

Hépatectomie gauche

O. Farges, S. Balzan

Service de Chirurgie Digestive, Hôpital Beaujon – Clichy.

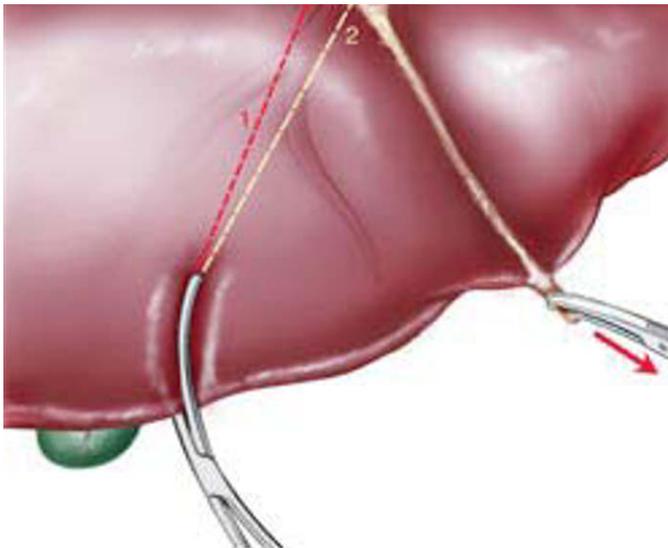
e-mail : olivier.farges@bjn.ap-hop-paris.fr

Correspondance : O. Farges, Service de Chirurgie Digestive, Hôpital Beaujon, 100 boulevard du Général Leclerc, F 92118 Clichy.

Introduction

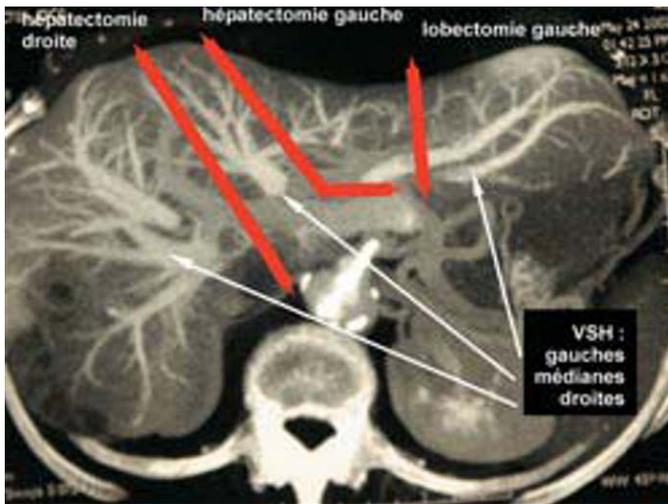
L'hépatectomie gauche est l'exérèse des segments 2, 3 et 4 du foie. Elle correspond à une hépatectomie réglée et majeure. Cependant, le foie gauche ne représente que 35 % du volume fonctionnel total du foie si bien que, en l'absence de cirrhose, cette intervention n'expose pas au risque d'insuffisance hépatique.

Mots-clés : Foie. Technique chirurgicale. Hépatectomie.



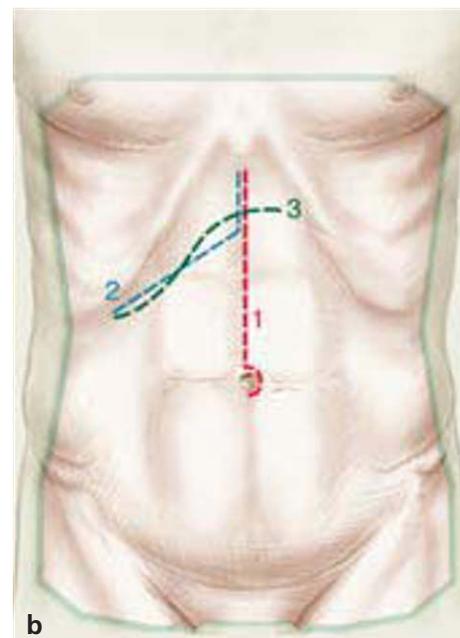
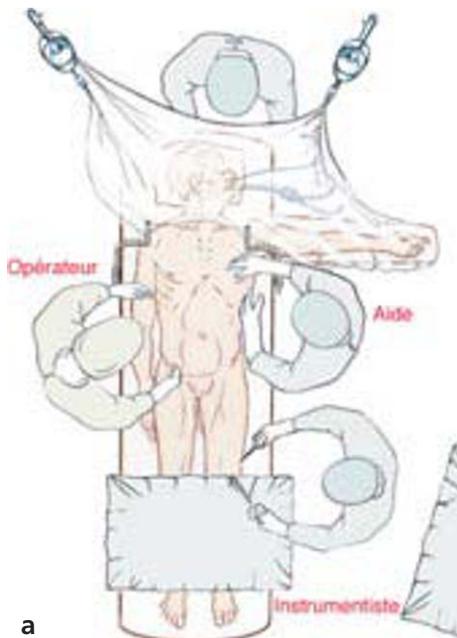
1 Les limites anatomiques de l'hépatectomie gauche

