

Evaluation de la prise en charge chirurgicale des pathologies surrénaliennes : A propos de 148 patients

N. AZZI, H. HAMICI, F.MERAD.

Service de Chirurgie générale, CHU de Bab-EI-Oued, ALGER

I/ Introduction :

-La chirurgie surrénalienne a été complètement transformée par l'arrivée de la vidéochirurgie.

Depuis 1992, où la première **surrénalectomie laparoscopique** a été réalisée par **Gagner**, l'intervention a été de plus en plus utilisée pour devenir maintenant le traitement de choix pour la plupart des tumeurs bénignes

- Diminution des problèmes pariétaux
- Diminution de la douleur
- Petite cicatrice

-Diminution de la morbidité -La chirurgie traditionnelle n'a cependant pas disparu et reste de mise dans certaines indications.

-les indications opératoires restent les mêmes, basées sur la **clinique**, la **biologie** et l'analyse scrupuleuse de l'**imagerie**.



Gagner M, Lacroix A, Bolté E. Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma. N Engl J Med 1992;327:1033.

II/ Objectif :

-Evaluation de la morbi-mortalité de la surrénalectomie et surtout depuis l'avènement de la chirurgie laparoscopique dans notre pays.

- Evaluation:
- la morbidité per opératoire (durée opératoire, hémorragie ; effraction capsulaire)
 - la morbidité post opératoires (la douleur , complications pariétales et la durée d'hospitalisation)
 - les complications post opératoires survenues dans l'immédiat et à distance.

III/ Matériel d'étude :

▪ Etude rétrospective et monocentrique (2004 – 2016)

Expérience du service de chirurgie générale en collaboration avec le service d'endocrinologie du CHU de Bab el Oued.

Total : **148 patients** : -143 patients surrénalectomies unilatérales.
-5 patients surrénalectomies bilatérale.

- 27 surrénalectomies par laparotomie.
- 121 surrénalectomies laparoscopiques.

Tb1: caractéristiques des patients:

Données pré opératoires		
Age	F:18 -75 ans H:22 -67 ans	Age moyen 46 ans
sexe	54 Hommes 94 Femmes	
BMI (photo n°01)	(22-25) (26 -30) > 30	104 27 17
Nombre de patients	Total 148	143 unilatérales 5 bilatérales



Photo1: BMI 35 Cushing



Photo2: installation



Photo3: voie d'abord (laparoscopie)



Photo4: Laparoscopie

Tb2: Malades et maladies.

Pathologies surrénaliennes	Nombre de patients (%)	Total
Phéochromocytome	42 (28%)	121 (81%)
Corticosurrénalome malin	23 (15,5%)	
Adénomes:	51 (34,5%)	
Adénome corticotrope	19 (12,8%)	
Adénomes de Conn	23 (21,6%)	
Maladie de Cushing	05 (03%)	27 (19%)
Tumeur du rein	03 (02%)	
Schwannome	01 (0,6%)	
Neuroblastome	01 (0,6%)	
Myélolipome	04 (2,7%)	
Ganglioneurome	04 (2,7%)	
Hyperplasie surrénalienne	05 (3,3%)	
Autres: tumeur vasculaire, nodule pancréatique...		

IV/ Resultats et analyse

Tb 3: Voies d'abord:

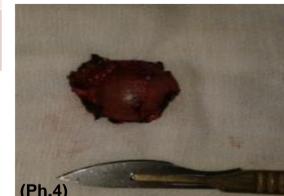
	LAPAROTOMIE (Ph.1)	LAPAROSCOPIE (Ph.2)
Taille de la tumeur	>08cm. (Ph.3)	<06cm. (Ph.4)
Durée opératoire	[90mn-250mn] moyenne 120mn.	[60mn-180mn] moyenne 90mn.
Durée du séjour hospitalier	[05j-23j] moyenne 07jours.	[02j-05j] moyenne 03jours.



