

Comment j'installe le patient pour une néphrolithotomie percutanée en position de lithotomie modifiée ?

How do I position the patient for a percutaneous nephrolithotomy in modified lithotomy position?

Service d'urologie, CHU Henri-Mondor, 51, avenue du Maréchal-De-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil cedex, France



A. Hoznek

A. Hoznek
J. Rode
L. Salomon
A. De La Taille

RÉSUMÉ

Introduction. – L'objectif de cet article est de décrire une nouvelle technique d'installation de patient en position de lithotomie modifiée pour néphrolithotomie percutanée.

Matériels et méthodes. – La technique est décrite en détail, en exposant les points clés de l'installation du patient et de l'organisation du bloc opératoire, à partir de l'expérience personnelle de l'auteur sur plus de 200 cas.

Résultats. – Au cours de la dernière décennie, la position de décubitus dorsal a été adoptée par un nombre croissant de centres urologiques pour la réalisation d'une chirurgie rénale percutanée. Cette installation a pour avantage d'éviter la nécessité de retourner le patient en position ventrale et aussi d'offrir simultanément un abord antérograde percutané et rétrograde transurétral aux voies urinaires. Néanmoins, les possibilités limitées pour l'apprentissage et l'absence de description précise ralentissent la diffusion de cette nouvelle technique.

Conclusions. – Cette position a été adoptée non seulement par l'équipe chirurgicale mais aussi par l'équipe anesthésiste et par l'équipe paramédicale en raison de ses avantages (positionnement du patient, durée d'intervention, temps d'occupation du bloc opératoire...) qui définitivement ne nous feront pas revenir à une autre technique et qui vont permettre d'autres développements, entre autres, la mini-percutané.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

SUMMARY

Introduction. – *The aim of this communication is to describe the way to carry out the modified lithotomy positioning for percutaneous nephrolithotomy.*

Materials and methods. – *The technique is described in detail, outlining the key points of patient setup and organizing the operating room, based on the personal experience of the author of more than 200 cases.*

Results. – *During the last decade, supine position was adopted by a growing number of urological centers performing percutaneous renal surgery. This facility has the advantage of avoiding the need of returning the patient in prone position and also of providing simultaneous antegrade percutaneous and retrograde transurethral access to the urinary tract. However, the limited opportunities for learning and the lack of a precise description slow down the spread of this new technique.*

Conclusions. – *This position has been adopted not only by the surgical team but also by the anesthesiologist team and paramedical staff due to its advantages (patient positioning, duration of intervention, operating room occupation time...) that definitely will not make us go back to another technique and which will allow further developments, especially mini-percutaneous nephrolithotomy.*

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Mots clés

Chirurgie percutanée
Technique opératoire

Keywords

Percutaneous surgery
Operative technique

Auteur correspondant :

A. Hoznek,
Service d'urologie, CHU
Henri-Mondor, 51, avenue
du Maréchal-De-Lattre-de-
Tassigny, 94010 Créteil
cedex, France.
Adresse e-mail :
andras.hoznek@hmn.aphp.fr

HISTORIQUE ET CONTEXTE ACTUEL

Classiquement, la néphrolithotomie percutanée (NLPC) consistait en deux temps opératoires : la mise en place d'une sonde urétérale en position de lithotomie, suivie d'une deuxième installation en décubitus ventral pour la réalisation de l'accès percutané et la néphroscopie proprement dite. Cependant, ce mode de procédé a l'inconvénient de la nécessité de repositionner en le retournant le patient anesthésié, intubé et perfusé. Ces contraintes sont plus ou moins bien acceptées par les anesthésistes et prolongent le temps d'occupation de la salle opératoire.

En 1987, en Espagne, Valdivia Uriá rapportait un nouveau mode d'installation [1] : une montée de sonde urétérale était effectuée selon la technique habituelle en position de lithotomie, puis les jambes du patient qui restait en décubitus dorsal étaient allongées, et une poche d'irrigation préalablement vidée puis gonflée avec de l'air, était placée du côté du calcul, sous la région lombaire. Le bras du côté du calcul croisait le thorax (Fig. 1a et b).

