

HÉMICOLECTOMIE DROITE PAR UNE SEULE INCISION SUS-PUBIENNE AVEC ANASTOMOSE INTRACORPORELLE



G. Dapri, P. Mathonet, V. Zulian, M. Bortes, J. Bruyns, G.-B. Cadière

Bruxelles - BELGIQUE

ESLS BRUSSELS
EUROPEAN SCHOOL OF LAPAROSCOPIC SURGERY 

Nous décrivons la technique d'hémiectomie droite par une seule incision sus-pubienne avec anastomose intracorporelle. Le film est disponible sur le site Facebook  de l'ESLS .

MOTS CLÉS : Hémiectomie droite, Une seule incision, Un seul trocart, Un seul accès, Laparoscopie, Anastomose intracorporelle.

TECHNIQUE

Matériel nécessaire

- un PDS 1, un Vicryl 1, deux Vicryl 2, trois PDS 2/0, un Monocryl 4/0
- un trocart métallique réutilisable de 11 mm (Karl Storz - Endoskope, Tuttlingen, Allemagne)
- un trocart métallique réutilisable de 13 mm (Karl Storz - Endoskope, Tuttlingen, Allemagne)
- deux trocarts flexibles réutilisables de 6 mm (Karl Storz - Endoskope, Tuttlingen, Allemagne)
- une optique droite, 10 mm, 30° et longueur 38cm (Karl Storz - Endoskope, Tuttlingen, Allemagne)
- une optique droite, 5 mm, 30° et longueur 55cm (Karl Storz - Endoskope, Tuttlingen, Allemagne)
- une pince à clip droite de 5 mm réutilisable (Weck Hem-o-lock, Teleflex Medical, Belgium)
- un disque en plastique de protection non-réutilisable (Vi-Drape, Medical Concept Development MN, US)
- une agrafeuse roticulaire linéaire 45 non-réutilisable (Johnson & Johnson, Ethicon Endosurgery, Cicinnati OH, US ou Covidien, New Haven CT, US) + 1 chargeur blanc ou crème et 3 chargeurs bleu ou mauve
- un set pour cœlioscopie par une seule incision selon DAPRI réutilisable (Karl Storz - Endoskope, Tuttlingen, Allemagne):
 - une pince à préhension courbe (grasper I®) (Fig. 1a),
 - une pince à préhension courbe (grasper IV®) (Fig. 1b),
 - un crochet coagulateur courbe (Fig. 1c),
 - une pince bipolaire courbe (Fig. 1d),
 - des ciseaux bipolaires courbes (Fig. 1e),
 - une pince à dissection courbe (Fig. 1f),
 - des ciseaux courbes (Fig. 1g),
 - un porte-aiguille courbe (needle holder I®) (Fig. 1h),
 - une aspiration courbe.



Fig. N° 1

Instruments courbes réutilisables selon Dapri
(Karl Storz - Endoskope, Tuttlingen, Allemagne)

Procédure chirurgicale : position du patient, des chirurgiens et des trocarts

Le patient, sous anesthésie générale, est installé en position supine et jambes écartées. Une sonde urinaire et nasogastrique est mise en place. L'opérateur se place entre les jambes du patient et l'aide caméra est à la gauche du patient. Une incision cutanée médiane transversale de 3,5 cm est faite à 1 cm au-dessus de la symphyse pubienne (Fig. N°2). Le fascia sous-jacent est incisé de

Comment je fais ?



Fig. N° 2

non dominante du chirurgien, en l'occurrence la pince à préhension courbe I. Un autre trocart flexible réutilisable de 6 mm est inséré à 3h à l'extérieur des points en bourse pour les instruments de la main dominante du chirurgien tels que la pince à préhension courbe IV, le crochet coagulateur courbe, la pince bipolaire courbe et les ciseaux bipolaires courbes, la pince à dissection courbe, les ciseaux courbes, le porte aiguille courbe I, l'aspiration courbe et une pince à clips droits de 5 mm (Fig. N° 3).

