

organe
de communication
intermédicale
à l'attention
des médecins
généralistes

citadoc

Chirurgie digestive



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE LA
CITADELLE



Pied d'anse

avril 2007

SITE DU CHATEAU ROUGE
rue du Grand Puits, 47
4040 Herstal
tél. : 32 (0)4 240 59 05



SITE DE SAINTE-ROSALIE
rue des Wallons, 72
4000 Liège
tél. : 32 (0)4 254 72 11



SITE DE LA CITADELLE
boulevard du 12^e de Ligne, 1
4000 Liège
tél. : 32 (0)4 225 61 11

COMITÉ DE RÉDACTION

Dr J. D. BORN,
Dr R. BROUX,
Dr V. FRAIPONT,
Dr C. GILLARD,
Dr R. JAMMAER,
Dr C. de LANDSHEERE,
Dr J.M. LEVA,
Dr L. LHOEST,
Dr A. RODRIGUEZ,
Dr X. WARLING.

Editeur responsable

Dr C. de LANDSHEERE

Graphisme

Unijep
AV. Georges Truffaut, 42
B-4020 Liège

Coordination

Communication et relations
publiques
M. HEUSCHEN

*Les articles sont publiés sous la
responsabilité de leurs auteurs*

SOMMAIRE

1. Editorial..... p 5
Dr C. de LANDSHEERE, Dr A. DENOËL
2. Présentation du service p 6-7
3. Carcinomatose péritonéale : traitement par p 8-10
la chimiothérapie intrapéritonéale peropératoire
Dr D. DRESSE, Dr A. DENOËL
4. Chirurgie de l'obésité : qui peut-on opérer ? p 11-14
Quelles opérations ? Nos résultats actuels avec les risques
Dr A. DENOËL, Dr A.C. DANDRIFOSSE
5. Crise anale aigüe : p 15-17
Dr A.C. DANDRIFOSSE
6. Gestion colique par lavement antérograde : p 18-19
intérêt du bouton de caecostomie placé par laparoscopie
Dr M. DEMARCHE, Dr P. ERPICUM
7. Quelles thyroïdectomies sous hypnose ?p 20
Dr C. INNOCENTI
8. Traitement des invaginations par laparoscopie p 21-22
Dr M. DEMARCHE, Dr P. ERPICUM
9. Reflux gastro-oesophagien..... p 23-24
Dr M. DEMARCHE, Dr P. ERPICUM
10. De nouveaux médecins nous rejoignent p 25-28

SOMMAIRE



■ SITE DE LA CITADELLE
boulevard du 12^e de Ligne, 1
4000 Liège
tél. : 32 (0)4 225 61 11

■ SITE DU CHATEAU ROUGE
rue du Grand Puits, 47
4040 Herstal
tél. : 32 (0)4 240 59 05

■ SITE DE SAINTE-ROSALIE
rue des Wallons, 72
4000 Liège
tél. : 32 (0)4 254 72 11

CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE LA

CITADELLE



Info pratique

L'hôpital de jour gériatrique situé sur le site du Château-Rouge à Herstal vient d'accueillir son 5 000^{ème} patient depuis son ouverture en 2002 !

Un bilan pluridisciplinaire et gériatrique est proposé aux patients âgés de plus de 75 ans à la demande du médecin généraliste et/ou spécialiste et ce dans un cadre adapté et chaleureux.

L'hôpital de jour gériatrique est ouvert du **lundi au vendredi de 8h30 à 18h sur le site du Château-Rouge , 47 rue du Grands Puits à Herstal.**

Les possibilités de mises au point sont multiples grâce à l'équipe paramédicale spécialisée (représentant 3 infirmières gériatriques, 2 psychologues, 1 ergothérapeute, 1 kinésithérapeute, 1 assistante sociale, 1 diététicienne) chapeauté par un gériatre, en collaboration étroite avec l'ensemble des autres spécialités de l'hôpital de la Citadelle.

Notre activité est en pleine expansion et soutenue par le Ministère de la Santé Publique dans le cadre d'un projet pilote en étroite collaboration avec les autres pôles d'excellence gériatrique du CHR que sont la gériatrie de liaison, l'hospitalisation et la consultation gériatrique.

Un RV à l'hôpital de jour peut facilement être obtenu aux numéros de téléphone suivants : **04-2485450** ou **04-2405992** ou encore par e-mail : **claire.gazzotti@chrcitadelle.be**.

A votre disposition !

L'équipe de l'hôpital de jour gériatrique

LE SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE

NOM	Prénom	Dect Cita	GSM	Privé	E Mail
DENOEL	Albert	04/2256234	0499/513743	04/3686528	albert.denoel@chrcitadelle.be
WETZ	Pierre	04/2238589		04/2266623	pierre.wetz@chrcitadelle.be
INNOCENTI	Christian	04/2257568		04/3584169	christian.innocenti@chrcitadelle.be
ERPICUM	Patrice	04/2256233		02/4441334	patrice@erpicum.com
DEMARCHE	Martine	04/2238975	0476/290706	04/3720876	martine.demarche@chrcitadelle.be
DRESSE	Damien	04/2298160	0478/789554		damien.dresse@chrcitadelle.be
DANDRIFOSSE	Anne Catherine	04/2298168			anne.catherine.dandrifosse@chrcitadelle.be
TAZIAUX	Pierre	04/2298143	0495/534704		pierre.taziaux@skynet.be
MOINEAU	Daniel		0495/536689	04/3659528	daniel.moineau@belgacom.net
Secrétariat					martine.bolland@chrcitadelle.be
					pia.bernardi@chrcitadelle.be
					fabienne.norga@chrcitadelle.be

EDITORIAL : LE SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE

L y a 25 ans, le service de chirurgie digestive de la Citadelle commençait ses activités, modestement mais avec ambition. Cette ambition, toujours présente, nous pousse à améliorer sans cesse nos activités tant au niveau des techniques les plus pointues que dans le service rendu à la population de la ville ainsi qu'aux médecins généralistes qui nous ont toujours accordé leur confiance.

Dès le départ, le service a opté pour une collaboration étroite avec l'ensemble des acteurs de l'hôpital. Avec le service des urgences, d'une part, pour lequel nous sommes disponibles pour un avis ou la prise en charge d'un patient, et d'autre part, dans l'organisation des salles 12 et 14, en unité médico-chirurgicale de gastro-entérologie.

La continuité des soins assurés par le même personnel infirmier et le maintien de ce dialogue médico-chirurgical sont le gage d'une prise en charge optimale du patient.

De même, dans notre volonté de rester très proches de nos patients, nous refusons de déléguer nos responsabilités. Tout patient qui entre dans le service, via la consultation ou les urgences, est sous la responsabilité d'un des chirurgiens qui est son seul interlocuteur.

Les aspects suivants de la chirurgie ont été développés:

- chirurgie digestive
- chirurgie oncologique
- chirurgie de l'obésité
- chirurgie proctologique
- chirurgie pédiatrique
- chirurgie du sein
- chirurgie endocrinienne

Enfin, parallèlement au développement technologique dont nous tirons parti, tous les membres du service sont restés des 'chirurgiens généraux' aptes à opérer tous les traumatismes et les pathologies courantes.

Dans le futur, tout comme aujourd'hui, la cohérence du service et le large éventail de domaines d'activités qu'il couvre, gardent l'objectif fort d'offrir une chirurgie digestive optimale aux patients.

Dans ce numéro de Citadoc, le Comité de sélection a choisi des sujets d'importance pour le médecin généraliste telles que la chirurgie de l'obésité, la carcinomatose péritonéale, la crise anale aiguë ou encore la gestion colique par lavement antérograde et les thyroïdectomies sous hypnose.

Nous espérons que les mises au point proposées rencontreront votre attente.

Très bonne lecture, confraternellement.

Dr Albert DENOËL,
Chef de Service

Dr Christian de LANDSHEERE,
Directeur médical

PRESENTATION DU SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE



Albert DENOËL :
*Chef de service,
présent depuis 1980 Chirurgie
générale, chirurgie oncologique et
chirurgie de l'obésité*



Pierre WETZ :
*Chef de service adjoint,
présent depuis 1985
Chirurgie générale
et chirurgie du sein*



Christian INNOCENTI :
*présent depuis 1991
Chirurgie générale et chirurgie
thyroïdienne*



Patrice ERPICUM :
*présent depuis 1991
Chirurgie pédiatrique*



Martine DEMARCHE :
*présente depuis 1996
Chirurgie pédiatrique et chirurgie
générale*



Anne-Catherine DANDRIFOSSE :
*présente depuis 2002
Chirurgie de l'obésité, chirurgie
proctologique et chirurgie générale*



Damien DRESSE :
*présent depuis 2002
Chirurgie oncologique, chirurgie
générale*



Pierre TAZIAUX :
*présent depuis 2000
Chirurgie générale*



Daniel MOINEAU :
*présent depuis 1985
collabore avec notre service
sur le site de Sainte-Rosalie
Chirurgie vasculaire
et la phlébologie*

PRESENTATION DU SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE

→→→

Pour toute question, avis ou prise en charge urgente, les chirurgiens joignables directement par téléphone.

