

Les chirurgiens pédiatriques: des spécialistes pour les enfants!¹

Ce qu'il faut savoir à propos de cette spécialité chirurgicale ...

Walter Kistler

Ostschweizer Kinderspital, St-Gall

La chirurgie aux infrastructures adaptées aux enfants

Combien de fois la phrase, pourtant si souvent répétée, – les enfants ne sont *pas* de petits adultes – n'est-elle pas ignorée? Les enfants ont pourtant absolument besoin d'une équipe de médecins, d'infirmières, de thérapeutes et d'assistants techniques spécialisés dans l'organisme en croissance. On devrait même dire qu'ils ont le droit d'être soignés par des spécialistes. Or, c'est précisément à cette mission précise que se consacre le chirurgien pédiatrique.

Malgré cela, dans notre système de santé obnubilé par les questions de coûts – car qui donc intègre encore aujourd'hui les bienfaits pour la santé dans les discussions et les calculs de rentabilité –, le chirurgien pédiatrique semble de plus en plus condamné à nager à contre-courant et les enfants sont toujours plus fréquemment pris en charge dans des hôpitaux qui sont mal adaptés à cette population particulière. Comme les enfants ne forment pas un lobby capable de se défendre, leurs besoins sont souvent négligés, avec les conséquences inévitables qui s'en suivent en termes d'inadéquation des soins.

Le chirurgien pédiatrique offre à l'enfant un environnement adapté et une chirurgie taillée sur mesure; là où il ne peut offrir lui-même les compétences opératoires qualitatives requises, il s'attache les services du spécialiste correspondant, qu'il amène dans une infrastructure conçue dès le départ pour l'enfant. Ce type de collaboration existe et a fait ses preuves. Les enfants et leurs parents nous en sont reconnaissants!

Conseil prénatal

Depuis l'apparition des examens prénataux par ultrasons, dans les années 1980, le diagnostic des malformations congénitales n'a cessé de gagner en fiabilité et en précision. Il est donc d'autant plus étonnant que le conseil aux parents concernés soit aujourd'hui encore fréquemment assumé par le médecin qui suit la grossesse, sans

que celui-ci ne dispose forcément des connaissances et de l'expérience nécessaires sur les possibilités actuelles du traitement chirurgical dans ce domaine. Quelles sont les perspectives de l'enfant à naître et de ses parents? Que va-t-il se passer immédiatement après la naissance et plus tard au cours de sa vie? Où et comment l'accouchement doit-il se dérouler?

Le chirurgien pédiatrique est en mesure de répondre à ces questions. Il peut être d'un apport extrêmement précieux dans ce type de situations. Dans les grands centres, il est ainsi intégré dans les réunions du «prenatal board», ce qui permet d'apporter aux parents un conseil spécialisé suffisamment tôt et non dans la précipitation. Ces contacts créent un climat de confiance indispensable dans ces circonstances et aucun couple de parents ne devrait plus en être privé de nos jours!

Remarque: la chirurgie foetale n'est toujours indiquée que dans des cas très particuliers et son usage reste réservé à quelques rares centres hospitaliers.

Nouvelles techniques opératoires

Dans le traitement de l'hydrocéphalie, différents systèmes de shunts, dérivant le liquide céphalo-rachidien dans la cavité abdominale (péritonéal) ou dans la circulation veineuse (atrial), sont utilisés avec succès depuis de très nombreuses années. Les différentes composantes de ces systèmes ont été perfectionnées avec notamment l'apparition de la soupape programmable, qui permet de modifier la résistance à l'écoulement par un dispositif magnétique transcutané. Ces systèmes n'ont cependant que très peu évolué sur le plan des risques de pannes mécaniques ou d'infections.

Une nouvelle option est récemment apparue sous la forme de la ventriculostomie du III^e ventricule [1], qui permet aux patients, en cas de succès, de se passer de shunts pour le restant de leurs jours! La méthode consiste à créer par neuro-endoscopie un passage entre le troisième ventricule et l'espace sous-arachnoïdien (Cisterna interpeduncularis), de façon à rétablir l'écoulement du liquide céphalo-rachidien vers les espaces circulatoires externes. Quelques chirurgiens pédiatri-

¹ Cet article prévu pour les Highlights 2005 paraît en retard, suite à une erreur de la rédaction. Nous prions les auteurs de nous en excuser.

ques, relativement peu nombreux il est vrai, ont acquis les connaissances et les compétences nécessaires et réalisent ce type d'interventions dans leurs hôpitaux, souvent en collaboration avec les collègues neurochirurgiens.

