

Trucs et astuces. Énucléation de la prostate au laser holmium (HoLEP)



M. Fourmarier

Tips and tricks in holmium laser enucleation of prostate (HoLEP)

^aService d'urologie, centre hospitalier du Pays d'Aix, avenue des Tamaris, 13616 Aix-en-Provence, France

^bService d'urologie et de transplantation rénale, CHU de la Conception, 147, boulevard Baille, 13385 Marseille, France

RÉSUMÉ

Introduction. – L'énucléation de la prostate au laser holmium (HoLEP) est une technique mini-invasive, indépendante de la taille de la prostate pour l'hyperplasie bénigne de la prostate avec d'excellents résultats chirurgicaux à long terme. Le but de cet article est de décrire les détails de la technique étape par étape.

Méthode. – Description de toutes les étapes de la procédure HoLEP en listant tous les aspects pratiques basée sur l'expérience personnelle de l'auteur et documentée à partir de l'analyse de la littérature.

Résultats. – Les trucs et astuces concernant la préparation préopératoire, l'énucléation des lobes médian et latéraux, l'hémostase, la morcellation, les suites opératoires sont abordés point par point.

Conclusion. – La technique HoLEP est devenue une alternative à la résection transurétrale de prostate conventionnelle ou à l'adénomectomie par voie haute au vu de son efficacité et de sa faible morbidité. Le respect et la compréhension des différentes étapes de la procédure sont importants pour optimiser la courbe d'apprentissage.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Introduction. – *Holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) is a minimally invasive technique, independent of the size of the prostate for benign prostatic hyperplasia with excellent surgical results in the long term. The purpose of this article is to describe the details of the technique step by step.*

Method. – *Description of all steps of the HoLEP procedure by listing all the practical aspects based on personal experience of the author and documented review of the literature.*

Results. – *Tips and tricks on the preoperative preparation, medial and lateral lobes enucleation, hemostasis, morcellation, postoperative outcomes are discussed point by point.*

Conclusion. – *HoLEP technique has become an alternative to conventional transurethral resection of prostate or prostatectomy way to high for its efficiency and its low morbidity. Respect and understanding of the different steps of the procedure are important to optimize the learning curve.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

De récents et nombreux travaux suggèrent que les résultats fonctionnels de l'HoLEP sont, au moins, équivalents à ceux de la résection transurétrale de prostate et à l'adénomectomie par voie haute avec de plus une diminution de la durée d'irrigation, des complications, de la

durée de sondage vésical et de l'hospitalisation [1–5]. Malgré ces excellents résultats cliniques, cette technique est encore peu répandue et difficilement acceptée par la communauté urologique pour la bonne et simple raison que l'HoLEP véhicule la réputation d'une courbe d'apprentissage longue et difficile. Il existe, par ailleurs, peu d'articles décrivant la technique.

M. Fourmarier^a
A. Faure^b
T. Negre^b
F. Arroua^a
C. Eghazarian^a

Mots clés

Énucléation de la prostate au laser holmium
Hyperplasie bénigne de prostate
Morcellation

Keywords

Holmium laser enucleation of prostate
Benign prostate hyperplasia
Morcellation

Auteur correspondant :

M. Fourmarier,
Service d'urologie, centre hospitalier du Pays d'Aix, avenue des Tamaris, 13616 Aix-en-Provence, France.
Adresse e-mail : marcfourmarier@orange.fr
(M. Fourmarier)

Ce travail consiste donc à fournir un maximum de trucs et astuces afin d'aider l'urologue à mieux appréhender cette technique lors de la courbe d'apprentissage. Il est à signaler que la description de la technique et du matériel a fait l'objet d'une publication précédente [6].

Considérations préopératoires

L'énucléation de la prostate au laser holmium a l'avantage de pouvoir être proposée à tous les patients sans limites de taille de prostate. Cependant, en début d'expérience, il est fortement conseillé de se limiter à des prostates de 40 à 80 g. L'échographie trans-rectale de prostate préopératoire est indispensable non seulement pour évaluer le volume prostatique mais également pour permettre au chirurgien d'avoir une vision « tridimensionnelle » de la configuration de l'adénome grâce aux coupes sagittales et transversales [7,8]. Concernant la gestion des médicaments modifiant la coagulation, l'aspirine peut ne pas être arrêtée et pour les autres molécules, il est préférable de les suspendre quelques jours avant, avec ou sans relais selon les indications retenues pour chaque patient [9]. La longueur d'onde de l'holmium (2140 nm) permet, si le cas se présente de traiter une sténose de l'urètre ou une lithiase vésicale sans nécessité de changer de matériel.

