



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Note technique

Oropharyngectomie par voie cervico-transorale assistée par robot et lambeau libre antérolatéral de cuisse fin[☆]

P. Gorphe^{a,*}, S. Temam^a, F. Kolb^b, Q. Qassemayr^b^a Département de cancérologie cervico-faciale, Gustave-Roussy, 114, rue Edouard-Vaillant, 94800 Villejuif, France^b Département de chirurgie plastique, Gustave-Roussy, 114, rue Edouard-Vaillant, 94800 Villejuif, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Oropharyngectomie latérale
Chirurgie transorale assistée par robot
Lambeau libre
Lambeau perforant fin

RÉSUMÉ

La technique classique de l'oropharyngectomie latérale par voie assistée par robot a été décrite pour l'exérèse simple des lésions T1 et T2 de loge amygdalienne avec une perte de substance le plus souvent laissée en cicatrisation dirigée. Nous proposons une technique modifiée adaptée à la chirurgie de rattrapage et à la chirurgie en terrain irradié, issue de l'expérience des voies d'abord ouvertes. Elle consiste en une résection en monobloc de l'ensemble de l'espace parapharyngé pré- et rétro-stylien avec la pièce opératoire d'oropharyngectomie latérale par une voie d'abord combinée cervicale et transorale assistée par robot. La reconstruction est réalisée par un lambeau libre antérolatéral de cuisse fin disséqué dans le plan du fascia superficialis.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La technique classique de l'oropharyngectomie latérale par voie assistée par robot a été décrite par Weinstein et al. en 2007 [1]. Cette chirurgie a été initialement développée pour l'exérèse des lésions T1 et T2 pour lesquelles le robot da Vinci a obtenu l'autorisation de la FDA en 2009. La majorité des équipes laissent la perte de substance en cicatrisation dirigée, et un lambeau local permet la couverture de pertes de substances oropharyngées plus larges : lambeau d'avancement local musculomucosux, lambeau pédiculé de FAMM, voire lambeau nasoseptal [2,3]. En tirant bénéfice de l'expérience issue d'une part, des oropharyngectomies par voie trans-mandibulaire, par voie cervico-transorale, et par voie trans-orale exclusive sans ou avec l'assistance du robot, et d'autre part, des reconstructions par lambeaux libres fasciocutanés et des spécificités des lambeaux perforants, nous proposons une technique modifiée adaptée aux situations plus complexes telle que la chirurgie de rattrapage post-radique et la chirurgie en terrain irradié.

2. Technique

2.1. Installation

Le patient est installé en décubitus dorsal les bras le long du corps, avec un billot sous les épaules qui sera retiré à l'installation du robot. Une trachéotomie temporaire est réalisée. Une échographie-doppler de la cuisse est réalisée sur table et permet de planifier et faciliter la dissection du lambeau en montrant les trajets des perforantes, leurs distributions, leurs types (septo-cutanées, musculo-cutanées), les zones de passage aponévrotique et du fascia superficialis. Elle permet en outre de centrer le dessin de la palette cutanée sur les perforantes avec fiabilité.

2.1.1. Premier temps : la cervicotomie pour curage ganglionnaire et dissection parapharyngée

Le curage ganglionnaire est réalisé selon les règles carcinologiques habituelles. Le XII et le nerf laryngé supérieur sont repérés. La carotide externe est disséquée avec toutes ses branches collatérales. L'émergence de l'artère faciale au-dessus du muscle digastrique est repérée. Le ventre postérieur du muscle digastrique et le muscle stylo-hyoïdien sont disséqués vers l'arrière et libérés. Leur section en arrière sur la styloïde et sur l'apex mastoïdien puis en avant au contact de l'os hyoïde juste en-dessous et en dehors de l'entrée du XII sous le muscle mylo-hyoïdien permet d'ouvrir en toute sécurité la frontière très virtuelle entre l'espace parapharyngé et l'espace cervical (Fig. 1). La dissection de la face antérieure et externe de la carotide interne peut alors être menée

