

---

## Le drainage percutané dans les collections de l'abdomen

---

J.F. Delattre, D. Lubrano, N. Levy-Chazal, J.P. Palot et J.B. Flament.

Correspondance :

Professeur Jean François DELATTRE  
Service de Chirurgie Générale et Digestive  
Hôpital Robert Debré  
Avenue du Général Koenig  
51092 REIMS CEDEX  
Tél : 03.26.78.70.95 Fax : 03.26.78.87.39  
Email : jfdelattre@chu-reims.fr

---

### Résumé

Depuis 25 ans, le drainage percutané est devenu une alternative de choix dans le traitement des abcès et des collections liquidiennes de l'abdomen quelle que soit leur étiologie.

De janvier 1986 à janvier 2002, 650 malades ont été traités suivant cette technique dans le service. Parmi eux, 209 présentaient une collection intra-péritonéale et 74 avaient une collection d'organe, hépatique ou splénique. Le taux de succès dans les collections suppurées est de 90 %. Dans les hématomes primitifs ou postopératoires, le taux de succès est de 60 %. Enfin, dans les kystes, quel que soit leur siège, le taux de succès n'est que de 30 %.

Dans notre expérience, le drainage percutané représente une technique fiable et sûre, en particulier dans les abcès. Il permet de guérir un grand nombre de malades chez lesquels l'intervention chirurgicale était autrefois grevée d'une mortalité importante, en raison du terrain ou du contexte septique et souvent des deux. Ces techniques devraient prendre une grande place dans l'arsenal thérapeutique dont dispose le chirurgien.

**Mots clés :** drainage percutané / collections intra-abdominales

---

Le drainage percutané est devenu depuis un quart de siècle le traitement de choix des abcès et des collections liquidiennes de l'abdomen. Ce sont les radiologues qui, à partir de 1975 (1) ont associé, dans un but thérapeutique, leur expérience de l'échographie diagnostique et des techniques de ponction. La plupart des résultats émanent encore aujourd'hui de centres de radiologie interventionnelle qui travaillent en étroite collaboration avec les chirurgiens et les réanimateurs (2-6). Cette situation comporte des risques, car certains chirurgiens sont isolés dans leur pratique quotidienne. C'est la raison pour laquelle nous pensons que tous les chirurgiens devraient avoir une maîtrise parfaite de ces techniques, car les indications sont nombreuses et le bénéfice considérable pour le malade.

Nous avons souhaité rapporter notre expérience à travers les résultats de notre série qui comporte 283 patients hospitalisés dans le service pour une collection

### Abstract

#### **Percutaneous drainage of intra abdominal fluid collections.**

For 25 years, percutaneous drainage has become an elective choice for treatment of intra-abdominal abscesses and fluid collections, whatever the etiology.

From January 1986 to January 2002, 650 patients were treated with this technique in our department. Out of them, 209 presented an intra abdominal collection and 74 an intra visceral collection (liver or spleen). The success rate was 90 % for infected collections, 60 % for primary or postoperative haematomas, and only 30 % for cysts, whatever the localization.

In our experience, percutaneous drainage is a feasible and safe procedure, especially for treatment of intra abdominal abscesses. It allows to cure a large number of patients who would have been operated with high mortality in the past years, related to poor general condition, septic conditions or both.

This procedure should take a greater place in surgical practice.

**Key words :** percutaneous drainage / abdominal fluid collection

---

intra-abdominale.

### Matériel et méthode

De janvier 1986 à janvier 2002, 650 malades ont été traités par drainage percutané échoguidé. Parmi eux, 283 présentaient une collection intra-abdominale. Il s'agissait 185 fois de collections infectées. La répartition topographique de ces collections est résumée dans le tableau 1. Pour tous ces patients le choix thérapeutique a été fait de principe et en première intention sans critère d'exclusion. Cette série chirurgicale est homogène et

TABLEAU 1  
DRAINAGE  
PERCUTANE  
ECHOGUIDE  
283 PATIENTS  
Répartition des  
malades

Abcès sous phrénique	80
Collections sous hépatiques	26
Collection sous mésocoliques	69
Hématomes	34
Collections de la rate	18
Collections du foie	56

prospective.

