

Chirurgie des coliques du cheval

Un peu d'histoire



Les grandes avancées

Les apports de l'imagerie médicale



La prévention par la chirurgie minimale invasive



Un peu d'histoire ...

- 1809: 1^e chirurgie abdominale en humaine -Dr McDowell-
- 1849: laparotomie / entérotomie en équine -Dr Felizet-



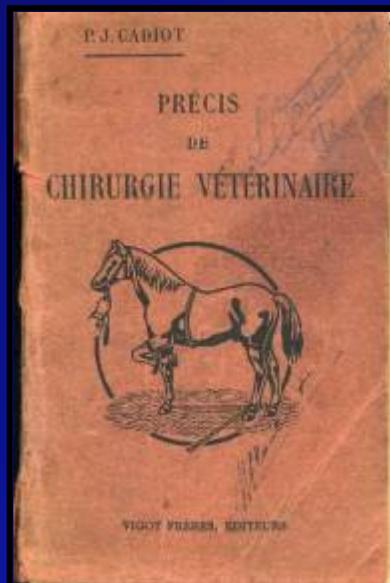
Un peu d'histoire ...

- 1809: 1^e chirurgie abdominale en humaine -Dr McDowell-
- 1849: laparotomie / entérotomie en équine -Dr Felizet-
- Publications du début du XX^e siècle:
 - ✓ 1914: « Colics and their treatments » -Campbell-
 - ✓ 1915: description laparotomie flanc D -Share-Jones-



Un peu d'histoire ...

- 1809: 1^e chirurgie abdominale en humaine -Dr McDowell-
- 1849: laparotomie / entérotomie en équine -Dr Felizet-
- Publications du début du XX^e siècle:
 - ✓ 1914: « Colics and their treatments » -Campbell-
 - ✓ 1915: description laparotomie flanc D -Share-Jones-
 - ✓ 1926: « Précis de Chirurgie Vétérinaire » -Cadiot-:



- laparotomie flanc G
- hernie inguinale aiguë
- sutures intestinales

On recommande généralement de faire au catgut les sutures profondes et les sutures perdues, mais pour la fermeture des plaies intestinales le catgut fin n'est pas assez solide et se résorbe trop vite. Le surjet a sur les points séparés l'avantage de pouvoir être exécuté plus rapidement.

Les sutures intestinales doivent être *hémostatiques*, mais il importe surtout qu'elles soient *hérmétiques*, sous peine de péritonite rapidement mortelle. Pour réaliser ces conditions, il est nécessaire de faire une première série de *points perforants*, traversant les trois tuniques intestinales sur chaque lèvres de la plaie, puis d'enfourer cette première suture par une autre à *points séro-séreuse* ou *musculo-séreuse*. Aujourd'hui, on préfère généralement le surjet aux points séparés : il exige moins de temps et il ferme plus hermétiquement la plaie, mais le fil doit être arrêté aux deux extrémités par des nœuds solides.



Les grandes avancées

- L'anesthésie générale avec relais gazeux
- La fluidothérapie
- L'ouverture et la fermeture de l'abdomen
- Le matériel spécifique
 - ✓ La table à entérotomie
 - ✓ Les sutures mécaniques

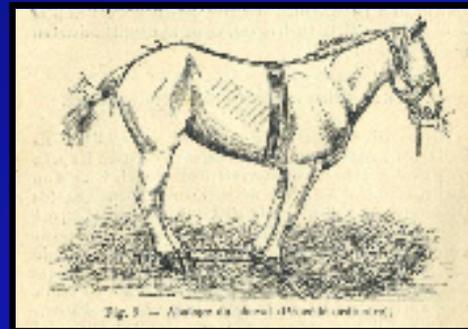


Les grandes avancées

➤ L'anesthésie générale avec relais gazeux

Rappels :

- ✓ « abattage »
- ✓ éther (1848), chloroforme
- ✓ chloral (Marcenac - 1930)



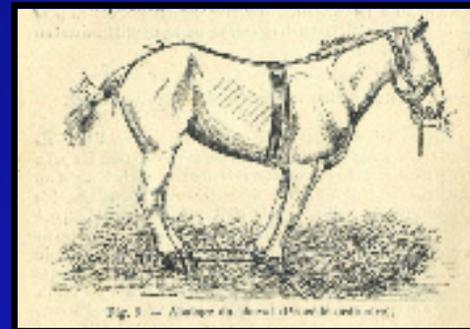
Les grandes avancées

➤ L'anesthésie générale avec relais gazeux

Rappels :

- ✓ « abattage »
- ✓ éther (1848), chloroforme
- ✓ chloral (Marcenac)

Intubation endo-trachéale



Les grandes avancées

➤ L'anesthésie générale avec relais gazeux

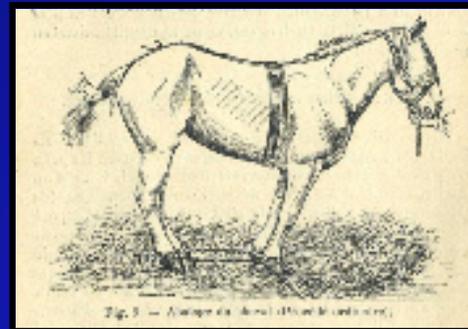
Rappels :

- ✓ « abattage »
- ✓ éther (1848), chloroforme
- ✓ chloral (Marcenac)

Intubation endo-trachéale

1965 : Anesthésie générale « moderne » :

- ✓ prémédication (acp)
- ✓ induction (chloral/thiopental)
- ✓ relais gazeux (halothane)

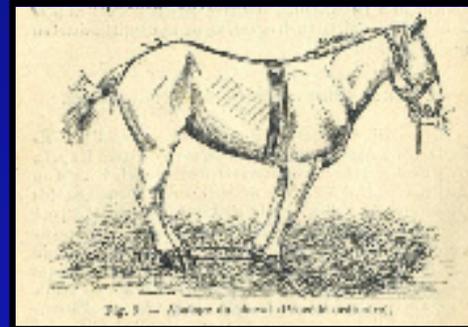


Les grandes avancées

➤ L'anesthésie générale avec relais gazeux

Rappels :

- ✓ « abattage »
- ✓ éther (1848), chloroforme
- ✓ chloral (Marcenac)



Intubation endo-trachéale

1965 : Anesthésie générale « moderne » :

- ✓ prémédication (acp)
- ✓ induction (chloral/thiopental)
- ✓ relais gazeux (halothane)

De nos jours :

