

EXTÉRIORISATION D'UN SEGMENT INTESTINAL

Lorsqu'on ne peut réaliser une intervention d'exérèse et qu'un segment est voué à la perforation, voire à la nécrose, la seule solution est de l'extraire de l'abdomen : ceci aboutira à une fistule stercorale dont le traitement chirurgical pourra être fait à froid en milieu spécialisé = on aura ainsi évité la péritonite généralisée.

TECHNIQUE

Exploration et mobilisation : Par une laparotomie, le plus souvent médiane, il faudra repérer aussi exactement que possible la zone atteinte :

. s'il s'agit d'intestin grêle, il sera aisé d'en extérioriser un segment, mais il sera prudent de novocaïniser le mésentère (par infiltration ou application de sérum physiologique chaud novocaïné) et d'éviter les tractions violentes ;

. s'il s'agit du colon droit ou du colon gauche, il faudra les mobiliser par décollement colo-pariétal (schéma) : on commence par inciser le long du bord externe du colon puis on poursuit la libération de la pointe des ciseaux mousses. au tampon monté ou, à la rigueur, au doigt.

Ouverture pariétale : Une incision pariétale avec dissociation simple du plan musculaire sera en général suffisante pour attirer le segment intestinal à l'extérieur : elle sera faite dans les flancs ou les fosses iliaques, au plus près du segment à extérioriser pour éviter le plus possible les tractions sur les mésos.

Extrapéritonisation : On accole l'anse afférente et l'anse efférente en canon de fusil par des points séro-musculéux, le méso se trouvant enfoui entre les deux anses. On peut transfixier le méso avec une baguette de verre qui empêche la réintégration intempestive du segment extériorisé.

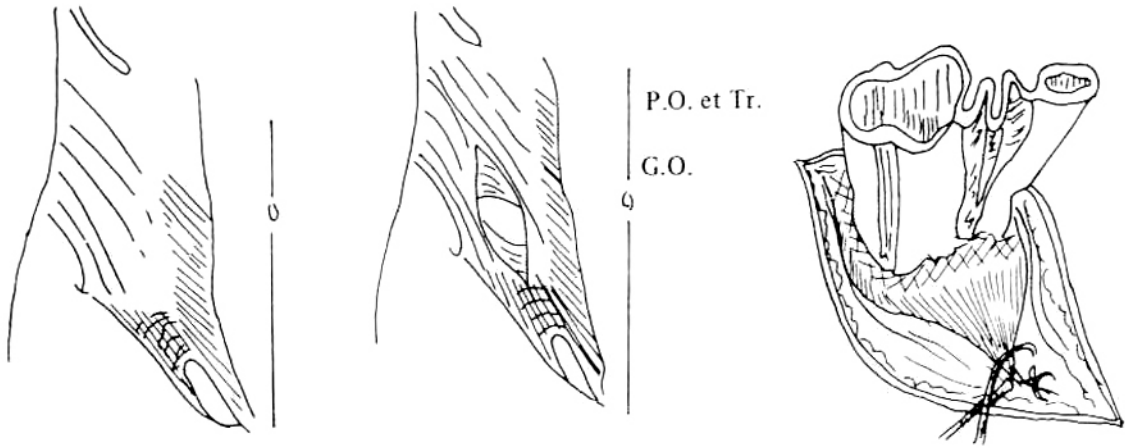
La zone vouée à la nécrose étant extraite de l'abdomen en laissant à l'extérieur au moins deux travers de doigt de tissu sain, on solidarise le pourtour de l'orifice du péritoine pariétal avec le péritoine viscéral de l'anse extériorisée : appui séro-musculéux sur l'intestin, appui sur le péritoine et le fascia transversalis au niveau de la paroi abdominale.

Fermeture pariétale : Par rapprochement des berges musculaires et aponévrotiques (catgut n° 2) et de la peau (fil non résorbable, points séparés). Fermeture banale de la laparotomie initiale.

