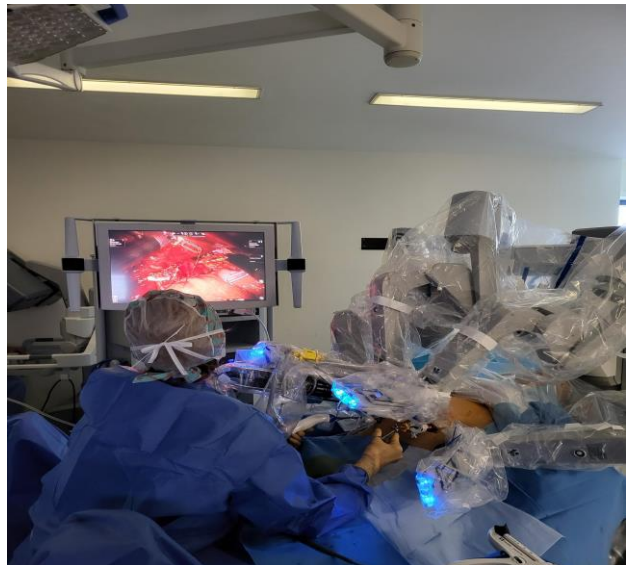
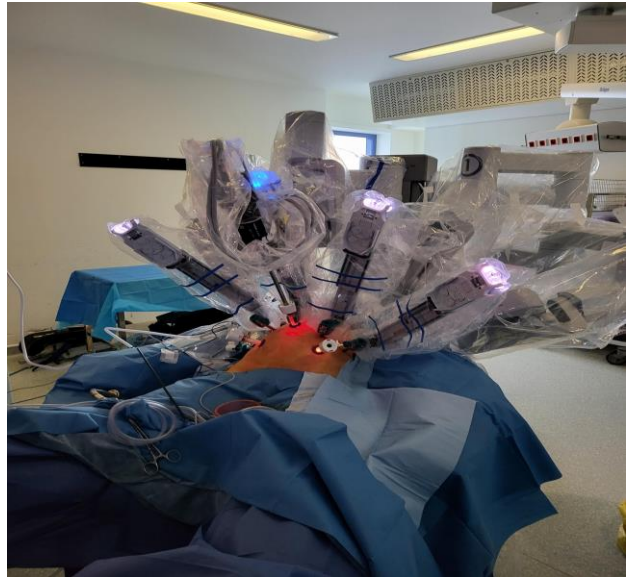
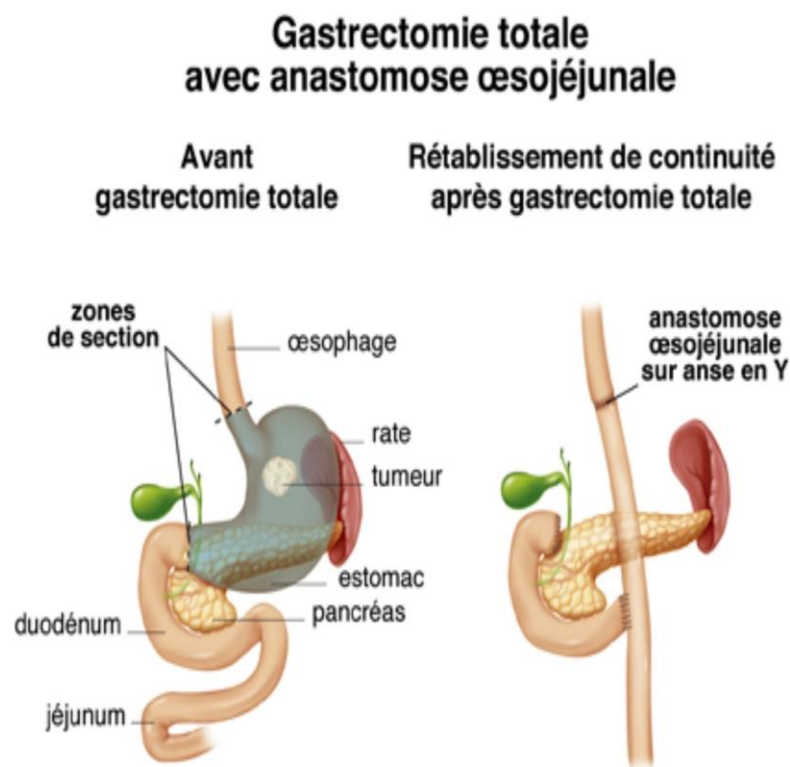


*GASTRECTOMIE
TOTALE
EN
CHIRURGIE
ROBOT
ASSISTÉE*



DÉFINITION

Intervention par chirurgie robot assistée qui consiste à enlever l'estomac en totalité, ainsi qu'une partie de l'œsophage et du duodénum.



