

Journée SSMG

par le Dr Jean Moens • Médecin généraliste • 5380 Fernelmont

Chirurgie

Tournai, 24 mars 2007

Arthroscopie interventionnelle

L'arthroscopie est un moyen d'investigation articulaire qui offre aussi la possibilité d'effectuer des gestes chirurgicaux de réparation de lésions intra articulaires. L'abord chirurgical du poignet se définit par sept points de repère, faisant le tour de l'articulation ("La ronde du carpe") allant du tubercule du scaphoïde à l'apophyse unciforme de l'os crochu.

La propédeutique du poignet propose la **manœuvre de Watson** qui consiste à exercer un contre-appui sur le tubercule du scaphoïde avec le pouce et sur le tubercule de Lister avec l'index. On porte le poignet de l'inclinaison cubitale à l'inclinaison radiale. La perception d'un ressaut douloureux évoque une lésion de l'articulation scapho-lunaire.

On utilise aussi la **manœuvre de Reagan** : fort comparable à la précédente, mais le pouce appuie sur l'épiphyse cubitale et l'index sur le pisiforme. Un ressaut douloureux signe une instabilité entre pyramidal et lunaire ou une lésion au niveau du TFCC (complexe fibro-cartilagineux triangulaire du carpe).

Pour l'intervention, le patient est installé en décubitus dorsal, le membre au zénith, les doigts retenus par une potence. L'anesthésie est réalisée soit par un bloc axillaire soit par une loco-régionale IV avec garrot pneumatique.

Les différents instruments, le shaver, la fraise (taille: 1 mm), le palpeur permettent des débridements, des résections, des émondages, des prises de biopsies, des réparations de déchirure ligamentaire, etc. Les résultats en terme de récupération de mobilité et de force de préhension sont en général satisfaisants et plus rapides qu'avec les techniques à ciel ouvert.

D'après l'exposé du Dr L. VAN OVERSTRAETEN chirurgie de la main Tournai

Chirurgie de l'obésité

L'obésité est la première épidémie non infectieuse de l'histoire. La Belgique compte

12% d'obèses. L'obésité tue et va dans le futur faire diminuer l'espérance de vie.

Les principales complications sont l'hypertension, le diabète, l'apnée nocturne et le reflux gastro-œsophagien.

Une entrée d'énergie supérieure aux dépenses va entraîner la lipogenèse: hypertrophie des adipocytes, augmentation de l'épaisseur du panicule adipeux et prise de poids.

Différentes possibilités de chirurgie bariatrique existent pour traiter l'obésité morbide (BMI > 35).

Citons: la fixation de la mâchoire, le ballon intra-gastrique, la réduction du volume de l'estomac et la chirurgie de court-circuit (ou chirurgie malabsorptive). Ces interventions bariatriques posent beaucoup de problèmes: l'anesthésie, la mise en place du malade, la difficulté d'atteindre l'organe cible. Il faut évidemment que la morbidité liée à l'intervention soit inférieure à celle de la maladie, la qualité de vie post-opératoire doit être bonne et il ne peut y avoir de complications tardives.

La laparoscopie a révolutionné le domaine. Le chirurgien a une meilleure vue, l'opération peut être plus méticuleuse, il y a moins d'adhérences et surtout les complications éventuelles sont plus rapidement décelées.

Différentes interventions sont proposées. L'**anneau gastrique ajustable** placé sous laparoscopie permet d'isoler une petite poche gastrique de 15-20 cc. ce qui donne au patient très rapidement l'impression de satiété.

On peut isoler un **estomac tubulaire** par une ligne continue d'agrafes de haut en bas., le long de la petite courbure.

Le premier type de shunt consistait à réaliser une anastomose entre le début du grêle et le colon. L'efficacité est excellente mais cette intervention a été abandonnée vu les carences alimentaires entraînées et surtout une mortalité de 8%. Autre intervention "malabsorptive": le **switch duodénal**. Le volume de l'estomac est réduit à un manchon par résection de la grande courbure, on sectionne le duodénum à 2 cm du pylore et on le suture au grêle à

250 cm de l'ascendant, une anastomose termino-latérale du grêle à 75 cm du colon permet l'arrivée des sécrétions bilio-pancréatiques. Le résultat est une perte de 75% de l'excès de poids; la morbidité opératoire est importante, (nombreuses sutures), la tolérance est bonne mais ces patients sont à surveiller toute leur vie a cause de carences vitaminiques et protéiques.

Le **gastric bypass** consiste à réaliser, par agrafage-section, une petite poche gastrique de 15-20cc Le jéjunum est sectionné et sa partie distale est anastomosé à la poche gastrique. Il y a danger de dumping syndrome. Cette intervention se fait sous cœlioscopie. La perte de poids est de 65% de l'excès, elle est bien tolérée.

En terme d'efficacité, la meilleure approche est le duodenal switch.

En terme de morbidité, l'anneau est de loin le meilleur choix.

Au point de vue confort, gastric bypass et duodenal switch sont bien acceptés.

D'après l'exposé du Pr G.-B. CADIÈRE chirurgie CHU St Pierre Bruxelles

Chirurgie réparatrice de l'obésité

Cette chirurgie nécessite une approche pluridisciplinaire, une bonne compréhension de la part du patient des suites opératoires, aussi des aléas et des limites inhérents à toute intervention.

