

# CHIRURGIE ABDOMINALE

B. MAISTRE - R. HUET - J.-F. BLANC - J.-M. VEILLARD

## LAVAGE D'ESTOMAC

Geste désagréable pour le malade, le médecin, l'infirmière. Donc indications de bons sens :

- essentiellement, INGESTION DE PRODUITS TOXIQUES, stase d'une sténose du pylore.
- **jamais** - chez un ulcéreux connu
  - si un délai supérieur à 6 heures s'est écoulé depuis la déglutition.
  - s'il s'agit d'acide, de détergent, de lessive, bref de produits caustiques : les vomissements provoqués par la sonde, risquent d'aggraver les lésions œsophagiennes !!
- **prudence** chez - le cardiaque
  - l'insuffisant respiratoire
  - le comateux

## MATÉRIEL

- . Tube de Faucher 150 cm de long et 10-12 mm de calibre intérieur (la sonde d'Einhorn est donc insuffisante pour un lavage efficace).
- . Entonnoir s'adaptant sur ce tube.

TECHNIQUE : Vérifier l'absence de prothèse dentaire mobile.

- **SUJET CONSCIENT** : calmer le sujet, lui expliquer la manœuvre.

- . Position : assis ou couché.
- . Faire déglutir le tube lubrifié introduit **par la bouche**.
- . L'accompagner sans brutalité, sans à coups. (Une pulvérisation de xylocaïne peut être nécessaire s'il y a trop d'efforts de rejet du tube).
- . Lorsque le repère, indiquant une longueur de 50 cm, affleure les arcades dentaires, on peut remplir l'entonnoir surélevé (eau bicarbonatée à 3 % et tiède).
- . **Avant que l'entonnoir ne soit entièrement vide**, l'abaisser et le retourner sur un récipient : ce siphonnage du contenu gastrique doit être réalisé lentement (choc vagal ?).
- . Recommencer plusieurs fois la manœuvre, jusqu'à ce que le liquide ramené soit propre.

- **SUJET INCONSCIENT** : indications encore plus rares !! (ingestion récente seulement).

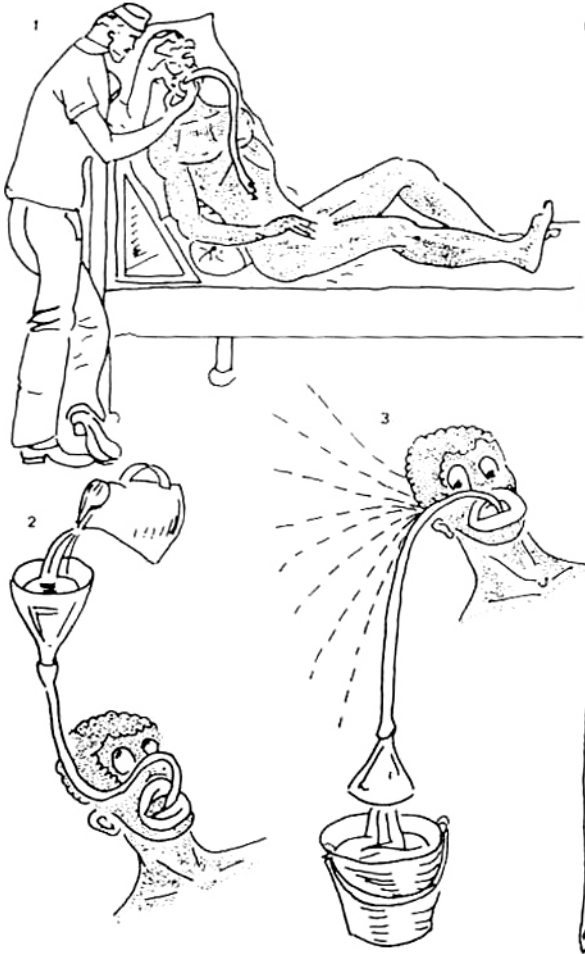
- . Position : malade couché sur le côté, au bord du lit.
- . introduire le tube très doucement
- . **aspirer avant toute introduction de liquide !!** (pour être certain de ne pas être dans l'arbre aérien)
- . **coucher** le malade : plat ventre, tête basse.
- . puis introduire **peu de liquide à la fois** dans l'entonnoir ; recueillir pour analyse toxicologique le liquide retiré.

