



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Comment je fais. . .

Comment je fais. . . le morcellement protégé de fibromes par voie laparoscopique ?

How I do. . . laparoscopic in-bag morcellation of myomas?

G. Chene^{a,*,b}, C. Delacroix^a, K. Lebaill Carval^a, P. Chabert^a, G. Mellier^a, G. Lamblin^a

^a Département de gynécologie, hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME), hospices civils de Lyon, CHU de Lyon, 69000 Lyon, France

^b Université Claude-Bernard-Lyon 1, EMR 3738, 69000 Lyon, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 20 août 2017

Mots clés :
Morcellement
Sarcome utérin
Hystérectomie
Myomectomie
Laparoscopie
Sac de morcellement
Myome parasitique

Keywords:
Power morcellation
Uterine sarcoma
Hysterectomy
Myomectomy
Laparoscopy
In-bag morcellation
Parasitic myoma

1. Introduction

La voie d'abord mini-invasive laparoscopique est largement recommandée par rapport aux abordages laparotomiques, aussi bien dans la réalisation des hystérectomies (grade B) que dans celles des myomectomies (moins morbide, moins adhésiogène, durée d'hospitalisation raccourcie) [1].

Cependant, la Food and Drug Administration (FDA) a lancé une alerte en 2014 quant au risque de dissémination lors du morcellement laparoscopique des fibromes et/ou utérus dans la cavité péritonéale [2] :

- risque de dissémination de cellules cancéreuses (sarcomateuses ou de cancer de l'endomètre) estimé à 0,28 % [3] (pour le léiomyosarcome entre 0,02 et 0,19 % [4] ; pour les cancers utérins toute histologie confondue entre 0,13 et 0,41 % [5]) ;
- risque de dissémination de cellules musculaires lisses et apparition de myome parasitique secondaire au sein de la cavité pelvienne (incidence estimée entre 0,12 à 0,95 % après morcellement laparoscopique [6]).

Pour éviter le risque de dissémination lors du morcellement laparoscopique, les modalités d'extraction des pièces opératoires doivent être adaptées. L'extraction peut se faire par voie abdominale (au mieux par mini-laparotomie en agrandissant l'incision d'un orifice de trocart avec le risque de perdre les avantages de la chirurgie mini-invasive), par voie vaginale

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : chenegautier@yahoo.fr (G. Chene).

