

LA PROCTECTOMIE

La proctectomie consiste en l'ablation du rectum (tout ou une partie selon l'indication).

Au sein de notre équipe de chirurgie digestive, nous pratiquons diverses chirurgies colo-rectales avec l'assistance du robot DA VINCI X.

L'intervention la plus pratiquée dans notre équipe est la proctectomie totale avec exérèse totale du mesorectum (TME) pour cancer des bas et moyen rectum, avec l'assistance de ce système robotique.

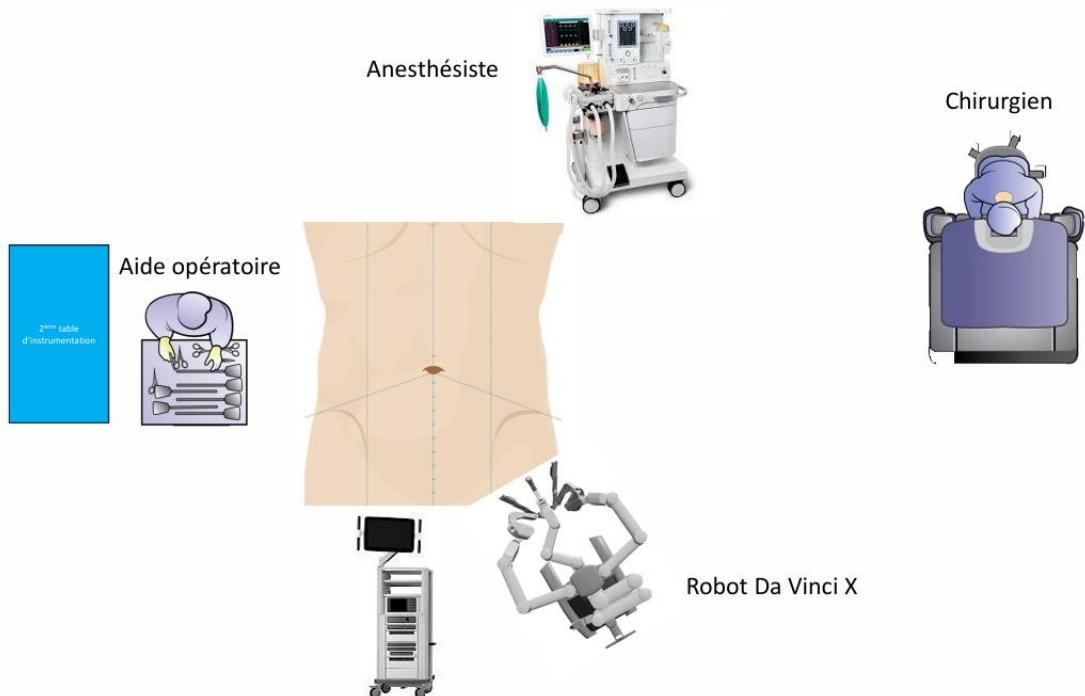


INSTALLATION DE LA SALLE

Pour cette intervention, le chariot patient sera positionné au niveau de la hanche gauche du patient (angulation d'environ 45° avec la table opératoire).

Le chariot d'imagerie (la colonne robot) comprenant les différentes sources d'énergie, l'insufflation et la colonne vidéo sera situé aux pieds du patient. L'écran sera orienté vers l'aide-opératoire qui est à droite du patient avec 2 tables d'instrumentation. Le système d'aspiration/lavage est positionné à côté du respirateur, à gauche du patient.

Le respirateur et l'anesthésiste seront situés à gauche de la tête du patient.



INSTALLATION DU PATIENT

Pour cette intervention, le patient est placé en décubitus dorsal, sur un matelas coquille à dépression que l'on moulera à la forme du patient dès que celui-ci sera intubé/sédaté afin de le maintenir en toute sécurité. Ce matelas coquille est lui-même placé sur un revêtement antiadhésif.

