

Neuroblastome
Néphroblastome
et
Vidéo-chirurgie

F. Varlet

Introduction

- Depuis \approx 15 ans
 - Oncologie et vidéo-chirurgie
 - Biopsies
 - Exérèses
 - Ovaires
 - Petits neuroblastomes (fragmentation possible)

Introduction

- Principes de base

RESPECTER LES PRINCIPES DE LA
CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

NE PAS SE LANCER SUR DES TUMEURS
COMPLEXES

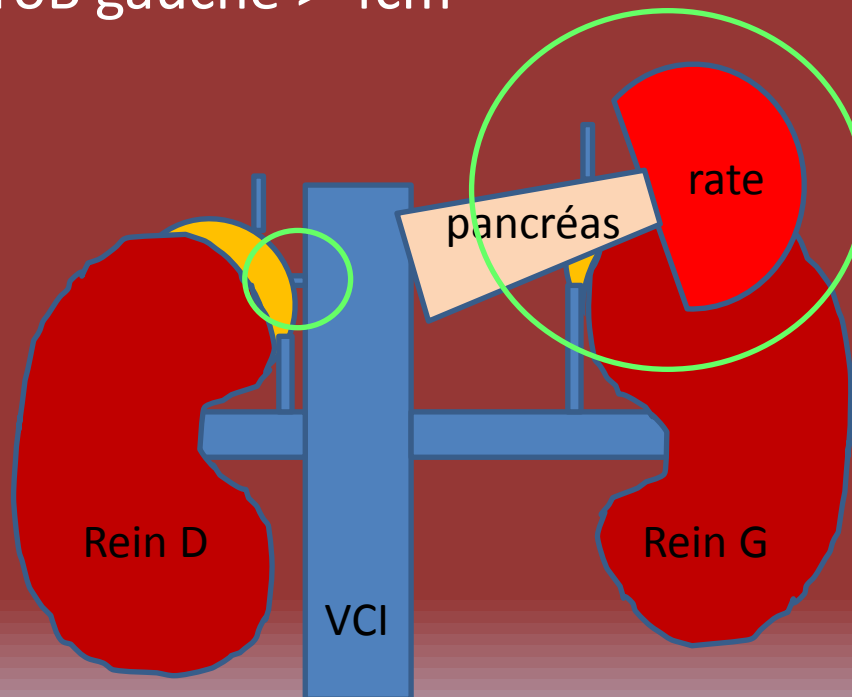
Neuroblastome

- NeuroB
 - Surrénalien +++
 - Rapports vasculaires « simples »
 - A priori opérable d'emblée
 - < 6-7 cm
 - Actuellement
 - Tendance à ne plus opérer les neuroB de DAN et « non symptomatiques » (étude)

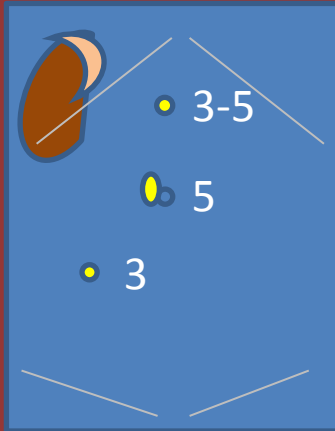


Neuroblastome

- Laparoscopie
 - NeuroB droit
 - V surrénale moy
 - NeuroB gauche > 4cm
- Rétropéritonéoscopie
 - NeuroB gauche < 3-4cm
 - Rate - pancréas

