

Le kyste pilonidal en 5 questions :

Réponse du Docteur Julienne à la Clinique St Germain à Saint-Germain-en-Laye (78100)

Qu'est ce qu'un kyste pilonidal ?

Lors de la formation embryonnaire, au bas de la colonne vertébrale, au niveau du sillon inter fessier, de la peau s'est refermée sur elle-même, créant une poche ou sinus pilonidal ou **kyste pilonidal** ou kyste sacro-coccygien.



Kyste avec orifice

Le kyste situé sous la peau contient des poils avec leurs annexes pilosébacés qui secrètent du sébum.

Ce sébum peut sortir à travers la peau par un petit trou d'environ 1 millimètre de diamètre qui signe la présence du kyste sous-jacent et permet l'extériorisation des sécrétions.

Le kyste peut également se rompre et se fistuliser vers la profondeur entraînant inflammation et infection.

Est-ce que c'est grave ?

Disons le tout de suite, c'est une pathologie :

- Fréquente (20000 patients opérés en France chaque année)
- Bénigne (Il n'y a jamais de cancer sur les pièces d'ablation de kystes pilonidaux opérés).

La gravité relative est liée à l'infection possible quand l'évacuation des sécrétions du kyste par un orifice cutané ne se fait pas (ou plus si l'orifice se bouche). Il peut alors se produire un abcès voire une extériorisation spontanée du pus à quelques centimètres de l'orifice du kyste traduisant une fistule à distance.

Comment le reconnaître



Kyste infecté avec pus

A partir de l'adolescence, le plus souvent chez le garçon (3 fois sur 4).

En aucun cas, il ne s'agit d'un manque d'hygiène (question souvent posée).

Avant toute complication, il se traduit par une gêne, des douleurs, un gonflement intermittent au niveau du sillon inter fessier voire l'extériorisation par l'orifice de sécrétions ou de poils.

L'examen du sillon inter fessier retrouve strictement sur la ligne médiane l'orifice ou pertuis du kyste qui signe le diagnostic.

Au moment de l'infection, il s'agira d'un abcès, c'est-à-dire d'une tuméfaction rouge, chaude, douloureuse avec parfois de la fièvre survenue en 2, 3 jours qui va imposer une prise en charge chirurgicale en urgence.

Si l'évolution infectieuse a été plus lente, l'infection peut s'extérioriser à la peau par un orifice à distance traduisant une fistule.

Ces trois temps de l'évolution du kyste sont des indications opératoires. Idéalement, au stade de l'orifice simple sans manifestation infectieuse.

En quoi consiste le traitement chirurgical ?

C'est une chirurgie courte (une vingtaine de minutes), sous anesthésie générale et sous couverture antibiotiques à visée anti-staphylococcique.



Elle va enlever en totalité le kyste en passant à distance du kyste en tissu sain.

Pour se faire, un marquage au bleu de méthylène injecté par l'orifice du kyste va le tatouer entièrement en bleu et permettre l'exérèse chirurgicale sans laisser de la paroi du kyste qui pourrait être à l'origine de récurrences. Le passage en profondeur va toujours jusqu'à l'aponévrose qui recouvre le sacrum.

S'il existe une fistule, elle est marquée par le bleu qui a diffusé dans le kyste et est enlevée en même temps. L'intervention se termine par un méchage avec une mèche préférentiellement composée de fibres d'alginate de calcium pur.

Dans le cas d'un volumineux abcès, il peut être préférable dans un premier temps d'inciser simplement l'abcès pour ne pas faire d'exérèse trop importante et de pratiquer l'ablation du kyste 10 jours plus tard.

Quelle gêne, contraintes et traitements postopératoires ?



Kyste méché

L'intervention selon la taille du kyste et l'état physiologique du patient sera faite en ambulatoire ou durant une hospitalisation de 24 heures.

Une antibiothérapie de quelques jours si le kyste a été opéré au stade d'abcès.

Des antalgiques à la demande selon la gêne douloureuse.

On peut remarquer que la plupart des patients n'en utilisent pas ou peu car la douleur est peu importante voire absente après exérèse du kyste.

Un arrêt de travail de quelques jours à 3 ou 4 semaines selon la largeur de l'exérèse et la profession exercée.

Un méchage quotidien après nettoyage de la plaie au sérum physiologique fait par une infirmière près de son domicile ou de son lieu de travail.

La douche peut être prise si l'infirmière refait le pansement juste après ou mieux en utilisant des films collants étanches que l'on colle au dessus du pansement le temps de la toilette.

La cicatrisation complète avec épidermisation demande en moyenne 2 mois mais l'inconfort de vie se limite en règle aux 3 premières semaines.

Kyste en voie de cicatrisation

Aucune séquelle esthétique car la cicatrice est souvent peu large malgré l'étendue de la résection et située dans le sillon inter fessier.

Pas de récurrence si l'exérèse a été totale, ce qui est noté sur l'examen anatomopathologique de la pièce qui a été examinée et si le méchage a toujours été fait jusqu'au fond de la plaie.

En conclusion :

Le **kyste pilonidal** est une affection fréquente, bénigne dont le traitement doit être fait idéalement au stade peu symptomatique du début avec un simple petit orifice dans le sillon inter fessier qui en signe la présence.

L'exérèse peu large permet une cicatrisation rapide et un inconfort postopératoire discret et court.