Pour les rendez-vous en consultation, formez le 04-225.6900 (numéro réservé aux médecins) ou le 04-225.60.70 destiné aux patients.

Le secrétariat est accessible tous les jours au 04-225.62.83



NOM	Prénom	Dect Cita	GSM	Privé	E Mail
DENOEL	Albert	04/2256234	0499/513743	04/3686528	albert.denoel@chrcitadelle.be
WETZ	Pierre	04/2238589		04/2266623	pierre.wetz@chrcitadelle.be
INNOCENTI	Christian	04/2257568		04/3584169	christian.innocenti@chrcitadelle.be
ERPICUM	Patrice	04/2256233		02/4441334	patrice@erpicum.com
DEMARCHE	Martine	04/2238975	0476/290706	04/3720876	martine.demarche@chrcitadelle.be
DRESSE	Damien	04/2298160	0478/789554		damien.dresse@chrcitadelle.be
DANDRIFOSSE	Anne Catherine	04/2298168			anne.catherine.dandrifosse@chrcitadelle.be
TAZIAUX	Pierre	04/2298143	0495/534704		pierre.taziaux@skynet.be
MOINEAU	Daniel		0495/536689	04/3659528	daniel.moineau@belgacom.net
Secrétariat					martine.bolland@chrcitadelle.be
					pia.bernardi@chrcitadelle.be
					fabienne.norga@chrcitadelle.be

CARCINOMATOSE PERITONEALE : TRAITEMENT PAR LA CHIMIOThERAPIE HYPER- THERMIQUE INTRAPERITONEALE PEROPERATOIRE.

INTRODUCTION :

Depuis plusieurs années, la connaissance des cancers digestifs évolue de manière formidable. L'amélioration permanente de la compréhension des mécanismes biologiques de la carcinogénèse permet l'essor de nouvelles voies thérapeutiques.

Dans l'adénocarcinome d'origine colorectale, l'efficacité démontrée des antimitotiques tels que l'Eloxatin et le CPT-11 en fait la base des standards de chimiothérapie. La place des prometteuses thérapies ciblées telles que les anti-EGFR et anti-VEGFR est en cours d'évaluation par de larges essais cliniques multicentriques auxquels nous participons.

Sans aucun doute, la prise en charge d'un patient ne peut résulter que d'une approche multidisciplinaire, réunissant gastroentérologue, oncologue, radiologue digestif, radiothérapeute et chirurgien digestif, pour lui proposer le plan thérapeutique optimal.

Malgré toutes ces avancées, pour le patient présentant un cancer digestif, le seul espoir de guérison reste la résection chirurgicale complète.

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA CARCINOMATOSE PÉRITONÉALE :

Au stade avancé, la dissémination de la tumeur primitive se fait par trois voies :

- La dissémination hématogène préférentiellement par le système veineux porte avec l'artère hépatique.
- Le drainage lymphatique avec l'envahissement ganglionnaire.
- Et la dissémination locale au sein de la cavité péritonéale.

Cette dissémination péritonéale résulte, dans les tumeurs atteignant ou dépassant la séreuse (T3 ou T4), d'une invasion directe ou d'une exfoliation

de cellules cancéreuses vivantes. Enfin, elle peut être la conséquence d'un essaimage durant la résection chirurgicale de la tumeur primitive. Les cellules tumorales libres sont transportées au sein de la cavité abdominale par le flux physiologique du liquide péritonéal, et vont se fixer préférentiellement sur les coupes diaphragmatiques et l'épiploon, sites de résorption de ce liquide.

De plus, comme différentes études expérimentales l'ont démontré, le péritoine est un terrain particulièrement fertile pour la croissance cellulaire tumorale.

HISTOIRE NATURELLE ET TRAITEMENT ACTUEL :

Dans toutes les séries de patients, la carcinomatose péritonéale est un facteur défavorable dont les conséquences sont une survie moyenne de quelques mois avec une qualité de vie médiocre. Le traitement par chimiothérapie intraveineuse, bien qu'apportant un bénéfice surtout en terme de qualité de vie, reste d'une efficacité limitée et est toujours un traitement palliatif.

Au vu de ce constat, dès 1988, SUGARBAKER a développé un nouveau concept de prise en charge : la combinaison d'une chirurgie de cytoréduction suivie d'une chimiothérapie intrapéritonéale immédiate. A partir de cette date, une série de travaux expérimentaux et de recherches cliniques ont été réalisés pour aboutir au concept de la CHIMIOThERAPIE INTRAPERITONEALE HYPERTHERMIQUE PEROPERATOIRE (CHIP).

RATIONNEL DU CONCEPT :

- Pour une résection complète : la résection chirurgicale complète est indispensable avant de procéder à la CHIP. En effet, la pénétration de la chimiothérapie est limitée à quelques couches cellulaires et son efficacité limitée aux nodules inframillimétriques.



CARCINOMATOSE PERITONEALE : TRAITEMENT PAR LA CHIMIOThERAPIE HYPER- THERMIQUE INTRAPERITONEALE PEROPERATOIRE

- Pour l'administration intrapéritonéale de l'antimitotique :
Etant donné les propriétés de la barrière péritonéo-plasmatisque, l'administration directe dans la cavité abdominale permet d'obtenir des concentrations de 20 à 1000 fois supérieures à celles d'une administration IV et ce en fonction du type de produit utilisé.
- Pour l'utilisation de l'hyperthermie :
L'élévation de la température du liquide baignant la cavité jusqu'à 42-43 °C apporte un double bénéfice.
Un effet cytotoxique direct par le simple effet de la température sur les cellules et un effet de synergie avec l'antimitotique en augmentant sa pénétration dans les tissus.
- Pour l'administration en per opératoire :
Pour prévenir la formation de zones d'adhérences renfermant des cellules tumorales viables, l'administration de la chimiothérapie doit se faire durant l'opération. En effet, comme cela a été démontré par le passé, les adhérences se forment en moins de 20'.
De plus une agitation permanente du liquide remplissant la cavité abdominale est indispensable pour obtenir une température homogène.

INDICATIONS & CONTRE-INDICATIONS

L'incontestable lourdeur de la procédure, rendue longue par la nécessité d'une chirurgie de cytoréduction complète, nous impose une sélection rigoureuse des patients.

En préopératoire, l'évaluation de l'importance de la carcinomatose est difficile. Elle doit comporter un examen clinique minutieux. L'imagerie que ce soit le CT-scanner abdominal et plus encore le

PET-scan est d'une très faible sensibilité pour cette évaluation.

Les seuls critères d'exclusions absolus sont :

- La présence de métastases extra abdominales
- Des comorbidités rénales, cardiaques et/ou pulmonaires.

Face à la difficulté d'apprécier l'importance de la carcinomatose, l'opération débute par une évaluation complète de celle-ci et par possible résection.

Pour l'évaluer, différents scores ont été décrits, le plus couramment utilisé étant le 'Peritoneal Cancer Index' (PCI) décrit par SUGARBAKER.

Le PCI correspond à la somme des scores attribués à chacune des 13 zones définies par la division de la cavité abdominale et de l'intestin grêle et pour lesquelles un score de 0 à 3 est attribué en fonction de la taille des nodules tumoraux présents.

Il a été mis en évidence que la CHIP n'apporte pas de bénéfice aux patients dont le score est supérieur à 20. De même, le traitement n'est pas appliqué lorsque nous avons la conviction de ne pas pouvoir procéder à la cytoréduction complète ou que celle-ci ne pourrait se faire qu'au prix de résections intestinales incompatibles avec une qualité de vie acceptable.

TECHNIQUE :

Après un séjour de deux mois à l'Institut Gustave Roussy à Paris dans le service du Dr D. Elias, pionnier européen en la matière, et avec le concours de l'équipe de perfusionnistes, nous avons mis au point le système et la procédure que nous utilisons depuis 2005.

Les modalités de la CHIP à abdomen ouvert selon la technique dite du Coliseum ont pour

CARCINOMATOSE PERITONEALE : TRAITEMENT PAR LA CHIMIOThERAPIE HYPER- THERMIQUE INTRAPERITONEALE PEROPERATOIRE.

but le maintien du liquide baignant la cavité abdominale à une température de 42-43°C et cela durant tout le temps nécessaire à l'activité de l'agent antimitotique (de 30 à 90' suivant le produit utilisé) tout en permettant un brassage continu des organes digestifs par le chirurgien.