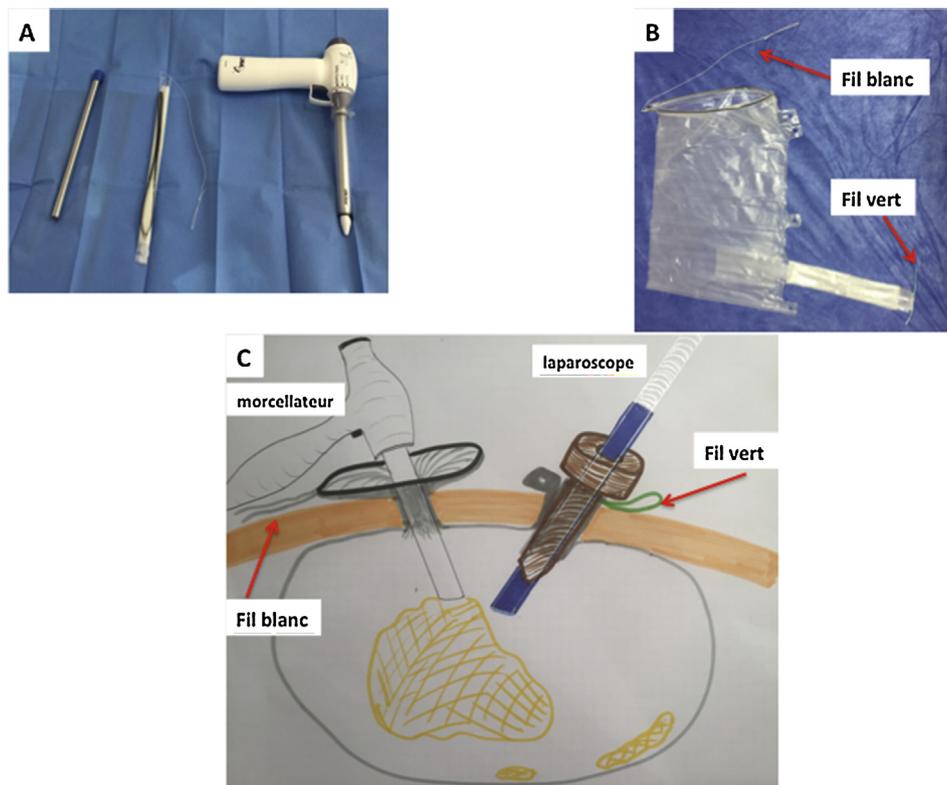


Fig. 1. Description du sac. A. Matériel nécessaire : sac More-Cell-Safe[®] (AMI, France) plié et la gaine protectrice pour le laparoscope, morcellateur laparoscopique. B et C. Sac More-Cell-Safe[®] déployé. Il s'agit d'un sac en polyuréthane à double entrée qui doit être mis en place via deux trocarts de 12 mm, habituellement par l'orifice sus-pubien pour insérer le morcellateur et l'orifice ombilical pour le laparoscope. Néanmoins, pour des raisons balistiques, les deux trocarts de 12 mm peuvent être positionnés différemment. Remarquez le fil blanc qui sera tracté pour extraire l'orifice d'introduction du morcellateur. Le fil vert sera extériorisé à l'aide d'une pince coelioscopique pour ensuite insérer le laparoscope dans le sac comme indiqué dans le schéma.

(nécessité d'une colpotomie postérieure avec le risque potentiel de complications digestives et la nécessité d'un accès vaginal suffisant), et enfin par morcellement protégé au sein d'un sac d'extraction coelioscopique étanche [7]. Cette dernière approche a notre préférence et nécessite un apprentissage pour la mise en place du sac et un morcellement en toute sécurité. Trois laboratoires pharmaceutiques commercialisent actuellement en France des sacs de morcellement coelioscopique :

- sac More-Cell-Safe[®], AMI, France ;
- sac Morsafe[®], Vectec, France ;
- sac Eco-400-T[®], Kebomed, France.

Ces sacs à double entrée (un orifice sus-pubien pour le morcellateur, un orifice ombilical pour le laparoscope) se placent par les trocarts de coelioscopie et permettent un morcellement étanche sans risque de dissémination sous réserve de l'apprentissage de leur utilisation [8] (Fig. 1A–C). Leur manipulation est effectivement complexe et les différentes séquences de mise en place doivent être respectées (courbe d'apprentissage nécessaire). Il y a une augmentation logique de la durée opératoire d'une vingtaine de minutes pour les premiers cas et seulement de quatre à cinq minutes chez un opérateur entraîné.

Nous proposons de décrire la mise en place du sac More-Cell-Safe[®] (AMI, France) qui présente l'avantage d'être commercialisé avec une gaine de protection du laparoscope afin d'éviter la contamination potentielle de celui-ci.

2. Technique opératoire

La patiente est installée en décubitus dorsal, en position de Trendelenburg et les anses digestives refoulées, sous anesthésie

générale, avec intubation orotrachéale, les jambes écartées en flexion de 30°, les deux bras le long du corps, les fesses débordant légèrement de la table d'opération, la vessie sondée.

Quatre trocarts sont nécessaires et doivent être mis en place dès le début de l'intervention d'hystérectomie subtotale ou de myomectomie : un trocart de 12 mm en ombilical pour le coelioscope, deux trocarts de 5 mm en fosse iliaque gauche et en fosse iliaque droite à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, et un trocart sus-pubien de 12 mm. Une pince à préhension fenêtrée saisit le sac au niveau de l'œillet et l'introduit complètement dans l'abdomen via le trocart sus-pubien (Fig. 2D). Le fil blanc doit rester extériorisé. Deux pinces introduites dans les trocarts latéraux ouvrent le sac et une Grip pince via le trocart sus-pubien saisit la pièce opératoire pour la mettre dans le sac (Fig. 2E). L'opérateur peut alors tirer le fil blanc et extraire la bordure en plastique noire puis le trocart sus-pubien (Fig. 2F et G). Le sac est également extériorisé sur trois à quatre centimètres. Une pince atraumatique est ensuite introduite par un des trocarts latéraux pour saisir le fil vert (Fig. 3H). Cette pince est alors orientée dans le trocart ombilical et ce dernier est enlevé (Fig. 3I). La suture verte est ensuite extériorisée et tractée pour extérioriser l'extrémité du sac (Fig. 3J et K). L'insufflation doit être coupée pour permettre l'introduction du trocart ombilical dans l'orifice ombilical de l'extrémité du sac. Il convient de bien faire un mouvement inverse (faire glisser l'extrémité du sac vers le haut du trocart tout en le poussant pour qu'il pénètre via le sac dans l'abdomen) (Fig. 4L et M). Le laparoscope est ensuite placé dans la gaine de protection, et l'ensemble pénètre dans le trocart ombilical, l'insufflation peut être remise en marche (Fig. 4N et O). L'index de l'opérateur s'assure que le sac n'est pas twisté en sus-pubien puis le morcellateur est introduit directement dans le sac en sus-pubien. L'ampliation du sac est complète recouvrant l'ensemble de la cavité abdominale, la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926359>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926359>

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