Docteur Patrick JULIENNE

150 000 hernies inguinales opérées par an en France. Ce chiffre donne la mesure du problème de santé publique.

L'affinement de la technique chirurgicale a en 25 ans, fait passer l'hospitalisation de 5-6 jours, à une cure le plus souvent réalisable en ambulatoire en toute sécurité. L'économie de coût pour la société est importante et le risque d'infection nosocomiale réduit par une telle prise en charge.

La cure de Hernie Inguinale en Ambulatoire

Par le Docteur Julienne à la Clinique St Germain à Saint-Germain-en-Laye (78100)

CARACTERISTIQUES DE LA HERNIE INGUINALE

Elle résulte d'une faiblesse de la paroi abdominale et se traduit par une protubérance au niveau de l'aîne, permanente ou s'extériorisant lors de la toux ou des efforts. Elles peuvent être indolores ou source de gênes douloureuses.

Volumineuses, elles peuvent s'étrangler (hernie douloureuse contenant le plus souvent de l'intestin et entraînant une occlusion car ne pouvant plus se réintégrer dans l'abdomen), imposant une intervention en urgence dans de mauvaises conditions.

La **hernie inguinale** doit donc être opérée à froid avant complication. L'intervention par la technique de Lichtenstein, qui est la technique chirurgicale la plus utilisée actuellement, peut le plus souvent être faite en ambulatoire, ce qui est le thème de cet article

TECHNIQUE DE L'INTERVENTION DE LICHTENSTEIN

La cure de la **hernie inguinale** par la technique de Lichtenstein, se propose de réaliser une réparation de la paroi affaiblie mais sans tension sur les tissus. Pour se faire, elle utilise un renfort prothétique : Un filet de polyester pour diminuer la douleur postopératoire et le risque de récurrence.

Schématiquement :

Sous anesthésie générale ou péridurale

L'intervention débute par une injection d'un anesthésique local, la Lévocabupivacaïne en dedans de l'épine iliaque antérosupérieure pour obtenir un blocage des branches génitales sensitives des nerfs ilio-inguinal et génito-fémoral. Blocage qui favorisera la sédation de la douleur durant 6 à 8 heures après l'intervention.

Incision de 7cms de long dans la pilosité sus-pubienne.

Ouverture de l'aponévrose du muscle grand oblique.

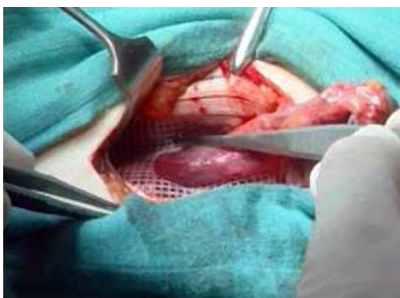


Hernie oblique externe (cordon spermatique en bas et sac de hernie en haut)

Chez l'homme, le sac herniaire est isolé du reste du cordon spermatique en cas de hernie oblique externe puis réséqué ou enfoui dans l'espace sous-péritonéal.

En cas de hernie directe, il sera également enfoui par un point concentrique placé à sa base. Chez la femme, le sac herniaire est le plus souvent réséqué.

Un filet prothétique (120 x 50 mm) vient renforcer la paroi déficiente. Chez l'homme, il est fendu en son milieu pour laisser passer le cordon spermatique.



Prothèse (Treillis blanc) laissant passé le cordon spermatique

Le filet est amarré par quelques points ou même maintenant collé avec les dernières prothèses et l'aponévrose du muscle grand oblique est suturée en avant de ce filet.

Un surjet intradermique résorbable termine l'intervention. Il n'y aura donc aucun fil à enlever.

COMPARAISON AUX AUTRES TECHNIQUES PRATIQUÉES DANS LA CURE DE LA HERNIE INGUINALE

- **Le shouldice :**

Il utilise la suture des tissus du patient pour réparer la faiblesse pariétale. Chez l'adulte, la supériorité du Lichtenstein tient à la mise en place du filet prothétique permettant une réparation sans tension qui diminue la douleur postopératoire, et le risque de récurrence à long terme passe de 6% à moins de 1%.

- **L'implantation du filet par cœlioscopie :**

Son avantage dans les études comparatives résiderait dans une diminution des gênes locales résiduelles intermittentes qui se chiffrent à 10% avec le Lichtenstein.

Par contre, l'implantation de la prothèse avec la cœlioscopie impose un abord abdominal.

Seul le chirurgien, en fonction du patient et des caractéristiques de la hernie, est à même de proposer une technique ou une autre.

PRESCRIPTIONS PRE ET POST-OPERATOIRES POUR UN LICHTENSTEIN REALISE EN AMBULATOIRE

En préopératoire

- **Consultation chirurgicale**

Le chirurgien informe le patient du diagnostic, des techniques opératoires possibles et précise l'évaluation bénéfique/risque d'une intervention.

Un écrit de consentement éclairé est remis au patient.

Les règles d'hygiène préopératoires sont expliquées : Une douche antiseptique la veille et le matin même de l'opération. Rasage ou épilation avant la douche antiseptique du matin.

Prescription des antalgiques et anti-inflammatoires pour le postopératoire, achetés avant l'intervention.

Depuis 2009, un devis est obligatoire, indiquant les honoraires qui seront facturés.