Ph.3,



Ph.1



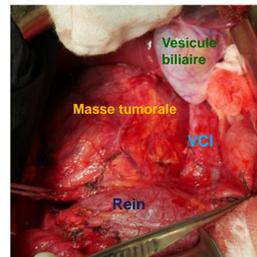
(Ph.4)



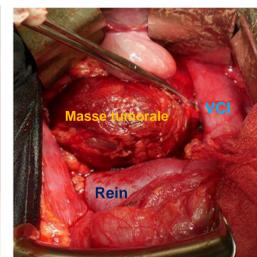
Ph. 2

Tb4 Morbidité per opératoire:

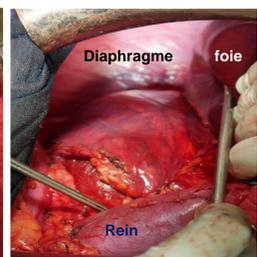
Morbidité	Nbre	%
conversion	17	11%
Hémorragie	29 (3 plaies de la VCI)	19%
Masse >6cm	44	30%
Masse <6cm	104	70%
Effraction de la capsule	05	3%



Neuroblastome / dissection de la VCI



Dissection de la VCI



Ablation de la masse



Masse de 12cm

Tb5/ Complications:

Complications précoces:

Complications	Nombre de patients
Abcès pariétal	1(0,6%) laparoscopie 3(2%) laparotomie
Collection de la loge surrénalienne	03 (02%)
Epanchement pleural	03 (02%)
Fistule pancréatique	01 (0,6%)
Total	11 (7%)

Complications tardives

Complications	Nombre de patients
Eventration	04 (2%): laparotomie 03, laparoscopie 01
Récidives	05 (3,4%)
Total	08 (5,4%)



Ph01



Mortalité:

Nbre	pathologie	motif	pourcentage
02	Cushing	-insuffisance surrénalienne aigue -CVD	1,3%

V/ Discussion:

L'indication de la surrénalectomie laparoscopique (2,4) pour les tumeurs bénignes de taille inférieure à 6cm a été largement démontrée et au-delà du seuil de 6cm la probabilité que la lésion soit maligne augmente ainsi les difficultés techniques (l'hémorragie, l'effraction capsulaire...), et donc la morbidité est plus importante.

Actuellement les indications de la surrénalectomie laparoscopique (3,4) sont limitées (caractère malin, la taille > 6cm) et ses contre-indications sont surtout en rapport direct avec des critères chirurgicaux comme la présence ultérieure de cicatrice pariétale ou de chirurgie abdominale antérieure; néanmoins le développement de l'instrumentation constituera à l'avenir le garant du succès de cette chirurgie mini invasive.

VI/ Conclusion:

La surrénalectomie laparoscopique est sûre et reproductible.

Elle apporte de multiples bénéfices au patient: -accès aisé et adapté à la situation anatomique profonde de la surrénale. -l'absence de voie d'abord délabrant. -la baisse de la durée de séjour d'hospitalisation. -la réduction de la douleur. -la reprise rapide d'une activité. -le faible préjudice esthétique. -la diminution des complications pariétales.

Donc (les avantages) (1,2) → -cette technique a une faible morbidité. → -une analgésie post opératoire minimale. → -une courte hospitalisation.

Mais: (les limites) -Tumeur > 10cm (bonne expérience). -Tumeurs malignes doivent encore être faites par laparotomie (sauf si petite tumeur).

Pas de conflit d'intéret.

Références bibliographiques

- 1-Barresi RV, Prinz RA. Laparoscopic adrenalectomy. Arch. Surg. 1999;134:212-217
- 2-Chapuis Y. Surrénalectomie vidéo endoscopique. Ann chir 2000; 125:507-10
- 3-Gagner M, Lacroix A, Prinz RA, Bolté E, Albala D et al. Early experience with laparoscopic approach for adrenalectomy. Surgery 1993; 114:1120-5.
- 4-Gagner M, Pom A, Heniford BT, Pharand D, Lacroix A. Laparoscopic adrenalectomy. Lessons learned from 100 consecutive procedures. Ann Surg 1997; 223:238-47.