La technique utilisée a toujours été la même (7). Mise en place sous anesthésie locale d'un petit drain de 7 ou 8 French, suivant la technique de Seldinger à l'aide d'un fil guide rigide. Le repérage de la cible a été réalisé sous échographie car l'échographe est facilement utilisable par le chirurgien en salle d'opération (8). La seule exception concerne les collections pelviennes inaccessibles par voie haute qui peuvent nécessiter un contrôle scanographique pour guider le drain par la grande échancrure sciatique.

Tous nos drains sont placés en aspiration au bocal de Redon. C'est certainement l'élément le plus important. Il constitue l'originalité de notre technique. Les avantages sont nombreux : évacuation rapide ; effacement progressif de la cavité qui est la clef du succès en cas d'alimentation par une fistule digestive ; enfin, cette technique permet d'éviter la diffusion de germes que ce soit au bloc opératoire ou en salle de soins puisque tout se passe en circuit fermé (Fig.1)

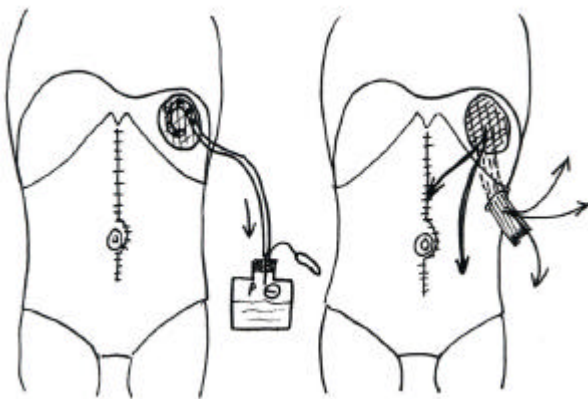


Fig 1- La mise en place du drain en aspiration au bocal de Redon permet de traiter les abcès en « circuit fermé ». Elle permet de contrôler la diffusion des germes à toutes les étapes du traitement.

## Discussion et résultats

Les résultats sont résumés dans le tableau 2.

**Sur l'ensemble de la série, 222 patients (78,4 %) ont guéri sans qu'il soit nécessaire de recourir à un geste chirurgical complémentaire. Mais le taux de guérison est variable en fonction de la nature de la collection.**

*Dans les abcès* sous phréniques le taux de guérison est de 92,5 %. Il faut noter que l'alimentation par une fistule digestive n'est pas une cause d'échec (Fig 2). Il est légèrement inférieur dans les abcès de l'étagé sous mésocoli-