Cette position a été ultérieurement modifiée à l'hôpital de Galdakao, par un autre urologue espagnol : Gaspar Ibarluzea [2]. Le patient était installé de manière semblable à celle employée lors d'une urétéroscopie semi-rigide : la jambe du côté du calcul était légèrement écartée mais restait en extension, avec l'autre jambe en flexion. Ibarluzea a repris l'idée de Valdivia, en plaçant un coussin rempli d'air sous la région lombaire du côté à opérer et le bras homolatéral croisant en avant le thorax (Fig. 2a et b). Cette installation est connue dans la littérature comme *Galdakao-modified supine Valdivia position* ou *GMSV position*.

L'installation ainsi décrite a ouvert une nouvelle ère en endourologie : l'accès simultané aux haut et bas appareil urinaire par la combinaison de la voie percutanée antérograde et la voie transurétrale rétrograde, appelé aussi *Endoscopic Combined Intra-Renal Surgery* ou ECIRS [3]. Dans l'idéal, deux chirurgiens doivent être disponibles, ce qui n'est pas toujours le cas.

Ce concept, a priori original et attractif, a du mal à se faire accepter comme en témoigne une récente étude du Clinical Research Office of Endourological Society (CROES) [4]. Il est possible que la faible diffusion actuelle de cette technique soit due à la difficulté d'assister à ce type d'intervention parce que les centres ayant développé cette technique sont encore en nombre limité.

Dans cet article, nous décrivons les points clés de cette nouvelle installation, telle que nous l'avons adoptée et perfectionnée avec plus que 200 patients opérés au CHU Henri-Mondor à Créteil.

POSITIONNEMENT DE L'OPÉRÉ SUR LA TABLE OPÉRATOIRE

Le patient est installé en position de lithotomie modifiée. Un matelas chauffant est préalablement disposé sur la table opératoire, pour éviter l'hypothermie en cours d'intervention. La jambe du côté du calcul est en extension, l'autre jambe en flexion. Cette disposition permet à deux chirurgiens de travailler en tandem, les tâches sont harmonisées et réparties d'une manière ergonomique tout au long de l'intervention.

Afin d'éviter la collision du néphroscope avec la table opératoire, le patient n'est pas placé au milieu de la table opératoire,

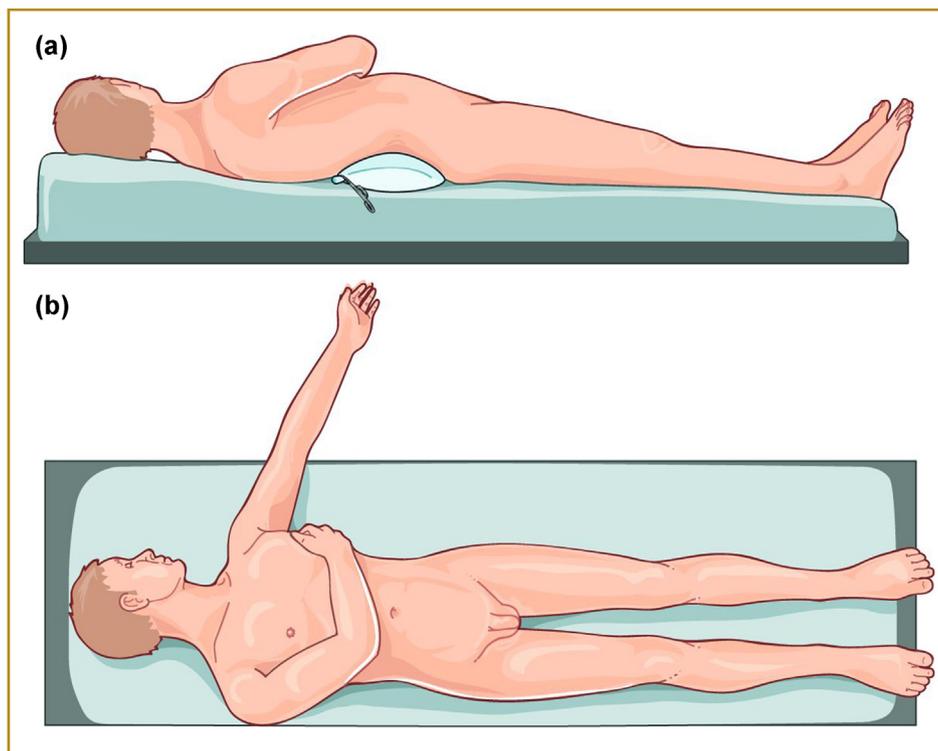


Figure 1. a et b : position de Valdivia.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4273835>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4273835>

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