

Animaux de compagnie

>> Chirurgie

L'AUTEUR

Anne-Claire Gagnon-Chappuis

Ovariectomie de la chatte : l'intérêt de deux techniques non répertoriées

Un confrère utilise la position de Trendelenburg pour les stérilisations de convenance chez la chatte. Des ovariectomies sous coelioscopie ont été réalisées chez des chattes dans le cadre de recherche et sans impératifs économiques. Ces techniques, jusqu'alors non répertoriées, semblent donner satisfaction.

La profession vétérinaire ne manque ni de diversité, ni d'ingéniosité, comme en témoignent les différentes techniques d'ovariectomie chez la chatte : par le ou les flancs ou par la ligne blanche.

Deux techniques n'étaient jusqu'à présent pas répertoriées : par coelioscopie et en utilisant la position de Trendelenburg d'une façon extrême.

La position de Trendelenburg doit son nom à un chirurgien allemand qui, le premier, eut l'idée de mettre ses patients la tête en bas et les pieds en l'air. Décoiffant ? Révolutionnaire, surtout, et dans la littérature médicale vous trouverez en général associé à la position de Trendelenburg le chiffre d'inclinaison en degré (en moyenne Trendelenburg 12° et jusqu'à 30°). On parle également de Trendelenburg inversé, au-delà de 15 à 45°, le patient étant cette fois-ci presque à la verticale.

L'hypovolémie, principal écueil

Cette position a des avantages et des inconvénients pour les anesthésistes, les chirurgiens et leurs patients. Elle peut provoquer une hypovolémie qui passera inaperçue, écueil principal. Mais sur les sujets obèses, la position de Trendelenburg inversée est très bénéfique, permettant une meilleure intubation, de même que pour la réalisation des phaco-émulsifications où elle permet au vitré, sur ces sujets souvent hypertendus, de retrouver une pression normale, favorable au bon déroulement de l'intervention chirurgicale.

De façon générale, en médecine humaine, c'est sur la chirurgie abdominale et viscérale que le Trendelenburg est indiqué.

Une incision de taille limitée

En médecine vétérinaire, notre confrère Jean-Pierre Kieffer l'utilise avec bonheur depuis plus de 30 ans dans le cadre des stérilisations de convenance dans l'espèce féline.

« L'immense avantage, c'est la taille de l'incision, très limitée, 3 cm, et je fais juste deux points, c'est tout, comme suture », indique Jean-Pierre Kieffer. « J'opère debout, dans un grand confort, en atteignant directement les ovaires ».

Avec un protocole anesthésique classique (Calmivet ND en prémédication, kétamine + valium en anesthésie), notre confrère n'a jamais eu à déplorer d'accidents d'anesthésie. Apprise chez son unique employeur dès 1975, 33 ans de pratique lui donnent un recul et une assurance remarquables.

Néanmoins, quand on interroge un anesthésiste, on sent qu'un ange passe...

Pas d'étude sur les conséquences

« Soyons francs », avertit Patrick Verwaerde (maître de conférences en anesthésie-réanimation, école vétérinaire de Toulouse), « aucune étude n'a mesuré les conséquences d'une telle pratique, qui a l'avantage d'optimiser la vélocité de l'acte chirurgical. Mais les risques existent, notamment en terme d'hypoventilation. La masse abdominale vient comprimer le diaphragme et au niveau cérébral, plus aucune autorégulation du débit n'est possible. Au moins pourrait-on, par précaution, limiter cette position extrême à la recherche des ovaires et, dès cette phase réalisée, remettre la patiente dans une position conforme à la physiologie respiratoire et circulatoire. Il faudrait, en outre, ajouter un analgésique au protocole anesthésique (morphinique ou α_2 agoniste) ».

Une première chez la chatte

La coelioscopie commence à être couramment utilisée dans l'espèce canine, avec une nette préférence pour l'électrocoagulation, le laser ne permettant pas une ligature vasculaire toujours satisfaisante, notamment du pédicule ovarien. Déjà utilisée pour la cryptorchidie intra-abdominale chez le chat, c'est la première fois que l'ovariectomie sous coelioscopie est décrite chez la chatte.



Notre confrère Jean-Pierre Kieffer utilise la position de Trendelenburg avec bonheur depuis plus de 30 ans pour les stérilisations de convenance chez la chatte. L'immense avantage est la taille de l'incision, très limitée

Les chercheurs ont comparé les qualités de l'électrocoagulation bipolaire et du laser sur 14 chattes, placées en position de Trendelenburg à 10°. La résection d'un ovaire a été réalisée par électrocoagulation bipolaire, alors que l'autre l'était par laser. Le protocole anesthésique comportait une prémédication de médétomidine IM, pose d'un cathéter, puis induction au propofol, intubation (O₂/ isoflurane), analgésie complémentaire avec du carprofène IV et antagonisation de la sédation par l'atipamézole en IM.

Satisfaction des propriétaires

D'une façon générale, le pédicule ovarien droit, systématiquement recherché en premier, a toujours été plus difficile à localiser. La durée de l'intervention est sensiblement la même quelle que soit la technique, soit 30 minutes (+/- 6).

Le délai de récupération après l'intervention a été de 0,5 à 2 jours, les chattes recevant toutes du kétoprofène (1mg/kg 1 fois/jour pendant 3 jours).

La pression intra-abdominale de 4 mmHg a amplement suffi pour assurer la bonne visibilité pendant l'intervention. Pour limiter les risques de perforation ou de lésion de la vessie, les chirurgiens ont vidangé celle-ci préalablement et la première incision a été réalisée beaucoup plus crânialement qu'elle ne l'est chez la chienne, soit juste caudalement à l'ombilic en regard de la ligne blanche.