La tête est placée sur une gélose, les 2 bras sont le long du corps, les fesses au bord de la table, les jambes sont maintenues dans des jambières.

Le patient est positionné en Trendelenburg (18°) et roulis droit.

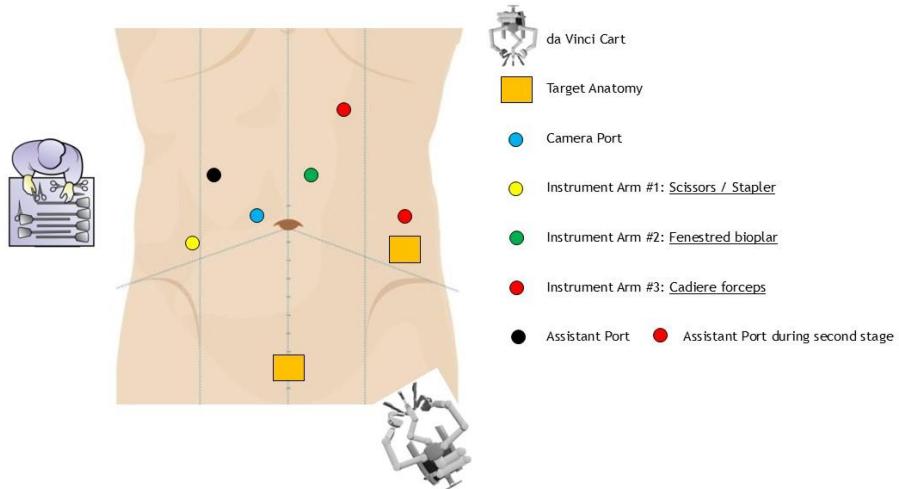


Cette intervention comporte 2 temps principaux justifiant 2 dockings. Le 1^{er} temps consiste à réaliser le curage ganglionnaire et la mobilisation du colon gauche et de l'angle colique gauche ; le robot est alors ciblé (Targeting) sur le sigmoïde. Le 2^{ème} temps consiste à réaliser la proctectomie dans le plan du mesorectum en ciblant le pelvis ; nous réalisons donc un double docking.

Pour cela, notre chirurgien utilise 5 trocarts robot (4 pour le premier temps de dissection), le 5eme sera utilisé lors de ce temps pelvien, avec un redocking d'un seul bras robot (les 3 autres restent les mêmes). Un trocart assistant de 12mm sera aussi mis en place en début d'intervention.

Cette technique est reproductible sur les 2 systèmes Xi et X de Da Vinci.

PORT PLACEMENT



En fin d'intervention, une incision sus-pubienne sera faite pour extraire la pièce anatomique.

MATERIEL ROBOTIQUE UTILISE :

