

TECHNIQUE D'ABORD DE L'HIATUS ŒSOPHAGIEN PAR CŒLIOSCOPIE

PAR

G.B. CADIÈRE*

Par cœlioscopie, l'amélioration du confort post-opératoire et la diminution de la durée d'hospitalisation sont très sensibles dans l'abord de l'hiatus œsophagien [1] puisque par laparotomie classique l'accès à l'hiatus nécessite une grande incision sus-ombilicale et une traction continue sur le rebord costal.

Cependant, la popularisation de l'abord par cœlioscopie de l'hiatus œsophagien a entraîné une morbidité importante liée à la perforation de l'œsophage [2] probablement parce que la dissection de la région œsophagienne est réalisée non pas au doigt comme dans la laparotomie classique mais avec des instruments rigides et effilés.

Technique

Nous proposons une technique personnelle pour éviter ces perforations. Cette technique a été réalisée chez 180 patients sans perforation de l'œsophage (fig. 1).

— Incision large du petit épiploon sans tenir compte des fibres extra-gastriques du nerf X, en visant le haut du pilier droit.

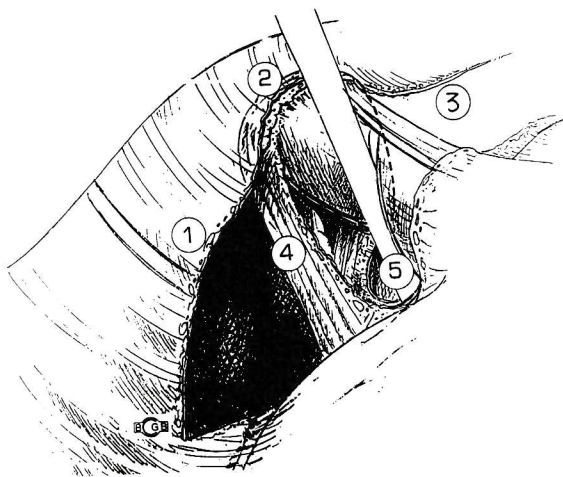


FIG. 1. — Exposition du hiatus.

- 1) Incision large du petit épiploon;
- 2) Incision du feuillet péritonéal du ligament phréo-œsophagien;
- 3) Incision du ligament phréo-gastrique;
- 4) Dissection le long du pilier droit jusqu'à rencontrer le pilier gauche;
- 5) Incision de bas en haut du pilier gauche.

* Hôpital Saint-Pierre, rue Haute, 322 1000 Bruxelles, Belgique.

— Incision du feuillet péritonéal du ligament phrénéo-œsophagien. Le ligament n'est pas incisé sur toute son épaisseur de peur de réaliser une brèche sur le mur antérieur de l'œsophage, le plan de clivage entre le ligament et l'œsophage n'étant pas évident à ce stade de la dissection. L'incision se prolonge sur la gauche par l'incision du ligament phrénéo-gastrique. Une optique de 30° facilite cette dissection. La section de ces feuillets péritonéaux, sans isoler vraiment l'œsophage, permet sa mobilisation.

— Dissection le long du pilier droit de haut en bas jusqu'à rencontrer le pilier gauche. Ceci n'est possible que si l'incision du petit épiploon est suffisamment large. Une pince placée en sous-xiphoidien est introduite dans l'angle formé par le pilier droit et l'œsophage et pousse l'estomac vers le bas et la gauche du patient. Cette manœuvre, facilitée par la section préalable des feuillets péritonéaux, isole le pilier gauche. La localisation du pilier gauche est indispensable avant la dissection rétro-œsophagienne car elle sépare la région médiastinale de la région rétro-œsophagienne intra-abdominale. La dissection de la région médiastinale est proscrite à ce stade de la dissection si l'on veut éviter une perforation de l'œsophage postérieur intra-médiastinal ou de la plèvre gauche.

— Localisation du nerf X postérieur.

— Dissection de la région rétro-œsophagienne intra-abdominale qui se termine par la section du bas du ligament phrénéo-gastrique.

— Incision de bas en haut du pilier gauche en prenant garde de ne pas blesser le nerf X. On pousse la dissection le plus haut possible en refoulant l'œsophage vers la gauche et le haut, mais en se limitant à la partie non masquée de l'œsophage.

Lorsque l'œsophage est bien individualisé, la dissection de toute l'épaisseur du ligament œsophagien peut être réalisée sans danger de perforation de l'œsophage. La mobilisation de l'œsophage permet, en plaçant le système optique vers la gauche et l'œsophage vers la droite, de terminer de disséquer le haut du pilier gauche.

Trois principes régissent cette dissection :

a) Il ne s'agit pas de la dissection de l'œsophage, dangereuse car il est peu visible au début de la dissection et susceptible d'être blessé par les instruments effilés. Il s'agit plutôt de la dissection des piliers de l'hiatus, à distance de l'œsophage.

b) Cette dissection est toujours réalisée sous excellente vision.

c) La dissection peut être plus intime à l'œsophage et être éventuellement intra-médiastinale lorsque l'œsophage est tout à fait individualisé.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] CADIÈRE G.B., HOUBEN J.J., BRUYNS J., HIMPENS J., PANZER J.M., GÉLIN M. — Laparoscopic Nissen fundoplication. Technique and preliminary results. *Br. J. Surg.*, 1994 (In press). [2] CHAMPAULT G. and FDCL. — Reflux gastro-œsophagien : traitement par laparoscopie : 940 cas. *Ann. Chir.*, 1994 (In press).