

# Parathyroïdectomie endoscopique par voie latérale

J.-F. Henry, F. Sebag, G. Ippolito

Service de chirurgie générale et endocrinienne, hôpital La Timone.

**Correspondance :** J.-F. Henry, service de chirurgie générale et endocrinienne, hôpital La Timone, 264, rue Saint-Pierre, F 13385 Marseille cedex 5.

e-mail : jean-francois.henry@mail.ap-hm.fr

---

## Introduction

L'abord cervical endoscopique des parathyroïdes peut se faire par voie antérieure en dissociant les muscles sous-hyoïdiens mais aussi par voie latérale en utilisant le plan de clivage situé entre la gaine jugulocarotidienne et la face postérolatérale des muscles préthyroïdiens. Cet abord unilatéral, que nous décrivons ici, donne un accès direct à la face postérieure du lobe thyroïdien en passant en arrière de la sangle musculaire. Il doit être réservé aux patients présentant un hyperparathyroïdisme primaire sporadique, sans contre-indication à une chirurgie mini-invasive, chez lesquels l'imagerie pré-opératoire (échographie et scintigraphie au sestamibi) a mis en évidence un adénome parathyroïdien unique et clairement localisé, à la partie postérieure du lobe thyroïdien ou dans le médiastin postérosupérieur.

Cet abord est donc indiqué pour tous les adénomes développés aux dépens des parathyroïdes supérieures (P-IV) et pour les adénomes inférieurs (P-III) situés en arrière des pôles inférieurs des lobes thyroïdiens. La proximité de ces adénomes postérieurs avec le nerf récurrent justifie l'utilisation de l'endoscope.

Seuls les adénomes des P-III, en situation antérieure dans le prolongement des lobes thyroïdiens, sont abordés sous vision directe, au travers d'une mini-incision paramédiane. Dans ces cas l'endoscope ne nous paraît pas nécessaire, car le nerf récurrent est à distance de l'adénome. Si le risque de méconnaître une maladie multiglandulaire est d'autant plus faible que l'imagerie est performante, ce risque justifie néanmoins l'utilisation peropératoire des dosages rapides de parathormone.



## 1 Installation

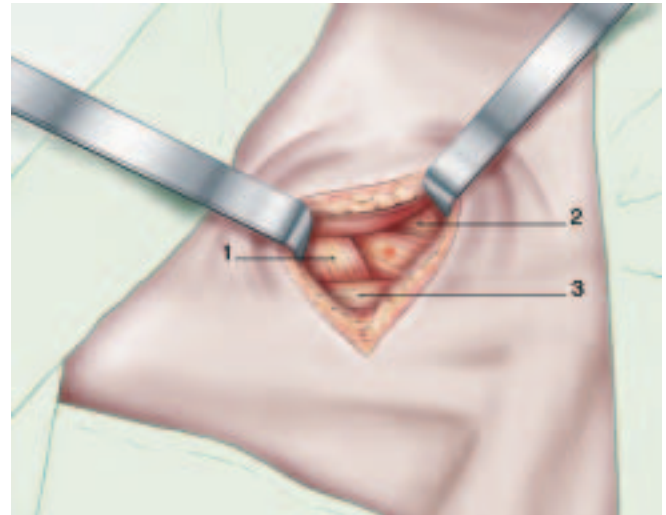
Le patient, sous anesthésie générale, est installé en décubitus dorsal, sans extension de la tête, afin d'éviter la mise en tension du muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM) et des muscles préthyroïdiens. Le relâchement de ces muscles est indispensable pour obtenir un bon espace de dissection, avec une insufflation à faible débit. L'opérateur et son aide se tiennent du côté de la lésion.

Trois trocarts sont utilisés : un trocart de 10 mm destiné à recevoir une optique de 10 mm à 0° pour la dissection, puis de 5 mm à 0° pour l'extraction, et deux trocarts de 3 mm. L'opérateur utilise une série d'instruments de 2,5 mm de section : palpateurs à bout mousse ; des pinces ; une paire de ciseaux ; un crochet électrocoagulateur.



