



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

## Colectomie droite : intérêt de l'approche totalement laparoscopique<sup>☆</sup>

Right colectomy: Value of the totally laparoscopic approach

O. Facy\*, L. De Magistris, V. Poulain, M. Goergen,  
G. Orlando, J.-S. Azagra

Unité des maladies digestives et endocrines (UMADE), centre hospitalier de Luxembourg, 4, rue Barblé, 1210 Luxembourg, Luxembourg

Disponible sur Internet le 15 mai 2013

### MOTS CLÉS

Colectomie droite ;  
Laparoscopie ;  
Anastomose  
intracorporelle

### Résumé

**Introduction.** — La place de la laparoscopie pour la colectomie droite reste controversée, du fait du manque de standardisation de la technique, avec principalement les procédures cœlio-assistées avec anastomose extracorporelle, et totalement laparoscopiques avec anastomose intracorporelle.

**Méthodes.** — Les patients opérés d'une colectomie droite totalement laparoscopique depuis 2004 ont été revus et leur données pré-, per- et postopératoires colligées.

**Résultats.** — Quatre-vingt deux patients ont été opérés, dont 32 avait un IMC supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> (39%). La durée opératoire moyenne était de 113 minutes. Dans la majorité des cas, la pièce opératoire était extraite par un Pfannenstiel sus-pubien de 4 à 6 cm. Trois conversions en procédure cœlio-assistée ont été nécessaires pour contrôle du pédicule iléocœcal lors d'envahissement ganglionnaire majeur dans deux cas et palpation d'un polype dans un cas. La morbidité globale a été de 29,3%, avec seulement 9,8% de morbidité pariétale, sans différence entre les patients obèses et de IMC inférieur à 30 kg/m<sup>2</sup>. La durée moyenne d'hospitalisation a été de neuf jours et deux patients ont présenté une éventration à distance sur la cicatrice d'extraction.

**Conclusion.** — Ces résultats satisfaisants montrent que l'approche totalement laparoscopique est faisable et sûre, notamment chez les patients obèses. De plus, la faible morbidité pariétale plaide pour cette approche.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2013.03.015>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans le *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [olivierfacy@yahoo.fr](mailto:olivierfacy@yahoo.fr) (O. Facy).

**KEYWORDS**

Right colectomy;  
Laparoscopy;  
Intracorporeal  
anastomosis

**Summary** The role of laparoscopy for right colectomy remains controversial – largely because of a lack of standardization of the operative procedure including a diversity of techniques including laparoscopy-assisted cases with extracorporeal anastomosis and totally laparoscopic procedures with intracorporeal anastomosis.

**Methods.** – The charts of all patients who underwent right colectomy by a totally laparoscopic approach in our service since 2004 were reviewed and pre-, intra-, and postoperative data were collected.

**Results.** – Eighty-two patients underwent totally laparoscopic right colectomy; of these, 32 had a BMI greater than 20 kg/m<sup>2</sup> (39%). The mean operative duration was 113 minutes. In most cases, the operative specimen was extracted through a supra-pubic Pfannenstiel incision measuring 4–6 cm in length. Three cases were converted to a laparoscopy-assisted technique (in order to control the ileo-cecal vascular pedicle because of extensive nodal invasion in two cases, and to evaluate a hepatic flexure polyp in the third case). Overall morbidity was 29.3% and parietal morbidity was only 9.8%; there was no difference in morbidity between obese patients (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) and non-obese patients (BMI < 30 kg/m<sup>2</sup>). The mean duration of hospitalization was 9 days and two patients developed ventral hernia in the extraction incision in long-term follow-up.

**Conclusion.** – These satisfactory results show that the totally laparoscopic approach to right colectomy is technically feasible and safe, even in obese patients. In addition, the very low rate of parietal complications is an argument in favor of this approach.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La colectomie droite par laparoscopie est une intervention dont les avantages par rapport à l'abord ouvert sont plus difficiles à mettre en évidence que ceux de la colectomie gauche [1–4], du fait du manque de standardisation de la technique: la notion de colectomie droite par laparoscopie regroupe les procédures coelio-assistées, comprenant la simple mobilisation par laparoscopie suivie de la section vasculaire et de l'anastomose réalisées par une laparotomie plus ou moins courte, et la mobilisation et la section vasculaire par laparoscopie puis l'anastomose iléocolique réalisée par la cicatrice d'extraction [5–7]. La procédure totalement laparoscopique consiste quant à elle à réaliser la mobilisation, la section vasculaire et l'anastomose par voie laparoscopique, puis à extraire la pièce opératoire par une incision [7–9]. Cette disparité rend difficile les comparaisons, tant avec les procédures classiques par laparotomie qu'avec les procédures plus récentes, robotique, par incision unique ou par voie naturelle [5]. Souvent jugées techniquement plus simple et moins coûteuses, les techniques coelio-assistées sont parfois difficiles, notamment chez les patients obèses, et pourvoyeuses d'une morbidité pariétale proche de la laparotomie. Nous avons donc revu rétrospectivement notre expérience de la technique totalement laparoscopique, notamment en termes de faisabilité chez le patient obèse et de complications pariétales.

## Patients et méthodes

### Technique opératoire

L'installation du patient était un léger proclive et roulis gauche. Deux trocarts de 10 mm étaient placés en péri-ombilical et hypochondre gauche et deux trocarts de 5 mm dans le flanc gauche et la fosse iliaque droite (Fig. 1). Après exploration de la cavité péritonéale, les pédicules iléocœcal et colique supérieur étaient liés à leurs origines. La

mobilisation était ensuite effectuée de dedans en dehors. Après section colique et grêle à l'agrafeuse Echelon® 60 mm chargeur bleu (Ethicon Endo-Surgery, États-Unis), une anastomose latéro-latérale iso-péristaltique était réalisée par la même agrafeuse, puis les orifices d'entrée fermés par un surjet de monofilament résorbable. Le drainage n'était pas systématique. La pièce opératoire était ensuite extraite par un Pfannenstiel sus-pubien conservant les muscles et mesuré lors de l'intervention, sauf en cas d'autres cicatrices rendus nécessaires par des gestes associés ou de cicatrices déjà présentes (Mc Burney).

### Données colligées

L'ensemble des patients opérés d'une colectomie droite par laparoscopie depuis 2004 ont été revus rétrospectivement. Les données préopératoires ont inclus l'âge, le sexe, le score de l'American Society of Anaesthesiology (ASA), l'indice de masse corporelle (IMC), les antécédents opératoires et l'indication. Les données peropératoires ont compris la durée opératoire et de l'anastomose en minutes, les complications peropératoires et leur gestion, les pertes sanguines, le caractère urgent ou réglé, les gestes éventuellement associés. La conversion en voie coelio-assistée était définie par la réalisation d'un des temps opératoires (section vasculaire, libération colique, section digestive ou anastomose) au travers de la cicatrice d'extraction et la conversion en laparotomie était définie par la réalisation de tous ces gestes par voie ouverte. Les données postopératoires ont inclus la durée d'hospitalisation, la mortalité, les complications générales classées selon Dindo et Clavien [10], la morbidité liée à l'anastomose (fistule, hémorragie ou sténose), la morbidité pariétale précoce (éviscération, abcès de paroi) et tardive (éventration) des patients revus à un an. L'éventration était recherchée cliniquement et un scanner abdominal était réalisé en cas de symptômes évocateurs mais d'examen clinique difficile, notamment chez les patients obèses. Les données anatomopathologiques ont

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311907>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311907>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)