- **Consultation d'anesthésie**

Sélection en collaboration avec le chirurgien des patients éligibles à une intervention ambulatoire en fonction de l'état général (ASA I ou II en règle), des traitements en cours et d'une bonne compréhension avec possible application à domicile, des prescriptions du postopératoire.

Règles du jeûne préopératoire précisées et éventuellement adaptation des traitements médicaux du patient.

En postopératoire

La sortie en fin d'après-midi se fait après la visite du chirurgien et de l'anesthésiste. Le patient doit avoir uriné. Il peut s'habiller et marcher avant de sortir. Il sera accompagné jusqu'au lendemain par une personne de confiance majeure. Dans le cas contraire, il reste hospitalisé jusqu'au lendemain.

Il doit pouvoir joindre son chirurgien par téléphone.

Le seul traitement consiste en la prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires durant les 2 à 4 premiers jours.

La nécessité d'une visite de contrôle pour le premier pansement le lendemain de l'intervention n'est pas nécessaire si les éléments de surveillance ont été bien expliqués et compris par le patient.

Un arrêt de travail de une à quatre semaines est prescrit selon la profession ; en moyenne deux semaines.

Un arrêt de sport ou d'activités physiques importantes d'un mois, mais la marche est encouragée dans les jours qui suivent l'intervention.

Une visite de contrôle à 1 mois avant la reprise de toutes les activités sportives.

Docteur Patrick JULIENNE

La chirurgie des varices par éveinage et phlébectomie en ambulatoire

Par le Docteur Patrick Julienne, chirurgien à la Clinique St Germain à Saint-Germain-en-Laye (78100)

Les varices des jambes

Essentiellement, d'origine génétique, elles touchent surtout les femmes. Les varices sont favorisées par la chaleur, les stations debout prolongées, les grossesses.

Le sang veineux des jambes est ramené au cœur par un double système veineux :

- Le système veineux profond situé sous les masses musculaires. Il assure de très loin l'essentiel du retour veineux et, n'est généralement pas en cause dans la maladie variqueuse qui nous intéresse ici.
- Le système veineux superficiel qui chemine sous la peau se draine par 2 veines. La grande veine saphène et la petite veine saphène. Elles naissent au niveau de la cheville et vont se jeter plus haut dans le système veineux profond ; la petite veine saphène dans le creux poplité à l'arrière du genou et la grande veine saphène au pli de l'aîne.

Dans le cas d'une insuffisance veineuse superficielle, que l'on appelle également varices ou maladie variqueuse, les veines saphènes sont alors incontinentes. En d'autres termes, le sang y chemine sous l'action de la gravité à contre-sens c'est-à-dire du haut vers le bas, dilatant les veines du réseau cutané superficiel et surchargeant d'autant le travail du système veineux profond.

Les conséquences sont multiples. Outre les dilatations veineuses inesthétiques, des lourdeurs et des œdèmes peuvent se voir. Plus tardivement, une inflammation de la peau, un eczéma, une dermatite ocre voire des ulcères variqueux. Une thrombose veineuse superficielle ou l'hémorragie d'une veine dilatée sont plus rares.

Après un bilan de l'état veineux grâce au doppler effectué par le phlébologue, un traitement, qui est médico-chirurgical doit pouvoir être réalisé avant l'apparition de ces complications qui, pour certaines comme la dermatite ocre, sont définitives. La chirurgie propose d'enlever les veines détruites définitivement par la maladie variqueuse.



L'intervention chirurgicale

LA TECHNIQUE

300.000 procédures chirurgicales par an en France en font la technique de référence du traitement des varices des membres inférieurs.

L'intervention sera le plus souvent pratiquée sous anesthésie générale et en ambulatoire. Sauf exception, une seule jambe sera traitée lors de l'intervention.

Le phlébologue lors d'un doppler réalisé la veille, aura marqué au feutre indélébile sur la peau, les veines défectueuses à enlever par la chirurgie.

La chirurgie associe de façon variable un ou plusieurs des gestes suivants :



L'éveinage des veines saphènes marquées en préopératoire, concernant la grande et/ou petite veine saphène. Il s'agit après incision aux deux extrémités de la veine dans laquelle on aura fait remonter le stripper, d'enlever la veine (comme une chaussette que l'on retirerait) par invagination sur elle-même.

La phlébectomie. Elle consiste par des micro-incisions de 2mm à retirer des veines dilatées et inesthétiques, qui sont des branches des veines saphènes. Elles ont été marquées en préopératoire.

La ligature de perforantes par incision de quelques millimètres quand, incontinentes, elles entraînent un reflux de sang du système veineux profond vers le réseau superficiel saphène

Les suites opératoires

Les suites post-opératoires sont en règle rapides et simples, permettant une reprise rapide d'autonomie en quelques jours.

Quelques complications mineures sont possibles : En dehors d'ecchymoses constantes, une inflammation, un hématome, une induration sensible sur le trajet du stripping, une infection ou un écoulement de la cicatrice, des troubles sensitifs cutanés à type d'anesthésie voire de dysesthésie ou d'hyperesthésie localisée, rarement définitives, régressent en 2-3 mois et peuvent nécessiter des médications.

Très rarement et devant être prévenus par les anticoagulants en post-opératoire, une phlébite profonde qui peut exceptionnellement se compliquer d'une embolie pulmonaire.