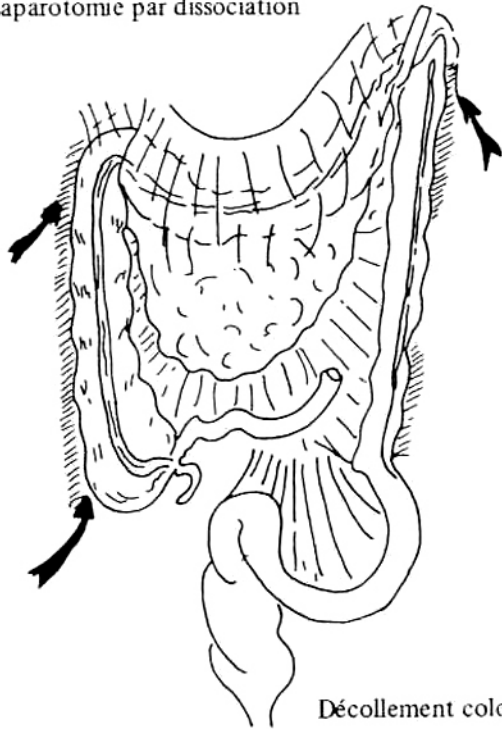
Pansement : Une lame de tulle gras protégera la suture cutanée et au bout de 48 heures l'intestin extériorisé sera ouvert (si ce n'est fait spontanément) : incision au thermocautère ou au bistouri ordinaire, sur une bandelette longitudinale s'il s'agit de colon : éviter le bistouri électrique (sauf sous jet d'azote) dont les étincelles pourraient faire exploser le méthane contenu dans le colon.

Le pansement de la laparotomie médiane devra être aussi étanche que possible pour isoler cette cicatrice de la zone septique de l'extériorisation.

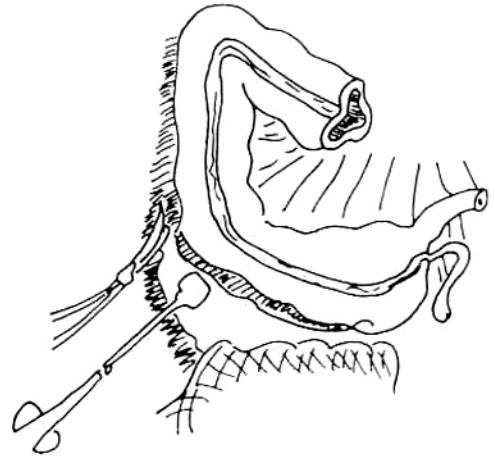
EXTÉRIORISATION D'UN SEGMENT INTESTINAL



Laparotomie par dissociation



Décollement colo-pariétal



ANUS ILIAQUE GAUCHE TEMPORAIRE

INDICATIONS : Une dérivation intestinale basse comme l'anus iliaque gauche temporaire permet de passer un cap dangereux dans trois éventualités principales :

- occlusion basse par obstruction tumorale,
- infection importante des espaces cellulaires sous-péritonéaux pelviens par perforation rectale ou sigmoïdienne : diverticulite, perforation, phlegmon pelvi-rectal supérieur récidivant ...
- lésion traumatique importante recto pelvienne nécessitant une cure chirurgicale complexe, ne pouvant être réalisée dans des délais acceptables : accidents divers, coup de crosse, empalement, etc ...

Cet anus contre nature ne doit être réalisé qu'après avoir parfaitement fait comprendre au malade et à sa famille qu'il s'agit d'une infirmité très temporaire : les sujets frustes sont psychologiquement très traumatisés et on en a vu se suicider, persuadés qu'ils ne redeviendraient jamais normaux.

TECHNIQUE :

Matériel : Boîte de chirurgie courante avec écarteur autostatique de Gosset et des pinces en cœur ou analogues pour préhension non traumatique de l'intestin.

Incision : Le tracé cutané est symétrique de celui de Mac Burney pour appendicectomie : incision perpendiculaire à la ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, à l'union de son tiers moyen et de son tiers externe, 8 cm de longueur ou plus chez les obèses ; il est toutefois fonction du morphotype du sujet afin de pouvoir répondre aux impératifs d'appareillage.

