

# Sténose hypertrophique du pylore



Pr Eric DOBREMEZ  
Chirurgie Pédiatrique

CHU de Bordeaux

# Plan



- œ Un diagnostic clinique
- œ Examens complémentaires
- œ Quand opérer ?
- œ Les pièges avant le traitement
- œ La pyloromyotomie extra-muqueuse
- œ Les complications

# Un diagnostic clinique



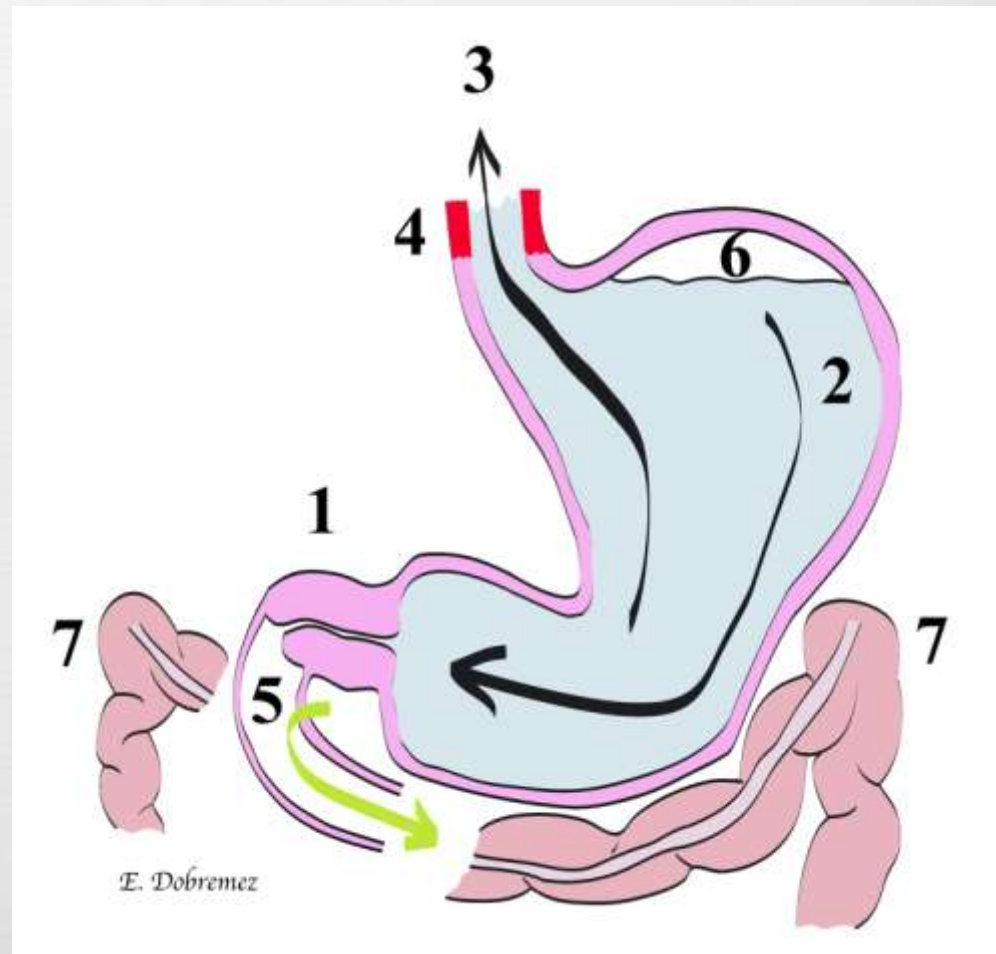
- œ Chez un nouveau-né de moins de trois mois
- œ Basé sur un interrogatoire non directif de la famille
  - œ Vomissements de lait caillé
  - œ Facile
  - œ En jet
  - œ A distance des repas
  - œ Supérieurs en quantité au dernier biberon
- œ A la palpation
  - œ Olive pylorique

# Des signes cliniques plus rares



∞ Hématémèse

∞ Ictère à bilirubine libre



# Radiographie

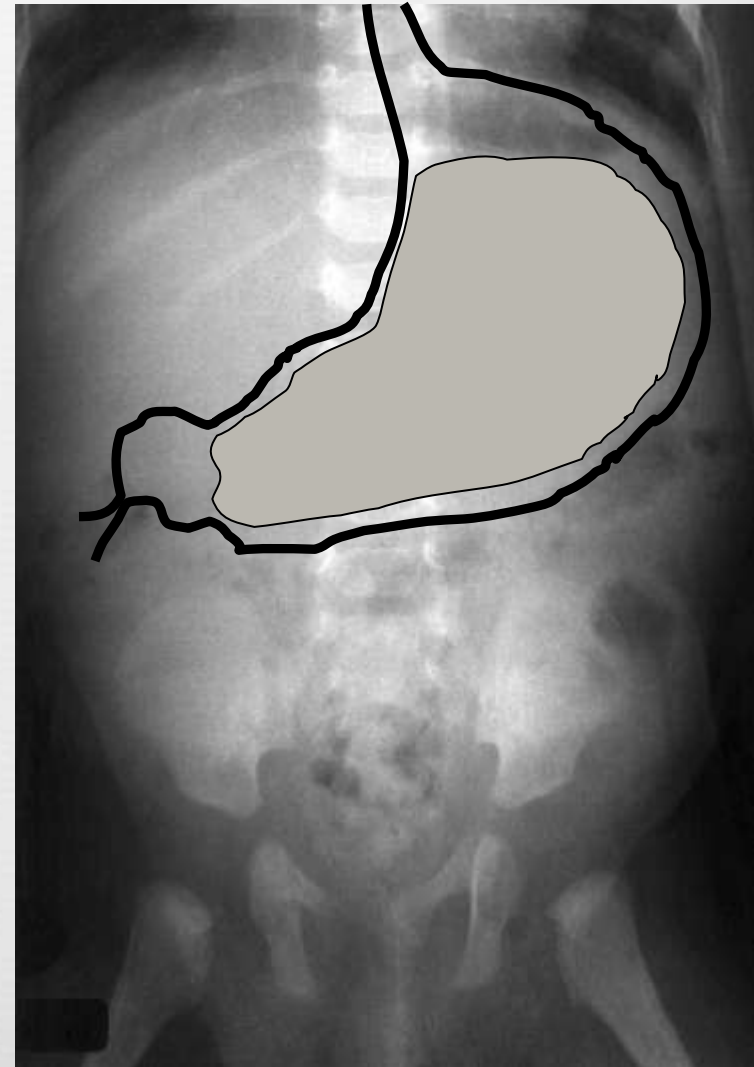


☞ ASP

☞ A distance du repas

☞ Niveau gastrique

☞ Faiblesse de l'aération en aval

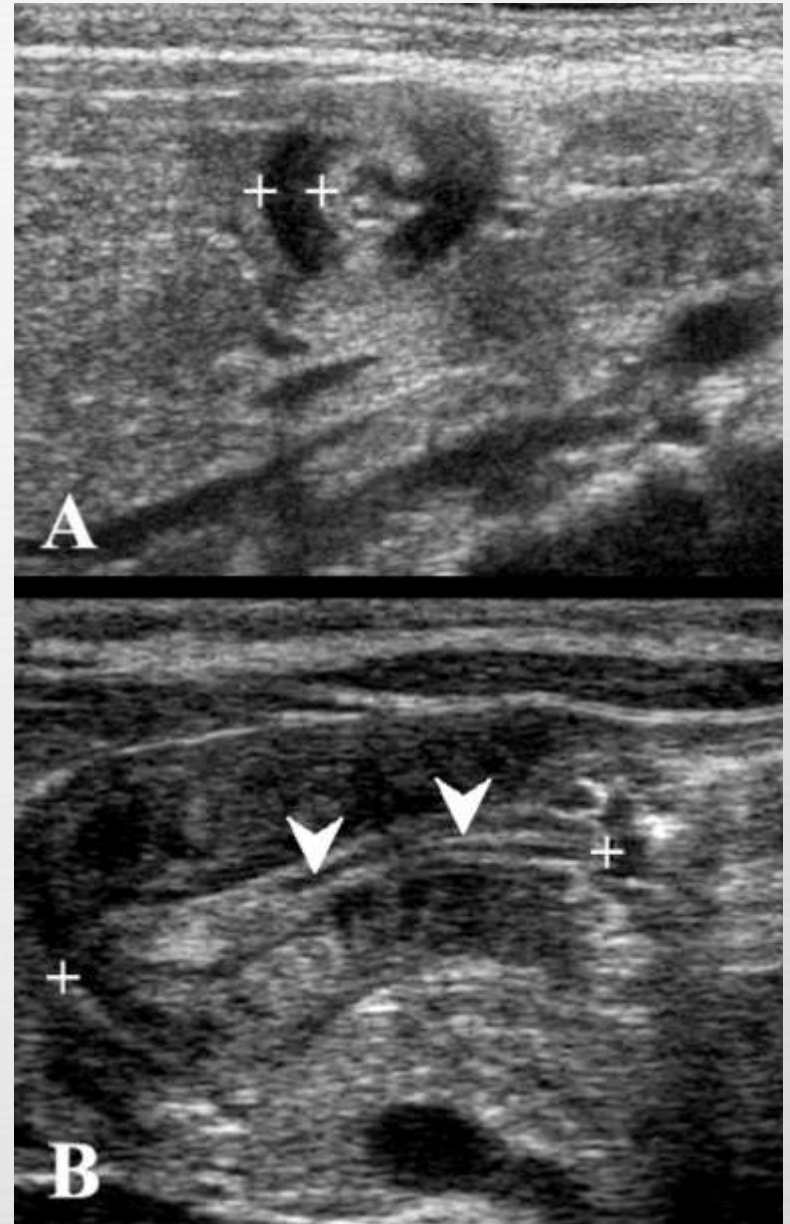


# Echographie



- œ Le pylore hypertrophié se déplace vers la droite à cause de la distension gastrique
- œ Il a l'image d'une double cible ou d'une cocarde
- œ Ses mesures sont très différentes de celles du pylore normal

- œ Epaisseur musculaire supérieure à 4 mm
- œ Diamètre transversal supérieur à 13 mm
- œ Longueur supérieure à 20 mm (15 suffisent pour poser le diagnostic)
- œ Pas de passages pyloriques
- œ Variable selon le poids de l'enfant et son hydratation
- œ Chez l'enfant normal, le muscle fait 2 mm et le diamètre 10 mm



# En cas de mensurations limites



- œ Garder à jeun
- œ Réhydrater
- œ Refaire l'échographie à 48h
  
- œ Si le diagnostic est confirmé, l'enfant est prêt à être opéré



# Opérer sans échographie ?



- œ Il est possible de poser une indication opératoire sur la seule foi de l'examen clinique
  
- œ Mais :
  - œ La palpation de l'olive est plus rare de nos jours
  - œ Un examen radiologique non invasif avec une sensibilité énorme est disponible

# Quel bilan biologique



- ❧ Gaz du sang (alcalose métabolique)
- ❧ NFS
- ❧ Bilan de coagulation
- ❧ Ionogramme sanguin (hypokaliémie/hypochlorémie)
- ❧ Ionogramme urinaire (dont la chlorurie)

# En attendant la chirurgie



- œ A jeun
- œ Sonde gastrique en siphonage
- œ Proclive
- œ Réhydratation par 4 à 8 ml/kg/h de soluté glucosé polyionique
- œ Compensation des pertes gastriques par un soluté salé isotonique
- œ Soins de l'ombilic !

# La pyloromyotomie extra-muqueuse

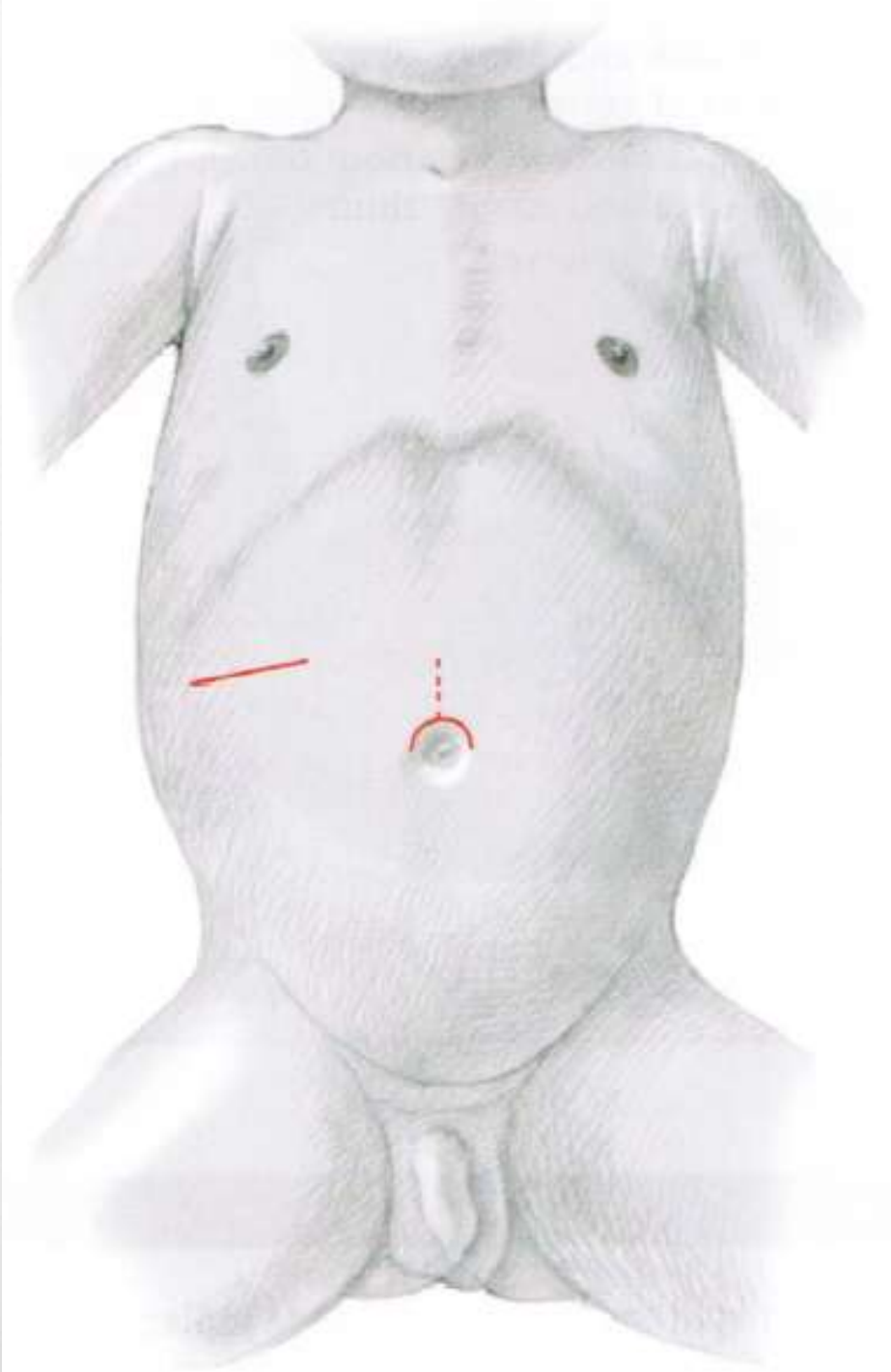


- ∞ Dès que la chlorurie est  $\geq 20$  mmol/l
- ∞ Une intervention historique (Fredet-Ramstedt)
- ∞ Un principe et quelques variantes

