

L'hépatectomie droite par abord antérieur

L. Capussotti, A. Ferrero, D. Ribero

Division de Chirurgie Oncologique, Institut de Recherche et de Traitement du Cancer, Candiolo – Turin (Italie).

e-mail : lcapussotti@mauriziano.it

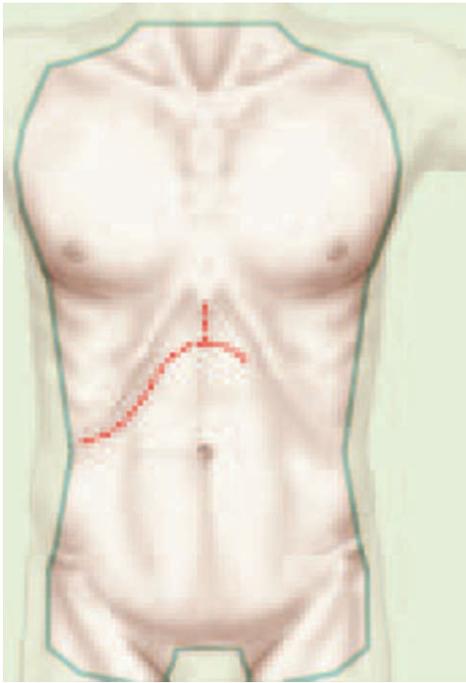
Correspondance : L. Capussotti, Division de Chirurgie Oncologique, Institut de Recherche et de Traitement du Cancer, Strada Provinciale 142, T0060 Candiolo – Turin (Italie).

Introduction

L'hépatectomie droite classique comporte la mobilisation du foie droit comme premier temps opératoire [1]. Cette manœuvre peut toutefois s'avérer difficile en présence de volumineuses tumeurs du lobe droit. Des adhérences avec le diaphragme, particulièrement vascularisées en cas de cirrhose, peuvent rendre laborieux l'accès aux veines sus hépatiques et à la face latérale de la veine cave et peuvent être à l'origine d'un saignement difficile à contrôler. La pression que l'aide exerce sur le parenchyme hépatique lors de la médialisation et de la luxation du lobe droit s'accompagne d'un risque de rupture de la tumeur qui, en cas de carcinome hépatocellulaire, est moins dure que le reste du parenchyme et d'un risque de modifications hémodynamiques entraînées par la torsion de la veine cave.

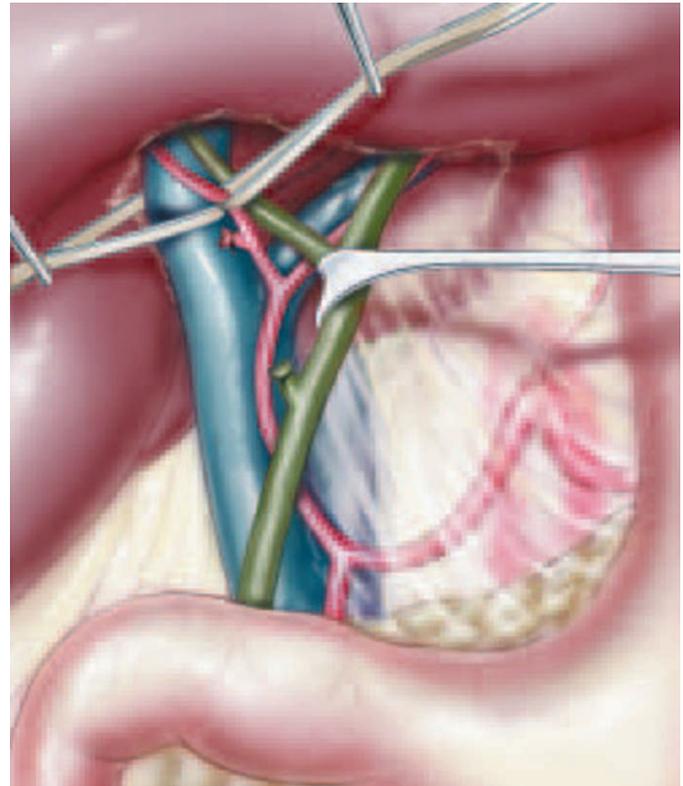
Pour éviter ces risques, Lai *et al.* ont proposé en 1996 une approche antérieure de l'hépatectomie droite en cas de volumineux carcinomes hépatocellulaires [2]. Elle consiste à exécuter la section parenchymateuse avant la mobilisation du foie droit. Par cette nouvelle approche, les pertes sanguines per opératoires et le nombre de malades transfusés ont été significativement inférieurs par rapport à la méthode classique. Ultérieurement, outre l'amélioration des résultats à court terme, Liu *et al.* ont rapporté aussi une augmentation de la survie globale et de la survie sans récurrence chez les malades après hépatectomie droite pour carcinome hépatocellulaire, par abord antérieur, par rapport aux malades présentant les mêmes facteurs de risques et qui ont eu une hépatectomie droite classique [3]. Ces bons résultats seraient dus à l'absence de manipulation de la tumeur jusqu'à ce que le flux veineux de la veine sus hépatique droite soit interrompu.

Mots-clés : Foie. Technique chirurgicale. Hépatectomie droite. Abord antérieur.



1 Position du malade et voie d'abord

Le malade est en décubitus dorsal avec le membre supérieur droit le long du corps et le gauche en abduction. Aucune surélévation du flanc droit n'est réalisée, contrairement à ce qui est habituellement fait pour une hépatectomie droite classique. L'incision habituelle est une sous costale droite prolongée de 5 à 7 cm à gauche de la ligne médiane. Chez les malades dont l'angle chondro-xiphoïdien est étroit une contre incision médiane peut être utile pour faciliter la dissection du confluent cavo-sus hépatique.



2 Dissection du hile

La dissection du pédicule hépatique commence après l'exploration de la cavité abdominale et après la réalisation d'une échographie per opératoire. On fait la cholécystectomie par voie rétrograde. La branche droite de l'artère hépatique est identifiée au bord droit de la voie biliaire principale. Cette identification facilite la dissection de la branche portale droite. Les deux vaisseaux sont clampés puis sectionnés entre ligatures, ou la branche portale droite peut être fermée par un surjet.



3 Dissection du confluent cavo-sus hépatique

La section du ligament falciforme est facilitée par la traction sur le ligament rond et l'abaissement du foie. La paroi antérieure de la veine cave, la veine sus hépatique droite, et le tronc commun aux veines sus hépatiques médianes et gauche sont exposés. Il est important de pousser la dissection sur la paroi antérieure de la veine cave, la libérant du tissu lâche qui la sépare du foie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4296823>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4296823>

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