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2017.08.007>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Philippe.gorphe@gustaveroussy.fr (P. Gorphe).<https://doi.org/10.1016/j.aforl.2017.07.002>

1879-7261/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

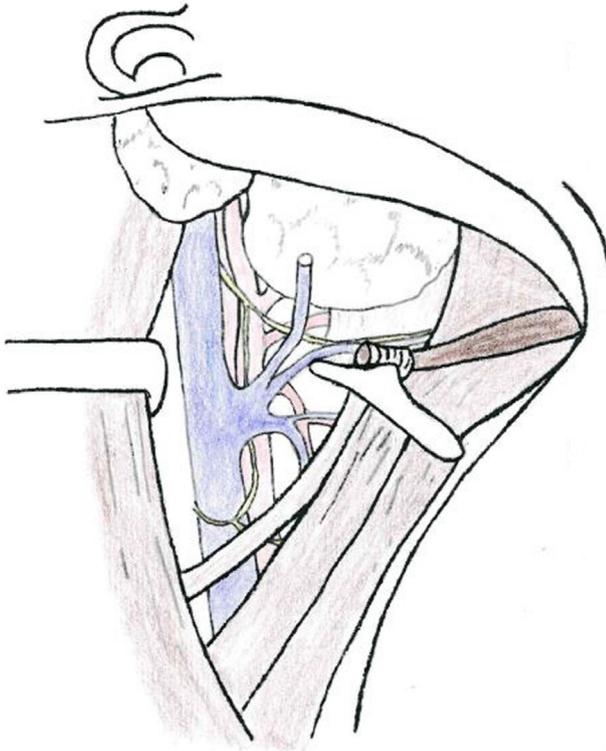


Fig. 1. Exposition cervicale après curage ganglionnaire. La résection du ventre postérieur du muscle digastrique et du muscle stylo-hyoïdien permet l'abord de l'espace parapharyngé pré-stylien et libère l'artère faciale qui retombe en bas et en avant, en dehors du champs opératoire lors du temps transoral.

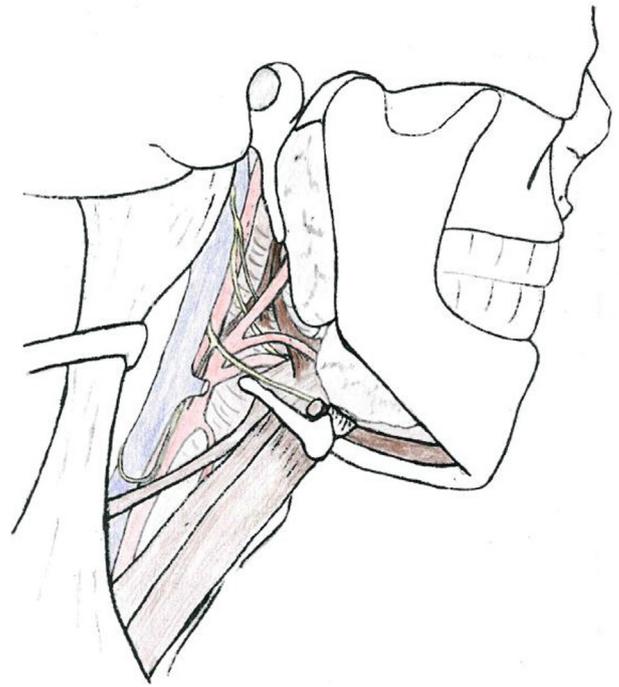


Fig. 2. Exposition des espaces parapharyngés pré- et rétro-styliens. Lors du temps cervical l'espace graisseux pré-stylien est totalement libéré et récliné médialement sur les constricteurs du pharynx. Les faces médiale et externe de la carotide interne dans l'espace rétro-stylien sont libérées par l'abord cervical, libérant la face profonde des muscles styloglosse et stylopharyngien. Ces derniers seront sectionnés latéralement lors du temps transoral assisté par robot, ce qui permettra de finir de récliner totalement le rideau stylien et les espaces parapharyngés pré- et rétro-styliens en monobloc sur la pièce opératoire d'oropharyngectomie.