INSTALLATION DE LA SALLE

La check-list robot de la salle sera réalisée.

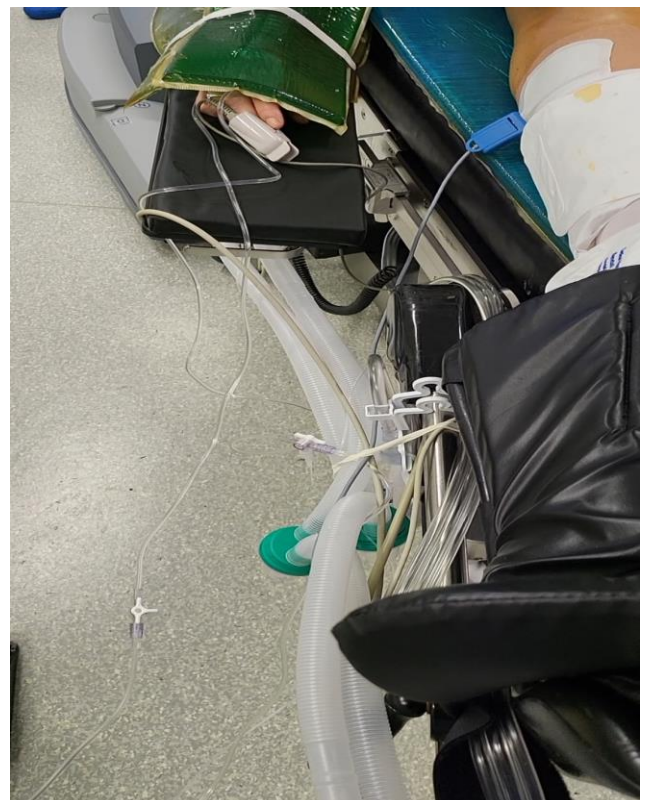
Le robot étant imposant et fragile à la fois, nous avons décidé d'en limiter les déplacements au maximum. Nous avons donc choisi de faire pivoter la table d'opération afin que la tête du patient se retrouve côté chariot patient.

L'aide opératoire sera placée entre les jambes du patients, le respirateur aux pieds du patient du côté droit (des prolongateurs seront à prévoir au niveau du respirateur et des perfusions, ils seront fixés le long des rails de la table pour ne pas gêner les déplacements surtout en cas de conversion). La colonne vidéo sera positionnée à droite du patient, plutôt vers la tête. Le générateur à haute fréquence, le générateur à ultracision et le système aspiration lavage seront placés à côté du respirateur.

Nous avons pris l'habitude d'utiliser 2 tables d'instrumentation, une pour l'optique dans un premier temps, puis par l'anesthésiste dans un deuxième temps pour l'épreuve au bleu, et éventuellement elle servira de table de conversion. La deuxième table sera la table d'instrumentation.

Le matériel sera évidemment présent en salle ainsi que le matériel pour la conversion laparotomie et laparoscopie.

La salle sera libérée au maximum de tout équipement superflu.



L'INSTALLATION DU PATIENT

Le patient sera installé en position proclive , les jambes positionnées dans des bottes américaines. Les CPI seront installées.



Les bras seront placés sur des appuis- bras en position neutre le long du corps. Ils seront entourés de géloses pour éviter les compressions et protéger des éventuels chocs avec le robot.

La tête sera placée dans un coussin visco gélatineux en fer à cheval.

Un curseur sera installé sur le rail droit afin d'y mettre.

Un champ d'isolation verticale sera placé sur la tête du patient et remplacera le champ habituellement utilisé pour

permettre une meilleure visibilité pour l'anesthésiste lors de l'épreuve au bleu notamment.