Les limites anatomiques du foie gauche, qui sont facilement identifiables, sont situées à la face *inférieure* du foie. Il s'agit du milieu du lit vésiculaire, du bord supérieur de la plaque hilare et du sillon d'Arentius. Il n'existe en revanche pas de repère visible à la face *supérieure* du foie. L'incision à ce niveau suit une droite que l'on trace au bistouri électrique entre le milieu du lit vésiculaire et l'angle entre la terminaison des veines sus hépatiques (VSH) médiane et droite (1 : si l'on enlève la VSH médiane), ou médiane et gauche (2 : si l'on conserve la VSH médiane). Le trajet extra hépatique de ces veines est clairement visible lorsque la partie supérieure, triangulaire, du ligament suspenseur a été ouverte.



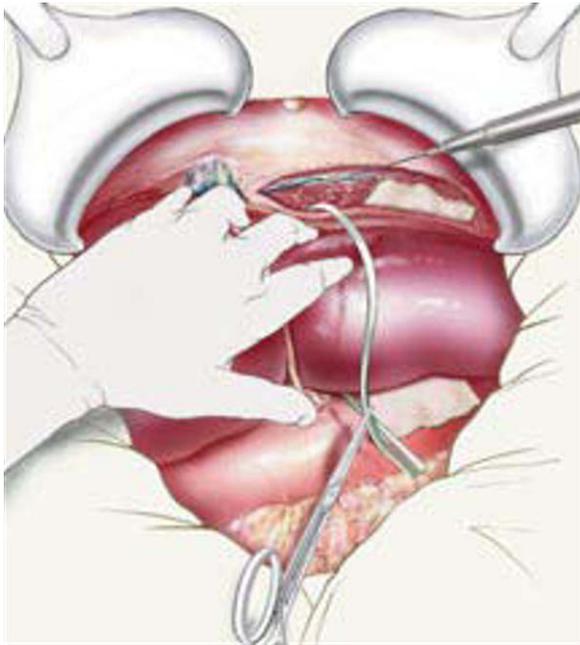
2 La tranche de l'hépatectomie gauche

La tranche de l'hépatectomie gauche ne suit pas *un* plan, comme dans l'hépatectomie droite ou la lobectomie gauche, mais *deux* plans. Le premier, longitudinal, sépare le segment 4 du secteur antérieur du foie droit (segments 5 et 8). Le second, transversal, sépare le segment 4 du segment 1. Les principaux éléments croisés sont des veines hépatiques dont l'axe est presque tangentiel à celui de la tranche. Leur plaie ou arrachement est la principale cause de saignement.



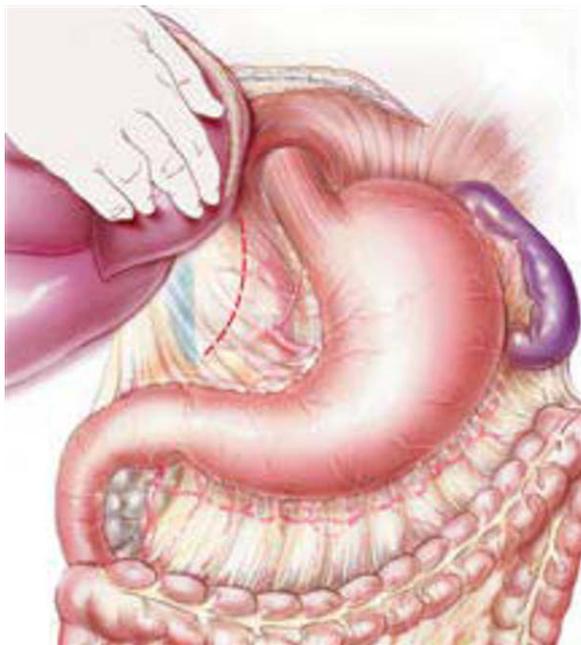
3 Installation et incision

Le patient est installé en décubitus dorsal, bras droit le long du corps (a). L'incision peut être médiane (1), sous costale droite courte agrandie par un trait de refend xiphoïdien (en cas d'angle costal aigu et de lobe gauche dépassant peu la ligne médiane -2-), ou bi sous-costale (en cas d'angle costal obtus ou de lobe gauche étalé -3-) (b). Ces deux dernières incisions permettent souvent un meilleur contrôle de la terminaison des veines hépatiques, car ce contrôle se fait habituellement de droite à gauche. La traction sur la valve gauche est oblique vers le haut, afin de faciliter la mobilisation du lobe gauche. La traction sur la valve droite est plus horizontale afin de rendre plus superficiel le plan des veines hépatiques.