Comparaison avec les autres techniques pratiquées

- La radiofréquence et l'endolaser
 - Une fibre optique pour le laser ou une sonde pour la radiofréquence sont introduites dans la lumière de la veine pour détruire la saphène par la chaleur générée. A distance de l'intervention il peut persister la perception d'un cordon induré sous la peau puisque la veine n'a pas été enlevée mais seulement fibrosée. Pour le laser, il existe un risque de pigmentation de la peau, spécialement en cas de varices volumineuses.
 - Les varicosités, de couleurs violettes, inesthétiques, peuvent être traitées par le laser cutané.
- Méthode ASVAL (Ablation Sélective des Varices sous Anesthésie Locale). Elle a ses indications mais il s'agit d'une phlébectomie de veines collatérales, qui n'enlèvera pas la veine saphène le plus souvent incontinente et à l'origine de la maladie variqueuse.
- Les scléroses. Elles sont intéressantes en complément d'une chirurgie ou pour traiter des varicosités mais elles sont insuffisantes devant des veines saphènes incontinentes et dilatées.
- Les médicaments veinotoniques et les bas de contention
 - Ils sont intéressants au début de la maladie variqueuse ou en complément de la chirurgie dans la période post-opératoire immédiate.

Prescriptions pré et post-opératoire pour une chirurgie réalisée en ambulatoire

- **En pré-opératoire**

La consultation chirurgicale

Le chirurgien informe le patient du diagnostic, des techniques opératoires possibles et précise l'évaluation bénéfique/risque d'une intervention.

Un écrit de consentement éclairé est remis au patient.

Les règles d'hygiène préopératoires sont expliquées : Une douche antiseptique la veille et le matin même de l'opération. Une dépilation avant le marquage de la veille effectué par le phlébologue.

Une prescription sera faite de bas de contention, d'antalgiques et de pommades anti-inflammatoires ainsi que d'anticoagulants injectables pour le postopératoire. Ils seront achetés avant l'intervention.

Depuis 2009, un devis est obligatoire, indiquant les honoraires qui seront facturés sera délivré au patient.

La consultation d'anesthésie

Sélection en collaboration avec le chirurgien des patients éligibles à une intervention ambulatoire en fonction de l'état général (ASA I ou II en règle), des traitements en cours et d'une bonne compréhension avec possible application à domicile, des prescriptions du postopératoire.

Règles du jeûne préopératoire précisées et éventuellement adaptation des traitements médicaux du patient.

- **En post-opératoire**

La sortie en fin d'après-midi se fait après la visite du chirurgien et de l'anesthésiste. Le patient sera accompagné jusqu'au lendemain par une personne de confiance majeure. Dans le cas contraire, il reste hospitalisé jusqu'au lendemain. Il doit pouvoir joindre son chirurgien par téléphone.

Le traitement post-opératoire comprend des antalgiques, l'application de pommade anti-inflammatoire sur les ecchymoses, le port des bas de contention pendant 36 heures puis durant la journée pendant 1 mois, un traitement par anticoagulant injectable quotidien pendant 10 jours pour prévenir les phlébites, l'ablation des points cutanés à J10.

Un arrêt de travail de une à trois semaines est prescrit selon la profession ; en moyenne deux semaines. Un arrêt de sport ou d'activités physiques importantes d'un mois, mais la marche est encouragée dans les jours qui suivent l'intervention. Une visite de contrôle à 1 mois avant la reprise de toutes les activités sportives.

En conclusion, le traitement des varices reste centré sur la chirurgie d'ablation des veines détruites. Il permet de soulager les symptômes parfois invalidants et prévient les complications tardives et parfois définitives d'une insuffisance veineuse évoluée. Enfin l'argument esthétique n'est pas des moindres pour une pathologie qui touche essentiellement les femmes.

Docteur Patrick Julienne

La chirurgie de la vésicule biliaire porteuse de calculs, sous coelioscopie et en ambulatoire.

Par le Docteur Julienne à la Clinique St Germain à Saint-Germain-en-Laye (78100)

60 000 vésicules biliaires calculeuses opérées par an en France. Ce chiffre donne la mesure du problème de santé publique.

L'affinement de la technique chirurgicale ont en 20 ans, fait passer l'hospitalisation de 5-6 jours par laparotomie a, en dehors de l'urgence, une cure sous **coelioscopie**, réalisable en ambulatoire une fois sur deux.

L'économie de coût pour la société est importante et le risque d'infection nosocomiale réduit par une telle prise en charge.

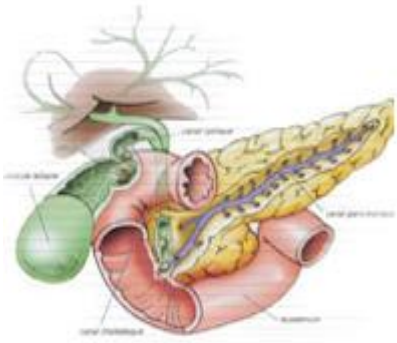


Schéma 1

1- Les calculs vésiculaires

La **vésicule biliaire** stocke la bile, produite par le foie entre les repas, (1litre par jour), puis se vide lors de l'alimentation. (Schéma 1)

La bile facilite la digestion des graisses.

Un déséquilibre dans la composition de la bile est à l'origine de la **formation des calculs** dont la taille peut varier de 1millimètre à plusieurs centimètres.

Des calculs peuvent être responsables de douleurs, d'infection de la **vésicule biliaire** voire du foie ou de **pancréatite**.