SURVEILLANCE POST-OPERATOIRE :

L'importance du stress métabolique engendré par cette procédure nécessite une surveillance étroite impliquant un séjour aux soins intensifs, une étroite collaboration avec l'équipe des intensivistes et un suivi permanent par le chirurgien responsable. En effet, la morbidité importante nécessite une prise en charge adéquate de ces complications afin de prévenir toute aggravation de la situation chez ces patients fragilisés.

RESULTATS :

Le bénéfice de la CHIP, dans la prise en charge de la carcinomatose péritonéale d'origine colorectale, a été clairement établi dans une étude randomisée conduite par VERWAAL aux Pays-Bas. Par ailleurs, plusieurs équipes ont publié des résultats encourageants avec des prises en charges similaires et cela, également pour des

atteintes péritonéales d'autres étiologies.

Le service de chirurgie digestive a, depuis toujours, la volonté d'être un centre d'oncologie de pointe. La mise en œuvre de cette technique au CHR de la Citadelle nous permet de proposer ce traitement aux patients qui doivent en bénéficier.

EN CONCLUSION :

La Chimiothérapie Hyperthermie Intra Péritonéale est une technique lourde nécessitant, pour être efficace et sûre, une indéniable expérience et une excellente collaboration de tous les intervenants dans la prise en charge des patients.

Mais comme la chirurgie des métastases hépatiques l'a prouvé récemment, un traitement incisif apporte un réel espoir pour les patients porteurs d'une carcinomatose péritonéale d'origine colorectale qui, jusqu'il y a peu, étaient condamnés à des traitements palliatifs.

Sans aucun doute dans le futur, un bénéfice similaire sera démontré pour la majorité des cancers à tropisme péritonéale que soit le cancer gastrique, le mésothéliome diffus du péritoine, le carcinome ovarien et le pseudomyxome peritonei.



Dr D. DRESSE

Dr A. DENOËL

Chirurgie digestive

damien.dresse@chrcitadelle.be

albert.denoel@chrcitadelle.be

CHIRURGIE DE L'OBESITE

Depuis 1997, l'OMS reconnaît l'obésité comme maladie chronique. Les statistiques ainsi que notre pratique quotidienne nous démontrent l'augmentation d'incidence de cette pathologie. Ce véritable problème de société est incontournable.

La seule bonne réponse à ce fléau devrait être la prévention qui met en jeu la responsabilité de tous les intervenants : familles, médecins, éducateurs, politiques.

Lorsque le poids augmente et que l'obésité s'installe, le patient atteint un point de non-retour ou en tout cas de retour improbable. Un cercle vicieux s'installe avec toutes ses composantes psychologiques, économiques et médicales. Le patient est prisonnier de cet état.

Les co-morbidités médicales sont maintenant bien connues et amputent l'espérance de vie des patients : HTA, diabète de type 2, apnée du sommeil, surcharge ostéo-articulaire, infertilité entre autres. Soigner l'obésité améliore voire guérit les facteurs de co-morbidité et donc

prolonge l'espérance de vie et améliore la qualité de vie de nos patients.

L'obésité peut se définir grâce au calcul du BMI (kilos /m²).

Quand le patient présente une obésité avec BMI supérieur à 40 la prévention devient illusoire nous pouvons recourir à des traitements curatifs. La chirurgie est probablement le seul moyen très efficace pour ces patients.

Nous proposons la chirurgie pour des patients ciblés :

- **BMI >40 ou BMI supérieur à 35 si co-morbidités sévères**
- **obésité installée depuis plusieurs années**
- **absence de résultats avec les méthodes traditionnelles**
- **information complète**
- **décision volontaire du patient**
- **conditions psychologiques favorables**

Deux opérations sont effectuées dans notre service:



1°le bypass gastrique

Le bypass gastrique : on isole une petite poche gastrique proximale que l'on anastomose sur une anse de Roux-en-Y . (cfr schéma) .

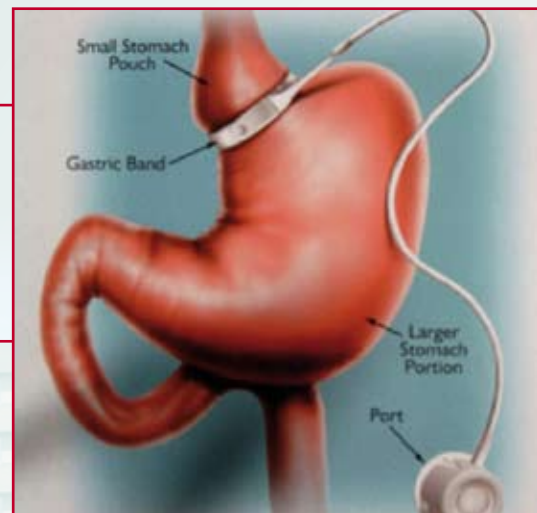
Mode d'action : restriction de la quantité, malabsorption légère, induction d'un dumping syndrome avec les sucres rapides .

Autres effets bénéfiques : suppression de reflux gastro-oesophagien, traitement du diabète de type II.

CHIRURGIE DE L'OBESITE

2° l'anneau gastrique ajustable mis par laparoscopie (LASGB) :

L'anneau gastrique ajustable (LASGB) : anneau de restriction freinant l'entrée des aliments solides dans l'estomac. Ajustable de l'extérieur par injection dans le boîtier sous-cutané . Peu d'action sur les aliments liquides et fondants. Exige une discipline personnelle .



Dans le service, nous avons réalisé 700 gastroplasties par anneau et 800 bypass. Aujourd'hui, ces opérations sont réalisées presque toujours par laparoscopie

L'anneau ajustable est une opération à plus faible risque per-opératoire et post-opératoire immédiat. Cependant, le bénéfice obtenu dépend beaucoup de la coopération du patient et par conséquent donne statistiquement de moins bons résultats que ceux du bypass : perte moyenne de 45% de l'excès de poids.

Opération plus lourde, le bypass obtient statistiquement de meilleurs résultats : perte moyenne de 60 % de l'excès de poids. L'effet positif du bypass sur le diabète de type II est important et de mieux en mieux connu.

Sur notre série de 800 bypass, nous avons à regretter 2 décès : l'un à la suite d'un problème cardiaque, l'autre sur hémorragie au 12^{ème} jour chez un patient de 175 kgs après sa sortie de l'hôpital.

Les complications au long cours de l'anneau ajustable sont principalement : le méga œsophage, l'étranglement de l'estomac dans l'anneau (slippage), la migration de l'anneau dans l'estomac, un souci sur le boîtier.

Ces complications se manifestent par du pyrosis, des douleurs épigastriques, de la dysphagie ou à l'inverse plus de facilités pour s'alimenter.

Les complications au long cours du by-pass sont principalement : une carence en minéraux et/ou vitamines, une ulcération sur l'anastomose, une torsion d'anse intestinale.

Nous souhaitons revoir en consultation ces patients tous les trois mois la première année puis tous les ans. La compliance n'est pas toujours idéale mais il faut être attentif car le risque de carences persistera à vie.

Voici quelques notes pour guider dans le suivi :

CHIRURGIE DE L'OBESITE

→ BY-PASS GASTRIQUE

Visite en chirurgie : tous les trois mois la première année puis tous les ans, à vie.

Biologie : tous les trois mois la première année puis tous les ans, à vie. Ne pas oublier de suivre : numération et valeur globulaires, temps de Quick, ions, fer, urée, créatinine, calcium, vitamine D, vitamine B12, folates, tests hépatiques (altérations souvent les 6 premiers mois puis normalisation), albumine.

Carences : les plus fréquentes sont celles en fer et en vitamine B12. Suppléer, à vie, permet de diminuer la fréquence de ces carences. Sont décrites également des carences en vitamine D, en calcium. Très rare : vitamine K, vitamine B1, folates, zinc, magnésium, sélénium.

Traitement prescrit à l'hôpital et à maintenir à vie :

Ferro-gradumet (fer sulfate 7H₂O) 1x1c par jour
Neurobion (vit B12, B6, B1) 1Ampoule IM tous les 3 mois

Poly vitamines : une cure tous les ans.

Incidence sur la prise de médicaments :

Eviter : Aspirine, AINS, sirops (dumping syndrome).

Se méfier d'une moins bonne résorption possible des comprimés micro dosés.

Les premiers mois, les traitements chroniques (comme les anti hypertenseurs, les antidiabétiques oraux) sont évidemment à adapter à la perte de poids.

Soucis fréquents :

Les premières semaines : héparine de bas poids moléculaire indispensable en post-opératoire immédiat. Evidemment, fatigue et perte de poids spectaculaire au début. Dysphagie fréquente, veiller à boire en bonne quantité. Veiller à éviter le saccharose (dumping syndrome). Ne pas hésiter à nous adresser en urgence et rapidement ces patients fragiles dans les semaines post-opératoires.