- Pince Cadière



- Pince à préhension bipolaire



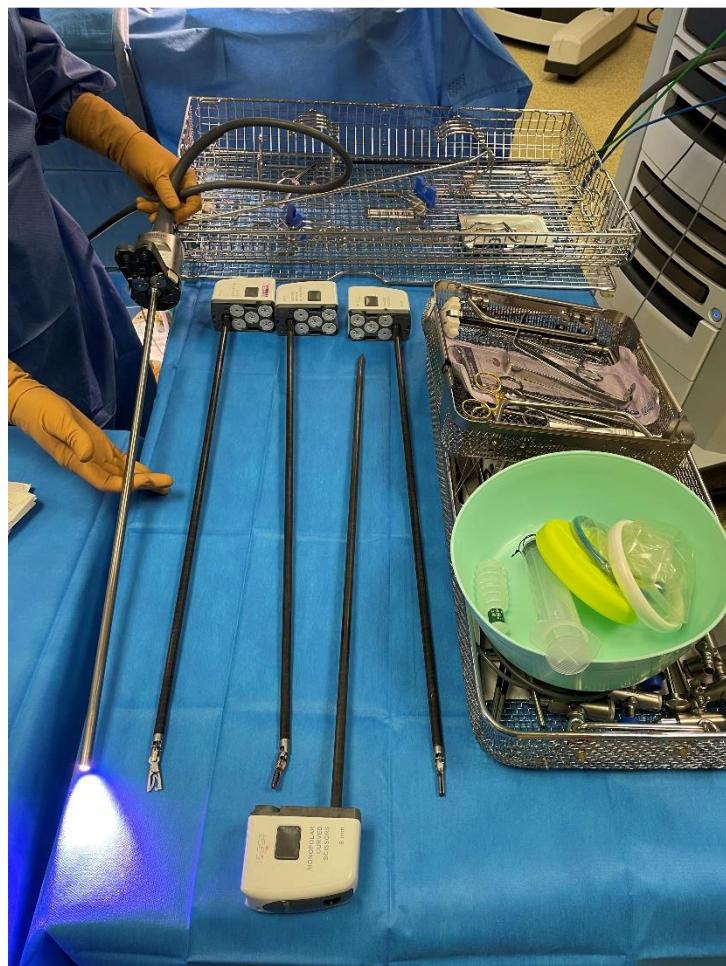
- Ciseaux courbes monopolaires



- Optique 0°
- Pince hémolock (clips hémolock violet)



- Agrafeuse robotique Sureform 45mm
- 4 trocarts robot de 8mm
- 1 trocart robot de 12mm (pour passage de l'agrafeuse) avec réducteur de 8mm
- Aspiration
- Thermos eau chaude pour nettoyage de l'optique



ROLE DE L'AIDE OPERATOIRE ET DE L'INFIRMIERE CIRCULANTE

Le rôle de l'infirmière circulante est primordial :

- Gestion du matériel en amont et durant l'intervention (nous avons un cahier recensant le matériel nécessaire pour chaque intervention)
- Anticipation des besoins du chirurgien et de l'aide-opératoire
- Organisation de la salle
- Installation du patient avec le chirurgien
- Approche du robot lors du docking par le chirurgien
- Vérification tout au long de l'intervention de la sécurité du patient
- Anticipation d'une éventuelle conversion

Le rôle de l'aide-opératoire est multiple :

- Installation du patient en collaboration avec l'équipe
- Drapage du robot
- Champage du patient
- Gestion des pinces robot selon les besoins du chirurgien
- Aspiration et lavage
- Aide à l'exposition
- Gestion des tables d'instrumentation en l'absence d'instrumentiste
- Redocking si nécessaire (pour le temps pelvien dans les chirurgies du bas et du moyen rectum)
- Gestion des éventuels conflits des bras robot



Le chirurgien se trouvant à la console, à distance du patient et de l'aide-opératoire, sa vision globale de la salle est moindre. Pour cela, la communication entre le chirurgien et le reste de l'équipe (notamment l'aide-opératoire) est très importante et nécessaire. Tous les gestes effectués sur les bras du robot devront être annoncés en amont, toute intervention par l'orifice de trocart de l'aide doit être faite en accord avec le chirurgien.

La chirurgie robotique peut paraître impressionnante du fait de l'ampleur du robot, de la quantité initiale de matériels à installer et du fait d'être seul sur le champs opératoire.

Mon conseil pour toutes ces installations est de **prendre le temps pour gagner du temps**. En effet, au bout de quelques interventions, des habitudes d'installation se mettent en place et la chirurgie devient alors plus aisée.

Notre rôle d'infirmière aide-opératoire prend alors tout son sens, nous devenons très vite autonomes.

Pouvoir allier ces nouvelles technologies aux expertises des chirurgiens permet de dépasser des limites chirurgicales et d'acquérir encore plus de précision et de technicité.

Mon conseil est donc d'essayer le plus possible d'avoir toujours la même installation pour les mêmes chirurgies, de prendre le temps de bien s'installer pour pouvoir être plus performant et acquérir une bonne expérience.