

# LA CHIRURGIE DIGESTIVE PAR VOIE COELIOSCOPIQUE

## 2eme partie

### LA COELIOSCOPIE DANS LES URGENCES DIGESTIVES

En cas d'urgence abdominale, la coelioscopie peut être utilisée autant comme outil diagnostique que comme moyen thérapeutique.

En cas de syndrome appendiculaire aigu atypique, principalement chez la femme jeune, la coelioscopie permet un diagnostic différentiel certain entre affection gynécologique aiguë, adhérence pelvienne et appendicite.

Chez les patients présentant un tableau d'occlusion sur bride, la coelioscopie localise la bride et détermine la viabilité de l'anse.

Dans l'abdomen traumatique, une investigation complète visualise les plaies internes ou une hémorragie éventuelle.

Lors d'une péritonite, la coelioscopie en détermine l'étiologie, que ce soit un ulcère gastro-duodéal perforé, une diverticulite perforée, un abcès appendiculaire, une cholécystite aiguë ou une affection gynécologique. Ce qui permet de faire l'incision à minima en regard de la pathologie.

Mais souvent la coelioscopie permet, outre un diagnostic certain, de pratiquer le geste thérapeutique. Il est possible de sectionner une bride et de lever l'obstruction.

En cas de péritonite par perforation d'ulcère duodéal ou de perforation colique post-coloscopie diagnostiquées instantanément, il

est possible par coelioscopie d'effectuer un toilettage péritonéal, une raphie de la perforation et une épiplooplastie.

### MISE AU POINT PRE- OPERATOIRE DANS LES CANCERS DIGESTIFS

Les coelioscopies diagnostiques ont été réalisées par les gastro-entérologues depuis une quinzaine d'années, essentiellement pour diagnostiquer les maladies hépatiques chroniques et faire le diagnostic différentiel des ascites. D'autres indications se sont ajoutées ces dernières années. Dans le staging des néoplasies des voies biliaires, du foie, du pancréas, de l'estomac et de l'oesophage, la laparoscopie permet d'explorer l'ensemble de la cavité abdominale, de biopsier les adénopathies suspectes, de réaliser des lymphadénectomies, notamment pelviennes, d'examiner la surface hépatique, de collecter l'ascite, d'explorer l'arrière cavité et de déterminer la resectabilité en cas de néo du pancréas.

L'ensemble de ces examens réalisés par coelioscopie permet d'améliorer la mise au point pré-opératoire déterminée par le CT-Scan, la R.M.N. et les ultrasons.

### PERSPECTIVES

Il est difficile d'évaluer d'une manière précise l'extension que va prendre l'abord par voie coelioscopique en chirurgie digestive pour deux raisons:

D'une part, l'évolution des techniques d'imagerie et des nouveaux instruments va ouvrir des voies non suspectées aujourd'hui.

D'autre part, après l'enthousiasme du début, l'on devra vraisemblablement réévaluer certaines indications.

Voici les interventions qui seront réalisées prochainement, certaines ont été réalisées uniquement chez l'animal, certaines ont déjà été réalisées chez l'homme mais d'une manière anecdotique.

Les interventions digestives réalisées à l'heure actuelle chez l'homme sont les suivantes: oesophagectomie, cholécystectomie, splénectomie, sténose du pylore,....

### AVANTAGES DE LA VOIE COELIOSCOPIQUE PAR RAPPORT A LA VOIE CLASSIQUE

Minimiser l'intrusion pariétale n'a pas qu'un avantage esthétique. La diminution des délabrements cutanés

musculaires et l'absence de traction appuyée sur les berges diminuent les douleurs post opératoires et l'immobilisation antalgique et donc, diminuent la pathologie liée à l'immobilisation telle que la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs.

Le respect du capital péritonéal diminue l'iléus post opératoire, ce qui aurait pour effet d'être moins adhésiogène et de permettre une reprise rapide de l'alimentation. Le respect du péritoine supprime également l'iléus diaphragmatique, ce qui améliore la complaisance pulmonaire évitant les atélectasies et les complications pulmonaires post opératoires classiques.

Chez le patient obèse, l'épaisseur du tissu sous-cutané peut être source de difficultés au niveau de l'écartement des berges et de la visualisation du site opératoire.

Par coelioscopie, l'épaisseur de la paroi ne présente aucun problème puisqu'elle est traversée de part en part par des trocars et que l'optique peut se placer à quelques centimètres du site opératoire, permettant une acuité visuelle remarquable. Enfin, le risque d'éventration n'existe plus.

L'ensemble de ces facteurs simplifie les suites opératoires, la durée d'hospitalisation et le délai de reprise du travail. Les avantages de cette technique prennent toute leur importance lorsque l'acte opératoire en soi est bénin (cholécystectomie, chirurgie fonctionnelle de l'estomac, etc...) et où c'est l'intrusion pariétale qui détermine la lourdeur de l'intervention.

## CONTRE INDICATION DE LA VOIE COELIOSCOPIQUE

Les adhérences insurmontables que l'on peut suspecter lorsqu'il existe de lourds antécédents abdominaux avec multiples laparotomies antérieures

constituent la principale contre-indication.

Il existe en outre des contre-indications en fonction de la pathologie ; les néoplasies ou les pathologies inflammatoires sans plan de clivage évident ne peuvent être abordées par coelioscopie.

Enfin, la technique implique une dépendance importante du matériel d'imagerie et il faut renoncer à l'intervention si le matériel est défectueux.

## ROLE DU MEDECIN TRAITANT DANS LA CHIRURGIE DIGESTIVE PAR VOIE COELIOSCOPIQUE

Le rôle du médecin traitant est prépondérant dans le post-opératoire puisqu'il est amené à revoir son patient à partir du troisième jour post-opératoire. Le patient peut se plaindre de douleurs abdominales irradiant vers les épaules, correspondant à la persistance du CO<sub>2</sub> nécessaire pour créer le pneumopéritoine.

Si les douleurs ne se résolvent pas dans les jours qui suivent, que le transit s'interrompt (dans cette technique, un iléus post-opératoire de 24 heures peut être considéré comme pathologique) et que le patient évolue vers un tableau de péritonite, il doit être réadressé au Service des Urgences de l'Hôpital.

Il existe en effet, un risque théorique de perforation d'organe creux par le crochet coagulateur qui peut se manifester en deux temps (chute d'escarres).

De petits hématomes pariétaux peuvent être présents en regard des trous de trocars. Ils se résorbent très rapidement mais sont parfois source de petites douleurs pariétales. Les fils sont en général enlevés par le médecin traitant au 5ème ou 6ème jour post-opératoire. L'incapacité de travail peut se limiter à une semaine pour des patients motivés n'effectuant pas de

travaux de force. La réhabilitation professionnelle est prolongée à un mois pour les travailleurs lourds.

## CONCLUSION

La chirurgie digestive est en pleine mutation. L'évolution des techniques d'imagerie, d'optique et des nouveaux types d'instruments chirurgicaux ont profondément modifié les concepts traditionnels de la mise au point pré-opératoire et de la technique en chirurgie digestive.

On évolue vers un staging de plus en plus précis, capable de définir exactement la pathologie de son extension. Cette mise au point autorise des interventions de moins en moins invasives, soit par mini-laparotomie, soit par chirurgie coelioscopique ou même par chirurgie endoscopique.

Cette chirurgie invasive à minima, où l'on expose plus les cavités internes à opérer, constitue un challenge important pour le chirurgien digestif et représente un bénéfice considérable pour le patient dont les suites post-opératoires sont extrêmement simplifiées.