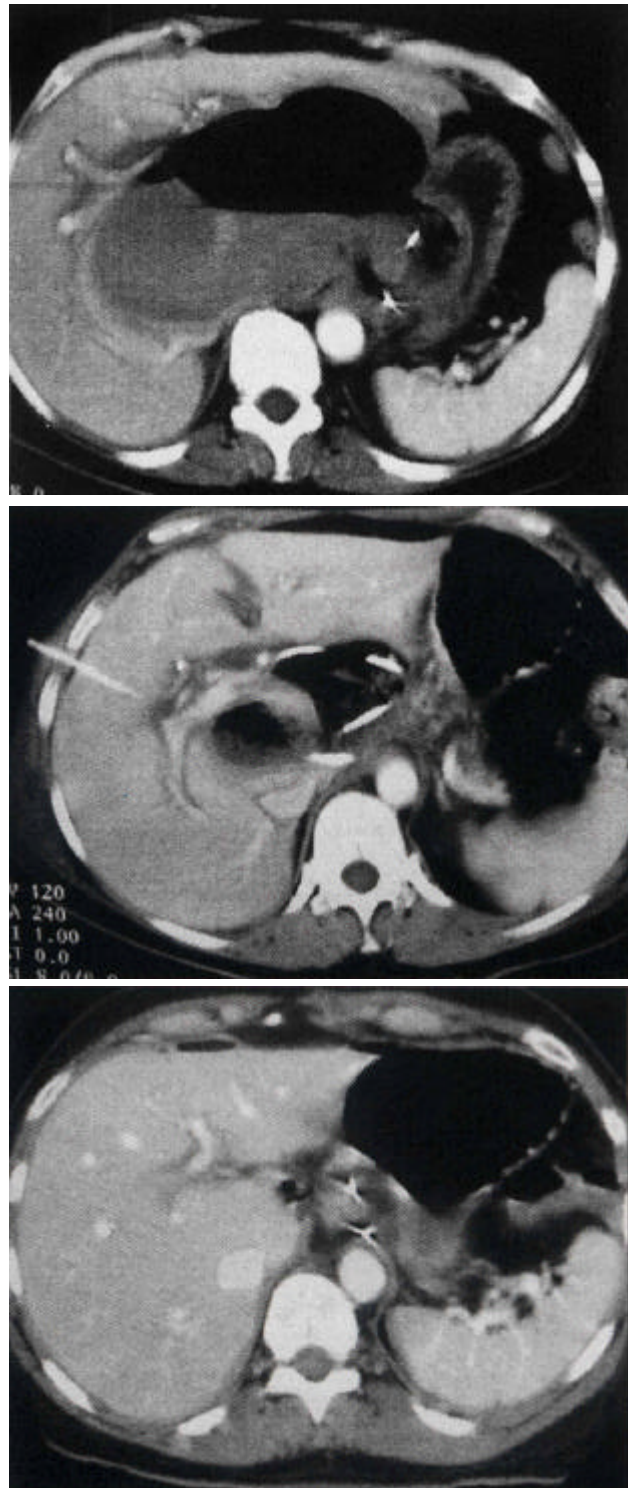


Fig 2. Abcès sous phrénique alimenté dans les suites d'une cure de reflux gastro-oesophagien sous coelioscopie. On remarque la diminution progressive de la cavité pyogaeuze. Ablation du drain à J30. Guérison.

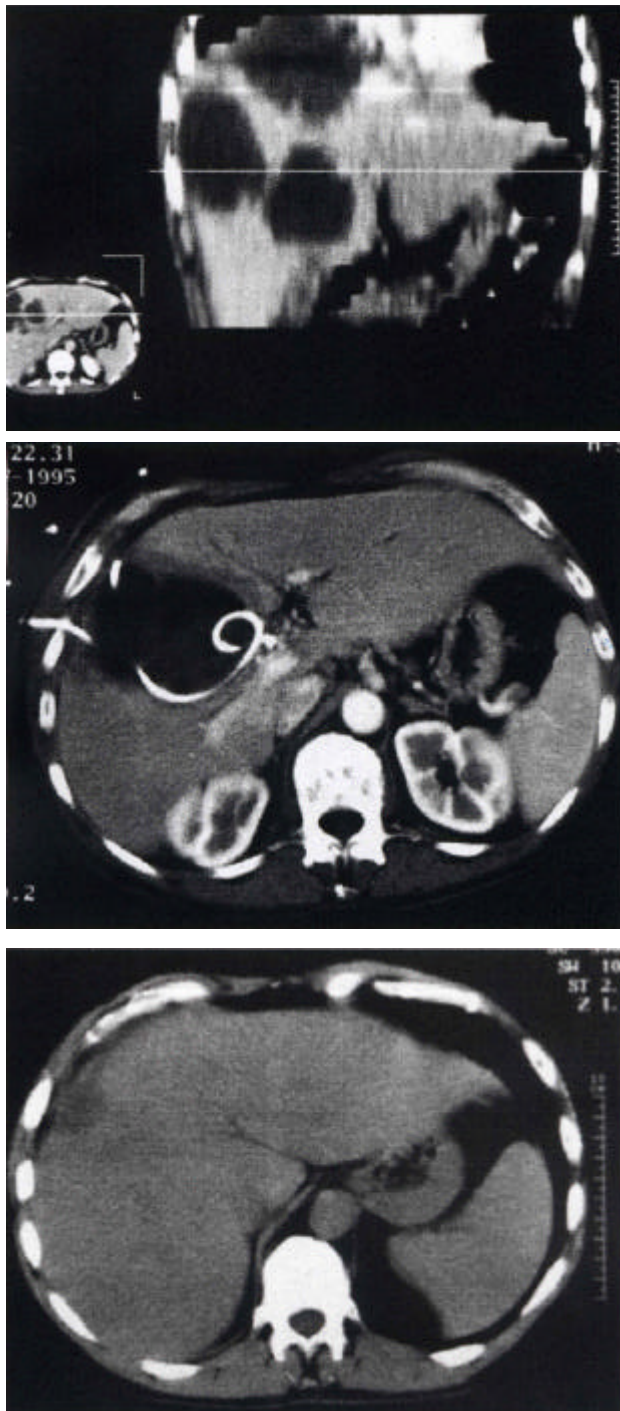
	GUERISON	ECHEC CHIRURGIE	DECES	TOTAL
Abcès sous phréniques	74 (92,5 %)	2 (2,5 %)	4 (%)	80
Collections sous hépatiques	26 (100 %)	0	0	26
Abcès sous mésocoliques	48 (84 %)	8 (14 %)	1 (2 %)	57
Séromes postopératoires	8	0	0	8
Hématomes	23 (62 %)	15 (32%)	2 (6 %)	40
Abcès de la rate	7 (100 %)	0	0	7
Abcès du foie	27 (87 %)	3 (10 %)	1 (3 %)	31
Kystes vrais	9 (26 %)	25 (74 %)	0	34
<b>TOTAL</b>	<b>222 (78,4 %)</b>	<b>53 (18,7 %)</b>	<b>8 (2,8 %)</b>	<b>283</b>

