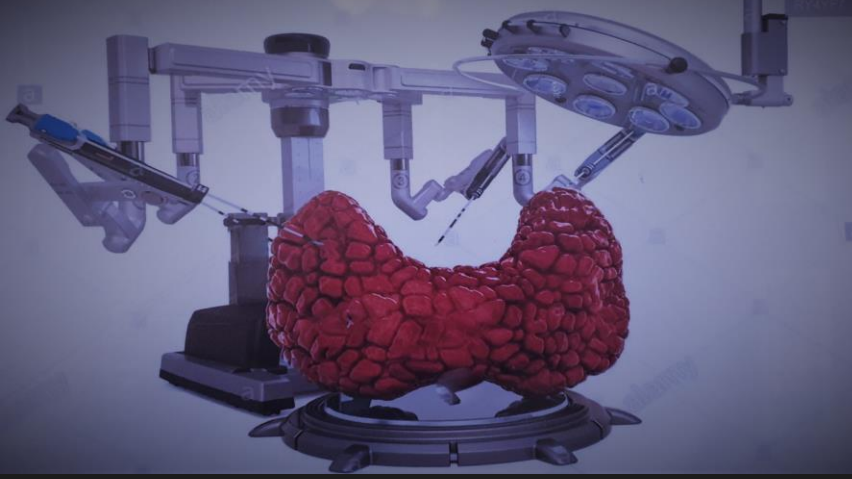




THYROÏDECTOMIE ROBOT ASSISTEE

Intervention qui consiste en l'ablation de la thyroïde totale ou partielle par chirurgie robot assistée en passant par voie axillaire



INSTALLATION DE LA SALLE

Le chirurgien décide de la voie axillaire droite ou gauche. Il va privilégier le côté en fonction de la grosseur ou de la localisation de la tumeur.

Ainsi pour une voie axillaire droite, le bras droit sera surélevé et inversement pour une voie axillaire gauche.

Nous avons décidé de limiter au maximum les déplacements du robot, c'est donc la table d'opération qui sera tournée. La colonne vidéo, le respirateur, les générateurs de bistouri électrique et d'ultracision, le système d'aspiration-lavage, le monitoring de NIM resteront toujours à la même place.

Deux tables d'instrumentation seront utilisées. L'une sera utilisée pour l'optique et les différents écarteurs. La deuxième pour le reste de l'instrumentation (instruments de base et instruments de robot).

Les instruments nécessaires à une éventuelle conversion seront prêts en salle.

La salle devra être libérée de tout matériel non utile à l'intervention.

Les check-list de la salle et du robot seront réalisées.

INSTALLATION DU PATIENT

Il est très important de bien connaître le côté à opérer et de rajouter éventuellement une têtière si nécessaire afin que le rail controlatéral de la table soit accessible pour installer l'écarteur de Kupper smith. Le robot viendra perpendiculairement à la table au niveau des épaules.

La table au niveau de la tête doit être libérée afin de faciliter le passage de part et d'autre , donc la sonde d'intubation , les tuyaux et les perfusions doivent être positionnées côté opposé à l'incision. Le patient devra être perfusé côté opposé à l'incision. Ce bras sera surélevé et placé sur des gélases afin d'éviter une rétroversion de l'épaule.

Le patient sera intubé avec une sonde armée avec capteur de NIM (monitorage du nerf récurrent) au contact des cordes vocales pour neurostimulation et détection potentielle de lésions du nerf récurrent par électromyogramme perop.3

Un billot sera placé sous les omoplates et la tête sera mise en hyperextension.

La compression pneumatique intermittente sera installée sur les jambes.

Le bras homolatéral sera placé sur un appui à 90° au niveau du coude en flexion et adduction complète afin de libérer totalement l'espace axillaire



DIFFERENCES AVEC LA CHIRURGIE CONVENTIONNELLE

.La différence notable avec la chirurgie conventionnelle est la voie d'abord. Par voie cervicale, la cicatrice est évidente et inesthétique .

Par voie axillaire, elle devient invisible!

La deuxième différence est la complication chirurgicale à cause de l'hématome. Par voie cervicale, l'hématome compressif au niveau du cou reste la crainte dans le suivi de l'intervention. Alors que par voie axillaire, l'hématome sera drainé automatiquement vers le creux axillaire.

Bien sûr le coût de l'intervention reste un gros bémol. D'une part la chirurgie robotique reste une chirurgie très onéreuse et d'autre part face à une thyroïdectomie par cervicotomie, où seuls quelques instruments, une pince bipolaire voire un ultraciseur sont nécessaires , la chirurgie robotique a du mal à s'imposer!

En ce qui concerne le temps opératoire, évidemment il est plus long! Lorsque l'équipe a acquis une bonne expérience, une lobectomie thyroïdienne dure entre 1h et 1h30 et une thyroïdectomie totale dure entre 1h30 et 2h.



RÔLE DE L'ASSISTANTE OPERATOIRE

Premier temps opératoire : la voie d'abord.

Elle se fait par dissection manuelle au niveau du creux axillaire homolatéral. L'incision mesurera 6 à 7 cm.

L'espace de décollement est réalisé avec les 3 jeux de valves jusqu'au positionnement de la lame de l'écarteur de Kupper-Smith ce qui justifie des instruments longs.

Tout ce temps, est un temps aveugle pour l'aide opératoire, qui placée en contralatéral ne voit strictement rien.

Le chirurgien devra remplacer en permanence les écarteurs.

Cette phase dure entre 15 et 20 minutes.

Deuxième temps : le temps robot.

L'écarteur de Kupper-Smith sera mise en place.

Le robot sera avancé perpendiculairement au patient et donc à l'écarteur jusqu'à 30 cm de celui-ci environ.

Le trocart optique sera positionné en premier avec l'optique 30° vers le bas.

La pince maryland sera toujours placée à gauche.

La pince harmonic toujours placée à droite.

Seule la prograsp aura une position différente selon le côté. Elle sera positionnée à droite de l'optique pour une thyroïde droite et à gauche de l'optique pour une thyroïde gauche.

Chaque instrument en plus de leur fonction, devra servir d'écarteur. Ils devront converger dans le même sens afin de limiter les conflits.

Outre la gestion des conflits, il sera nécessaire de laver, aspirer, utiliser des noisettes, exposer avec la canule aspirative et sonder le nerf récurrent.