- ✓ alpha2-agonistes
- ✓ kétamine
- ✓ isoflurane



Les grandes avancées

➤ La fluidothérapie

Après une évaluation des besoins, la fluidothérapie permet de restaurer le volume vasculaire et un équilibre électrolytique et acidobasique corrects



Les grandes avancées

- L'ouverture et la fermeture de l'abdomen
 - ✓ Laparotomie par le flanc (Share-Jones et Cadiot)



Les grandes avancées

➤ L'ouverture et la fermeture de l'abdomen

- ✓ Laparotomie par le flanc (Share-Jones et Cadiot)



- ✓ Laparotomie ventrale médiane (1960)

- incision rapide, sans saignement
- incision agrandie à volonté
- finesse de la paroi abdominale
- suture paroi précise, rapide
- œdème postopératoire minime



Les grandes avancées

➤ L'ouverture et la fermeture de l'abdomen

- ✓ Laparotomie par le flanc (Share-Jones et Cadiot)



- ✓ Laparotomie ventrale médiane (1960)

- incision rapide, sans saignement
- incision agrandie à volonté
- finesse de la paroi abdominale
- suture paroi précise, rapide
- œdème postopératoire minime



- ✓ Fermeture

- péritoine
- type de points



Les grandes avancées

➤ La table à entérotomie



Les grandes avancées

- La table à entérotomie
 - ✓ entérotomie du côlon ascendant, ou gros côlon



Les grandes avancées

- La table à entérotomie
 - ✓ entérotomie du côlon ascendant, ou gros côlon



il est nécessaire de faire une première série de *points perforants*, traversant les trois tuniques intestinales sur chaque lèvre de la plaie, puis d'enfouir cette première suture par une autre à *points séro-séreux* ou *musculo-séreux*. Aujourd'hui, on préfère généralement le surjet aux points séparés : il exige moins de temps et il ferme plus hermétiquement la plaie,

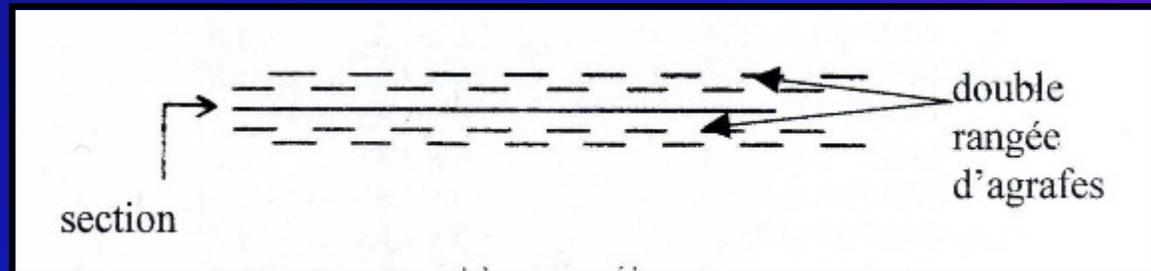
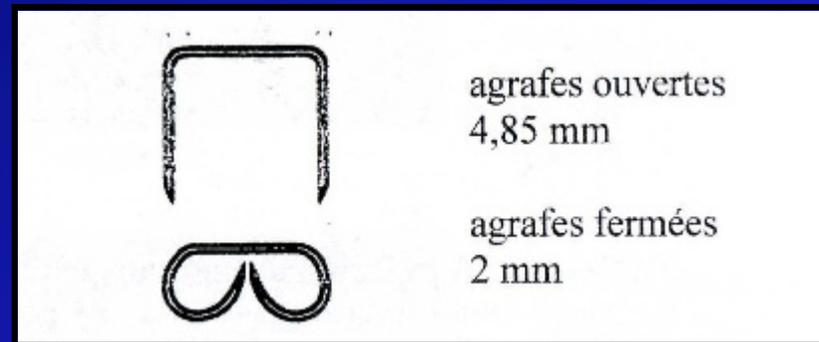
Les grandes avancées

- La table à entérotomie
 - ✓ entérotomie du côlon ascendant, ou gros côlon
 - ✓ entérectomie de l'intestin grêle