Incision de l'aponévrose du grand oblique dans l'axe de ses fibres prolongées par dissociation des faisceaux musculaires inférieurs du muscle.

Dissociation interfasciculaire du petit oblique et du transverse (direction oblique en bas et en dehors).

Ouverture sous-jacente du plan du fascia transversalis et du péritoine pariétal dont on évagine les berges.

Extraction d'une anse de colon sigmoïde en la reconnaissant à ses deux bandelettes longitudinales et à ses tubercules épiploïques ; dans la partie supérieure, il se prolonge par le colon gauche qui n'est pas mobilisable sans clivage préalable de l'accolement colo-pariétal.

On empêchera la réintégration intempestive de l'anse extériorisée en la mettant à cheval sur une baguette de verre passée à travers son méso.

Les deux extrémités de la baguette de verre sont enfilées dans les deux extrémités d'un tube de caoutchouc, réalisant un ensemble circulaire qui ne peut pas fuir.

Des points de catgut 00 rétrécissent la brèche du péritoine pariétal et du fascia transversalis et amarrent ses lèvres au pourtour du pied de l'anse extériorisée (appui séro-musculaire).

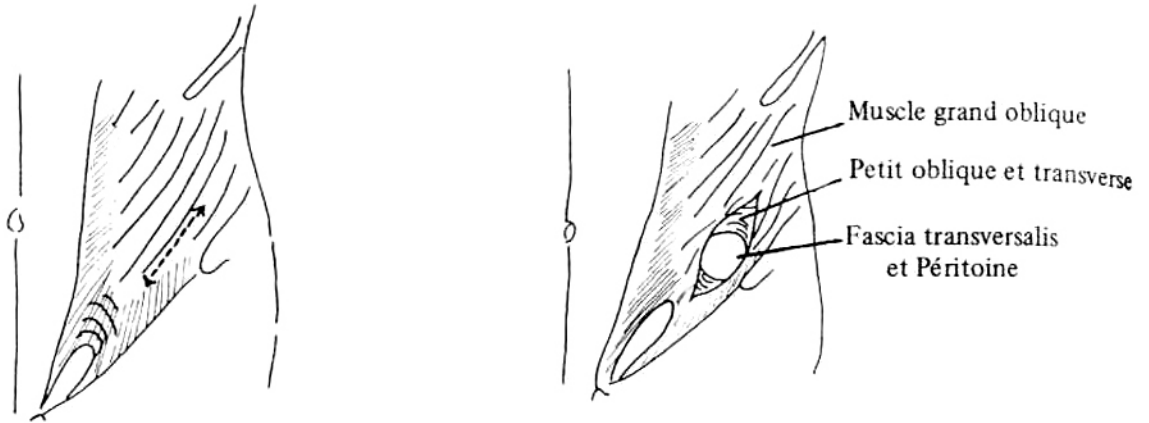
Rapprochement des plans musculaires et musculo-aponévrotiques au catgut n° 2. Suture cutanée de part et d'autre en veillant à ce que l'orifice cutané ne soit pas sténosant pour l'intestin.

Protection cutanée par une lame de tulle gras recouverte de gaze. L'anse est également recouverte d'une lame de tulle gras qui sera enlevée à la 48ème heure, au moment de l'entérotomie ; ouverture de l'anse sur une bandelette : au bistouri ordinaire (mais les tranches saignent), au thermocautère de préférence ou au bistouri électrique (mais seulement sous jet d'azote pour éviter le risque d'explosion).

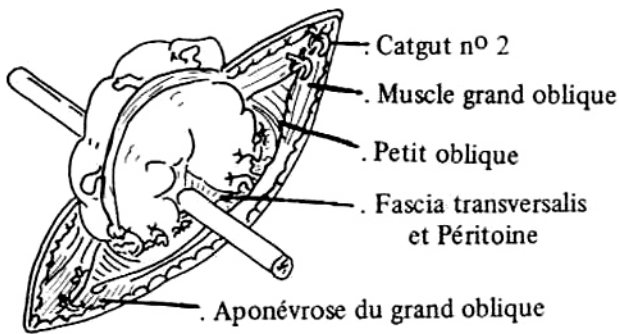
Écueils :

- Être certain d'être sur le colon sigmoïde et ne pas réaliser l'exclusion sur une anse jéjunale !
- Éviter l'infection de la peau par les matières fécales en protégeant la peau soit par de la pâte à l'eau soit par application d'une poche « coloplast » adhérente au pourtour de l'anus iliaque.