## TUBAGE GASTRIQUE

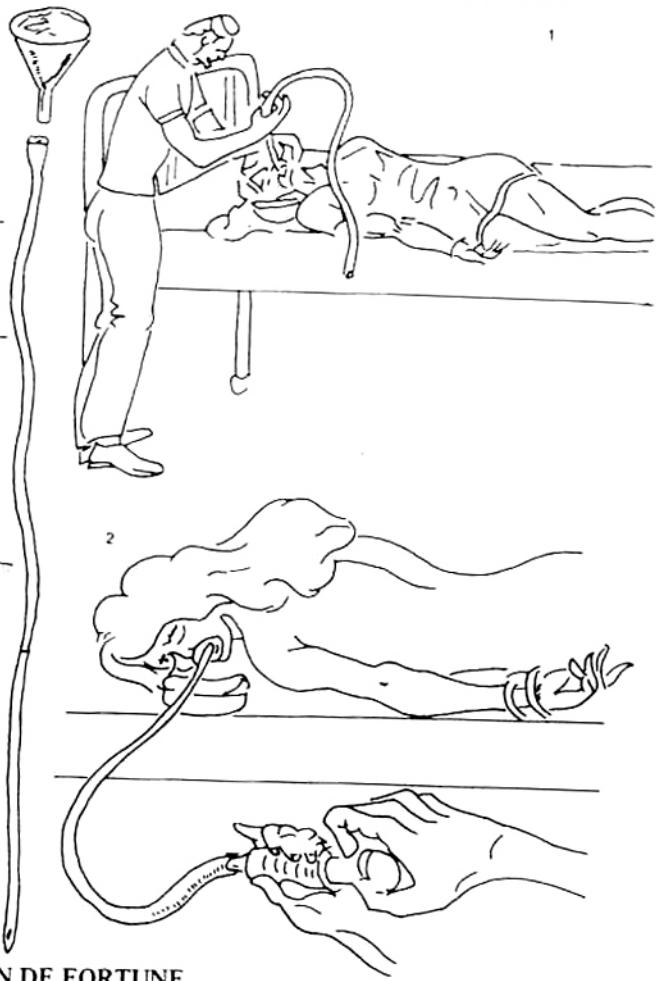
- Pour aspiration (ulcère perforé par exemple) ou pour alimentation.

# LAVAGE GASTRIQUE

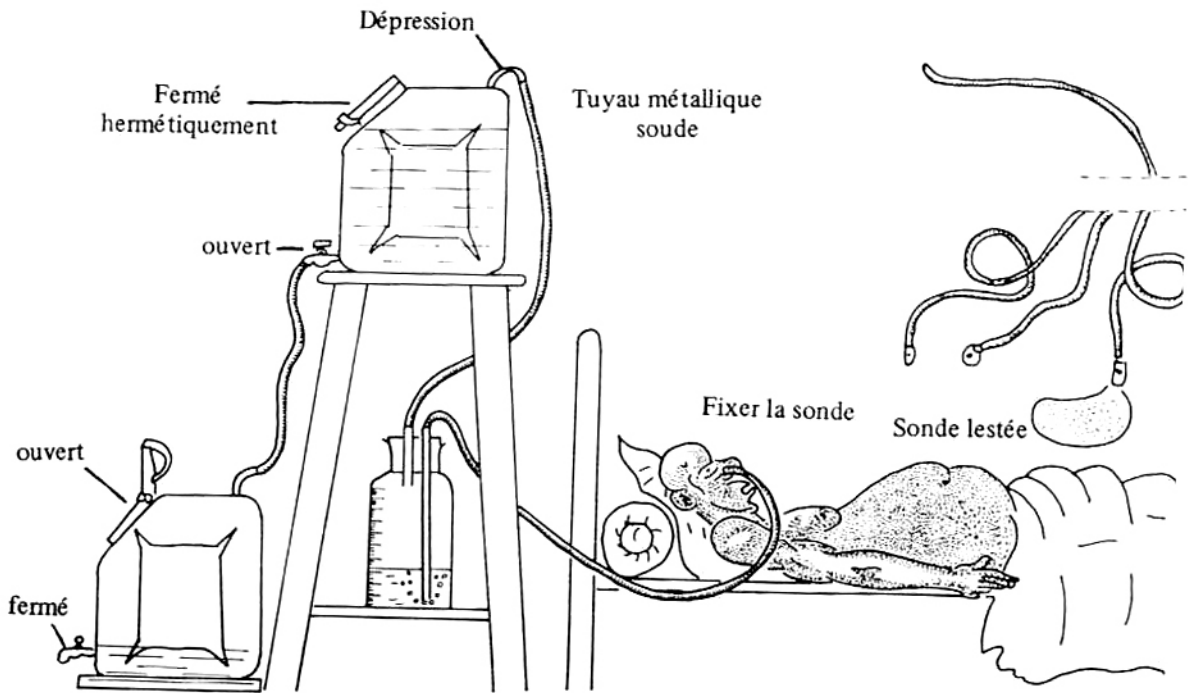
SUJET CONSCIENT



SUJET INCONSCIENT



# ASPIRATION DE FORTUNE



– Associé à une trachéotomie il permet un tamponnement complet d'un fracas de la face.

#### MATÉRIEL

. Sonde d'Einhorn (en caoutchouc, avec embout olivaire) ou sonde en polyéthylène souple à extrémité polyperforée avec repères tous les 10 cms.

#### TECHNIQUE

- . introduire par le nez la sonde huilée, en évitant de blesser la muqueuse nasale (s'il faut « forcer », changer de narine).
- . faire déglutir le malade lorsque la sonde atteint le pharynx.
- . vérifier que la sonde ne s'enroule pas dans la bouche.
- . fixer la sonde sur la narine avec un sparadrap après l'avoir nettoyée à l'éther.

#### TUBAGE DUODÉNAL OU JÉJUNAL

INDICATIONS : essentiellement vidange du grêle dans les occlusions.

#### MATÉRIEL

- . le tube d'Einhorn peut convenir pour la duodénum
- . les tubes plus longs type Miller-Abott à ballonnet ou les sondes lestées avec ballonnets de mercure permettent d'atteindre le jéjunum.

#### TECHNIQUE

. Initialement identique au tubage gastrique, sauf pour les sondes lestées au mercure : il faut récupérer avec l'index dans la bouche la sonde introduite par la narine sans son ballonnet ; puis visser le ballonnet et le faire déglutir avec quelques gorgées d'eau.

