

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie" en minuscules et sans accents.

## **Colloque de Pédiatrie du 3 mars 2015**

### **Nouveautés organisationnelles et cliniques en Chirurgie pédiatrique romande**

Orateurs: Prof. B. Wildhaber et cadres de la chirurgie pédiatrique

Le centre universitaire romand de la chirurgie pédiatrique existe depuis août 2014. Il existe un secteur Genève et un secteur Lausanne, avec pour chacun de l'orthopédie, de la chirurgie viscérale, urologique, plastique. La chirurgie tumorale et la prise en charge des grands brûlés se fait plutôt à Lausanne, la chirurgie hépato viscérale plutôt à Genève.

La conférence organisée par le Professeur Wildhaber fait participer plusieurs médecins cadre du service.

#### **Lésion ligamentaire du genou (Dr Ceroni, Dr Terrier)**

Les ligaments croisés peut être également atteints chez l'enfant, et pas seulement le cartilage de croissance.

Les lésions deviennent de plus en plus fréquentes, car les enfants font de plus en plus de sport jeunes, dès cinq ans, et surtout après 12 ans. Les lésions sont plus fréquentes chez la fille. Le basket et le football sont des grands fournisseurs de lésion. Il y a probablement 60 % de lésion partielle, une lésion méniscale est souvent associée.

Avant 12 ans, l'avulsion des épines représente 80 % des cas ; après 12 ans, 90 % des cas sont des déchirures du ligament croisé antérieur. La fin de croissance des membres inférieurs intervient au stade Risser 1, c'est-à-dire chez la fille lors des premières règles.

Il existe une instabilité clinique dans 95 % des cas

Une lésion méniscale est associée dans 60 % des cas.

Qui opérer ? Les enfants sportifs de carrière (bien qu'il s'agisse d'une notion difficile à définir) les enfants qui ne veulent pas restreindre leur activité physique, lors de lésion méniscale.

Il vaut mieux attendre lorsqu'il n'y a pas de lésion méniscale, lorsqu'il n'y a pas de pratique sportive intensive, et de poser une attelle de protection.

Quand opérer ? En fin de croissance, si il y a une forte activité sportive, si la gêne est significative, et lors de lésion méniscale.

Comment opérer ? Il faut faire très attention aux cartilages de croissance. Il existe des plasties intra articulaires épargnant les physes, d'autres trans-épiphyaires (tunnel).

Le type de greffon employé est soit une partie du muscle ischiojambier, soit du quadricipital.

Le passage est soit épiphysaire, soit transphysaire. Le positionnement de la greffe doit être anatomique ; attention au risque d'épiphysiodèse

La reconstruction donne 70 à 80 % de bons résultats ; il y a un problème avec la plaque de croissance, des erreurs de technique, la laxité ligamentaire ; la taille du tunnel doit être de 8 mm au maximum.

### **Urologie pédiatrique** (Dr Birraux, Dr Meyrat)

Le lien créé entre les deux centres permet une unité de traitement, une augmentation de la casuistique, une amélioration des compétences. L'équipe à Lausanne est constituée des Docteurs Meyrat et Dushi et à Genève des Docteurs Birraux, Vidal et Sanchez.

Les techniques de chirurgie minimale non invasive sont développées. Le but est de minimiser l'approche chirurgicale par des techniques de cystoscopie, de laparoscopie, de chirurgie robotisée. L'approche chirurgicale conventionnelle entraîne une cicatrice importante, avec une dissection large des tissus, un temps d'hospitalisation plus long et des douleurs souvent plus importantes. La chirurgie minimaliste diminue la taille des cicatrices, diminue le temps d'hospitalisation, diminue le risque d'iléus, diminue les douleurs postopératoires.

La laparoscopie peut être faite par le péritoine mais aussi dans le rétro péritoine. Les techniques sont plus difficiles, l'écran donne une image en deux dimensions seulement, l'appareillage est beaucoup plus significatif. Actuellement, le temps opératoire n'est pas beaucoup plus long qu'avec la chirurgie classique. Un grand centre permet un meilleur entraînement.

Les questions en suspens sont la faisabilité, la qualité des résultats.

Des possibilités actuelles de la laparoscopie sont par exemple la cryptorchidie abdominale, le reflux vésico-urétéral, la néphrectomie. Un exemple de néphrectomie est montré. Certains chirurgiens de l'équipe ont été formés en Angleterre, et ont une formation Européenne reconnue.

Les lignes directrices de telles interventions sont de ne pas modifier les indications opératoires, de n'employer que des techniques reconnues, de bien déterminer le bénéfice pour le patient, et de suivre les résultats.

### **Chirurgie plastique** ( Dr La Scala, Dorie à Genève Dr DeBuy, El Ezzi à Lausanne)

Il s'agit en générale de prise en charge multidisciplinaire, pour les fentes faciales, les anomalies craniofaciales, avec un suivi de la naissance jusqu'à 20 ans. Les procédures sont légèrement différentes entre Lausanne et Genève, les deux centres sont accrédités par le centre américain des fentes palatines. Actuellement les deux techniques ont des résultats similaires, il est important que le chirurgien aie l'habitude d'une technique ; le palais mou doit être fermé en tout cas à 18 mois. Le suivi des patients permettra peut-être de dire si une technique est meilleure que l'autre.