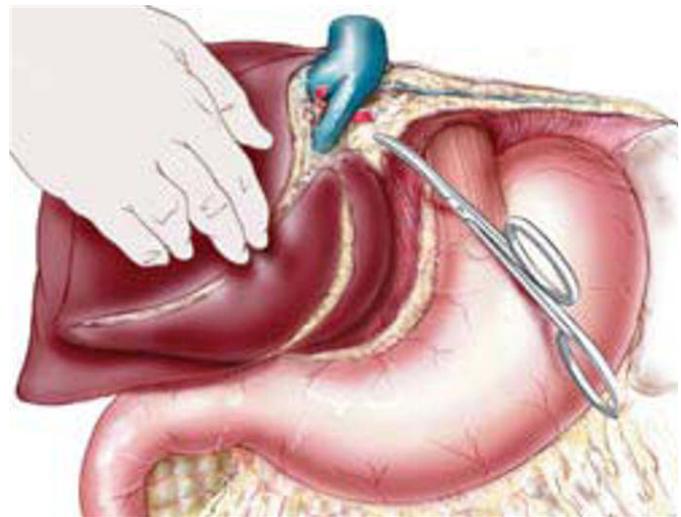
4 Libération du lobe gauche

Le ligament triangulaire gauche est incisé, après avoir interposé un champ entre le lobe gauche et l'œsophage. Lorsque le lobe gauche se prolonge loin dans l'hypochondre gauche, il est utile de placer un champs derrière la rate (pour éviter sa décapsulation) et un lacs de traction autour du lobe gauche (pour faciliter son extériorisation). La veine diaphragmatique gauche peut, rarement, traverser le ligament triangulaire gauche à sa terminaison dans la veine cave et doit alors être préalablement sectionnée entre ligatures.



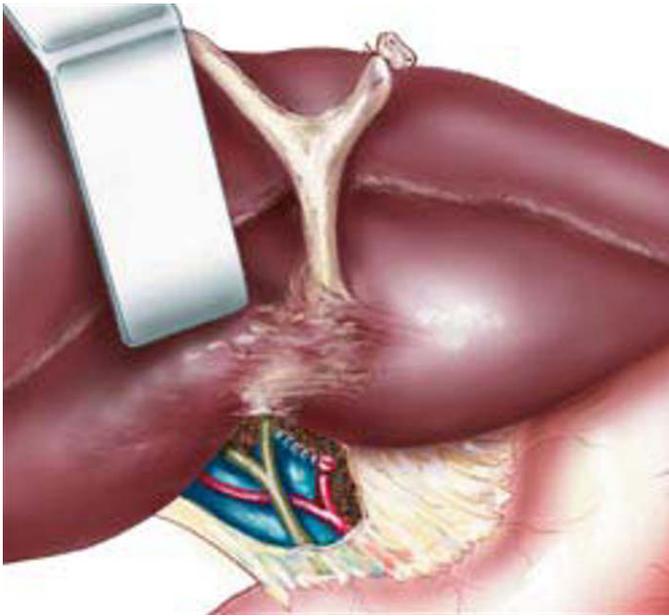
5 Section de la pars flaccida du petit épiploon

La pars flaccida du petit épiploon est sectionnée de bas en haut. Une artère hépatique gauche (de taille significative chez 15 à 20 % des patients) doit être clampée (pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une exceptionnelle artère hépatique gauche-foie total), avant d'être sectionnée entre ligatures. Lorsqu'il n'existe pas d'artère hépatique gauche significative, il est prudent de sectionner, aussi entre ligatures, son reliquat qui est pratiquement constant.



