



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



TECHNIQUE CHIRURGICALE

Préservation nerveuse pas-à-pas au cours de l'exérèse totale du mésorectum chez la femme[☆]



Step-by-step nerve-preserving mesorectal excision in woman

D. Moszkowicz^{a,b}, F. Peschaud^{a,*,b}

^a Service de chirurgie digestive, oncologique et métabolique, hôpital Ambroise-Paré, AP-HP, 9, avenue Charles-de-Gaulle, 92104 Boulogne-Billancourt, France

^b Université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines, UFR des sciences de la santé Simone-Veil, 78180 Montigny-Le-Bretonneux, France

Disponible sur Internet le 12 mars 2014

MOTS CLÉS

Anatomie ;
Cancer du rectum ;
Dysfonction
génito-urinaire ;
Exérèse totale du
mésorectum ;
Innervation
pelvienne ;
Proctectomie

KEYWORDS

Anatomy;
Rectal cancer;
Genitourinary
dysfunction;
Total mesorectal
excision;
Pelvic innervation;
Proctectomy

Introduction

L'objectif de la chirurgie carcinologique du rectum sous-péritonéal est l'exérèse complète du mésorectum (« ligament rectal inférieur » des anatomistes) et du fascia viscéral rectal qui l'entoure (exérèse « extra-fasciale »), associée à la lymphadénectomie du territoire de drainage méésentérique inférieur. Le respect du bon plan de dissection est aussi le garant du résultat fonctionnel génito-urinaire par préservation de l'innervation autonome destinée au détrusor, au sphincter lisse de l'urètre, au tissu glandulaire et musculaire lisse de la paroi vaginale et aux corps érectiles du périnée (caverneux et spongieux). Si la priorité doit être donnée au caractère complet de l'exérèse tumorale, la préservation nerveuse doit être aussi soigneuse chez la femme que chez l'homme. Le risque de blessure nerveuse existe à toutes les étapes de l'intervention. La dissection doit être guidée par les fascias péri-rectaux qui sont les « garde-nerfs » du pelvis.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2013.12.012>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

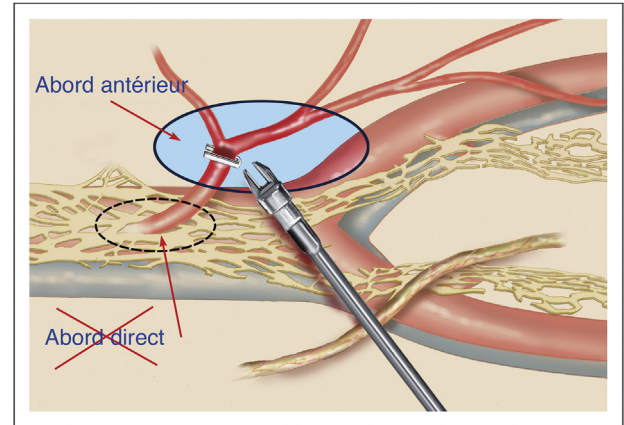
* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : frederique.peschaud@apr.aphp.fr (F. Peschaud).

1 Curage mésentérique inférieur : préservation du plexus mésentérique inférieur

Le côlon iliaque est tracté verticalement vers l'avant afin de mettre en tension l'axe mésentérique inférieur. Le péritoine pariétal postérieur est incisé en regard de l'artère iliaque commune droite, qui est un repère constant, même chez l'obèse. L'incision est poursuivie de bas en haut, parallèlement à l'aorte. Ainsi, l'artère mésentérique inférieure (AMI) peut être contrôlée puis liée à 1,5 cm de son origine, permettant ainsi de préserver les fibres nerveuses du plexus mésentérique inférieur situées à la face antérieure de l'aorte.

Piège : inciser le péritoine à l'aplomb direct de l'origine de l'AMI et mener la dissection au contact de l'aorte abdominale : le risque est alors de réaliser un curage pré-aortique qui emporte les nerfs.

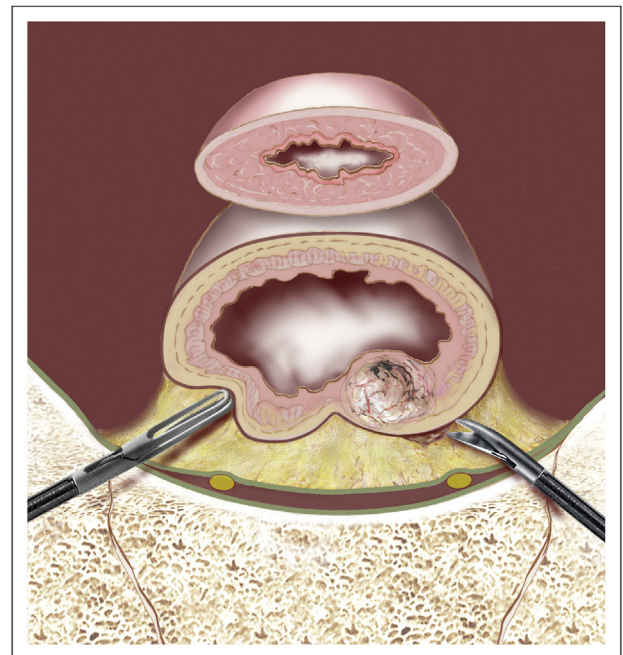


2 Dissection rétro-rectale : préservation du plexus hypogastrique supérieur et des nerfs hypogastriques

L'incision péritonéale débutée pour le curage mésentérique inférieur est poursuivie vers le bas, jusqu'à la transition entre mésosigmoïde et mésorectum. Le décollement rétro-rectal est amorcé au niveau du promontoire dans le plan qui sépare, le fascia pré-hypogastrique, en arrière, qui protège le plexus hypogastrique supérieur et les nerfs hypogastriques (NH) du fascia viscéral rectal, en avant. Il débute dans la fourche d'origine des NH et se poursuit sur la ligne médiane vers le bas, puis latéralement. Le bon plan est trouvé en menant la dissection, non pas au sein, mais en avant du fin tissu alvéolaire qui sépare les deux couches conjonctives, de manière à ne pas risquer de passer en arrière des NH. En regard de S4, le feuillet viscéral rectal et le feuillet pariétal pré-sacral fusionnent sur la ligne médiane pour former le ligament recto-sacral, dont la section ouvre la partie terminale de la dissection postérieure du bas rectum qui permet de l'exposer les muscles élévateurs de l'anus.

Pièges :

- tenter de disséquer et contrôler les structures nerveuses comme un nerf somatique ; les nerfs autonomes peuvent être vus par transparence mais doivent autant que possible être laissés à distance du plan de dissection derrière le fascia qui les recouvre ;
- mener la dissection en arrière du fascia pré-sacral, ce qui expose à la blessure des NH et des veines pré-sacrées.



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6098760>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6098760>

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