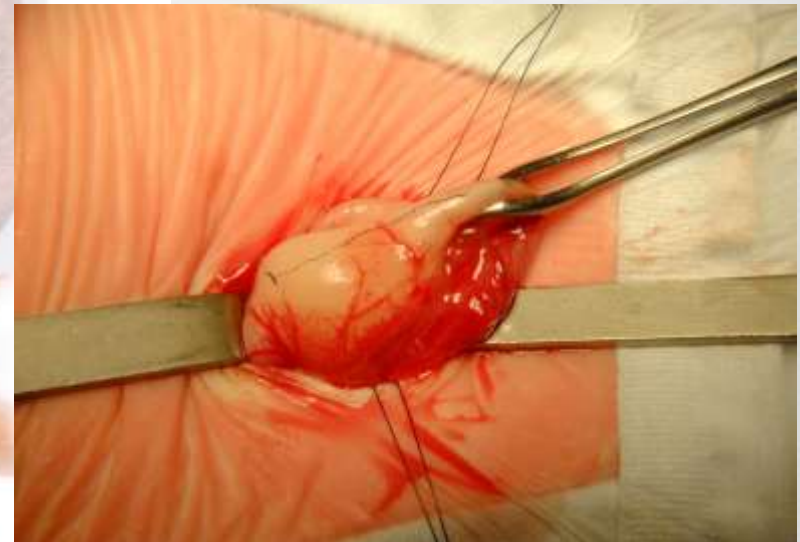
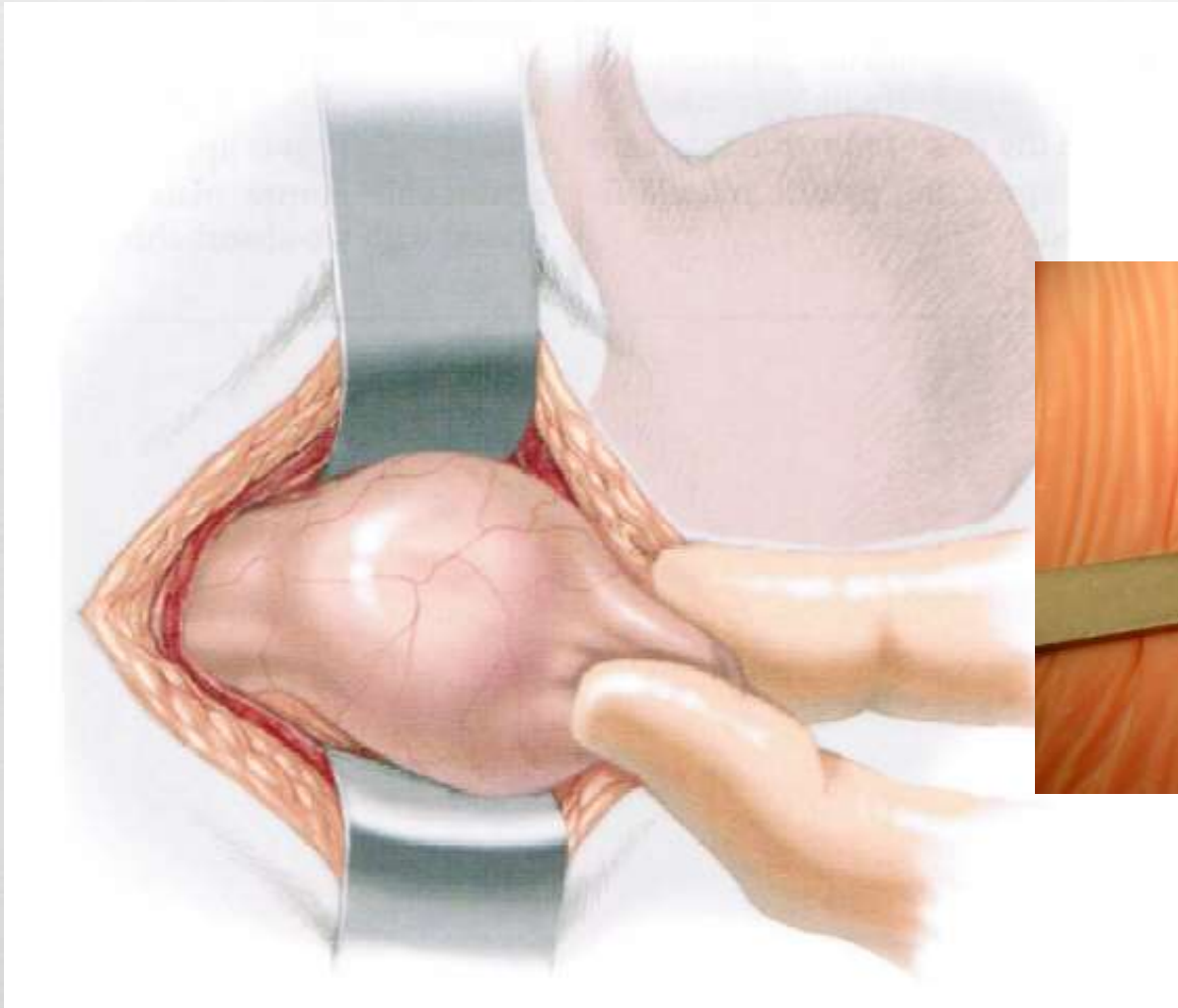
☞ Voie d'abord

☞ Un choix

☞ Parfois par défaut

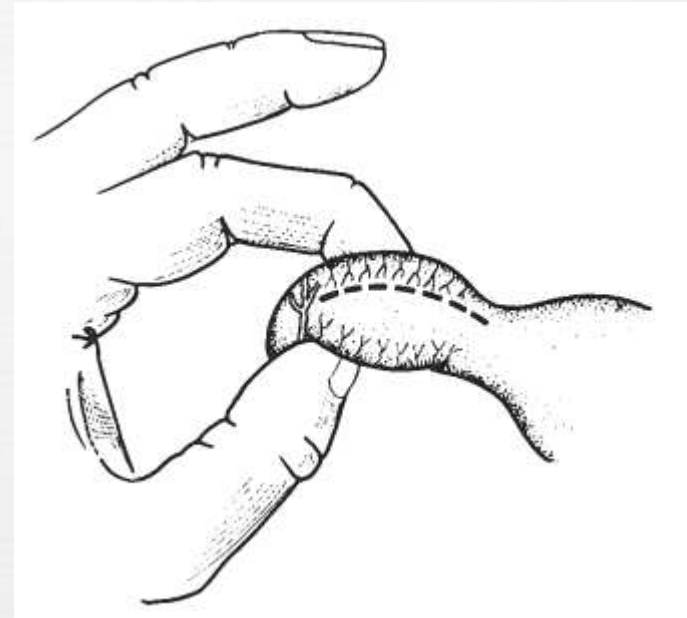


- ∞ L'extériorisation du pylore
- ∞ Un véritable accouchement
- ∞ Si quelque chose gêne : c'est la peau !



## ☞ La pylorotomie

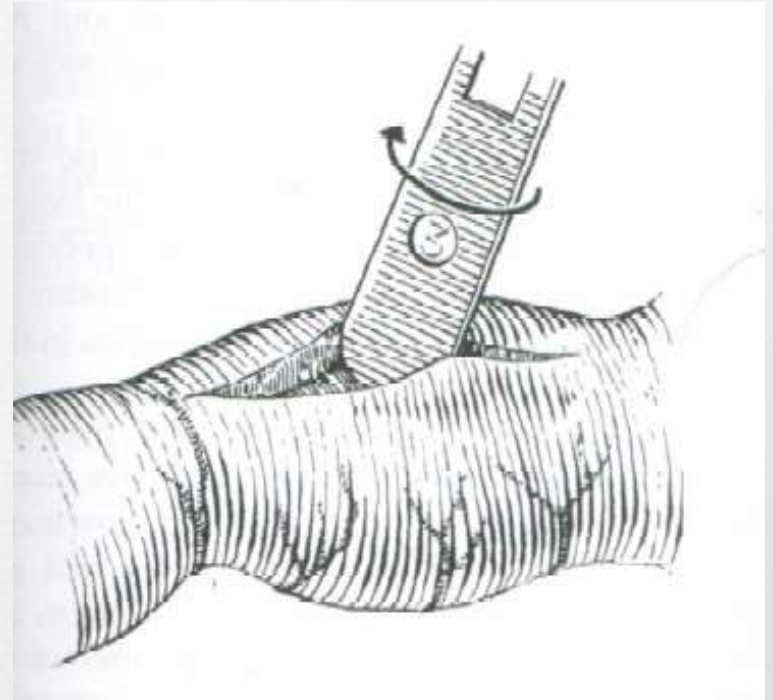
- ☞ Elle commence en amont de la veine pylorique
- ☞ Elle se poursuit largement sur l'antrum gastrique
- ☞ Personnellement je réalise une coagulation à la bipolaire sur le trajet au préalable
- ☞ Le bistouri froid n'est pas tenu comme un crayon mais comme un couteau



## ⌘ La pylorotomie (suite)

⌘ Elle est complétée par le manche du bistouri

⌘ Elle est terminée par l'écartement des berges par un dissecteur, pour obtenir une bonne hernie de la muqueuse

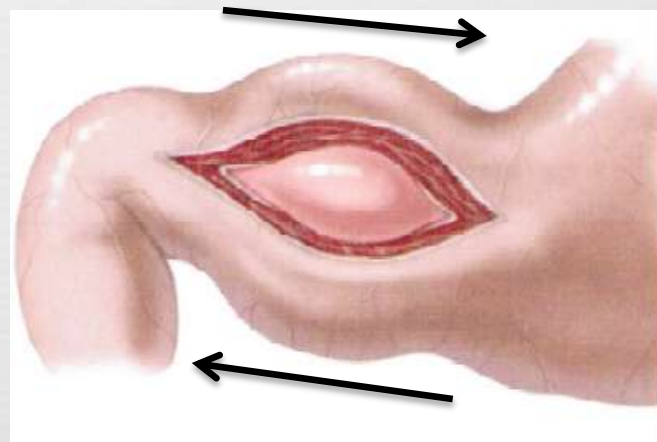
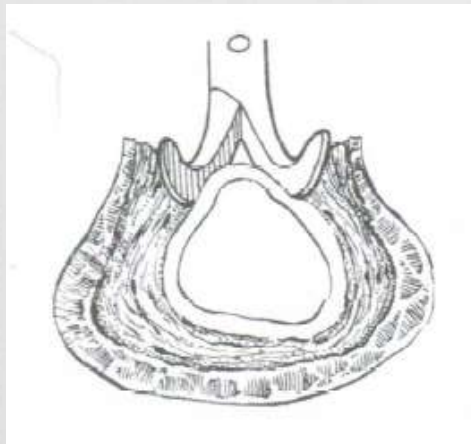




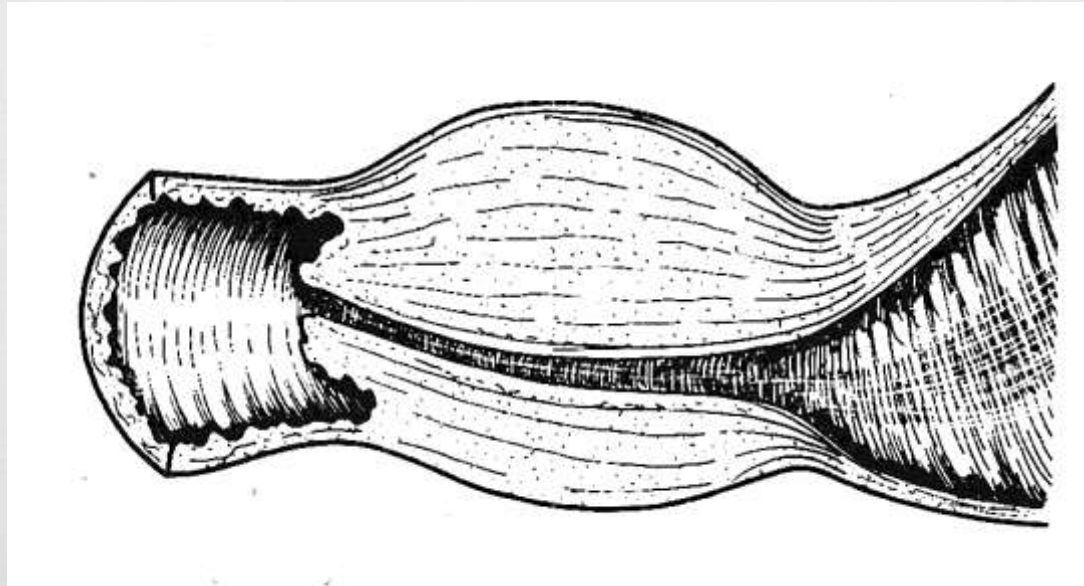
# Les manœuvres de sécurité !



- œ Pour s'assurer d'une pylorotomie complète :
  - œ La muqueuse fait hernie sur toute la longueur, sans fibre musculaire visible
  - œ Les deux portions coulissent l'une par rapport à l'autre



- œ S'assurer de l'absence de brèche muqueuse
  - œ On verse du sérum physiologique dans la pylorotomie
  - œ Le duodénum est massé à la recherche d'une fuite objectivée par des bulles ou la présence de bile dans la pylorotomie
  
- œ Elle se fait toujours sur le versant duodénal



# Vous avez fait une plaie muqueuse



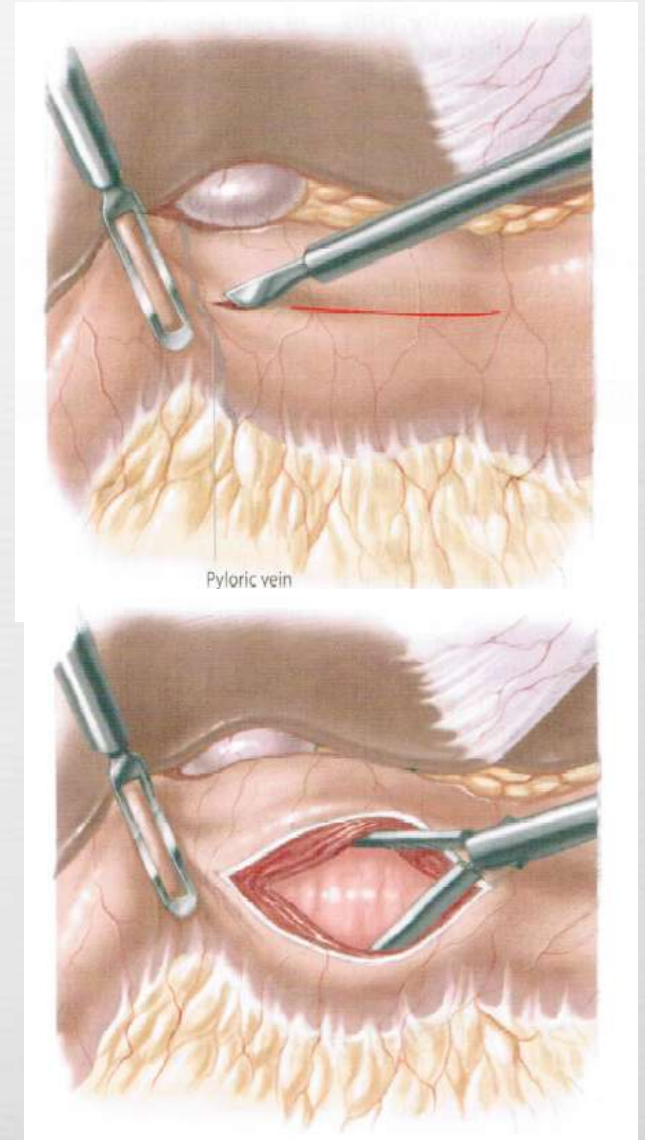
- ❧ Elle arrive surtout lorsque ce n'est pas une vraie sténose du pylore
- ❧ Trois manières de réparer
  - ❧ Suture muqueuse directe
  - ❧ Fermer la pylorotomie et en refaire une autre à distance
  - ❧ Réaliser un lambeau de couverture
- ❧ Garder la sonde gastrique 48 heures

# Laparoscopie ?



❧ Pourquoi pas !

❧ Attention aux pylorotomies incomplètes



# Quelle réalimentation ?



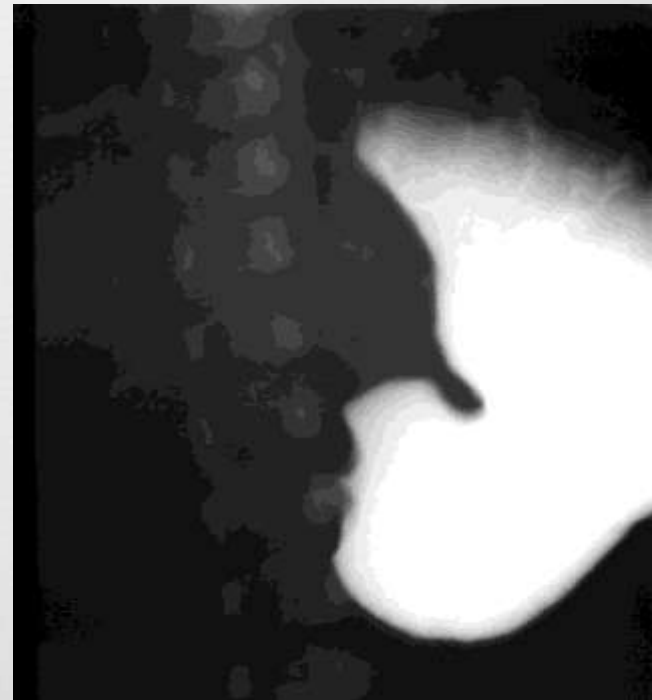
- Actuellement, afin de réduire le temps d'hospitalisation, on préconise une alimentation *ad libitum*.
- Débutée 4 à 5 heures après l'intervention

# Votre nouveau-né vomit encore après le traitement !



❧ Il faut prévenir les parents de cette possibilité avant l'opération

- ❧ Deux hypothèses :
- ❧ Persistance des troubles ioniques
    - ❧ Surtout chez les plus jeunes
  - ❧ Pylorotomie incomplète
    - ❧ Intérêt du TOGD



# Des complications



- ❧ Péritonite : il y avait une brèche muqueuse
  - ❧ Reprise chirurgicale en urgence
  
- ❧ Hémopéritoine
  - ❧ Par déchirure d'une branche du tronc coélique ou un saignement des berges
  
- ❧ Abscès de paroi
  
- ❧ Eventration / Eviscération
  - ❧ Lié à l'infection et/ou la dénutrition

# Des choses à savoir



∞ Cette pathologie est spontanément réversible (en 4 mois...)

∞ La SHP serait liée à trois facteurs :

1) Un phénotype prédisposant (caractère familial)

2) Une immaturité du pylore, avec la notion de « période physiologique » pendant laquelle le nouveau-né est exposé

3) Un événement environnemental post-natal non identifié qui déclencherait le processus pathologique (intervalle libre)



# Ulcères gastro- duodénaux



Pr Eric DOBREMEZ  
Chirurgie Pédiatrique

Pr Thierry LAMIREAU  
Gastroentérologie Pédiatrique

CHU de Bordeaux

# La sécrétion gastrique



- ❧ Les cellules pariétales gastriques sont présentes dès la 11<sup>ème</sup> semaine de gestation
- ❧ L'acidité gastrique augmente dans les 24 premières heures de vie
- ❧ Le profil de sécrétion « adulte » est acquis à 2 ans

# Physiopathologie de l'ulcère



- œ Un déséquilibre entre les facteurs de protection et d'agression est à l'origine d'altérations de la muqueuse.
  