Si douleur brutale, penser à une impaction alimentaire (le plus souvent) mais parfois une torsion du pied d'anse pour lequel un CT-scan en urgence doit être demandé.

Dumping syndrome : fatigue, tachycardie, malaise après ingestion de saccharose. Inhérent mais recherché par l'intervention.

Douleur épigastrique : ulcère anastomotique possible. La gastroscopie pose le diagnostic.

→ ANNEAU AJUSTABLE :

Visite en chirurgie : tous les trois mois la première année puis tous les ans à vie.

Conseils hygiéno-diététiques :

Bien mâcher, manger 5 à 6 fois par jour, ne pas prendre de calories dans les boissons, ne pas boire en mangeant ou ne pas graisser les aliments pour faciliter leur passage, augmenter l'activité sportive. Veiller à garder une alimentation variée pour éviter les carences. Il s'agit d'une méthode purement restrictive et non malabsorptive. La biologie fréquente à la recherche de carences n'est donc pas systématique.

Blocage alimentaire :

Le respect des règles alimentaires doit rendre ces blocages peu fréquents. Si blocage : attendre un peu, boire une gorgée de liquide pétillant, parfois

venir en urgence pour, après OED, desserrer l'anneau ou récupérer l'aliment par gastroscopie. L'OED permet de vérifier que l'estomac n'est pas étranglé dans l'anneau (slippage) ce qui donne une dysphagie totale et qui oblige parfois à réopérer en urgence.

Pyrosis, régurgitation : anneau parfois trop serré voire mégaoesophage. Faire un OED et venir en consultation. Desserrer l'anneau traite le plus souvent le problème.

Douleur : la douleur brutale et qui persiste peut signifier un estomac étranglé dans l'anneau (slippage). Un OED en urgence doit être demandé.

Incidence sur la prise de médicaments : éviter l'aspirine, les AINS ainsi que les comprimés et gélules de gros diamètre.

CHIRURGIE DE L'OBESITE

En résumé :

La chirurgie de l'obésité s'adresse à des patients fragiles, malades à cause de leur excès de poids. Lorsqu'ils arrivent à nos consultations, ils ont déjà, en général, bien réfléchi et subi de nombreux régimes. Le mieux pour eux serait de perdre du poids via des techniques moins agressives que la chirurgie. En effet, nos opérations ne sont pas sans risque ni sans effet secondaire. Cependant, dans le cadre de l'obésité morbide, la chirurgie est actuellement le seul traitement réellement efficace. Nous

nous efforçons de diminuer au maximum les risques et inconvénients de ces chirurgies. Ceci passe notamment par la qualité du suivi pour lequel tous les médecins impliqués sont indispensables. Nous devons donc vous informer des différents problèmes pouvant survenir sur le long terme. En effet, la prévention et la prise en charge rapide permettent le plus souvent d'éviter toutes les situations potentiellement dangereuses. Cette sécurité permettra à nos patients, ex-obèses, de pouvoir profiter avec légèreté de leur nouvelle vie.



*Dr A. DENOËL,
Dr A.C. DANDRIFOSSE
Chirurgie digestive*

*anne.catherine.dandrifosse@chrcitadelle.be
albert.denoel@chrcitadelle.be*

CRISE ANALE AIGÜE



Un patient avec une plainte proctologique urgente trouve difficilement une prise en charge qui puisse le satisfaire car, d'une part, sa pathologie est trop souvent mal connue du praticien de garde et, d'autre part, l'anamnèse et l'examen sont bien sûr psychologiquement particuliers.

C'est pourquoi nous essayons d'orienter rapidement et donc d'humaniser la prise en charge de ces patients.

Chaque jour, nous intercalons, en urgence, lors de nos consultations, les patients avec une plainte proctologique (tableau 1)

TABLEAU 1 : HORAIRES DE CONSULTATION

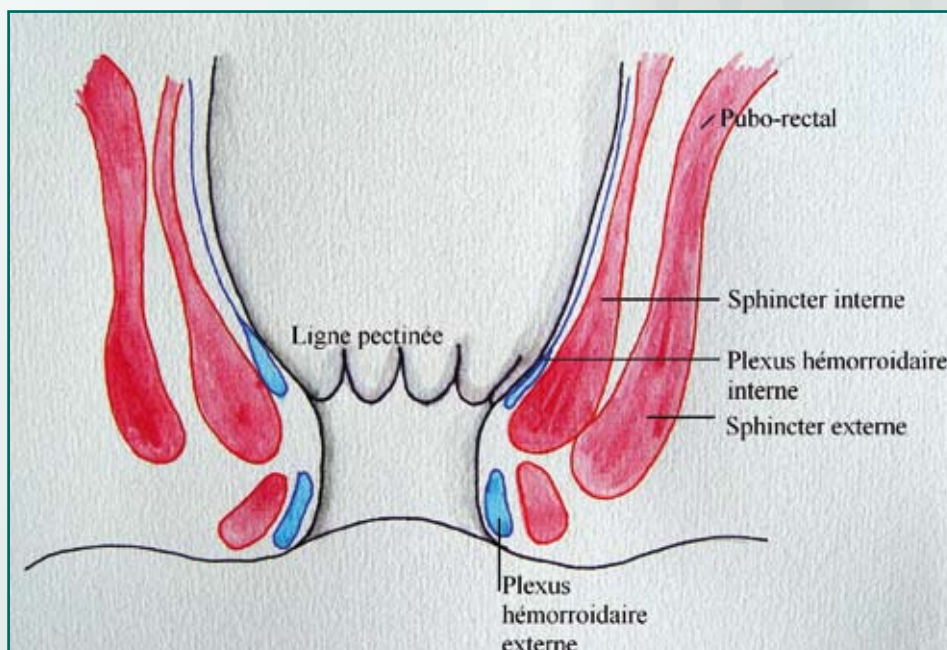
- *Lundi: Dandrifosse 9-15h*
- *Mardi: Demarche 9-10h Taziaux 0495/534704*
- *Mercredi: Dandrifosse 14-17h.*
- *Jeudi: Dresse 9-12h*
- *Vendredi: Taziaux 0495/ 534704*

Les patients peuvent se rendre directement en polyclinique gastro +1 sans RDV mais après passage aux inscriptions.

Les principales raisons proctologiques pour lesquelles un patient consulte en urgence sont la douleur (abcès, fissure, thrombose hémorroïdaire ou très exceptionnellement brûlure d'une anite érosive ou névralgie), le saignement (fissure,

crise hémorroïdaire, polype,...), le prurit (hygiène, suintements, parasitose,...), la palpation d'une masse anormale (abcès, marisque, hémorroïde, polype,...)

RAPPEL ANATOMIQUE



CRISE ANALE AIGUË

LA DOULEUR

Il ne faut pas laisser un patient avec une douleur anale sans diagnostic et traitement. Il y a toujours une raison (abcès, fissure, thrombose hémorroïdaire). Un abcès négligé peut rapidement évoluer. Si l'examen anal semble impossible pour des raisons algiques ou psychologiques, il doit être proposé en urgence sous anesthésie générale et permettra, en cas d'abcès de traiter.

LE SAIGNEMENT

On peut distinguer schématiquement les rectorragies dites «canalaires» proctologiques des causes recto coliques :

1) RECTORRAGIES «CANALAIRES» : sang sur le papier toilette uniquement ou après la selle (souvent laborieuse), associés ou non à d'autres signes proctologiques (prurit anal, douleur anale, contracture sphinctérienne, suintement ...)

→ cause le plus souvent proctologique : hémorroïde interne ou externe, fissure, rectite.

2) RECTORRAGIES non proctologiques : rectorragies souvent abondantes, mélangées aux selles, souvent associées à d'autres signes digestifs (diarrhée, ténesme,...) ou extradigestifs (AEG, fièvre ...). L'origine est habituellement une atteinte rectocolique. Les saignements digestifs hauts se traduisant par du méléna sont des hémorragies importantes s'accompagnant rapidement de signes généraux.

LE PRURIT

Ce signe est fréquent mais peu spécifique. Il est rencontré par exemple lors des macérations, des parasitoses ou de la sécheresse cutanée.

L'ABCÈS ANAL

La douleur est présente depuis quelques heures ou quelques jours. Elle est de plus en plus intense et est permanente. Parfois, la douleur est pulsatile et peut bien sûr avoir diminué fortement avec l'apparition d'un écoulement ! L'examen clinique montre un bombement, une zone érythémateuse, douloureuse. Le traitement

est le drainage efficace et pas l'antibiothérapie. Le drainage-lavage est plus efficace sous AG et il est alors possible d'éventuellement retrouver une fistule à l'origine de cet abcès (70% des abcès). Si aucune fistule n'est traitée, le risque de récurrence est plus important.

