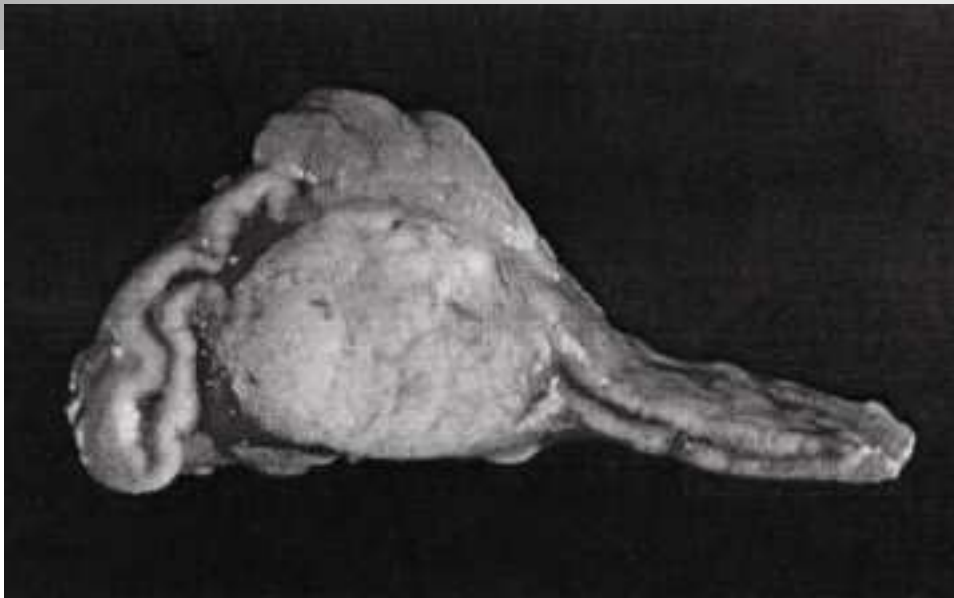


# Voies d'abord dans la chirurgie surrénalienne. Techniques et indications



T.FARDOUN  
(CHU-Rennes)

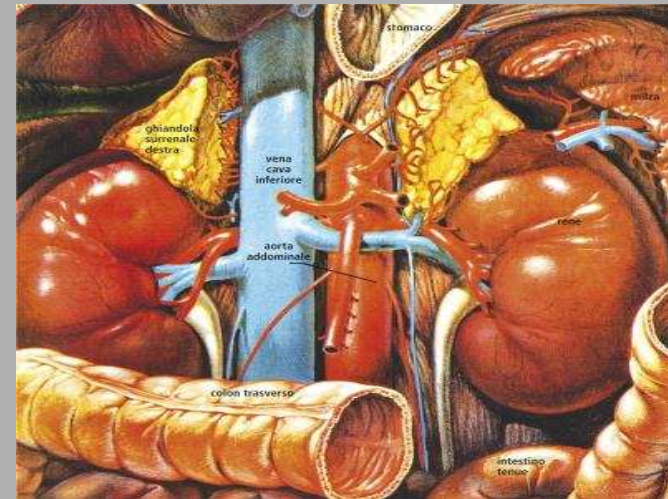
*Poitiers  
3-4 juin 2010*

# Historique

- 1926: *C.Roux (suisse)/C.Mayo (usa)*: première surrenalectomie laparotomie
- 1942: *Fey (traite chirurgie)* : difficile et meurtrière
- Années 50: surrenalectomie bilatérale
- 1992: *Gagner*, première surrenalectomie coelio
- 2010: simple, réglée, qq jours d'H°

## Anatomie

- 30mm x 25mm x 7mm
- Jaune chamois
- Rétropéritonéale
- Fixe (Gerota, vx) libération obligatoire pour ne pas pincer car friable
- Et mobile avec pilier diaphragmatique (difficulté perop potentielle)



# Anatomie

- Droite plus haut située
- Gauche
- Faces ant/post avasculaires = sans danger
- Artères = variable
- Veines = 1 constante = v. caps. moyenne  
(!!! taille, utile pour KT)  
1<sup>er</sup> TEMPS