TABLEAU 2. DRAINAGE PERCUTANE ECHOGUIDE RESULTATS

que (84 %) et les abcès du foie (87 %) (Fig 3). Par contre, tous les abcès de la rate, dont 4 compliquaient une infection à Salmonelles, ont guéri (9). Ces chiffres sont en accord avec ceux de la littérature puisque sur 752 patients traités dans 18 séries (10) le taux de succès est de 81,3 %. Nos chiffres, légèrement supérieurs, s'expliquent peut-être par le fait que nos drains sont placés en aspiration, ce qui permet certainement de guérir un nombre plus important d'abcès alimentés par une fistule digestive.

**Les collections séreuses aseptiques postopératoires** ont

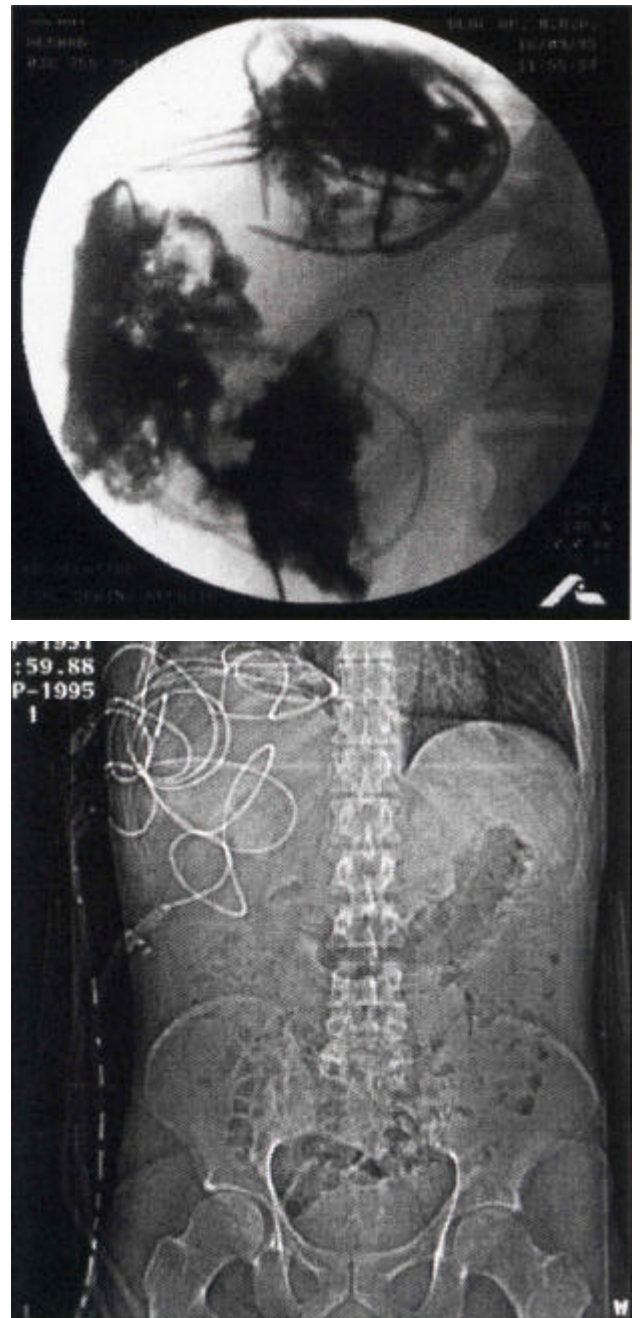
Fig 3 – Abcès amiben multiple du foie avec fistule biliaire. Drainage percutané (3 drains). Guérison sans séquelles à 6 mois.



