

Le lambeau de Martius

J.L. Faucheron, Ch. Brugère, F. Lisik

Unité de Chirurgie Colorectale, Département de Chirurgie Digestive et de l'Urgence, Hôpital Albert Michallon – Grenoble.

Correspondance : J.L. Faucheron, Unité de Chirurgie Colorectale, Département de Chirurgie Digestive et de l'Urgence, Hôpital Albert Michallon, BP 217, F 38043 Grenoble.
e-mail : JLFaucheron@chu-grenoble.fr

Introduction

Le traitement des fistules rectovaginales peut être réalisé par différentes techniques : la suture par abord direct vaginal ou périnéal du trajet ; la mise à plat du trajet fistuleux puis suture selon la technique de Musset (pour les fistules basses) ; l'abaissement d'un lambeau rectal (pour les fistules hautes à rectum sain) ; l'injection de colle biologique (peu agressive mais rarement efficace) ; la section lente par traction sur un drainage en séton prolongé (pour les fistules basses sur rectum pathologique comme dans la maladie de Crohn) ; l'interposition de tissu autologue.

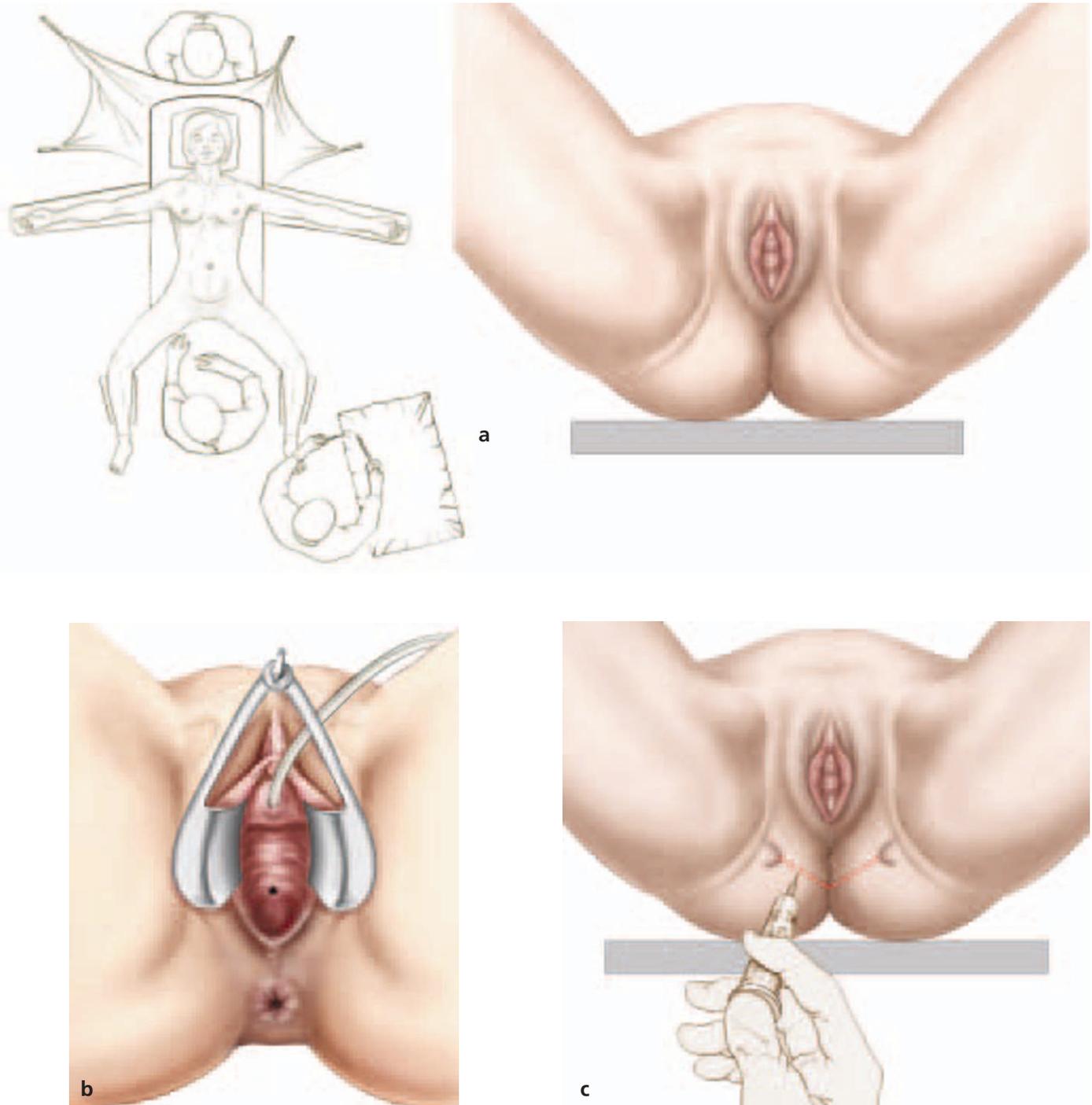
Le lambeau de Martius fait partie de ces dernières techniques (avec la transposition du muscle *gracilis*) et s'adresse principalement aux fistules rectovaginales ayant les caractéristiques suivantes : un orifice primaire rectal au dessus de la ligne pectinée (sinon, il faudrait privilégier la fistulotomie) ; un orifice secondaire vaginal haut situé (sinon, il faudrait débiter par l'encollage ou la suture directe) ; un trajet fistuleux profond, intéressant plus du tiers de la hauteur du sphincter comme dans les fistules trans-sphinctériennes hautes et les fistules supra-sphinctériennes (les fistules trans-sphinctériennes basses et les fistules sous cutanées seraient traitées par fistulotomie simple) ; un rectum pathologique (s'il est sain, la technique de choix est le lambeau d'abaissement rectal) ; l'absence de suppuration active (sinon, il faut passer par une phase de drainage en séton) ; une continence normale (sinon le traitement pourrait être une fistulotomie ou une stomie).

