

traitement chirurgical et prévention de l'accrochement néphrosplénique

sur cheval debout

l'abord de l'espace néphrosplénique

Le traitement de l'accrochement néphrosplénique ainsi que la fermeture de l'espace néphrosplénique peuvent être réalisés sur cheval debout.

La fermeture de l'espace sous coelioscopie est la technique chirurgicale de référence pour limiter les récives.

Mais celle-ci nécessite du matériel spécifique et une équipe formée à son utilisation, c'est pourquoi des techniques alternatives ont été développées.

Question de lecteur arbitre :

Lors de laparotomie du flanc gauche, le cheval reçoit de la gentamicine (6,6 mg/Kg IV) afin d'élargir le spectre de l'antibiothérapie en raison du caractère plus invasif de l'abord chirurgical.

Les traitements antibiotiques prennent-ils en compte les nouvelles recommandations avec une utilisation raisonnée des antibiotiques ?

Réponse de l'auteur :

Oui, tout à fait

Question de lecteur arbitre :

Pourquoi deux portes aiguilles ?

Par expérience sur des chevaux de 600 Kg cette longueur d'instrument ne permet pas d'atteindre facilement la partie craniale de la rate.

Réponse de l'auteur :

La technique décrite par Roecken (Vet surg 2005) comme beaucoup d'autres publications décrit l'utilisation de deux portes aiguilles ou de deux instruments (un porte aiguille et une pince à préhension afin de faciliter la mise en place et récupération de l'aiguille).

Avec de longs porte aiguille de 45 cm, nous avons toujours réussi à aller aussi caudalement que nécessaire.

Remarque de lecteur arbitre sur le choix de la technique

Pour intervenir sous coelioscopie, la courbe d'apprentissage est très longue : des heures d'apprentissage sont nécessaires.

La coelioscopie a été inventée pour la chirurgie en humaine sur patient anesthésié. Elle est mal adaptée à nos grands volumes abdominaux chez le cheval.

La longueur des instruments est souvent trop courte sur les grands chevaux, et souvent sous dimensionnée au niveau des mors dimensionnés pour travailler avec des aiguilles 1/2 courbes de 30 mm de diamètres. C'est une visualisation en 2D sur un écran. Il est donc bien moins facile de manipuler l'instrumentation qu'en visualisation directe (3D).

Réponse de l'auteur :

Je ne suis pas d'accord avec cette remarque. C'est la même chose en arthroscopie pour vision 2D/3D. Je pense que les techniques les moins invasives sont à privilégier, même si comme toute autre technique de chirurgie, elle nécessite un certain temps d'adaptation.

Remarque de lecteur arbitre à propos de

La fermeture de l'espace néphrosplénique s'effectue crânio-caudalement par un surjet continu entre le fascia péri-rénal et le bord dorso-médial de la rate, à l'aide des deux porte-aiguilles de laparoscopie de 45 cm, placés dans les deux portes instrumentales du flanc gauche.

- Le premier passage doit être effectué aussi crânialement que possible, en direction dorso-ventrale dans le fascia péri-rénal, puis ventro-dorsalement au travers du bord dorso-médial de la rate. Les passages sont espacés de 1,5 cm.

Sur une grosse rate, bien lourde, déplacée vers le bas de l'abdomen, et bien friable, une telle suture a très peu de chance de tenir, qu'en pensez-vous ?

Claire De Fourmestreaux

Service de chirurgie
ONIRIS

La Chantrerie,
BP 40706, 44307 Nantes Cedex 03

Objectifs pédagogiques

■ Connaître l'incidence et le taux de récive du traitement chirurgical de l'accrochement néphrosplénique.

■ Savoir quand effectuer une fermeture de l'espace néphrosplénique.

■ Détailler les différentes techniques chirurgicales et les complications associées à la fermeture de cet espace néphrosplénique sous coelioscopie.

Définition

■ L'accrochement néphrosplénique

(*nephro-splenic entrapment* en anglais) correspond au déplacement du colon à gauche, dorsalement à la rate.

Le colon vient alors se loger entre la paroi médiale de la rate et le fascia péri-rénal, au dessus du ligament néphrosplénique.

CHEVAL

■ Crédit Formation Continue :
0,05 CFC par article

Nouveau !

■ Lors de la fermeture de l'espace néphrosplénique à l'aide d'un fil cranté de O USP et de 60 cm (V-Loc®180), le maintien de tension sur la suture n'est plus nécessaire au cours de la procédure.

■ Avec ce matériel, la mise en place de nœud à la fin du surjet n'est pas nécessaire.

■ Le trocart grand rayon est une nouvelle technique de fermeture de l'espace néphrosplénique par laparotomie du flanc gauche.

Complications

■ Les complications possibles sont :

- un pneumothorax ;
- un déplacement dorsalement à gauche du côlon ;
- une hémorragie des sites de trocarts ;
- la ponction de la rate ou des intestins ;
- la déchirure du fascia péri-rénal et de la capsule rénale.

Réponse de l'auteur :

Je pense que cette technique a été largement employée avec succès.

L'opération se fait en général plusieurs semaines après résolution de l'accrochement, la rate est généralement en position habituelle et non congestionnée.

Nous n'avons jamais rencontré de problème pour effectuer la fermeture.

Question de lecteur arbitre :

L'antibiothérapie systémique est poursuivie 3 j après l'intervention et les anti-inflammatoires sont maintenus pendant 3 à 6 jours. Est-ce toujours vrai ?

Réponse de l'auteur :

L'antibiothérapie est prescrite pendant 3 jours pour la laparoscopie, celle-ci peut être poursuivie 5 jours lors de laparotomie.