toutes guéri avec le drainage percutané. Il faut surtout souligner que dans ce cadre le drainage percutané évite une laparotomie inutile et souvent dangereuse chez un opéré récent.

**Dans les hématomes**, qu'ils soient postopératoires ou spontanés (complication des anti-coagulants) le taux de succès est moins important (62 %). Le drainage percutané a ici un rôle de décompression dans les premiers jours. Il apporte une aide à la résorption spontanée le plus souvent (Fig 3). Cependant un malade sur trois entrant dans ce cadre doit avoir un drainage chirurgical complémentaire.

**Dans les kystes vrais**, qu'il s'agisse de kystes du foie, de la rate ou du péritoine, l'efficacité du drainage percutané est moindre (26,4 %). Les succès concernent des kystes hépatiques de petite taille. Le plus souvent la récurrence est la règle car la paroi du kyste est sécrétante. Nos indications actuelles vont vers la résection de la paroi du kyste



sous coelioscopie (Fig 4).

La mortalité globale de cette série est de 2,8 %. Il s'agit souvent de patients âgés opérés d'une pathologie lourde. Une seule fois le drainage percutané peut être rétrospectivement mis en cause. Il s'agissait d'une patiente âgée de 78 ans qui avait un abcès sous phrénique dans les suites d'une hépatectomie droite pour métastases hépatiques d'un cancer colique. Cet abcès sous phrénique était alimenté par une fuite biliaire. Le drainage percutané n'a pas permis de maîtriser la situation malgré deux changements de drains. L'évolution n'aurait peut être pas été défavorable si on avait effectué un drainage chirurgical large à la phase précoce. Cette observation illustre d'ailleurs un des problèmes non résolus dans ce type d'approche mini-invasive. Quand faut-il intervenir lorsque le drainage percutané ne permet pas de maîtriser le tableau septique ? L'analyse de la littérature ne permet pas de répondre de façon précise à cette question (10, 11).

### Conclusion

L'expérience que nous avons acquise depuis plus de 15 ans dans le service correspond aux données de la littérature. Elle nous permet d'affirmer que le drainage percutané est une alternative fiable au drainage chirurgical (11). Cette technique, réalisée sous anesthésie locale, est adaptée à des malades ou à des opérés récents qui présentent de multiples facteurs de risque liés au terrain et à l'infection. Cette approche peut être considérée avec scepticisme par le chirurgien qui a été éduqué dans le principe du drainage large et déclive avec contrôle des fistules. Cependant, les résultats doivent nous encourager à développer ces techniques dans les centres chirurgicaux pour que tous les malades puissent en bénéficier. Les chirurgiens avaient appris à utiliser la radiologie au cours de leurs interventions biliaires, ils doivent se familiariser avec l'échographie pour promouvoir cette nouvelle arme thérapeutique.

