

L'abord glissonien pour les résections hépatiques

J.-M. Regimbeau, F. Mauvais

Service de chirurgie digestive, CHU Amiens-Nord, Université de Picardie – Amiens.

Correspondance : J.-M. Regimbeau, service de chirurgie digestive, CHU Amiens-Nord, Université de Picardie, place Victor Pauchet, F 80054 Amiens Cedex.

e-mail : regimbeau.jean-marc@chu-amiens.fr

Introduction

Grâce au développement des techniques de clampage et à la prise en compte de la notion de *foie résiduel après hépatectomie* (volume, nature, fonction), les hépatectomies sont devenues de plus en plus sûres. Elles ne sont, par contre, pas devenues plus simples.

Pour faciliter les hépatectomies, une technique d'abord glissonien a été développée [1, 2], technique fondée sur les travaux de Hepp J et de Couinaud C, et de Launois B concernant la plaque hilaire et son abaissement [3, 4]. Cette technique utilise le concept d'abaissement de la plaque hilaire en le modifiant et en l'étendant à tous les pédicules glissoniens accessibles à la face inférieure du foie, permettant leur contrôle (glissonien ou extrafascial ou transscissural ou intrahépatique).

Cette approche de la résection hépatique facilite les clampages sélectifs, les techniques d'épargne parenchymateuse alternatives à des hépatectomies majeures en vue d'une éventuelle re-résection (métastases hépatiques), les résections anatomiques à visée carcinologique dans le cadre du carcinome hépatocellulaire, et peut être couplée à la manœuvre de *hanging*, manœuvre qui elle aussi facilite les hépatectomies [5, 6].

Tous les gestes techniques développés dans cet article de technique chirurgicale sont fondés sur une anatomie modale, mais l'existence de très nombreuses variations des pédicules glissoniens en nombre et localisation doit être connue. Cette technique est applicable chez les patients cirrhotiques [1]. Une dilatation des voies biliaires (élément le plus superficiel du pédicule glissonien) doit inciter à la prudence, ainsi qu'une tumeur trop proche de la convergence biliaire. Cependant, bien qu'aucune surmorbidity par traumatisme biliaire n'ait été retrouvée dans l'étude prospective randomisée comparant abord glissonien ou pédiculaire [7], ce risque doit être connu.

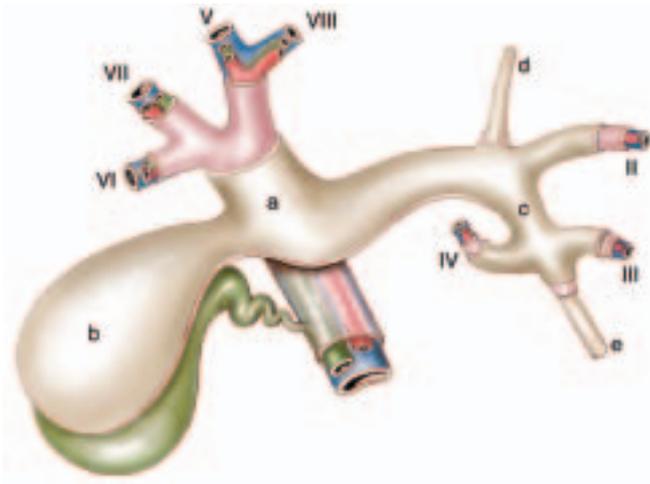
Mots-clés : Foie. Technique chirurgicale. Plaque hilaire. Abord glissonien.

355

Règles générales de la technique de l'abord glissonien pour les résections hépatiques

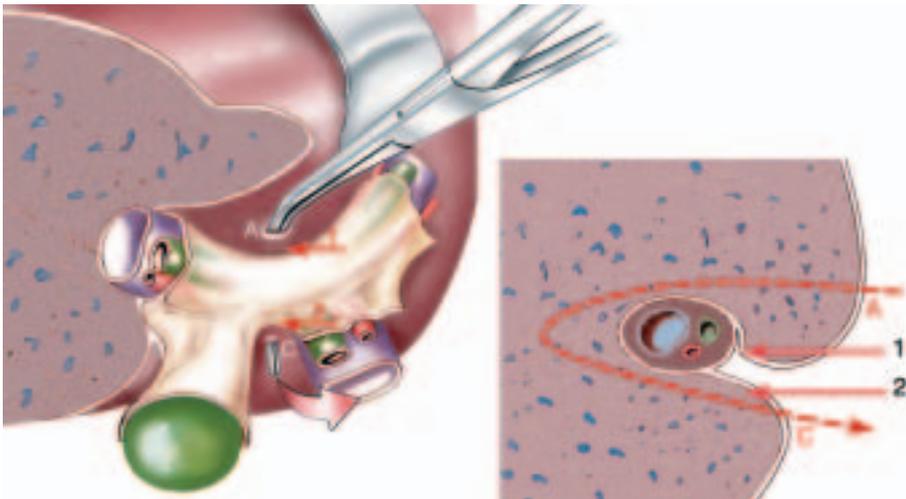
Quelques règles de base sont à connaître : 1) pour aborder la convergence biliaire et faire le tour du pédicule glissonien gauche il faut toujours ouvrir le pont parenchymateux entre les segments III et IV de manière à visualiser la base du ligament rond (bord gauche du pédicule hépatique) ; 2) il faut tirer le pédicule hépatique vers le bas et le ligament rond vers le haut et la gauche (sensibilise les repères) ; 3) la cholécystectomie permet une visualisation aisée de l'origine du pédicule sectoriel antérieur droit ; 4) il est inutile de clamper le pédicule hépatique pendant les manœuvres de contrôle des pédicules glissoniens ; 5) il faut éviter les manœuvres « au doigt » pour le contrôle des pédicules glissoniens. Enfin, il faut toujours tirer sur le lacs coté convergence et lier au plus loin dans le foie le segment ou secteur concerné pour éviter de sténoser les éléments glissoniens à conserver.