Déroulement de l'intervention

La cavité abdominale est explorée pour éliminer la présence de métastases péritonéales, lésions superficielles du foie et liquide péritonéal libre. La table d'opération est initialement placée en position de Trendelenburg modérée avec un roulis gauche. Le colon transverse est exposé en repoussant le grand épiploon et l'intestin grêle est doucement repoussé dans les quadrants gauche de l'abdomen libérant le quadrant droit, jusqu'à ce que la dernière anse iléale soit identifiée. Cette anse est prise par la pince à préhension courbe I et le mésentère est séparé du feuillet péritonéal en utilisant le crochet coagulateur courbe (Fig. N° 4). La valve iléo-cœcale est libérée du péritoine pariétal et le mésocolon droit est disséqué en utilisant une approche de latéral à médian (Fig. N° 5). La dissection est poursuivie vers le haut, respectant le fascia de Gerota jusqu'à identification du 2^e et 3^e duodénum (Fig. N° 6).



Fig. N° 4



Fig. N° 3



Fig. N° 5

Pour la dissection mésocolique la table d'opération est placée sans aucun Trendelenburg ni roulis. En saisissant le mésentère et le mésocolon droit avec la pince à préhension courbe I, la tension appliquée est suffisante pour la section avec le crochet coagulateur courbe (Fig. N° 7), la pince bipolaire courbe et les ciseaux bipolaires courbes, en respectant la limite médiale de la veine mésentérique supérieure. L'opérateur peut obtenir la triangulation optimale de la laparoscopie qu'autorise l'espace de travail sans croisement des mains (Fig. N° 8) et sans conflit entre les pointes des instruments. Les vaisseaux iléo-coliques, les



Fig. N° 6



Fig. N° 7



Fig. N° 8

vaisseaux coliques droits et les vaisseaux coliques moyens sont exposés à l'origine et disséqués avec la pince à dissection courbe. Ces vaisseaux sont clippés individuellement à leur racine à l'aide d'une pince à clips droit et sectionnés avec les ciseaux courbes (Fig. N° 9, 10).

Pour la mobilisation de la flexure hépatique, la table d'opération est placée en Trendelenburg inversé et en roulis gauche. L'angle hépatique est libéré de dehors en dedans. La portion de l'épiploon attachée au colon transverse proximal est aussi disséquée.



Fig. N° 9



Fig. N° 10

Anastomose intracorporelle semi-mécanique linéaire

Pour l'anastomose, la table d'opération est placée en Trendelenburg et roulis droit. Le trocart métallique réutilisable de 11 mm est remplacé par un trocart métallique réutilisable de 13 mm pour l'utilisation d'une agrafeuse roticulaire linéaire 45. Une optique droite de 5 mm, 30° et longue est insérée dans le trocart flexible réutilisable de 6 mm en position de 3h (Fig. N° 11). L'intestin grêle est sectionné par une agrafeuse linéaire à chargeur blanc ou crème (Fig. N° 12); le colon transverse est sectionné par l'agrafeuse linéaire à chargeur bleu ou mauve (Fig. N° 13). Une anastomose intracorporelle semi-mécanique linéaire latéro-laterale est réalisée. Le colon transverse restant et le grêle sont placés côte à côte; une ouverture de 1 cm est faite dans chaque lumière avec le crochet coagulateur et l'agrafeuse linéaire à chargeur bleu ou mauve est introduite et on agrafe (Fig. N° 14).

Comment je fais ?



Fig. N° 11



Fig. N° 13



Fig. N° 15

fascia du muscle droit de l'abdomen sont réunies (Fig. N° 18) et un disque en plastique est mis en place dans la cavité abdominale pour protéger l'accès avant le retrait de la pièce opératoire (Fig. N° 19). Après avoir retiré la pièce opératoire, le péritoine et le fascia du grand droit sont méticuleusement fermés plan par plan avec du matériel résorbable (Vicryl 2) (Fig. N° 20) et la peau (Fig. N° 21) fermée par suture intradermique en Monocryl 4/0. Le cathéter urinaire et la sonde naso-gastrique sont retirés à la fin de la procédure.

