative



SEPTOPLASTIE

Création d'une fenestration entre cavité et lumière digestive



INDICATION

Collection chronique, cavité ou fistule complexe



4. DISPOSITIFS D'OCCCLUSION

Occlusion du trajet fistuleux



PLUGS VASCULAIRES

Oblitération du trajet fistuleux



DISPOSITIFS D'OCCCLUSION DÉDIÉS

Oblitération du trajet fistuleux



INDICATION

Fistule chronique avec trajet bien défini



5. TECHNIQUES DE COMBINAISON

Associer contrôle de la cavité, réduction du flux et fermeture



DRAINAGE + STENT



STENT + ENDOVAC



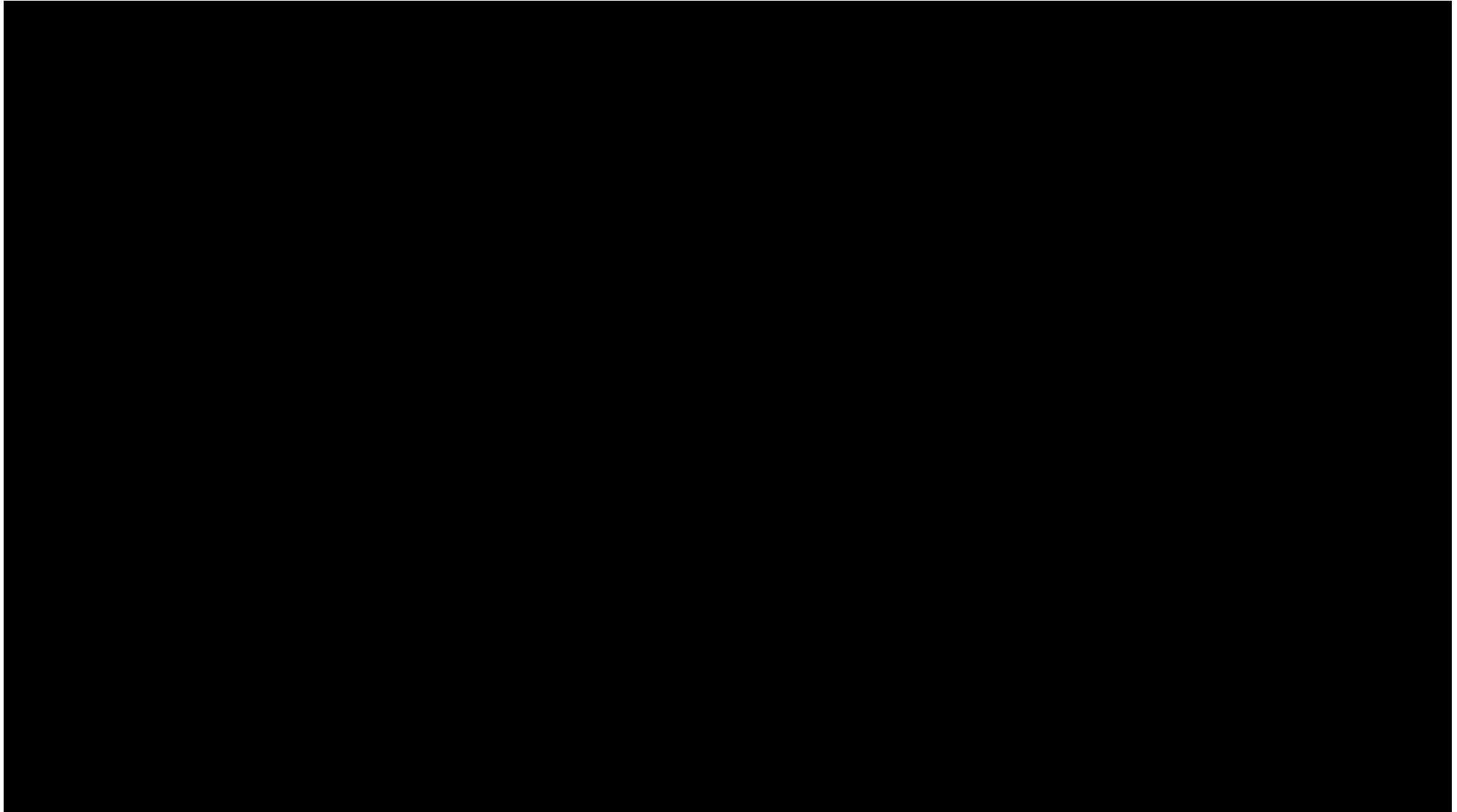
INDICATION

Fistules complexes, chroniques ou à haut risque d'échec



L'approche doit être adaptée à l'anatomie, au débit de la fuite, à la présence d'une collection et à la qualité des tissus.

CAS CLINIQUE: FUITE DUODÉNO-ILÉOSTOMIE



CONCLUSIONS

- Fuites après la DBP ou SADI-S peuvent représenter des défis complexes
- Nombreuses options de tx chirurgicales et endoscopiques sont disponibles dépendant du context clinique du patient, la localization et caractéristiques de la fuite
- *Traitement endoscopique* à privilégier si patient stable et fuite localisée
- *Traitement chirurgical* à favoriser si péritonite diffuse et patient instable

INVITATION CONFERENCE CABPS 2027



CANADIAN OBESITY WEEKEND

CONFERENCE VENUE: PALAIS DES CONGRES
201 AV. VIGER O | MONTREAL, QC

MAIN CONFERENCE HOTEL: LE WESTIN MONTREAL
270 RUE SAINT-ANTOINE O. | MONTRÉAL, QC



L'ASSOCIATION CANADIENNE
des MEDECINS et CHIRURGIENS BARIATRIQUES

The CANADIAN ASSOCIATION of
BARIATRIC PHYSICIANS and SURGEONS



JOINT CONFERENCE BETWEEN CABPS AND IFSO NORTH AMERICAN CHAPTER

XXX IFSO WORLD CONGRESS

"Advancing Multimodal Obesity Care"

24-27 August 2027

ifso2027.org



IFSO
PARIS 2027

See you in

PARIS