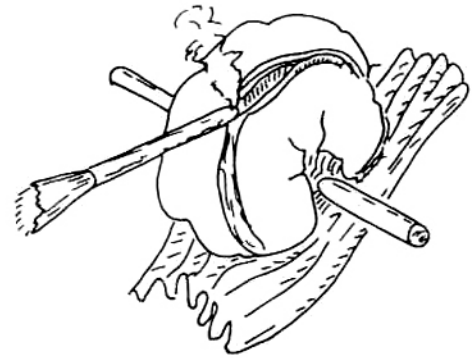
ANUS ILIAQUE GAUCHE TEMPORAIRE



LAPAROTOMIE PAR DISSOCIATION



Extériorisation sur baguette



Ouverture au thermo-cautère

Fermeture : Il s'agit d'une suture colique avec les risques que cela comporte : elle doit être réalisée en milieu chirurgical.

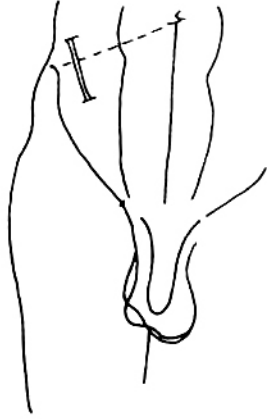
VARIANTES

On peut réaliser de façon analogue des anus transverses sur le colon transverse ; l'incision est verticale et passe à travers les fibres musculaires du grand droit de l'abdomen qu'elle dissocie.

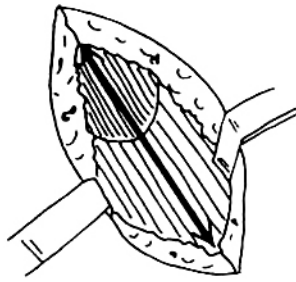
On peut également réaliser une dérivation au niveau du cœcum, soit par extériorisation, (ce qui implique un temps de décollement colo-pariétal et souvent de section du ligament de l'angle droit) soit par cœcostomie : mise en place d'une sonde de Pezzer dans le cœcum où elle pénètre par une bandelette où elle est fixée par deux bourses ; elles-mêmes sont amarrées à la face profonde du péritoine pariétal. Cette cœcostomie ne peut guère évacuer que les gaz : elle réalise une dérivation très aléatoire des matières.

APPENDICECTOMIE

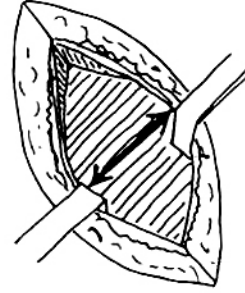
VOIE D'ABORD



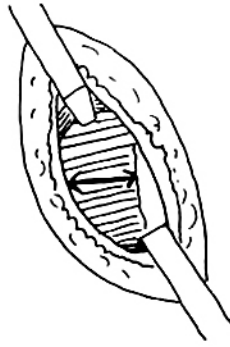
Incision de Mac Burney



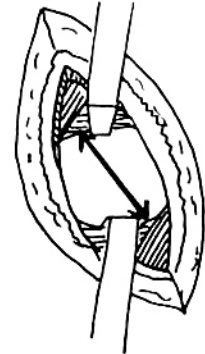
Grand oblique



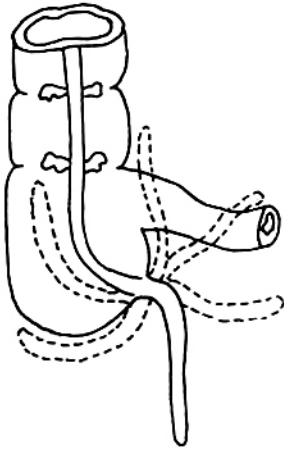
Petit oblique



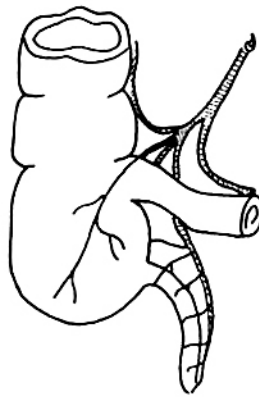
Traversée transverse par dissociation musculaire



