

LYMPHADENECTOMIE PELVIENNE

PERCOELIOSCOPIQUE

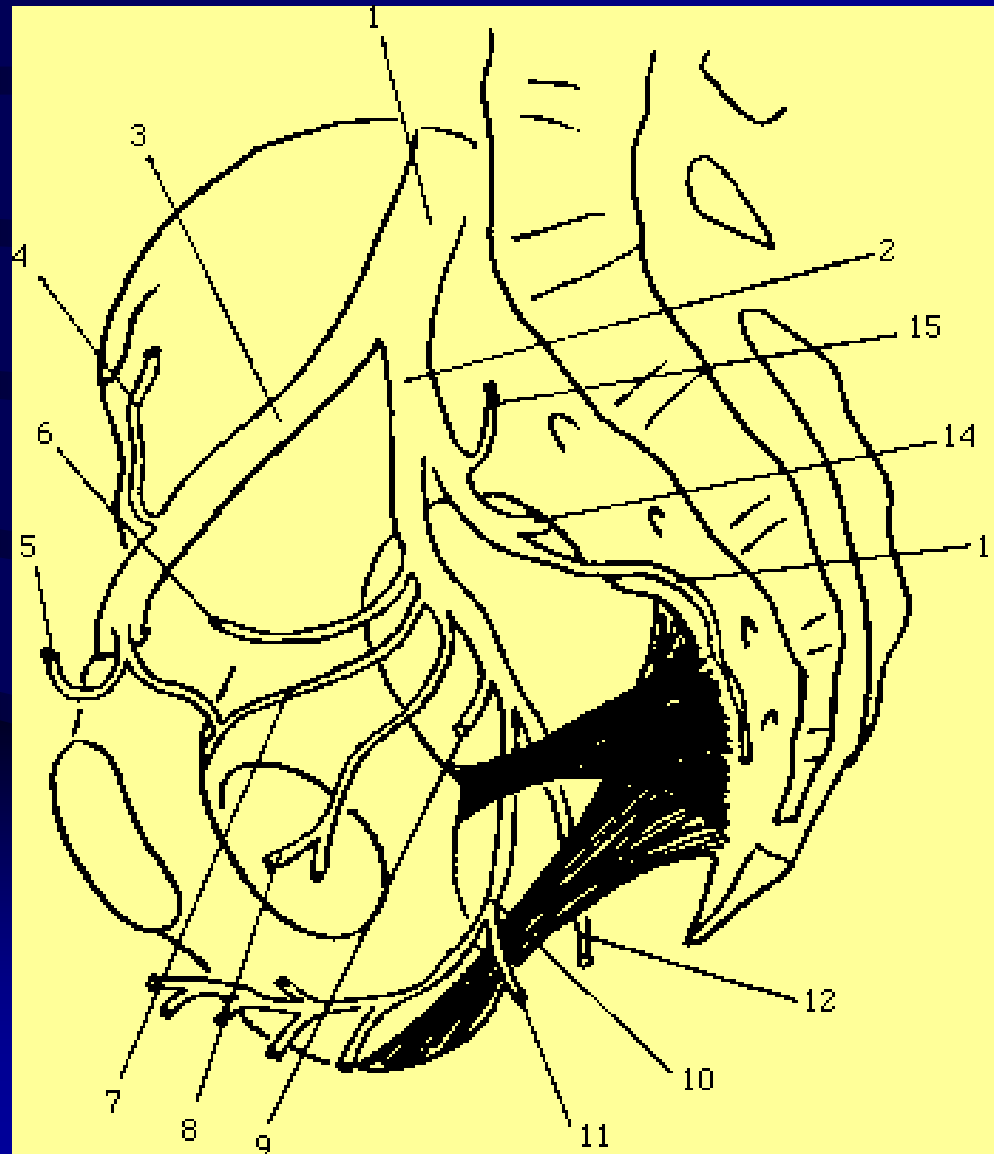
Service de gynécologie Obstétrique Olympe de Gouge