### Références

1. Haaga J.R., Alfidi R.J., Havrilla T.R., Cooperman A.M., et al: CT detection and aspiration of abdominal abscesses. *Am.J Roentgenol.*, 1977 ; 128 : 465-74.
2. Dondelinger R., Meoli S., Kurdziel J.C. : Aspiration et drainage percutanés des collections thoraciques et abdominales sous contrôle tomodensitométrique. *J.Radiol.*, 1982 ; 63 : 75-83.
3. Elyaderani M.K., Skolnick M.L., Weinstein B.J.: Ultrasonic detection and aspiration confirmation of intra-abdominal collection of fluid. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1979 ; 149 : 529-33.
4. Haaga J.R., Weinstein A.J. : CY-guided percutaneous aspiration and drainage of abscesses. *Am. Roentgen Ray Society*, 1980, 135, 1187-1194.
5. Gerzof S.G., Robbins A.H., Johnson W.C., Birkett D.H. et al : Percutaneous catheter drainage of abdominal abscesses. *N. Eng. J. Med.*, 1981 ; 305 : 653-7.
6. Mueller P.R., Van Sonnenberg E., Ferrucci J.T. : Percutaneous drainage of 250 abdominal abscesses and fluid collections. *Radiology*. 1984 ; 151 : 343-7.
7. Flament J.B., Delattre J.F., Palot J.P., Avisse C., et al. : Le drainage percutané échoguidé des collections intrapéritonéales. *Chirurgie*, 1991, : 117 : 298-311.
8. Yiengpruksawan A., Ganepola P., Freemann H.P. : Extended applications of ultrasonography by the surgeon. A preliminary report. *Am. J. Surg.*, 1987 ; 153 : 221-5.
9. Avisse C., Delattre J.F., Ouedraogo T., Beguinot I., et al: Les abcès de la rate. *J. Chir. (Paris)*. 1994 ; 131 : 423-9.
10. Kurdziel J.C. Dondelinger R.F. : Approche intégrée des abcès abdominaux par l'imagerie diagnostique et interventionnelle. Cours de perfectionnement post-universitaires de la Société française de Radiologie. 1987, 1-13.
11. Johnson W.C., Gerzof S.G., Robbins A.H., Nabseth D.C. : Treatment of abdominal abscesses. Comparative evaluation of operative drainage versus percutaneous catheter drainage guided by computed tomography or ultrasound. *Ann. Surg.*, 1981 ; 194 : 510-20.