Les pédicules glissoniens (droit sectoriel antérieur et postérieur, gauche, et des segments IV, III, II) sont accessibles et contrôlables à la face inférieure du foie en utilisant : **des marqueurs externes** comme le ligament rond de part et d'autre duquel les pédicules des segments IV et III sont bien visibles, et le sillon de Rouvière pour le pédicule sectoriel postérieur droit ; **un guide anatomique** pour le pédicule glissonien gauche (le ligament d'Arantius) ; **7 points de repère** définis par Machado M permettant de faire le contrôle des pédicules glissoniens ; et enfin **une technique d'abaissement de la plaque hilaire modifiée** : le geste technique en lui-même a très bien été décrit par Boudjema *et al.* [8] : une moucheture est réalisée aux ciseaux (bistouri électrique, dissecteur à ultrasons) au dessus du pédicule glissonien concerné et non à la jonction pédicule – parenchyme (modification de la technique princeps d'abaissement de la plaque hilaire) dans la capsule hépatique, 1 mm en avant de la réflexion du péritoine sur la capsule hépatique. La pointe mousse d'un dissecteur à angle droit est poussée à travers cette moucheture, dans le parenchyme hépatique, en gardant le contact avec le plan très dur de la capsule de Glisson. La pointe de l'instrument, qui trouve aisément son chemin entre les petits éléments glissoniens, est ainsi enroulée autour du pédicule glissonien sélectionné, jusqu'à émerger de l'autre côté du pédicule, un peu à distance de la réflexion péritonéale. Une technique simplifiée de contrôle des pédicules glissoniens droit et gauche a d'ailleurs été décrite par Boudjema *et al.* [8].



1 La plaque hilare

La capsule de Glisson s'épaissit au niveau du hile pour former une lame fibreuse adhérente qui constitue le plafond du hile ou plaque hilare (a). Cette lame se prolonge vers la droite par un épaississement identique situé dans le lit vésiculaire séparant la vésicule du foie (b : plaque vésiculaire) et vers la gauche par un deuxième prolongement situé au-dessus du ligament rond (c : plaque ombilicale). Tous les pédicules vasculo-biliaires (les segments hépatiques sont numérotés selon la classification de Couinaud) qui pénètrent dans le parenchyme hépatique au niveau du hile vont entraîner avec eux une évagination de la plaque hilare sous forme d'une gaine fibreuse, facilement individualisable à la face inférieure du foie pour les pédicules sectoriels droits antérieurs et postérieurs, et pour les segments IV, III, II (élément anatomique de base de l'abord glissonien pour les résections hépatiques) (d : ligament d'Arantius) (e : ligament rond).



2 Modifications des manœuvres d'abaissement de la plaque hilare aboutissant au contrôle complet des pédicules glissoniens droits et gauches par abord glissonien

La **technique princeps** permet l'abord des faces antérieure et supérieure de la convergence biliaire. En 1956, Hepp et Couinaud [3] ont décrit une technique d'abaissement de la plaque hilare par laquelle on pouvait obtenir une très bonne exposition de la convergence biliaire et du canal hépatique gauche. L'élément biliaire, étant l'élément le plus haut devant la bifurcation portale, est en contact direct avec la plaque hilare. La technique opératoire du décollement de la plaque hilare se fait par l'incision de la capsule de Glisson au bord postérieur du lobe carré, immédiatement à la jonction entre le lobe carré et la face antérieure du pédicule hépatique (flèche 1).

La **voie d'abord postérieure du hile** permet le contrôle complet du pédicule glissonien droit. Launois *et al.* [4] ont montré que cet abaissement pour contrôler toute la convergence biliaire pouvait également se faire en arrière du hile, au niveau des segments I-IX (I droit). L'association de l'abaissement antérieur et de l'abord postérieur permet le contrôle complet du pédicule glissonien droit (flèche 2).

Dans la **technique d'abord glissonien**, la zone d'introduction du dissector se fait au dessus du pédicule glissonien concerné et non à la jonction pédicule-parenchyme dans la capsule hépatique, 1 mm en avant de la réflexion du péritoine sur la capsule hépatique (dissecteur, flèche discontinue).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4296380>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4296380>

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