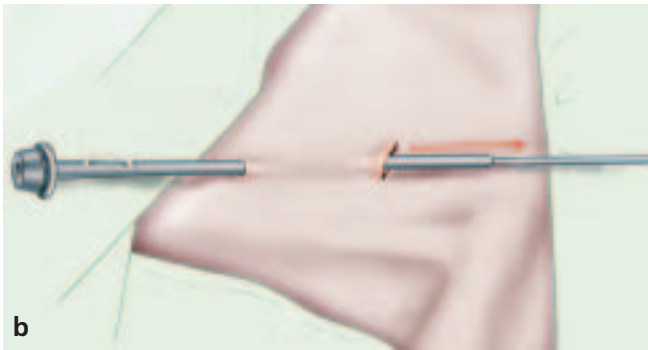
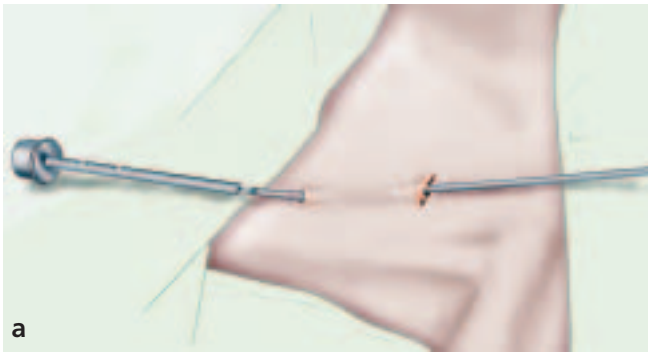
## 2 Emplacement des trocarts

Une incision de 12-15 mm, destinée au trocart de 10 mm (A), légèrement oblique vers le haut et en dehors, est faite sur le bord antérieur du SCM, à l'aplomb de l'isthme thyroïdien. En cas de conversion, cette incision peut être élargie vers la ligne médiane en cervicotomie conventionnelle. Les deux trocarts de 3 mm (B et C) sont eux aussi installés sur la ligne antérieure du SCM.



## 3 Création de l'espace de dissection

Après hémostase du plan sous-cutané et section du muscle peaucier du cou, le bord antérieur du SCM est libéré. La dissection est poursuivie sous vision directe au travers de cette mini-incision, vers le plan prévertébral. Le muscle omohyoïdien constitue le repère supérieur (1). La dissection se fait dans le plan de clivage entre, en dedans les muscles sous-hyoïdiens, (sternocléido-hyoïdien puis, plus profondément, sterno-thyroïdien) (2) et, en dehors, de la surface vers la profondeur le SCM (3), la veine jugulaire interne et l'artère carotide primitive (la projection de la parathyroïde est représentée par l'étoile). On accède ainsi à la face postérieure du lobe thyroïdien. Si une veine thyroïdienne moyenne est rencontrée, son hémostase est facilement réalisée au travers de cet orifice. L'espace rétrothyroïdien est alors agrandi par le tassement contre le plan prévertébral d'une petite compresse humidifiée qui est introduite par l'orifice cutané. Cette manœuvre, bien qu'aveugle, permet d'obtenir une chambre de dissection exsangue comme l'on peut le constater lors de l'introduction de l'endoscope.