. Coucher ensuite le malade sur le côté droit pour faire franchir le pylore (savoir attendre parfois 2 à 6 heures !).

L'emploi d'un mandrin métallique, pour franchir le pylore sous contrôle scopique, est plus expéditif mais peut être plus dangereux.

## GASTROSTOMIE

Il en existe deux types :

- gastrostomie d'alimentation
- gastrostomie de décharge.

### BUTS

A – **Permettre l'alimentation** entérale définitive ou temporaire chaque fois qu'un obstacle siège sur les voies digestives supérieures.

B – **Mise au repos du tube digestif** et aspiration gastro-duodénale lorsqu'il existe une contre-indication à la mise en place d'une sonde nasogastrique.

### INDICATIONS

A – **Gastrostomie d'alimentation** : dysphagie complète par cancers du pharynx, de l'œsophage ou du cardia.

B – **Gastrostomie de décharge** : en fin d'intervention s'il existe :

- . une insuffisance respiratoire
- . un risque d'œsophagite sur sonde.

### PRINCIPE

La gastrostomie établit une communication directe entre la lumière gastrique et l'extérieur par l'intermédiaire d'une sonde. L'opération doit être simple, vite exécutée (malade dénutri ou fin d'intervention).

A – La gastrostomie doit être **fixe** et doit rester **perméable** (changement de sondes) donc située dans une zone pauvre en contractions :

- . partie haute du corps,
- . grosse tubérosité.

B – Elle doit rester **continente** après ablation de la sonde, donc :

- . petite stomie
- . nécessité de confection d'une valve antireflux.

La technique décrite est celle de la gastrostomie de Fontan qui répond à ces impératifs.

### SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

- . Réanimation parentérale
- . Prémédication.

### ANESTHÉSIE

- . Générale
- . Loco-régionale : elle est préférable chez les sujets fragiles cachectiques, dénutris.

### INSTALLATION

- . Décubitus dorsal. Billot non nécessaire.
- . Opérateur à droite. Un aide en face.

## MATÉRIEL

- . Instrumentation abdominale courante,
- . Sondes de Pezzer ou de Malecot, de gros calibre (N° 30) droites ou coudées.

## TECHNIQUE

A – **Pénétration** : o Incision verticale paramédiane gauche sur le relief du muscle grand droit, étendue sur 10 cm et mordant en haut sur le rebord chondro-costal. o Cheminement à travers le muscle dont les fibres sont dissociées longitudinalement. Les berges péritonéales sont repérées à l'aide de pince de Péan.

B – **Exploration** : o La recherche de l'estomac peut être entravée (ascension, rétraction). o Se repérer grâce au foie en haut, au colon transverse bosselé en bas.

C – **Exposition** : Par traction sur l'épiploon gastrocolique, la paroi gastrique est amenée au niveau de l'incision. On la reconnaît :

- . à sa coloration blanc rosé
- . à sa paroi épaisse
- . à l'absence de bandelettes.

La paroi antérieure est saisie à l'aide d'une pince en cœur ou de Duval. Il faut alors extérioriser la partie la plus haute de l'estomac, si possible la **grosse tubérosité** par prises douces successives effectuées de proche en proche. Le cône ainsi formé attiré vers le bas doit dépasser de 4 à 5 cm hors du ventre.

D – **Extrapéritonisation du cône gastrique** : par fixation au péritoine pariétal de l'incision. On la réalise à points séparés de fil serti courbe non résorbable n° 00 réalisant une couronne à la base du cône. Les points restent strictement séromusculeux sur l'estomac ; sur la paroi, ils prennent le péritoine et le feuillet profond de l'aponévrose du muscle droit qui lui adhère.

E – **Mise en place près des angles** de deux fils destinés à maintenir l'évagination en suspendant l'estomac à la peau. Ils prennent successivement : la peau, l'estomac par deux points séromusculeux puis à nouveau la peau de la berge opposée. Ces fils ne sont pas noués immédiatement mais gardés sur pince.

F – **Ouverture gastrique** : Deux pinces de Chaput, placées de part et d'autre du cône, présentent son sommet. Entre elles, le bistouri incise la séreuse puis la musculuse sur 1 cm. La muqueuse est repérée ; elle est fuyante : attention à ne pas la décoller. De la pointe du bistouri, en zone avasculaire, une très étroite moucheture est faite. L'issue de gaz signe la pénétration gastrique. On ouvre les mors d'une pince de Kelly introduite dans l'estomac pour faire béer la brèche muqueuse.

G – **Mise en place d'une grosse sonde de Pezzer** dont on aura découpé l'extrémité de façon à ne lui laisser qu'une simple collerette rétentive ; elle est introduite à frottement dur dans l'estomac de quelques centimètres seulement. L'étanchéité autour de la sonde est alors réalisée en faufilant une bourse de catgut n° 00 : bien serrer sans toutefois déprimer le caoutchouc.

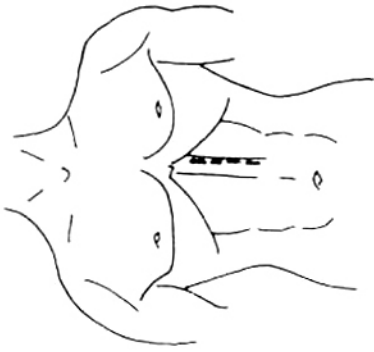
H – **La valve antireflux** est constituée en refoulant dans la profondeur, vers l'estomac, le cône gastrique porteur de la sonde. L'aide maintient cette invagination pendant que l'opérateur noue les deux fils de suspension restés en attente.