- œ Les facteurs de protection de la muqueuse sont :
  - œ les bicarbonates, le mucus
  - œ le flux sanguin pariétal
  - œ les facteurs de croissance cellulaires
  - œ les prostaglandines
  
- œ Les facteurs d'agression sont :
  - œ l'acide
  - œ la pepsine
  - œ Helicobacter pylori
  - œ les AINS
  - œ ischémie, hypoxie
  - œ tabac et alcool

# Deux types d'ulcère



## ❧ ULCERE PRIMITIF

- ❧ Sexe ratio : 3 garçons pour une fille

## ❧ ULCERE SECONDAIRE

- ❧ Insuffisance rénale, hépatique, respiratoire
  - ❧ Augmentation de sécrétion de gastrine
- ❧ Liée aux AINS et stéroïdes
- ❧ Lié au « stress » (insuffisance circulatoire)
  - ❧ Infection
  - ❧ Prématurité
  - ❧ Brûlure

# Deux étiologies rares



- ∞ Hypergastrinémie secondaire à un gastrinome (Zollinger-Ellison) retrouvé dans quelques cas
- ∞ Infection par *Helicobacter pylori* retrouvée dans  $\frac{1}{4}$  des cas



# Infection à *Helicobacter pylori*



- ❧ Sérologie (sensibilité++) pour H pylori :
  - ❧ Sur 218 enfants (3 à 18 ans) avec douleurs abdominales récidivantes (+/- vomissements) : 17,4% avec IgG
  - ❧ 111 endoscopies :
    - ❧ 14 ulcères (confirmation par biopsie dans 28% cas)
    - ❧ 12 gastrites (confirmation par biopsie dans 100% des cas)
- ❧ Sur 238 témoins : 10,5% avec IgG

# Clinique



- ❧ Douleur abdominale (8-90 %)
  - ❧ 1 à 2 % des douleurs abdominales récurrentes
  - ❧ Epigastrique, réveille le patient, rythmée par l'alimentation
  
- ❧ Vomissement (25-40 %)
  
- ❧ Melaena (8-35 %)
  
- ❧ Hématémèse (5-16 %)
  
- ❧ Perforation (1 %)

# Présentation clinique de la série de la Mayo Clinic (44 patients sur 14 ans)

---

Symptômes	Ulcère primitif	Ulcère de stress
Nombre de patients	28	16
Douleur abdominale	71 %	38 %
Vomissements	50 %	19 %
Hématémèse	36 %	44 %
Anémie	36 %	82 %
Melaena	29 %	25 %
Perte de poids	18 %	6 %
Dyspepsie	7 %	n.p

---



# Diagnostic

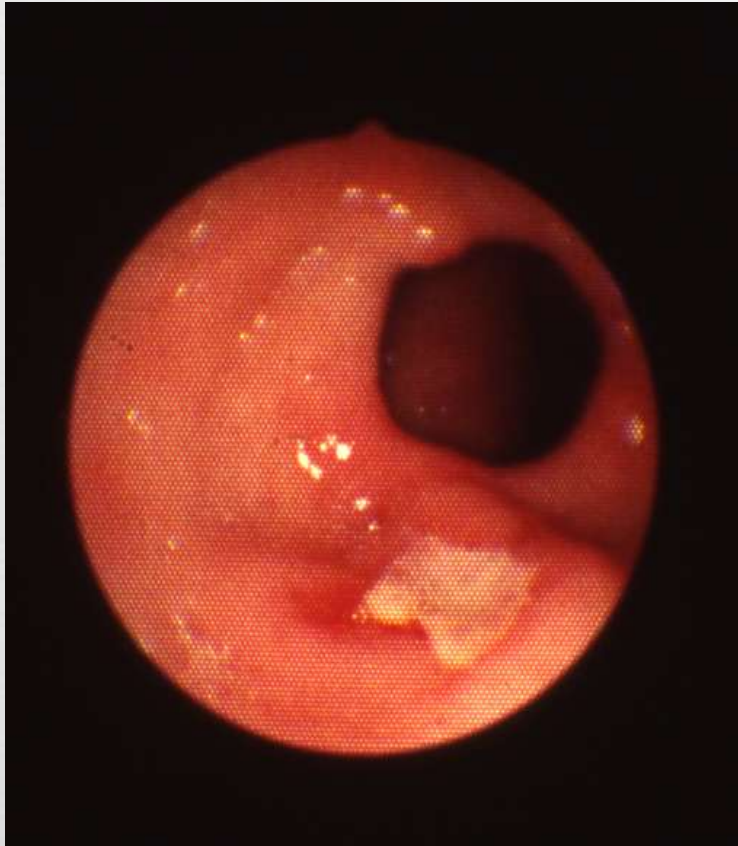


- ↻ Endoscopie (+++)
- ↻ Radiographie (sténose pylorique post ulcéreuse)
- ↻ En cas de suspicion Zollinger-Ellison :
  - ↻ Gastrine
  - ↻ BAO/MAO > 60%
    - ↻ BAO (basal acid output ou taux de sécrétion d'HCl de base)
    - ↻ MAO (Maximal acid output ou taux maximal de sécrétion)
- ↻ Recherche *H. pylori*

# Ulcère gastrique



# Ulcère et AINS



# Prévention



## Recommandations AFSSAPS 2008

Dans les pathologies nécessitant des traitements au long court, comme les maladies rhumatismales, les AINS induisent fréquemment chez l'adulte des lésions gastroduodénales qui sont prévenues par l'administration d'IPP.

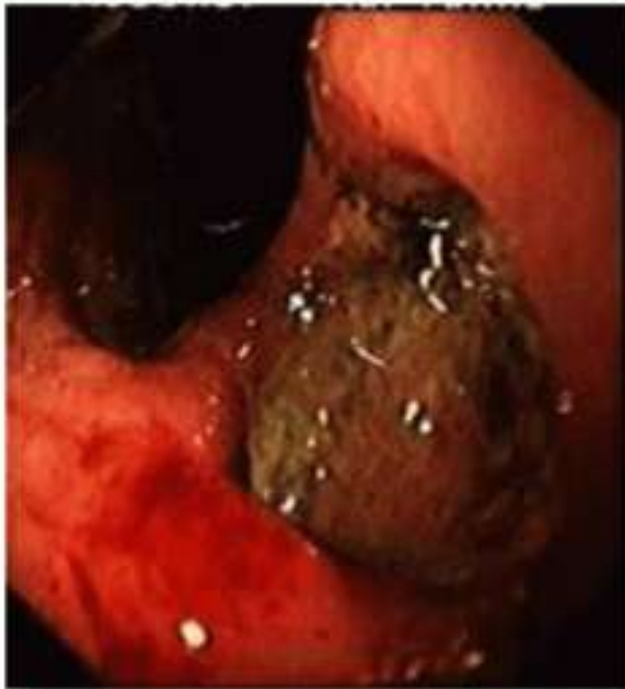
Bien que des lésions gastro-intestinales ont été décrites chez des enfants traités par AINS, celles-ci sont beaucoup moins fréquentes en pédiatrie que chez l'adulte. Dans une large étude chez 702 enfants présentant une arthrite chronique juvénile traités par AINS, seuls 5 enfants ont eu des symptômes digestifs. Il n'y a pas d'argument pour recommander un traitement préventif des lésions gastro-intestinales par les IPP au cours des traitements prolongés par AINS chez l'enfant (accord professionnel).

Par ailleurs, il est à noter que la corticothérapie, qui n'entraîne pas de lésions ulcérales, ne nécessite pas de traitement préventif par IPP (accord professionnel).

# Complication: hémorragie



## Ulcère gastrique



Ulcère gastrique creusant

## Ulcère hémorragique



Ulcère gastrique venant de saigner : caillot adhérent

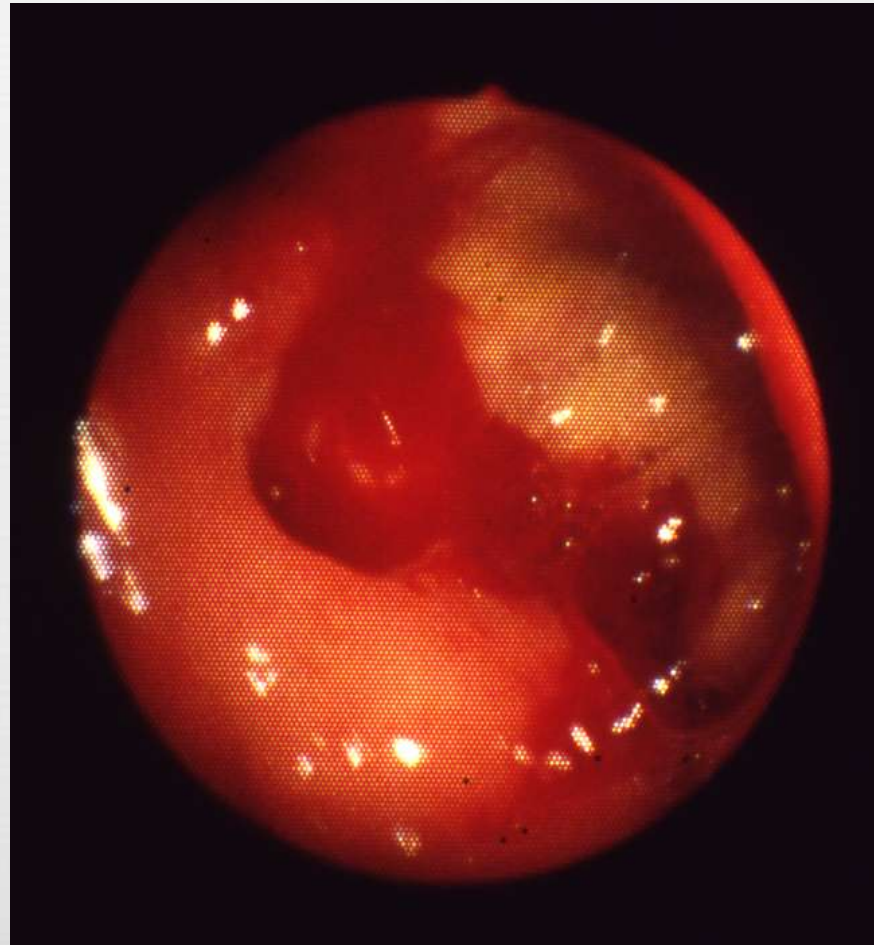


Ulcère avec vaisseau visible

# Complication: hémorragie



Ulcère duodénal



# Traitement



- ❧ Rien
- ❧ Régime alimentaire
- ❧ Antiacides : 1 ml/kg/prise x 4/j
  - ❧ Hydroxyde de magnésium (diarrhée)
  - ❧ Hydroxyde d'alumine (constipation)
- ❧ Protecteurs de la muqueuse gastrique
- ❧ Anti sécrétoires
  - ❧ Anti H2
  - ❧ Inhibiteurs de la pompe à protons

# Quand ça saigne !



œ Endoscopie

œ Clip

œ Injection d'une  
solution adrénalinée

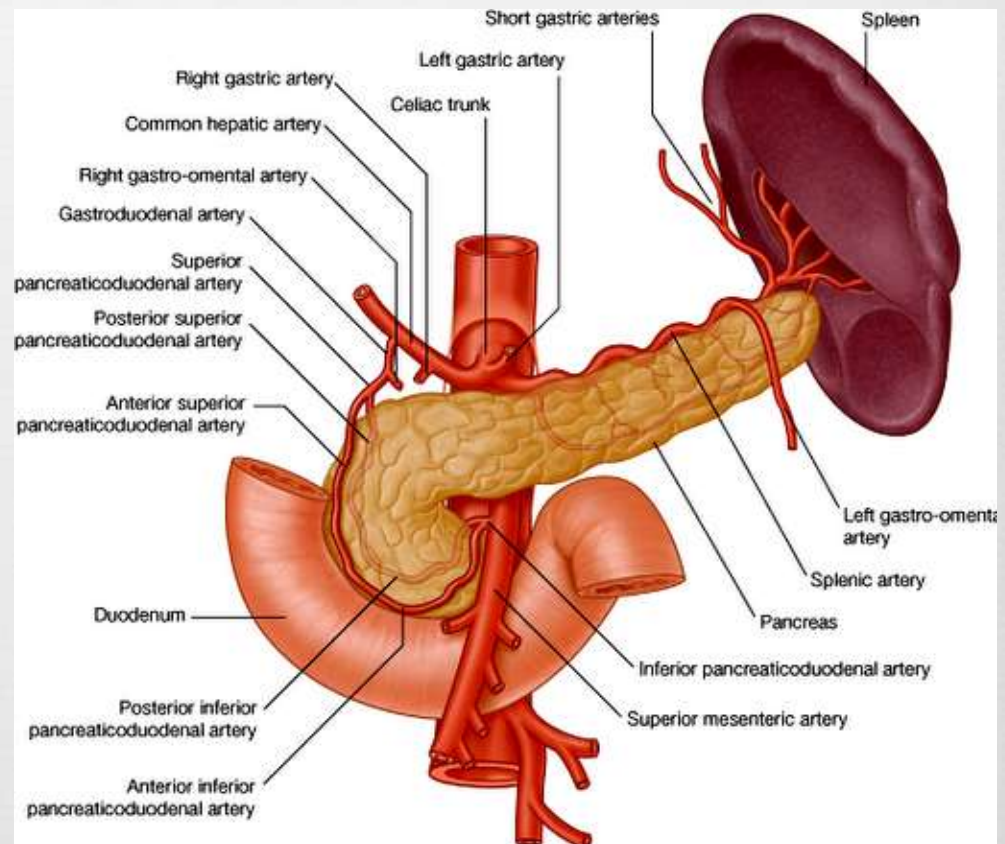




# Quand ça saigne vraiment !



- ☞ Vient le temps de la chirurgie
- ☞ C'est habituellement un ulcère pylorique
- ☞ Ouverture de la face antérieure de l'estomac
- ☞ Résection de l'ulcère
- ☞ +/- ligature de l'artère gastro-duodénale au dessus et en dessous du pylore



# Quand c'est perforé



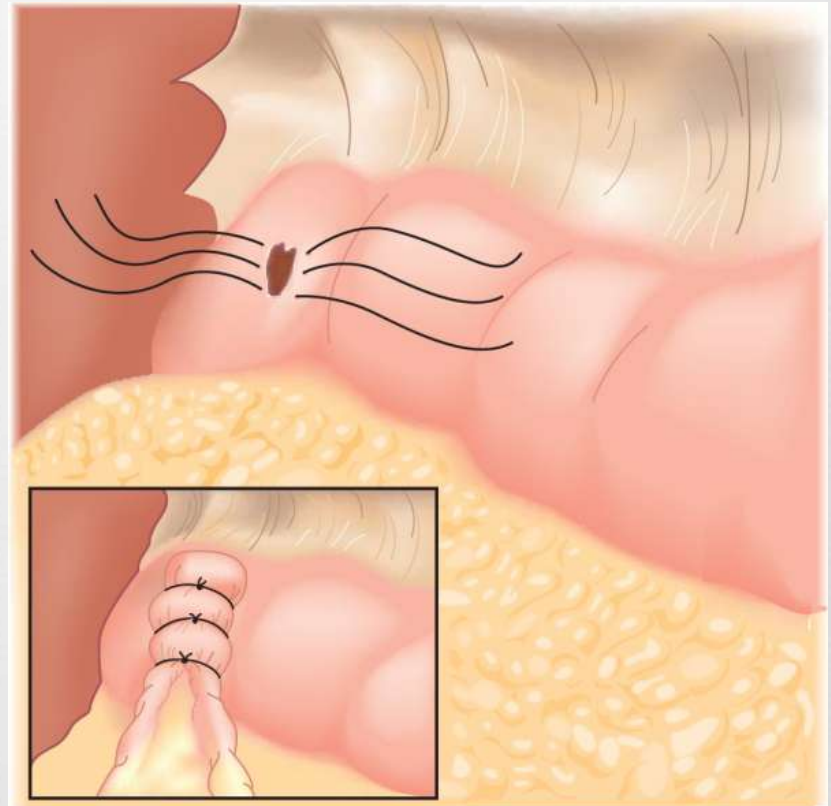
- ⌘ Tableau de syndrome occlusif aigu fébrile
  - ⌘ Très douloureux
  - ⌘ Peu fébrile au début
- ⌘ Contracture abdominale
- ⌘ Pneumopéritoine
- ⌘ Essentiellement des ulcères duodénaux



# Traitement



- ❧ Vient là aussi le temps de la chirurgie
  - ❧ Résection cunéiforme de l'ulcère
  - ❧ +/- épiplooplastie
- ❧ Traitement de l'ulcère
  - ❧ IPP (4 semaines)
  - ❧ ATB (7 jours)
    - ❧ Métronidazole
    - ❧ Amoxicilline



# Tumeurs gastro- duodénales



Pr Eric DOBREMEZ  
Chirurgie Pédiatrique

CHU de Bordeaux

# Un pathologie rarissime



- ❧ D'autant plus si on exclu les duplications, classées dans les malformations
  
- ❧ Des tumeurs bénignes :
  - ❧ Hamartomes (adénomyome)
  - ❧ Polypes hamartomateux (Peutz-Jeghers)
  - ❧ Tumeur pseudo inflammatoire
  
- ❧ Des tumeurs malignes
  - ❧ Tumeurs stromales

# Syndrome de Peutz-Jeghers



- ❧ 1/50000
- ❧ Familiale (gène STK11)
- ❧ Polypose hamartomateuse du tube digestif
- ❧ Lentiginose buccale et anale
- ❧ Risque tumoral
  - ❧ Ovaire (tumeur de la granulosa)
  - ❧ Testicule (Sertoli)
  - ❧ Col utérin
  - ❧ Pancréas

# Présentation clinique



- ❧ Un tableau clinique protéiforme :
  - ❧ Hémorragie digestive
  - ❧ Occlusion intestinale
    - ❧ Compression extrinsèque
    - ❧ Obstacle intra-luminal
  - ❧ Palpation d'une masse
  - ❧ Pseudo « sténose hypertrophique du pylore »
  - ❧ Bilan d'une anémie
  - ❧ Découverte fortuite

# Conduite à tenir



- ✎ Etant donné la diversité des pathologies, il est difficile de donner autre chose que des principes.
- ✎ Une tumeur symptomatique et/ou augmentant de taille doit être enlevée en totalité.
- ✎ Si la résection est difficile en première intention, une biopsie est indiquée.



