

COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur F. Puech

EXTRAIT
des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique

Publié le 10 décembre 2010

Nota. Le « texte long » des recommandations pour la pratique clinique incluant les communications des experts et les références bibliographiques est publié dans un numéro spécial du Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction (Vol. 39 / suppl. 2 au n°8) sous la référence : J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342



—

TRENTE-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 8-11 décembre 2010

Recommandations pour la pratique clinique

Risques de la voie d'abord en cœlioscopie

Élaborées par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
91 boulevard de Sébastopol - 75002 Paris

Comité d'organisation

F. PIERRE, président (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers),
X. DEFFIEUX, méthodologiste (gynécologue obstétricien, CHU,
Clamart), A. FAUCONNIER, méthodologiste (gynécologue obstétricien,
CHI, Poissy)

Experts du groupe de travail

M. BALLESTER (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), P. COLLINET
(gynécologue obstétricien, CHU, Lille)

Lecteurs

A. AGOSTINI (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille),
L. CRAVELLO (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), I. DAGHER
(chirurgien viscéral, CHU, Clamart), H. FERNANDEZ (gynécologue
obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), M. HERRY (gynécologue
obstétricien, Institut Mutualiste Montsouris, Paris), O. JOURDAIN

(gynécologue obstétricien secteur privé, Bruges), E. LEBLANC (gynécologue obstétricien, centre Oscar Lambret, Lille), A. LE TOHIC (gynécologue obstétricien, CH, Le Chesnay), J. LEVÊQUE (gynécologue obstétricien, CHU, Rennes), G. MAGE (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), O. MARPEAU (gynécologue obstétricien secteur privé, Aix-en-Provence), H. MARRET (gynécologue obstétricien, CHU, Tours), P. PANEL (gynécologue obstétricien, CH, Le Chesnay), D. QUERLEU (chirurgien, CLCC, Toulouse), B. RABISCHONG (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), H. ROMAN (gynécologue obstétricien, CHU, Rouen), P. SÈBE (chirurgie urologique, CHU, Paris), C. UZAN (chirurgien gynécologue, institut Gustave Roussy, Villejuif), P. VON THEOBALD (gynécologue obstétricien, CHU, Caen)

RPC RISQUES DE LA VOIE D'ABORD EN CÆLIOSCOPIE : SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

L'incidence des plaies des gros vaisseaux est de 0,4/1 000 et celle des plaies digestives est de 0,5/1 000. Aucune technique de mise en place des trocarts ne peut se prévaloir d'une totale innocuité (NP2).

Techniques recommandées en première intention

En l'absence d'antécédent de laparotomie, quatre techniques ayant été largement évaluées peuvent être utilisées en première intention (grade B) :

- technique aveugle transombilicale après création d'un pneumopéritoine à l'aiguille,
- open coelioscopie (à ciel ouvert),
- abord en hypochondre gauche : pneumopéritoine et insertion du trocart (mini- ou microcoelioscopie),
- trocart direct transombilical sans pneumopéritoine préalable.

Les essais existants ne permettent pas de privilégier l'une ou l'autre de ces techniques qui nécessitent chacune un apprentissage spécifique (accord professionnel). Les recommandations techniques propres à chaque technique sont détaillées dans le texte long. Les systèmes d'introduction à dilatation radiale et les trocarts optiques ne peuvent pas être recommandés en première intention du fait de leur évaluation encore insuffisante (grade C).

Techniques recommandées en cas d'antécédent de laparotomie

En cas d'antécédent de laparotomie médiane, quelle que soit la technique utilisée, on recommande un abord premier à distance des cicatrices (grade B). Il est recommandé de réaliser un abord en hypochondre gauche car c'est la technique la mieux évaluée dans cette indication (grade C). Une open coelioscopie à distance des cicatrices existantes peut également être réalisée (accord professionnel).

Techniques recommandées en cas de patiente maigre

La réalisation d'un abord cœlioscopique transombilical (aveugle ou open) chez la femme maigre doit inciter à la prudence en raison de la proximité des gros vaisseaux (grade B). Si une technique d'insertion aveugle transombilicale est décidée, une option peut être d'insuffler dans l'hypochondre gauche (accord professionnel).

Techniques recommandées en cas de patiente obèse

Chez la femme obèse, en l'absence d'étude spécifique, les 4 techniques de première intention peuvent être utilisées (grade C) mais avec un risque d'échec plus important (NP2). D'autres options ont été proposées dans cette population : insufflation à l'aiguille dans le cul-de-sac de Douglas, trocart optique (NP3).