En retirant la **vésicule biliaire**, hormis une autre maladie associée, les calculs ne pourront plus se former.

2- Les complications liées à la présence de calculs dans la vésicule

Lorsque les **calculs** n'entraînent pas de symptôme (découverte fortuite lors d'une échographie par exemple), aucune surveillance ni aucun traitement n'est nécessaire.

Par contre la chirurgie s'imposera devant les complications qui peuvent être :

- La colique hépatique avec douleurs sous les côtes à droite ou dans le creux de l'estomac, irradiant volontiers dans l'épaule à droite, avec nausées ou vomissements.
- L'infection de la vésicule ou **cholécystite aiguë**, où à la douleur, va s'ajouter de la fièvre. Elle nécessite une antibiothérapie et le plus souvent une intervention en urgence (idéalement dans les 48 heures).
- Les accidents de migration des calculs dans le cholédoque se traduisent par des douleurs accompagnées de fièvre, et d'épisode d'urines foncées et de selles décolorées. Cette complication évoquée devant les symptômes cliniques et une modification du bilan biologique hépatique nécessite, d'être recherchée avant l'ablation de la vésicule. La vacuité du cholédoque, (le calcul ayant été éliminé dans les selles) peut être recherchée par une radio peropératoire ou avant l'intervention soit par une IRM, soit par une écho endoscopie selon le choix du chirurgien. L'écho endoscopie, si un calcul est resté bloqué dans le cholédoque, permet de l'évacuer par une **sphinctérotomie endoscopique** qui précèdera l'ablation de la vésicule sous coelioscopie.
- La pancréatite aiguë. Inflammation du pancréas pouvant être parfois gravissime, elle survient lors de la migration d'un calcul de la vésicule dans le cholédoque. Le calcul gênant la vidange des sucs pancréatiques par le canal pancréatique entraine une véritable digestion de la glande par ses propres sucs.

Pour toutes ces complications, une **cholécystectomie** sera proposée.

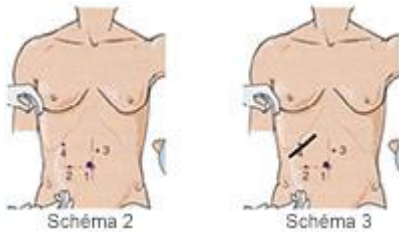
Une cholécystectomie est une intervention destinée à ôter la **vésicule biliaire** car la simple ablation des calculs n'empêcherait pas ultérieurement la formation de nouveaux calculs dans la **vésicule biliaire** laissée en place

3- L'intervention chirurgicale

La **cholécystectomie** s'effectue le plus souvent sous **coelioscopie**, à l'aide d'une caméra reliée à un tube optique.

Ce système, associé à des instruments longs, permet d'intervenir à l'intérieur du ventre qui est gonflé grâce à l'insufflation de gaz carbonique afin d'obtenir un espace de travail.

Cette technique diminue la taille de la plaie opératoire, la douleur ainsi que la durée d'hospitalisation et de convalescence.



Au niveau de l'abdomen, le chirurgien fait trois à quatre incisions de cinq à 10 mm (**Schéma 1**) pour introduire le système optique et les instruments.

Le déroulement de l'intervention est suivi sur un écran. La sortie de la **vésicule calculueuse** se fait par l'ombilic.

En cas de difficultés, liées à l'infection locale, à une mauvaise tolérance du gaz utilisé ou à une anomalie anatomique, l'intervention à l'aide d'une caméra peut être interrompue et une cicatrice plus importante réalisée.

Le chirurgien réalisera une cicatrice au-dessous des côtes droites comme indiqué sur le **schéma 2**.

Des complications sont possibles :



Intervention par voie coelioscopique

Les complications graves sont rares lors de l'ablation de la vésicule programmée dite "*à froid*", c'est à dire en dehors d'une chirurgie en urgence, imposée par les complications qui émaillent l'histoire de la **maladie vésiculaire calculueuse**.

Dans ce cas, si le patient est opéré tardivement, après de nombreuses crises, ou à chaud lors d'une **infection de la vésicule**, l'intervention nécessitera plusieurs jours d'hospitalisation et, plus difficile, comportera plus de risque

- Pendant l'intervention : une réaction lors de l'anesthésie, un saignement, une plaie digestive, une plaie du canal biliaire principal (surtout en cas d'inflammation), une embolie gazeuse.
- Après l'intervention : un saignement postopératoire, un écoulement de liquide biliaire, une infection des cicatrices.

PRESCRIPTIONS PRE ET POST-OPERATOIRES POUR UNE CHOLECYSTECTOMIE REALISEE EN AMBULATOIRE

A) En préopératoire

- **Consultation chirurgicale**

Le chirurgien informe le patient du diagnostic, de la technique opératoire et précise l'évaluation bénéfique/risque d'une intervention.

Un écrit de consentement éclairé est remis au patient.

Règles d'hygiène préopératoires sont expliquées : Une douche antiseptique la veille et le matin même de l'opération. Dépilation avant la douche antiseptique de la veille.

Prescription des antalgiques, anti-inflammatoires et antiémétiques ainsi que pansements pour le postopératoire, achetés avant l'intervention.

Depuis 2009, un devis est obligatoire, indiquant les honoraires qui seront facturés.