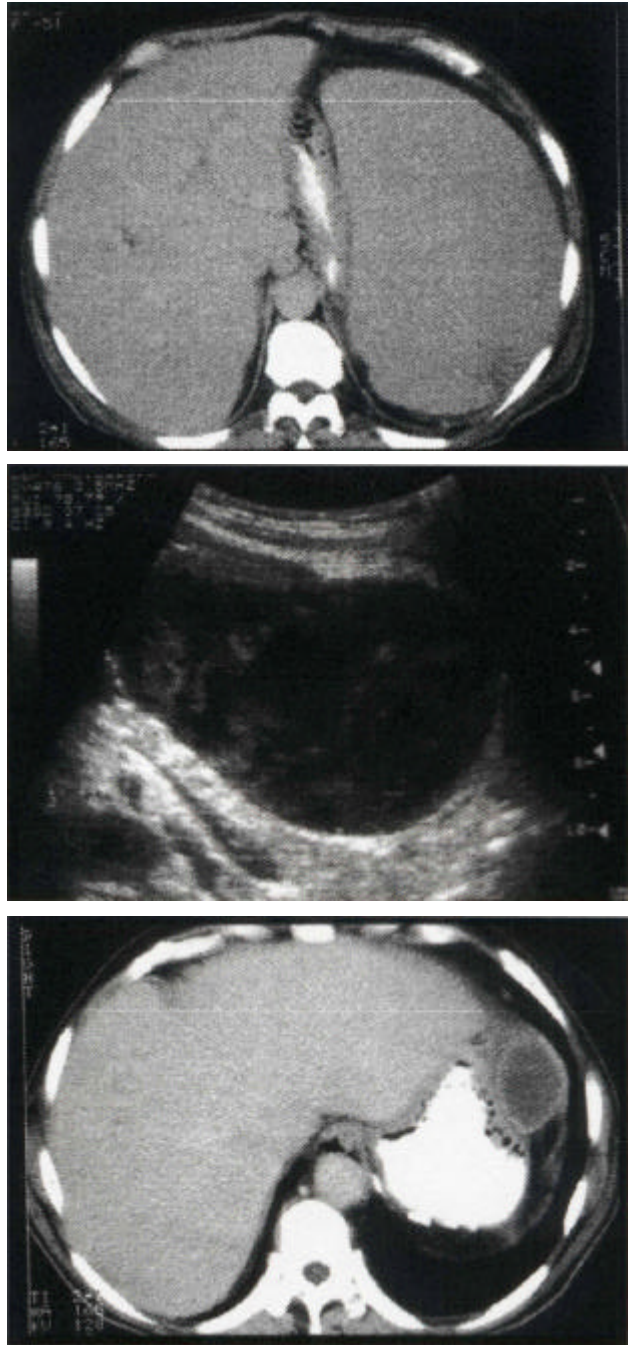


Fig 4 – Hématome post splénectomie (rate lymphomateuse de 6 kg). Noter le petit résidu asymptomatique sur le contrôle au 3<sup>ème</sup> mois.

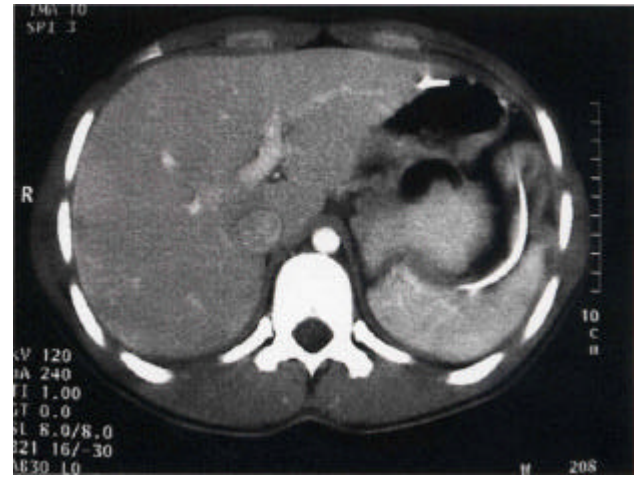
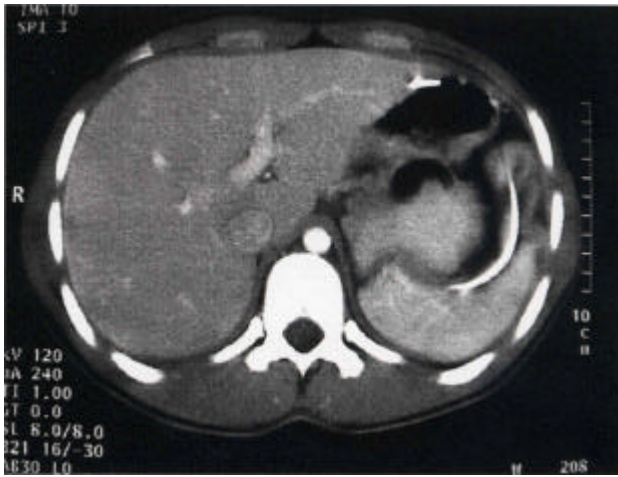


Fig 5 – Volumineux kyste splénique de 1,5 litre. Drainage percutané (5a-b). Récidive immédiate après ablation du drain à J 21. Résection du kyste sous coelioscopie = guérison (5c-d).