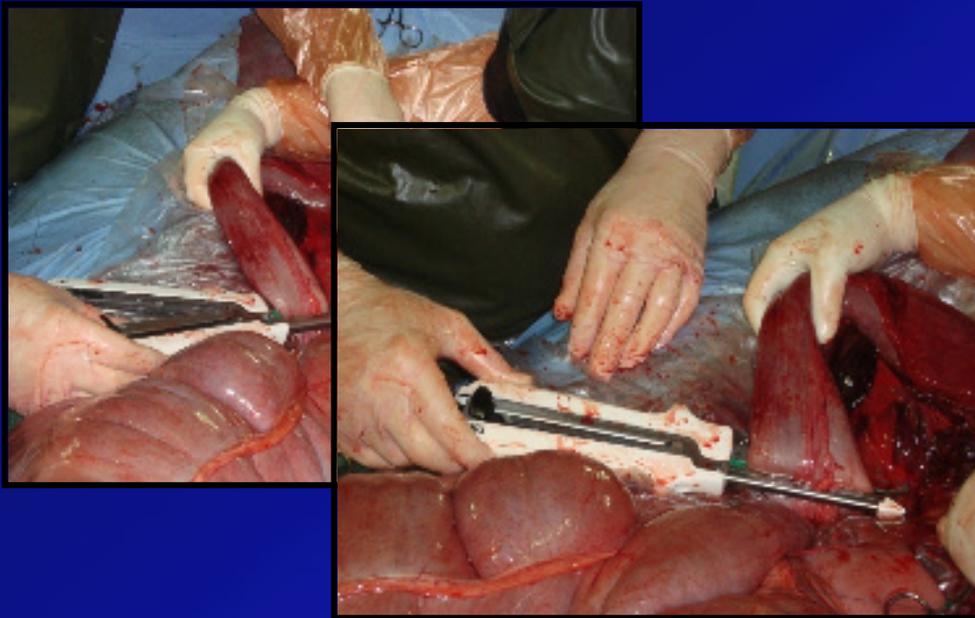
Les grandes avancées

- Les sutures mécaniques, pinces automatiques -GIA90-



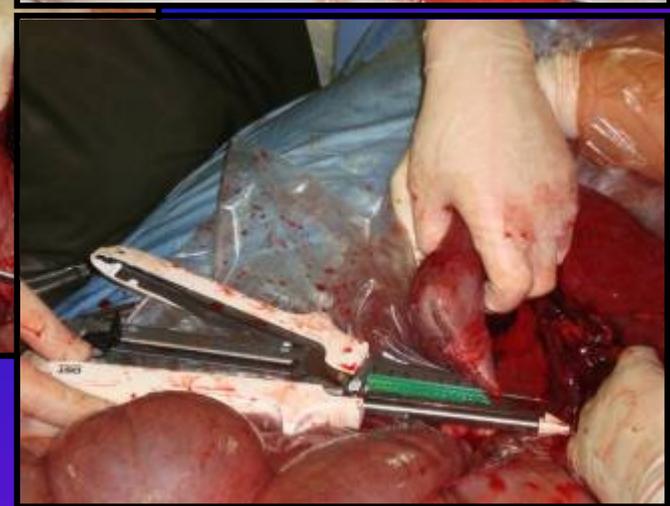
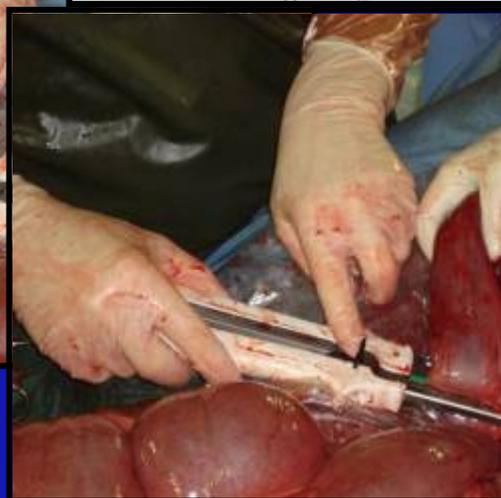
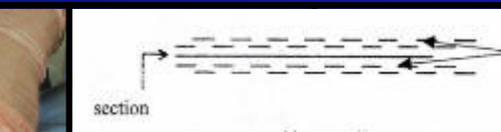
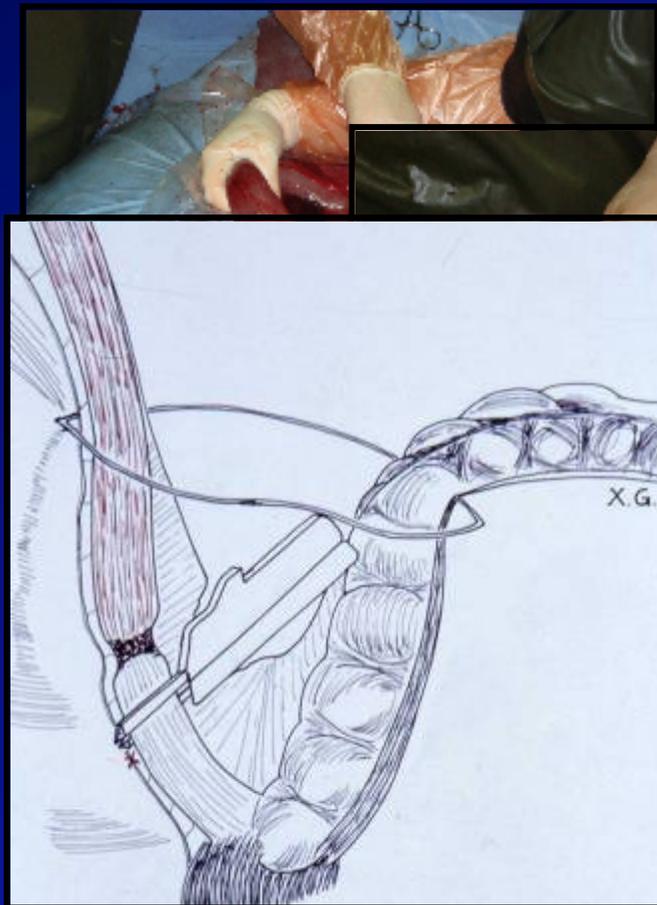
Les grandes avancées

- Les sutures mécaniques, pinces automatiques -GIA90-
 - ✓ Entérectomie



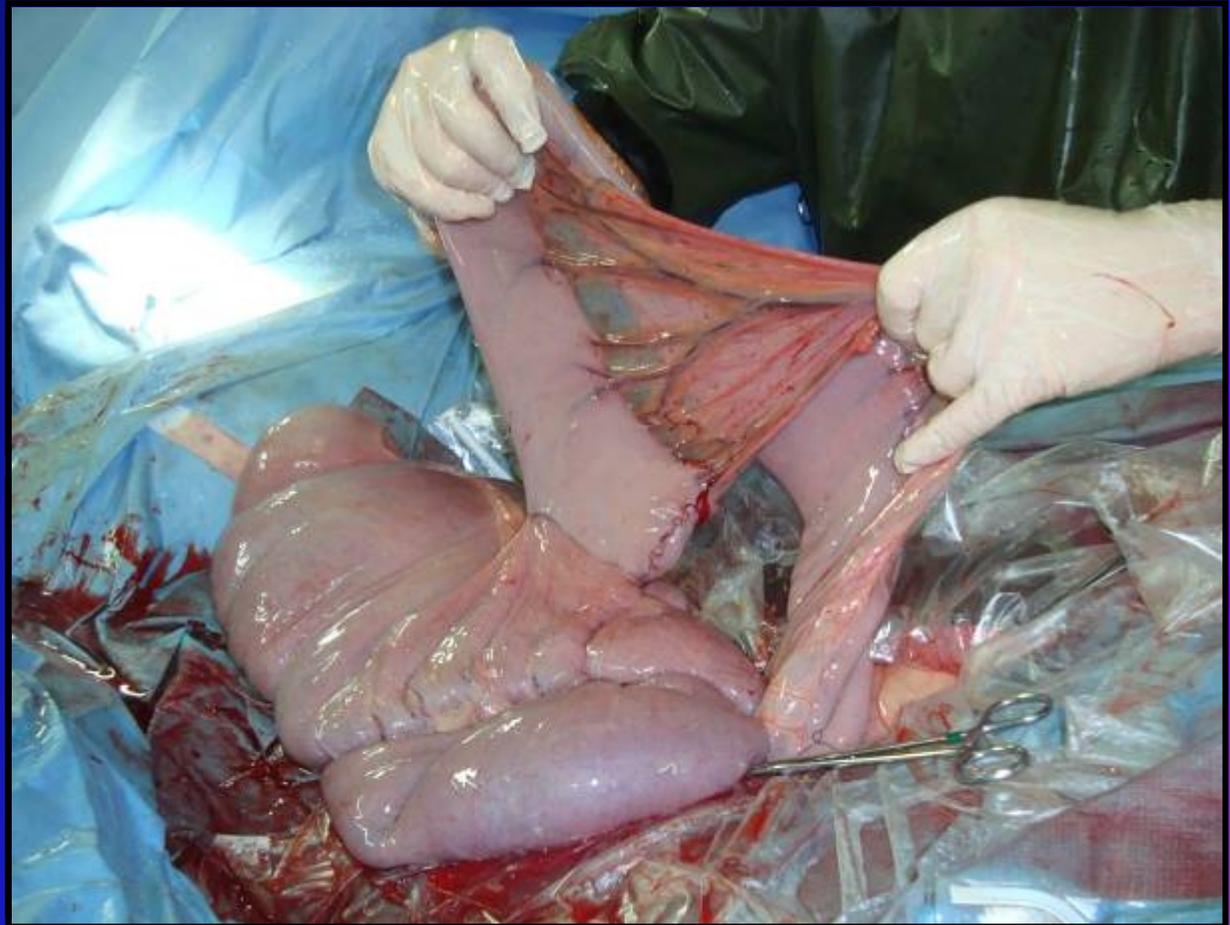
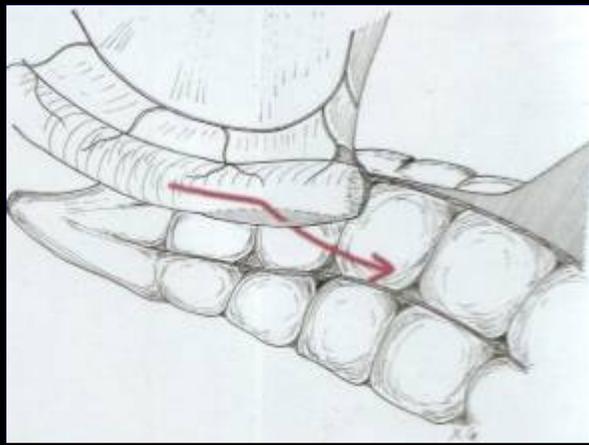
Les grandes avancées

