

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : oesophage gastroplastie**

**TOUPET, A. - Technique
d'oesophago-gastroplastie avec
phréno-gastropexie appliquée dans la
cure radicale des hernies hiatales et
comme complément de l'opération de
Heller dans les cardiospasmés**

*In : Mémoires de l'Académie de chirurgie (Paris),
1963, Vol. 89, pp. 394-9*

COMMUNICATIONS

*Technique d'œsophago-gastroplastie avec phrêno-gastropexie
appliquée dans la cure radicale des hernies hiatales
et comme complément de l'opération de Heller dans les cardiospasmés,*

par M. André Toupet.

Pendant les années que nous venons de passer à la Consultation de Chirurgie de Bichat en nous efforçant de rester dans le sillage de notre Maître M. Hepp, nous nous sommes intéressés, entre autres, aux techniques chirurgicales multiples proposées dans la cure des hernies hiatales et du cardiospasme. Nous devons d'emblée vous dire qu'elles ne nous ont jamais pleinement satisfaits ; elles nous ont souvent paru paradoxales ou illusives ; d'ailleurs si les résultats obtenus sont, dans leur ensemble bons, dans un nombre de cas non négligeables, ces procédés se soldent par un échec difficile à réparer : la résection œsophago-cardio-tubérositaire pour ulcère peptique de l'œsophage est peut-être une belle intervention, mais il aurait été plus logique de l'éviter par une technique capable de s'opposer au reflux œsophagien. Que ce soit pour le méga-œsophage avec cardiospasme, que ce soit pour la hernie hiatale le chirurgien louvoie entre la *sténose et l'incontinence*.

L'opération de Heller serait une magnifique opération si elle ne risquait pas, même lorsqu'elle est bien exécutée, de donner un reflux œsophagien quelquefois pire dans ses conséquences que l'affection que l'on voulait guérir, et qui fait préférer à certains les dilatations à la chirurgie.

La suture des piliers du diaphragme de même que l'opération d'Allison dans la cure des hernies hiatales ne sont guère plus satisfaisantes pour l'esprit. La suture des piliers est difficile à doser, parfois suivie de dysphagie tenace pouvant nécessiter même des dilatations ; quant à la reposition du cardia avec sa collerette péritonéale, elle nous semble en fait assez théorique.

Pourquoi nous répondez-vous, les résultats sont-ils bons dans leur ensemble comme vous l'admettez vous-même ? C'est la question que nous nous sommes souvent posée, et depuis longtemps nous pensons que le temps essentiel est peut-être la *fermeture de l'angle de Hiss* associée à la *dissection de l'œsophage abdominal* qui crée une zone d'adhérence que le chirurgien connaît de trop lorsqu'il lui faut réintervenir sur cette région. Nous concevons mal que la seule suture des piliers musculaires, souvent grêles, et qui, même bien développés, vont rapidement de toute façon couper sous la pression des fils, puisse refaire un orifice œsophagien normal. Nous concevons mal que la fixation de la collerette péritonéale en jupe d'Allison puisse éviter à jamais au cardia de remonter dans le thorax.

Quant à l'opération de Heller, tout le monde maintenant est d'accord pour lui associer l'œsophago-gastroplastie incomplète que constitue la fermeture de l'angle de Hiss, que l'on termine volontiers par la fixation de la grosse tubérosité au péritoine de la coupole diaphragmatique gauche, et par la fixation du point supérieur, au pilier gauche du diaphragme.

Si la reconstitution de l'angle de Hiss est si importante, peut-on faire encore

plus pour éviter le reflux œsophagien et éviter à la grosse tubérosité de s'engager dans le thorax lorsque l'orifice œsophagien est trop large ? C'est là le problème que nous nous sommes efforcés de résoudre. La solution que nous allons vous proposer consiste à créer une *trompe* en fixant sur la plus grande hauteur possible en *démi-gouttière* la grosse tubérosité à la face postérieure de l'œsophage abdominal et à compléter cette *œsophago-gastro-plastie* par une *gastropezie* par fixation de la grosse tubérosité gastrique aux *piliers du diaphragme*. Ainsi peut-on espérer par la trompe lutter contre le reflux et par la *pezie* lutter contre la réascension de l'estomac dans le thorax.

Cette technique nous a été suggérée par notre *procédé d'anastomose avec trompe* après *gastrectomie totale* que notre Maître M. Meillère vous a rapporté en 1956 et dont la conception a été reprise par Nissen dans sa *fundoplicature*, opération que nous nous réservons de discuter après l'exposé de cette technique.

TECHNIQUE.