I – **Fermeture** : La plaie cutanée est rétrécie en haut et en bas par rapport à l'émergence de la sonde au pied de laquelle deux fils suspendent la base du cône à la peau. Le tube est fixé à chacune des lèvres cutanées par deux fils.

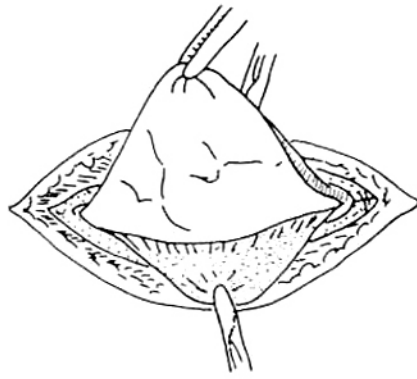
## SOINS POST-OPÉRATOIRES

- . L'alimentation liquide par la sonde est possible le soir même (eau sucrée, lait puis mélange de lait et de jaunes d'œufs battus)
- . A partir du 8e jour, la sonde peut être enlevée et une grosse sonde de Nelaton en gomme n'est

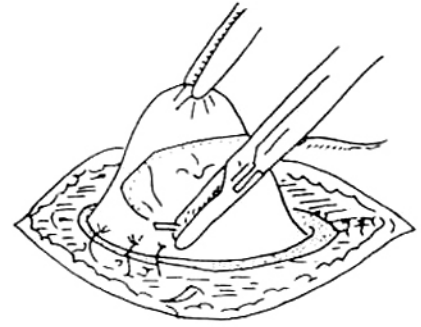
## GASTROSTOMIE A LA FONTAN



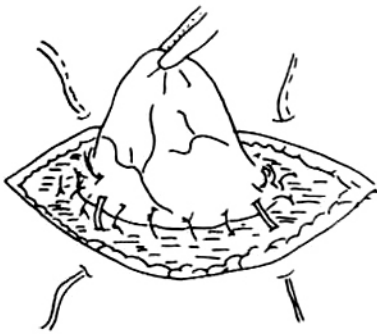
Incision



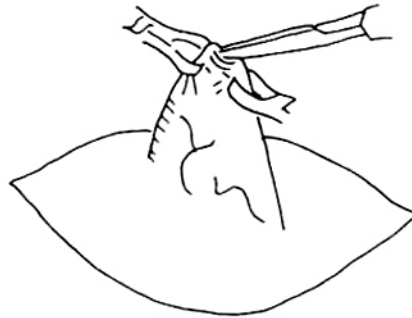
Extériorisation d'un cône gastrique



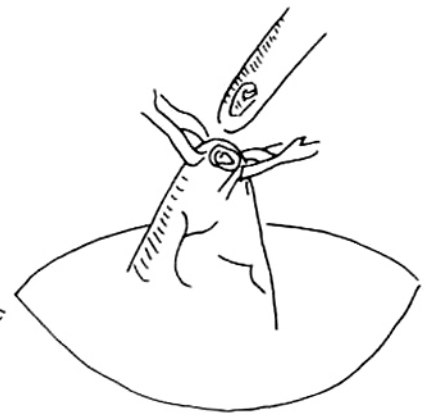
Extrapéritonisation



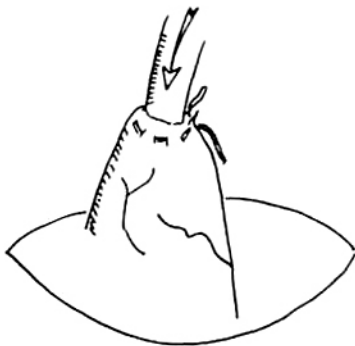
Fils de suspension



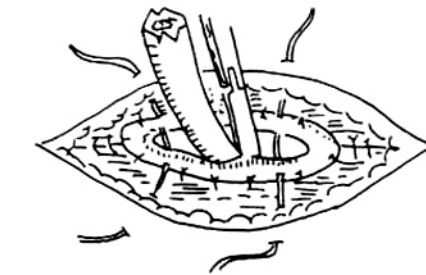
Ouverture gastrique



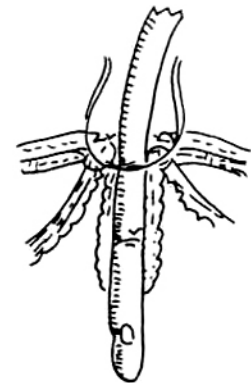
Introduction  
de la sonde de Pezzer



Bourse d'étanchéité



Fermeture cutanée



Disposition  
de la valve anti-reflux

remise en place qu'au moment des repas dans l'intervalle desquels le malade peut déambuler avec un simple pansement.

#### VARIANTE

La gastrostomie temporaire type Lagrot-Witzel sur sonde de Foley réalisée en fin d'intervention est de réalisation encore plus simple.

A – A ventre ouvert, le point de pénétration de la sonde situé en haut sur la face antérieure du corps de l'estomac est saisi dans une pince de Chaput. Par traction, on apprécie les possibilités d'émergence au point d'élection (transrectal sous chondro-costal).

