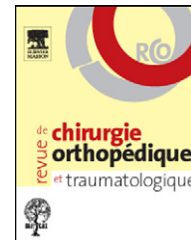




Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

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



## NOTE DE TECHNIQUE

# Abord antérieur mini-invasif extrapleurale, rétropéritonéal de la charnière rachidienne thoracolombaire : une note technique<sup>☆</sup>

*Anterior minimally invasive extrapleural retroperitoneal approach to the thoracolumbar junction of the spine*

C.-F. Litré<sup>a</sup>, J. Duntze<sup>a,\*</sup>, Y. Benhima<sup>b</sup>, C. Eap<sup>a</sup>, S. Malikov<sup>c</sup>,  
G. Pech-Gourg<sup>d</sup>, B. Blondel<sup>d</sup>, P. Métellus<sup>d</sup>, S. Fuentes<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Service de neurochirurgie, hôpital Maison-Blanche, CHU de Reims, 45, rue Cognacq-Jay, 51092 Reims cedex, France

<sup>b</sup> Service de neurochirurgie, hôpital Paul-Desbief, 38, rue Forbin, 13002 Marseille, France

<sup>c</sup> Service de chirurgie vasculaire, hôpital La Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

<sup>d</sup> Service de neurochirurgie, hôpital La Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

Acceptation définitive le : 26 septembre 2012

### MOTS CLÉS

Anatomie ;  
Charnière  
thoracolombaire ;  
Approche  
mini-invasive ;  
Moelle épinière

**Résumé** L'abord antérieur de la charnière thoracolombaire du rachis permet un traitement des lésions traumatiques infectieuses ou tumorales de T11 à L2, associant décompression médullaire, corporectomie et arthrodèse intersomatique. Cependant, cet abord est également réputé délabrant vis-à-vis des structures anatomiques rencontrées (poumon, péritoine, diaphragme). L'objectif de ce travail était de montrer que la décompression des structures nerveuses comme la reconstruction vertébrale antérieure peuvent être effectuées via un abord moins invasif extrapleurale rétropéritonéal (AMIER). Nous décrivons étape par étape la procédure chirurgicale permettant un abord mini-invasif extrapleurale rétropéritonéale de la charnière thoracolombaire. L'AMIER offre une excellente exposition permettant une décompression complète et une reconstruction anatomique antérieure satisfaisante. Les principaux pièges et complications sont avant tout pulmonaire et une approche prudente et rigoureuse permet de limiter les comorbidités par rapport à une thoraco-phrénotomie classique.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2012.08.006>.

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

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jduntze@chu-reims.fr](mailto:jduntze@chu-reims.fr) (J. Duntze).

## Introduction

La jonction thoracolombaire (T11–L2) est le site habituel de diverses pathologies rachidiennes comme les fractures, les atteintes néoplasiques et infectieuses [1,2]. Leur prise en charge thérapeutique optimale requiert le plus souvent décompression et stabilisation chirurgicales. L'efficacité du traitement chirurgical par voie antérieure des fractures et atteintes néoplasiques de la jonction thoracolombaire est richement documentée dans la littérature [3,4]. L'approche antérieure standard de la jonction thoracolombaire est la thoraco-phrénolombotomie, [5,6]. Bien qu'elle offre une large exposition de toute la face antérolatérale de T11 à L2, son inconvénient majeur réside dans l'important traumatisme tissulaire infligé par la seule voie d'abord.

Procédure chirurgicale : abord moins invasif extrapleurale rétro-péritonéal (AMIER).

Une artériographie médullaire préopératoire est réalisée chez tous les patients, afin de localiser l'origine de l'artère spinale antérieure (ASA) (niveau vertébral et côté).

La procédure anesthésique est sans particularité.

