

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



TECHNIQUE CHIRURGICALE

Curage du pédicule hépatique en chirurgie hépato-bilio-pancréatique[☆]

Lymphadenectomy of the hepatic pedicle during hepato-pancreato-biliary surgery

B. Malgras^{a,*,b}, A.-C. Ezanno^a, S. Dokmak^c

^a Service de chirurgie viscérale, HIA Bégin, 69, avenue de Paris, 94160 Saint-Mandé, France

^b Service de chirurgie digestive et oncologique, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75475 Paris cedex 10, France

^c Service de chirurgie hépatobiliaire, pancréatique et transplantation hépatique, hôpital Beaujon, AP-HP, 100, boulevard du Général-Leclerc, 92110 Clichy, France

MOTS CLÉS

Curage ;
Pédicule hépatique ;
Chirurgie

Résumé L'atteinte ganglionnaire au niveau du pédicule hépatique est variable et dépend de la pathologie hépato-bilio-pancréatique sous-jacente. Bien que son intérêt pronostique ne soit pas démontré, celui-ci est le plus souvent réalisé afin de bien ordonner les patients et décider d'un éventuel traitement adjuvant. La réalisation d'un curage du pédicule hépatique nécessite la bonne connaissance de l'anatomie des voies de drainage lymphatique du foie ainsi qu'une bonne analyse de l'imagerie préopératoire afin de bien repérer les ganglions pathologiques et d'éliminer des variations anatomiques pouvant compliquer le geste chirurgical.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

L'atteinte ganglionnaire au niveau du pédicule hépatique, en rétro-duodéno-pancréatique et le long du bord droit du tronc cœliaque (TC) et de l'artère mésentérique supérieure (AMS) dépend de la pathologie hépato-bilio-pancréatique sous-jacente avec un risque d'envahissement variant de 5 à 40 % selon la pathologie. Bien que l'intérêt pronostique de

ce curage n'ait pas été démontré, celui-ci est le plus souvent recommandé afin de classer correctement les patients et décider d'un éventuel traitement adjuvant [1,2].

La réalisation d'un curage du pédicule hépatique nécessite une bonne connaissance de l'anatomie de ses éléments le composant ainsi que des voies de drainage lymphatique du foie [3]. Il nécessite également une bonne analyse de l'imagerie préopératoire afin de bien repérer les ganglions pathologiques et de rechercher des variations anatomiques des éléments du pédicule hépatique pouvant compliquer le geste.

La voie d'abord est celle utilisée pour la résection associée (laparotomie ou laparoscopie).

Le curage du pédicule hépatique se réalise dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, de la gauche vers la droite, avec la résection séparée ou « en bloc » des groupes ganglionnaires.

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.jvisc.2018.03.015>.

[☆] 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 : bricemalgras@hotmail.com (B. Malgras).

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2018.02.007>

1878-786X/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

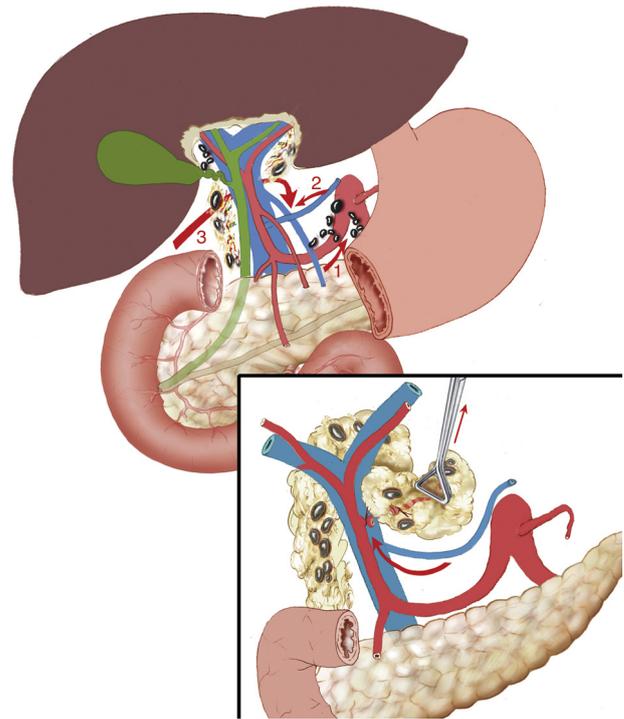
1 1^{er} temps : dissection de l'artère hépatique commune

Le curage du pédicule hépatique commence à gauche de celui-ci avec l'ouverture du petit omentum qui permet le contrôle en masse du pédicule hépatique (ou manœuvre de Pringle) (flèche 3).

