

Pancréatectomie gauche sous coelioscopie

Vue par l'IBODE

Isabelle LECLERC et Francisco COITOT

IBODE – CHB, Hôpital Paul Brousse

Lorsque au tableau opératoire nous voyons inscrit l'intitulé de l'intervention « pancréatectomie gauche voie d'abord laparoscopique » les termes qui nous importent sont bien évidemment de savoir quel est l'organe opéré mais c'est surtout la voie d'abord qui va le plus nous intéresser.

Effectivement, de par cette information, l'installation et le matériel changent par rapport à une chirurgie plus classique par voie d'abord ouverte c'est-à-dire par laparotomie.

Cette technologie récente (début en 1940 avec Mr Palmer) nécessite une instrumentation spécifique qui diffère totalement de la chirurgie par voie ouverte. Lorsque nous parlons de coelioscopie nous parlons de chirurgie fermée. L'instrumentation va se faire par voie trans-pariétale en introduisant des trocars au travers de la paroi abdominale afin que les instruments puissent atteindre la cavité intra-péritonéale.

Donc tous les instruments et les dispositifs médicaux sont adaptés à cette voie d'abord et sont donc beaucoup plus longs et fins que les instruments classiques. Mais le grand changement avec la coelioscopie vient du fait qu'elle nécessite tout un arsenal de matériels électro-vidéo-chirurgicaux bien spécifiques.

A partir de là, notre rôle va être primordial dans la connaissance, l'organisation et la gestion de l'espace péri-opératoire en essayant de maintenir tous ces dispositifs médicaux les plus fonctionnels et efficaces possible.

Le bon déroulement de la coelioscopie va dépendre principalement du bon fonctionnement de la colonne vidéo et des instruments. Effectivement, pour schématiser nous pouvons dire que la colonne vidéo représente la prolongation des yeux du chirurgien. C'est grâce à ce dispositif qu'il crée son espace de travail par la création d'un pneumopéritoine par insufflation de gaz carbonique dans la cavité abdominale et l'introduction d'un optique qui rapportera les images de cette nouvelle cavité. Pour ce qui concerne les instruments, ils sont le prolongement des mains du chirurgien, puisque ce ne sont que leurs extrémités qui seront à l'intérieur de ce nouvel espace de travail.

Et donc toute l'effectivité de tous ces matériels sont de notre responsabilité. Notre rôle est de vérifier en amont et aval que tout est fonctionnel, mais il faut aussi s'adapter en peropératoire en fonction de chaque paramètre et savoir les modifier selon la demande de l'opérateur et selon l'organe traité.

Pour l'IBODE avec cette technique il faut non seulement connaître les temps opératoires non spécifiques et spécifiques à cette intervention, mais surtout maîtriser les modules électro-vidéo-chirurgicaux.

Il ne faut bien sûr pas oublier notre rôle quant à la sécurité de l'installation et de la prise en charge de la personne opérée, en partenariat avec l'opérateur et l'équipe d'anesthésie.

Mais aussi dans la prévention des complications et notamment celles liées à la colonne vidéo. Le chirurgien ne va pas quitter l'écran des yeux alors l'IBODE devra veiller à ce que tous les paramètres (exemple, le CO₂) restent dans la zone de sécurité et ne seront modifier que sur sa demande.

Pour conclure, nous avons avec la laparoscopie un rôle direct qui incombe par définition à notre profession mais en plus et surtout un rôle technologique important. Du bon fonctionnement des appareils et instruments dépend de l'intervention. Ainsi la personne opérée bénéficie

d'une prise en charge de qualité en plus d'une chirurgie mini-invasive et un retour plus rapide à la vie active.