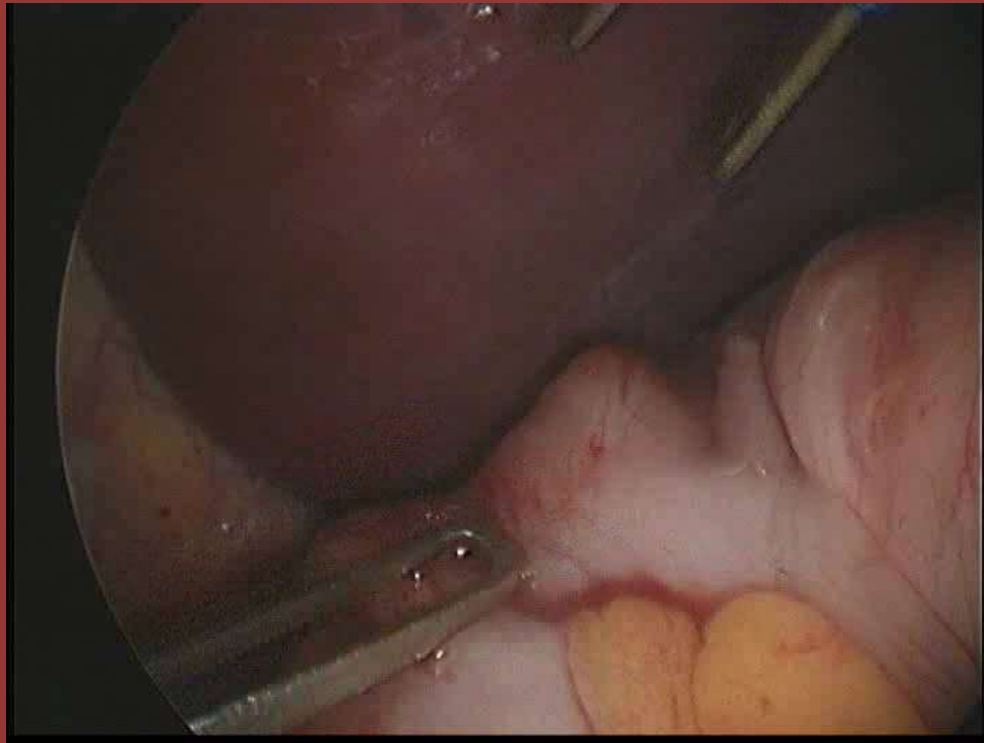


Neuroblastome Laparoscopie



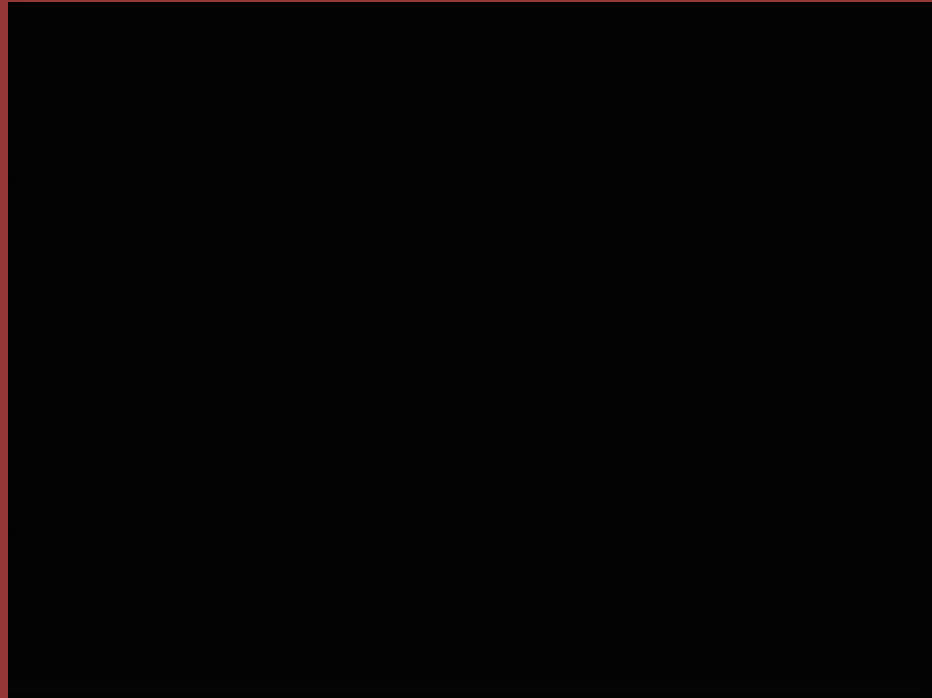
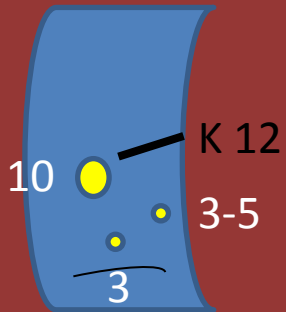
Neuroblastome