- Les sutures mécaniques, pinces automatiques -GIA90-
 - ✓ Entérectomie



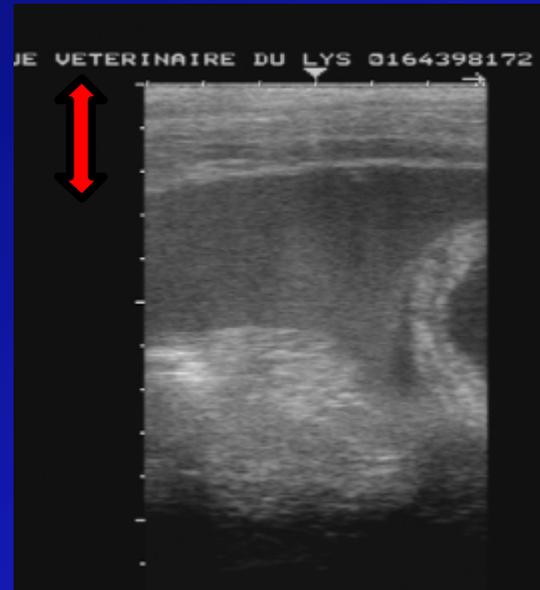
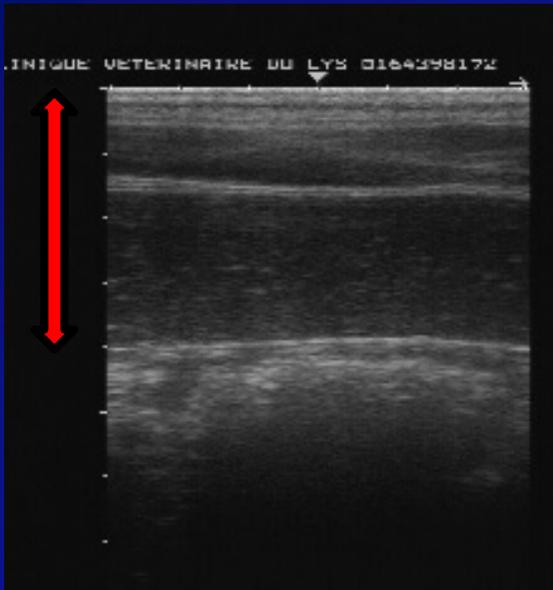
Les grandes avancées

- Les sutures mécaniques, pinces automatiques -GIA90-
 - ✓ Anastomose : exemple de l'anastomose jéjuno-caecale



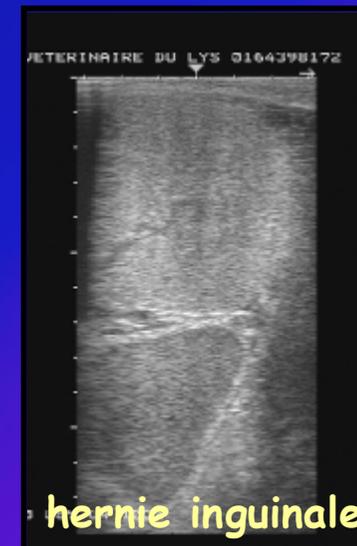
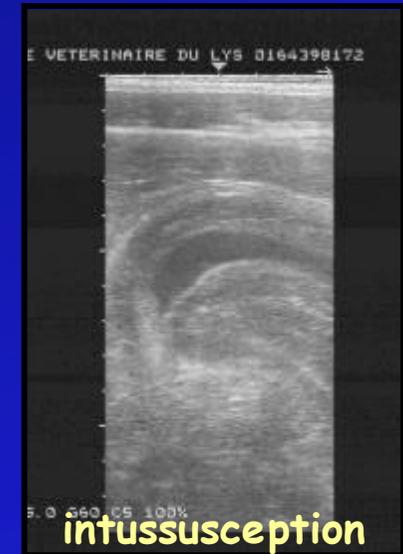
Les apports de l'imagerie médicale

- L'échographie abdominale transpariétale
 - ✓ utilisation lors de la paracentèse



Les apports de l'imagerie médicale

- L'échographie abdominale transpariétale
 - ✓ utilisation lors de la paracentèse
 - ✓ établissement d'un diagnostic de certitude