Les indications les plus habituelles du lambeau de Martius sont ainsi les fistules iatrogènes, les fistules radiques et les échecs de toutes les autres techniques (mimant alors une fistule iatrogène).

Préparation à l'intervention

Une stomie de dérivation est souvent réalisée dans un premier temps, pour permettre une cicatrisation du lambeau, en dehors d'une atmosphère qui risque d'être souillée par la présence de selles. Dans certains cas et en ayant prévenu la patiente du risque plus important d'échec, le geste peut être réalisé sans stomie : un régime sans résidu les 5 jours précédant l'opération est alors prescrit, qui est suivi au mieux par un jeûne strict pendant une semaine puis par un régime sans résidu strict pendant une autre semaine. La patiente doit être prévenue que l'opération comprend le prélèvement d'un petit muscle de la grande lèvre et qu'une asymétrie, au moins initiale, s'en suivra. Pour un chirurgien droitier, le prélèvement se fait plus commodément aux dépens de la grande lèvre gauche. Il faut assurer la vacuité rectale par un abondant lavement évacuateur la veille et le matin même de l'opération. La cavité vaginale est lavée à la polyvidone iodine (Bétadine[®]) diluée. L'épilation du périnée n'est pas nécessaire, mais elle est utile pour le confort du chirurgien. L'antibioprophylaxie est assurée au moment de l'induction anesthésique par une céphalosporine de deuxième génération ou une association aminoside-imidazolé.

Mots-clés : Vagin. Technique chirurgicale. Fistule recto-vaginale. Lambeau de Martius.



1 Installation et voie d'abord

La propreté relative du rectum est vérifiée avant d'amener la patiente sur la table d'opération. Elle est installée en position d'abord périnéal, les cuisses hyperfléchies et en abduction (a). Une fois le badigeonnage effectué, il est conseillé de ne réaliser aucun toucher anorectal. Une sonde de type Foley est introduite dans la vessie et elle est conservée quelques jours en raison du risque de rétention aiguë précoce, pour le confort de la patiente et pour faciliter les soins locaux ultérieurs.

Un spéculum préalablement enduit d'huile de vaseline est introduit dans la cavité vaginale, charnière vers l'avant. L'orifice secondaire de la fistule est ainsi exposé (b).

Une infiltration de 10 ml de xylocaïne[®] adrénalinée dans la cloison rectovaginale permet de diminuer le saignement per-opératoire, de faciliter le décollement des deux organes et de diminuer les douleurs au réveil. Dans le même troisième but, un bloc pudendal est fait par le chirurgien dès le début de l'opération, en injectant 15 ml de bupivacaïne[®] dans chaque canal d'Alcock (c).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4296850>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4296850>

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