Laparoscopie

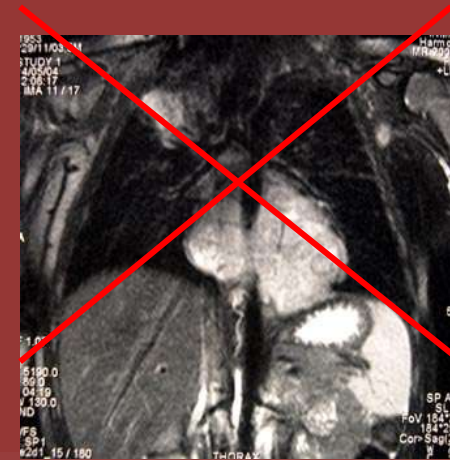
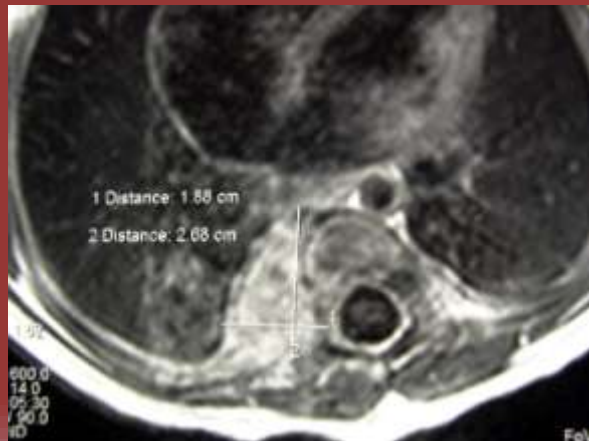
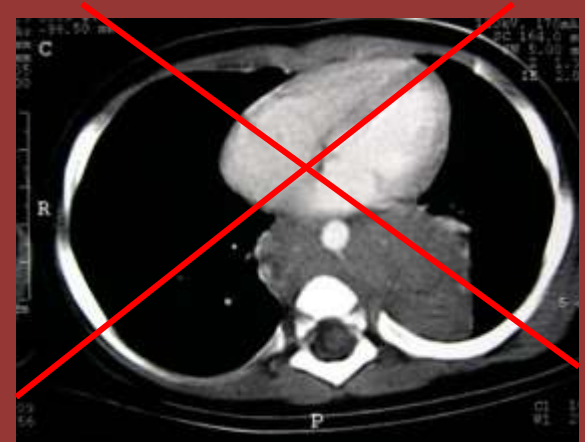


Neuroblastome

Rétropéritonéoscopie

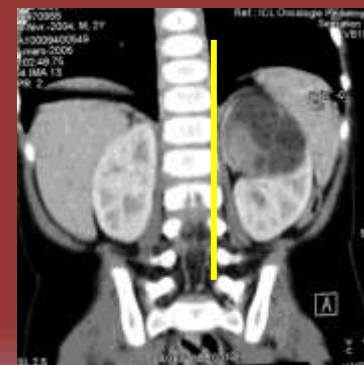


Neuroblastome thoracique



Néphroblastome

- 1^{er} cas publié : Duarte RJ 2004
- 2005-2006
 - Carcinome juvénile
 - Néphroblastome
 - Petites tumeurs