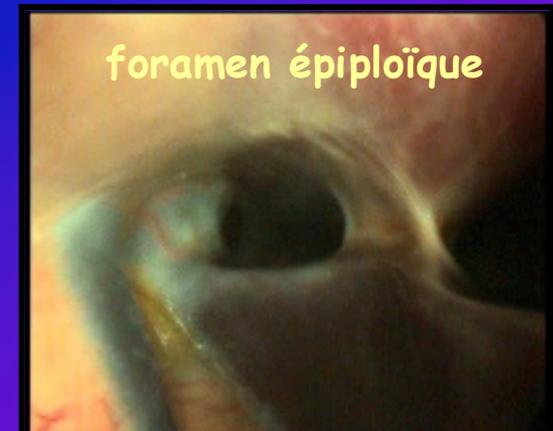
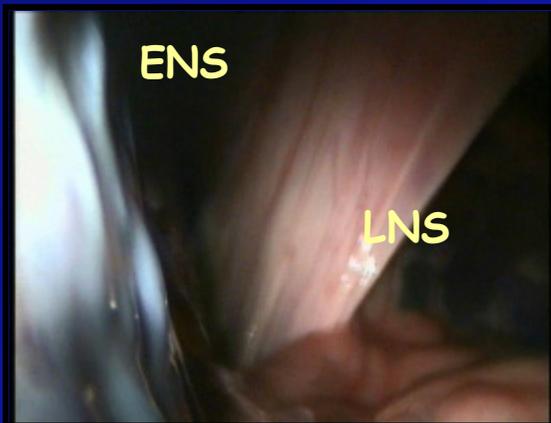
Les apports de l'imagerie médicale

➤ La laparoscopie



Les apports de l'imagerie médicale

➤ La laparoscopie



La prévention par la chirurgie minimale invasive



Le déplacement dorsal du
côlon à gauche

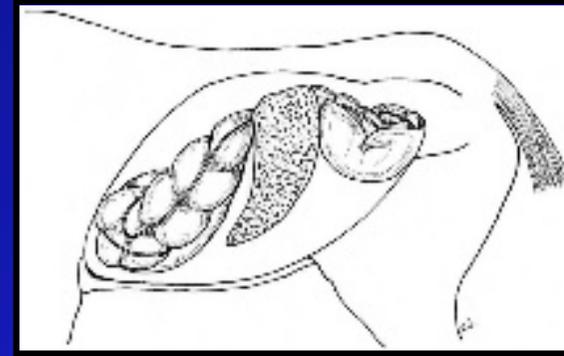
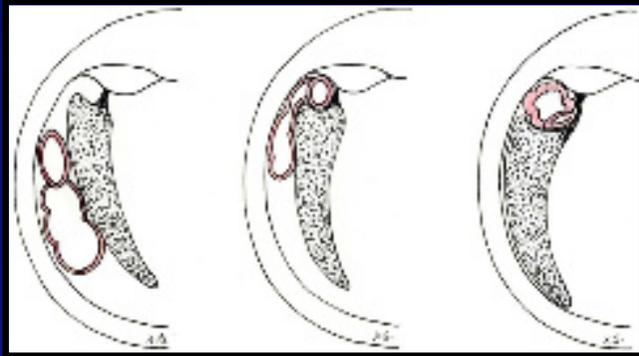


La hernie inguinale
étranglée



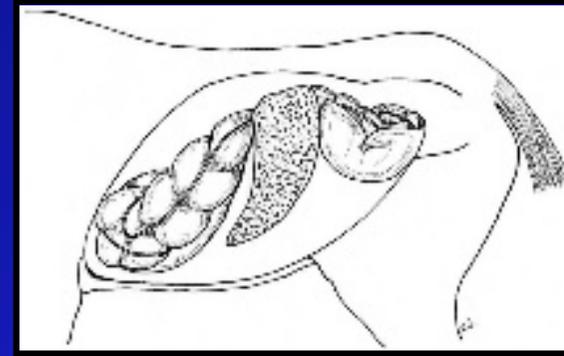
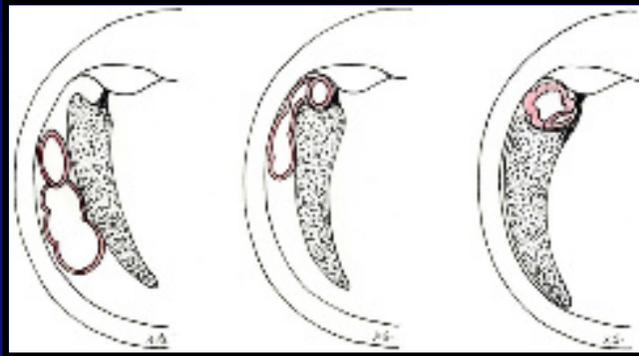
Le déplacement dorsal du côlon à g. ou accrochement néphrosplénique

- Obstruction intestinale extraluminaire non étranglée



Le déplacement dorsal du côlon à g. ou accrochement néphrosplénique

- Obstruction intestinale extraluminaire non étranglée

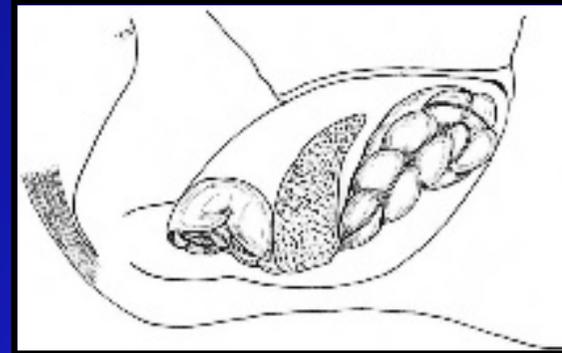
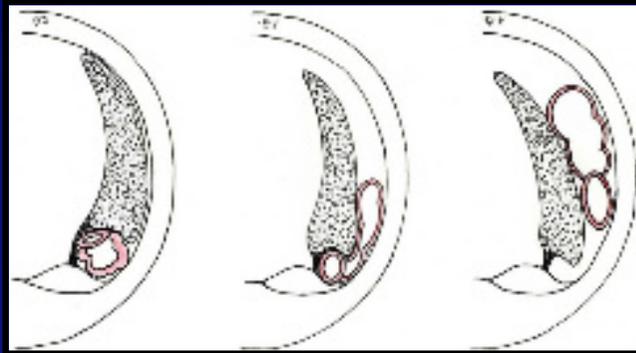