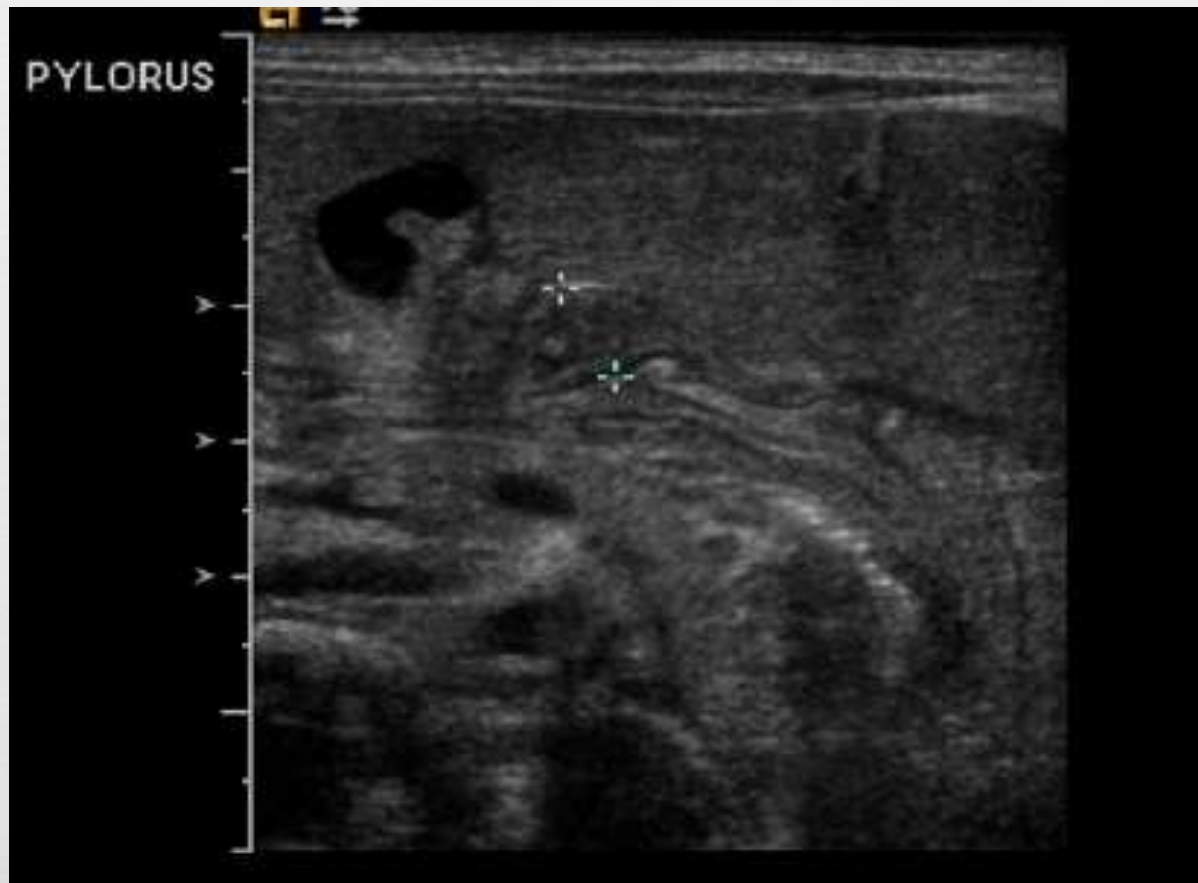
# Un exemple (parmi d'autres)



- œ Nouveau-né de 13 jours
- œ Né à 35 SA
- œ Vomissements non bilieux depuis 4 jours
- œ Examen clinique normal
  - œ Ventre souple
  - œ Orifices herniaires libres
  - œ Pas de masse palpée

## ∞ Echographie abdominale

- ∞ Estomac distendu
- ∞ Masse intra-pylorique de 1 cm de diamètre, hyperéchogène
- ∞ Comprimant le canal pylorique

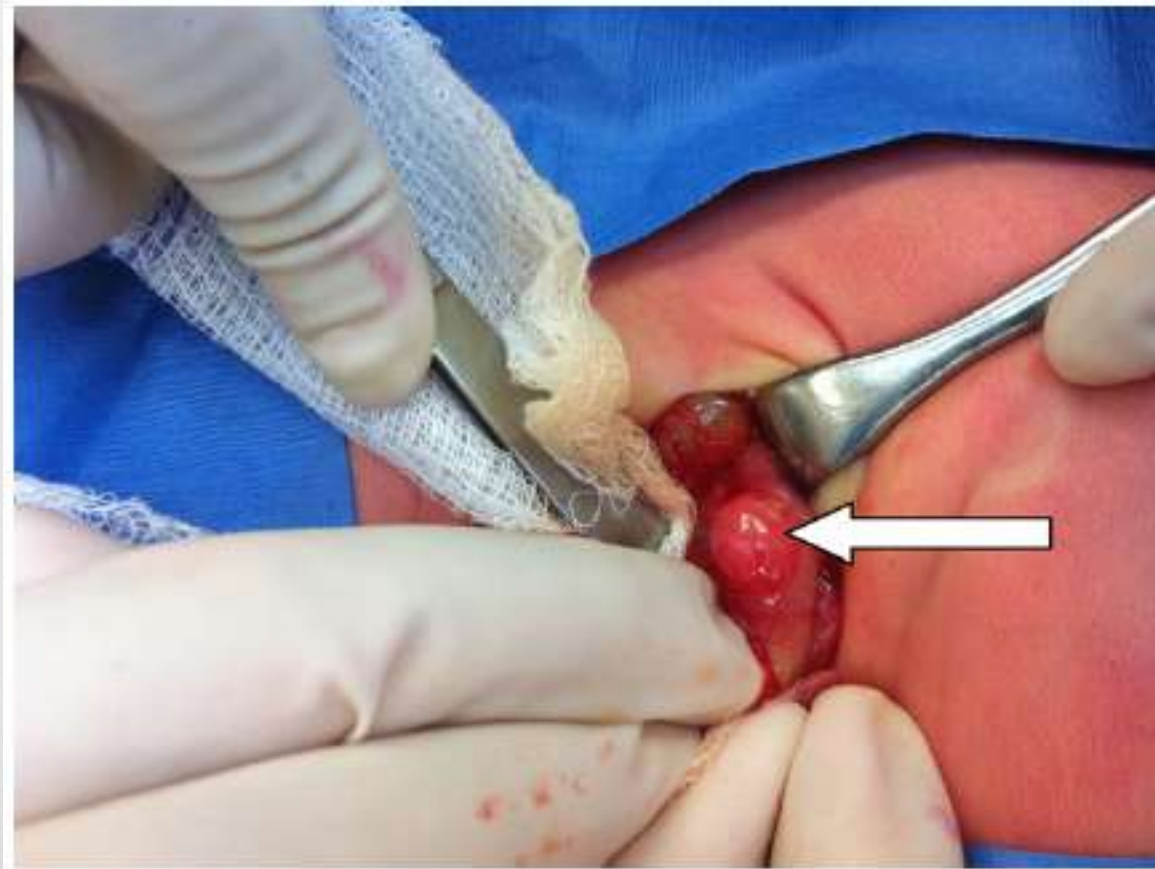


## ❧ Résection de la masse

❧ Brèche muqueuse suturée

❧ Sonde oro-gastrique pour 48h

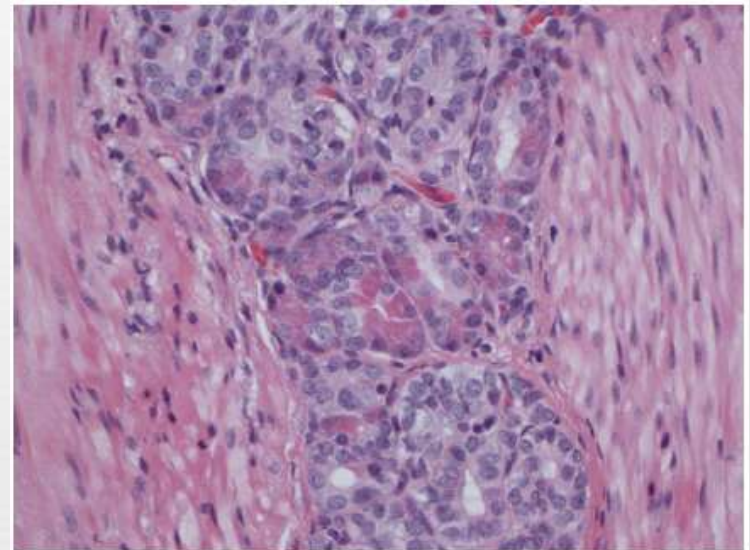
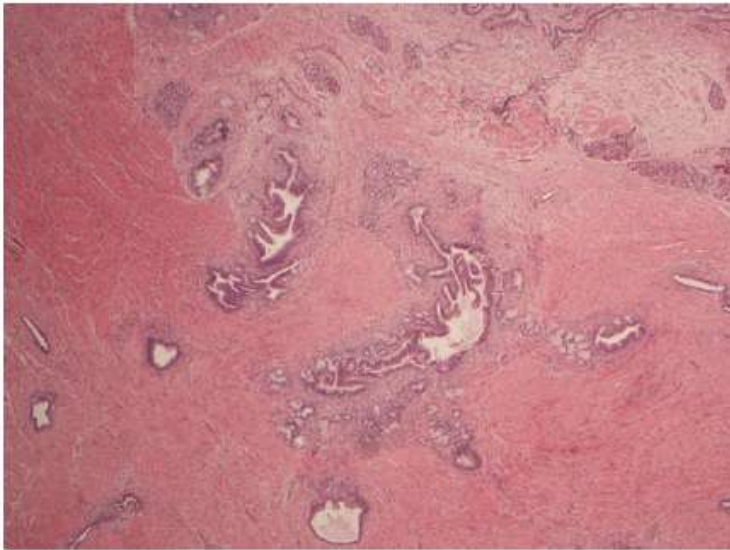
❧ Réalimentation *ad libitum* et sortie à J4



## ☞ Hamartome gastrique

☞ Muscle lisse

☞ Tissu glandulaire (muqueuse gastrique)



Aljahdali *et al.*, J Pediatr Surg, 2012

# Reflux gastro- œsophagien



Pr Eric DOBREMEZ  
Chirurgie Pédiatrique

Pr Thierry LAMIREAU  
Gastroentérologie Pédiatrique

CHU de Bordeaux

# Plan du cours



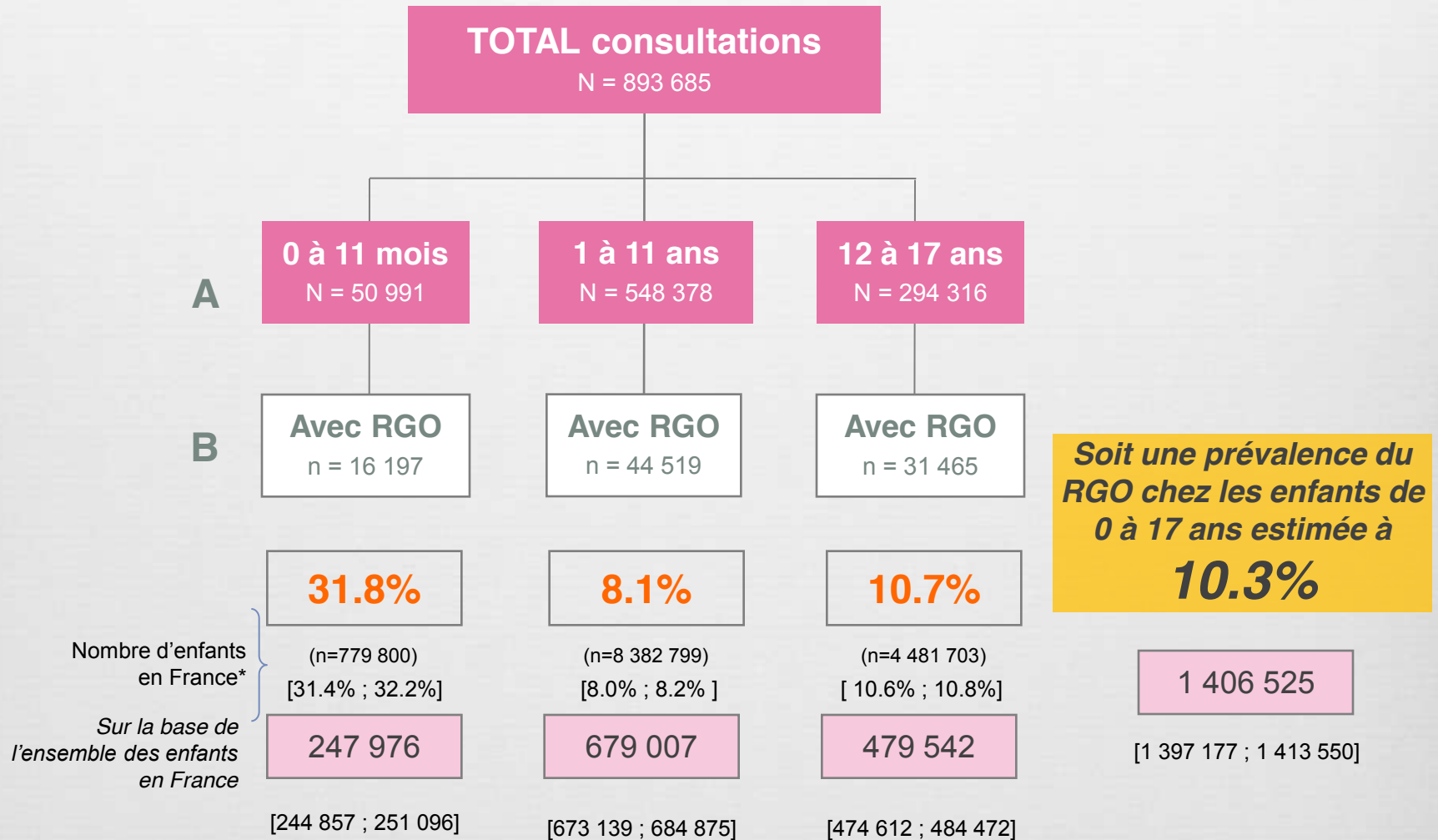
- œ Définition
- œ Formes cliniques
- œ Quels examens
- œ Stratégie thérapeutique
- œ Indications chirurgicales
- œ Buts et moyens du traitement chirurgical

# Définition du reflux gastro-œsophagien



- œ Remontée anormale du contenu gastrique vers l'œsophage
- œ Physiopathologie :
  - œ Incompétence du système anti-reflux
  - œ Acidité du liquide gastrique
  - œ Défaut de vidange gastrique
- œ Les conséquences sont essentiellement irritatives :
  - œ Localement : œsophagite
  - œ A distance : infections ORL et respiratoires

# Prévalence du RGO de l'enfant en France





# Formes cliniques



- œ Reflux « physiologique » du nouveau-né
- œ Pathologique du nourrisson
- œ Pathologique du grand enfant
- œ Reflux et atrésie de l'œsophage
- œ Reflux et paralysie cérébrale

