

# Etapes de la surrénalectomie droite :

## 1. Installation 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 (épaules, bassin, genoux) pour éviter les lésions nerveuses.
- 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 la création d'un pneumopéritoine à une pression de 12 à 13 mmHg. Cette étape peut être réalisée par une technique fermée à l'aiguille de Veress ou par une technique ouverte de Hasson, selon les habitudes du chirurgien et l'histoire opératoire du patient.

Une fois la cavité péritonéale insufflée et l'espace de travail confirmé, les trocarts sont insérés de manière stratégique :

- Le premier trocart de 10 mm, destiné à la caméra, est introduit en open coelio au niveau de la ligne axillaire moyenne, juste sous le rebord costal.
- Un deuxième trocart de 10 mm est placé légèrement en dessous, sur la ligne axillaire antérieure.
- 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. Exploration initiale et libération des adhérences :**

L'exploration initial révèle des multiples adhérences péritonéales, séquelles d'une ancienne cholécystectomie.

Une adhésiolyse prudente et progressive est réalisée pour libérer l'espace de travail, et dégager les organes adjacents, notamment le foie, le duodénum et le côlon .

Cela est fondamental pour éviter les lésions digestives et assurer une exposition adéquate.

### **4. Mobilisation hépatique et dissection de la VCI :**

la libération de la face inférieure du foie est réalisée en sectionnant le **ligament triangulaire droit**, ce qui permet au foie de basculer vers le haut et d'élargir l'espace de dissection sous-hépatique. On expose progressivement **le bord latéral de la veine cave inférieure**, qui constitue une structure anatomique de repère mais aussi de vigilance.

Cette dissection est menée en respectant les plans tissulaires, afin d'éviter toute blessure de la VCI.

### **5. Contrôle vasculaire : veine surrénalienne accessoire puis principale**

Le premier temps vasculaire consiste à identifier **une veine surrénalienne accessoire**, qui est clipée à l'aide de clips métalliques. Une section partielle est pratiquée pour s'assurer de l'étanchéité des clips avant d'achever la section complète. Ce contrôle progressif est un principe fondamental pour éviter les saignements et contrôler les variations anatomiques.

Par la suite, on identifie **la veine surrénalienne principale**, située juste en arrière de la veine accessoire précédemment sectionnée. Elle est soigneusement dissectée, contrôlée par des clips métalliques, puis sectionnée de manière partielle dans un premier temps afin de vérifier l'efficacité de l'hémostase .

## **6. Libération progressive de la surrénale :**

Une fois la veine principale sectionnée, le bord droit de la VCI est dégagé, ce qui permet d'accéder au plan diaphragmatique. Le pédicule supérieur est ensuite individualisé et clipé soigneusement par des clips métalliques , permettant une libération en haut de la glande.

La dissection se poursuit en direction du pôle supérieur du rein, jusqu'à atteindre le plan intersurréno-rénal, un espace avasculaire facilitant la séparation complète de la surrénale.

## **7. Contrôle du pédicule surrénalien inférieur :**

Le pédicule inférieur, dernier élément vasculaire à contrôler, est sécurisé à l'aide d'un clip Hem-o-lock. Ce geste permet de finaliser la libération complète de la glande surrénale, qui peut alors être manipulée en toute sécurité sans tension ni traction.

## **8. Résection d'un kyste médiorénal :**

On aborde le kyste simple médiorénale, une vidange prudente de son contenu est réalisée, suivie de la résection du dôme. Un contrôle strict de l'hémostase rénale est effectué pour prévenir toute complication post-opératoire.

## **9. Extraction et drainage**

Un **drain** est mis en place par le trocart de 5 mm our surveiller l'éventuelle survenue d'un saignement ou d'un épanchement postopératoire.

La glande surrénale est introduite dans un **sac d'extraction (endobag)**, puis retirée par l'**orifice d'introduction initial du trocart open**.

## **10) Fermeture :**

Après l'extraction complète du rein, la cavité abdominale est réexaminée soigneusement.

Sous contrôle laparoscopique, la loge rénale est inspectée dans son ensemble .

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 pour prévenir les hernies pariétales .

Les incisions cutanées sont refermées, le patient est sorti de la salle opératoire en bonne condition .