ÉNUCLÉATION

Durant la courbe d'apprentissage, il sera préférable de réaliser l'intervention sous anesthésie générale plutôt que sous rachianesthésie et de se limiter à des volumes prostatiques échographiques entre 40 et 80 g. La technique de référence est celle des « trois lobes » dans laquelle, le lobe médian est d'abord énucléé avant les lobes latéraux [10]. Pendant l'énucléation, la bonne orientation n'est pas toujours facile, souvent due à un espace de travail étroit et à des distances courtes. La réorientation pendant la dissection des plans peut faire perdre du temps et nécessite de la part de l'opérateur de garder à l'esprit la structure tridimensionnelle de la prostate. Le veru-montanum et les orifices urétéraux restent, bien entendu, des limites fondamentales. La distance du veru-montanum au sphincter urinaire externe, la hauteur du col vésical et la capacité vésicale doivent également rester à l'esprit tout le long de l'intervention. Il est également très important de garder constamment le résecteur fixe dans la même direction et pour cela, la caméra sera tenue par la main non dominante tandis que l'élément de travail sera manipulé par la main dominante.

Lobe médian

Avant de débiter les incisions de 5 et 7 heures au col vésical, il est indispensable de repérer les méats urétéraux et d'évaluer leur distance par rapport au col. Les incisions au col ne seront pas réalisées juste dans l'axe des méats urétéraux mais en se déportant légèrement vers l'extérieur afin d'éviter de travailler la tranchée en risquant de léser les orifices urétéraux. La tranchée est alors prolongée longitudinalement en direction du veru-montanum. La profondeur de cette incision sera réalisée jusqu'à percevoir la capsule définie par la mise en évidence des fibres circulaires du col (Fig. 1). Ce repère est indispensable quant à la bonne réalisation de l'énucléation et doit rester à l'esprit de l'opérateur. Lors de la progression vers le veru-montanum, la tranchée peut être élargie en

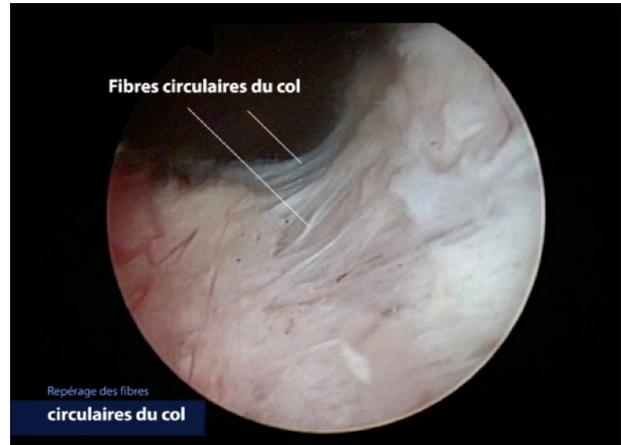


Figure 1. Fibres circulaires du col.

vaporisant, en écartant les lobes latéraux avec le bec de l'instrument ou en incisant la base du lobe médian d'un côté et celle du lobe latéral de l'autre (« coup de hache »). Une fois les deux tranchées réalisées jusqu'au veru-montanum, on incise horizontalement juste en amont de ce dernier, en béquiant légèrement l'instrument, permettant ainsi de faire la jonction entre les deux tranchées. Le plan de la capsule est alors mis en évidence et s'en suit, la dissection rétrograde du lobe médian en alternant l'énergie mécanique et l'énergie laser. Afin d'éviter de partir en « sous-trigonal », le bec de l'instrument se redressera progressivement en respectant la concavité du plan postérieur de la loge prostatique. Une fois arrivé au col, il est bien venu de « pédiculer » le lobe médian afin d'éviter lors de mouvements trop larges de blesser les orifices urétéraux. Pour éviter de prolonger malencontreusement la dissection dans la vessie, on s'arrête au col et, grâce au bec de l'instrument de travail, on pousse le lobe médian, ce qui aura comme résultat d'allonger les fibres et de pouvoir les couper en toute sécurité au niveau du col vésical.

Lobes latéraux

Après l'énucléation du lobe médian, le résecteur est retiré jusqu'au veru-montanum et le sphincter strié est identifié à la partie distale de ce dernier. Le repérage, à l'apex, du plan de dissection est fondamental pour l'énucléation des lobes latéraux. Certaines équipes préconisent de réduire la puissance du laser à ce niveau pour prévenir d'éventuels accidents thermiques au niveau du sphincter strié. On se place donc entre le veru-montanum dans sa partie proximale et le lobe latéral et l'on incise sur 1 cm de large jusqu'à repérer le plan de la capsule qui apparaît blanc nacré. On maintient alors l'instrument pour qu'il ne recule pas et l'on effectue un mouvement de rotation en montant dans le plan de l'énucléation du lobe latéral jusqu'à « 3 heures » (mouvement dit de « crosse de hockey ») (Fig. 2). Pour faciliter ce geste, on peut préalablement inciser la muqueuse à ce niveau en pointillé tout en poussant vers l'avant afin de s'éloigner au maximum du sphincter strié. Une fois le plan de l'énucléation entamé, il suffira d'alterner l'énergie mécanique et l'énergie laser afin de voir la dissection du lobe latéral se développer de manière rétrograde. Il est alors temps de réaliser la tranchée à midi afin de séparer les deux lobes. Pour cela, on se place juste

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4273759>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4273759>

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