

Note technique

Perforation de l'œsophage abdominal Abdominal esophageal perforation

A. Rosière ^{a,*}, L. Michel ^a, V. Scavée ^b, S. Mulier ^a, A. Khoury ^a

^a Service de chirurgie digestive, cliniques universitaires (UCL) de Mont-Godinne, avenue Therasse, 1, 5530 Yvoir, Belgique

^b Service de chirurgie cardi thoracique, cliniques universitaires de Mont-Godinne (UCL), avenue Therasse, 1, 5530 Yvoir, Belgique

Disponible sur internet le 05 juillet 2005

1. Tactique opératoire

Les options possibles sont une suture avec lambeau de renforcement, une résection œsogastrique et une suture avec renforcement accompagnée du traitement local d'une affection sous-jacente (Fig. 1).

Si l'œsophage est sain, quels que soit le délai du diagnostic et l'état général du patient, la meilleure option est une suture avec lambeau de renforcement et drainage.

En cas de cancer limité ou d'une sténose non dilatable, une résection œsogastrique, même limitée, s'impose.

En cas de perforation après sclérothérapie ou ligature endoscopique de varices, nous avons rapporté notre expérience d'une suture renforcée par un lambeau gastrique en association avec une déconnexion azygoportale.

En cas de perforation après dilatation pour achalasie, la recommandation était de réaliser une myotomie sur le versant opposé à la perforation. Cela nécessite la mobilisation d'un œsophage fragilisé et expose à un risque de reflux gastroœsophagien. Afin d'éviter ces ennuis, Urbani propose de refermer uniquement la brèche muqueuse et de renforcer la suture par un lambeau de muscle intercostal.

2. Voie d'abord

Actuellement, la voie d'abord la plus utilisée reste une laparotomie médiane sus-ombilicale bien qu'une approche coelioscopique soit envisageable. Le patient est placé en décubitus dorsal strict. Après exploration, prélèvement bactériologique et lavage, une courte phrénotomie antérieure doit être systématiquement réalisée afin d'exposer l'œsophage thoracique inférieur. Cette phrénotomie est facilitée par l'introduction de l'index par l'orifice hiatal, ce qui permet de refouler le

péricarde et d'inciser les fibres musculaires sans risque (Fig. 2). L'œsophage abdominal est mobilisé par rapport à la membrane phrénœsophagienne et aux deux piliers du diaphragme. Il est important de respecter les nerfs pneumogastriques. La mise en place d'un lacs autour de l'œsophage permet une dissection de celui-ci dans le médiastin en prenant garde de ne pas ouvrir la plèvre ou le péricarde. L'identification de la perforation est généralement aisée.

3. Suture

Avant de procéder à la suture, une myotomie longitudinale de part et d'autre de la brèche est réalisée de manière à exposer clairement la plaie de la muqueuse qui est souvent plus grande que la plaie de la musculature. Un parage des bords dévitalisés est également effectué. La suture est confectionnée en deux plans, un plan muqueux par un surjet avec un fil résorbable 4-0 et un plan musculaire par des points séparés avec un fil non résorbable 3-0 (Fig. 3). Un test au bleu de méthylène permet de s'assurer de la bonne qualité de la suture.

Les gestes sont identiques à ceux décrits pour les autres localisations.

3.1. Lambeau de renforcement

3.1.1. Lambeau gastrique

La réalisation d'un lambeau gastrique représente le meilleur moyen de renforcer la suture. Il peut être confectionné selon Thall ou selon Nissen (Fig. 4).

3.1.2. Lambeau épiploïque

En cas d'antécédent de chirurgie gastrique, il constitue la meilleure alternative.

3.2. Drainage

Deux drains de Jackson-Pratt sont recommandés, l'un en sous-phrénique gauche, l'autre en sous-hépatique à côté du bord droit de l'œsophage.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alain.rosiere@chex.ucl.ac.be (A. Rosière).

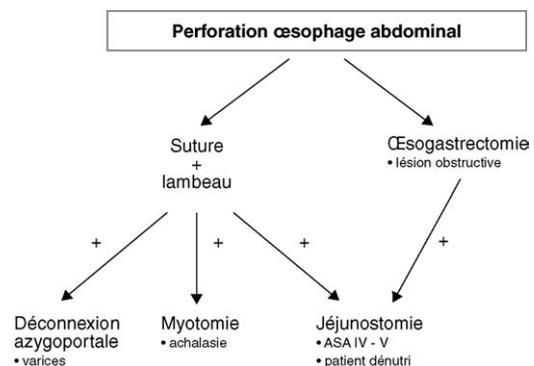


Fig. 1. Arbre décisionnel du traitement d'une perforation de l'œsophage abdominal.