- **Consultation d'anesthésie**

Sélection en collaboration avec le chirurgien des patients éligibles à une intervention en ambulatoire en fonction de :

- la facilité prévisible de l'intervention (morphologie du patient, antécédents chirurgicaux sur l'abdomen et surtout histoire de la maladie lithiasique qui peut laisser présager une dissection difficile).
- de l'état général et des traitements en cours.
- d'une bonne compréhension avec possible application à domicile, des prescriptions du postopératoire.

Règles du jeûne préopératoire précisées et éventuellement adaptation des traitements médicaux du patient.

B) En postopératoire

Premier repas 4 heures après la fin de l'intervention.

La sortie en fin d'après-midi se fait après la visite du chirurgien et de l'anesthésiste. Le patient doit avoir uriné. Il peut s'habiller et marcher avant de sortir. Il sera accompagné jusqu'au lendemain par une personne de confiance majeure. Dans le cas contraire, il reste hospitalisé jusqu'au lendemain.

Il doit pouvoir joindre son chirurgien par téléphone qui l'appellera de toute façon pour contrôle systématique le lendemain matin de l'intervention.

Une ordonnance pour l'ablation des fils au 8ème jour, par une infirmière, vous sera remise à la sortie.

Le traitement à domicile consiste en la prise d'antalgiques, d'anti-inflammatoires et parfois d'antiémétique durant les 3 à 4 premiers jours ainsi que le simple changement par le patient des pansements sur les petites cicatrices des orifices des trocars.

Un arrêt de travail de une à trois semaines est prescrit selon la profession ; en moyenne deux semaines.

Un arrêt de sport ou d'activités physiques importantes d'un mois, mais la marche est encouragée dans les jours qui suivent l'intervention.

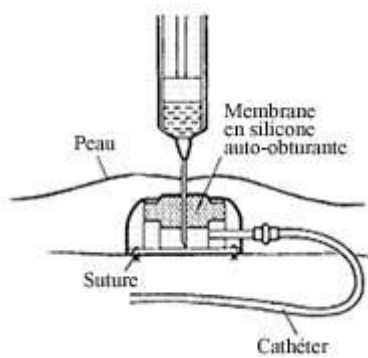
Une visite de contrôle à 1 mois avant la reprise de toutes les activités sportives.

Docteur Patrick JULIENNE

La pose d'une chambre implantable (CIP) ou PAC

Par le Docteur Julienne à la Clinique Turin Paris 8ème

Qu'est ce qu'une chambre implantable ?



C'est un système constitué d'un cathéter relié à un petit boîtier creux (chambre d'injection), implanté sous la peau. Le cathéter, flexible et fin, pénètre dans une veine périphérique et descend jusque dans la veine cave supérieure.

A cet endroit, le débit sanguin est important, permettant des injections dans le boîtier sans risquer une irritation de la veine.

La CIP évite les ponctions de vos veines superficielles (bras, mains, le plus souvent) en permettant un abord veineux permanent par simple ponction de la chambre à travers la peau. L'aiguille peut être laissée en place sous un pansement, le temps nécessaire.

La CIP est utilisé dans des cas très divers : transfusions répétées, injection de médicaments (chimiothérapies, antalgiques, antibiotiques...), rarement prélèvements sanguins.

Comment va se dérouler l'intervention ?

Avant l'intervention

Il y a une consultation préopératoire avec le chirurgien. L'intervention réalisée sous anesthésie locale, il est nécessaire d'obtenir, certes un consentement éclairé du patient, mais plus encore, une adhésion en confiance avec le chirurgien, pour l'intervention envisagée.

Celui-ci montre le dispositif implantable en consultation car en général c'est ce que l'on ne connaît pas qui est source de peur.

Par ailleurs, un certain nombre de données seront précisées.

Le dispositif sera mis en place lors d'une intervention chirurgicale au bloc opératoire.

Vous n'avez pas besoin d'être à jeun, puisque l'intervention a lieu sous anesthésie locale. Mais il y a toujours, à la demande du patient, la possibilité d'une anesthésie générale même si celle-ci reste rarissime en raison notamment du climat de confiance instauré.

Évitez de garder vos bijoux, n'apportez pas d'objets de valeur (carte bleue, chéquier, etc.), enlevez maquillage et vernis.

Si vous êtes sous anticoagulant, pensez à prévenir votre chirurgien à la consultation préopératoire, pour pouvoir aménager le traitement.

révenez-le également d'une chimiothérapie récente ou d'une affection qui pourrait perturber votre taux de globules blancs ou votre coagulation.

A votre arrivée dans le service, il vous sera demandé de prendre une douche avec un antiseptique et de revêtir une blouse de bloc opératoire.

Une prémédication vous sera donnée durant l'heure précédent le bloc opératoire sous forme d'un patch d'anesthésiant transcutané, d'un sédatif léger et de d'un antalgique.

Pendant l'intervention

Durant la pose (de 20 à 35 mn), vous êtes allongé et immobile L'intervention se déroule sous anesthésie locale qui ne supprime pas la sensation du toucher, mais celle de la douleur. Vous pouvez communiquer avec le chirurgien ou la panseuse durant toute l'opération.

Dans un premier temps le cathéter est inséré dans une veine superficielle (jugulaire externe ou céphalique) et sa position est contrôlée par une radiographie. Dans un second temps le boîtier est mis en place sous la clavicule et relié au cathéter.

L'ensemble du dispositif est finalement situé sous la peau. En dehors de cicatrices très courtes, de 2 à 4cms selon le lieu d'implantation, une simple voussure est visible au niveau du boîtier.