- Traitement chirurgical



Le déplacement dorsal du côlon à g. ou accrochement néphrosplénique

- Obstruction intestinale extraluminaire non étranglée

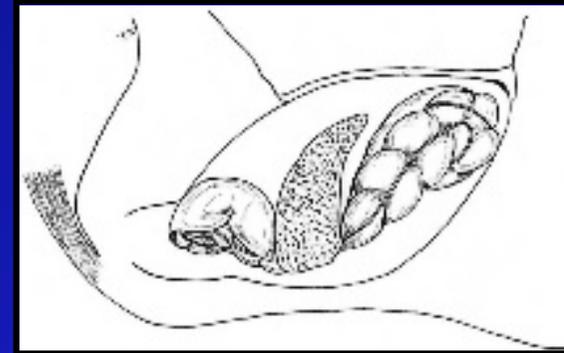
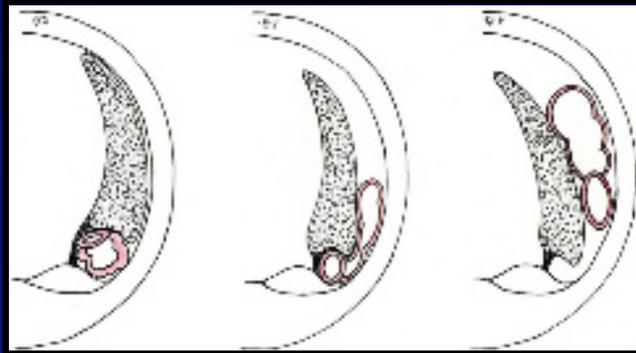


- Traitement chirurgical



Le déplacement dorsal du côlon à g. ou accrochement néphrosplénique

- Obstruction intestinale extraluminaire non étranglée



- Traitement chirurgical



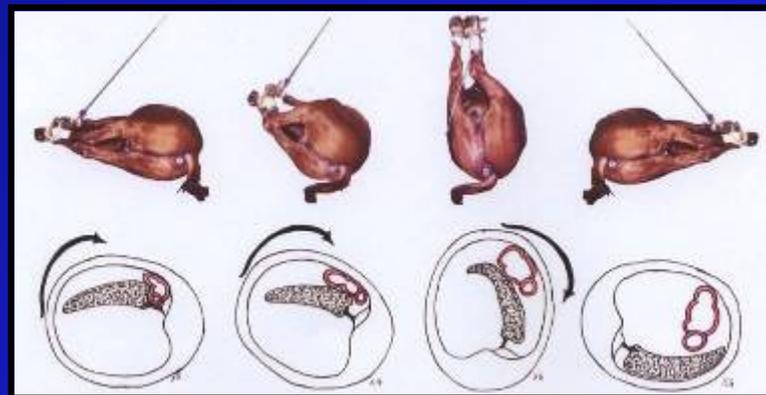
Académie Vétérinaire de France
Séance du 15 mars 2012



D'après White *et al.* 2008

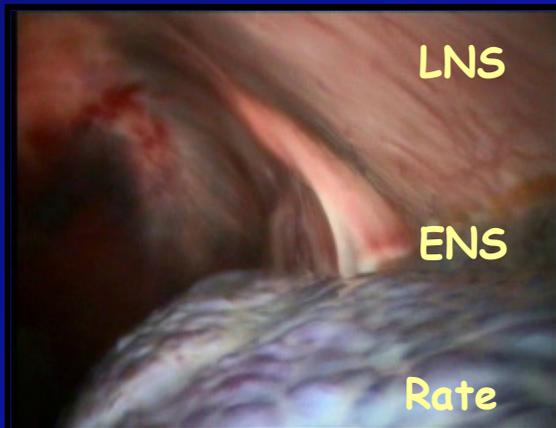
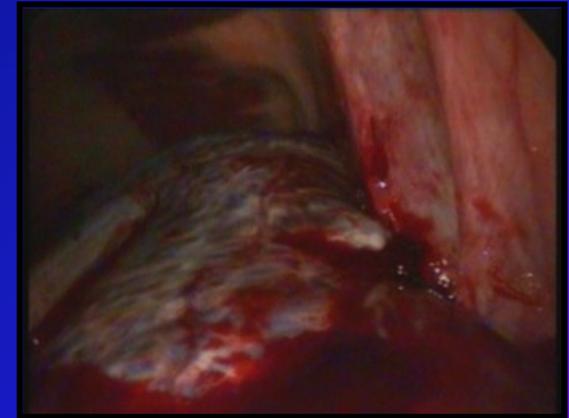
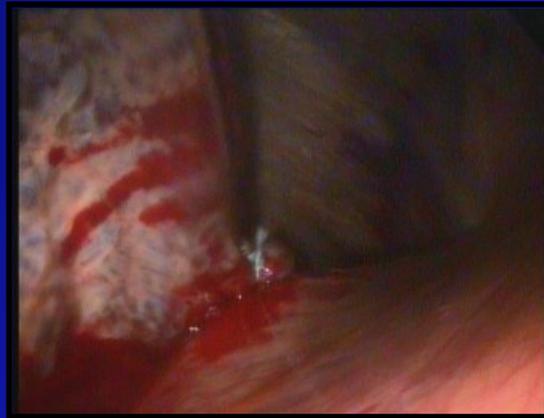
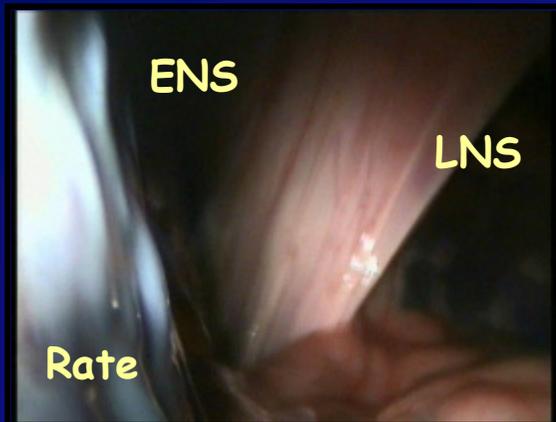
Le déplacement dorsal du côlon à g. ou accrochement néphrosplénique

- Traitement médical : provoquer une spléno-contraction par l'administration sous forme de perfusion de phényléphrine ($3 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{mn}$) ou d'adrénaline ($5 \mu\text{g}/\text{kg}$)
- Technique de roulage sous anesthésie générale