Hopital Bretonneau Tours

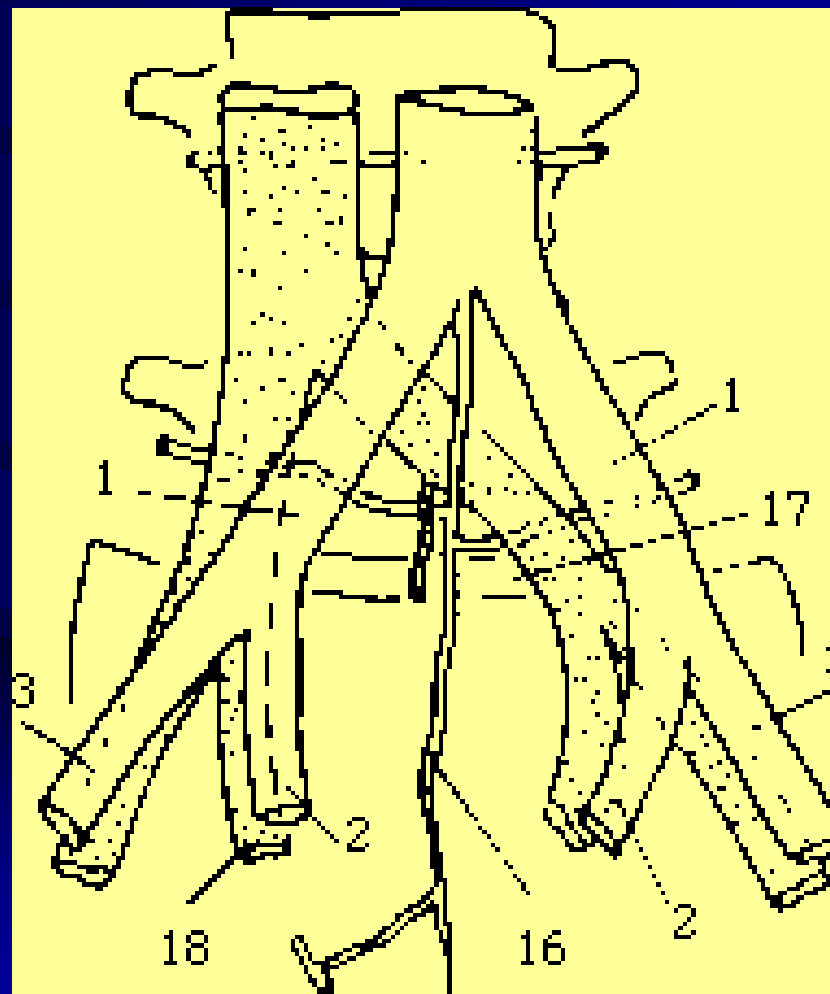


Rappels anatomiques :

Schémas vascularisation petit bassin



Schémas vascularisation petit bassin



Définition:

- Curage ganglionnaire pelvien sous veineux iliaque externe et sur la bifurcation iliaque primitif:
 - → en avant et en dedans artère ombilicale
 - → en dehors le muscle obturateur
 - → en bas le nerf obturateur
 - → en haut la veine iliaque externe

Indications:

Cancers pelviens =

- Cancer du col de l'utérus dans les formes limitées jusqu'au stade II b proximal
- Cancer de l'endomètre stade II et III

Intérêts de la voie coelioscopique 1:

• **Meilleure exploration visuelle:**

→ Quantitative: anatomie plus large

- ◆ régions sus mésocoliques
- ◆ coupoles et gouttières pariéto coliques

→ Qualitative:

- ◆ espaces virtuels (paravésicaux et rectaux) mieux visualisés par Pneumopéritoine
- ◆ microlésions par effet loupe

• **Prélèvements histologiques:**

→ orientés: fiabilité > par rapport à l'imagerie

→ au hasard: cytologie péritonéale

Intérêts de la voie coelioscopique 2:

•**Complications:**

Faible en proportion: 2/320 soit 0.6%

Chapron C, Querleu D. Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a serie of 29966 cases. Himan Reprod., 2002;17: 1334-342

Spécifiques: Plaies vasculaires (veine oburatrice)
lymphocèle

•**Suites opératoires:**

Simple et courtes

•**Technique opératoire:**

Identique à la voie laparotomique

Technique opératoire :

1 Voies d'abord : 3 voies d'abord sus pubiennes=

2 trocards latéraux de 5 mm

1 trocard médian de 10 mm

2 Installation de la patiente :

à plat, jambes écartées, fesses au bord de la table

3 Temps opératoires :

→Exploration complète de la cavité abdominopelvienne

→Identification des limites du curage :

- repérer l'artère ombilicale en exerçant une traction avec grip pince au niveau de la paroi antérieure (limite en avant)

Technique opératoire :

→ Identification des limites du curage :

- repérer les vaisseaux iliaques externes en dehors

→ Ouverture du péritoine, parallèlement aux vaisseaux iliaques externes depuis l'artère ombilicale jusqu'à la bifurcation iliaque

→ Curage de la limite antérieure au niveau de l'artère ombilicale ≈ fossette paravésicale jusqu'au plancher pelvien

→ Curage sous veineux, sous la veine iliaque externe en attrapant le paquet ganglionnaire. Hémostase pas à pas (pince bipolaire ou pose de clips) car veine obturatrice perpendiculaire à la veine iliaque externe. Dissection prudente pour éviter plaie veineuse iliaque.

Technique opératoire :

→Curage sous veineux (suite):

Le curage est arrêté au niveau du nerf obturateur pour la limite inférieure et en dedans au niveau de artère ombilicale. Le paquet est alors libéré par sa partie caudale en raclant le nerf obturateur de bas vers le haut jusqu'à la bifurcation iliaque.

→Curage iliaque primitif où on libère la partie céphalique du paquet ganglionnaire lorsqu'on voit apparaître la veine iliaque primitive sous l'artère. Pose d'un clip à ce niveau.

→Le curage pelvien est terminé lorsque la fossette obturatrice est complètement évidée. On procède de la même façon du côté controlatéral.

Conclusions:

- Voie d'abord laparoscopique accessible
- Faible morbidité