L'entérocolotomie est fermée par deux hémisurjets en PDS 2/0 à l'aide de la pince à préhension courbe I et du porte-aiguille courbe I (Fig. N° 15). L'espace mésentérique est fermé par un surjet au PDS 2/0 (Fig. N° 16). Le chirurgien continue à travailler en position ergonomique comme en laparoscopie classique (Fig. N° 17).



Fig. N° 12



Fig. N° 14

Fin de la procédure

La table d'opération est placée sans Trendelenburg ni roulis, la cavité abdominale au voisinage de l'anastomose iléo-colique est lavée avec une solution physiologique et la pièce est retirée par l'incision sus-pubienne. Les deux sutures en bourse et les trois trocarts sont alors retirés. Les ouvertures de trocarts sur le

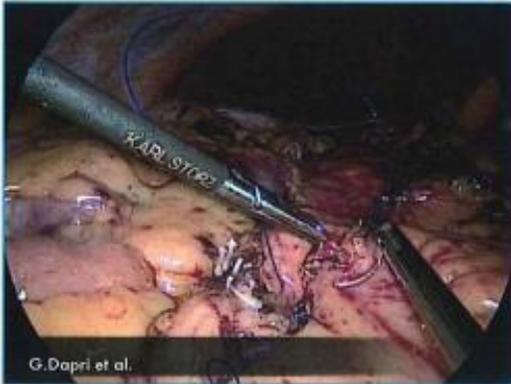


Fig. N° 16



Fig. N° 17



Fig. N° 18



Fig. N° 19



Fig. N° 20



Fig. N° 21

Attitude en postopératoire

Le patient est autorisé à boire de l'eau au 1er jour postopératoire et à avoir un régime solide au 3eme. Une sortie est autorisée le lendemain si aucune complication n'est apparue.

JUSTIFICATION DE LA TECHNIQUE PROPOSÉE

- * L'hémiectomie droite par une seule incision sus-pubienne permet d'utiliser la même incision tant pour placer les trocarts nécessaires à l'intervention, que pour retirer la pièce opératoire sans la nécessité de faire d'autres incisions pour les trocarts habituels.

Comment je fais ?

- Le résultat esthétique est aussi assuré car l'incision, qui est la seule dans l'abdomen, reste juste au-dessus du pubis et peut être couverte par le sous-vêtement du patient.
- Cet accès peut être élargi en fonction de la dimension de la tumeur sans nuire au résultat esthétique du patient, car la cicatrice reste toujours couverte par le sous-vêtement.
- Le chirurgien, qui se place entre les jambes du patient, travaille en respectant une de règles de base de la coelioscopie qui est l'alignement de la tête du chirurgien, du champ opératoire et du moniteur de coelioscopie dans le même axe.
- Les dissections du mésentère et du mésocolon droit se font sur le même axe que l'accès sus-pubien.
- Grâce aux instruments courbes, la deuxième règle de la coelioscopie, "le travail en triangulation" est respectée à l'intérieur de l'abdomen comme à l'extérieur et le chirurgien, pendant toute la procédure, travaille en position ergonomique avec les bras fléchis.
- L'anastomose intracorporelle est réalisée sans traction et en face dans le champ opératoire.
- La table d'opération est utilisée comme une aide opératoire. En effet, différentes positions sont utilisées pour permettre la bonne exposition optimale du champ opératoire.
- Enfin la douleur postopératoire est minimale, comme après un césarienne, car aucune section de structure musculaire douloureuse n'est réalisée.

CHU Saint-Pierre
Service de Chirurgie Digestive
Ecole Européenne de Laparoscopie
322, Rue Haute
1000 Bruxelles, Belgique

Correspondance
giovanni@dapri.net

Nous vous rappelons que le film est disponible sur le site Facebook de l'ESLS ainsi que sur le site du Journal de Coelio-Chirurgie.

Liens utiles :

https://www.facebook.com/esls.brussels?ref=tn_tnmn

<http://www.coelio-surgery.com>