La réalisation de cette technique est en principe très simple dans les conditions anatomo-pathologiques habituelles avec une bonne anesthésie sous curarisation et

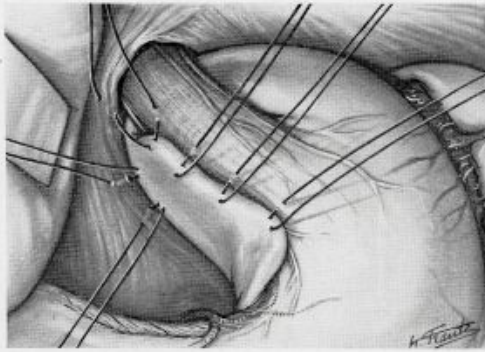


FIG. 1.

une bonne valve médiane avec dispositif permettant une traction puissante vers le haut.

Elle est réalisée par *voie abdominale*, par une incision *médiane sus-ombilicale* — sans résection de l'appendice xyphoïde, — mais se poursuivant à la demande en *sous-ombilicale*.

Après une *exploration minutieuse de l'abdomen*, centrée surtout sur estomac, duodénum, vésicule, pancréas, replis et ligaments phrénogastriques et hépatiques.

Elle comporte *trois temps* :

- 1^o temps de *libération de l'œsophage abdominal*
- 2^o temps de *libération de la face postérieure de la grosse tubérosité*
- 3^o temps d'*œsophago-gastroplastie avec phrénogastropezie*.

PREMIER TEMPS. — La libération de l'œsophage abdominal est bien connue. Elle comprend :

- l'incision du péritoine pré-œsophagien assez bas (après section du ligament triangulaire gauche du foie et traction sur l'estomac vers le bas),
- la dissection avec une Kelly longue des piliers du diaphragme, avec libération de l'œsophage abdominal autour duquel on passe un laçs tracteur. Il est alors aisé de faire le point :
- on apprécie la largeur de l'orifice œsophagien ; la valeur des piliers ;
- on explore et on palpe le cardia et le bas œsophage ;
- et on repère les deux pneumogastriques.

DEUXIÈME TEMPS. — Libération de la face postérieure de la grosse tubérosité. Qu'il s'agisse d'une hernie hiatale simple ou d'un méga-œsophage avec cardiospasme : l'opération de Heller exécutée, ce temps va se dérouler d'une façon identique :

La clef de cette libération est la section de la *pars condensata* du petit épiploon. Elle permet de disséquer parfaitement la partie inférieure de l'orifice œsophagien et

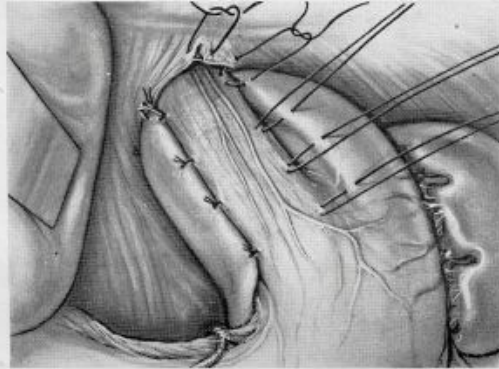


FIG. 2.

de suivre les faisceaux charnus des piliers et leur croisement au-dessus de l'orifice fibreux aortique.

Cette libération sera facilement complétée par la section du ligament *gastro-phrénique* lorsqu'il existe, et par le dégagement de la grosse tubérosité à la coupole gauche à laquelle elle est accolée par des tractus très lâches.

— une zone d'adhérence *pré-aortique* entre la faux de la coronaire et la partie inférieure de l'orifice œsophagien fixe encore la grosse tubérosité. Il faut la sectionner avec prudence.

Dès lors la face postérieure de la grosse tubérosité est facilement attirée en arrière de l'œsophage, il reste à exécuter le dernier temps qui sera très facile.

TROISIÈME TEMPS. — Œsophagoplastie avec phrénogastropexie.

— après repérage des pneumogastriques qu'il ne faut en aucun cas prendre dans les sutures, on commence par la fixation de la *grosse tubérosité* au *bord droit de l'œsophage*, ou à la *plèvre droite* de l'œsophago-cardiotomie extra-muqueuse (en cas d'opération de Heller) par des points séparés à la soie.

— puis on fixe la *grosse tubérosité* au *pillier droit de l'orifice œsophagien* par 4 à 5 points, le point supérieur prenant œsophage, grosse tubérosité, *pillier* ; le point prenant l'*orifice fibreux aortique* ; cette pexie doit s'effectuer librement sans traction sur les sutures.

— On procède de même à gauche en fixant par des points séparés la grosse tubérosité au *pillier gauche du diaphragme* d'abord, et en commençant par le point inférieur.

Puis au *bord gauche de l'œsophage* ou à la *plèvre gauche* de l'œsophago-cardiotomie. Et on termine l'opération en fixant la partie supérieure de l'œsophago-gastroplastie au *péritoine pré-œsophagien*.

