

COLECTOMIE LAPAROSCOPIQUE

I – TECHNIQUE OPERATOIRE

A – COLECTOMIE GAUCHE

- 1°) Installation :
- Décubitus dorsal, jambes écartées
 - Bras droit le long du corps
 - Opérateur et aide à droite du malade
 - Instrumentiste entre les jambes
 - Colonne en face de l'opérateur, à gauche du malade

- 2°) Trocarts :
- 12 mm paraombilical droit (optique)
 - 12-15 mm FID (ciseaux, endoGIA)
 - 5 mm HCD (pince à préhension)
 - 5 mm FIG (« « «)

- 3°) Trendelenbourg 30°
Roulis à droite 20°

- 4°) Le grand épiploon est positionné en sus mésocolique.
Le grêle est rangé à droite.
Exposition de l'angle de treitz.

- 5°) Ligature-section de l'AMI sous l'angle de treitz.
Ligature-section de la VMI.

- 6°) Dissection du fascia du toldt gauche :
- les vaisseaux génitaux
 - l'uretère gauche
 - le fascia prérenal
 - le plexus nerveux

sont repérés et laissés en arrière

7°) Abaissement de l'angle colique gauche

8°) Libération colopariétale

9°) Dissection du mésorectum

10°) Trans-section rectale

11°) Extraction et résection colique au niveau de la FID

12°) Anastomose colorectale et épreuve d'étanchéité

B – COLECTOMIE DROITE

1°) Installation : - Décubitus dorsal, jambes écartées
- Bras gauche le long du corps
- Colonne à droite du patient
- Opérateur entre les jambes
- Aide et instrumentiste à gauche

2°) Trocarts : - 12 mm ombilical
- 5 mm sus ombilical
- 5 mm FID
- 12 mm HCG

3°) Ligature-section des pédicules vasculaires

4°) Décollement colo-pariétal

5°) Résection et anastomose par minilaparotomie para-ombilicale droite

II – LIMITES ET INDICATIONS DANS LES SIGMOIDITES

1°) Difficultés en période aiguë liées au contexte septique et aux remaniements inflammatoires péri-coliques :

- Epaissement et fragilisation des tissus
- Suintement hémorragique permanent
- Infiltration oedémateuse des tissus
- Dilatation du grêle

Conséquences : taux de conversion élevé en période aiguë : 53 %
En dehors de l'urgence : 15 %

2°) Les complications aiguës (en dehors de la péritonite) doivent être refroidies avant l'intervention :

- Repos du tube digestif
- Antibiothérapie
- Drainage percutané

3°) Si persistance du contexte septique,
Si drainage percutané insuffisant ou impossible : intérêt de la coelioscopie pour :

- Exploration complète de la cavité abdominale
- Effondrer les collections cloisonnées
- Lavage-drainage
- CAT perforation ???

4°) En cas de péritonite : intérêt de la coelioscopie pour :

- Réaliser une intervention type Hartmann
- Réaliser un lavage-drainage de la cavité péritonéale

(Ce traitement en 2 temps va à l'encontre des principes de la chirurgie ouverte qui recommandent de réaliser en 1 temps le traitement de la péritonite et de sa cause)

5°) Le traitement des fistules colo-vésicales peut être réalisé par coelioscopie, ainsi que le rétablissement de la continuité après intervention de Hartmann.

6°) L'âge et les antécédents chirurgicaux ne constituent pas une contre-indication de la laparoscopie

7°) L'obésité apparaît comme l'un des facteurs prédictifs le plus important de conversion

La conversion n'est pas un échec, mais une décision sage prise par le chirurgien quand les conditions de sécurité pour le patient ne sont pas remplies.

Le geste pratiqué par la laparoscopie doit être identique à celui effectué par la laparotomie, avec une morbi-mortalité inférieure (mobilisation de l'angle gauche, longueur des pièces réséquées...).

Courbe d'apprentissage (15 à 40 interventions)

III – AVANTAGES DE L'APPROCHE LAPAROSCOPIQUE

A – IMMEDIATS (absence d'études randomisées)

- 1 – Reprise plus précoce du transit
- 2 – Alimentation plus rapide
- 3 – Confort plus important
- 4 – Diminution de consommation de morphiniques
- 5 – Réduction de la durée d'hospitalisation

B – A DISTANCE

- 1 – Le respect du capital pariétal

IV-RESULTATS DE LA CHIRURGIE LAPAROSCIPIQUE DANS LES SIGMOIDITES

1° BERTHOU JCH, Chirurgie 1997, 122 ; 424-29

85 patients dont 8 complications aiguës :
durée d'I° : 178mn (100 à 360mn)
reprise du transit : 2,5j (1 à 4j)
durée moy de séjour : 8,2 (5-15j)
conversion : 5,9%
morbidité 8,2% (7 malades) : (3 fistules du grêle, 1 fistule colique, 1 occlusion du grêle)

2° BRUCE, Dis colon Rectum 1996, 39, 10 ; S1-S6

25 p / coelio—17 p / laparo
3 conversions

	Laparoscopie	Open	P
Réalimentation Nle	3,2 +- 0,9 j	5,7+- 1,1 j	<0,001
Durée hospitalisation	4,2 +- 1,1 j	6,8 +- 1,1 j	<0,001
Cout (\$)	10230	7068	<0,001
Durée opératoire	397+- 9 m,	115 +- 5 mn	<0,001
Complications majeure	2	1	NS

5°/ BERGAMASHI, ARNAUD JP Surg Endosc 1997,11 ;802-04

90p coelio / 90 laparo

	Laparoscopie	Open	p
Durée opératoire	180	116	0,001
Gaz	3,5 + 1,2 j	4,4 + 1,4j	NS
Durée hospitalisation	5,2 + 1,3 J	12,2 + 1,9 j	< 0,001
Cout salle opération(\$)	2830	1420	< 0,001
Cout Hopitalisation(\$)	2600	6000	< 0,001
Cout global	10900	9940	NS

6°/BURGE JS, DOMERGUE J

114 patients : 58 laparo / 56 coelio

	groupe 1	groupe 2	p
Hospit glob (j)	14	9,4	p<0,0001
Hospit SI (j)	3,1	1,7	p=0,02
morphiniques (j)	1,9	1,4	p=0,04
sonde gastrique (j)	4	1,2	p<0,0001
gaz (j)	4,3	2,4	p<0,0001
selles (j)	5,6	3,6	p<0,0001
boissons (j)	6	3	p<0,0001
arret perf (j)	9,8	6	p<0,0001