

COMMENT JE FAIS...

Comment je fais ... la prise en charge d'un kyste de l'ovaire de gros volume par coelioscopie

How I do ... the laparoscopic management of a large adnexial mass

A.-C. Philippe^{a,b}, N. Bourdel^{a,*b}, A.-S. Azuar^{a,b}, É. Lagrange^{a,b}, C. Vago^{a,b}, R. Botchorishvili^{a,b}, M. Canis^{a,b}, G. Mage^{a,b}

^a Department of Gynaecologic Surgery, Pôle de gynécologie-obstétrique, CHU Estaing, 1, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1, France

^b Centre international de chirurgie endoscopique (CICE), faculté de médecine, bâtiment 3 C, 28, place Henri-Dunant, 63000 Clermont-Ferrand, France

Reçu le 15 mars 2011 ; accepté le 11 juillet 2011

Disponible sur Internet le 13 octobre 2011

Mots clés : Coelioscopie ; Kyste de gros volume ; Kyste ovarien ; Abord coelioscopique ; Pneumopéritoine

Keywords : Laparoscopy ; Large adnexial mass ; Ovarian cyst ; Laparoscopic approach ; Pneumoperitoneum

La coelioscopie est la voie d'abord de référence pour le traitement des kystes de l'ovaire mais le volume reste une limitation à son utilisation et les kystes de taille supérieure à 8 cm sont, le plus souvent encore, traités par laparotomie. Une méthodologie rigoureuse doit permettre d'aborder ces kystes avec facilité et sécurité par coelioscopie [1–3]. Le bilan préopératoire minimal (pour une lésion peu suspecte de volume réduit purement kystique ou à cloisons fines) inclura un examen clinique, une échographie pelvienne (analyse fine du kyste et compte rendu complet). Les dosages du CA 125, du CA 19-9 et de l'ACE associés à un bilan par imagerie (IRM pour préciser la nature de la masse, scanner afin d'évaluer la cavité péritonéale) seront réalisés s'il existe un doute sur la nature du kyste. Si la nature est très suspecte (végétations, contenu tissulaire...) l'abord par laparotomie peut être préférable. Néanmoins, une coelioscopie première permet de compléter le bilan de résecabilité et de réaliser des biopsies. Les patientes doivent recevoir une information claire et détaillée, notamment sur le risque de malignité et de laparoconversion. On réalisera

une annexectomie de façon systématique dans le cas d'une masse de gros volume si la patiente est ménopausée (annexectomie bilatérale), si elle a plus de 45 ans et ne désire pas préserver sa fertilité ou si la masse est très suspecte (annexectomie unilatérale). Dans les autres cas, on pourra envisager une kystectomie en première intention en fonction du risque de malignité, évalué par l'association des données pré- et peropératoires. Les modalités de l'abord coelioscopique dépendent de la taille du kyste.

I. JUSQU'À 20 CM. COELIOSCOPIE PREMIÈRE

La création du pneumopéritoine doit être réalisée en hypochondre gauche, 3 cm en dessous du rebord costal sur la ligne médioclaviculaire, après réalisation des tests de sécurité (aspiration, injection d'air, réaspiration) :

- pour une taille entre 5 et 10 cm (kyste de localisation exclusivement pelvienne) (Fig. 1) : après la création du pneumopéritoine en hypochondre gauche, le premier trocart (10 mm) est introduit dans l'ombilic. Les deux trocarts latéraux sont installés deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, le troisième en sous-ombilical à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.bourdel@gmail.com (N. Bourdel).

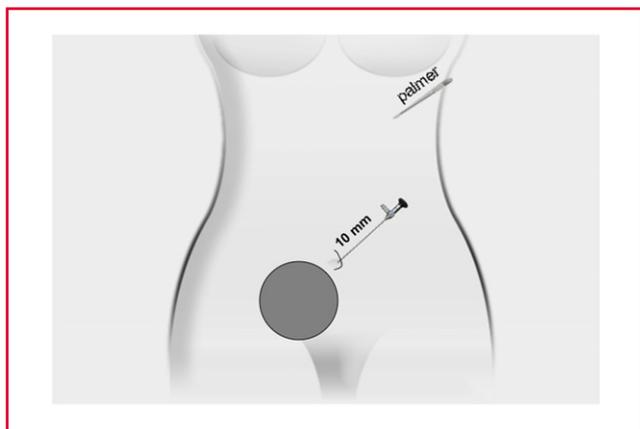


Fig. 1. Taille du kyste entre 5 et 10 cm.