La gangrène de Fournier nécessite une prise en charge urgente avec drainage chirurgical, antibiothérapie, caisson hyperbare, passage aux soins intensifs (40% de décès).

LA FISSURE ANALE

La douleur est violente mais souvent apparaît après le passage des selles. Classiquement, elle évolue en 3 temps avec une douleur aiguë lors du passage des selles, une courte rémission puis une douleur qui peut alors persister quelques minutes à quelques heures. Parfois il y a présence de sang sur le papier ou dans la cuvette. L'examen clinique est souvent difficile car hyper algique, **le sphincter est contracté** (en cas d'abcès, le sphincter est rarement contracté, parfois même relâché). En écartant l'anus doucement (le TR est le plus souvent trop douloureux), on peut voir la fissure sur la commissure postérieure (70%) ; plus rarement en antérieur. Il est parfois possible d'apercevoir une marisque sentinelle (excès cutané réactionnel) lorsque la fissure est chronique. D'autres localisations doivent faire soulever des diagnostics plus rares (Crohn, MST,...). Si la fissure est présente depuis moins de 4 semaines, on parle de fissure aiguë et de petits moyens peuvent être essayés comme des bains de siège, laxatif, alcool éosine. 50% cicatrisent spontanément en 4 semaines. Si la fissure est chronique, il y a moins de 35% de guérison spontanée à 2 mois. Des moyens tels une pommade à base de nitrés ou une injection sous-fissuraire doivent être essayés. S'il y a échec du traitement médical, une sphinctérotomie ou un anoplastie peuvent être proposées. Les fissures peuvent aussi s'infecter.

LA MALADIE HÉMORROÏDAIRE

Le traitement des hémorroïdes ne se justifie que par l'existence d'un symptôme clinique. Les hémorroïdes externes sont situées dans l'espace



CRISE ANALE AIGUË

sous-cutané du canal anal, sous la ligne pectinée ; les hémorroïdes internes sont localisées dans le tissu sous-muqueux du canal anal, au-dessus de la ligne pectinée.

Les hémorroïdes internes peuvent se manifester sous forme de douleurs, lourdeurs, saignements ou simplement être palpées. Il existe 4 stades.

1^{er} stade : ne s'extériorisent pas

2^{ème} stade : entrent et sortent spontanément

3^{ème} stade : doivent être réduites par exemple au doigt

4^{ème} stade : restent extériorisées.

Le stade 4 peut justifier un traitement chirurgical d'exérèse classique de type Milligan-Morgan. Les autres stades sont classiquement traités après régularisation du transit par d'autres moyens comme la pose d'élastiques, la ligature doppler ou l'agrafage Longo. La chirurgie d'exérèse n'est requise qu'après échec de ces techniques pour les trois premiers stades.

Le prolapsus hémorroïdaire interne thrombosé

se traduit par une réaction œdémateuse marginale et des hémorroïdes internes congestives extériorisées. Elle apparaît après un excès de table ou des troubles du transit, en



préménstruel ou en post-partum. Cette crise se résout spontanément en quelques jours. On peut prescrire des bains de sièges, des antidouleurs, des anti-inflammatoires, des laxatifs. Certains prescrivent des veinotropes mais leur efficacité est discutée. Si la crise est importante, on peut discuter l'indication d'une chirurgie d'exérèse en urgence.

Une hémorroïde interne thrombosée ne s'incise pas sous peine de risque de saignement important.

La thrombose hémorroïdaire externe apparaît souvent après des efforts de défécation, un effort physique, en période pré-menstruelle. Une douleur vive de l'anus est associée à une induration. Le diagnostic est clinique avec visualisation d'une tuméfaction bleuâtre, dure, tendue au toucher parfois entourée d'une zone oedématisée. L'évolution clinique se fait soit vers la résorption en une ou deux semaines, la douleur disparaissant après 3 à 5 jours, soit vers l'ulcération source de suintements sanglants soit vers la fibrose. Pour aider on peut proposer des bains de siège, des antidouleurs, des laxatifs. L'incision de la thrombose hémorroïdaire externe sous anesthésie locale peut accélérer l'évolution clinique. Elle peut s'envisager sur une thrombose non oedématisée où on a la certitude que tout le caillot pourra être extrait.

Et les MST ? Elles sont le plus souvent visibles sur la peau péri-anale sous la forme d'ulcérations, d'érosions suintantes.

Elles nécessitent des prélèvements pour examen direct et culture bactériologique (avec recherche du tréponème de la syphilis actuellement en résurgence) et culture virologique (HERPES).

Le traitement sera instauré après les prélèvements.

On recherchera les autres MST et en particulier la sérologie HIV +.

En conclusion, les plaintes proctologiques peuvent cacher diverses entités pathologiques. Il s'agit d'une zone sensible tant physiquement que psychologiquement. De petits gestes peuvent rapidement être efficaces et donc grandement soulager nos patients. Nous nous sommes organisés afin d'assurer une prise en charge rapide et efficace.

Dr A.C. DANDRIFOSSE
Chirurgie digestive

anne.catherine.dandrifosse@chrcitadelle.be



GESTION COLIQUE PAR LAVEMENT ANTÉROGRADE : INTÉRÊT DU BOUTON DE CAECOSTOMIE PLACÉ PAR LAPAROSCOPIE.

Un programme de gestion colique par lavement antérograde peut transformer la qualité de vie des enfants souffrant d'incontinence fécale organique ou de constipation réfractaire. L'appendicocaecostomie selon Malone est une intervention majeure, dont les complications nécessitent de fréquentes révisions chirurgicales. Nous proposons le placement percutané d'un bouton de caecostomie (Trapdoor Cecostomy Tube, Cook®) sous contrôle laparoscopique en adaptant la technique radiologique décrite par Chait dès 1996.

Les indications opératoires sont dominées par la myéloméningocèle (spina bifida) et la malformation anorectale avec résultat fonctionnel médiocre.

Les enfants bénéficient en préopératoire d'une préparation colique et le séjour hospitalier est de 2 à 3 jours. Les lavements antérogrades sont débutés dès le dixième jour. L'enfant est installé sur le petit pot ou la toilette. Si l'instillation du lavement ne prend que quelques minutes, il faut cependant admettre que la procédure complète

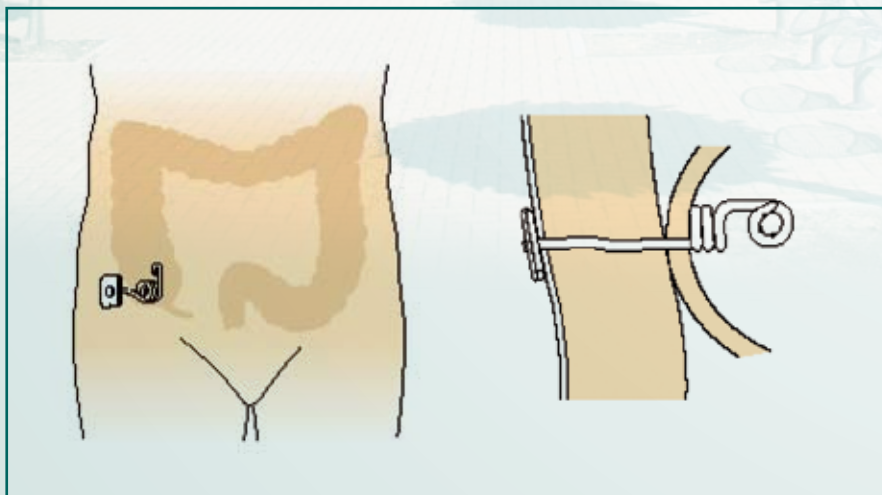
dure une petite demi-heure. La quantité d'eau utilisée et le rythme des lavements sont adaptés à chaque enfant. Le but est d'obtenir une propreté fécale entre 2 lavements et d'obtenir ainsi une pseudocontinence.

Un des gros avantages de ce geste est l'utilisation très simple du bouton par le patient lui-même dès que son âge le permet. Il acquiert donc une autonomie bien appréciable dans la gestion de son handicap.

