

Drainage percutané des collections abdomino-pelviennes extra-parenchymateuses

Indications, techniques et résultats

Y. Fargeaudou, R. Brouard, P. Soyer, L. Hamzi, M. Boudiaf, R. Rymer

Service de radiologie viscérale et vasculaire, Hôpital Lariboisière – Paris.

Correspondance : Y. Fargeaudou, Service de radiologie viscérale et vasculaire, Hôpital Lariboisière, 2 rue Ambroise Paré, F 75475 Paris Cedex 10.
e-mail : yannfargeaudou4@hotmail.com

Résumé/Abstract

Drainage percutané des collections abdomino-pelviennes extra-parenchymateuses. Indications, techniques et résultats

Y. Fargeaudou, R. Brouard, P. Soyer, L. Hamzi, M. Boudiaf, R. Rymer

Les collections extra-parenchymateuses abdomino-pelviennes sont fréquemment rencontrées en pathologie digestive. Le drainage percutané est une modalité thérapeutique sûre et efficace permettant de surseoir à une intervention chirurgicale à ciel ouvert dans près de 70 % des cas. Les techniques appliquées ont été rapportées il y a plusieurs années. Plusieurs séries ont permis de dégager l'intérêt des drainages radioguidés. Il convient d'envisager cette technique devant toute collection unique abdomino-pelvienne.

Mots-clés : Divers. Traitement. Abscès abdomino-pelvien. Radiologie interventionnelle.

Percutaneous drainage of abdomino-pelvic collections. Indications, techniques, and results

Y. Fargeaudou, R. Brouard, P. Soyer, L. Hamzi, M. Boudiaf, R. Rymer

Extra-parenchymal collections in the abdomen and pelvis are a not infrequent occurrence in gastrointestinal pathologies. Twenty years of experience have proved percutaneous drainage to be a safe and effective therapeutic modality. Several studies have demonstrated the efficacy of radio-guided percutaneous drainage which can serve as a substitute for open surgical drainage in 70% of cases. This therapeutic modality should be considered for every case of abdomino-pelvic collection.

Key words: Treatment. Extra-parenchymal collections. Interventional radiology.

Introduction

Les collections abdomino-pelviennes extra-parenchymateuses sont des complications fréquentes des maladies inflammatoires du tube digestif (en particulier de la maladie de Crohn), des perforations digestives secondaires à une appendicite, à une diverticulite ou à une lésion tumorale et plus généralement de la chirurgie abdomino-pelvienne. Le siège et les caractéristiques de ces collections sont appréciés au mieux par le scanner. Elles sont intra-péritonéales, sous-péritonéales, rétro-péritonéales ou pariétales, uniques ou multiples. Le drainage percutané des collections abdomino-pelviennes, effectué sous contrôle radiologique (scannographique ou échographique) est pratiqué depuis plus de 20 ans. C'est une alternative à une intervention chirurgicale [1-3]. Les collections abcé-

dées peuvent être drainées selon plusieurs techniques. L'efficacité du drainage et les complications dépendent du terrain, de la complexité de l'abcès et du trajet emprunté.

Indications

Toute collection accessible par voie percutanée est une indication potentielle à un drainage sous guidage radiologique. Les contre-indications sont essentiellement d'ordre médical : numération plaquettaire inférieure à 100 000/ml, taux de prothrombine inférieure à 70 %, traitements anti-coagulants et anti-agrégants plaquettaires. Le patient reçoit une prémédication une heure avant la procédure : 50 mg d'hydroxyzine (Atarax®), 2 g de propacetamol (Pro-Dafalgan®) et une antibioprophylaxie à large spectre.

Technique

Deux techniques sont possibles : la technique de Sedlinger, plus sûre, mais plus longue, et celle dite « du trocart ».

La technique de Sedlinger

Elle consiste, après repérage et anesthésie locale du trajet par 10 ml de Xylocaïne® à 1 % (AstraZeneca), à aborder la collection à l'aide d'une aiguille-cathéter (par exemple : Ingecath® 18 Gauge). Le premier temps de cette technique permet de réaliser des prélèvements à visée diagnostique et d'évaluer la viscosité du liquide de la collection, afin de choisir le diamètre du drain le plus adapté. Un guide J téfloné standard (Angiodyn®) est ensuite introduit par le cathéter et enroulé dans la lésion. Après vérification de la bonne position du guide, le cathélon est retiré et le trajet est élargi à l'aide de dilateurs hydrophiles, de calibre croissant depuis 8 F jusqu'à celui (ou 1 F de plus) choisi pour le drain, en général 12 F. Le dernier temps est la mise en place du drain multiperforé souple (Flexima®) monté sur un tube rigidificateur en métal. L'ensemble est introduit jusqu'à l'entrée de la collection, puis seule la partie souple est poussée plus avant. Sa souplesse et son aspect préformé en « queue de cochon » permettent l'enroulement spontané dans la collection et évitent les traumatismes par le matériel de drainage (figure 1).

