



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Note technique

Technique chirurgicale de la lobo-isthmectomie thyroïdienne robot-assistée par voie trans-axillaire[☆]



L. Abramovici^{*}, C. Cartier, G. Pierre, R. Garrel

Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, hôpital Gui-de-Chauliac, université Montpellier 1, CHU de Montpellier, 80, avenue Augustin-Fliche, 34295 Montpellier cedex, France

INFO ARTICLE

Mots clés :
 Robotique
 Thyroïdectomie
 Voie axillaire
 Chirurgie assistée par ordinateur

RÉSUMÉ

La chirurgie thyroïdienne robot-assistée par voie axillaire permet d'éviter une cicatrice cervicale. Elle est pratiquée sous forme d'une lobo-isthmectomie pour des nodules unilatéraux bénins de volume modéré. Les impératifs chirurgicaux sont les mêmes qu'en chirurgie conventionnelle mais des différences existent au niveau de l'installation du patient, de la voie d'abord, du matériel, de la gestuelle et des indications. Le but de cet article est de détailler le matériel, l'installation et la technique chirurgicale de la lobo-isthmectomie robot-assistée par voie axillaire exclusive.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Réaliser une thyroïdectomie sans cicatrice visible est un défi chirurgical répondant à une demande légitime des patients. Une des approches décrite est la réalisation d'une voie d'abord axillaire. Cette procédure connaît un essor avec le développement du robot Da Vinci (Intuitive surgical, CA[®]) en augmentant précision et confort chirurgical par rapport à la technique endoscopique trans-axillaire non robotisée. En Corée, plus de 6000 thyroïdectomies robot-assistées ont été réalisées entre 2007 et 2011 [1], principalement des thyroïdectomies totales avec évidement ganglionnaire du compartiment central pour des carcinomes papillaires cT1N0. Les séries coréennes rapportent des complications et des résultats carcinologiques comparables à ceux de la chirurgie classique [2].

Les impératifs chirurgicaux (conservation fonctionnelle du nerf laryngé inférieur (NLI) et des glandes parathyroïdes) sont les mêmes qu'en chirurgie conventionnelle mais des différences existent dans l'installation, le matériel et la gestuelle. La mise en place d'un protocole définissant la procédure et les critères de sélection des patients est donc nécessaire. À partir d'une série de 26 lobo-isthmectomies thyroïdiennes robot-assistées par voie d'abord axillaire (LIRAVA) exclusive réalisées pour des nodules non cancéreux, les auteurs décrivent la technique chirurgicale.

2. Technique chirurgicale

2.1. Installation du patient

Le patient est intubé avec une sonde endotrachéale avec monitoring des nerfs laryngés (NL) récurrents (NIM 3.0 Medtronic, MN), installé en décubitus dorsal avec une position de rose modérée (Fig. 1a). Le bras du côté du lobe opéré est au-dessus de la tête, en antépulsion sans dépasser 125°, coude à 90°, avant bras devant le front soutenu dans un « hamac » avec gel de protection par une potence « en L inversé » fixée à la table du côté opposé à l'incision ; billot de soutien placé sous l'épaule ipsilatérale, bras controlatéral laissé le long du corps.

2.2. Voie d'abord axillaire et création de l'espace de travail

La voie d'abord est réalisée en chirurgie « directe ». Les repères sont marqués au feutre dermatographique (Fig. 1b). Les champs stériles incluent les régions axillaire, pré-pectorale et cervicale antérieure permettant de surveiller l'intégrité cutanée lors de la voie d'abord et de réaliser une éventuelle conversion en chirurgie cervicale antérieure.

L'incision cutanée, de 6 à 9 cm selon le morphotype du patient et la taille du nodule thyroïdien se fait jusqu'au fascia pectoralis. L'aide opératoire, face à l'opérateur, rétracte les tissus avec des écarteurs de Farabeuf. La dissection progresse au bistouri électrique dans l'espace cellulo-graisseux pré-pectorale jusqu'au muscle sterno-cleido-mastoidien (SCM) et vers la loge thyroïdienne. Le tunnel de dissection, de plus en plus profond, nécessite des instruments longs (20 à 30 cm) et une valve vaginale d'écartement. Le

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2015.04.002>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : abramolaurent@hotmail.com (L. Abramovici).