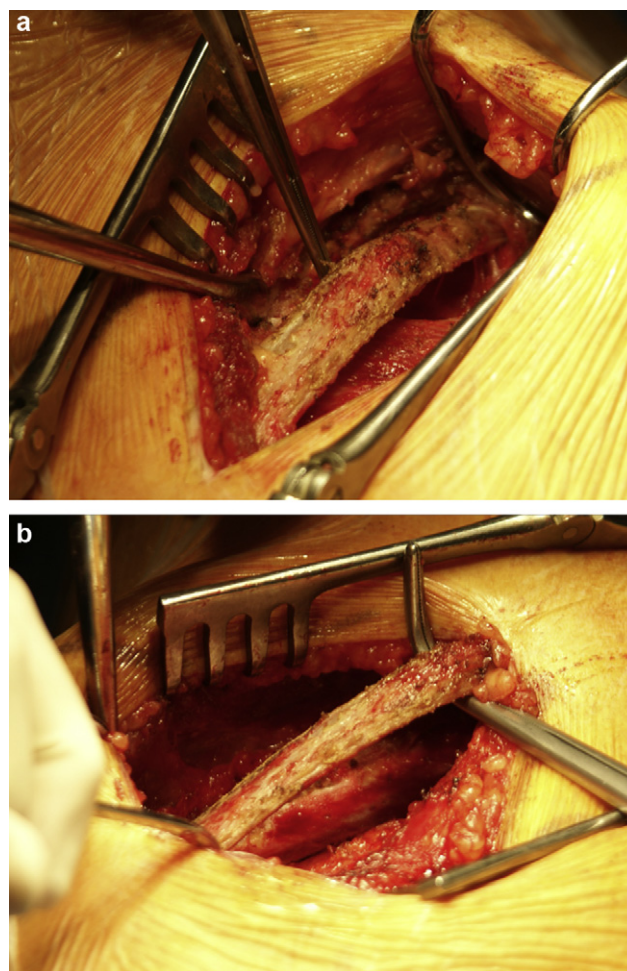
L'exposition antérolatérale de la jonction thoracolombaire est plus difficile et dangereuse par la droite à cause du foie. C'est pourquoi l'abord antérieur est effectué par le côté gauche. Le patient est installé en décubitus latéral droit, en appui sur un billot en gélose placé sous le creux axillaire droit (Fig. 1).

La position de la table opératoire est modifiée sous contrôle radioscopique jusqu'à ce que le rayon incident soit parallèle aux plateaux vertébraux de la vertèbre concernée. Une incision cutanée de 6 à 10 cm (1 cm pour 10 kg de poids corporel) est réalisée en regard de la côte qui sera résectionnée (Fig. 1). Le niveau de la côte est déterminé par la projection perpendiculaire entre la vertèbre concernée (VB) et la ligne axillaire postérieure.

L'incision sur la peau est centrée par la projection. L'incision cutanée et la résection de côte sont



**Figure 1** Patient installé en décubitus latéral droit. Noter que la table opératoire est cassée en regard du niveau pathologique de façon à ouvrir l'espace intervertébral gauche. La ligne axillaire postérieure est matérialisée en bleu par une ligne verticale discontinue. Le niveau pathologique, repéré en scopie, est lui matérialisé en bleu par une ligne horizontale continue. Ces deux droites se coupent en regard de la côte à travers laquelle se fera l'abord.



**Figure 2** Dissection costale sous-périostée circonférentielle (a) détachant le fascia endothoracica de la face interne de la côte de T11(b).

habituellement réalisées deux niveaux au-dessus du segment anormal. Les muscles intercostaux sont détachés en sous-périoste sur 8 à 10 cm (Fig. 2a). Le segment costal, après avoir été exposé est retiré (en laissant la portion costo-transversaire sur 4 cm) (Fig. 2b). Le diaphragme est alors détaché de ses insertions costales inférieures. (Fig. 3).

La contiguïté entre le fascia endothoracica, les insertions costales inférieures du diaphragme et le fascia transversalis permet de prolonger caudalement l'exposition jusqu'aux segments vertébraux lombaires sans pénétrer dans la cavité viscérale (Fig. 4).

Le fascia endothoracica est disséqué du mur thoracique à l'aide de rugine et de tampon montés afin d'exposer les vertèbres thoraciques inférieures jusqu'en T10. La dissection du fascia transversalis et de la graisse périrénale du mur abdominal lors d'une dissection purement rétro-péritonéale permet d'exposer les vertèbres lombaires jusqu'en L3 caudalement (Fig. 5).

Le muscle psoas est repéré puis désinséré en commençant par ses attaches discales de façon à ne pas léser le pédicule vasculaire segmentaire.

Celui-ci pourra être secondairement clipé ou ligaturé en fonction de l'étage vertébral à traiter. En plus du m. psoas,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091080>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091080>

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