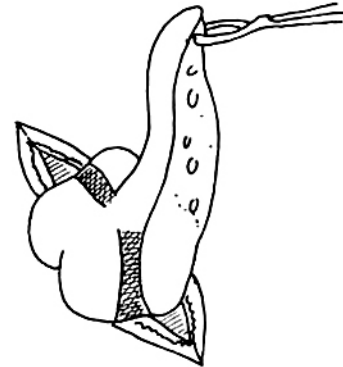
DÉCOUVERTE DE L'APPENDICE



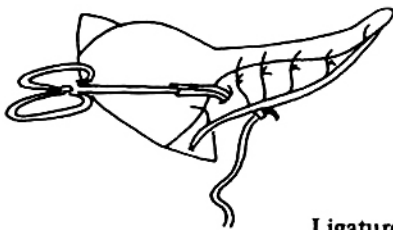
Le caecum, sa bandelette, l'appendice et sa variété de positions.



Étude de la vascularisation du caeco-appendice



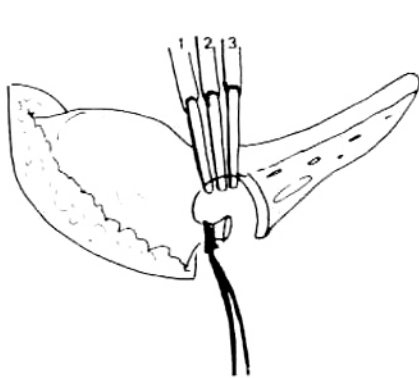
Extériorisation



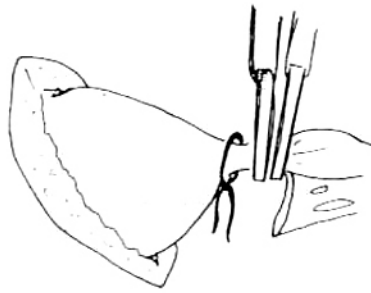
Ligature du méso-appendiculaire



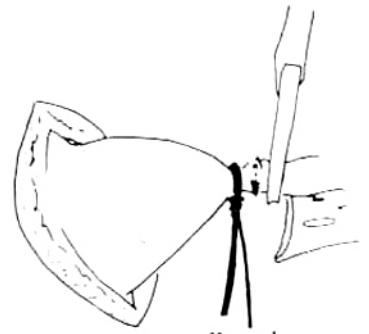
LIGATURE DU MOIGNON APPENDICULAIRE



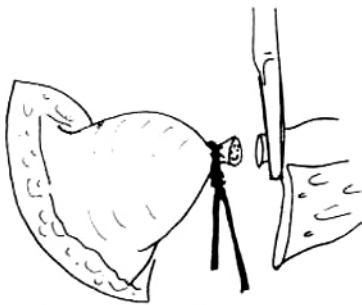
Manœuvre des 3 pinces



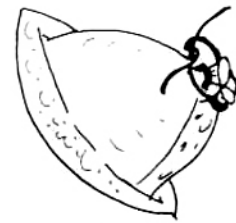
Ligature sur l'emplacement de la première pince