La technique du trocart

Elle est plus directe et réservée aux collections facilement accessibles. Dans ce cas, la collection est abordée directement par le drain multiperforé monté sur un trocart. Une fois dans la collection, le trocart est retiré et le drain est poussé sur le rigidificateur comme dans la technique de Sedlinger.

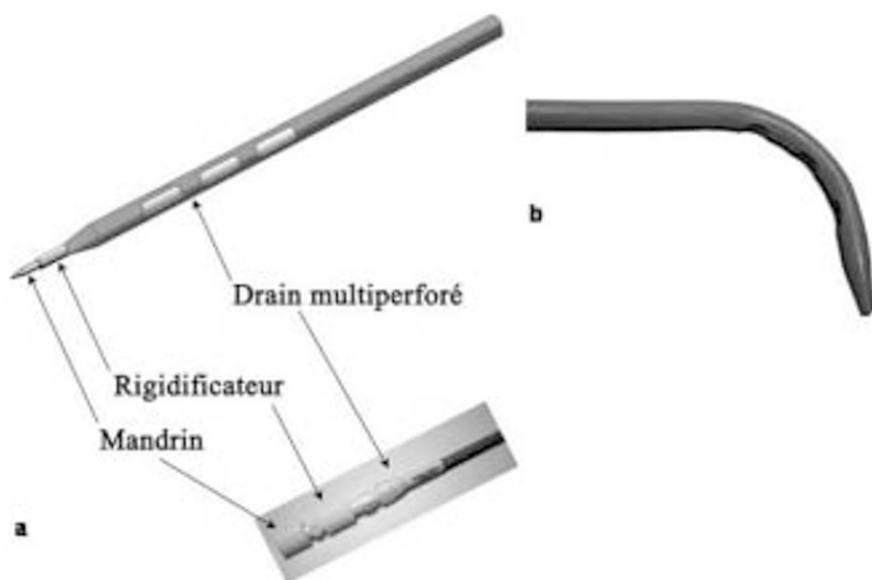


Figure 1 : a) Drain multiperforé souple monté sur un tube rigidificateur en métal. b) Extrémité souple du drain qui prend la forme d'une queue de cochon quand on retire le rigidificateur.

Le guidage

La voie d'abord postérieure transglutéale, est la manière d'aborder une collection pelvienne de siège péri-rectal ou pré-sacré. Le trajet choisi doit éviter les artères glutéales inférieures et le nerf sciatique. Deux voies sont possibles : soit au ras du sacrum, soit un peu plus latéralement (*figure 2*) [4]. La technique et la voie d'abord sont discutées au cas par cas, en fonction de la localisation et de l'accessibilité de la lésion.

On préfère un **guidage échographique** si la collection est superficielle et bien visible en échographie. Le guidage échographique présente plusieurs avantages : disponibilité, faible coût, absence d'irradiation, suivi de la progression du matériel de drainage en « temps réel ». Mais, il se prête mal au drainage

2 | 3

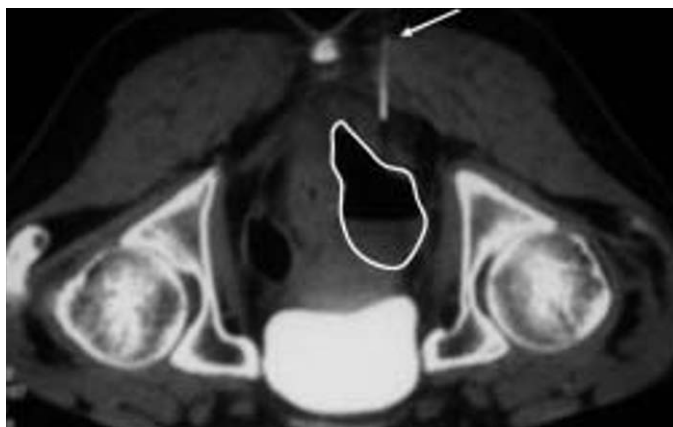


Figure 2 : Fluoro-scanner (CareVision®, Siemens) : abord transglutéal à l'aiguille (flèche blanche) d'un abcès pré-sacré latéralisé à gauche (délimité en blanc) d'origine crohnienne.

Figure 3 : Opacification d'un abcès sous hépatique lors de la mise en place du drain sous contrôle échographique dans un abcès sous-hépatique (flèche blanche).



295



Figure 4 : a) Abcès de loge appendiculaire post-appendicectomie (flèche blanche). b) Mise en place d'un drain sous contrôle scanographique par fluoro-scanner (CareVision®, Siemens) dans la collection.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4296849>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4296849>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)