Le niveau de satisfaction des propriétaires a été très élevé, ils ont trouvé la technique élégante. Rappelons que ces ovariectomies sous cœlioscopie ont été réalisées dans le cadre de recherche et sans impératifs économiques. Les techniques courantes ont encore de l'avenir devant elles ! ■

Bibliographie:

L'épopée des tables d'opérations, MA. GERMAIN, S.BONVALOT, MC MISSANA, *Annales de Chirurgie*, 131 (2006)162-166.

The first description of Trendelenburg's elevated position was given by one of his students, Willy Meyer (1854-1932), in [von Langenbeck's] Archiv für klinische Chirurgie, Berlin, 1885, 31: 495-525.

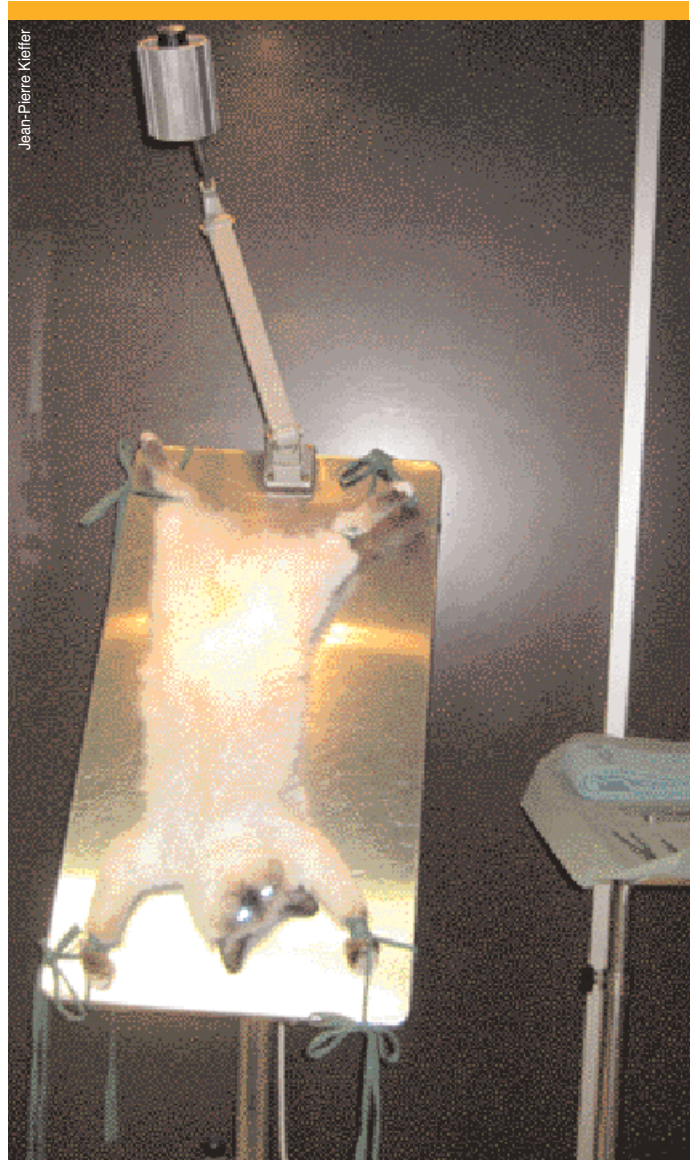
F. Trendelenburg : Über Blasenscheidefisteloperationen und über Beckenhochlagerung bei Operationen in der Bauchhöhle.

Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 355, Chirurgie, Leipzig, 1890; 109: 3372-3392.

Reprinted in Medical Classics, 1940, 4: 936-988.

Includes an account of his attempt, 1886, to cure hydronephrosis by a plastic operation –the first recorded surgical intervention for the relief of this condition.

Laparoscopic ovariectomy in cats: comparison of laser and bipolar electrocoagulation, Sebastiaan A. van Nimwegen, Jolle Kirpensteijn, Journal of Feline Medicine & Surgery, Volume 9, Issue 5, October 2007, Pages 397-403



Des risques existent avec la position de Trendelenburg, notamment en terme d'hypoventilation. La masse abdominale comprime le diaphragme et au niveau cérébral, plus aucune autorégulation du débit sanguin n'est possible.

>> GROS PLAN

Table chirurgicale : le pivot qui fait tout basculer

De l'Antiquité jusqu'en 1800, les tables opératoires n'ont connu quasiment aucune évolution. En bois, solides et lourdes, sur leurs quatre pieds, elles pouvaient au mieux se transformer en chaise. Il faut attendre l'essor conjugué de l'anesthésie et de la sidérurgie pour voir à partir de 1873 la mise au point d'un plateau en fer, voire en zinc (multiperforé, ce qui permet l'écoulement des liquides biologiques). La table opératoire peut alors être transportée.

C'est Morton qui, en 1887, a l'idée lumineuse du pilier central, qui permet la rotation de la table. Reverdin conçoit en 1888 le plateau en verre épais, rendant l'asepsie conforme aux nouvelles données de Pasteur.

L'innovation majeure de Trendelenburg

L'innovation majeure viendra de Trendelenburg en 1890 qui, fixant solidement bras, épaules et pieds de l'opéré sur des barres latérales, peut à loisir incliner le corps ou une partie. C'est son nom que l'histoire retiendra, même si Péan, à Paris en 1892, présentait sa propre table, permettant d'incliner la tête, le tronc et les jambes.

La nécessité de plateaux opératoires transparents est aujourd'hui assurée par des tables en carbone (chirurgie vasculaire) et l'indépendance du pilier par rapport au plateau opératoire permet bien souvent au patient de rester depuis sa chambre jusqu'au bloc sur un « chariot de transport » (en fait, la table d'opération), beaucoup plus sophistiqué qu'il ne le croit. **A.-C.G.C.**