Section sur l'emplacement de la deuxième pince



Curetage et iodage de la tranche

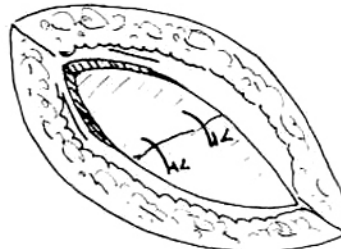


Solidarisation des moignons

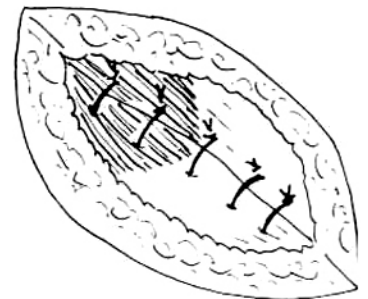
FERMETURE PARIÉTALE



Péritoine



Petit oblique

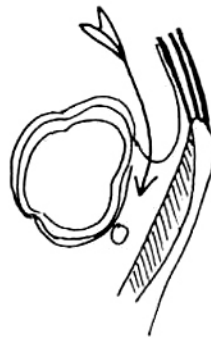


Grand oblique

MANOEUVRES PARTICULIERES



Décollement colo-pariétal pour appendice rétro-caecal



Drainage

HÉPATOTOMIE TRANSTHORACIQUE

BUTS : Évacuation et drainage d'une collection intra-hépatique non accessible par voie abdominale.

INDICATIONS : Collections suppurées du foie d'origine amibienne (ou abcès du foie non parasitaire), dont le volume important ou la topographie ne permettent pas d'attendre sans risque ou d'espérer une résolution favorable sous traitement médicamenteux.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES :

- . Traitement spécifique préalable (Flagyl, Tibéral, antibiothérapie)
- . Restauration rapide de l'état général (transfusions)
- . Rasage thoracique droit large.

ANESTHÉSIE : Anesthésie générale avec intubation trachéale et ventilation assistée.

TECHNIQUE :

A – Installation

- . Sujet en décubitus dorso-latéral gauche et mieux en position demi-assise,
- . membre supérieur droit emballé et relevé sur le thorax, opérateur à sa droite, aide en face

B – Matériel

- . Boîte abdominale courante et jeux de rugines de Farabeuf, Doyen et costotome.
- . Aspiration en bon état de marche. Drain de Pezzer.

C – Pénétration : Par la voie la plus courte et la plus directe possible, d'où la nécessité d'un bon repérage topographique de l'abcès (clinique, radiologique) par ponction préalable.

2 éventualités tactiques :

1^o) LOCALISATION BASSE : pourra être abordée sans artifices particuliers à travers le cul-de-sac costo-diaphragmatique de la plèvre symphysée, en zone muette ;

2^o) LOCALISATION HAUTE : nécessitera une exclusion pleurale pour la traversée thoracique et le drainage grâce à l'artifice de Costantini et Lacaze.

A – L'incision est centrée sur l'axe de l'arc costal situé en regard de la collection, oblique en bas et en avant comme lui, sur 8 à 10 cm ; après la traversée du grand dorsal, exposition de l'arc costal considéré.