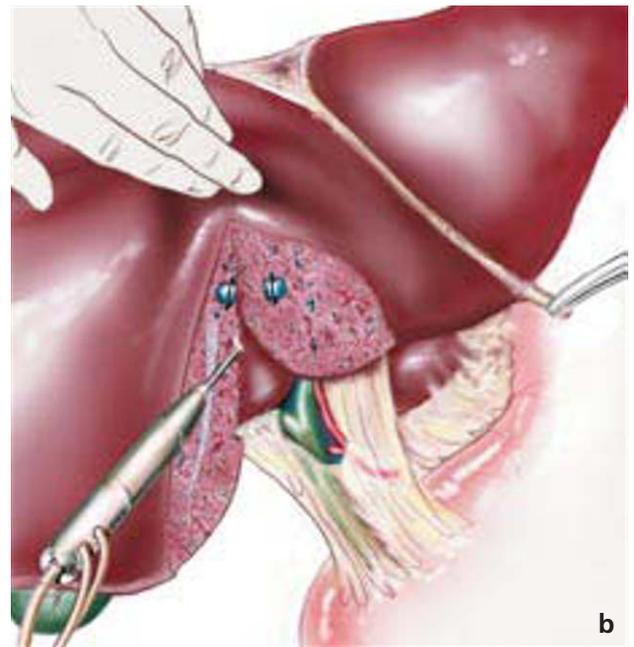
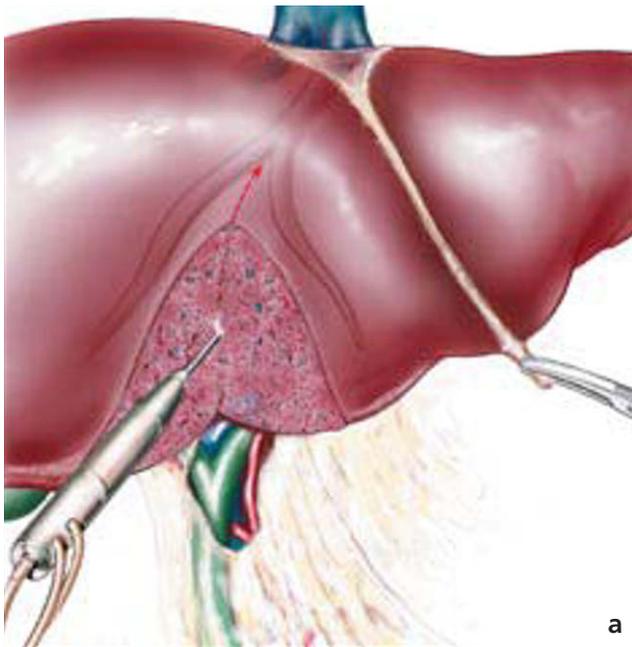
6 Abord de la terminaison de la veine sus hépatique gauche

À proximité du diaphragme, le péritoine de la pars flaccida se dédouble dans un plan antéro-postérieur. Cet espace contient en haut la terminaison de la veine diaphragmatique gauche et, en bas lorsque le lobe gauche est récliné vers la droite, la terminaison de la VSH gauche. Il est donc prudent de sectionner sélectivement ces deux feuilletts afin de bien visualiser ces deux éléments. Le contrôle extra-hépatique de la VSH gauche, qui n'est pas obligatoire, est facilité par l'abaissement du segment 1 et la section du sillon d'Arentius qui expose la face antérieure de la veine cave inférieure, sous l'abouchement de la veine sus hépatique gauche.



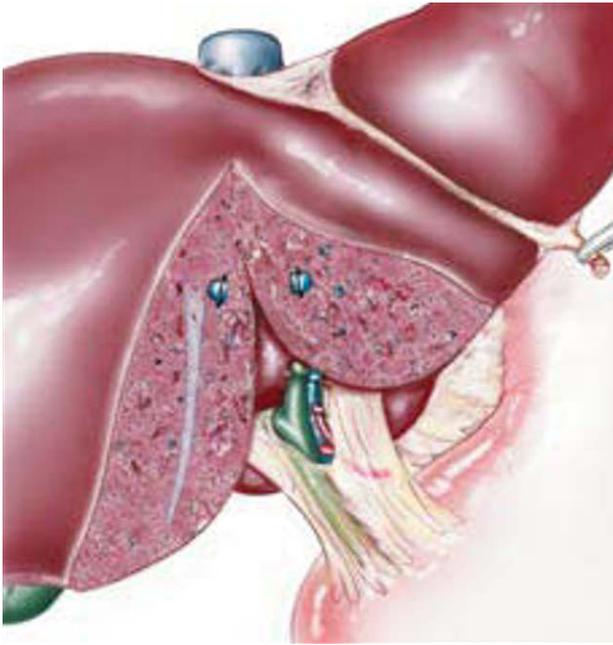
7 Contrôle vasculaire

La branche gauche de l'artère hépatique, souvent entourée d'épais filets nerveux, a un trajet superficiel au bord antérieur gauche du pédicule hépatique. Elle est sectionnée entre ligatures après s'être assuré qu'il persiste un flux dans la branche droite. La branche gauche de la veine porte est plus profonde, simplement recouverte d'un tissu cellulo-graisseux lâche. Elle est contrôlée avant d'être sectionnée sur clamp et fermée par un surjet de prolène 5/0. Ce contrôle doit être prudent afin de ne pas arracher une collatérale destinée aux segments 1 ou 4. La section préalable du pont parenchymateux recouvrant la face inférieure du ligament rond, lorsqu'il existe, facilite ce temps. Certaines tumeurs volumineuses du segment 3 ou 4 gênent l'abord de la branche porte gauche et il est alors préférable de réaliser son contrôle après avoir débuté la section parenchymateuse.