B – Au point d'élection, une boutonnière cutanée est pratiquée poursuivie en dissociation à la pince jusqu'à effraction du péritoine.

C – La sonde de Foley n° 20 ou 22 est alors introduite dans la cavité péritonéale de dehors en dedans à travers ce cheminement (prendre garde à ne pas crever le ballonnet).

D – Autour du cône gastrique soulevé par la pince de Chaput, une bourse séromusculaire au fil non résorbable n° 00 est fauillée à 1 cm de la pince et non immédiatement serrée.

E – L'ouverture gastrique se fait par électrocoagulation sur la pince de Chaput ou par une mouche-ture de la pointe du bistouri agrandie à la pince de Kelly. Dès l'issue d'air gastrique, l'extrémité de la sonde de Foley est introduite à frottement dur dans l'estomac et le ballonnet gonflé d'eau aux 2/3 de sa capacité (soit 10 cc). La bourse d'étanchéité est alors serrée autour de la sonde sans l'écraser.

F – Le dispositif antireflux est constitué par un enfouissement à la Witzel sur une hauteur de 4 cm environ, par des points séromusculaires étagés prenant la paroi gastrique de part et d'autre du tube et serrés en avant, rabattant deux bourrelets qui, affrontés, font cheminer la sonde dans un canal étanche.

G – L'orifice inférieur de l'enfouissement est fixé par 2 ou 3 points au péritoine pariétal antérieur au pourtour de la sonde.

H – Par traction externe modérée sur la sonde, le ballonnet vient appliquer l'estomac contre la paroi antéro-latérale de l'abdomen. (Veiller à ce que la compression de la paroi gastrique par le ballonnet ne soit pas ischémiant). Il n'est pas nécessaire de fixer la sonde à la peau. L'intervention peut alors être achevée comme à l'accoutumée.

I – La sonde de Foley peut être placée en siphonnage simple ou en aspiration discontinue. Elle permet également l'administration d'une alimentation entérale. Lors de son ablation, la fermeture s'obtient simplement sans fistule.

## GASTRO JÉJUNOSTOMIE

### BUT

Assurer l'évacuation du contenu gastrique vers l'intestin lorsqu'il existe un obstacle pylorique ou duodénal infranchissable.

### INDICATIONS

A – Obstacles organiques :

- . cancer antro-pylorique
- . sténose ulcéreuse pylorique ou duodénale évoluée.

B – Obstacles fonctionnels :

- . spasme pylorique et paralysie antrale lors des vagotomies tronculaires ou sélectives.

### PRINCIPE

Court-circuiter la zone sténosée en abouchant l'estomac au jéjunum. D'où des servitudes fonctionnelles conditionnant des impératifs techniques.

La bouche anastomotique doit :

A – assurer la totalité de l'évacuation gastrique même si le pylore est perméable ; elle sera donc située à la face postérieure de l'estomac :

- . décline, près de la grande courbure à 2 cm d'elle,
- . sa dimension sera large : 6 à 8 cm.

B – être placée dans une zone où existent des contractions :

- . région antrale
- . pré-pylorique
- . donc sa direction sera horizontale.

C – exclure du courant digestif la plus courte longueur possible d'intestin par le cheminement jéjunale le plus direct :

- . la voie transmésocolique est donc la meilleure
- . sur le jéjunum, choisir la première anse courte sans traction,

D – ne pas contrarier l'évacuation duodénale dont les sucs alcalins doivent baigner l'anastomose :

- . l'isopéristaltisme est préférable
- . veiller à l'absence de plicature duodéno-jéjunale.

### SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

– Ne pas opérer en urgence :

- . lavage d'estomac le 1er jour,
- . puis sonde d'aspiration naso-gastrique à laisser en siphonnage simple,
- . perfusions (trophysan, glucosé, salé, vitamines, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>) pour corriger :

- . la déshydratation et l'hémoconcentration
- . le choc chronique
- . l'hypoprotidémie à relever autour de 50 à 60 g/l.



– Transfusions de sang iso-groupe et iso Rh pour corriger l'anémie.

## ANESTHÉSIE

A – Loco-régionale possible associée à une analgésie parentérale (valium + Palfium).

B – Générale : elle est préférable  
elle sera prudente (sujets fragiles) avec :

- . intubation trachéale
- . curarisation
- . ventilation assistée.

## INSTALLATION

- . décubitus dorsal. Un billot sous les fausses côtes n'est pas indispensable.
- . opérateur à droite. Deux aides en face.

## MATÉRIEL

- . Instrumentation abdominale courante
- . aspiration.

## TECHNIQUE

A – **Pénétration** : laparotomie médiane sus-ombilicale.

B – **Exploration** : reconnaissance de la lésion

C – **Exposition** : – le colon transverse et le grand épiploon sont extériorisés, basculés vers le haut, étalés sur le thorax et recouverts de champs humides.  
– les anses grêles recouvertes d'un champ abdominal sont réclinées vers le bas.