# Reflux « physiologique » du nouveau-né



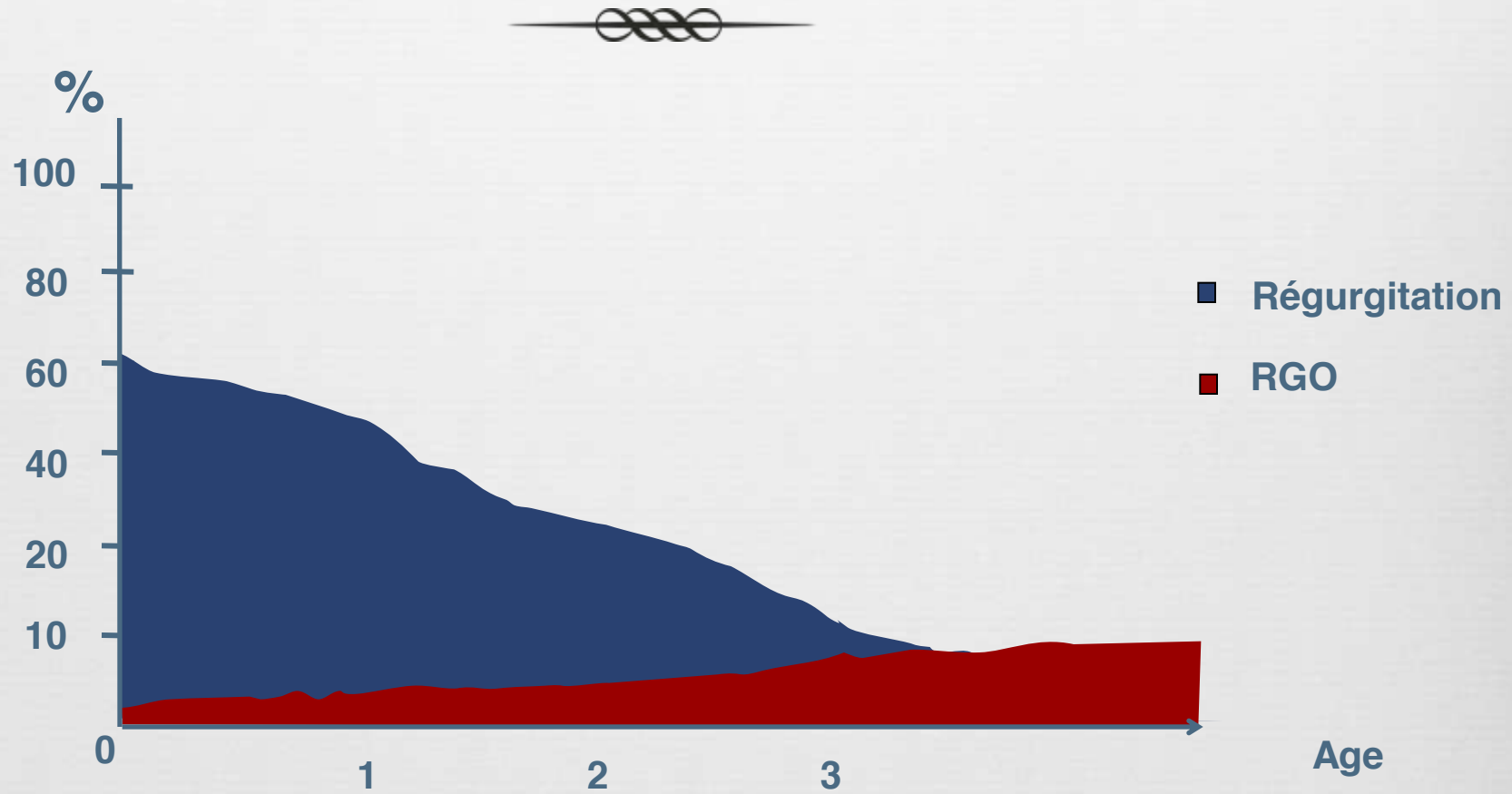
- œ Il s'améliorera au cours du temps et notamment lors de l'acquisition de la marche
  
- œ Attention à la sténose du pylore
  
- œ Il perd son caractère « physiologique » lorsqu'il est :
  - œ Compliqué
  - œ Avec stagnation de la courbe de poids !

# Facteurs favorisants chez le nourrisson



- œ Esophage abdominal très court
- œ Faible capacité gastrique // quantité importante de liquide (>120 ml/kg) avec de l'air
- œ Position couchée
- œ Augmentation de la pression intra-abdominale

# Evolution RGO et régurgitations



# Reflux pathologique du nourrisson



- œ Avec hématurie (signe d'œsophagite)
- œ Avec pleurs de plus de 3 heures par jour, plus de 3 semaines de suite (signe d'œsophagite)
- œ Avec attitude antalgique en extension
- œ Avec infections ORL et respiratoires récidivantes
- œ Avec malaises post-prandiaux (signe d'inhalation)

# Reflux pathologique du grand enfant



- ❧ C'est la poursuite des mêmes signes ...
- ❧ Le pyrosis succède aux pleurs
- ❧ Certains patients sont étiquetés « asthmatiques »
- ❧ Les sténoses peptiques apparaissent (rares)
- ❧ L'endo-brachy-œsophage aussi, souvent irréversible, il fait le lit du cancer

# Reflux et atrésie de l'œsophage



- œ Les complications respiratoires de l'atrésie de l'œsophage en font le pronostic à long terme
- œ Le RGO est fréquent (60%)
- œ Il aggrave la trachéomalacie, favorise la sténose anastomotique et les infections respiratoires.
- œ Son traitement sera plus agressif !

# Reflux et paralysie cérébrale



- ❧ Chez l'enfant insuffisant cérébral, le RGO est fréquent
- ❧ Il est lié à des déformations, une hypotonie, des dystonies, un décubitus prolongé ...
- ❧ La réflexion doit tenir compte :
  - ❧ De l'absence d'amélioration attendue
  - ❧ Des difficultés à l'alimentation
  - ❧ De l'indication à une gastrostomie associée



# Quels examens dans le bilan ?



- œ Fibroscopie œsophagienne devant des signes d'œsophagite (hématomèse, douleurs, dysphagie)
- œ pHmétrie de 24 h : pour trouver l'étiologie des infections respiratoires. Elle totalise les périodes de  $\text{pH} \leq 4$  dans l'œsophage, celles de plus de 5 minutes
- œ Transit œso-gastro-duodéal : à réserver
  - œ au bilan pré-opératoire
  - œ aux situations d'échec du traitement médical (recherche d'anomalies anatomiques)

Reflux clinique sans complication → Pas d'examens complémentaires

Mauvaise réponse au traitement  
hygiéno-diététique ?  
Signes d'hyperactivité bronchique → pHmétrie

Pleurs incessants  
Pyrosis  
Hématémèse  
Dysphagie → Fibroscopie œsophagienne

Reflux prouvé par pHmétrie  
répondant mal au traitement  
médical  
Bilan pré-opératoire → Transit œso-gastro-duodénal



Photo : PH Benhamou



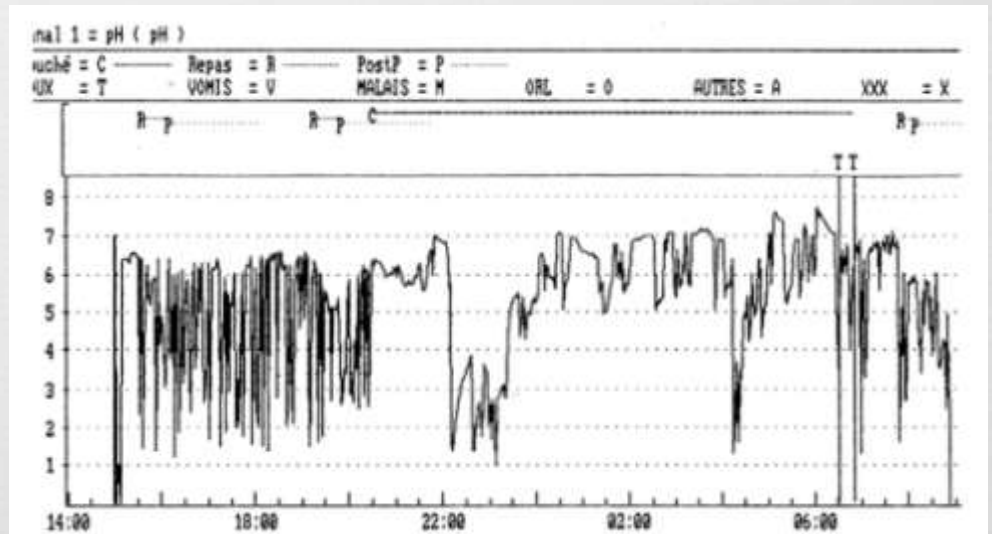
Photo : PY Mure

Sténose peptique

Œsophagite  
ulcérée (stade 3)

pHmétrie de 24 h

Photo : P Molkhou

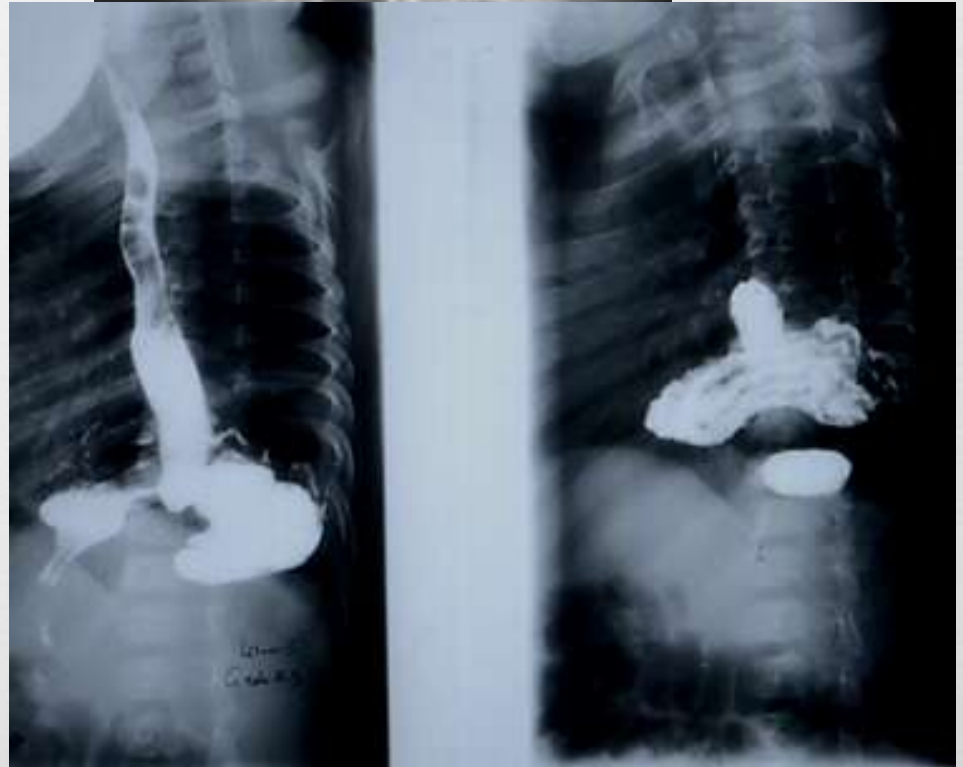


Hernie hiatale par roulement



Photos : PY Mure

Hernie hiatale par  
glissement



# Méthodes diagnostiques du RGO

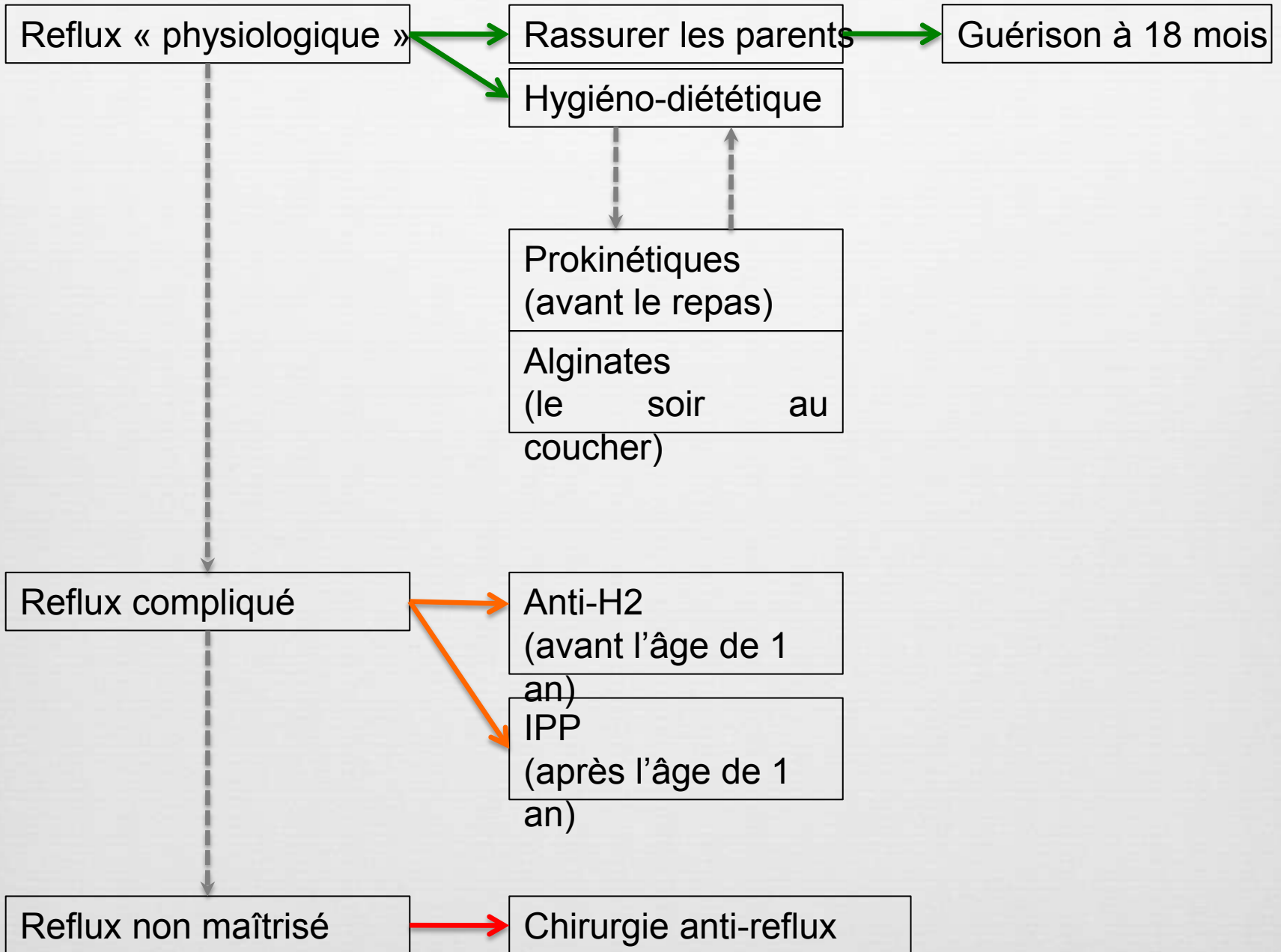


	<u>sensibilité</u>	<u>spécificité</u>
TOGD	42 %	80 %
pH METRIE	92 %	92 %
MANOMETRIE	43 %	96 %
ENDOSCOPIE	20 %	100 %
SCINTIGRAPHIE	68 %	100 %

# Stratégie thérapeutique



- ❧ Pour les formes « physiologiques »:
  - ❧ Posturale : décubitus dorsal, tête surélevée
  - ❧ Diététique : éviter la suralimentation, épaississant, fractionnement
  
- ❧ En cas d'échec :
  - ❧ Prokinétique ? : dompéridone (Motilium®)
  
- ❧ Pour les formes compliquées :
  - ❧ Antiacides (antiH2 avant 1 an, IPP ensuite) pour les oesophagites



# Indications chirurgicales



- ❧ Malaise grave, « mort subite » rattrapée, inhalation
- ❧ Sténose peptique, encadré par les dilatations
- ❧ Œsophagite et hématomèse résistantes au traitement médical
- ❧ Défaut de croissance staturo-pondérale
- ❧ Complication dans le cadre d'une atrésie de l'œsophage
- ❧ Encéphalopathie, associé à la gastrostomie



# A discuter

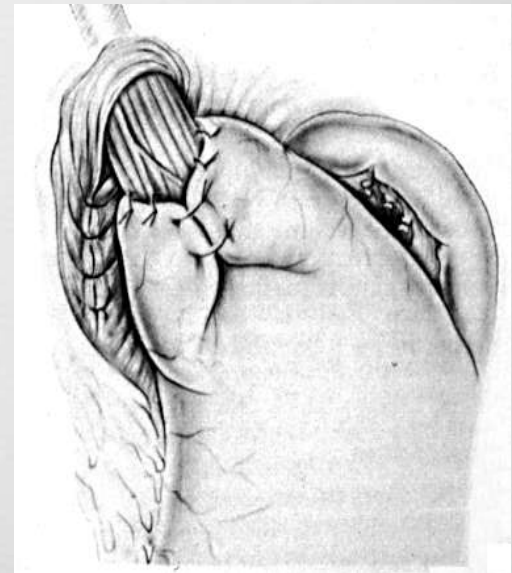


- ❧ Vomissements persistants chez le grand enfant
- ❧ Contexte de l'environnement familial
  
- ❧ Toujours peser le bénéfice/risque
  
- ❧ Quelle technique ? (quelle voie d'abord ?)