## Voies d'abord

- VIDEO-CHIRURGIE

*-COELIOSCOPIE*

transpéritoneale  
latérale / dorsale

retropéritoneale  
latérale / ventrale

*-ROBOT*

- CHIRURGIE CONVENTIONNELLE

# Coelioscopie

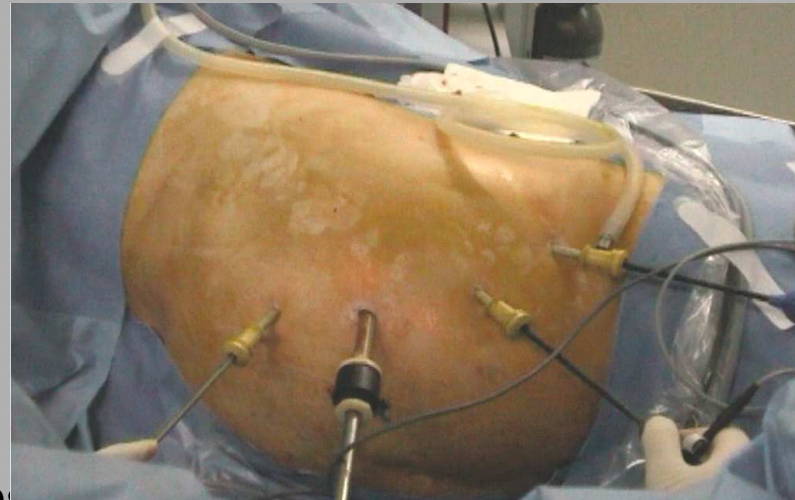
- GOLD STANDARD
- Moins de morbidité péri-opératoire
- Douleur, reprise transit/alimentation, defect pariétal et cicatrisation (cushing...) durée hospitalisation

*Jacobs et al, Ann Surg ( 1997) , Smithz et al, world journal surgery ( 1999)*

## Coelioscopie – *grand principes*

- Exposition optimale ( lateral+++)
- Exploration -> conversion ?
- Repérage limites glande ( +/- echo si doute)
- Dissection extracapsulaire
- Ne pas pincer mais repousser ou saisir graisse perisurrenaliene
- Isoler v.s.m en premier
- Sac d'extraction étanche ( dissémination...)
- Savoir convertir

# Trans-peritonéal latérale



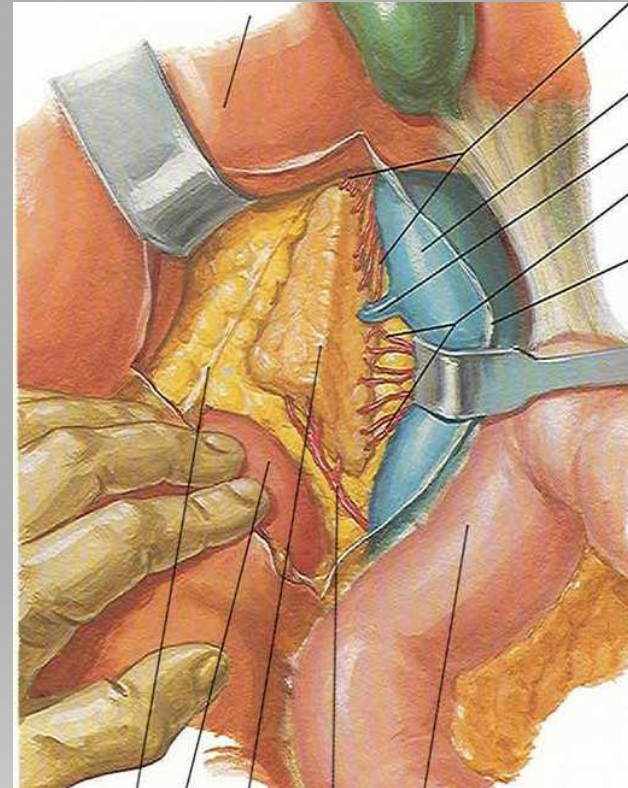
- Latéral, table cassée ( baisse espace) ou à plat
- 3 trocars ( voire 4 pour surrénalectomie droite) sous l'auvent costal
- Anatomie familière, bonne exposition
- TP antérieure: moins bonne exposition donc plus de trocars et difficulté accrue

(1992)