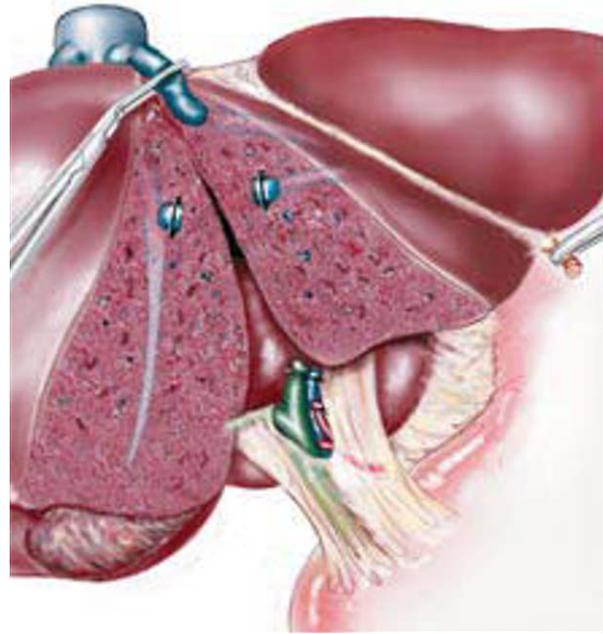
8 Section parenchymateuse à la jonction des segments 5 et 4 antérieur

L'hépatotomie longe le milieu du lit vésiculaire à la face inférieure du foie et suit la scissure principale à sa face supérieure jusqu'à se trouver à l'aplomb du hile (a). Le parenchyme à ce niveau est mince et contient essentiellement les veines de drainage du segment 5, proches du lit vésiculaire et qui ont un trajet presque tangentiel à celui de la tranche (a). Ces veines sont contrôlées perpendiculairement à leur axe et sectionnées entre ligatures ou clips, si l'hépatectomie enlève la VSH médiane. Lorsque l'hépatectomie gauche préserve la VSH médiane (b), ce sont au contraire les veines de drainage du segment 4, plus profondes, qui sont sectionnées.



9 Section du canal biliaire gauche

Le canal biliaire gauche est inclus dans la plaque hilaire. La capsule est incisée de droite à gauche juste au dessus de cette plaque pour se placer à distance de la convergence. La coagulation monopolaire est proscrite. Les éléments croisés sont de petits pédicules biliaires ou glissoniens destinés au segment 4 qui sont sectionnés entre ligatures. Le canal gauche est sectionné perpendiculairement à son axe. Le moignon de la branche porte gauche se situe juste au dessous.



10 Contrôle de la terminaison des veines hépatiques

L'hépatotomie est poursuivie vers le haut en suivant, d'une part l'axe de la scissure principale et, d'autre part celui du sillon d'Arentius. La traction vers le haut du ligament rond et l'abaissement du segment 1 par un tampon facilitent ce temps. La VSH gauche (ou le tronc commun des VSH médiane et gauche) est clampée dans son trajet extra parenchymateux, sectionnée un cm au moins en amont de ce clamp, et fermée par un surjet aller-retour de prolène 4/0. Afin de ne pas gêner la fermeture du clamp, il est prudent de ne pas utiliser de clips au niveau de la zone où il sera placé.

301

Contrôle biliaire, drainage et fermeture

Le risque de fuite biliaire après hépatectomie gauche est compris entre 4 et 8 % mais peut être réduit avec quelques précautions. On conseille de réaliser une épreuve d'étanchéité biliaire au bleu de méthylène, même si les études contrôlées n'ont pas formellement démontré l'efficacité de ce test. Un surjet d'enfouissement le long du sillon d'Arentius pourrait permettre d'occulter de petits canaux de la plaque hilare, destinés aux segments 1, qui sont probablement les principaux responsables des fuites. Le drainage peut être assuré par un drain déclive passant en arrière du pédicule hépatique et sortant à droite, ou par un drainage aspiratif. Il n'existe cependant pas d'argument formel qui justifie son usage systématique.