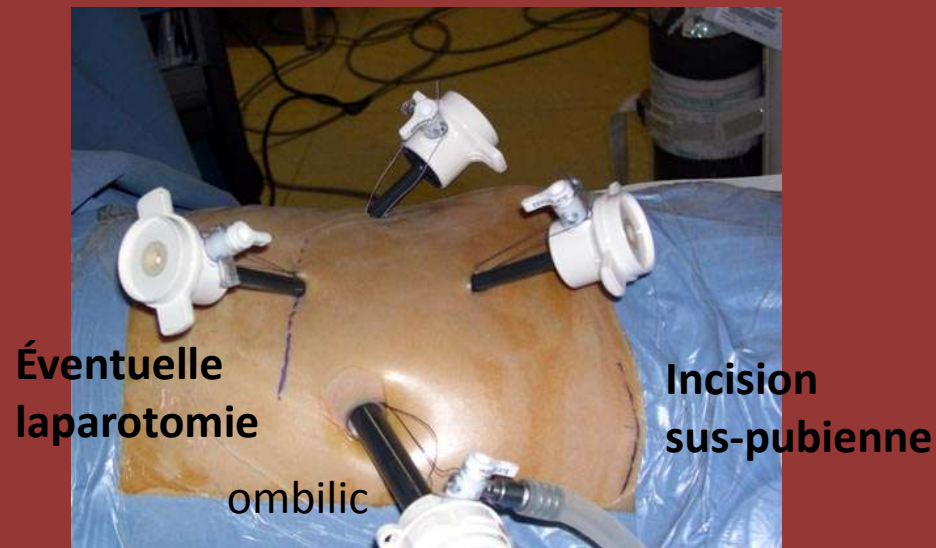


Néphroblastome

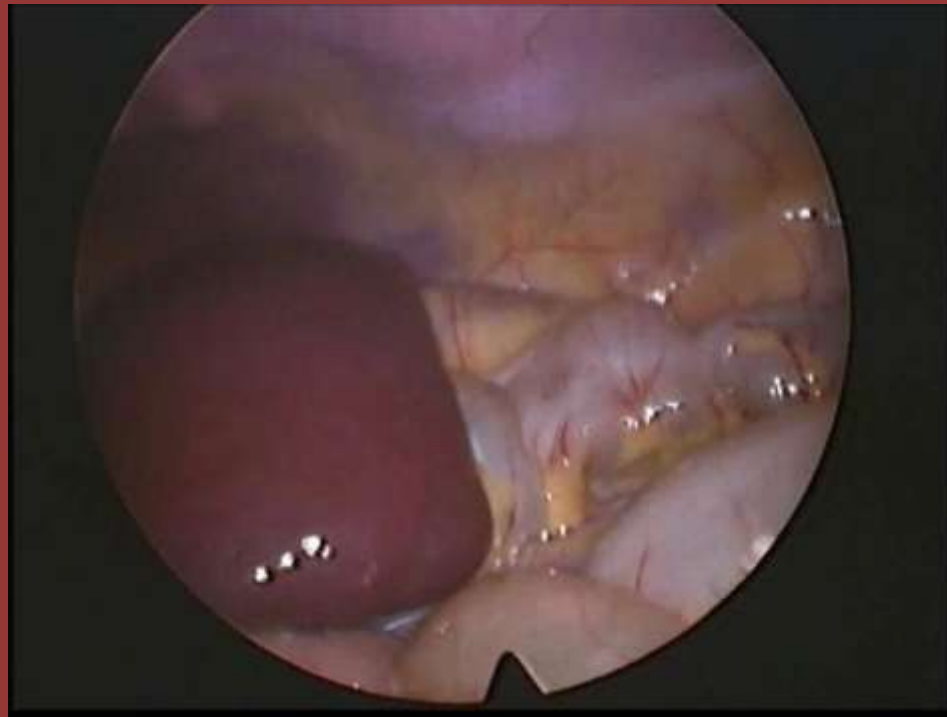
- Néphro-urétérectomie élargie transpéritonéale
 - Sans rupture tumorale
 - Pendant la néphrectomie
 - Pendant l'extraction du rein
 - Sinon radiottt et ses séquelles...
 - Avec picking ganglionnaire