D – **Abaissement transmésocolique du bas fond gastrique** : On repère par transparence la disposition des vaisseaux mésocoliques. Dans une aire avasculaire, à l'aplomb ou un peu à droite de l'angle duodéno-jéjunal, le mésocolon est incisé verticalement sur 10 cm environ à partir de l'arcade colique. A travers cette brèche transversalisée, on attire la face postérieure de l'estomac au niveau de la zone d'élection de l'anastomose, près du pylore, près de la grande courbure. Deux pinces de Chaput sont placées à chaque extrémité de la future incision, distantes de 9 à 10 cm environ. Le bas fond ainsi abaissé est fixé en situation transmésocolique par amarrage de la brèche mésocolique à son pourtour à points séparés de fil fin non résorbable (Mersylène 000).

E – **Préparation de l'anastomose** :

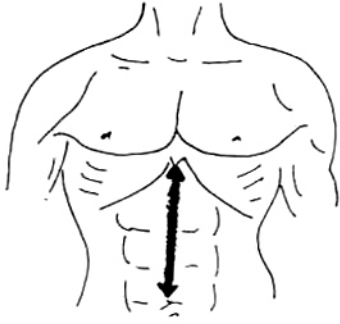
1<sup>o</sup>) rechercher la 1<sup>ère</sup> anse jéjunale, en aval de l'angle duodéno-jéjunal, immédiatement au-dessous du mésocolon transverse. Elle « tient » dans la profondeur. Ne pas la retourner mais l'amener au contact de l'angle gauche de la brèche mésocolique sans couture ni traction. Placer une pince de Chaput à ce niveau puis une autre environ 10 cm en aval, de telle sorte que l'anse disposée de gauche à droite soit affrontée au bas fond gastrique en isopéristaltisme.

2<sup>o</sup>) fermer à points séparés de fil fin non résorbable la brèche rétro-anastomotique constituée entre l'angle duodéno-jéjunal et l'angle gauche de la brèche mésocolique.

F – **Anastomose en 2 plans** :

1<sup>o</sup>) adossement de l'anse jéjunale au bas fond gastrique par un surjet séro-séreux postérieur au fil serti courbe non résorbable 000 mené de gauche à droite sur une longueur supérieure à celle de la future bouche. Les points sont passés sur l'estomac à 0,5 cm de la future incision et sur le grêle à 0,5 cm du bord antimésentérique. Les fils d'angle sont gardés longs et chargés sur pinces repères.

## GASTRO-ENTÉROSTOMIE



incision médiane



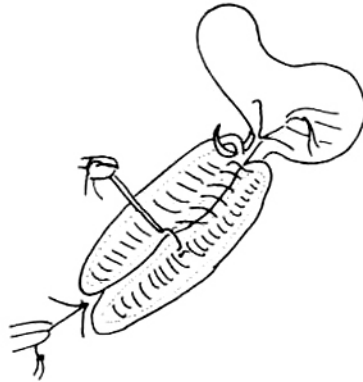
bascule vers le haut  
du colon transverse



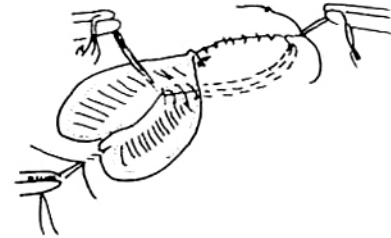
abaissement transmésocolique  
du bas fond gastrique



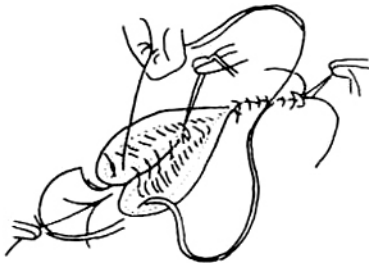
plan séro-séreux postérieur  
fil non résorbable



plan total au fil non résorbable



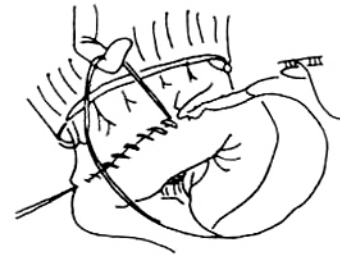
premier hémi-surjet



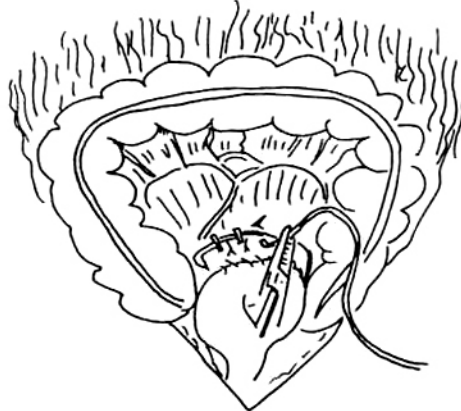
deuxième hémi-surjet



points séparés pour le hiatus  
entre les 2 hémi-surjets



plan séro-séreux antérieur



fermeture de la brèche mésocolique

Avant l'ouverture des deux organes creux à contenu septique, le champ opératoire est limité par des grandes compresses humides isolant la cavité péritonéale.

2<sup>o</sup>) incision de la paroi gastrique sur toute son épaisseur à 5 mm en avant du surjet sur une longueur de 6 à 8 cm. Incision en regard du bord jéjunal antimésentérique. Aspiration des liquides digestifs. Exciser la muqueuse si elle est exubérante. Faire l'hémostase des vaisseaux qui saignent en jet si nécessaire (points appuyés de catgut serti courbe 000).

3<sup>o</sup>) solidariser les deux organes par surjets totaux de catgut 000 commencés au milieu des deux tranches adossées, en inversant bien les muqueuses au niveau des angles.

