

# Surrénalectomies par voie laparoscopique

DIU de Coeliochirurgie Tours / Brest

Professeur A. Hamy

# Introduction

- **Intérêts de la laparoscopie car**
  - organe de petite taille
  - tumeur le plus souvent bénigne
  - la chirurgie par voie ouverte nécessite un abord large
  - classique de la laparoscopie
- **Le 1<sup>o</sup> cas rapporté date de 1992 (1)**

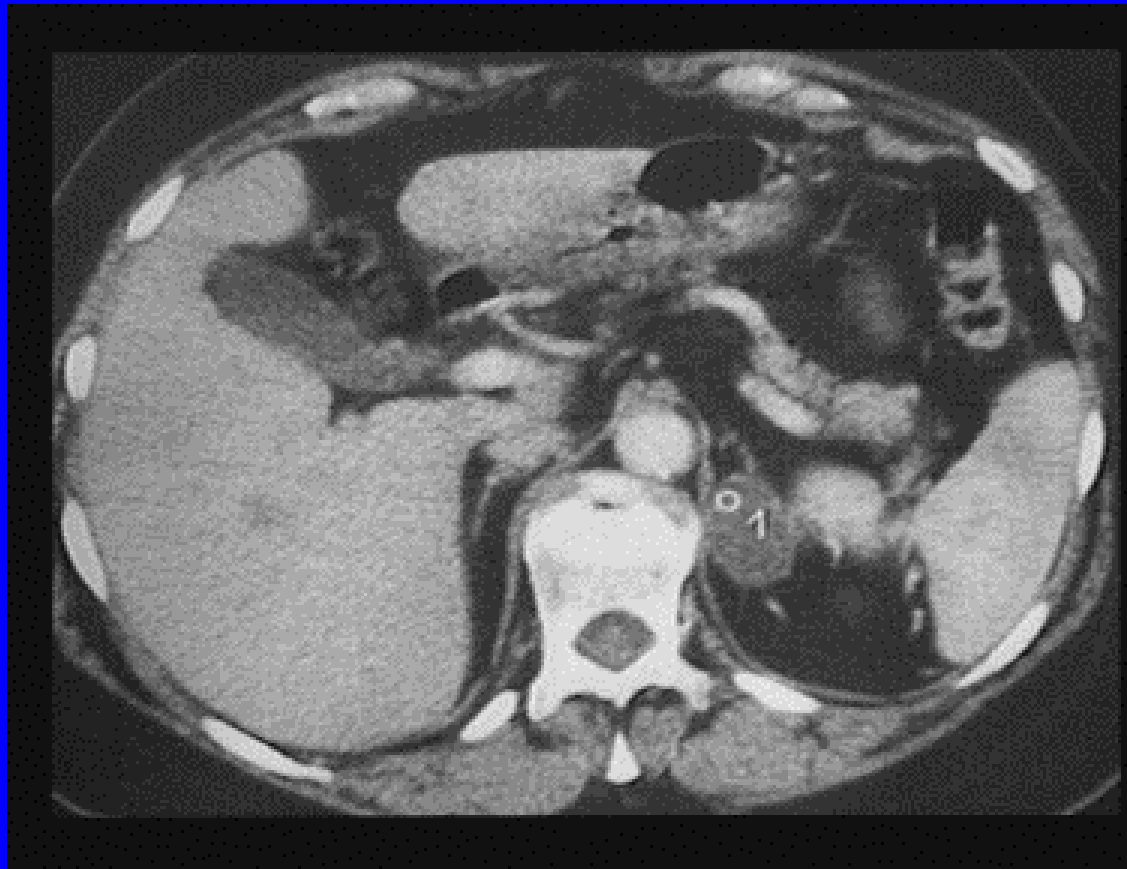
# 2 voies d'abord en laparoscopie

- **Transpéritonéale**
  - en décubitus dorsal
  - en décubitus latéral (qui est la plus utilisée)
- **Rétropéritonéale**