Si l'orifice œsophagien du diaphragme est par trop large, on peut suturer les *pilliers* par un ou deux points *en avant* de l'œsophage.

Cette technique comme vous avez pu le constater est très différente de l'opération de Nissen.

Elle ne réalise pas, comme dans la fundoplicature, un manchon autour de l'œsophage, ce qui n'est à notre avis défendable que pour protéger des sutures comme dans notre technique de gastrectomie totale. Ici, et surtout en cas de complément d'une opération de Heller, il nous semble préférable de laisser libre une demi-circonférence de l'œsophage pour éviter le trouble fonctionnel si pénible que Nissen avoue lui-même chez 10 p. 100 de ses opérés : « l'incapacité d'éructation ».

Quant à la gastropexie que Nissen a d'ailleurs abandonnée, il nous paraît essentiel de la conserver, elle doit être postérieure et non antérieure, elle doit combler sans le suturer l'orifice œsophagien, en même temps qu'elle amarre la grosse tubérosité.

C'est là croyons-nous que réside avant tout l'originalité de cette technique que nous refuse M. Lortat-Jacob.

Nous irons d'ailleurs beaucoup plus loin, et puisqu'il nous pousse à exprimer notre pensée, nous lui répondrons que pour nous la hernie hiatale par glissement — qui représente 90 p. 100 des cas — devrait beaucoup plus être assimilée à un prolapsus qu'à une hernie ; elle est absolument comparable aux prolapsus génitaux et rectaux avec la différence qu'elle porte sur un segment intermédiaire de l'intestin et non sur un segment terminal, et qu'on a l'habitude de voir dans un prolapsus quelque chose qui tombe. Mais si on se rappelle que ces hernies sont surtout manifestes en Trendelenburg, et que la pression abdominale se moque de la pesanteur, ce rapprochement paraît peut-être exact. Dans la hernie hiatale comme dans les prolapsus génitaux et rectaux, les amarres sont relâchées et il n'existe pas de sac péritonéal vrai, mais un cul de sac qui se prête à la poussée abdominale. Aussi, comme dans les prolapsus, nous pensons que la *pexie*, l'*effacement du cul-de-sac* et l'*avivement* de surfaces dépéritonisées sont les temps essentiels, et que la suture de l'orifice œsophagien est accessoire ; d'ailleurs, il est fort possible qu'après cette cure radicale les fibres musculaires des *pilliers* n'étant plus forcés par le prolapsus tubérositaire reprennent leur tonicité comme le sphincter et la *sangle* des relèvements dans les prolapsus rectaux et génitaux.

Voilà la technique que nous vous proposons. Nous devons immédiatement vous avouer que jamais nous ne nous serions permis de vous présenter cette communication si l'intervention de M. Hepp, à la suite de l'exposé de Dor de Marseille sur un sujet analogue, ne nous avait un peu forcé à nous jeter à l'eau.

Si notre expérience sur le cadavre d'autopsie est importante, et si nous pouvons

vous assurer que l'exécution de cette technique avec un peu d'habitude est très simple, nous n'avons malheureusement pour justifier nos idées que quatre cas à vous soumettre avec un recul négligeable.

Nous espérons que les documents radiologiques que nous allons vous projeter vous convaincront.

DISCUSSION

M. J.-L. Lortat-Jacob : Je pense que M. Toupet a mal compris ce que je lui ai dit lors d'une précédente séance, à propos d'une communication de Dor. Je n'ai jamais contesté à Toupet l'originalité de sa technique de fundoplicature. Mais seulement, dans sa déclaration liminaire il m'avait paru faire sienne la description du reflux œsophagien secondaire aux opérations de Heller, alors que j'y ai insisté, avec d'autres sans doute, il y a plus de dix ans, et que j'ai proposé depuis ce moment la fermeture de l'angle de Hiss en unissant le bord gauche de la myotomie de l'œsophage et le bord droit de la grosse tubérosité pour prévenir le reflux.

Quant à l'efficacité de cette fundoplicature dérivée de celle proposée par Nissen, j'en suis d'autant plus certain que la coupe vertico-sagittale d'un tel montage réalise exactement ce que nous obtenons avec Maillard et Fekété dans notre anastomose œsophago-gastrique continentale.

Je regrette par ailleurs, que dans sa communication, Toupet mêle sa technique pour cure de hernie hiatale à celle identique, pour complément de l'opération de Heller. Car l'appréciation des résultats doit se faire sous des plans différents.

En particulier j'aimerais, en dépit de sa grande expérience cadavérique, qu'il nous renseigne sur le confort des malades quant à la possibilité d'éruption.

Enfin, je me permets une critique des figures qu'il nous présente, sur lesquelles la dessinatrice a représenté des fibres transversales dont la persistance ne doit pas se voir anatomiquement si la myotomie de la couche circulaire a été totale.