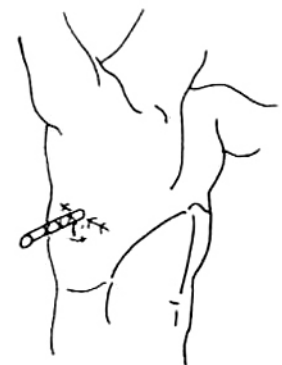
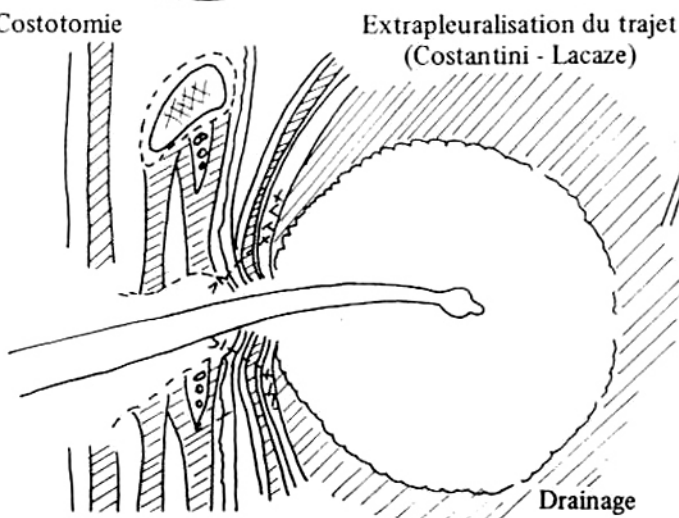
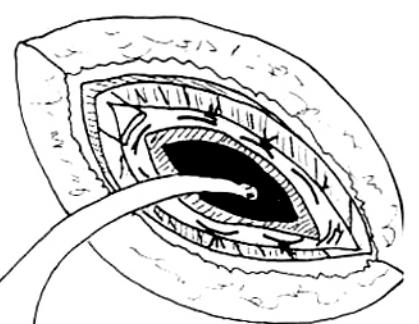
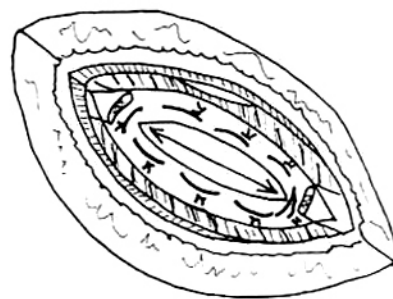
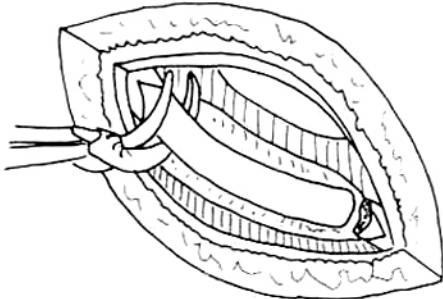
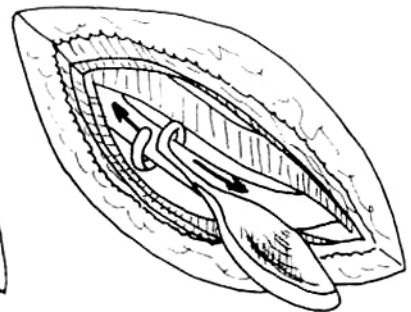
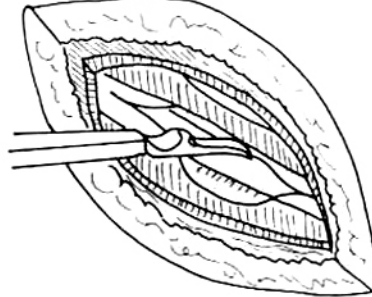
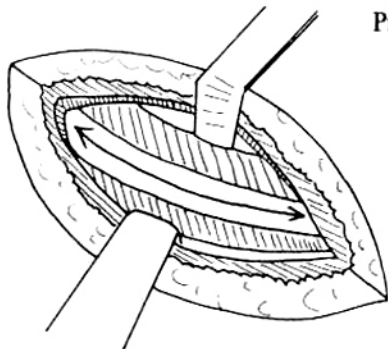
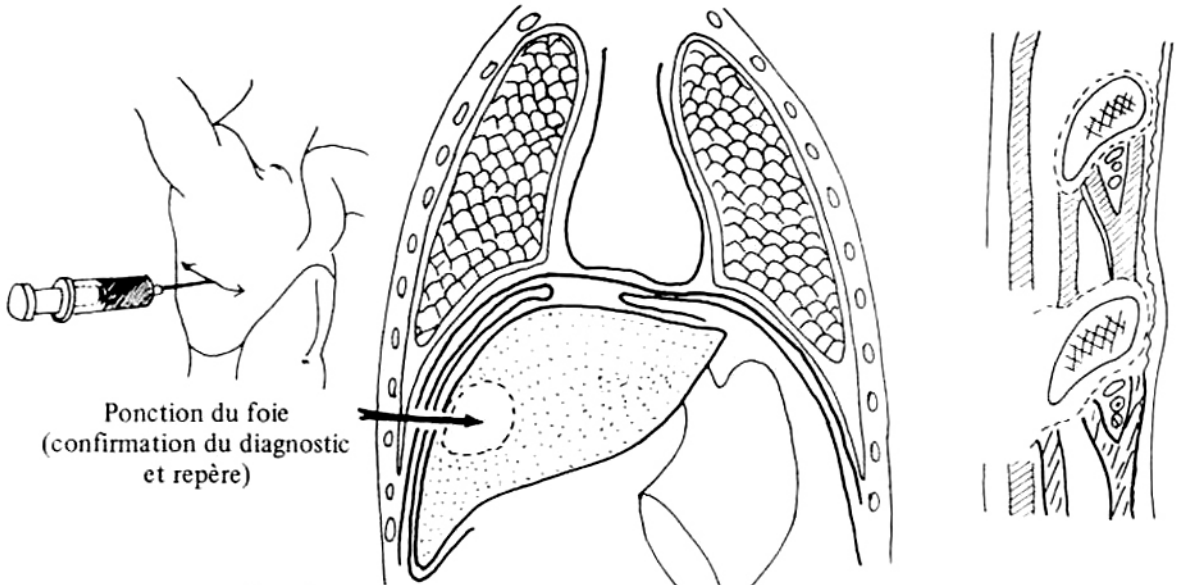
B – Thoracotomie : Par incision périostée franche longitudinale sur la côte, rugination à la rugine de Farabeuf de sa face externe, puis de son bord supérieur, d'arrière en avant et de son bord inférieur d'avant en arrière. Rugination prudente sur un centimètre de sa face interne à la rugine de Doyen jusqu'à obtenir une libération circonférentielle de la côte. Attention au pédicule intercostal dans sa gouttière, et aux échappées vers la plèvre ! On peut alors pousser la rugine de Doyen vers l'arrière et vers l'avant, dépériostant totalement le segment de côte. Un costotome va la sectionner aux deux extrémités de l'incision, réalisant une résection costale de 5 à 6 cm environ.