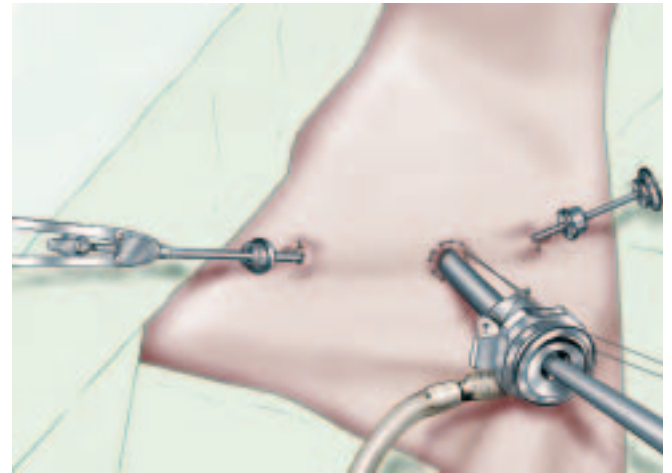


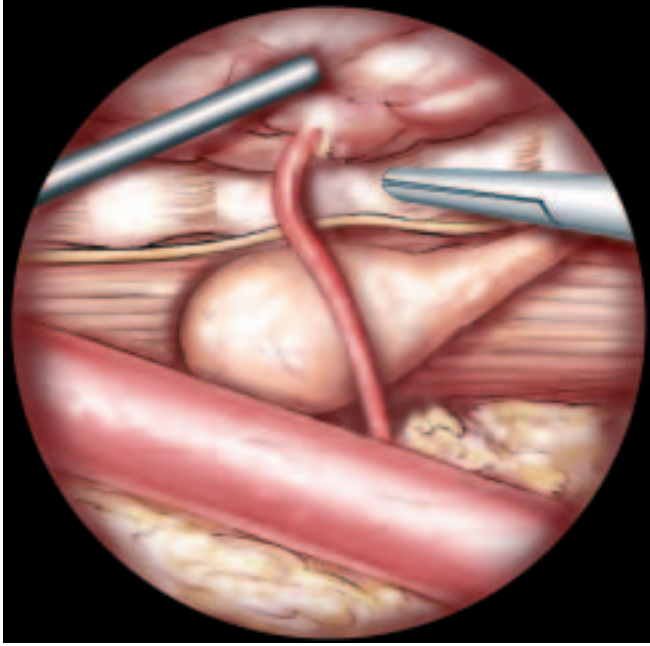
#### 4 Installation des trocarts de dissection

Les deux trocarts de 3 mm sont alors installés sur le bord antérieur du SCM ; le trocart supérieur 4 à 6 cm au-dessus de l'incision initiale et le trocart inférieur 3 à 4 cm en dessous. Le trajet transpariétal de ces deux trocarts est fait de dedans en dehors, en passant par l'incision initiale, à l'aide d'une allène de drain de Redon qui serre de tige guide aux trocarts eux-mêmes (a et b) Ces deux trocarts disposent d'un petit œillet qui permet de les fixer à la peau.

#### 5 Installation du trocart optique

Après avoir extrait de la cavité la compresse préalablement tassée, un trocart de 10 mm est introduit dans l'incision initiale. Ce trocart est solidarisé à la paroi par un fil préalablement passé en bourse. Cette bourse prend non seulement la peau mais également le bord antérieur du SCM et le bord postérieur du sternothyroïdien. Elle assure l'étanchéité de la cavité de dissection dont elle augmente le volume par la traction que l'on peut exercer sur elle. Elle évite aussi les risques accidentels d'extraction du trocart. Une insufflation de CO<sub>2</sub> à faible pression (8 mm de mercure) est instaurée. Cette insufflation maintient l'espace de dissection et limite les mini-saignements.