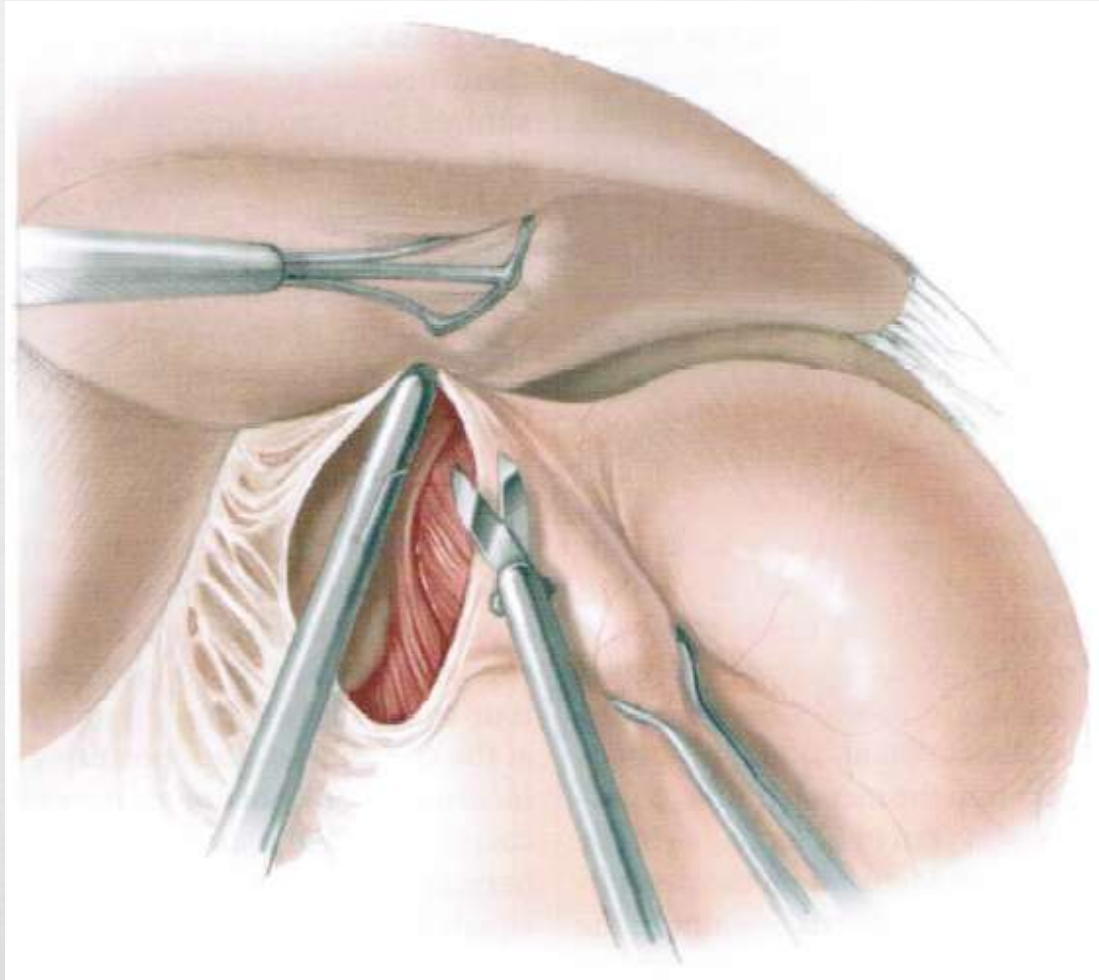
# Buts du traitement chirurgical



- ❧ Réintégrer l'œsophage abdominal ayant migré dans le thorax
- ❧ Réaliser une valve pneumatique autour de l'œsophage abdominal
- ❧ Avoir une valve longue (efficacité)
- ❧ Avoir une valve sans tension (récidive)
- ❧ Ne pas sténoser l'orifice hiatal



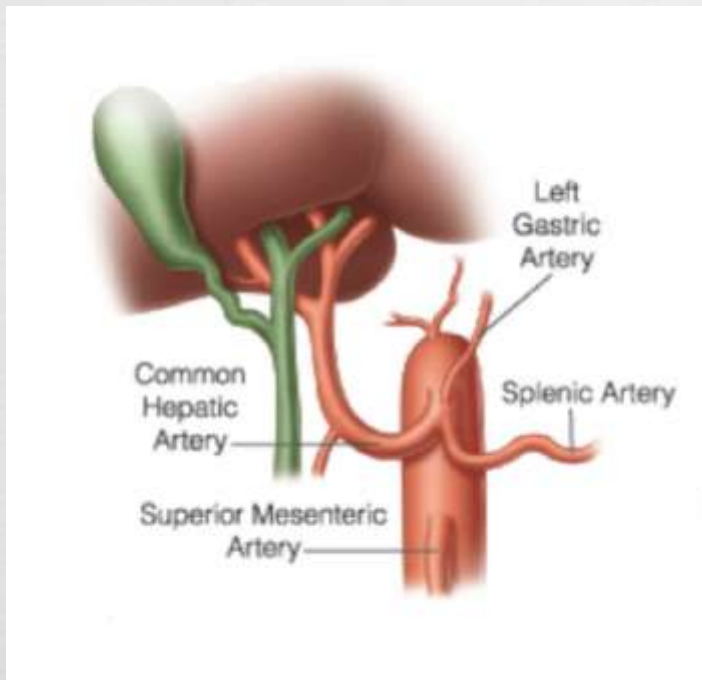
- œ Réintégrer l'œsophage abdominal ayant migré dans le thorax :
- œ Ouverture du péritoine pré-œsophagien
- œ Traction et dissection de l'œsophage intra-thoracique



# 1<sup>er</sup> piège



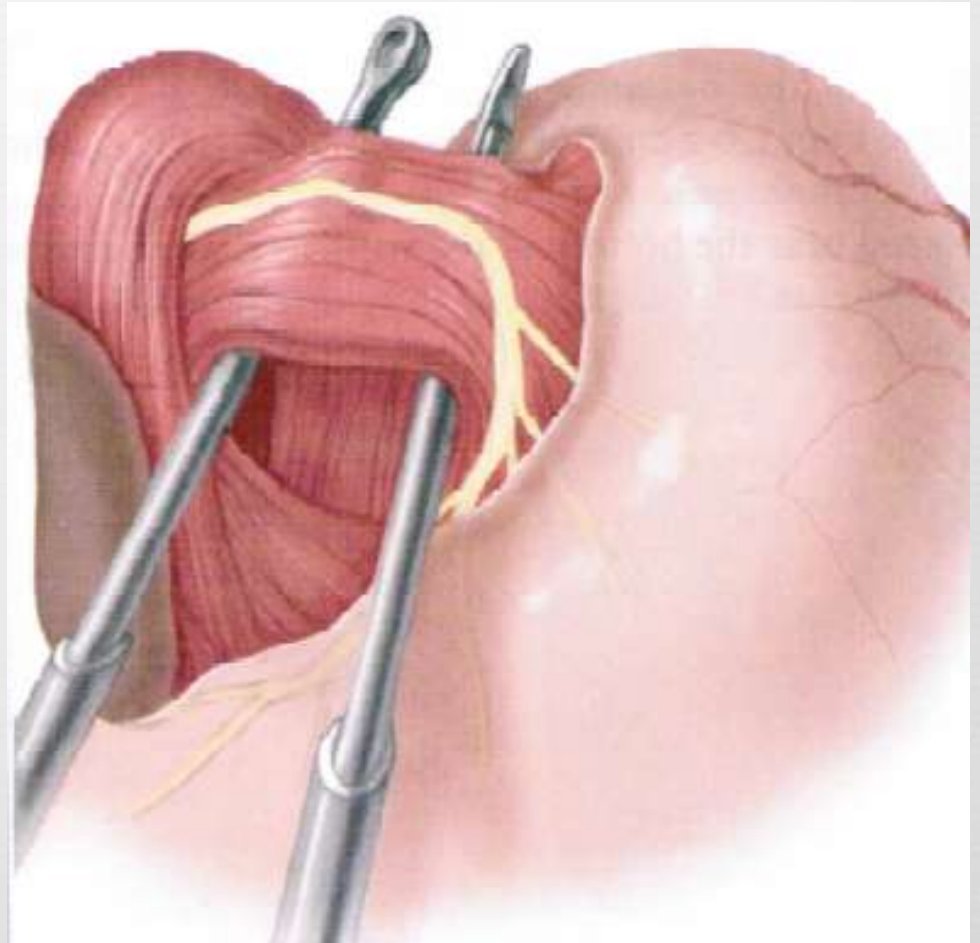
- ⌘ Attention aux pneumogastriques
- ⌘ Attention à une éventuelle artère hépatique gauche



# 2ème piège



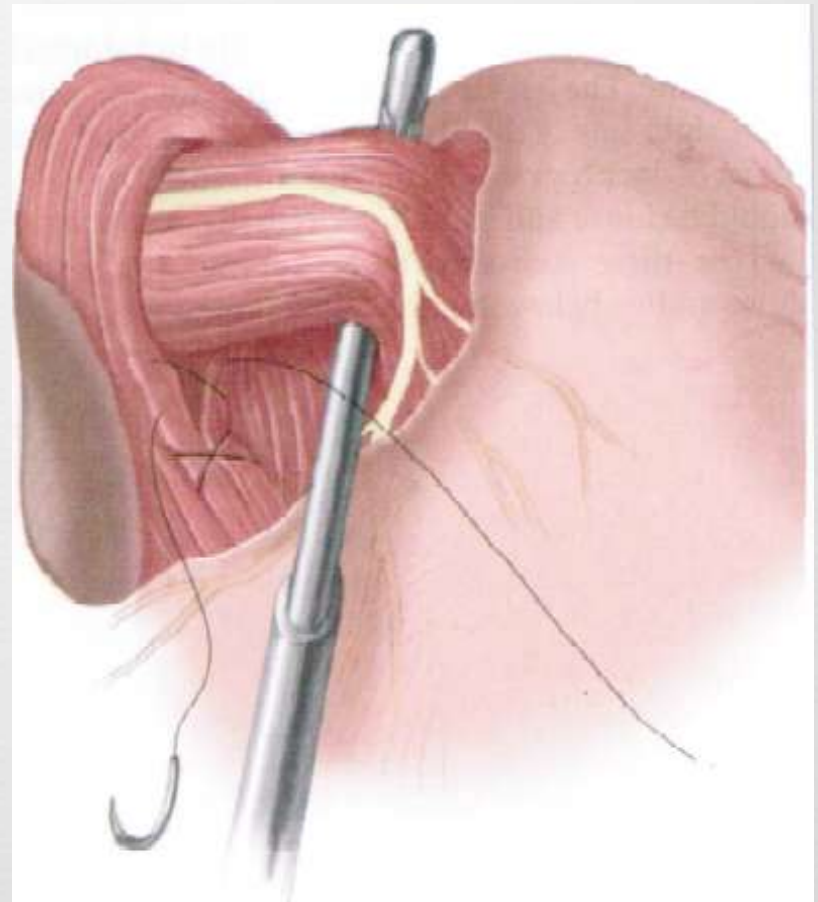
- ⌘ Attention au cul-de-sac pleural
- ⌘ Attention aux plaies de la face postérieure de l'œsophage



# Fermer les piliers du diaphragme ?



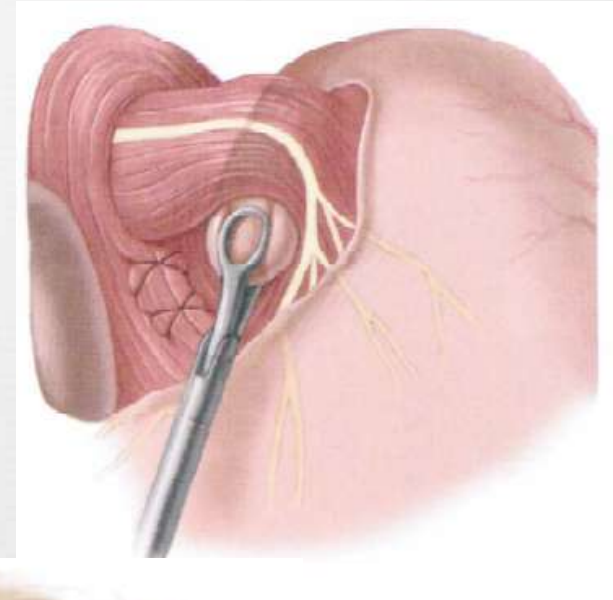
- ⌘ En cas de hernie hiatale : surement
- ⌘ Dans les autres, cas : pas forcément
- ⌘ **Attention à ne pas trop serrer, notamment en coeliochirurgie** (intérêt d'une deuxième sonde gastrique ?)



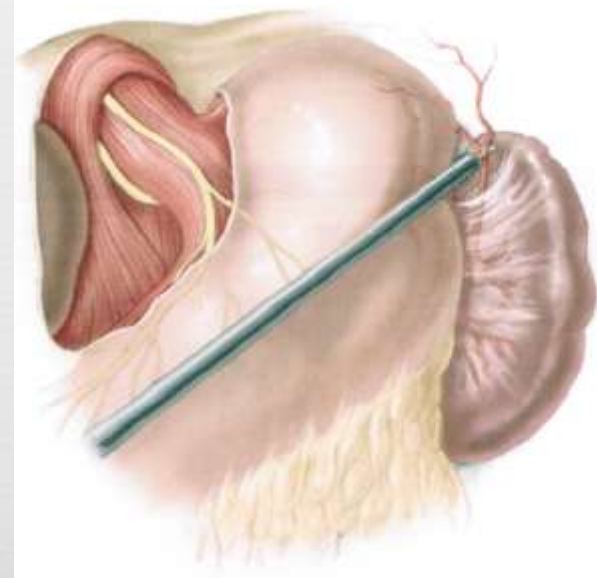
# La valve idéale



- œ Une valve longue :
  - œ Fenêtre rétro-œsophagienne large



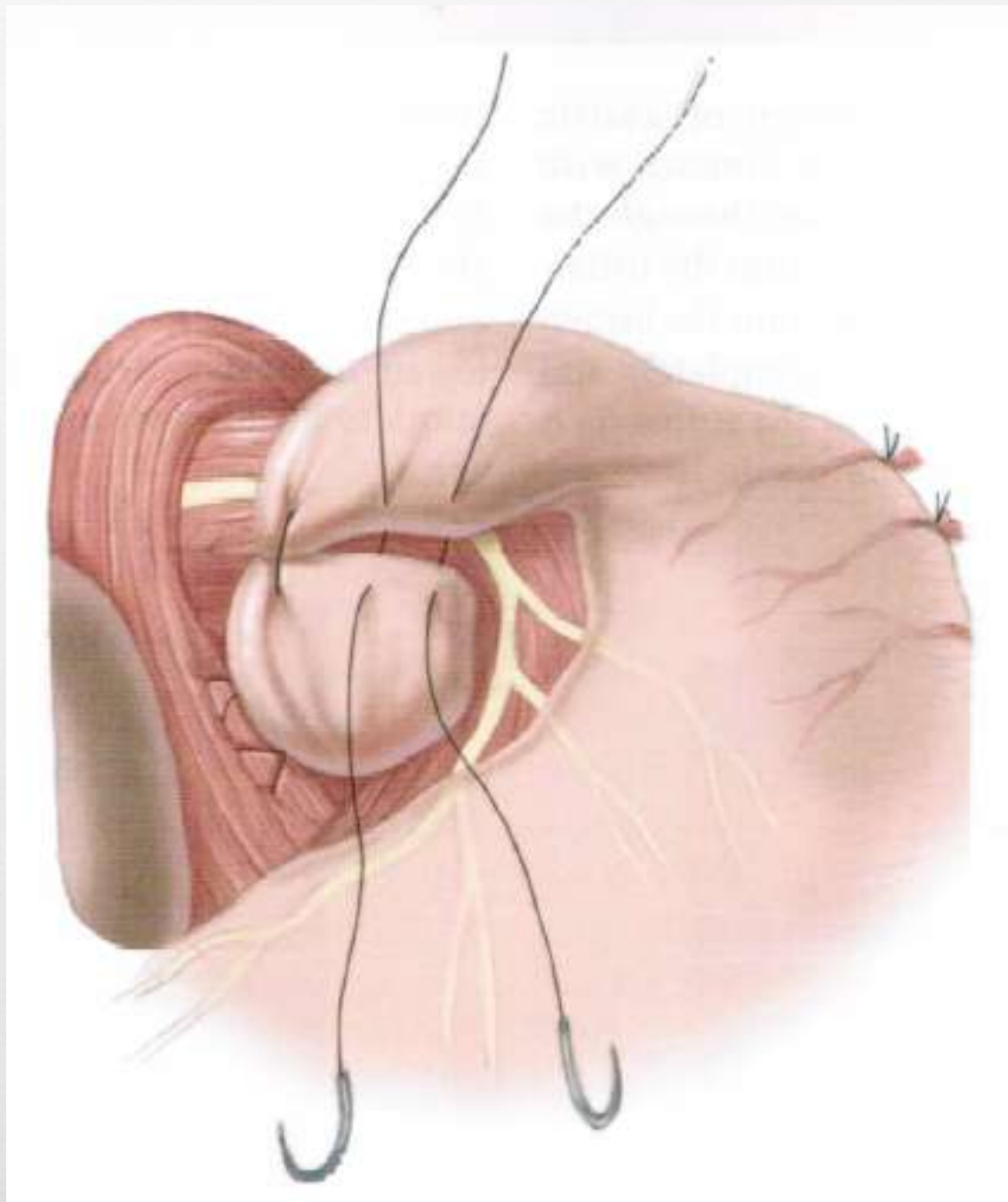
- œ Une valve sans tension :
  - œ Section des vaisseaux courts ?