Exceptionnellement, et cela sera décidé en consultation préopératoire, il peut être préférable de réaliser la mise en place du dispositif, en service de radiologie, en ponctionnant directement la grosse veine jugulaire interne sous échographie.

Après l'intervention

L'intervention nécessite donc quelques heures d'hospitalisation en ambulatoire et permet s'il en est besoin une utilisation immédiate du dispositif. Les douches sont à éviter pendant 3 à 4 jours et les bains pendant une dizaine de jours.

Des pansements simples sont nécessaires pendant ce temps jusqu'à l'ablation des fils (lorsqu'ils ne sont pas résorbables), à J10.

Une gêne locale, les premiers jours, peut justifier parfois la prise d'antalgiques simples type Paracétamol.

Lorsque la peau est cicatrisée (environ 10 jours), aucune précaution particulière n'est nécessaire dans la vie de tous les jours ; vous pouvez par exemple prendre l'avion, faire du sport, aller à la plage etc. Si vous souhaitez aller nager, parlez-en à votre oncologue ou hématologue.

Comme pour toute intervention, ou implantation chirurgicale, un certain nombre d'effets indésirables et de complications sont susceptibles de se produire lors de la mise en place ou de l'utilisation du dispositif :

- Risques habituellement associés aux anesthésies locales ou générales ou à l'intervention chirurgicale (saignement, suppuration locale postopératoire, douleur).
- Incidents ou accidents liés à la technique de mise en place de la CIP et dépendant de la technique de pose.
- Incidents ou accidents liés à l'entretien et à la manipulation de la CIP : obstruction plus ou moins réversible du cathéter, rupture du cathéter, déconnexion, migration du cathéter, extravasation médicamenteuse, infection locale ou générale, thrombose veineuse.
- Incidents ou accidents liés à la situation sous cutanée de la CIP : érosion de la peau, extériorisation de l'implant, déplacement de la chambre ou du cathéter, inflammation.

En cas d'apparition d'une rougeur, d'une douleur, d'une irritation ou d'un gonflement au niveau du site implanté, une consultation rapide avec un médecin est nécessaire.

Ces incidents restent très occasionnels.

Le retrait de la chambre implantable ne se fait que sur décision médicale, au bloc opératoire sous anesthésie locale. L'intervention dure environ 15 minutes.

Docteur Patrick JULIENNE

La cure en ambulatoire de la hernie ombilicale et de la hernie de la ligne blanche

Par le Docteur Julienne à la Clinique St Germain à Saint-Germain-en-Laye (78100)

La cure en ambulatoire de la hernie ombilicale et de la hernie de la ligne blanche
Les hernies ombilicales et de la ligne blanche représentent 25% des 150000 hernies de la paroi abdominale opérées par an en France.

L'affinement de la technique chirurgicale permet le plus souvent une cure en ambulatoire en toute sécurité. L'économie de coût pour la société est importante et le risque d'infection nosocomiale réduit par une telle prise en charge.

Caractéristiques des hernies ombilicales et de la ligne blanche



Ces hernies résultent d'une rupture de l'aponévrose (ou gaine des muscles), au niveau de l'ombilic, ou sur la ligne dite blanche joignant l'ombilic à la xiphœide.

Elles se traduisent par une protubérance permanente ou s'extériorisant lors de la toux ou des efforts.



Le collet de la hernie qui est l'écartement entre les berges de l'aponévrose rompue, fait communiquer la cavité abdominale qui contient les intestins avec la poche herniaire située sous la peau.

Elles peuvent être indolores ou source de gênes douloureuses.

Volumineuses, elles peuvent s'étrangler imposant alors une intervention en urgence dans de mauvaises conditions.

La hernie est douloureuse ne pouvant plus être réintégrée dans l'abdomen. Elle peut contenir de la graisse voire de l'intestin entraînant alors une occlusion. Volumineuses, elles peuvent également entraîner une irritation de la peau par frottements. Les hernies ombilicales et de la ligne blanche doivent donc être opérées à froid avant une complication. L'intervention peut dans l'immense majorité des cas être faite en ambulatoire.

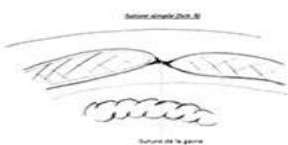
Elles doivent être distinguées des :

- Diastasis des muscles grands droits de l'abdomen qui réalise un bombement parfois très important entre l'ombilic et la xiphœide quand le patient tente de se relever. Il n'y a paradoxalement aucun risque et peu d'indications chirurgicales car la paroi musculo-aponévrotique n'est pas rompue.
- Eventration sur l'incision d'une intervention chirurgicale où la gaine musculo-aponévrotique s'est ré-ouverte dans les années qui suivent. Elles nécessitent une reprise chirurgicale. Leur incidence augmente actuellement en raison de la fréquence de la chirurgie coelioscopique où un trocart est inséré par une incision ombilicale.

Les techniques chirurgicales par laparotomie

Dans l'immense majorité des cas et en dehors de l'urgence d'un étranglement, il s'agit d'une intervention pariétale sans ouverture de la cavité abdominale qui sera réalisée en ambulatoire.