L'incision du lit périoste de la côte, à mi-distance des bords supérieur et inférieur, traverse le fascia endothoracique et fait une moucheture pleurale.

L'ouverture du cul-de-sac costo-diaphragmatique de la plèvre doit ménager, si l'incision est haute, la languette pulmonaire que l'on voit se mobiliser avec la respiration lorsque le cul-de-sac n'est pas symphysé.

Il faut alors extra-pleuraliser le trajet par l'artifice de Lacaze qui consiste à solidariser les berges pleurales au diaphragme par une série de points en U, chargeant en dehors : périoste, fascia et plèvre, et

HÉPATOTOMIE TRANSTHORACIQUE



en dedans : plèvre et diaphragme. Sous couvert de cette couronne de points, l'incision du diaphragme, et du péritoine qui tapisse sa face profonde, conduit à l'espace sous-phrénique droit et au foie.

D – Hépatotomie : Dans le cas le plus fréquent, une symphyse unit foie et diaphragme et l'incision conduit directement dans la cavité de l'abcès repérée par l'aiguille de ponction.

Si l'espace sous-phrénique est libre, se protéger par des mèches repérées, voir à la surface du foie la zone de voussure fluctuante (de coloration blanc jaunâtre), d'extériorisation de l'abcès où il faut inciser franchement.

Lorsque l'abcès profond ne se traduit par aucune modification du relief hépatique, vérifier son siège à l'aiguille, et plutôt que d'inciser la coque de parenchyme où peut cheminer un pédicule refoulé, effondrer avec un instrument à extrémité mousse la capsule de Glisson et la lame parenchymateuse interposée jusqu'à la cavité de l'abcès, puis dissocier ce parenchyme en écartant les mors de la pince.

E – Évacuation de l'abcès : A la canule d'aspiration, aussi complètement que possible, avec rinçage de la cavité au sérum tiédi, vérifier au doigt l'intérieur de la cavité à la recherche de séquestres, de cloisonnements ou d'abcès communicants.

F – Drainage : Il est réalisé systématiquement par une grosse sonde de Pezzer décapitée et fixée à la paroi.

G – Fermeture pariétale : Plan par plan, après toilette minutieuse, sans couture ni striction du drain.

SOINS POST-OPÉRATOIRES : Poursuite de la réanimation et **du traitement spécifique anti-amibien**. Radiographie thoracique le soir. Gymnastique respiratoire active. Surveillance du drainage qui sera retiré après tarissement de l'écoulement au 8e - 10e jour en moyenne.