Lorsque les deux surjets se sont presque rencontrés sur les tranches antérieures, on les arrête séparément à l'intérieur de la lumière digestive par 5 à 6 nœuds bien serrés. Quelques points séparés extramuqueux achèveront de fermer, cette fois par l'extérieur, les hiatus restants.

4<sup>o</sup>) l'anastomose est achevée par la confection du plan séro-séreux antérieur menée de droite à gauche à partir du fil d'angle dont l'aiguille avait été conservée en attente.

G – Toilette soigneuse péri-anastomotique, ablation des champs abdominaux dont le compte est vérifié, réduction dans l'abdomen du colon et de son épiploon.

H – Suture pariétale en trois plans (nylon sur l'aponévrose) sans drainage.

#### VARIANTES

Elles sont nombreuses. Retenons en pratique :

A – Une rétraction du mésocolon, un cloisonnement de l'arrière cavité conduisent à pratiquer une anastomose PRÉCOLIQUE sur la face antérieure de l'estomac.

B – En cas de sténose néoplasique, la bouche anastomotique devra siéger A DISTANCE (5 cm au moins) des limites macroscopiques de la tumeur.

#### SOINS POST-OPÉRATOIRES

- . La sonde nasogastrique peut être laissée en place 2 à 5 jours
- . poursuivre la réanimation I.V. jusqu'à reprise du transit,
- . la réalimentation per os pourra alors se faire progressivement (lait coupé d'eau ou bouillon de légumes, puis rapidement jus de viande, viande hachée, purée, compote, jus de fruits),
- . ablation des points au 12<sup>e</sup>-15<sup>e</sup> jour (sujets souvent dénutris).

## SUTURE D'ULCERE PERFORÉ

Opération d'urgence, la technique doit rester simple.

### BUTS

- A – Prévention ou traitement de la péritonite.
  - . caustique (liquide gastrique avec Hcl + pepsine, bile)
  - . septique (débris alimentaires)
- B – Excision et suture de l'ulcère
- C – Si possible traitement de la maladie ulcéreuse.

### INDICATIONS

- . En Afrique, toutes les perforations ulcéreuses gastriques ou duodénales (les plus fréquentes) doivent être opérées. L'aspiration, selon Taylor, doit rester une méthode d'exception ou d'attente.
- . L'opération doit avoir lieu en urgence, si possible avant la 6e heure, toujours avant la 12e heure.

### SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

- . Vidange de l'estomac par sonde nasogastrique en aspiration douce (– 20 ou – 30 cm H<sub>2</sub>O) et discontinuée.
- . Déchocage avec rééquilibration hydro-électrolytique et si possible sang iso-groupe isorhésus par deux bonnes voies veineuses aux membres supérieurs.
- . Sondage vésical aseptique
- . Rasage épigastrique large.

### ANESTHÉSIE

Anesthésie générale avec intubation trachéale, curarisation et ventilation assistée.

### MATÉRIEL

- . Instrumentation abdominale courante
- . Aspiration en bon état de marche.

### INSTALLATION

. Décubitus dorsal. Billot sous les fausses côtes non indispensable. Opérateur à droite, un aide à sa gauche, un autre en face de lui.

### TECHNIQUE

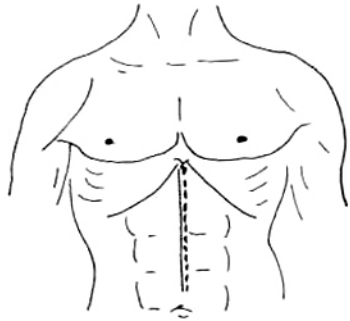
A – **Pénétration** : Laparotomie médiane sus-ombilicale. Avant d'ouvrir le plan péritonéal, préparer deux champs abdominaux imbibés de sérum physiologique qui serviront à protéger la paroi.

- . air sous pression à l'ouverture du péritoine soulevé par deux pinces de Péan. Mise en place du grand écarteur de Gosset sur les champs protecteurs.
- . aspiration du liquide verdâtre, contenant parfois des débris alimentaires.

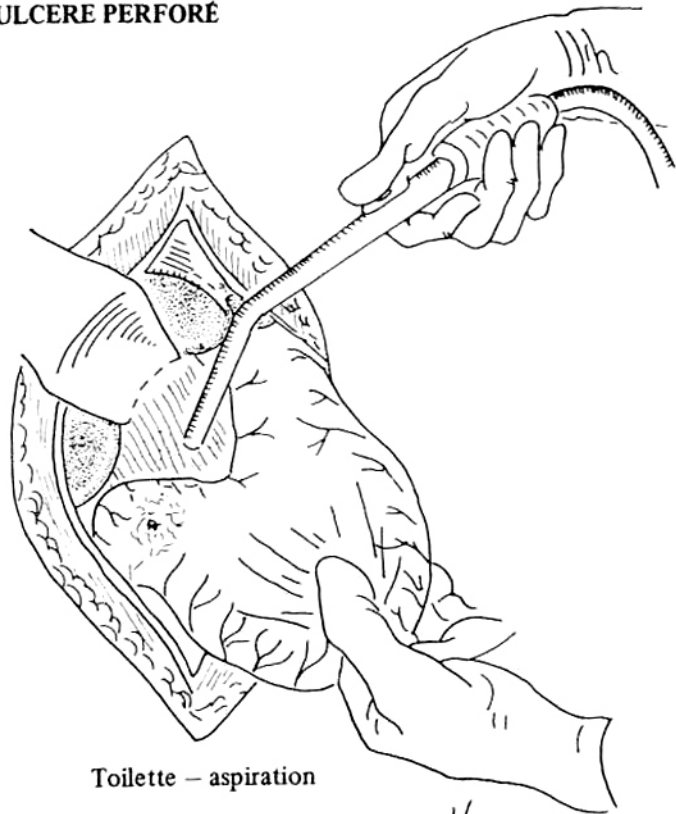
B – **Exploration** : Repérer le siège de la perforation, pour cela : abaisser le colon transverse, attirer l'estomac au-dehors et vers la gauche, faire relever le lobe gauche du foie par une valve large (maniée avec douceur).