Néphroblastome

- Installation
 - Décubitus latéral 45-60°
 - Enfant au bord de la table



Néphroblastome



Incision
sus-pubienne



- 2005-2012 = **17 néphroB**

(Caen-3, Colmar-Strasbourg-2, Nantes-2, Saint-Etienne-9 et Tours-1) \approx **20%** des WT opérées

Age (mois) months	Taille (cm) Size	Complications per-op intraoperative	Rupture tumorale	Durée ITV (min)	Complications post-op	Durée séjour hospitalization
44.4 (M5 - A11)	≤ 5 (10) > 6 (7)	2 conversions - dissection artère rénale - volume tumeur	0	128 (100-210)	1 péritonite : perforation iléale	J3 (J2àJ10)

Anatomie pathologique	Recul	Récidive locale	Greffe sur orifice de trocart
<p>15 néphroblastomes (WT) risque intermédiaire = 14 risque haut (high) = 1 stade I ou II <i>F syndromiques = 2 (Wiedeman-Beckwith et 1/2hypertrophie)</i> 1 sarcome à cellules claires 1 carcinome juvénile</p>	<p>43.1 (M12- A6 M5)</p>	<p>1 9 mois p-o Vidéo-Histologie OK Chimiottt - chirurgie 9 mois après : va bien Risque / laparotomie = 3-5%</p>	<p>0</p>

Néphroblastome

Contre-indications

– Absolues

- Thrombose veine cave ou veine rénale
- Tumeur dépassant le bord externe du corps vertébral (1er temps)
- Adhérences aux organes de voisinage : foie, diaphragme (difficiles à voir sur TDM, IRM...)

– Relatives

- Rupture initiale de la tumeur pour éviter diffusion dans toute la cavité péritonéale ?

Vidéo-chirurgie et oncologie

- Fixer les trocars
- Éviter les fuites de CO₂
- Préférer le “no touch”
- Sortir la pièce dans un sac, sans perforation, au travers d’une incision large
- Picking ganglionnaire
- Lavage abondant
- Exsufflation au travers des trocars
- Excision des berges d’un orifice de trocart si doute

Vidéo-chirurgie et oncologie

Expérience laparoscopique du chirurgien

- > 50 / an ?
- Chirurgie laparoscopique complexe
 - Néphrectomie totale, partielle
 - JPU

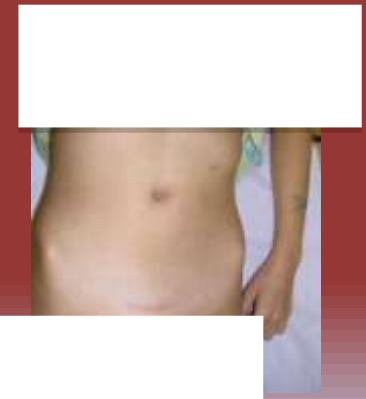
Vidéo-chirurgie et oncologie

Bénéfices – Risques

- Les risques
 - rupture tumorale
 - métastases sur les orifices de trocarts
 - diffusion péritonéale sans rupture

théoriques / petite tumeur

- Les bénéfices
 - suites opératoires plus confortables
 - ↘ des occlusions sur bride
 - meilleur aspect des cicatrices



Vidéo-chirurgie et oncologie

- Autres indications

- Thoracoscopie

- Tumeurs neurogènes

- NeuroB « simples »

- GanglioNB

- Ganglioneurome

- TGM mature (α FP et β HCG normales)

- Ovaire

- attention +++ : diffusion péritonéale

- Lpsc pour exploration et prélèvements, puis Pfannenstiel

Conclusion

- NeuroB
 - Lpscp admise pour les petites tumeurs sans rapport vasculaire majeur
- NéphroB
 - évaluation en cours
- Pas de risques inconsidérés !