Lausanne est le centre de référence pour les enfants gravement brûlés. Il y a un centre laser, un atelier de maquillage, un laboratoire de culture de kératinocytes, une recherche sur les cellules fœtales. A Genève, des brûlures plus mineures sont suivies.

Il existe une consultation commune pour les hémangiomes, avec dermatologue et chirurgien. Un traitement au laser est possible à Lausanne, des traitements médicaux para bêtabloquant topique ou par voie orale sont instaurés par les dermatologues. Lors d'angiome plan, un traitement est possible par radiologie interventionnelle, laser. Il existe un groupe suisse des anomalies vasculaires.

La chirurgie de la main prend en charge les anomalies congénitales, soit en surnombre de doigt, soit en défaut.

La chirurgie du cou est faite en collaboration avec les O.R.L. (kystes congénitaux, thyroïde) et des interventions plastiques sont pratiquées pour différentes pathologies. Il existe également une activité avec les pays émergents (Indes, Bangladesh, Bénin, Niger)

### **Orthopédie (Prof Zambelli)**

En oncologie orthopédique, les enfants sont pris en charge sur place, et le chirurgien intervient dans la prise en charge organisée par les oncologues, en concertation. De nombreux paramètres sont à prendre en considération pour la prise en charge (psychologique, histologique, douleur, âge, contexte social,...).

Les critères importants sont :

- 1) l'âge, déterminant le potentiel de croissance : après 12 ans la prise en charge est plus facile
- 2) la topographie, le site de la lésion (une pathologie aux membres supérieurs est plus problématique qu'aux membres inférieurs, où l'amputation est un peu mieux supportée); la localisation épiphysaire est plus mauvaise que diaphysaire
- 3) l'histologie, la présence de métastase, la taille de la tumeur (la chimiothérapie pour le traitement des métastases interfère avec le temps opératoire)
- 4) les douleurs
- 5) une invasion du paquet vasculo- nerveux
- 6) une invasion articulaire entraînant la perte d'une articulation ; les prothèses ne sont pas toujours géniales, la reconstruction parfois difficile
- 7) les fractures pathologiques pour lesquelles il existe un risque de dissémination et pour lesquelles l'imagerie par résonance magnétique est difficile à interpréter

Tous ces critères sont additifs ou multiplicatifs et permettent d'établir un score utile dans la décision de prise en charge.

Le Prof Lascombes présente différentes situations où le chirurgien a employé des techniques astucieuses comme des prothèses d'allongement, ou une reconstruction humérale par inversion de la clavicule.

Chirurgie thoracique mini invasive : de la thoracotomie à la thoracoscopie (Drse Vidal). Les avantages sont une diminution du risque de fusion des côtes et des séquelles musculaires (latissimus dorsi) ainsi que des cicatrices cutanées de petite taille pour la thoracoscopie.

Exemple de chirurgie: pneumothorax sur bulleux pulmonaire, malformation pulmonaire kystique ou séquestre pulmonaire, drainage d'empyème.

Drse Vasseur : Lors d'hyperhydrose invalidante, une sympathectomie par thoracoscopie est à envisager. L'hyperhydrose affecte 1 à 3 % de la population adulte, mais également des enfants.

Les différents traitements existants sont la relaxation, les sels d'aluminium, certains médicaments (antagoniste alpha 2 adrénergique, anticholinergique) la iontophèse, la toxine botulinique (non remboursé). Une méta analyse a montré que la sympathectomie était le meilleur traitement.

Par thoracoscopie, une section des chaînes sympathiques est pratiquée. L'effet est immédiat, mais les mains sont plus chaudes ; il peut y avoir une hypo esthésie transitoire. Les complications peuvent être le pneumothorax, l'hypersudation compensatrice des autres parties du corps, le syndrome de Claude Bernard Horner s'il y a eu une erreur d'intervention dans le premier espace.

**Malformation de la paroi thoracique** (Dr De Buys): une nouvelle consultation sera créée à Genève dès le 1<sup>er</sup> avril pour prise en charge des pectus excavatum, carinatus, et autre pathologie de la paroi thoracique (par exemple syndrome de Poland) l'intervention standard de Ravitch, pratiquée depuis plus de 60 ans, présente un problème de cicatrice : des nouvelles de techniques ont été créées, soit par cloche d'aspiration, soit par chirurgie minimaliste avec insertion d'une barre d'acier entraînant une compression interne contre le sternum

La prise en charge des pectus carinatus est possible par compresseur thoracique externes, différents systèmes existent.

La consultation multidisciplinaire implique pneumologue, cardiologue, physiothérapeute, chirurgien et sera ouverte dès le 1<sup>er</sup> avril 2015.

Compte rendu du Dr V. Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)