L'ensemble des quatre trocars formant un triangle, ils doivent être introduits perpendiculairement à la paroi et leur taille doit être adaptée à l'épaisseur de cette paroi ;

- pour une taille entre 10 et 20 cm (Fig. 2) : n'atteignant pas l'ombilic, le premier trocart, de 5 mm, est introduit verticalement en hypochondre gauche. On utilisera une optique de 5 mm. L'ensemble des trocars peut être introduit plus haut. Les trocars latéraux sont introduits en dehors du bord latéral des muscles grand droit, c'est-à-dire dans la zone de l'aponévrose des muscles obliques et en dehors des vaisseaux épigastriques.

Jusqu'à 20 cm, une installation coelioscopique classique est donc possible, la règle étant de respecter une conformation en triangle des trocars. L'ensemble des trocars doit être situé au-dessus de la limite supérieure du kyste pour permettre un traitement confortable de la lésion.

Si le volume du kyste le permet, un sac endoscopique doit être mis en place avant la ponction du kyste. Deux techniques de ponction peuvent être utilisées : soit on utilise une aiguille coelioscopique, soit on insère un trocart conique directement dans le kyste puis on aspire le contenu du kyste avec la canule d'aspiration. Si on utilise une aiguille coelioscopique, au travers d'un trocart médian de 5 mm, le premier orifice de ponction du kyste est agrandi secondairement : le kyste est saisi de part et



Fig. 2. Kyste de plus de 10 cm.

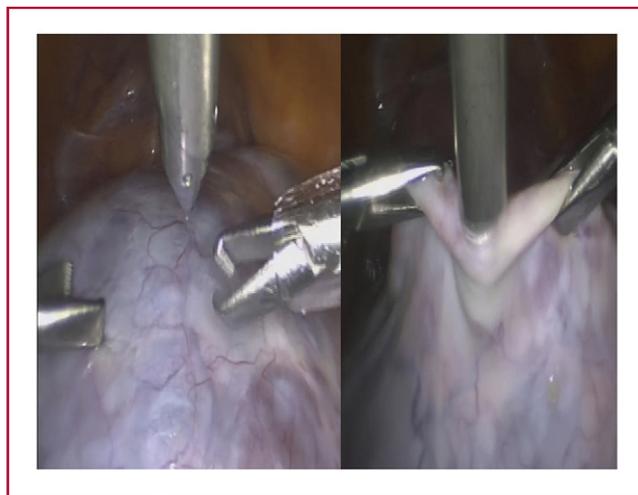


Fig. 3. Introduction d'un trocart conique directement dans le kyste.

d'autre de cet orifice et une incision est réalisée aux ciseaux. On introduit ensuite la canule d'aspiration dans l'orifice. Deuxième technique, si le kyste est trop volumineux et ne permet pas la mise en place du trocart médian, on peut insérer à ce niveau-là un trocart conique de 5 mm au travers de la paroi puis directement dans le kyste (Fig. 3), puis le mandrin est retiré, la canule d'aspiration est introduite dans le kyste et le contenu du kyste est aspiré. L'issue de liquide intra-kystique dans la cavité péritonéale est limitée par deux pinces latérales qui vont saisir le kyste avant sa ponction si la tension de la paroi le permet ou dès le début de l'aspiration. Un liquide très suspect type « feuilles mortes » peut être un des arguments pour une conversion par laparotomie. Pour l'aspiration d'un contenu mucineux, il peut être nécessaire de répéter l'injection/aspiration de petites quantités de liquide. Au retrait de la canule d'aspiration, l'orifice de ponction peut être fermé grâce à une Endoloop[®]. Un sac endoscopique est inséré dès que possible s'il n'a pas été introduit initialement. On réalise ensuite l'annexectomie ou la kystectomie protégée dans le sac endoscopique.

2. TAILLE SUPÉRIEURE À 20 CM. OPEN COELIOSCOPIE

Lorsque la masse dépasse l'ombilic, la mise en place de l'aiguille de Palmer en hypochondre gauche est impossible. On réalise une open coelioscopie avec ponction directe du kyste à l'aide d'un trocart conique, on retire le mandrin du trocart, on introduit la canule d'aspiration puis le contenu du kyste est aspiré (Fig. 4 et 5). Après la ponction, deux techniques sont accessibles :

- l'annexectomie ou la kystectomie intrapéritonéale par coelioscopie : on ferme alors l'orifice de ponction au niveau du kyste avec une Endoloop[®], puis le trocart optique est introduit dans l'ombilic (Fig. 6). Afin d'éviter les fuites de gaz à ce niveau, on peut utiliser une bague anti-fuite, un trocart à ballon ou le rapprochement des berges aponévrotiques par la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3951902>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3951902>

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