*Gagner et al, NEJM*

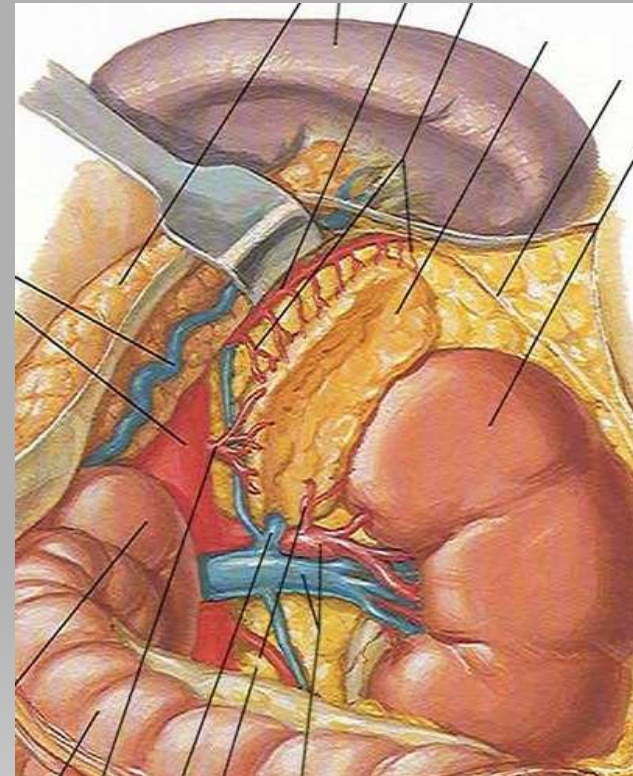
# Trans-péritonéale droite

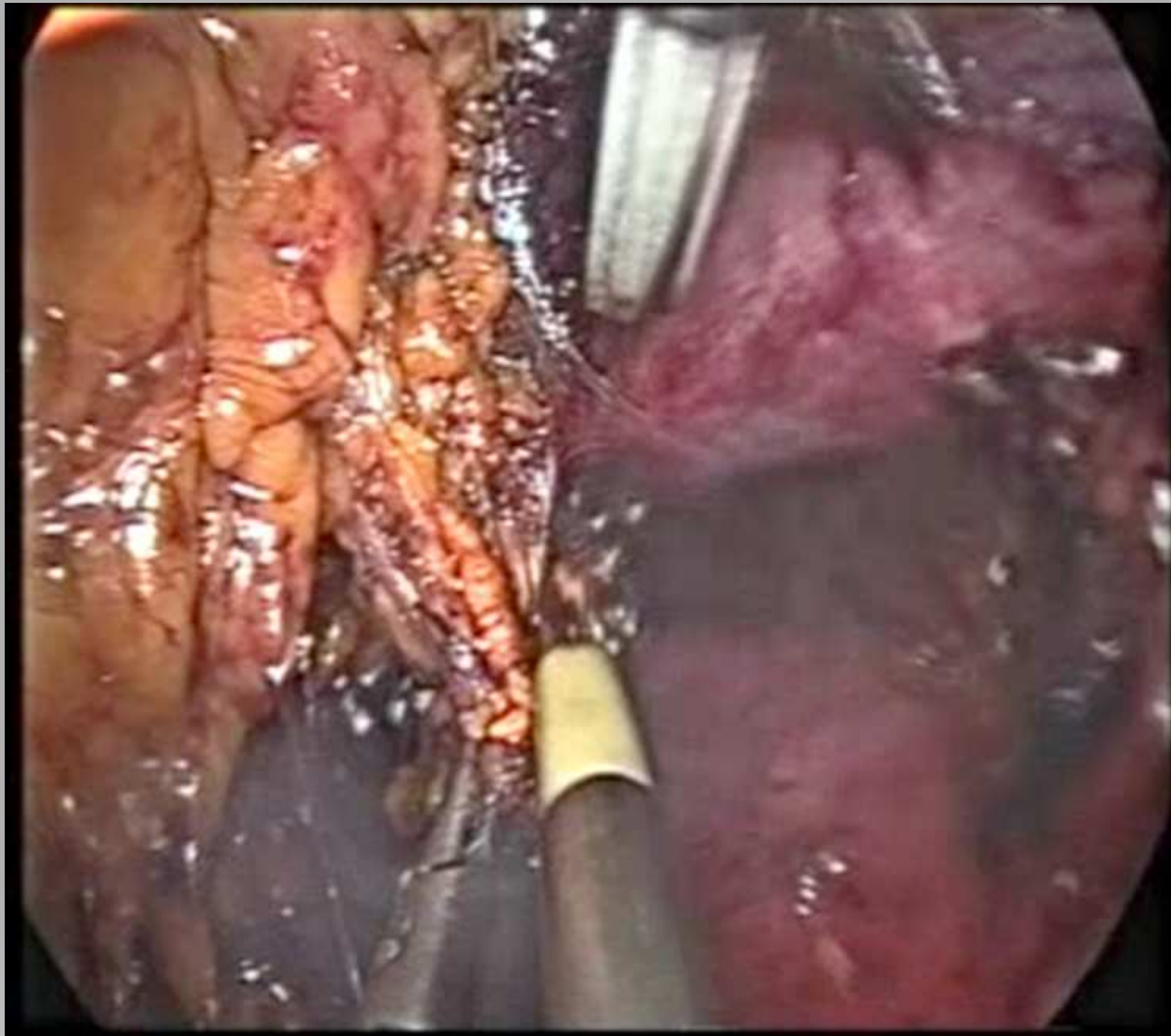
- Foie droit (ligt triangulaire)
- VCI +++ et VR
- Péritoine reno-surrenalien
- Mobilisation post si besoin
- Vx + court
- Dissection bord latéral VCI
- Repérage VSM
- V. sushepatiques accessoires



# Trans-péritonéale gauche

- Colon G +/- rate
- Pancréas en médial
- Hile rénal
- Dissection VR (ant/lat)
- Repérage VSM
- V. phrénique inférieure
- A. s. inférieure et ARG





# Rétropéritonéale

- Accès aux vx + direct
- Si atcd chirurgie abdo
- Pas de contact avec grêle
- Si indication bilatérale, position ventrale
  
- Difficile si obèse (cushing) ( graisse retro)
- Anatomie moins familière, expérience requise
- Installation + laborieuse
- Conversion plus compliquée

RP

*Mercian et al ( 1995) Salomon et al ( 2001) 115 RP, Walz et al 2006 560*

# Rétro-péritonéale

- Mobilisation première pole sup rein
- Mobilisation médiale et caudal de la surrénale
- Repérage VSM

