

À Érasme, une première chirurgicale qui concerne de nombreux nourrissons

Un bébé opéré sans cicatrice

Steven (quatre semaines) est sans doute le premier bébé à avoir bénéficié d'une chirurgie sans cicatrice. En son genre, une révolution !

Il y a maintenant une bonne semaine que Steven a quitté l'hôpital Érasme et il n'y était resté que cinq jours. Rien de bien extraordinaire donc. Rien de bien terrible non plus dans sa maladie, une sténose du pylore, qui affecte un enfant sur trois cents et qui se guérit parfaitement avec une opération relativement banale.

Pourtant Steven pourrait bien entrer dans l'histoire de la médecine car il est probablement le tout premier bébé (il était âgé de quatre semaines) à avoir été opéré sans que le bistouri lui ouvre largement le ventre. Un coup des guérisseurs philippins ? Non, tout simplement un progrès de la coelioscopie, une technique presque banale dans la chirurgie... des adultes (1).

Le pylore, c'est une gaine musculaire qui ferme le bas de l'estomac, empêchant les aliments de pénétrer prématurément dans l'intestin. Pour une raison inconnue, il arrive assez fréquemment qu'aux alentours de la quatrième semaine, ce muscle s'hypertrophie au point de fermer en permanence le tube digestif. L'enfant, par ailleurs bien portant, vomit ses têtées et il faut rapidement l'opérer.

C'est une intervention qui se prati-

que depuis septante ans de la même manière et qui est relativement simple. Il suffit en effet d'ouvrir le muscle dans le sens de ses fibres en veillant à ne pas abîmer la muqueuse de l'estomac. Il ne fallait donc pas une prouesse médicale particulière pour sauver le petit Steven quand il est arrivé à l'hôpital Érasme d'Anderlecht.

ÉVITER UNE GRANDE OUVERTURE

Pourtant, Steven ne fut pas opéré selon la méthode habituelle car, avec l'accord de ses parents, les docteurs Jean-Jacques Houben et Guy-Bernard Cadière appliquèrent une méthode qu'ils mettaient au point en laboratoire avec l'aide de la firme américaine qui a réalisé les instruments nécessaires.

Ils ont donc opéré sous coelioscopie, à distance en quelque sorte. Il s'agit d'introduire des instruments minuscules dans le ventre préalablement gonflé avec un gaz inerte et de les commander à distance sous le contrôle d'une caméra miniature introduite par un des trois trous pratiqués dans le ventre. L'opéré s'en sort donc avec seulement trois petites cicatrices de quelques millimètres.

Cette pratique devient de plus en plus courante dans le traitement des adultes, dans la mesure où

cette chirurgie diminue considérablement l'hospitalisation et le délai avant le retour à la vie professionnelle. Son adaptation à la petite enfance ne s'impose pas pour les mêmes raisons. Ici l'objectif est bien davantage de diminuer les séquelles liées à l'importance de l'approche chirurgicale.

Comme nous l'explique le docteur Houben, il y chez l'enfant un grand nombre d'affections qui ne nécessitent qu'un geste chirurgical minime mais qui imposent d'ouvrir pratiquement tout le ventre afin de parvenir à l'organe malade. Ceci est d'autant plus vrai que le bébé est petit et même prématuré.

UN BIBERON LE LENDEMAIN

L'enfant se retrouve donc avec une cicatrice importante, il peut avoir très mal dans les heures et les jours qui suivent l'intervention, et il peut même souffrir d'adhérences très longtemps après l'opération. La guérison du petit Steven sous coelioscopie ouvre ainsi la possibilité à terme de réaliser plus de la moitié de la chirurgie pédiatrique en évitant de telles séquelles aux petits patients. À noter que Steven a repris son premier biberon le lendemain de l'intervention et a quitté l'hôpital le quatrième jour.

Mais alors, pourquoi ne pas l'avoir fait plus tôt ? D'abord parce que les instruments n'existaient pas. Il fallait bien sûr miniaturiser les appareils utilisés pour les adultes, mais aussi les adapter aux problèmes spécifiques : un bébé n'est pas un adulte en réduction. Ceci nécessita donc des études, des tâtonnements.

Cette phase n'est évidemment pas terminée avec la première utilisation sur l'homme : certains instruments utilisés à Érasme sont retournés à l'usine pour y être améliorés.

Ensuite, le gonflement de l'abdomen avec du gaz carbonique pose plus de problèmes chez l'enfant que chez l'adulte et impose, comme nous l'explique l'anesthésiste, le docteur Brigitte Ickx, une surveillance infiniment plus complexe de la circulation et de la respiration du petit opéré. Ce n'est donc qu'après l'intervention que cette technique simplifie les choses...

L'équipe d'Érasme a donc fait œuvre de pionnier : aucune littérature ne décrit jusqu'ici ce type d'intervention.

JACQUES PONCIN

(1) L'hôpital Saint-Joseph de Liège a organisé un colloque faisant le point en la matière. On en lira le compte-rendu dans notre page « Santé-Médecine » de demain.