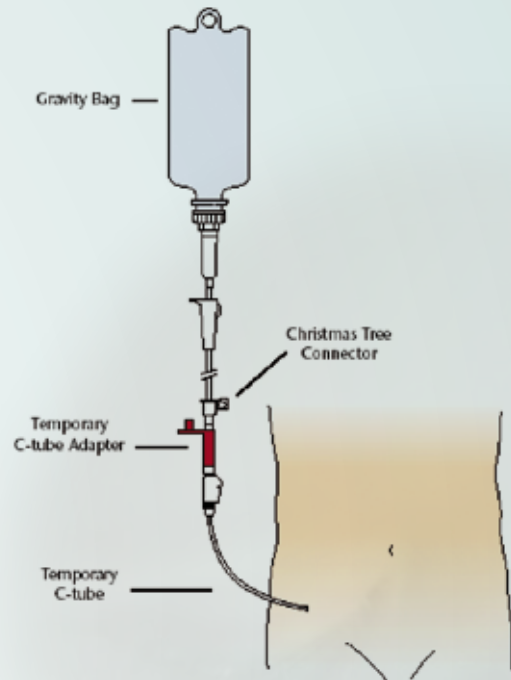
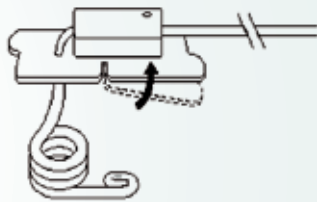
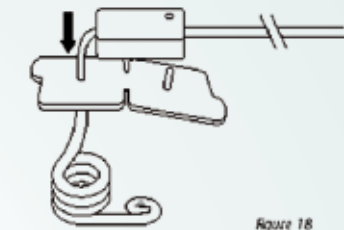
A l'heure actuelle, 10 patients ont bénéficié de la méthode avec un résultat entièrement satisfaisant pour 9 d'entre eux. Chez le dixième, malgré l'absence de complication, la maman ne semble pas prête à utiliser le dispositif.

Localement, un peu de tissu de granulation est fréquent, géré par application de nitrate d'argent. Le matériel peut être changé très aisément en consultation en cas d'usure du dispositif avec l'aide éventuelle de Meopa® (mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène).

Si le bouton n'est plus utile, il est simplement retiré avec fermeture spontanée de l'orifice.



GESTION COLIQUE PAR LAVEMENT ANTÉROGRADE : INTÉRÊT DU BOUTON DE CAECOSTOMIE PLACÉ PAR



*Dr M. DEMARCHE
Dr P. ERPICUM
Chirurgie digestive*

*martine.demarche@chrcitadelle.be
patrice.erpicum@chrcitadelle.be*

QUELLES THYROIDECTOMIES SOUS HYPNOSE ?

Il y a plusieurs types d'interventions de thyroïdectomie :

- l'ablation élective d'un ou de plusieurs nodules
- la thyroïdectomie partielle
- l'hémithyroïdectomie
- la thyroïdectomie totale.

Il y a aussi dans la même région anatomique des interventions spécifiques d'ablation d'une ou de plusieurs glandes parathyroïdes.

Toutes ces interventions sont réalisées de manière courante dans le service depuis 1993.

Depuis 2005, un nouvel instrument est venu faciliter leur réalisation : il s'agit du bistouri ultrasonique. Cet appareil permet une hémostase parfaite des pédicules vasculaires sans ligatures, facilite la dissection et procure un gain de temps appréciable, ce qui a raccourci de manière significative les durées opératoires.

Depuis le début de sa réalisation, cette chirurgie se pratique sous anesthésie générale, mais à partir de 1997, un nouveau concept s'est ajouté aux techniques anesthésiques classiques, qui a évité une anesthésie totale aux personnes qui s'y sont soumises et qui a autorisé le chirurgien à mener à bien avec bonheur chaque type d'intervention cité ci-dessus.

Il s'agit de l'hypnosédation, communément appelée hypnose.

L'hypnose n'est pas une anesthésie ; le patient ne la subit pas de manière passive, il ne dort pas.

L'hypnose n'est donc pas un sommeil ; c'est un état particulier, toutefois différent de l'état d'éveil.

S'il est difficile de la définir précisément, on peut la considérer comme un état modifié de conscience, d'hyperconcentration détendue, qui amène à la dissociation entre le conscient, laissé en veilleuse, et l'inconscient, qui occupe l'avant plan, et qui permet de revivre des expériences passées en se désintéressant des stimuli environnementaux, comme par exemple la douleur.

L'hypnose est d'ailleurs complétée par une anesthésie locale dont le but est de diminuer les stimulations douloureuses et donc de la faciliter. Il s'agit d'un état naturel que tout le monde peut vivre, sans forcément savoir que c'est de l'hypnose.

Toute intervention de thyroïdectomie est donc potentiellement réalisable de cette manière.

Il y a toutefois certaines contre-indications qui sont considérées comme formelles :

- le refus du patient
- l'incompréhension de la langue
- un déficit auditif majeur
- des antécédents psychiatriques importants
- une allergie aux anesthésiques locaux
- un âge de plus de 75 ans
- un mauvais vécu chirurgical du patient
- une réintervention sur un même site opératoire.

D'autres contre-indications plus relatives peuvent apparaître et doivent être appréhendées au cas par cas avec le patient.

Une intervention de thyroïdectomie sous hypnose doit de toutes façons être discutée et préparée en concertation avec le patient, le chirurgien et l'anesthésiste, et doit se dérouler dans des conditions de contact bien établi, de complicité et de bonne confiance, le but recherché étant le confort du patient.

En ce qui concerne l'hospitalisation, le patient entre le matin du jour opératoire. Il est impératif qu'il se présente bien à jeun, et avant 8 heures, les hypnoses et la chirurgie non septique en général se faisant autant que possible en début de programme.

Au retour en salle d'hospitalisation, il est surveillé par le personnel infirmier qui tentera de ne pas trop le déranger et qui délivrera des médicaments selon nécessité ou à la demande.

En cas de thyroïdectomie partielle, certains patients retournent le soir même, ou en tous cas et majoritairement le lendemain.

En cas de thyroïdectomie totale, les patients retournent en général le surlendemain.

La compensation hormonale, si elle est justifiée, est débutée pendant l'hospitalisation, et des consignes claires sont données.

Dr C. INNOCENTI
Chirurgie digestive
christian.innocenti@chrcitadelle.be
Téléphone portable : 042257568
Secrétariat : 042256283



TRAITEMENT DES INVAGINATIONS PAR LAPAROSCOPIE

DÉFINITION

L'invagination intestinale aigüe (IIA) survient lorsqu'un segment d'intestin pénètre dans le segment sous-jacent.

La dénomination des invaginations utilise en premier le nom du segment d'intestin invaginé, puis du segment intermédiaire éventuellement entraîné et enfin celui du segment invaginant.

On distingue ainsi des invaginations

- iléo-iléales
- iléo-coliques
- iléo-iléo-coliques
- colo-coliques etc....

PHYSIOPATHOLOGIE

Lorsque le segment d'amont pénètre dans le segment sous-jacent, il y est pris en charge par le péristaltisme qui tend à le faire progresser vers l'aval. Cette progression est limitée par la longueur du méso du segment invaginé ; la progression colique gauche voire sigmoïdienne ou rectale d'invagination à point de départ iléal est donc favorisée par les défauts d'accolements coliques.

CAUSES

Le plus évident est l'existence d'un polype endoluminal. Le péristaltisme entraîne la masse qui tire sur la zone d'implantation et attire ainsi la paroi intestinale à l'intérieur de la lumière.

Les autres masses organiques sont représentées par un diverticule de Meckel, un lymphome, un hamartome (maladie de Peutz-Jeghers), une duplication intestinale etc.... Mais ces étiologies représentent moins de 10% des cas.

Le plus souvent, il s'agit d'une invagination dite idiopathique, survenant dans le cadre d'une hyperplasie d'une plaque de Peyer au cours d'une infection virale digestive ou respiratoire.

Il faut par ailleurs savoir qu'un obstacle endoluminal ou pariétal n'est pas indispensable à

la survenue d'une invagination qui peut survenir lors d'une exagération du péristaltisme.

FRÉQUENCE

La fréquence globale est très difficile à évaluer et varie selon les régions. On parle de 1,6 à 4 pour 1000 naissances.

Le sex ratio est de 1,5 à 2 garçons pour une fille. La survenue plus fréquente des IIA à la fin du printemps et à la fin de l'automne en liaison avec les infections virales est une notion classique. Dans la majorité des cas, l'IIA survient chez le nourrisson entre 2 et 12 mois. Dans cette tranche d'âge, il s'agit le plus souvent d'invagination idiopathique.

Au-delà de 3 ans, les IIA sont plus rares et plus volontiers liées à une cause anatomique.

Les invaginations néonatales sont le plus souvent en relation avec une malformation intestinale comme la duplication kystique.

CLINIQUE

La forme la plus habituelle associe des crises douloureuses paroxystiques spontanément résolutive. Celles-ci sont volontiers suivies de périodes d'accalmie, voire d'apathie.

Les vomissements réflexes en début de processus sont alimentaires. Ils deviennent bilieux lorsque le tableau occlusif s'installe. En l'absence de vomissement, le refus du biberon est quasi constant.