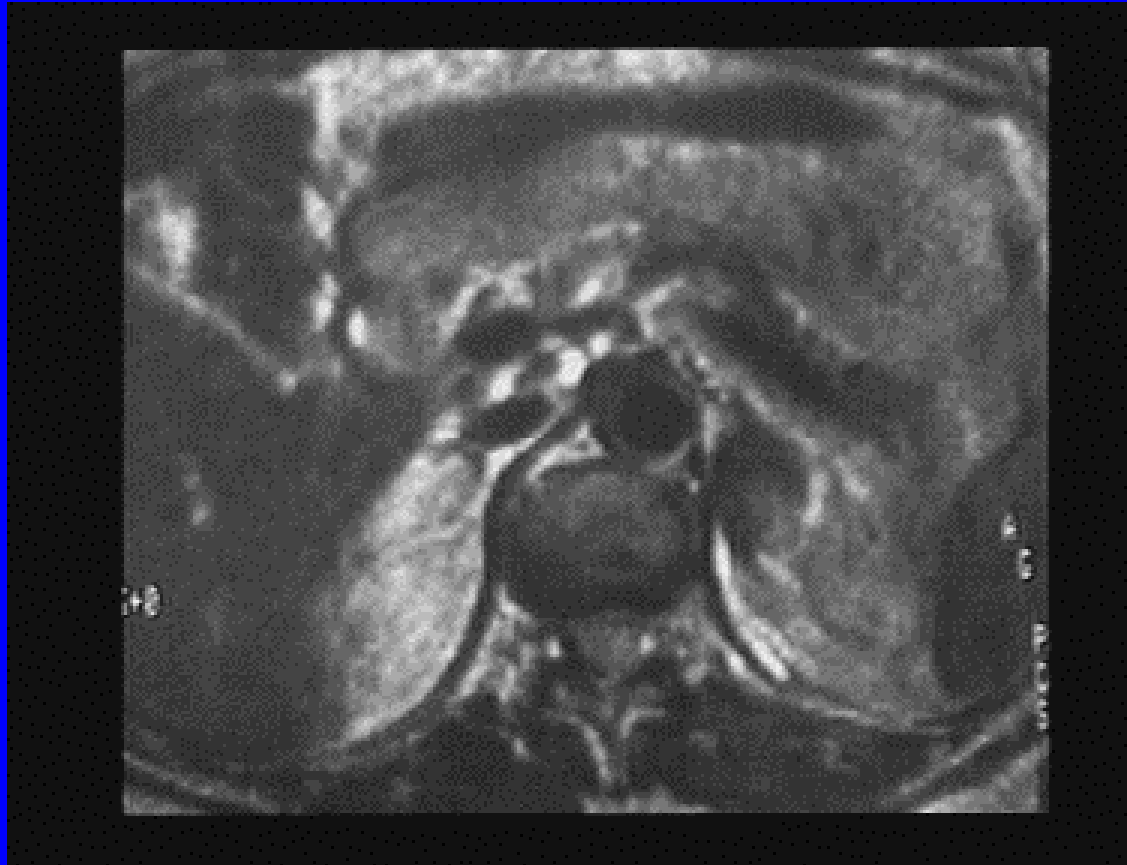
# Contre-indications à la laparoscopie

- Tumeur supérieure à 7 cm (?)
  - limite généralement admise
  - mais l'expérience des opérateurs semble déterminante
- Lésion maligne (?)
- Contre-indication générale
- Phéochromocytome en début d'expérience (?)

# Adénome bénin non sécrétant



# Adénome bénin non sécrétant en IRM T2



# Points communs aux 2 côtés (1)

- **Position**
  - **décubitus latéral strict**
  - **billot et/ou cassure de la table**
- **4 trocars**
  - **en arc de cercle**
  - **sous l'auvent costal (glande haut située)**
  - **2 de 10 mm et 2 de 5 mm**

# Points communs aux 2 côtés (2)

- Extraction dans un sac
- La surrénale est réclinée sans la pincer car c'est un organe friable !!...
- +/- drainage

# Côté droit (1)

- **Exposition**

- foie récliné en haut
- ouverture du ligament cystico-duodéal si besoin qui expose la veine cave en dedans
- ouverture du fascia pré-rénal au bord inférieur du foie
- Identification de la surrénale au sein du tissu graisseux

# Côté droit (2)

- **Dissection**

- 1 tampon monté récline la surrénale en dehors
- isoler au bord droit de la VCI la veine capsulaire moyenne (clip)
- récliner puis soulever la glande et clips sur les vaisseaux qui se tendent
  - artère capsulaire inférieure née de l'artère rénale
  - artère capsulaire moyenne née de l'aorte
- Les pédicules supérieurs sont souvent de petite taille et peuvent être coagulés

# Côté gauche (1)

- **Exposition**

- mobilisation de l'angle gauche si nécessaire
- libération des attaches péritonéales de la rate de bas en haut jusqu'au diaphragme permettant l'ouverture du rétropéritoine
- luxation du bloc spléno-pancréatique en effondrant les adhérences lâches du mésogastre postérieur
- Identification de la surrénale

# Côté gauche (2)

- **Dissection**

- disséquer au bord inférieur de la surrénale
- isoler et cliper la veine capsulaire inférieure
- !!! ... 1 veine diaphragmatique peut se jeter à son bord droit
- soulever et libérer progressivement la glande

# Résultats AFCE sur 247 cas

Durée moyenne d 'intervention 132 min  
(versus 148 min en laparotomie)

Taux de conversion 7% *mais ...*

Complications 8% versus 10% *mais ...*

Durée d 'hospitalisation et douleurs post -opératoires  
diminuées

# Conclusion

La surrénalectomie sous laparoscopie est sûre et reproductible,  
apporte un bénéfice pour le patient

*mais*

les tumeurs supérieures à 7 cm nécessitent une bonne expérience,  
et les tumeurs malignes doivent encore être faites par laparotomie

# Bibliographie

- 1 Gagner M: Laparoscopic adrenalectomie in Cushing 's syndrome and pheochromocytoma. *N Engl J Med*,1992.
- 2 Cougard P: Surrenalectomie par coelioscopie. *J Coelio-Chirurgie* , 1996.
- 3 Kazaryan AM: Does tumor size influence the outcome of laparoscopic adrenalectomie. *Laparoendosc Adv Surg Tech* , 2001.
- 4 Mancini F: Expérience AFCE. *Chirurgie*, 1999.
- 5 Henry JF: Leçons retenues après 274 surrenaletomies laparoscopiques. *Ann Chir*, 2002.
- 6 Marescaux J: Surrenalectomie par voie laparoscopique. *EMC (Tech Chir - Urologie)*, 1997.