Ensuite le feuillet péritonéal situé au bord antéro-supérieur du pancréas est incisé et relevé jusqu'à trouver l'artère hépatique commune (AHC). Le curage emporte les tissus celluloganglionnaires situés à la face antérieure et supérieure de l'AHC et se poursuit donc le long de l'AHC vers son origine sur le tronc cœliaque avec dissection de l'origine des artères splénique et gastrique gauche en cas de curage cœliaque associé et jusqu'à la veine gastrique gauche qui représente la limite gauche du curage du pédicule hépatique dit « limité » c'est à dire sans curage cœliaque associé (flèche 1). Ce temps nécessite parfois de sectionner quelques branches artérielles issue de l'AHC et si nécessaire la ligature de la veine gastrique gauche pour faciliter le curage cœliaque. Les ganglions peuvent être prélevés séparément ou laissés en place afin de réaliser un curage dit « en bloc ».

Le curage se poursuit ensuite vers le hile hépatique toujours le long de l'AHC avec identification et préservation de l'artère gastroduodénale puis contrôle et ligature de l'artère gastrique droite (ou pylorique) sur l'artère hépatique propre (AHP) (flèche 2). La ligature de l'artère gastrique droite facilite le curage du bord droit de l'artère hépatique propre et facilite l'accès et la dissection de la face antérieure de la veine porte.

Le curage peut être alors saisi par une pince ou un clamp atraumatique afin de réaliser une légère traction et faciliter ainsi l'exposition (cartouche).



2 2^e temps : dissection des branches de l'artère hépatique propre (AHP) vers le bord inférieur du foie

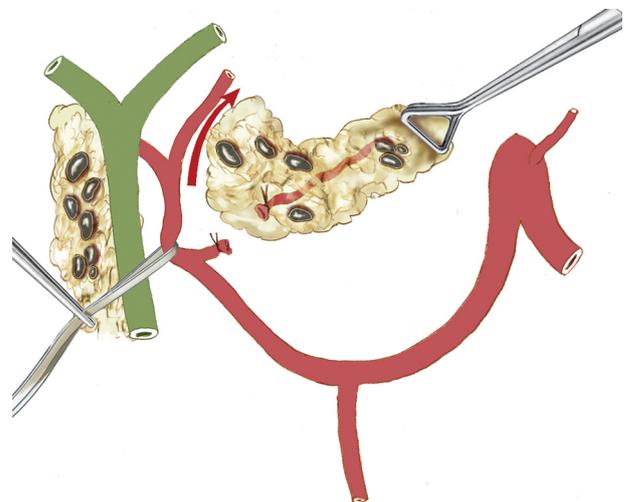
La dissection du PH se poursuit avec la squelettisation de l'AHP vers le hile hépatique en emportant tout le tissu celluloganglionnaire situé le long des branches droite et gauche de l'artère hépatique propre. L'AHP est totalement disséquée à sa portion moyenne et mise sur un lacs silastic afin de réaliser sa traction.

Sa traction vers le haut facilite le curage de la face postérieure et droite de l'AHP, ainsi que la mise en évidence du bord antérieur et gauche de la veine porte (VP). Le contrôle de petites branches collatérales artérielles est souvent nécessaire afin d'éviter un hématome du PH et une thrombose artérielle séquellaire.

La dissection le long du bord gauche et postérieur de l'AHP vers le hile hépatique emporte le ganglion rétroligamentaire (situé à la face postérieure de la branche gauche de l'AHP) qui représente la limite supérieure gauche du curage. La branche droite de l'AHP passant généralement derrière la voie biliaire principale (VBP) sa squelettisation s'arrête à ce croisement et sera poursuivie lors du temps suivant du curage.

Une traction sur le lacs de l'AHP vers la droite permet de compléter le curage du bord gauche de l'AHP et de la VP ainsi que de la branche portale gauche ; et fait la jonction avec le curage des 2 premiers temps.

Il faut généralement faire attention à proximité du hile hépatique à une branche à destinée du segment 4 qui doit être respectée.



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8728728>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8728728>

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