La classique rectorragie qui complète la triade diagnostique est rarement présente en début de processus et signe déjà une ischémie du segment invaginé.

PRISE EN CHARGE

La palpation abdominale entre les crises permet, de façon quasi constante, de trouver le boudin d'invagination.

L'échographie est l'examen de choix pour tout

TRAITEMENT DES INVAGINATIONS PAR LAPAROSCOPIE



fig 1 : position des trocarts

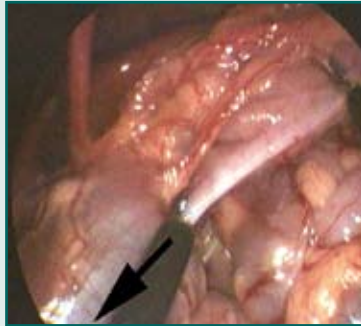


fig 2 : réduction de l'invagination par laparoscopie



fig 3 : diverticule de Meckel

enfant suspect d'invagination intestinale. Elle permet de s'assurer de la présence d'un boudin d'invagination et d'identifier dans certains cas la cause anatomique responsable.

Le traitement de l'invagination intestinale aiguë reste dominé par la réduction pneumatique ou hydrostatique sous contrôle fluoroscopique ou échographique. Ce lavement est contre-indiqué s'il existe un pneumopéritoine ou si la souffrance de l'intestin fait courir un risque de perforation. Avant toute tentative de réduction, l'enfant doit être perfusé et sédaté. Le chirurgien est prévenu d'emblée. La réduction complète de l'invagination est obtenue dans 50 à 80% des cas selon les séries et le risque de récurrence s'élève à 10%. Une hospitalisation de 24 heures pour surveillance est souhaitable.

En cas d'échec de ces méthodes conservatrices, la laparoscopie nous est apparue représenter une alternative intéressante et peu traumatique avant d'envisager une cure chirurgicale classique.

Après réalisation du pneumopéritoine à l'aiguille de Véres, 2 ou 3 trocarts sont utilisés. Une canule rectale est mise en place en préopératoire.

Dans certains cas, l'invagination est spontanément réduite.

Dans les autres cas, la réduction est obtenue par laparoscopie assistée parfois par une insufflation complémentaire d'air par la canule rectale.

Ce n'est qu'en cas de réduction impossible ou de complication qu'une conversion est réalisée.

Dans les cas où la tête d'invagination est une lésion organique, celle-ci peut également dans un grand nombre de cas être traitée durant la même procédure laparoscopique.

CONCLUSION

L'IIA est l'occlusion intestinale la plus fréquente du nourrisson âgé de moins de 2 ans.

Il s'agit d'une véritable urgence médico-chirurgicale et tout délai diagnostique et thérapeutique peut conduire à une nécrose intestinale aggravant très lourdement la morbidité de cette affection.

La réduction pneumatique est d'autant plus performante qu'elle est pratiquée tôt après le début des symptômes.

La laparoscopie permet d'éviter une laparotomie inutile dans certains cas ; tout en restant peu invasive, elle est plus performante que les techniques radiologiques dans la détection et le traitement des lésions organiques.

Elle représente dès lors pour nous le traitement de choix après échec des méthodes conservatrices.



Dr M. DEMARCHE

Dr P. ERPICUM

Chirurgie digestive

martine.demarche@chrcitadelle.be

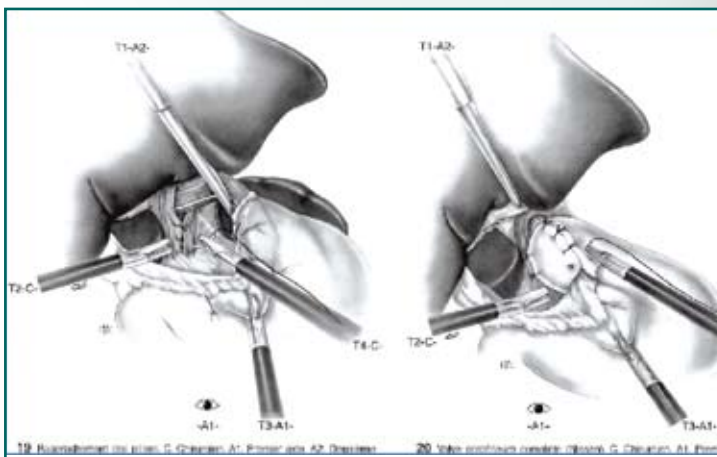
patrice.erpicum@chrcitadelle.be

REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

Tous les nouveau-nés présentent une béance du cardia et un reflux gastro-oesophagien physiologique. Celui-ci régresse progressivement pendant les premiers mois de vie suite à l'allongement de la portion intra-abdominale de l'oesophage.

Le chirurgien sera consulté en cas de reflux pathologique. La persistance du reflux à l'âge de la marche, l'apparition de complications (dysphagie

et stagnation pondérale sur oesophagite, problèmes respiratoires...), l'apparition d'une sténose anastomotique après cure d'atrésie de l'oesophage, la pose d'une gastrostomie chez l'enfant IMC (infirmité motrice cérébrale)* sont les indications chirurgicales les plus fréquentes. Pionniers de la coelochirurgie chez l'enfant, nous réalisons une fundoplicature courte et lâche par laparoscopie depuis 1991.



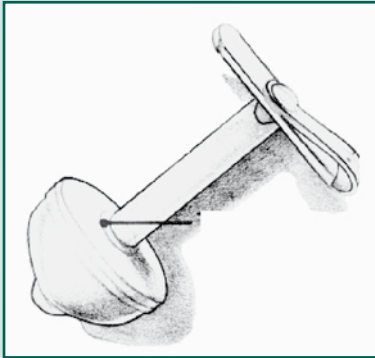
*Parmi nos jeunes patients, les enfants souffrant d'une IMC, bénéficient fréquemment d'une cure chirurgicale du reflux gastro-oesophagien associée à la pose d'une gastrostomie. Le bouton de gastrostomie est un système de support nutritionnel de plus en plus utilisé en pédiatrie pour une alimentation entérale partielle ou totale, ainsi que pour l'administration de médicaments. Outre sa discrétion, il offre l'avantage d'une utilisation simple et indolore, permettant une certaine autonomie de l'enfant et de ses parents. Différents modèles existent comportant chacun leurs avantages et inconvénients.

Les dispositifs comprenant un ballonnet intragastrique sont très simplement changés en consultation. Le contenu du ballonnet est contrôlé régulièrement. Les systèmes « à cupule siliconée » réclament une sédation de l'enfant lors du changement. Leur durée de vie est cependant parfois plus longue.

De l'analyse de notre série de plus de 500 patients, nous retenons une disparition du reflux dans tous les cas, une hospitalisation de 48 heures, une dysphagie pour le pain, la viande et les pâtes d'une quinzaine de jours dans la moitié des cas et un taux de récurrence de +/- 2%.



REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN



Bouton à « cupule siliconée »



Bouton de gastrostomie à ballonnet

Les parents d'enfants porteurs de gastrostomie sont « éduqués » par l'équipe infirmière avant leur retour au domicile. Une équipe « mobile » prend le relai si nécessaire. Ils seront cependant parfois amenés à vous consulter face à divers petits problèmes qui sont schématiquement repris dans le tableau ;

le principal souci étant la chute du dispositif qui doit être rapidement remplacé sous peine de risquer une fermeture spontanée de la gastrostomie dans les heures qui suivent. La mise en place temporaire d'une sonde urinaire permet de maintenir l'orifice béant en attendant de remettre le bouton adéquat.