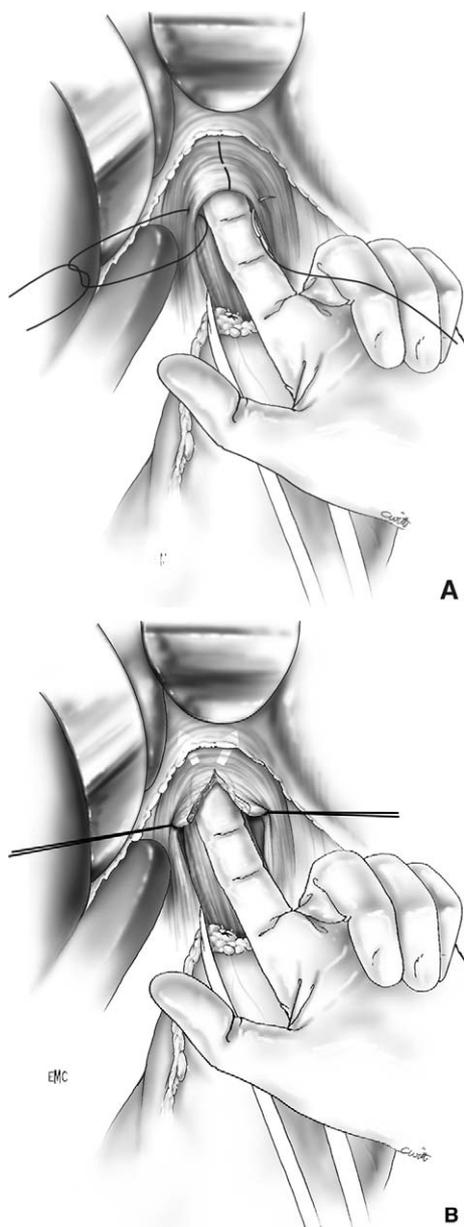


Fig. 2. Phrénotomie radiaire par voie abdominale sous protection de l'index refoulant le péricarde (A, B).

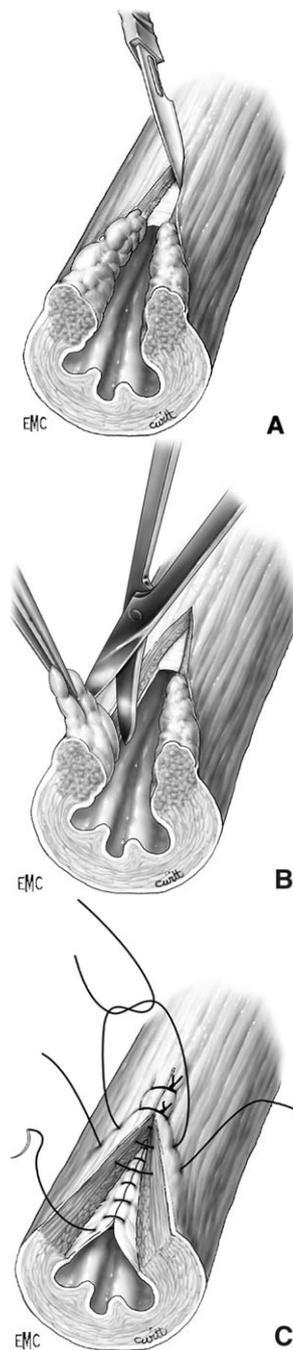


Fig. 3. A. Réalisation d'une myotomie afin de mettre en évidence l'étendue de la plaie muqueuse qui est souvent plus large que la plaie musculieuse. B. Débridement minutieux des bords dévitalisés de la plaie. C. Suture en deux plans avec des points séparés.

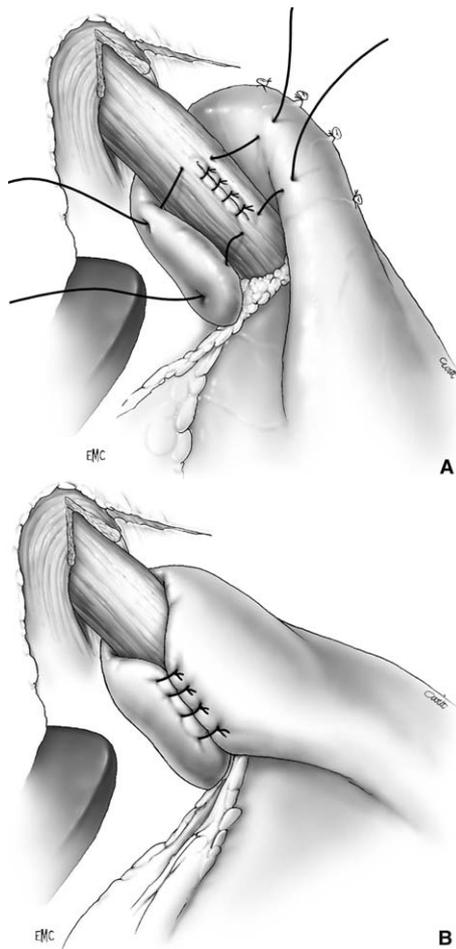


Fig. 4. Renforcement de la suture par une fundoplicature de 360° (A, B).

4. Conclusion

Le pronostic d'une perforation œsophagienne dépend essentiellement de la rapidité du diagnostic et du choix du meilleur traitement décidé en première ligne. Actuellement, encore seule une perforation sur trois est diagnostiquée dans les six heures. Selon des indications qui doivent rester strictes, le patient peut bénéficier avec succès d'une approche non chirurgicale. Sinon, l'option est résolument opératoire. Dans cette option, le lâchage de la suture représente le principal problème auquel est confronté le chirurgien. Le renforcement de la suture permet de diminuer ce risque et, bien qu'il s'agisse d'un concept simple, peu de chirurgiens l'appliquent systématiquement. Plusieurs types de lambeau peuvent être utilisés et il est toujours possible d'en confectionner un sans difficulté. Lorsque la suture est hasardeuse, des alternatives comme la fistulisation dirigée (procédé simple mais peu utilisé) ou l'exclusion œsophagienne (technique très invalidante) permettent parfois de redresser une situation compromise. Le recours à une œsophagectomie ne devrait être réservé que dans le traitement définitif d'une perforation associée à un obstacle sous-jacent si l'état général du patient le permet. Quelle que soit l'option décidée, une concertation interdisciplinaire associant les gastroentérologues, les chirurgiens, les anesthésistes-réanimateurs et les radiologues permet d'obtenir les meilleurs résultats.