Techniques recommandées chez la femme enceinte

La cœlioscopie est possible aux premier et deuxième trimestres de la grossesse (NP2) (grade B). Le niveau de mise en place du premier trocart cœlioscopique en cours de grossesse devra être adapté au volume de l'utérus (grade B). À partir de 14 SA, l'insufflation à l'aiguille de Veress par voie transombilicale est contre-indiquée (grade C). Deux techniques d'insertion des trocarts sont alors recommandées : l'open cœlioscopie (par voie transombilicale ou sus-ombilicale selon le volume de l'utérus) ou un abord dans l'hypochondre gauche (NP3) (grade C). Pour une cœlioscopie en cours de grossesse, la pression d'insufflation doit être maintenue à un maximum de 12 mmHg (grade B). À partir de 24 SA, si une cœlioscopie est réalisée, une open cœlioscopie au-dessus du niveau de l'ombilic est recommandée (accord professionnel).

Création d'un pneumopéritoine à l'aveugle avec une aiguille de Veress

On recommande en première intention l'insufflation transombilicale ou dans l'hypochondre gauche (grade C). La patiente doit être placée en décubitus dorsal à plat (sans Trendelenburg) (grade C). Un bon relâchement pariétal est souhaitable (accord professionnel).

L'incision cutanée ne doit pas dépasser l'aponévrose (grade B). En cas d'insufflation transombilicale, un soulèvement de la paroi est recommandé (accord professionnel). En cas d'insufflation à l'aiguille dans l'hypochondre gauche, l'axe d'introduction de l'aiguille doit être perpendiculaire à la peau (accord professionnel).

Une fois l'aiguille introduite, et quel que soit le lieu d'insertion :

- la réalisation d'un ou plusieurs tests de sécurité est recommandée (grade B),
- toute mobilisation de l'aiguille doit être proscrite (accord professionnel),
- en cas de test non concluant et en l'absence d'élément évoquant une plaie digestive ou vasculaire, il faut retirer l'aiguille et la repositionner (grade C),
- après deux tentatives, il faut changer de lieu d'insufflation ou de technique d'installation (grade C),
- l'insufflation doit être progressive, réalisée avec un appareil de régulation automatique (grade C).

Insertion aveugle du premier trocart en transombilical après création d'un pneumopéritoine

La patiente doit être placée en décubitus dorsal à plat (sans Trendelenburg) (grade B). Il est recommandé d'établir une hyperpression **transitoire** (entre 15 et 25 mmHg) pour insérer un premier trocart à l'aveugle en transombilical (grade C). Cette hyperpression transitoire doit être levée dès la fin de la mise en place des premiers trocarts, ou avant si les paramètres cardio-respiratoires ne sont pas satisfaisants (accord professionnel). La vigilance est recommandée en cas de mauvais relâchement pariétal (par exemple en l'absence de curarisation) car les pressions affichées par l'insufflateur sont artificiellement majorées. Anesthésiste et chirurgien(ne) doivent communiquer sur la pression d'insufflation et le niveau de curarisation (accord professionnel), ces éléments entrant dans le cadre de la *check-list* que la Haute Autorité de santé recommande d'utiliser au bloc opératoire. Après création du pneumopéritoine, le premier trocart transombilical doit être inséré dans le plan sagittal, selon un angle à 45° par rapport à l'horizontale (grade C). Les trocarts à pointe rétractable peuvent être utilisés mais ils ne préviennent pas les plaies viscérales et vasculaires (NP3).

Mise en place du trocart sus-pubien médian (prévention des plaies vésicales)

Il est recommandé de drainer les urines avant l'insertion du premier trocart (grade B) et d'essayer de repérer le relief vésical avant d'insérer un trocart sus-pubien (grade C). Un antécédent de laparotomie transverse peut entraîner une ascension de la vessie ce qui peut inciter à introduire le trocart médian plus haut (accord professionnel).

Mise en place des trocarts latéraux (prévention des plaies des vaisseaux épigastriques)

Il est recommandé d'essayer de visualiser les branches superficielles des vaisseaux épigastriques inférieurs par transillumination et leur tronc principal par visualisation percoelioscopique (grade C).

Information des patientes

Les patientes doivent être informées des risques inhérents à la mise en place des trocarts lors de la coelioscopie (plaie vasculaire, digestive ou vésicale) (grade B). Un document d'aide à l'information destiné aux professionnels est disponible sur le site internet du CNGOF.

Formation

Il est recommandé d'enseigner aux internes plusieurs techniques d'insertion des trocarts (accord professionnel).