L'**abdominoplastie circulaire** est l'opération pratiquée le plus fréquemment après chirurgie bariatrique. D'une durée d'environ 4 heures, cette intervention nécessite une antibiothérapie prophylactique, la prévention thromboembolique (HBPM) et un dispositif de contention séquentielle des membres inférieurs. Les complications consistent principalement en nécrose et déhiscence cutanée, infection de parois, hématome et aussi collection de lymphes à ponctionner pour éviter des décollements cutanés.

Le **lifting mammaire** doit résoudre le problème de l'existence de trop de peau pour un trop petit volume de glande. La mammopexie avec remodelage du sein et éventuellement augmentation de volume

par prothèse rétro pectorale est une solution. Il faut repositionner l'aréole en prenant garde à sa vascularisation.

Le **lifting intérieur des cuisses** est une intervention dont les résultats ne sont pas très bons. La zone opératoire est difficilement stérilisable. Le post opératoire est assez douloureux et nécessite une hygiène très rigoureuse. Il importe de prévenir les patients de ces inconvénients.

La **brachioplastie** peut pallier l'aspect inesthétique mais laisse une cicatrice fort visible.

D'après l'exposé du Dr I. NOLENS Chirurgie esthétique Kortrijk

Chirurgie réparatrice en oncologie

La chirurgie réparatrice a fait ces dernières années de grands progrès suite à la "redécouverte" de l'anatomie et aux perfectionnements des techniques microscopiques. Les lambeaux utilisables sont de plus en plus nombreux et variés.

En ce qui concerne les néoplasies au niveau du **plancher buccal**, les déficits de substance peuvent être compensés de plusieurs façons: un lambeau radial (le calibre des vaisseaux est pareil, donc il y a une possibilité de suture par microchirurgie). On utilise également un lambeau gastrique avec le grand épiploon, l'intestin grêle et son méso. Les lambeaux intestinaux ont l'avantage d'être sécrétoires et pallient la sécheresse provoquée par l'irradiation.

Un lambeau de grand pectoral myo-cutané est utilisable à l'aide de la microchirurgie pour les défauts au niveau de l'**oropharynx**. Pour le **laryngo-pharynx**, il y a le choix entre un transfert intestinal et un lambeau grand pectoral. Un lambeau radial avec le

tendon du petit palmar permet de fabriquer une pseudo corde vocale.

L'angle de la pointe de l'omoplate correspond à celui de la **mandibule** et en permet une bonne reconstruction. Pour arriver à couvrir des défauts du **cuir chevelu** on utilise des prothèses d'expansion.

Une femme sur neuf est atteinte d'un cancer du sein et on constate que l'âge moyen diminue. La **chirurgie mammaire** a fait d'énorme progrès; les prothèses aussi se perfectionnent. La place des cicatrices a changé de manière à devenir de moins en moins visibles. La reconstruction peut être immédiate ou différée: la décision sera multidisciplinaire. La plupart des patientes ont subi de la chimio ou/et de la radiothérapie, d'où la nécessité de ne réaliser que des greffes de tissus autologues.

On utilise le grand droit, le grand pectoral, le grand dorsal. Le remplacement de l'aréole pose le problème de sa vascularisation.

La mastectomie prophylactique dans les cas de présence de gènes BRCA pose un problème éthique particulièrement difficile.

D'après l'exposé du Pr R. DE RAEMAECKER Institut Bordet Bruxelles

Perspectives de prothèse visuelle

Les progrès réalisés dans le domaine des prothèses visuelles ont pu se faire grâce aux perfectionnements des circuits intégrés et aux avancées dues à la miniaturisation.

Les cônes et les bâtonnets de la rétine fonctionnent comme une pile photovoltaïque: ils transforment la lumière en cou-

rant électrique. Les cônes et les bâtonnets sont au nombre de 12 millions alors que le nerf optique ne comprend que 1 million de fibres. Il y a donc une compression de 1/120 du signal reçu. Ce signal est traité à différents endroits du cerveau suivant ses composants: couleur, mouvement, forme, etc.

Les électrodes peuvent être placées sur la rétine ou sur le cerveau. On utilise soit une seule électrode comportant de nombreux points de contacts soit plusieurs électrodes plus petites. Dans l'expérimentation présentée, c'est une électrode à manchon spirale qui est utilisée. Des impulsions de différentes fréquences, de différentes amplitudes activent différentes parties du nerf optique. De la sorte on peut créer des centaines de perceptions différentes.

Le système prothétique comporte en plus de l'électrode, le boîtier du stimulateur et une antenne placée derrière l'oreille. On demande au patient de décrire les phosphènes qu'"il voit".

En modifiant les paramètres de la stimulation, on peut prévoir l'endroit du champ visuel où se fera le phosphène. Le seuil de perception s'abaisse quand le nombre et la fréquence des impulsions augmentent.

Il est possible à l'aide de la création de phosphènes, de faire reconnaître un caractère très élémentaire ou même un objet dans des conditions expérimentales très spécifiques.

On estime qu'il faudra encore au moins dix années de recherche avant de pouvoir mettre au point un modèle qui pourrait avoir une application clinique.

D'après l'exposé du Dr J. DELBEKE chercheur UC Louvain