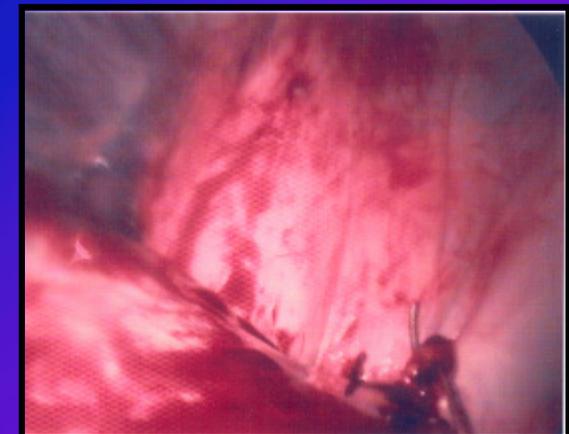
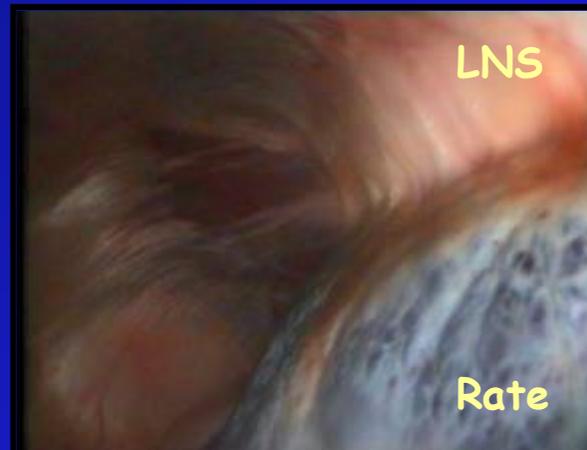
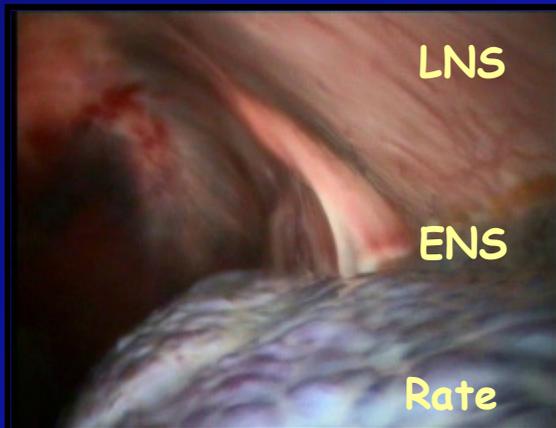
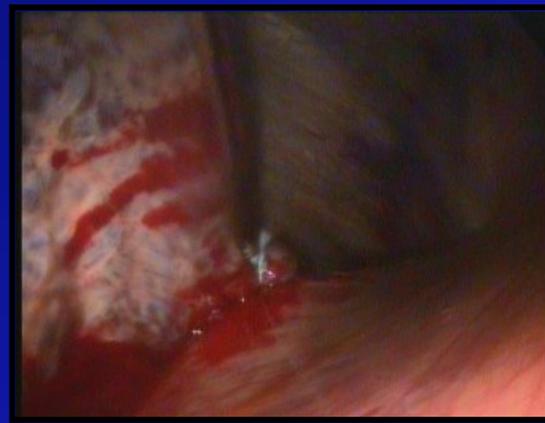
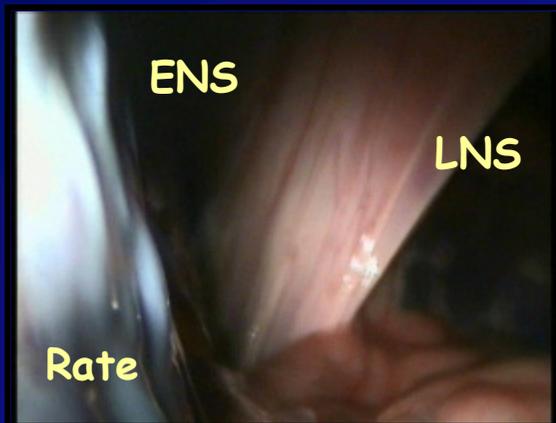
Le déplacement dorsal du côlon à g. ou accrochement néphrosplénique

- La prévention par la chirurgie minimale invasive



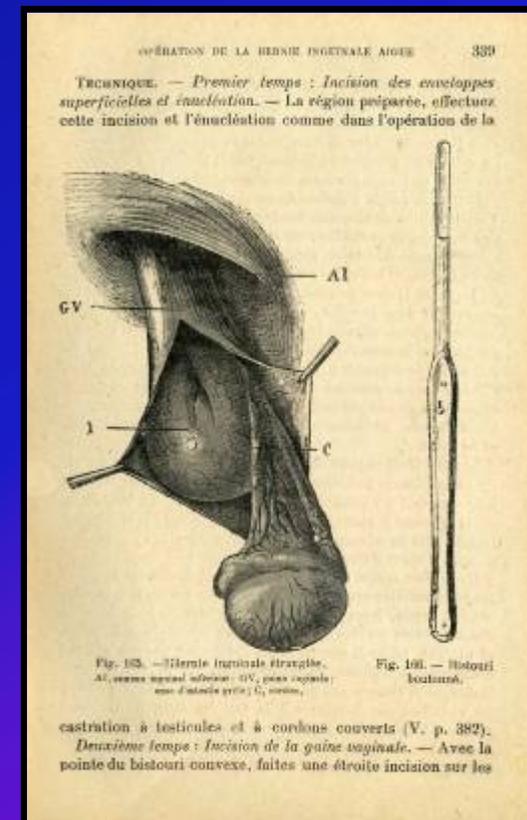
Le déplacement dorsal du côlon à g. ou accrochement néphrosplénique

- La prévention par la chirurgie minimale invasive



La hernie inguinale étranglée

- **Traitement chirurgical - quatre temps (ts=67 à 76%) :**
 - ✓ *Incision des enveloppes superficielles et énucléation*
 - ✓ *Incision de la gaine vaginale*
 - ✓ *Débridement du collet de la gaine*
 - ✓ *Réduction*



La hernie inguinale étranglée

- Traitement chirurgical - quatre temps
- Technique de réduction non chirurgicale
 - ❖ 7 ans/63 CV: tr=63,5% ts=92%
 - ❖ 4 ans/40 CV: tr=82,5%
 - ❖ 26 CV sans laparotomie ts=92%



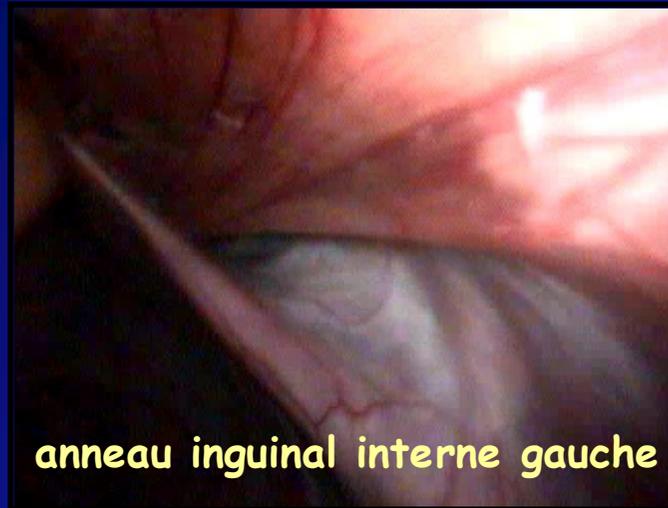
Académie Vétérinaire de France
Séance du 15 mars 2012