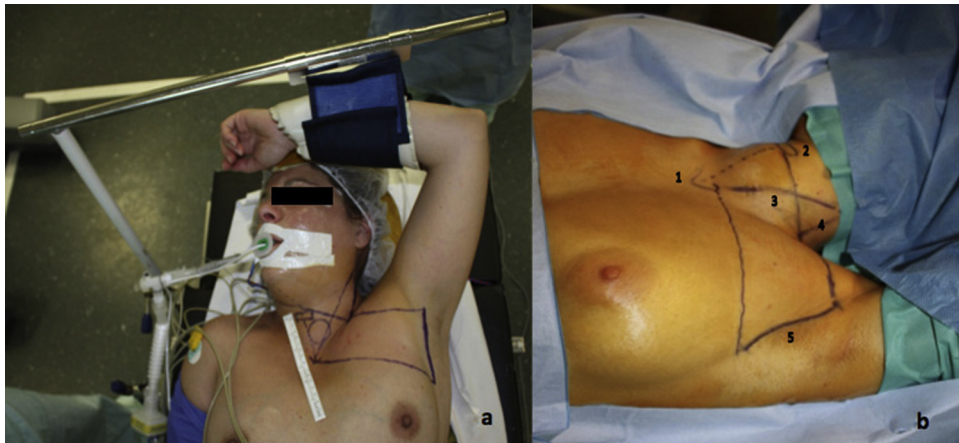


Fig. 1. Installation du patient (a) et repères anatomiques (b) : a : exposition du creux axillaire par une extension de l'épaule, coude plié à 90°, en visant à obtenir la plus courte distance entre le creux axillaire et la glande thyroïde ; b : fourchette sternale (1), bord inférieur du cartilage cricoïde (2) et pôle supérieur du lobe thyroïdien s'il est palpable, bords antérieur (3) et postérieur (4) du muscle sterno-cléido-mastoïdien et ligne médiane. Deux lignes transversales sont tracées de la fourchette sternale et du bord inférieur du cartilage cricoïde vers la ligne axillaire moyenne. Leurs intersections avec la ligne axillaire moyenne définissent les limites de l'incision axillaire (5). Ces lignes délimitent le couloir de dissection de la voie d'abord. La ligne d'incision en forme de « S italique », au niveau de la ligne axillaire moyenne, doit être dissimulée dans l'aisselle lorsque le bras est en position neutre, et mesure de 6 à 8 cm.

triangle de Sébillot entre les chefs sternal et claviculaire du muscle SCM, est utilisé. La veine jugulaire interne est laissée en arrière. Une pince endoscopique à clips vasculaires (Ligaclip, Ethicon Endosurgery), modèles petits ou moyens, peut être utilisée pour contrôler une veine afférente. Les muscles sous hyoïdiens sont libérés de la face antérieure du lobe thyroïdien et relevés jusqu'à la ligne médiane sur une hauteur allant de la fourchette sternale au pôle supérieur du lobe thyroïdien créant l'espace de travail. Le rétracteur de Chung (Biorobotics®, Corée), fixé à la table du côté opposé à l'incision, charge le chef sternal du muscle SCM et les muscles sous hyoïdiens. Il passe en pont au-dessus de l'épaule controlatérale du patient avec une direction allant de l'incision jusqu'à l'espace de travail (Fig. 2).

2.3. Positionnement du robot

Le robot chirurgical Da Vinci Si – HD (Intuitive Surgical®) est composé d'une console côté chirurgien, commandant le chariot porteur des instruments côté patient, d'un écran de télésurveillance à haute définition. Les quatre bras du robot portent : endoscope 12 mm 30° orienté vers le bas, pince de préhension maryland, pince de préhension fenêtrée prograsp, pince courbe d'ultracision (Ethicon Endosurgery®, GA).

Le robot, drapé stérilement, est avancé à la tête du patient, du côté opposé à l'incision dans l'axe du rétracteur de Chung. Le positionnement de la caméra et des instruments au niveau de l'incision axillaire unique est codifié afin de permettre une

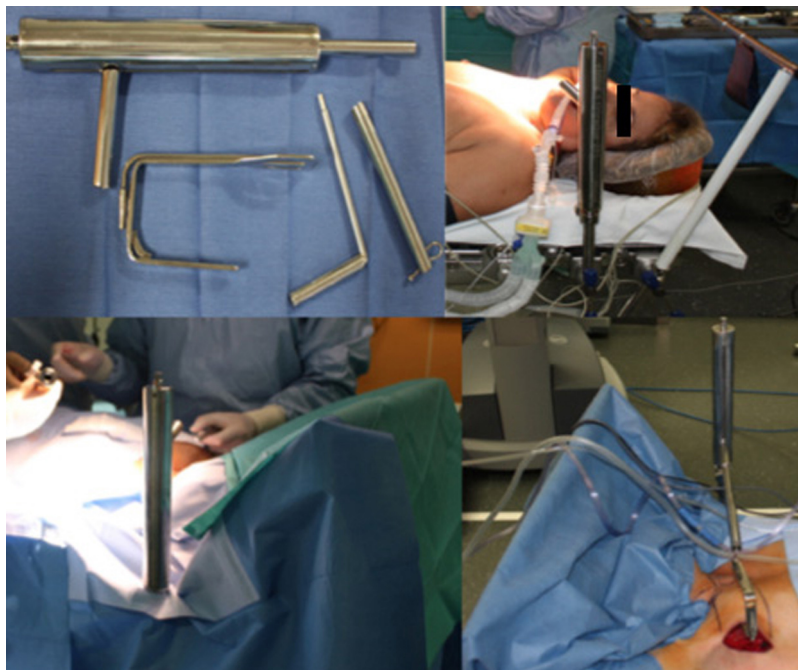


Fig. 2. Exposition de l'espace de travail par le rétracteur de Chung. Exposition du « working space » par le rétracteur de Chung (Biorobotics®, Corée) fixé à la table du côté opposé à l'incision, passant en pont au-dessus de l'épaule du patient avec un angle orienté vers la thyroïde et chargeant le chef sternal du muscle SCM et les muscles sous hyoïdiens.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4104862>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4104862>

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