



ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



TECHNIQUE CHIRURGICALE

# Technique opératoire : lobectomie thyroïdienne robotique par voie transaxillaire<sup>☆</sup>

*Operative technique: Robotic transaxillary thyroid lobectomy*

M. Agus<sup>a</sup>, C. Nomine-Criqui<sup>a</sup>, L. Demarquet<sup>b</sup>,  
M. Klein<sup>b</sup>, L. Brunaud<sup>a,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie digestive, hépatobiliaire, endocrinienne et cancérologique, université de Lorraine, Hospital Brabois Adultes, CHU Nancy, 54511 Vandoeuvre-les-Nancy, France

<sup>b</sup> Service d'endocrinologie et diabétologie, université de Lorraine, Hospital Brabois Adultes, CHU Nancy, 54511 Vandoeuvre-les-Nancy, France

<sup>c</sup> Unité Inserm U954, nutrition–génétique et exposition aux risques environnementaux, faculté de médecine, Université de Lorraine, 54511 Vandoeuvre les Nancy, France

**MOTS CLÉS**

Thyroïde ;  
Cœlioscopie ;  
Lobectomie ;  
Transaxillaire ;  
Nodule ;  
Robotique

**KEYWORDS**

Thyroid;  
Laparoscopy;  
Lobectomy;  
Transaxillary;  
Thyroid nodule;  
Robotics

## Introduction

La chirurgie thyroïdienne conventionnelle est réalisée par une incision cervicale transverse permettant d'exposer la région thyroïdienne de façon adéquate. Bien que cette voie d'abord soit sûre et associée à une faible morbidité dans les centres expérimentés, certains patients ont en postopératoire une cicatrice importante et bien visible. Une proportion non négligeable de ces patients correspond à des adultes jeunes qui sont aussi concernés par l'aspect esthétique de leur cicatrice. En conséquence, certaines équipes chirurgicales ont essayé de minimiser la longueur des incisions cervicales et/ou de relocaliser les incisions cutanées dans des régions en dehors du cou [1]. Initialement, ces abords extra-cervicaux étaient endoscopiques à partir des années 2000 puis la plateforme robotique a ensuite été utilisée pour améliorer la stabilité du champ opératoire, obtenir une vue en 3 dimensions et utiliser des instruments articulés [1–4]. La voie transaxillaire robotique n'est qu'une des nombreuses voies d'abords extra-cervicales actuellement en cours d'évaluation à travers le monde pour réaliser un geste de résection thyroïdienne [1]. Cette voie d'abord reste pour le moment largement minoritaire par rapport à la cervicotomie conventionnelle même si les équipes coréennes rapportent leurs résultats sur plusieurs milliers de patients et certaines équipes européennes sur quelques centaines [5,6]. Pour illustrer cette technique, nous prenons l'exemple d'un nodule de 27 mm du lobe gauche de la thyroïde dont la cytoponction correspondait à un grade 4 de la classification Besthesda.

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2018.04.005>.

<sup>☆</sup> 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.

