



Œsophagectomie pour lésion non tumorale

Oesophagectomy for non-tumoural condition

N. Munoz-Bongrand (Praticien attaché) *,
E. Sarfati (Professeur des Universités, praticien hospitalier)

Service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne, Hôpital Saint-Louis,
1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

MOTS CLÉS

Œsophage ;
Voie transhiatale ;
Stripping de
l'œsophage ;
Brûlure caustique ;
Thoracotomie ;
Thoracoscopie ;
Cœlioscopie

Résumé Les indications des œsophagectomies pour lésions non tumorales sont peu nombreuses. Le plus souvent, l'œsophagectomie est indiquée en urgence, soit dans le cadre d'une ingestion de caustique, soit pour perforation œsophagienne. L'intervention a pour but de retirer l'œsophage en totalité, en étant la moins invasive possible. L'œsophagectomie sans thoracotomie, en particulier le *stripping* œsophagien, permet d'atteindre ces deux buts, rapidement et avec peu de morbidité. Les autres indications de l'œsophagectomie sont plus rares. Il s'agit principalement des œsophagectomies pour sténose peptique ou caustique. Les techniques habituelles d'œsophagectomie avec ou sans thoracotomie sont rarement indiquées dans ces situations. Les techniques récentes de chirurgie mini-invasive, par cœlioscopie ou par thoracoscopie, peuvent trouver une place dans ces indications. Les différentes techniques d'œsophagectomie sont ici développées, détaillant les techniques ou les temps opératoires spécifiques aux œsophagectomies pour lésions bénignes et les techniques de chirurgie mini-invasive de l'œsophage dans ces indications.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Oesophagus;
Trans-hiatal
oesophagectomy;
Oesophageal stripping;
Caustic injury;
Thoracotomy;
Thoracoscopy;
Laparoscopy

Abstract Oesophagectomy in benign conditions is an uncommon situation. Most of the time, emergent oesophagectomy is required for caustic necrosis or following oesophageal perforation. The aim of the intervention is then to remove the whole oesophagus, avoiding additional morbidity. Oesophagectomy without thoracotomy, and specially oesophageal stripping, achieve those two goals, quickly and safely. Other indications for oesophagectomy in benign conditions are more uncommon, mainly represented by peptic or caustic stenosis. In these indications, there is a small place for standard oesophagectomies, with or without thoracotomy. However, recent advances in minimally invasive surgery, either by laparoscopy or thoracoscopy, may change surgical approach for oesophagectomy in these indications. Various approaches for oesophagectomy are described in the present article, focused on particular techniques indicated in benign conditions. Oesophageal stripping, and minimally invasive oesophagectomy are particularly detailed.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.munoz-bongrand@sls.ap-hop-paris.fr (N. Munoz-Bongrand).

Œsophagectomies sans thoracotomie

Elles regroupent les œsophagectomies par voie transhiatale et les œsophagectomies par *stripping*. Ces interventions trouvent leurs meilleures indications dans le traitement des lésions bénignes de l'œsophage, en particulier en urgence, quand aucun curage ganglionnaire n'est indiqué. Ces deux techniques présentent de nombreuses similitudes, aussi bien pour l'installation du malade que pour certains temps opératoires.

Œsophagectomie par voie transhiatale

Cette technique permet une œsophagectomie totale, avec un contrôle parfait de la dissection des tiers supérieur et inférieur de l'œsophage. La dissection du tiers moyen est en revanche impossible sous contrôle de la vue.

Indications

En pathologie bénigne, cette technique a trois indications :

- les perforations du bas œsophage vues tardivement, et quand les phénomènes septiques locaux rendent la réparation œsophagienne impossible ;
- les sténoses caustiques non dilatables. Cependant, bien que cette technique soit préconisée par certains,¹ il semble que la difficulté de dissection et le risque hémorragique doivent faire préférer une œsophagectomie par thoracotomie ou, mieux, laisser l'œsophage en place. Le risque théorique de cancer sur œsophage cicatriciel est faible, et probablement moins élevé que celui d'une œsophagectomie difficile ;²
- les sténoses peptiques réfractaires au traitement médical.³⁻⁵ Nous avons cependant tendance à proposer actuellement un abord mini-invasif dans cette indication.

Installation

Le patient est en décubitus dorsal, les membres supérieurs le long du corps. Un billot est placé sous les épaules. Le cou est en hyperextension, et en rotation vers la droite. Le cadre de Bergeret permet un abord cervical confortable, alors qu'un piquet de Toupet à gauche peut être gênant pour une dissection cervicale simultanée. Il permet en outre une bonne exposition abdominale par son système de valves. Après badigeonnage, le bras transversal du cadre de Bergeret est recouvert d'adhésif stérile et les champs abdominaux et cervicaux sont posés. L'opérateur est à droite du patient, l'aide et l'instrumentiste sont à gauche, avec

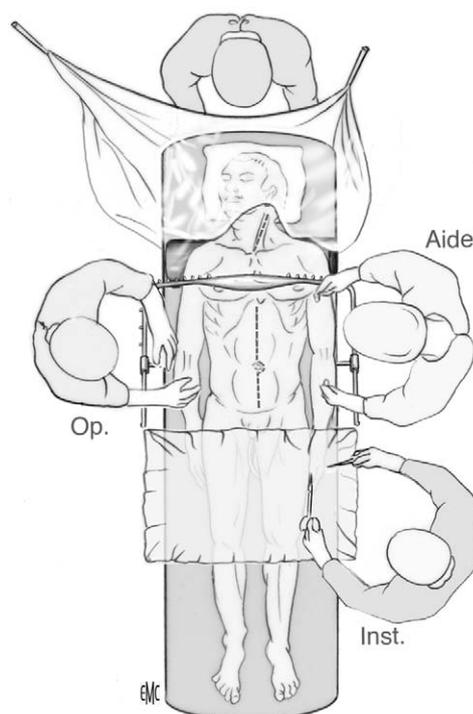


Figure 1 Œsophagectomie sans thoracotomie. Installation. Incision.

la table d'instrumentation. Un second opérateur peut être simultanément présent à gauche, pour la dissection cervicale, avec une table d'instrumentation, un bistouri électrique et un système d'aspiration séparés (Fig. 1).

Laparotomie

Une laparotomie médiane sus-ombilicale, prolongée quelques centimètres sous l'ombilic, permet une bonne exposition de l'étage sus-mésocolique.

Après exploration systématique de la cavité abdominale, le ligament rond est sectionné entre deux ligatures, et le ligament falciforme incisé largement afin de faciliter la mise en place des valves. L'abord de la région hiatale est facilité par la mobilisation du lobe hépatique gauche. Pour cela, un champ est placé en avant de l'hiatus, en arrière du lobe hépatique gauche. Le ligament triangulaire gauche est ensuite incisé au bistouri électrique sur ce champ, sous contrôle de la vue, et sans risque de brûlure de la région hiatale (Fig. 2). Cette incision est poussée vers la droite à proximité de la veine sus-hépatique gauche. Le lobe gauche peut ainsi être récliné vers la droite, sous une valve malléable.

La région hiatale est exposée par la main gauche de l'opérateur, qui attire l'estomac en bas et en arrière. Après vérification de l'absence d'artère hépatique gauche naissant de la gastrique gauche, la pars flaccida puis la pars condensata du petit épiploon sont sectionnées. On libère ensuite le bord

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9400778>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9400778>

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