C – **Excision de l'ulcère** : Évaluer à la palpation le degré et l'étendue de l'induration en vue de pratiquer une excision à minima de l'ulcère. L'excision se fera en quartier d'orange dans l'axe de l'organe. Ses limites sont repérées par deux pinces de Chaput présentant l'ulcère. Le bistouri passe en tissus sains

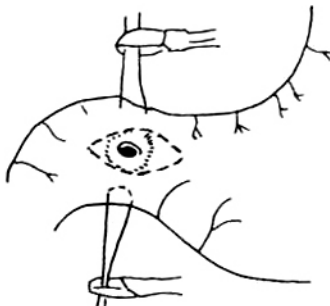
# SUTURE D'ULCERE PERFORÉ



Incision médiane sus-ombilicale



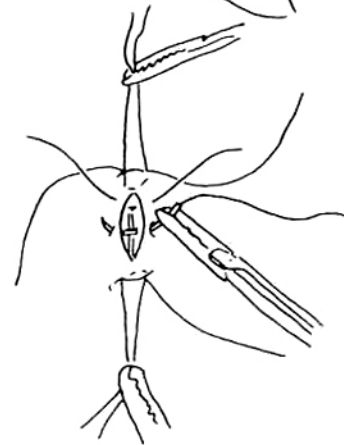
Toilette – aspiration



Socle cartonné  
Excision dans l'axe viscéral



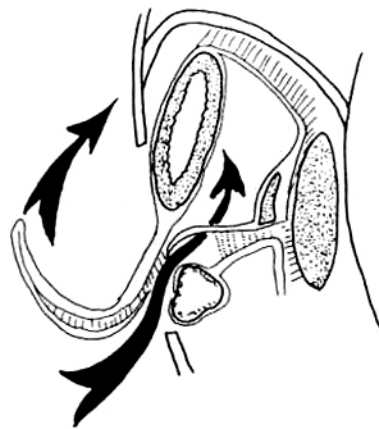
Fils de traction



Suture transversale



ACCES A LA FACE POSTÉRIEURE



DÉCOLLEMENT COLO-ÉPIPLOIQUE

en périphérie de l'ulcère. Il faut être économe d'étoffe surtout au niveau duodénal. Pratiquer l'hémostase des vaisseaux qui saignent en jet par suture appuyée au catgut 000 serti courbe.

D – **Suture** : Elle est pratiquée en un plan à points séparés extra-muqueux de fil serti non résorbable n° 00. Elle ne doit pas être sténosante : au niveau de l'estomac, elle peut parfois être longitudinale tandis qu'au niveau du duodénum, elle doit toujours être transversale comme pour une pyloroplastie. Attention ! les tissus sont œdématiés et friables : les points doivent donc être serrés suffisamment pour assurer l'étanchéité sans toutefois déchirer ces tissus. Dans ce cas, une épiplooplastie fixant un lambeau de grand épiploon au devant de la partie suturée peut renforcer cette étanchéité.

E – **Toilette péritonéale** : Aspiration de tous les liquides épanchés en veillant au nettoyage des « recoins » péritonéaux. Ablation de toutes les fausses membranes génératrices d'adhérences et d'abcès post-opératoires. Vérification de la position de la sonde gastrique ou duodénale.

F – **Drainage** : Il est indiqué dans les cas vus tardivement (après la 6e heure) et en cas de souillure péritonéale massive (perforation sur estomac plein).

Il est réalisé par la mise en place dans la loge sous hépatique d'un drain tubulé multiperforé enveloppé dans une lame ondulée en feuille anglaise (drain de Delbet) et ressortant par une courte incision latérale du flanc droit.

G – **Fermeture pariétale** : La fermeture plan par plan est l'idéal à réaliser. Sinon, il est possible de fermer en un plan au fil de bronze.

#### SOINS POST-OPÉRATOIRES

- . Poursuite de la réanimation parentérale.
- . Antibiothérapie large, massive (Pénicilline G 12 à 20 Millions d'unités par jour en injections fractionnées, directement dans la tubulure, et prolongée 8 à 10 jours. Tifomycine pendant 4 à 5 jours).
- . Aspiration gastrique discontinuée jusqu'à la reprise franche du transit.
- . Boissons autorisées en petites quantités dès l'apparition des gaz puis réalimentation per os progressive, liquide puis mixée.

#### VARIANTES

En cas d'ulcère duodénal et pour un chirurgien habitué à ce geste, l'association à la suture d'une vagotomie est souhaitable chaque fois qu'elle est réalisable.