LES DURÉES OPÉRATOIRES

L'installation du patient en salle, l'induction/ intubation, installation en position définitive, champage du patient et du robot : 45 min.

Mise en place des trocars, mise en place de l'écarteur à foie, docking du robot : 15 min.

Temps de console : 4h10

Extraction de la pièce, fermeture de cette incision et des orifices de trocars, fixation des drainage, sortie du patient : 30min.

DURÉE TOTALE : 5H40

LE RÔLE DE L'AIDE OPÉRATOIRE

- Installation du patient, prévoir l'installation en vue d'une conversion éventuelle. Protection des points de compression avec mise en place de géloses. Installation des compressions pneumatiques intermittentes.
- Houssage du robot.
- Champagne.
- Mise en place des pinces robot.
- Maniement des pinces à autosuture, pose hemolock, clips. Aspiration, lavage, exposition des tissus, vérification des bras du robot, gestion des éventuels conflits et éventuelles compressions du patient.
- Réalisation de tous les gestes réalisés en chirurgie conventionnelle, laparoscopie et laparotomie.
- Anticiper et capable de maîtriser une conversion d'urgence.



LE RÔLE DE LA CIRCULANTE

- Check-list de la salle et du robot.
- Check-list du patient
- Préparation du matériel nécessaire à cette chirurgie mais aussi matériel pour la conversion en laparotomie et laparoscopie.
- Anticipation des besoins.
- Vérification des bras du robot et des éventuels risques de compression.
- Gestion des pinces robot, réapprovisionnement nécessaire.
- Vérification des éventuelles effractions dans la stérilité.
- Réalisation de tous les gestes exercés en chirurgie conventionnelle.
- Anticipation d'une éventuelle conversion
- Être capable de réaliser une conversion d'urgence

LES DIFFÉRENCES AVEC LA CHIRURGIE CONVENTIONNELLE

Comme nous l'avons précisé lors des précédentes présentations, la première difficulté reste l'absence physique du chirurgien. Une communication claire et précise est primordiale. L'aide opératoire se retrouvant seule sur le champ opératoire, va devoir réaliser des gestes techniquement difficiles en étant guidé uniquement oralement par le chirurgien. Les sensations du chirurgien et de l'aide opératoire ne sont pas les mêmes. Le chirurgien n'a aucun retour de force. L'aide opératoire peut avoir des difficultés que le chirurgien ne voit pas ou ne sent pas. IL FAUT COMMUNIQUER.

La deuxième difficulté reste la maîtrise de tous ces gestes techniques. Évidemment une courbe d'apprentissage est nécessaire. Le maniement des pinces à autosuture doit s'exercer d'abord lors d'un training. Il en est de même pour la pose de clips ou d hemolock. L'hésitation, la non maîtrise peuvent être une source de stress pour le chirurgien comme pour l'aide opératoire. C'est une intervention longue, il faut donc pouvoir gérer la pression

et la distance. LA CONFIANCE L'UN DANS L'AUTRE EST
PRIMORDIALE.

La troisième difficulté et non des moindre, c'est la gestion de cette technologie qui passe aussi par une bonne formation et une courbe d'apprentissage. La procédure d'urgence doit être connue et répéter régulièrement.

LES DIFFICULTÉS QUE NOUS AVONS RENCONTRÉES

Il a été plus facile pour l'équipe de se lancer dans une première gastrectomie totale après avoir fait 120 bypass robot assistés. L'installation étant la même, le maniement des pinces étant maîtrisé, l'équipe n'a pas ressenti de difficultés majeures. Les anastomoses ont été réalisées à la main par le chirurgien. La problématique essentielle est restée la durée de l'intervention, sachant que dans ce cas elle a été relativement courte, mais certaines procédures peuvent être très très longues. Le chirurgien et l'aide opératoire doivent être bien installés pour tenir sur la durée !

Une difficulté que nous négligeons souvent, c'est la conversion d'urgence. Nous n'avons jamais eu à la réaliser pour l'instant. Des répétitions sont nécessaires en entraînement avec toute l'équipe.

C'est une intervention qui nécessite beaucoup de moyens techniques, il faut donc prévoir du matériel supplémentaire afin d'anticiper ces difficultés.