

## ***LES TROCARTS - LE PNEUMOPERITOINE***

### ***1 – RISQUES***

- Plaies vasculaires
- Plaies viscérales
- Embolie gazeuse

Ils existent pour l'aiguille de Veress, le 1<sup>er</sup> trocart (et les autres) et pour l'open coelio également.

### ***2 – TERRAIN***

- Abdomen opéré : choisir un site à distance du foyer opératoire (exemple : hypochondre gauche si incision médiane)
- Abdomen non opéré : le choix du site dépend des habitudes de chacun.

### ***3 – TESTS de SECURITE***

- Seringue avec sérum ?
- Traction sur le site de ponction ?
- Trocart mousse ? (la notion de trocart de sécurité doit être bannie)
- Introduction de la chemise seule, sans le perforateur central après ouverture du péritoine (= open coelio)
- Surveillance des paramètres : débit, pression, volume insufflé.
  - pression < 10 mm Hg
  - débit  $\approx$  1 l/mm
  - volume insufflé : croit régulièrement

#### **4 – TECHNIQUES**

- a) Ponction à l'aiguille, puis introduction du 1<sup>er</sup> trocart sans dissociation musculo-aponévrotique. Attendre l'obtention d'un pneumopéritoine suffisant.
- b) «Open-Coelio» : - Dissection jusqu'au péritoine.  
- Mise en traction du péritoine puis ouverture.  
- Introduction du trocart sans le perforateur central.
- c) «Open-Ponction» : - Dissection de l'aponévrose superficielle, traction, ponction à l'aiguille de Veress de l'aponévrose postérieure, puis du péritoine.  
  
- On se guide sur le nombre de « clics » puis sur la pression intra-abdominale et le débit après mise en route de l'insufflateur.
- d) 1<sup>er</sup> trocart sans pneumopéritoine préalable (Pelvis)  
  
- Traction manuelle forte sur la paroi  
- Trendelenbourg  
- Dissociation jusqu'à l'aponévrose sous ombilicale  
- Franchissement pariétal à l'aveugle.
- Cette technique est utilisée par certaines équipes de gynécologie très entraînées, mais n'est pas à recommander.
- e) Les autres trocarts et les instruments doivent être introduits sous contrôle de la vue, après mise en place de l'optique.

#### **5 – CONCLUSIONS**

- Le trocart de sécurité n'existe pas.
- La technique de sécurité n'existe pas (il y a des plaies vasculaires et viscérales en open-coelio)
- La technique à recommander est celle :
  - que l'on maîtrise le mieux,
  - qui est adaptée à la situation de chaque malade
- On peut donc avoir plusieurs techniques, adaptées en fonction des circonstances.
- C'est le chirurgien qui peut être dangereux : le trocart, l'aiguille à pneumopéritoine, la technique opératoire ne que sont des «agents» d'exécution sous son contrôle.