D'après Wilderjans *et al.* 2009

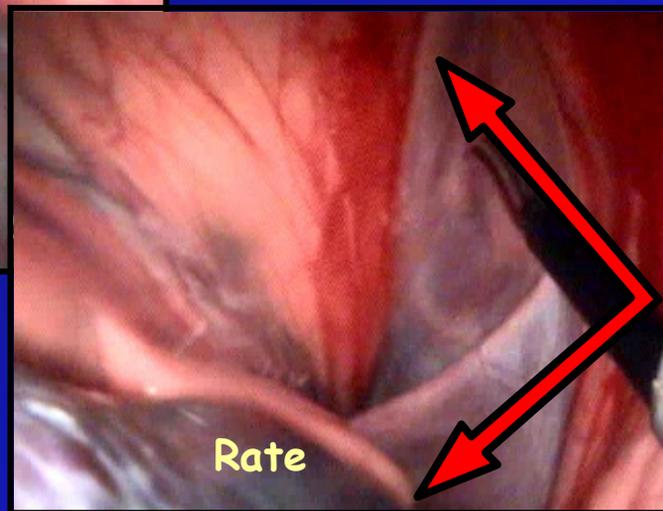
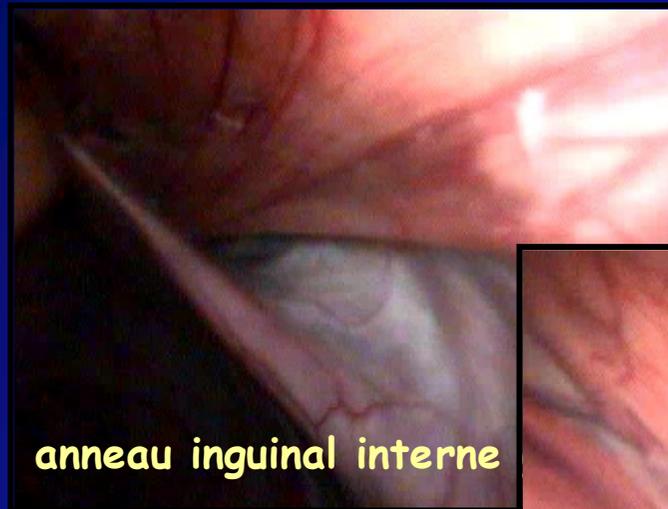
La hernie inguinale étranglée

- La prévention par la chirurgie minimale invasive



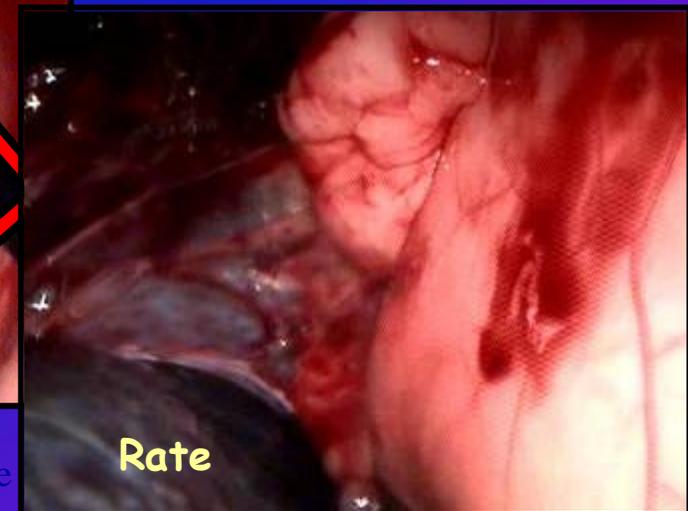
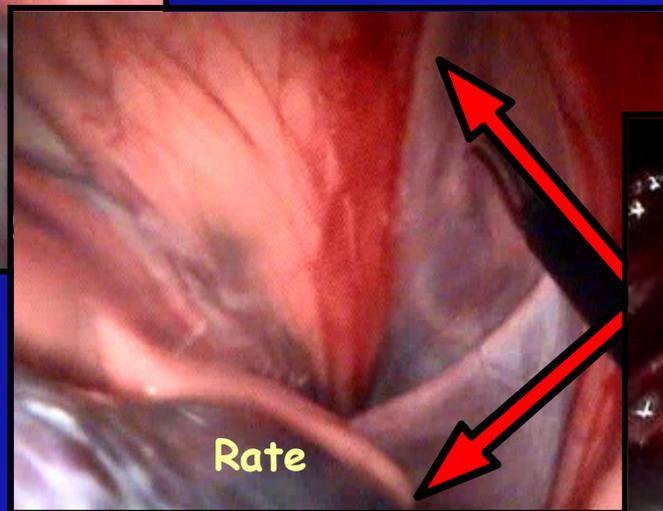
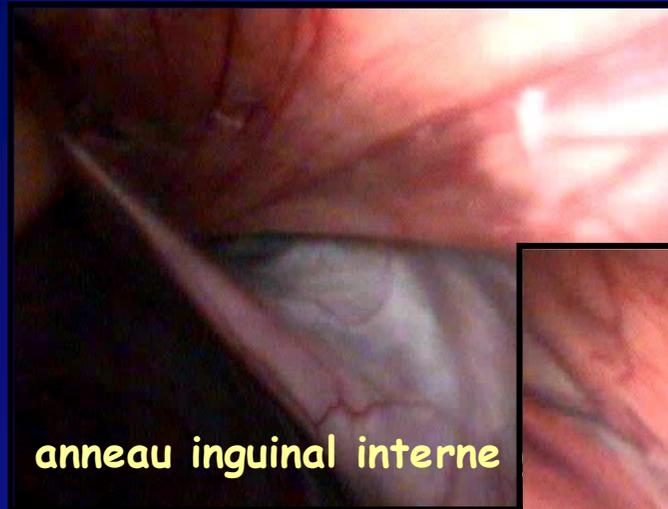
La hernie inguinale étranglée

- La prévention par la chirurgie minimale invasive



La hernie inguinale étranglée

- La prévention par la chirurgie minimale invasive



Conclusion

Perspectives pour l'avenir :

- ✓ lutter contre les complications postopératoires
- ✓ privilégier des techniques non-chirurgicales
- ✓ développer la chirurgie minimale invasive pour la prévention de certaines affections digestives