Erythème péristomial	Laver à l'eau, sécher
Cellulite	Idem + Antibiothérapie
Granulome	Cautérisation au nitrate d'Ag
Brûlure péristomiale	Pansement gras
Suintement	- Vérification contenu ballonnet - Prélèvement bactériologique si écoulement purulent
Fuite alimentaire	- Vérification positionnement du bouton - Vérification ballonnet
Difficulté d'alimentation	Vérification perméabilité du dispositif
Chute du dispositif	Insertion d'une sonde urinaire ou changement
Fracture dispositif	Changement

CONTACTS :

Equipe médicale : Docteur Patrice Erpicum
Docteur Martine Demarche

Equipe infirmière : « SOINS AU DOMICILE
CONTINUS » : tel: 0499 348959



Dr M. DEMARCHE

Dr P. ERPICUM

Chirurgie digestive

martine.demarche@chrcitadelle.be • patrice.erpicum@chrcitadelle.be

NOUVEAUX MÉDECINS



Dr Hélène APPELTANTS

ULG 2000

*Spécialiste en cardiologie
Formation effectuée au CHR Citadelle Liège, CHBA, CHU de Grenoble
Formation spécifique en angiologie*

Site Citadelle



Dr Frédérique BOEUR

ULG 1999

*Spécialiste en chirurgie générale
Formation effectuée au CH de Mons, CHPLT Verviers, CHU Montpellier, Cliniques universitaires Mont Godinne, CHBA Seraing
Formation spécifique en chirurgie de la main Université Pierre et Marie Curie Paris
Expertises médicales ULG*

Site Citadelle



Dr Frédéric CHANTRAINE

UCL 2000

*Spécialiste en gynécologie-obstétrique
Formation effectuée à Saint-Luc UCL, Université Düsseldorf, CHR, ULG
Formation spécifique en médecine foetale*

Site Citadelle



Dr Didier CLAES

ULG 1999

*Spécialiste en anesthésiologie
Formation effectuée au CHU, CH Jolimont, CH Nivelles, CH Notre Dame et Reine Fabiola à Montignies sur Sambre, CHR Citadelle Liège, CHU Liège
Formation spécifique en soins intensifs et médecine d'urgence*

Site Citadelle



Dr Vinciane CORMAN

ULG 2000

*Spécialiste en endocrinologie-diabétologie
Formation effectuée au CHR Citadelle, CHU*

Site Citadelle et Sainte-Rosalie



Dr Anne-Aymone DUCHESNE

ULG 2001

*Spécialiste en ORL
Formation effectuée au CHR Citadelle, CHU
Formation spécifique en pathologies de la voix*

Site Citadelle

NOUVEAUX MÉDECINS



Dr Pierre DEFRERE

ULG 2000

*Spécialiste en Imagerie médicale
Formation effectuée au CHR Citadelle, CHU
Formations spécifiques en sénologie et imagerie thoracique*

Site Citadelle et Sainte-Rosalie



Dr Anne FIRQUET

ULG 2001

*Spécialiste en gynécologie obstétrique
Formation effectuée au CHR Roubaix, CND Bruyères, CHU Sart-Tilman,
CHR Citadelle*

Site Citadelle et Sainte-Rosalie



Dr Julie FRANSEN

ULG 2001

*Spécialiste en radiologie
Formation effectuée CHU Sart-Tilman
Créneaux particuliers : uroradiologie et radiologie pédiatrique*

Site Citadelle



Dr Arnaud FUMAL

ULG 2001

*Spécialiste en neurologie
Formation effectuée CHU Sart-Tilman , CHR Citadelle*

Créneau particulier : céphalées

Site Citadelle



Dr Geneviève HOTERMANS

ULG 1989

*Spécialiste en pneumologie
Formation effectuée au CHU Liège, CHR Citadelle Liège, CH Hutois, CHR de Lille,
Hôpital Colnette FRANCE
Formation spécifique en imagerie thoracique, en Allergologie*

Site Château Rouge



Dr Michel PIRE

ULG 1981

*Spécialiste de la chirurgie main
Formation effectuée à l'Hôpital de Bavière et à la clinique d'Ougrée,
Formation spécifique : licences Expertise + chir main USA, RFA, F, GB, NL*

Site Citadelle et Sainte-Rosalie

NOUVEAUX MÉDECINS

**Dr Brigitte RENARD**

ULG 2001

Spécialiste en psychiatrie
Formation effectuée au CHR Citadelle, Clinique des Frères Alexiens, CSM Verviers
Formation spécifique en thérapie familiale

Site Citadelle

**Dr Gilles RONDIA**

ULB 1981

Spécialiste en pédiatrie
Formation effectuée : Hôpital St Pierre, Erasme, Brugmann
Formation spécifique en rythmologie pédiatrique

Site Citadelle

**Dr Laurence KIEHM**

ULG 1993

Spécialiste en gériatrie
Formation effectuée : CHR Peltzer la Tourelle, St Ode, CHRH de Huy, CHR Citadelle
Créneaux particulier : troubles de la mémoire

Site Citadelle

**Dr Christophe SHERRINGTON**

ULG 2001

Spécialiste en radiologie
Formation effectuée : CHR Citadelle, CHU Sart-Tilman
Créneaux particuliers : radiologie générale, radiologie ostéoarticulaire

Site Citadelle et Sainte-Rosalie

**Dr Eric STECKX**

ULG 1988

Spécialiste en Médecine interne
Formation effectuée : CHRH, CHPLT, CHBAH
Formation spécifique en médecine d'urgence

Site Citadelle

organe
de communication
intermédicale
à l'attention
des médecins
généralistes

citadoc

o **QUALITY CONTROL ARTIGRAPH**

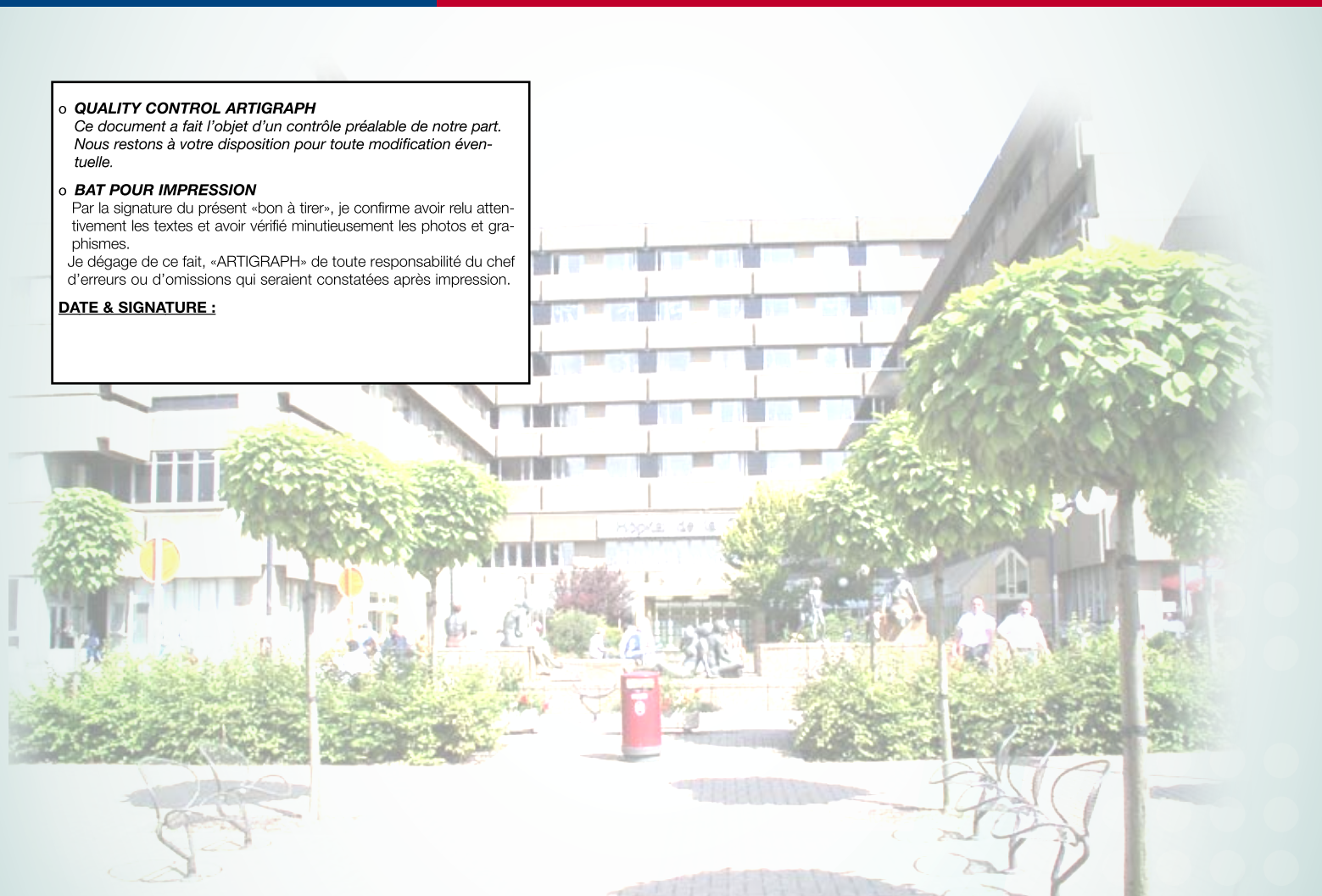
Ce document a fait l'objet d'un contrôle préalable de notre part. Nous restons à votre disposition pour toute modification éventuelle.

o **BAT POUR IMPRESSION**

Par la signature du présent «bon à tirer», je confirme avoir relu attentivement les textes et avoir vérifié minutieusement les photos et graphismes.

Je dégage de ce fait, «ARTIGRAPH» de toute responsabilité du chef d'erreurs ou d'omissions qui seraient constatées après impression.

DATE & SIGNATURE :



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE LA

CITADELLE