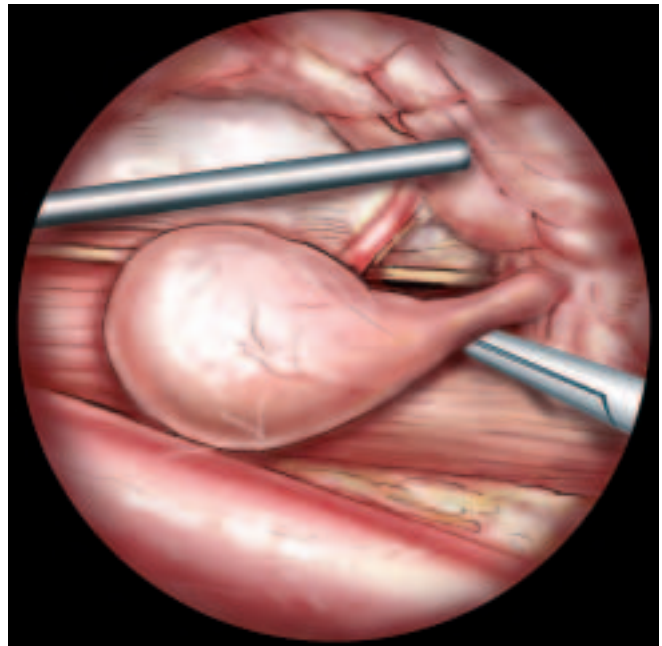


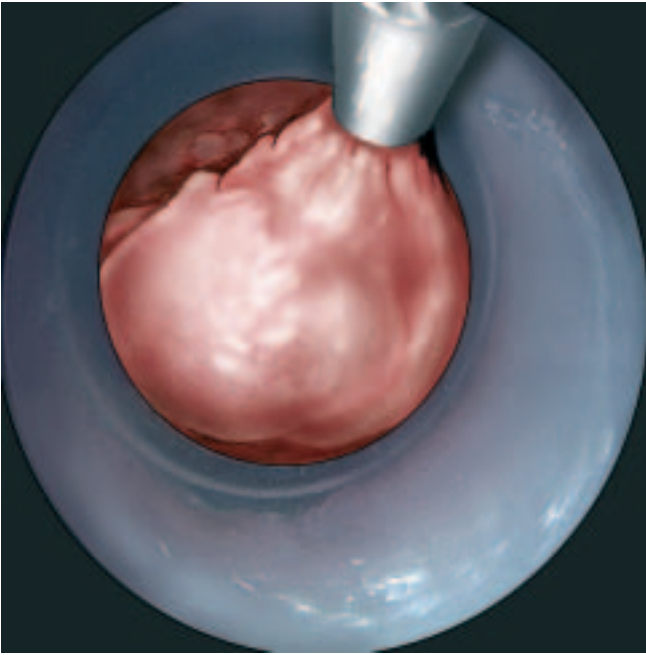
## 6 Identification et dissection de l'adénome (P-IV gauche)

Après avoir ouvert la gouttière jugulocarotidienne, il faut identifier les repères anatomiques fondamentaux à savoir le bord latéral de la trachée et de l'œsophage, le bord postéro-interne du lobe thyroïdien, le tronc et les branches de l'artère thyroïdienne inférieure et, bien sur, le nerf récurrent. L'adénome est recherché en tenant compte des données de l'imagerie pré-opératoire. La dissection est faite essentiellement à l'aide des deux palpateurs, dont les extrémités mousses limitent les risques d'effraction capsulaire. L'adénome est progressivement libéré des structures voisines sous contrôle permanent du nerf récurrent. À aucun moment l'adénome ne doit être pincé. Cet abord postérolatéral permet au chirurgien de travailler sans être obligé de récliner le lobe thyroïdien qui est dans un plan plus antérieur. En règle, aucune hémostase n'est nécessaire au cours de cette manœuvre.

## 7 Dissection du pédicule

Les branches du pédicule vasculaire sont squelettisées et leur hémostase est faite au crochet électrocoagulateur de 3 mm. Un contrôle du taux de parathormone est fait à ce moment et est renouvelé 5 et 15 min plus tard. Une décroissance de plus de 50 % des taux de parathormone par rapport au taux avant le clampage du pédicule confirme la radicalité de l'exérèse





## 8 Extraction de l'adénome

L'endoscope de 10 mm est remplacé par un endoscope de 5 mm permettant ainsi d'introduire par le même trocar une pince qui permet d'attraper l'adénome par son pédicule. L'extraction des petits adénomes se fait au travers du trocar principal de 10 mm. Les gros adénomes qui ne peuvent pas être introduits dans le trocar sont maintenus à son extrémité et extraits avec lui, directement au travers de son orifice d'introduction. Aucun drainage n'est nécessaire.

---

### Fermeture

La fermeture de l'orifice d'introduction du trocar de 10 mm est faite par une suture soigneuse du muscle peaucier du cou, et par l'application de colle biologique sur la peau. À ce niveau, la cicatrisation est d'excellente qualité sans aucun phénomène d'adhérence. Les orifices des trocars de 3 mm sont également fermés à la colle biologique et disparaissent en quelques jours.