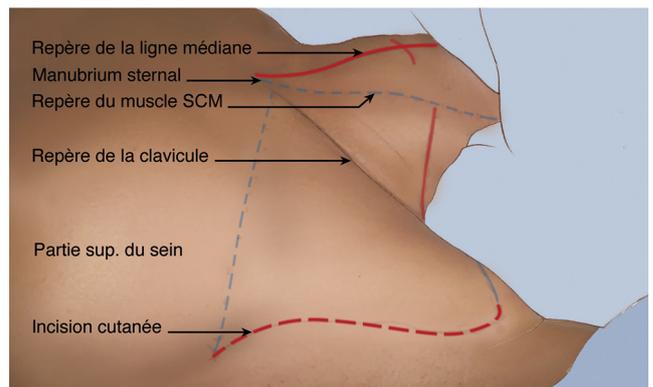
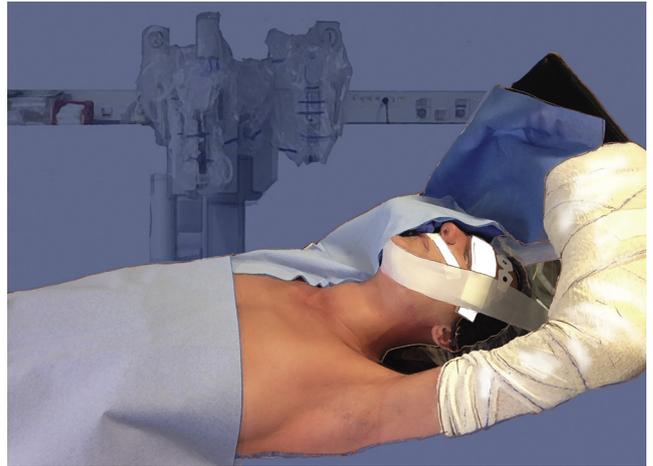
Adresse e-mail : [l.brunaud@chru-nancy.fr](mailto:l.brunaud@chru-nancy.fr) (L. Brunaud).

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2018.04.005>

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

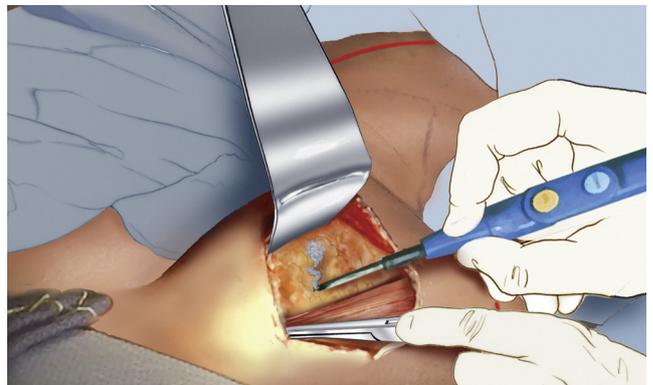
## 1 Installation

La patiente est installée en décubitus dorsal et l'induction anesthésique est réalisée. Une très légère extension de la tête est réalisée pour améliorer l'exposition de la région cervicale (maintenue par un scotch autour du menton et fixé à la table opératoire). Un soin particulier est pris pour positionner les deux membres supérieurs et éviter des points de contact notamment lors du positionnement du chariot robotique. Le bras homolatéral (ici à gauche) est positionné en abduction – rotation interne avec la main en avant du front. Le bras controlatéral (ici à droite) est positionné le long du corps. Le chariot robotique viendra de façon perpendiculaire à l'axe du corps du coté opposé à l'incision cutanée. À la fin de l'installation, une incision en S d'une longueur de 6 à 9 cm est tracée sur le bord externe du muscle grand pectoral. Le trajet de la dissection du tunnel sous cutané est tracé sur la peau jusqu'au niveau de la ligne médiane. Le repère de la clavicule est aussi tracé ainsi que celui correspondant au muscle sterno-cléido-mastoïdien homolatéral à l'incision. Le chirurgien se place à coté du patient et peut donc commencer à réaliser l'incision cutanée (cartouche).



## 2 Incision cutanée et dissection du tunnel sous cutané

L'incision cutanée est réalisée selon le tracé puis la dissection se poursuit immédiatement en avant du muscle grand pectoral. Aucune dissection n'est donc réalisée dans le creux axillaire. L'aide se place en face du chirurgien et peut ainsi exposer la dissection à l'aide d'une valve qui est progressivement mobilisée en suivant la profondeur de la dissection. Ce temps opératoire est difficilement éclairé par un scialytique fixé au plafond et l'utilisation d'une lampe frontale améliore considérablement la dissection. Lorsque la dissection du tunnel sous cutané est terminée et atteint le niveau de la ligne médiane, il est possible d'individualiser le chef antérieur et le chef postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. La valve est toujours tenue par l'aide situé en face du chirurgien.



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8957728>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8957728>

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