Journal de Chirurgie Viscérale (2010) **147**, 43—48

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Colectomie droite laparoscopique☆

Laparoscopic right colectomy

N. Goasguen, H. Mosnier*

Département de pathologie digestive, groupe hospitalier Diaconesses Croix-Saint-Simon, 125, rue d'Avron, 75020 Paris, France

Disponible sur Internet le 29 mars 2010

La colectomie droite par laparoscopie obéit à des règles identiques à celles de la colectomie gauche. La dissection est menée de façon médiale, allant de dedans en dehors. Les ligatures vasculaires sont donc réalisées en premier, avant toute mobilisation du côlon qui gênerait l'exposition. Une colectomie laparoscopique reste contre-indiquée en cas de volumineuse tumeur et/ou de lésion T4 (tumeur palpable cliniquement, tumeur avec une extension pariétale ou duodénale sur un scanner) où, même si l'intervention est parfois possible sous laparoscopie, le bénéfice est très faible du fait de l'importance de l'incision d'extraction.

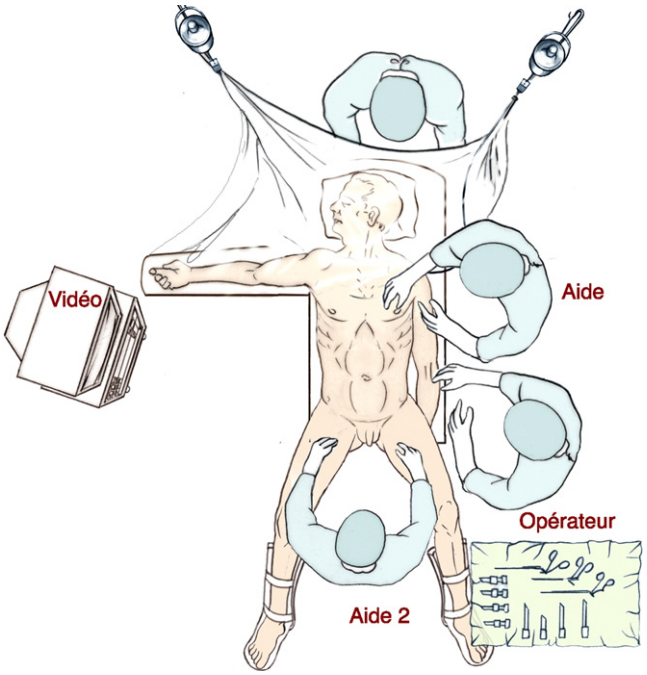
DOI de l'article original : 10.1016/j.jviscsurg.2010.01.002.
☆ Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.
* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : hmosnier@ch-diaconesses.fr (H. Mosnier).

1878-786X/$ — see front matter © 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.
doi:10.1016/j.jchirv.2010.01.002

1 Installation du malade

Le malade est installé le membre supérieur gauche le long du corps, le membre supérieur droit en abduction, les membres inférieurs en abduction. Il est souhaitable de disposer de bottes permettant de contrôler l'appui des membres inférieurs, qui doit se faire sur le talon et non pas sur le mollet, et d'éviter une rotation externe de la cuisse qui risquerait de comprimer le nerf sciatique poplité externe. L'usage d'un matelas « coquille » permet de bien immobiliser le malade. Une position de Tredelenburg modérée et un roulis important vers la gauche facilitent l'exposition. Il n'est pas mis en place de façon systématique de sonde gastrique ni vésicale.

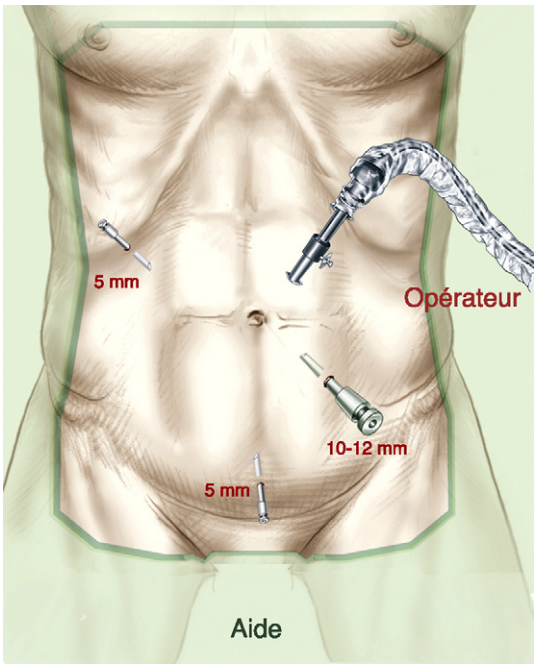
L'opérateur est à gauche du malade, l'aide à la droite de l'opérateur, l'instrumentiste entre les jambes du malade. En l'absence d'instrumentiste, il est utile de positionner un bras porte instruments au niveau du creux sus-claviculaire droit.



2 Orifices de trocarts et instrumentation

Une optique à vision latérale de 45° permet d'explorer la cavité abdominale et de libérer, avec une bonne vision, toutes les adhérences en rapport avec des interventions antérieures. Le pneumopéritoine est réalisé dans l'hypochondre gauche. On positionne à cet endroit le trocart optique. Un trocart de 10/12 mm est ensuit mis en sous- et latéro-ombilical gauche pour la main droite de l'opérateur et un trocart de 5 mm sus pubien pour la main gauche de l'opérateur.

Un dernier trocart de 5 mm est placé dans l'hypochondre droit. Il permet de présenter le côlon ou son méso. C'est à cet endroit que va être faite l'incision d'extraction de la pièce opératoire.



Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3312397

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3312397

Daneshyari.com