

Étapes de la surrénalectomie gauche :

1) Positionnement du patient :

- La procédure commence par une installation rigoureuse du patient en décubitus latéral gauche, flanc droit orienté vers le haut
- La table est cassée au niveau lombaire pour ouvrir l'angle costo-iliaque et faciliter l'accès à l'espace rétropéritonéal.
- Tous les points de pression sont protégés.
- Un rouleau axillaire est mis en place pour prévenir la compression du plexus brachial.
- Une sonde urinaire permet le monitorage de la diurèse peropératoire, et une sonde nasogastrique évite la distension gastrique.
- Cette installation vise à stabiliser le patient, éviter toute mobilisation intempestive, et créer un champ opératoire sécurisé.

2) Mise en place des trocarts :

- L'abord abdominal débute par l'insertion du **premier trocart de 10 mm**, destiné à la caméra en open coelio au niveau de la ligne axillaire moyenne, juste sous le rebord costal.
Puis insufflation du pneumopéritoine à une pression de 12 à 13 mmhg
- **Un deuxième trocart de 10 mm** est placé légèrement en dessous.
- **Un troisième trocart de 5 mm** est inséré plus bas, dans l'axe du précédent.
- Enfin, **un quatrième trocart**, en fosse lombaire postérieure, est positionné sur la ligne axillaire postérieure pour offrir un point d'appui postérieur lors de la dissection.
- Cette configuration offre une triangulation optimale pour manipuler les structures anatomiques et réaliser les gestes de dissection en toute sécurité.

3) Temps opératoire :

a. Mobilisation du côlon gauche :

- La première étape chirurgicale consiste à une incision du péritoine pariétal postérieur au niveau de la gouttière pariétocolique.

- La dissection est poursuivie en direction du plan postérieur, puis affinée au niveau du fascia de Gerota.
- On identifie une insertion très haute de l'angle colique gauche, qui est soigneusement libérée. La dissection est ensuite poursuivie vers la partie inférieure du champ opératoire afin de mobiliser le côlon et de préparer l'introduction d'un quatrième trocart de 5 mm, indispensable pour optimiser l'exposition et faciliter la libération complète de l'angle colique gauche.
- Après la mobilisation initiale du côlon gauche, l'étape suivante consiste à libérer le mésocolon gauche de ses attaches pour améliorer la visibilité et l'accès aux structures profondes.
- La dissection se poursuit ; le pancréas est identifié sous le bipolaire gauche et délicatement libéré de la face antérieure et supérieure du fascia de Gerota. Les plans sont ouverts prudemment, millimètre par millimètre, à la recherche des plans avasculaires, qui guident la progression de la dissection.
- La dissection est poursuivie depuis la rate vers le bas, afin d'obtenir une séparation complète entre le pancréas et la rate.
- On complète par la suite le décollement splénique pour une meilleure exposition de la loge surrénalienne gauche.

b. Dissection de la région surrénalienne :

- Pour identifier la veine surrénalienne principale, il est d'abord nécessaire de repérer la veine rénale puis la suit vers le haut jusqu'à trouver la surrénalienne.
- À l'aide du crochet monopolaire, les tissus sont incisés et les plans ouverts, permettant de dégager le pôle inférieur de la glande surrénale du pôle supérieur du rein.

c. Contrôle vasculaire :

- La dissection de la veine surrénalienne est effectuée avec une extrême prudence. Après l'avoir squelettisée sur 1 à 2 cm, deux clips proximaux (vers la veine rénale) et deux clips distaux (vers la glande) sont posés garantissant un champ opératoire sec et une bonne identification des repères anatomiques majeurs., puis la veine est sectionnée au ciseau laparoscopique.
- La dissection se poursuit vers le pédicule inférieur de la surrénale. Une petite artère suspecte est identifiée et contrôlée par clip.

d. Libération de la glande surrénale :

- Tout au long de l'intervention, la surrénale est progressivement libérée de ses adhérences aux organes voisins, en suivant les repères anatomiques et vasculaires de manière méthodique.
- Le plan diaphragmatique postérieur est intact, sans saignement ni lésion.

e. Extraction de la pièce

- La pièce opératoire est placée dans un sac d'extraction puis retirée par le trocart de 10 mm, élargi de 1 à 2 cm.
- L'examen anatomopathologique final conclut à une hyperplasie bénigne des différentes zones de la glande surrénale.

f. Contrôle final et fermeture :

- Inspection minutieuse de la loge rénale : **absence de saignement et de fuite urinaire.**
- Si un drain aspiratif est jugé nécessaire, il est introduit à travers l'un des orifices de trocart
- Le site opératoire est rincé et vérifié pour l'hémostase.
Le pneumopéritoine est exsufflé.
Les orifices des trocarts de 10 mm sont refermés en plusieurs plans au fil résorbable.
- Les incisions cutanées sont refermées, le patient est sorti de la salle opératoire en bonne condition.

4) Suites opératoires immédiates :

- Transfert en salle de réveil : surveillance post-anesthésique rapprochée.
- Surveillance de la diurèse, des paramètres vitaux et de l'ionogramme.
- Réalimentation précoce et mobilisation à J1 selon tolérance.
- Sortie prévue à J2–J3 selon évolution.