M. Monod-Broca : Je me bornerai à deux remarques. Tout d'abord je m'associe pleinement à ce que vient de dire M. Lortat-Jacob et je ne pense pas qu'il soit fructueux de mêler le traitement des hernies hiatales et celui des megaœsophages. D'autre part, en ce qui concerne la cure des hernies hiatales par la technique d'Allison, je veux la défendre contre les attaques de mon ami Toupet. J'ai passé deux mois, en 1952, dans le service d'Allison à Ledds. Je l'ai vu opérer des hernies hiatales et j'ai utilisé cette technique dans le service de mon maître Rudler après mon retour en France.

La méthode m'a donné, dans l'ensemble, de bons résultats.

Je n'ai pas eu 100 p. 100 de bons résultats sur les 20 cas que j'avais publiés mais les 4 bons résultats de Toupet ne constituent qu'une série assez courte.

La principale critique que l'on peut faire à la méthode d'Allison est de nécessiter une voie d'abord thoracique. Il peut arriver que l'état pulmonaire, la coexistence d'une lithiase vésiculaire incitent à utiliser une voie d'abord abdominale. Il n'en reste pas moins que la technique d'Allison, bien faite, donne peu de récurrences.

M. A. Germain : Je m'associe pleinement aux remarques formulées par J.-L. Lortat-Jacob et Ph. Monod-Broca. Je pense qu'il est inopportun de grouper les problèmes de la technique chirurgicale concernant la cure du cardiospasmus et celle des hernies hiatales.

En ce qui concerne les hernies hiatales, leur réparation par le procédé d'Allison, qu'elle soit faite par voie thoracique ou par voie abdominale, m'a donné des résultats excellents qui ne m'incitent pas à l'abandonner au profit de la technique proposée par A. Toupet.

M. A. Toupet : A. M. Lortat-Jacob je répondrai que les quatre malades que j'ai opérés n'ont aucun trouble fonctionnel et aucune gêne à l'érection, mais que cette expérience est beaucoup trop courte.

A. Germain et Monod-Broca qui me reprochent de mélanger la hernie hiatale et le mégacœsophage je dirai que, pour moi, l'opération de Heller doit être complétée d'emblée par une opération capable d'éviter le reflux et une hernie hiatale toujours possible dans les suites.

Une fracture souvent méconnue : l'enfoncement isolé de l'os malaire,

par MM. C. Dufourmentel, R. Mouly et E. Massoud.

L'os malaire, saillant sous la peau de la pommette est particulièrement exposé aux traumatismes et tout spécialement au cours des accidents de la route. Or, il repose sur un socle creux et très fragile, le sinus maxillaire. Les arcs-boutants qui le maintiennent, apophyse pyramidale du maxillaire supérieur, arcade zygomatique, apophyse orbitaire externe du frontal, sont de résistance faible.

On conçoit donc que la fracture-enfoncement de cet os soit fréquente. Il semblerait aussi que son diagnostic soit aisé, puisque le moindre recul va entraîner un effacement de la saillie de la pommette. Or, tel n'est pas le cas bien souvent, car le gonflement important qui apparaît précocement et disparaît lentement masque longtemps les symptômes de cette fracture. Les signes radiologiques en sont pratiquement nuls sur les incidents standard du massif cranio-facial de face et de profil qui sont habituellement demandés pour un traumatisme crânien.

Or une réduction soignée et relativement précoce est nécessaire si l'on veut éviter à coup sûr les séquelles fonctionnelles et esthétiques de cette lésion. Il est donc indispensable que les symptômes de cette fracture soient bien connus des chirurgiens généralistes, puisque ce sont eux qui reçoivent et traitent le plus grand nombre d'accidents.

Sur les dix cas que nous avons eus à traiter au cours des quatre dernières années, six ont été méconnus pendant les premiers jours ou les premières semaines alors pourtant que les signes cliniques et radiologiques étaient explicites pour peu qu'on les connaisse et qu'on pense à les rechercher.

On a décrit de nombreuses variétés de fractures-enfoncements du malaire, suivant le type des traits de fracture et la modalité du déplacement. Les traits parcourent souvent plus le maxillaire supérieur que le malaire lui-même, les arcs-boutants sont rompus au niveau de l'apophyse orbitaire externe du frontal, de l'arcade zygomatique et de l'apophyse pyramidale.

Le déplacement est un recul de l'os avec toujours une certaine rotation autour d'un axe vertical et une bascule autour d'un axe horizontal.

Les points capitaux de l'anatomie pathologique de cette fracture sont les suivants :

- 1° La pommette est déprimée.
- 2° Le sinus maxillaire, diminué de volume du fait de son télescopage par l'os malaire, est en outre comblé par un épanchement sanguin.
- 3° Les arcades dentaires sont normales et l'articulé intact puisque le corps du maxillaire supérieur n'est pas fracturé.