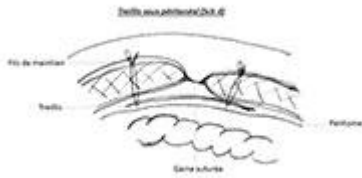
La technique comprend :



* Une réintégration du sac péritonéal qui ne sera pas ouvert, et de ce qu'il contient, dans la cavité abdominale.

* Une réparation de la brèche aponévrotique en refermant le collet :

- Soit par une suture simple si le collet fait moins de 12mm.

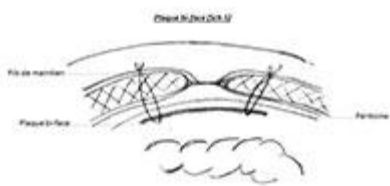


- Soit par une suture du collet, mais après décollement du plan entre le péritoine et la gaine musculaire sur 3cm tout autour du collet.

On dispose dans cet espace un treillis non résorbable fixé par des fils de maintien passés à travers le muscle.

L'indication de renforcer la suture de la gaine avec un treillis est multifactorielle.

Un collet herniaire de plus de 12mm, des grossesses futures, un patient obèse ou ayant une activité physique importante, sportive ou professionnelle, ou encore sujet à des efforts de toux, sont des facteurs qui vont influencer la décision.



Rarement, en dehors de l'urgence où il peut y avoir la nécessité d'un geste intra-abdominal, il sera nécessaire d'ouvrir le péritoine et de placer la plaque de renfort pariétale dans la cavité abdominale.

On utilise alors des plaques dites bi-faces, avec une face qui va s'agripper vers le haut dans la paroi musculaire et une face vers le bas tout à fait lisse, qui n'adhèrera pas aux anses intestinales. Le patient restera alors hospitalisé 48h dans l'attente d'une reprise du transit.

- Dans le cadre de l'urgence, en cas d'étranglement, ce programme de réparation chirurgicale avec plaque, ne pourra pas toujours être accompli notamment si la résection d'une portion d'intestin s'avère nécessaire. La mise en place d'une prothèse étant même contre-indiquée dans ce dernier cas du fait du risque infectieux.
- Rarement, l'état de la peau peut nécessiter une résection de l'ombilic (omphalectomie).
- Quelle est la place de la coelioscopie ? La coelioscopie oblige à disposer les plaques dans la cavité de l'abdomen donc des plaques bi-faces. Dans le cas de parois non opérées comme c'est le cas avec les hernies ombilicales ou de la ligne blanche, l'espace entre le péritoine et la gaine est quasiment toujours libérable permettant de disposer le treillis en toute sécurité sans incursion dans la cavité abdominale. La coelioscopie semble avoir par contre toute sa place dans la cure des éventrations où il faudrait de toute façon avec une laparotomie ouvrir la cavité abdominale pour disposer la plaque bi-face.
- Les éventuelles complications post-opératoires. En dehors de celles liées à toute anesthésie générale, peuvent survenir des ecchymoses voire un épanchement séreux ou un hématome dans l'ancienne poche de hernie. Ces complications locales rentrent dans l'ordre en règle spontanément. L'infection très rare, nécessite une asepsie rigoureuse lors du geste opératoire. Enfin la récurrence, rare également, nécessitera une reprise.

Prescriptions pré et post-opératoires pour une intervention en ambulatoire

1. En préopératoire

- Consultation chirurgicale

Le chirurgien informe le patient du diagnostic, des techniques opératoires possibles et précise l'évaluation bénéfique/risque d'une intervention.

Un écrit de consentement éclairé est remis au patient.

Règles d'hygiène préopératoires sont expliquées : Une douche antiseptique la veille et le matin même de l'opération. Rasage ou épilation avant la douche antiseptique du matin.

Prescription des antalgiques et anti-inflammatoires pour le postopératoire, achetés avant l'intervention.

Depuis 2009, un devis est obligatoire, indiquant les honoraires qui seront facturés.

- Consultation d'anesthésie

Sélection en collaboration avec le chirurgien des patients éligibles à une intervention ambulatoire en fonction de l'état général (ASA I ou II en règle), des traitements en cours et d'une bonne compréhension avec possible application à domicile, des prescriptions du postopératoire.

Règles du jeûne préopératoire précisées et éventuellement adaptation des traitements médicaux du patient.

2. En postopératoire

La sortie en fin d'après-midi se fait après la visite du chirurgien et de l'anesthésiste. Le patient doit avoir uriné. Il peut s'habiller et marcher avant de sortir. Il sera accompagné jusqu'au lendemain par une personne de confiance majeure. Dans le cas contraire, il reste hospitalisé jusqu'au lendemain.

Il doit pouvoir joindre son chirurgien par téléphone.

Une prise d'antalgiques durant les 2 à 4 premiers jours.

Parfois le port d'une ceinture abdominale de contention durant le premier mois post-opératoire.

La nécessité d'une visite de contrôle pour le premier pansement le lendemain de l'intervention n'est pas nécessaire si les éléments de surveillance ont été bien expliqués et compris par le patient.

Un surjet résorbable est le plus souvent mis en place sur la peau, ne nécessitant pas l'ablation de fils.

Un arrêt de travail de une à quatre semaines est prescrit selon la profession ; en moyenne deux semaines.

Un arrêt de sport ou d'activités physiques importantes d'un mois, mais la marche est encouragée dans les jours qui suivent l'intervention.

Une visite de contrôle à 1 mois avant la reprise de toutes les activités sportives.

Docteur Patrick JULIENNE