∞ Une valve longue

:

- ∞ Pour assurer l'efficacité du manchon pneumatique
- ∞ Fixer le haut au diaphragme
- ∞ Fixer le bas à l'estomac

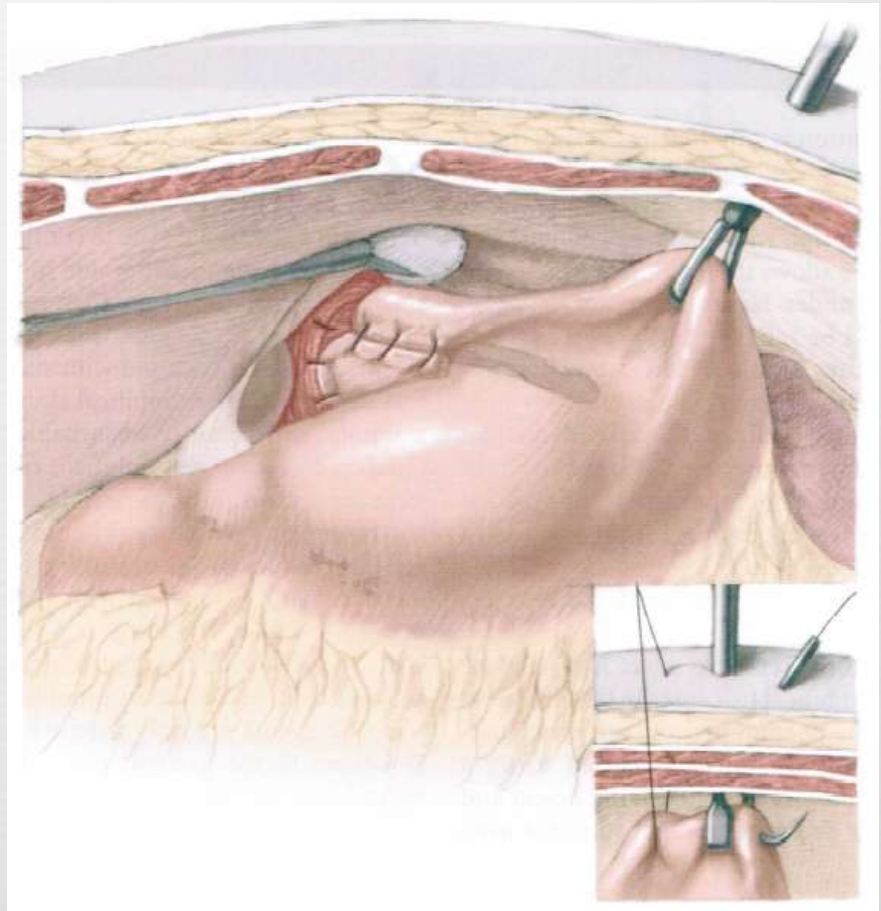




# Faut-il associer une gastrostomie ?



- ⌘ C'est une question qu'il faudra toujours évoquer lors de l'indication opératoire
- ⌘ Elle sera posée dans le même temps



# Valve de 180°, 270°, 360° ?



- œ On met en balance :
  - œ L'efficacité
  - œ Les effets indésirables
- œ On choisi en fonction :
  - œ De la gravité du reflux
  - œ Du mode d'alimentation

# Effets indésirables et complications

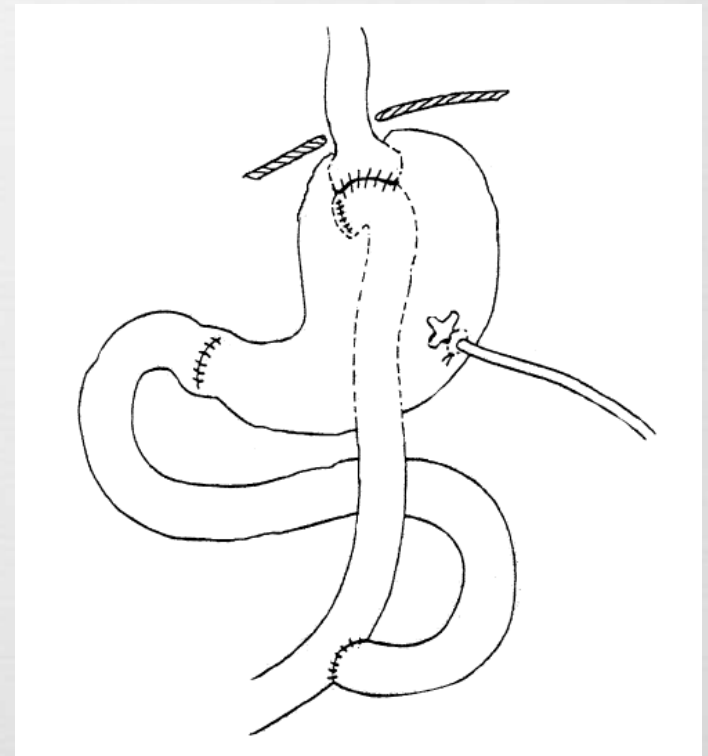


- ❧ Dysphagie post-opératoire
  - ❧ « Physiologique » pendant 3 semaines
  - ❧ Si ça dure, il faut évoquer la sténose
- ❧ Difficultés à l'éructation et aux vomissements
  - ❧ **Attention aux occlusions sur brides**
- ❧ Satiété rapide
- ❧ Récidive du reflux

# En cas d'échec



- œ Reprise chirurgicale
  - œ Avec les mêmes indications que pour la pathologie initiale
  
- œ Déconnexion oesogastrique en cas de reflux persistant chez l'enfant IMC
  - œ Plus de réservoir pour refluer



# Conclusion



- ❧ Hiérarchiser le traitement du RGO dans la forme idiopathique sauf chez l'encéphalopathe ou l'enfant aux antécédents d'atrésie de l'œsophage
- ❧ Ne jamais se laisser imposer une intervention sans avoir discuté l'indication
- ❧ Le choix de la voie d'abord est secondaire, seuls les buts et les moyens importent

# Gastrostomie



Pr Eric DOBREMEZ  
Chirurgie Pédiatrique

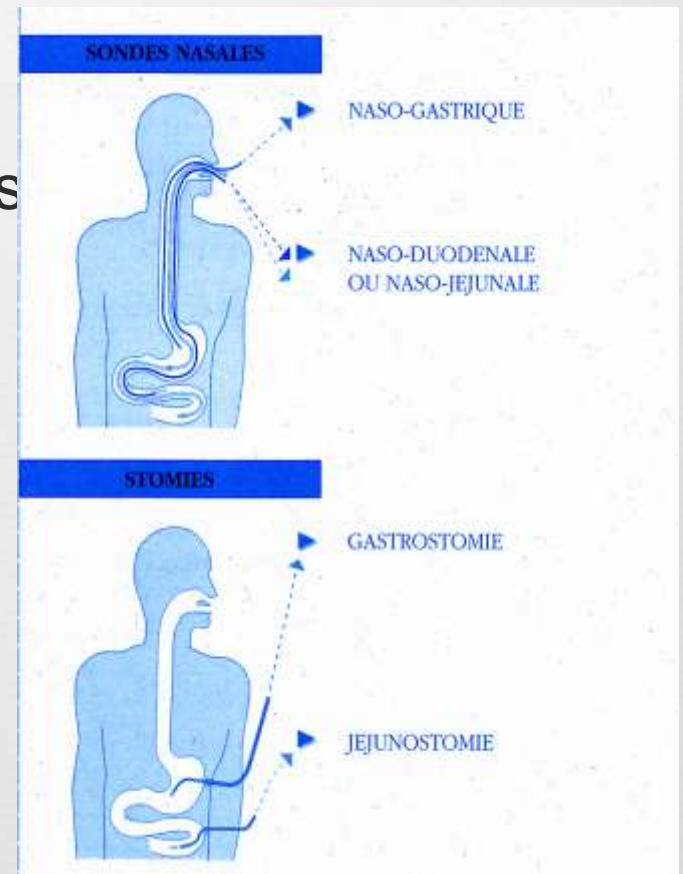
Pr Thierry LAMIREAU  
Gastroentérologie Pédiatrique

CHU de Bordeaux

# Gastrostomie



- ∞ Un des accès au tube digestif
- ∞ Adapté aux situations chroniques
- ∞ Deux voies d'abord :
  - ∞ Endoscopique
  - ∞ Chirurgicale



# Indication



- ❧ Problème d'alimentation
- ❧ Défaut de déglutition
- ❧ Atrésie de l'œsophage type I
- ❧ Brulures caustiques de l'œsophage
- ❧ Insuffisance respiratoire
- ❧ Paralysie cérébrale



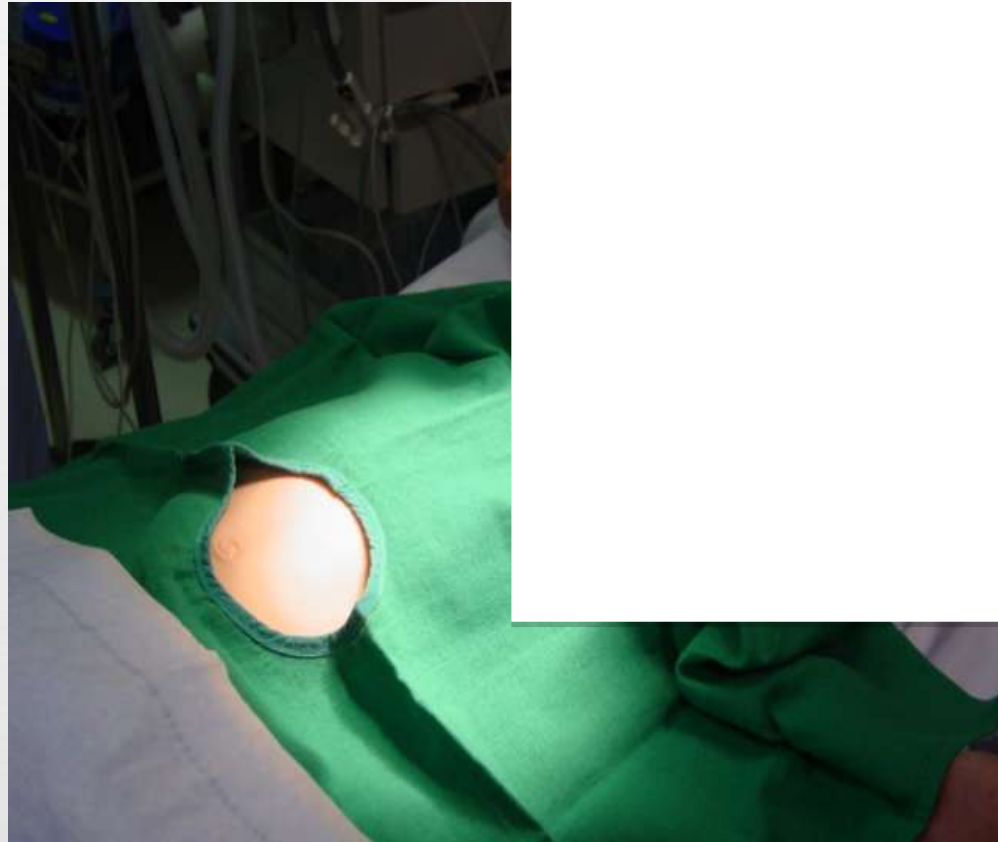
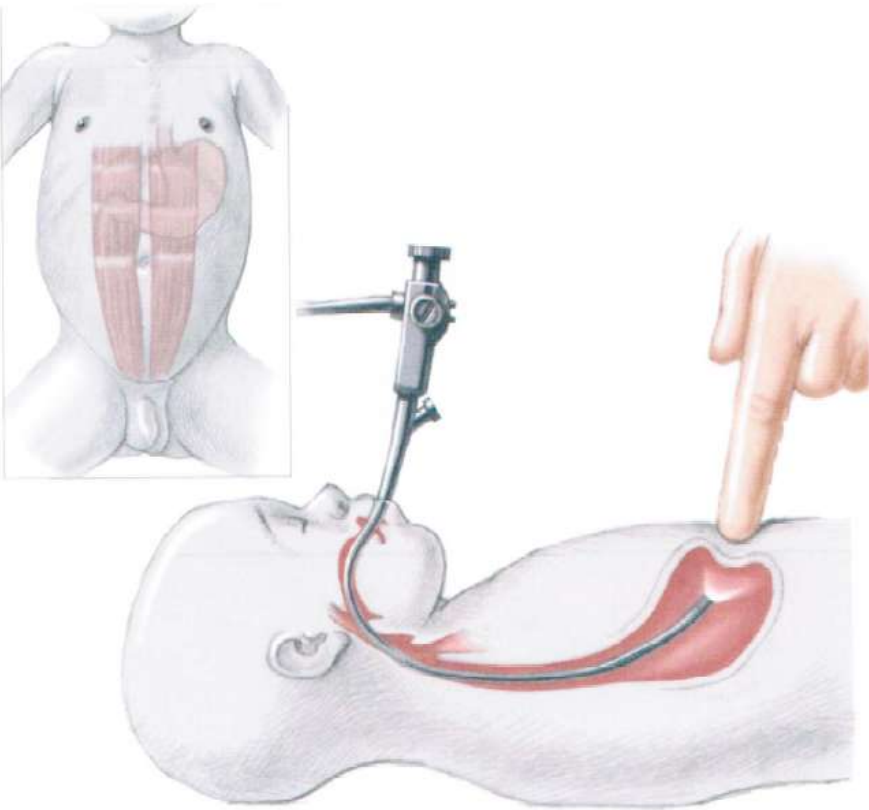
# Gastrostomie percutanée endoscopique



∞ Principe :

- ∞ Placer un tube de gastrostomie par la bouche, après repérage endoscopique de sa position
- ∞ La solidarité estomac/paroi n'est assurée que par la sonde
- ∞ **Attention aux plaies du colon transverse**

# Installation

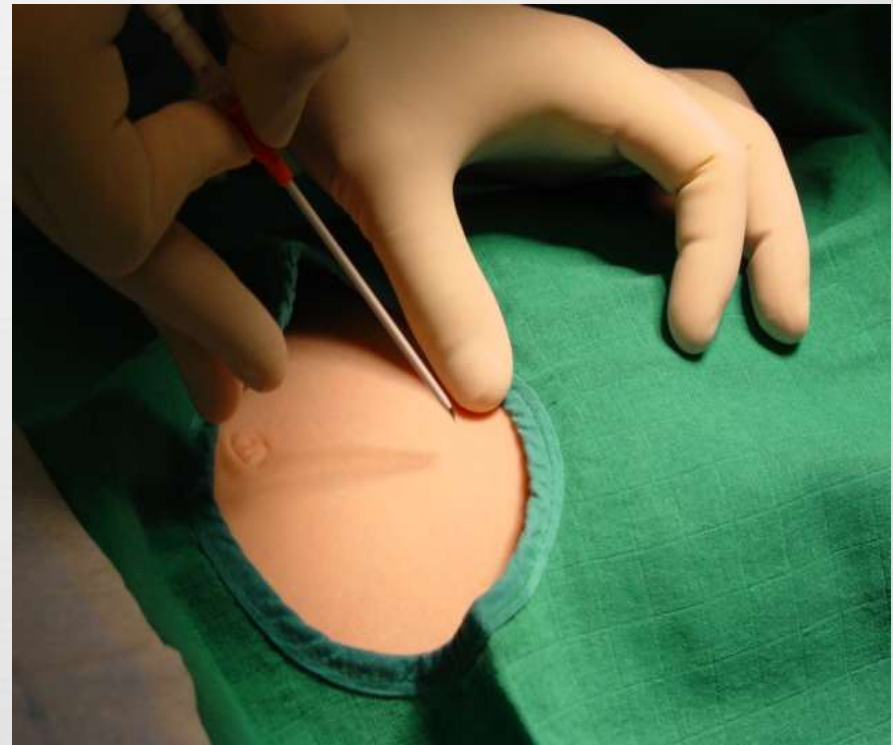
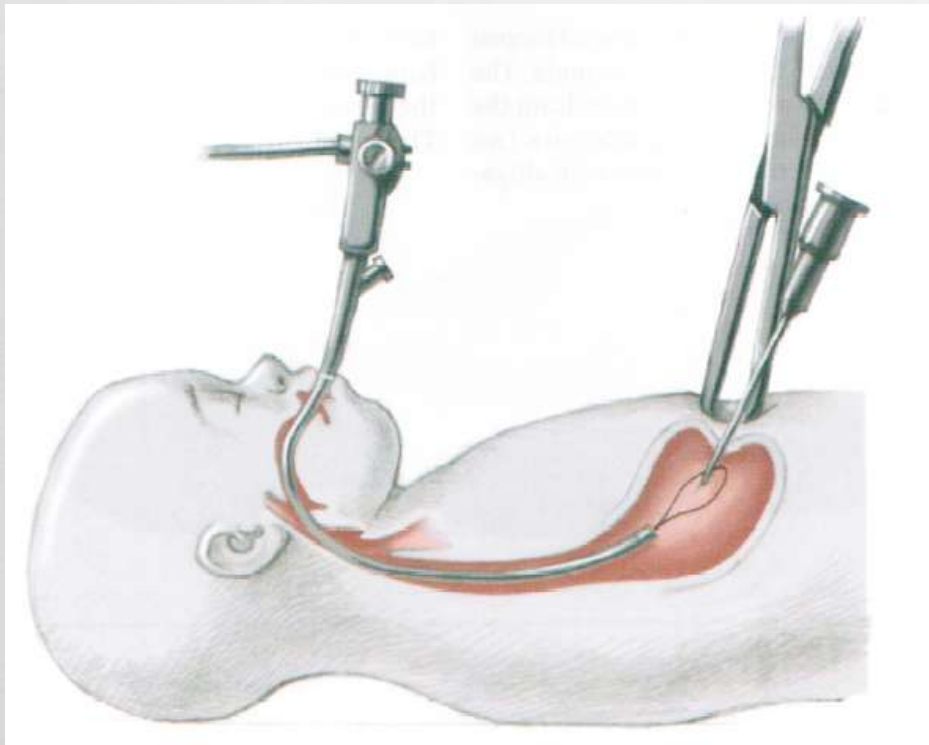