Naître avec une maladie de Hirschsprung signifie jusqu'il y a encore quelques années pour les enfants touchés un traitement opératoire en trois étapes: mise en place d'une colostomie, anastomose intestinale et enfin fermeture de la colostomie.

Depuis la fin des années 90, on procède chez nombre de ces enfants à une opération de correction unique, par voie transanale-endorectale [2, 3], qui présente toute une série d'avantages remarquables: pas de laparotomie, donc moins de douleurs postopératoires, réalimentation rapide et défécations spontanées dès le troisième jour postopératoire, phase de convalescence raccourcie.

Cette technique se prête particulièrement bien aux nourrissons durant les premiers mois de vie et les expériences faites jusqu'ici sont extrêmement encourageantes. Les centres de chirurgie pédiatrique ont entre-temps largement intégré cette méthode opératoire à leur arsenal thérapeutique.

La technique de Nuss [4–6], qui s'est avérée un très grand succès, a connu un grand retentissement médiatique: si les patients souffrant d'un thorax en entonnoir devaient jusque-là accepter des opérations très longues et vivre ensuite avec des cicatrices très inesthétiques, voire même subir des réinterventions, cette malformation de la partie antérieure de la cage thoracique peut aujourd'hui être corrigée par une «simple» traction vers l'avant à l'aide d'une tige métallique («pectus bar»)! Cette intervention, pratiquée sous contrôle endoscopique, nécessite simple-

ment deux petites incisions sur les côtés du thorax, au niveau de la paroi antérieure des creux axillaires; c'est aussi là que sont placés les stabilisateurs destinés à maintenir en position la tige métallique. Les douleurs postopératoires sont contrôlées par une anesthésie péridurale thoracique et le patient peut être mobilisé après seulement quelques jours de repos. La tige métallique est normalement retirée après deux ans.

De nombreux enfants ont d'ores et déjà bénéficié de cette technique «géniale» et de plus en plus de (jeunes) adultes souhaitent également profiter de ce progrès; les chirurgiens pédiatriques se feront un plaisir de faire part de leurs expériences à leurs collègues chirurgiens de l'adulte.

Qualité

Pour être en mesure de maîtriser un domaine à la complexité sans cesse croissante, les chirurgiens pédiatriques poursuivent une formation continue spécialisée dans les centres hospitaliers, en mettant successivement l'accent sur différents aspects particuliers touchant à l'urologie pédiatrique, à la traumatologie pédiatrique, à la chirurgie néonatale et à la chirurgie tumorale; notre société de spécialistes SGK/SSCP établit des standards de qualité, encourage les échanges entre hôpitaux et favorise la formation de la relève.

Notre objectif est de maintenir le très haut niveau de qualité de notre chirurgie pédiatrique et de donner la possibilité aux enfants d'exercer leur droit, comme évoqué précédemment, à bénéficier des compétences particulières de «leurs» spécialistes.

Vous trouverez davantage de renseignements sur les thèmes abordés ci-dessus à l'adresse www.kinderchirurgie.ch

Références

- 1 Kinderspital Zürich. www.kispi.unizh.ch/pf/Kinderspital/Chirurgie-1/Hydrocephalus/behandlung_de.html.
- 2 De la Torre-Mondragón L. Transanal endorectal pull-through for "Hirschsprung's disease". *J Pediatr Surg* 1998;33:1283–6.
- 3 Albanese CT. Perineal one-stage pull-through for Hirschsprung's disease. *J Pediatr Surg* 1999;34:377–80.
- 4 Nuss D, Kelly RE Jr, Croitoru DP, Katz ME. A 10-year review of a minimally invasive technique for the correction of pectus excavatum. *J Pediatr Surg* 1998;33:545–52.
- 5 Hebra A, Swoveland B, Egbert M, Tagge EP, Georgeson K, Othersen HB, et al. Outcome analysis of minimally invasive repair of pectus excavatum: review of 251 cases. *J Pediatr Surg* 2000;35:252–8.
- 6 Hosie S, Sitkiewicz T, Petersen C, Gobel P, Schaarschmidt K, Till H, et al. Minimally invasive repair of pectus excavatum – the Nuss procedure. A European multicentre experience. *Eur J Pediatr Surg* 2002;12:235–8.

Correspondance:
Dr Walter Kistler
Ostschweizer Kinderspital
Claudiusstrasse 6
CH-9006 St. Gallen
walter.kistler@kispisg.ch