dans l'espace rétro-stylien quasiment jusqu'au foramen lacerum sans grande difficulté dans la majorité des cas. La graisse parapharyngée est refoulée en monobloc médialement sur les constricteurs du pharynx et on libère en regard de l'axe carotidien la face profonde des muscles restants du rideau stylien, laissés en bloc avec la graisse à leur portion endovasculaire, assurant à la résection tumorale des marges profondes maximales (Fig. 2). Les muscles styloglosse et stylopharyngien peuvent être libérés de la styloïde lors de ce temps mais leur conservation permet de faciliter le repérage vasculaire lors du temps transoral pendant lequel ils pourront alors être libérés en toute sécurité. Une fois cette dissection terminée une compresse bêtaadinée est mise dans le lit opératoire cervical et un steridrap referme temporairement le site.

2.1.2. Deuxième temps : la dissection du lambeau antérolatéral de cuisse

Le prélèvement du lambeau antérolatéral de cuisse dans cette indication se fait dans un plan très superficiel, celui du fascia superficialis (Fig. 3, cf articles publiés sur la réalisation du lambeau de fascia superficialis antérolatéral de cuisse) [4,5].

2.1.3. Troisième temps : le temps transoral assisté par robot

Ce temps opératoire rejoint la technique princeps décrite par Weinstein et al., elle-même dérivée de la technique d'oropharyngectomie latérale transorale décrite par Laccourreye et al. [1,6,7]. L'exposition transorale est assurée à l'aide d'un écarteur de Boyle-Davis ou d'un rétracteur spécifique type Faye-Kastenbauer, mis en suspension. Le robot da Vinci Xi est installé en configuration transorale avec une préférence pour l'optique 0° plutôt que l'optique 30° pour l'oropharynx latéral et postérieur, la spatule ou les ciseaux monopolaire(s) sur le bras homolatéral à la lésion, et les forceps Maryland bipolaires sur le bras controlatéral. Le chirurgien assistant est assis à la tête du patient.

La muqueuse du pilier antérieur est incisée au niveau du raphé ptérygomandibulaire à sa partie supérieure et expose les constricteurs du pharynx. L'incision muqueuse est poursuivie vers le bas, et les constricteurs sont sectionnés verticalement exposant l'espace parapharyngé préstylien. L'incision des constricteurs de haut en bas à ce stade ouvre très largement l'espace parapharyngé dont la partie profonde a déjà été libérée lors du temps cervical. Le pôle profond de la glande parotide apparaît alors latéralement de façon constante et le muscle ptérygoïdien médial est facilement identifié. En haut la section est poursuivie sur le palais mou homolatéral et redescend sur la paroi postérieure en emportant le pilier postérieur. La section ouvre le raphé et expose l'espace rétropharyngé en continuité. La réclinaison médiale de la pièce tend en profondeur les muscles styloglosse et stylopharyngien, derniers corps musculaires du rideau stylien accolés latéralement l'un à l'autre. Leur face profonde ayant déjà été disséquée lors du temps cervical, leur section latérale permet de finir de récliner médialement l'ensemble du rideau stylien sur la pièce et d'exposer le paquet vasculo-nerveux rétro-stylien dans le champ opératoire. La section lors du temps cervical muscle stylohyoïdien permet de libérer l'artère faciale qui est attirée en dedans et en bas hors du champ opératoire. De façon constante, apparaît médialement à mi-hauteur une branche nerveuse du plexus pharyngien IX-X qui descend verticalement et que la tension horizontalise pour aller pénétrer en éventail à la face postérieure du constricteur du pharynx, qu'il faut sectionner sans électrocoagulation. À ce stade, la poursuite de la résection dépend de l'extension vers la base de langue. La section vers le bas est poursuivie sur la zone de jonction linguale et le plancher buccal postérieur, exposant le plus souvent l'artère linguale distale. La section emporte le sillon amygdaloglosse avec ou sans une portion de base de langue selon l'extension tumorale et la résection prévue. La section de paroi postérieure est poursuivie jusqu'au

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805460>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805460>

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