# Repérage

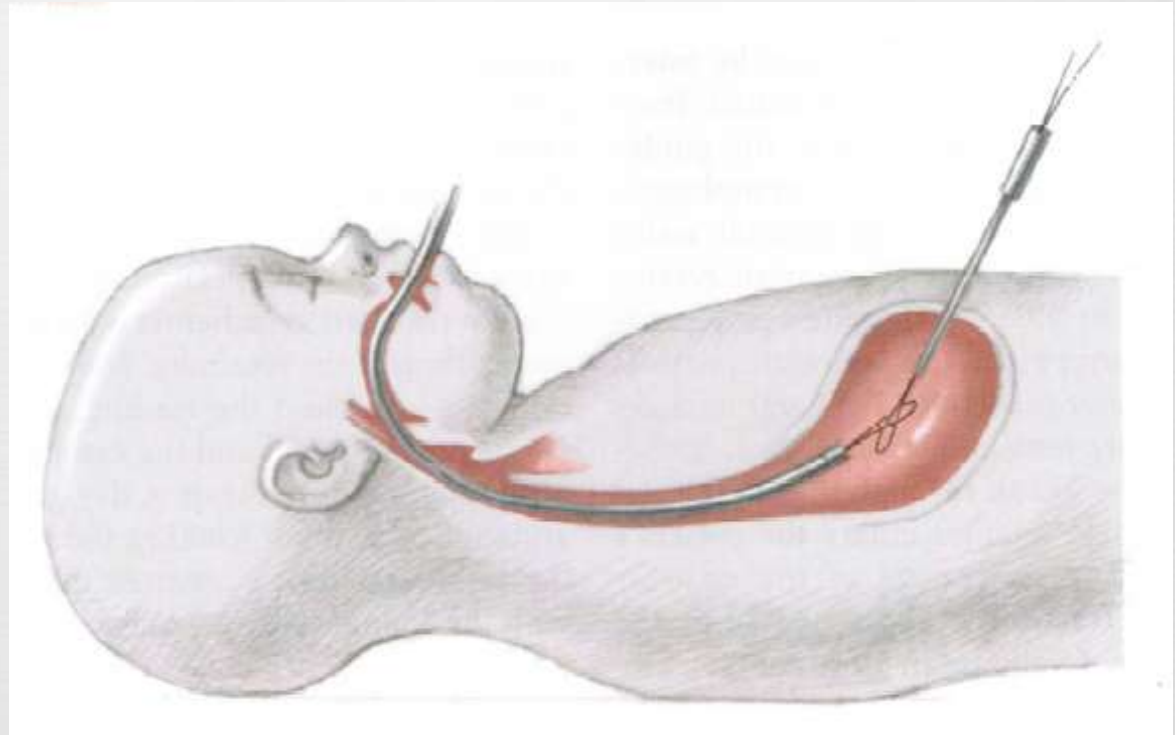
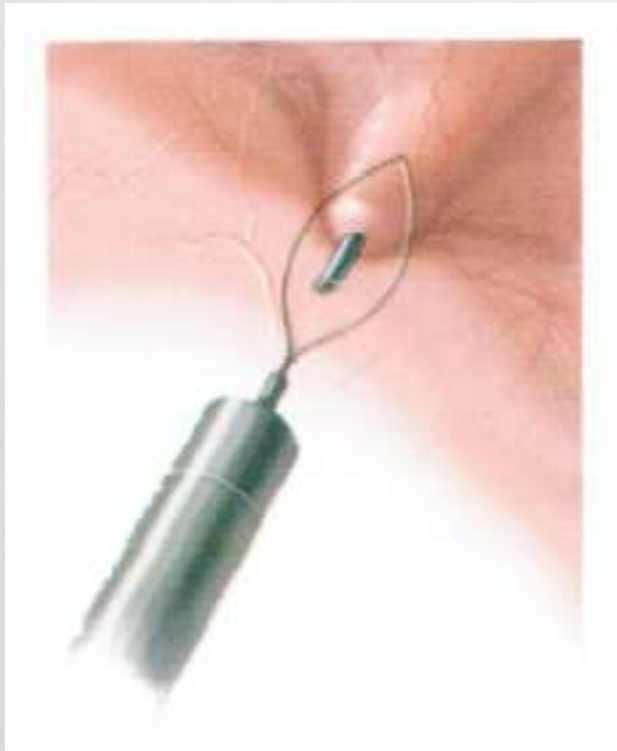


Se mettre à distance du auvent  
costal

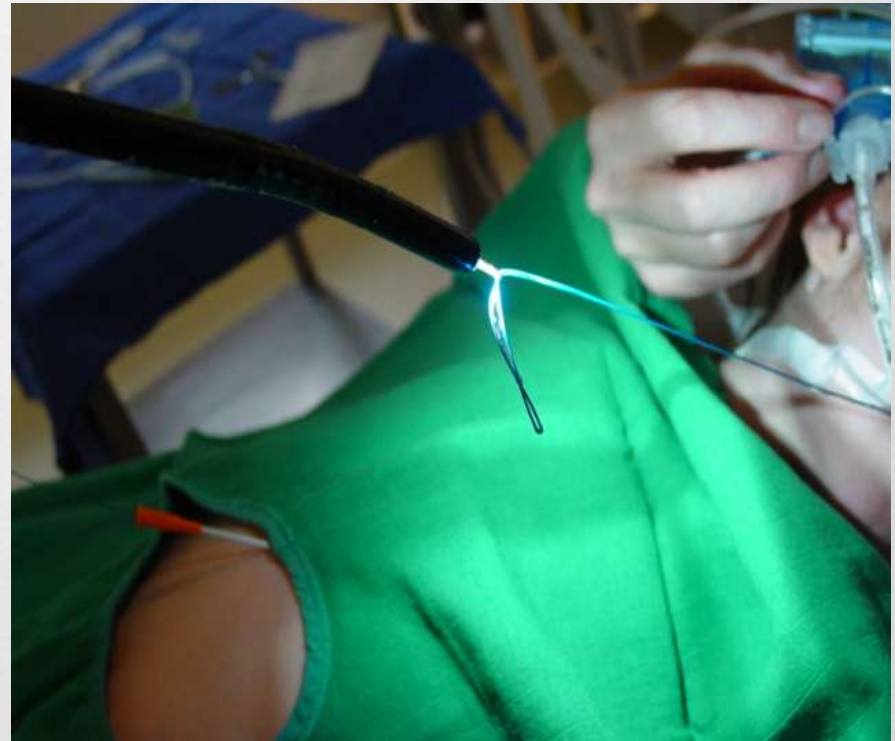
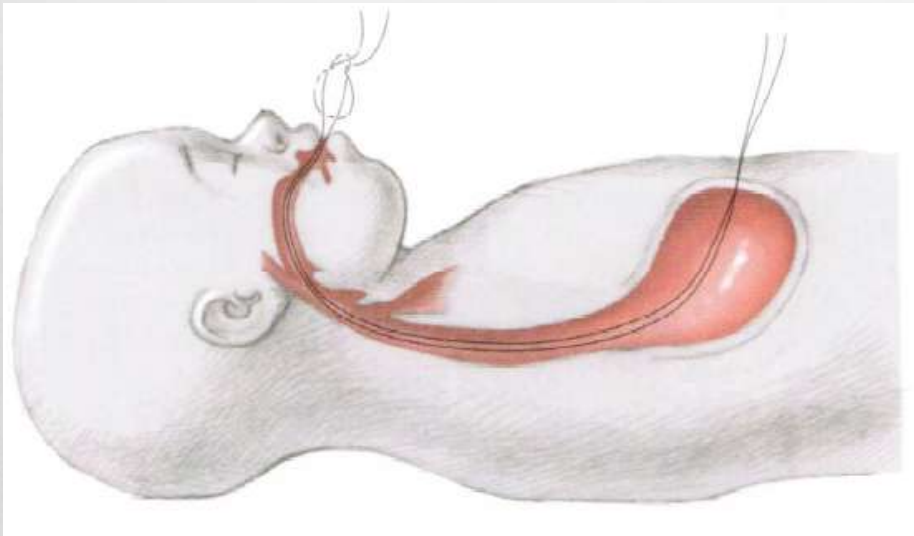
# Ponction et passage du fil



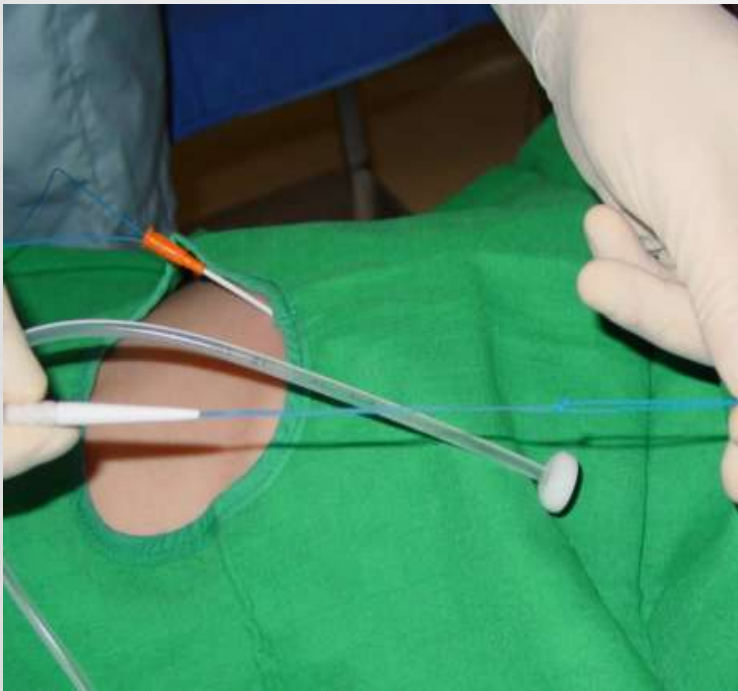
# Ponction et passage du fil (suite)



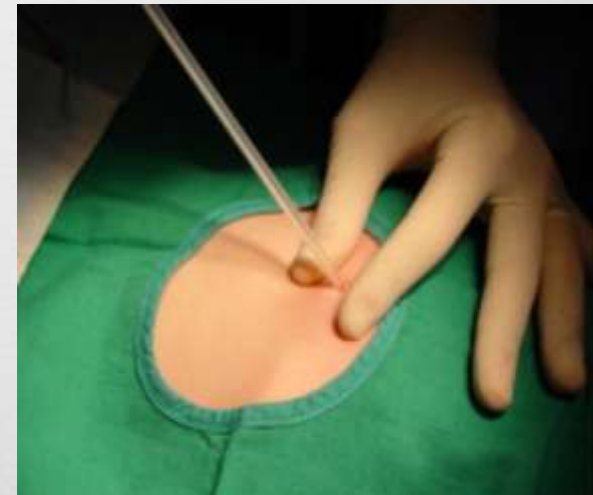
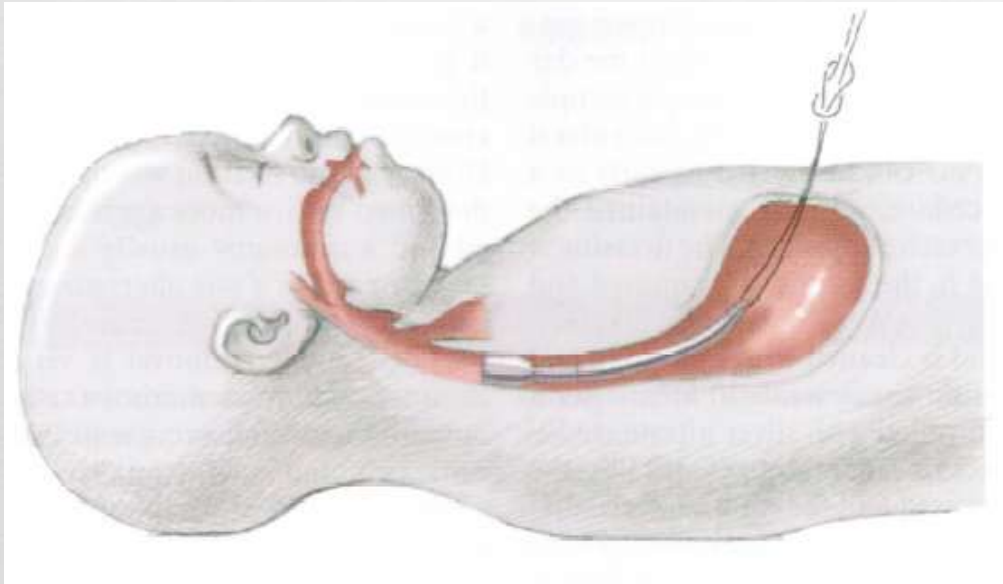
# Ponction et passage du fil (fin)



# Passage de la sonde

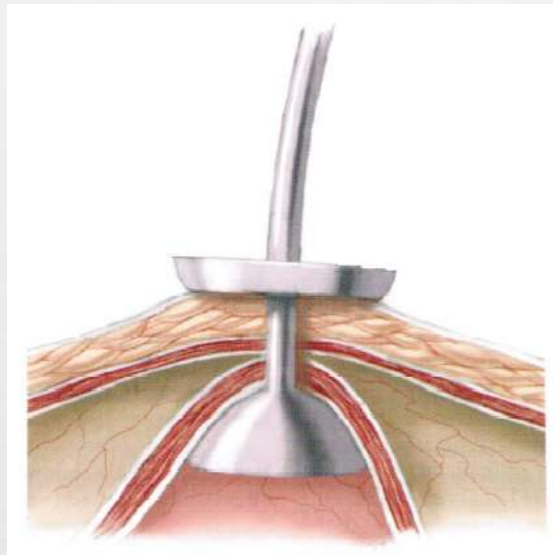


# Traction de la sonde





# Fixation de la sonde



Ne pas trop serrer :

- pour ne pas abimer la peau
- pour ne pas incarcerer la collerette dans la muqueuse

# Matériel



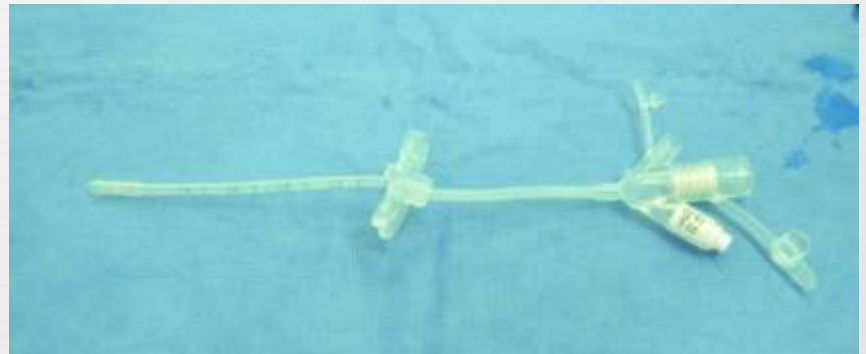
- ❧ Sonde de gastrostomie per-cutanée endoscopique
  - ❧ Avec collerette exsufflable
  - ❧ Sans collerette exsufflable
- ❧ Bouton de gastrostomie
  - ❧ A ballonnet
  - ❧ Sans ballonnet
- ❧ Sonde de remplacement



# Systemes à ballonnet



- ⌘ Avantages :
  - ⌘ retrait direct
  - ⌘ sans endoscopie



- ⌘ Inconvénients :
  - ⌘ favorise la survenue d'hétérotopie de muqueuse gastrique
  - ⌘ douloureux ?

# Systemes sans ballonnet



## ☞ Avantages :

- ☞ durée de vie supérieure
- ☞ « impossible » à arracher

## ☞ Inconvénients :

- ☞ Obligation de récupérer la collerette par voie endoscopique (ATCD de Nissen, sténose œsophagienne, intubation ou anesthésie difficile)
- ☞ incarceration dans la muqueuse gastrique

# Principes d'utilisation



- ❧ Toujours attendre 2 mois avant de remplacer une sonde percutanée par un bouton
- ❧ Les systèmes à ballonnet ont une médiane de durée de vie de 5 mois, contre 12 pour les autres
- ❧ Les raccords doivent être changés chaque semaine
- ❧ La gastrostomie doit pouvoir tourner sur elle-même pour l'entretien
- ❧ Les baignages sont autorisées

# Quelques trucs



- ℞ Demander aux familles d'être toujours en possession d'un bouton de rechange
- ℞ En cas d'ablation accidentelle remettre rapidement une sonde (quelconque) de charrière équivalente
- ℞ En cas de sténose, dilater avec des sondes de nutrition de diamètre croissant
- ℞ Toujours gonfler les ballonnets à l'eau







# Merci



Pr Eric DOBREMEZ  
Chirurgie Pédiatrique

CHU de Bordeaux