

Extrait des ACTA UROLOGICA BELGICA

Vol. 32, Fasc. 3, Année 1964, pages 391 à 400

La lombotomie verticale postérieure ⁽¹⁾

Considérations à propos de 366 cas

José Maria GIL-VERNET

Clinica Universitaria de Urología de la Facultad de Medicina de Barcelona
(Profesor encargado: Dr. José María GIL-VERNET)

Une bonne voie d'accès lombaire doit être aussi peu traumatisante et dangereuse que possible et conduire au rein par la voie la plus courte.

Cela dut être sans doute la pensée de Simon lorsque, en 1869, il inaugurait la chirurgie rénale en pratiquant une néphrectomie par la « voie longitudinale postérieure ».

Depuis lors, les voies d'accès au rein se sont multipliées et, aux lombotomies verticales, succédèrent les horizontales, les obliques, les arciformes, avec formation de lambeaux, etc., s'écartant progressivement des directives que la logique et le bon sens avaient dictées à Simon lors de sa première intervention rénale.

En fait, la lombotomie verticale postérieure est restée totalement oubliée, pour ne pas dire inconnue, du chirurgien, et dans les textes elle ne prend place que comme anecdote historique.

Actuellement, on recourt à la lombotomie oblique pour tout type d'intervention à pratiquer sur le rein, procédé que nous considérons aussi absurde et myope que serait, par exemple, de traiter toute affection prostatique par la voie périnéale, ou par la voie transurétrale, exclusivement.

Nous devons admettre que la lombotomie oblique et ses variantes donnent un ample champ sur le rein, et qu'elles sont irremplaçables dans la pratique des néphrectomies, dans les opérations plastiques pour hydronéphroses, les splénectomies, etc., mais il faut admettre aussi que, dans beaucoup d'autres cas, qui atteignent la majorité, la lombotomie verticale postérieure réunit de plus grands avantages pour le patient que les lombotomies classiques.

Il est bien temps de dire que pour extraire un calcul caliciel ou pyélique, pour la néphropexie ou n'importe quelle autre opération con-

(1) Reçu à la Rédaction le 3 avril 1964.

servatrice, il n'y a pas nécessité absolue de libérer le rein, ni de l'extérioriser, ni de le priver de ses moyens de fixation, ni de le manipuler, parce que tout cela endommage le rein et le patient et est totalement inutile.

Nous devons essayer que notre chirurgie urologique soit mieux réglée, plus sélective et qu'elle respecte au maximum les structures anatomiques, puisque cela bénéficiera au patient en ne l'exposant pas à la maladie opératoire; quant au chirurgien, cela lui facilitera toute réintervention ultérieure. Il faut suivre le principe, aussi fondamental qu'oublié, de la *chirurgie rénale « in situ »*.

De toutes les incisions pratiquées sur le corps humain, aucune ne provoque autant de complications et n'occasionne une telle morbidité que la lombotomie oblique.

Elle est *préjudiciable*, puisqu'elle traumatise ou abîme d'importants plans musculaires, particulièrement chez des sujets musclés. Au moment de la séparation ou suture de ces plans, l'adossement correct des faisceaux musculaires respectifs est pratiquement impossible, d'où il résulte que souvent on suture quelques-unes des fibres du grand oblique à celles du petit, ou à celles du grand dorsal, ce qui est cause de malfunction musculaire.

L'*éventration lombaire* est une complication très possible. Elle se présente comme conséquence de la désunion des plans profonds, par suppuration de la loge rénale, par hypoprotéïnémie, par hématomes ou épanchements séreux au niveau de la plaie. Cette éventration provoque des douleurs sourdes avec impossibilité de réaliser des efforts, ce qui entraîne une incapacité fonctionnelle importante.

La *perte de la sensibilité de la paroi* par lésion des nerfs musculaires et cutanés. La section d'un filet nerveux sensitif important provoque l'anesthésie de la région ilio-inguinale. Des paresthésies et des hyperesthésies, qui apparaissent dans les territoires cutanés correspondants, occasionnent de fortes névralgies qui peuvent également être provoquées par le douzième nerf intercostal et le nerf abdominogénital emprisonnés dans les ligatures des plans musculaires ou englobés dans du tissu cicatriciel. Parfois, ces troubles disparaissent au bout de quelques mois; d'autres fois, ils nécessitent des infiltrations anesthésiantes.

La *paralysie et la perte du tonus de la paroi abdominale*. Elle est secondaire à la section complète des nerfs abdominogénitaux et du douzième nerf intercostal et provoque la paralysie des muscles obliques et du transverse. Elle se manifeste par le bombement anormal de

la moitié de l'abdomen et s'accroît à la toux et à l'effort. Elle oblige au port d'une sangle orthopédique ou d'un bandage. Séquelle de caractère irréversible, elle constitue un choc psychique pour le patient. On peut l'éviter en partie par une section soigneuse plan par plan et

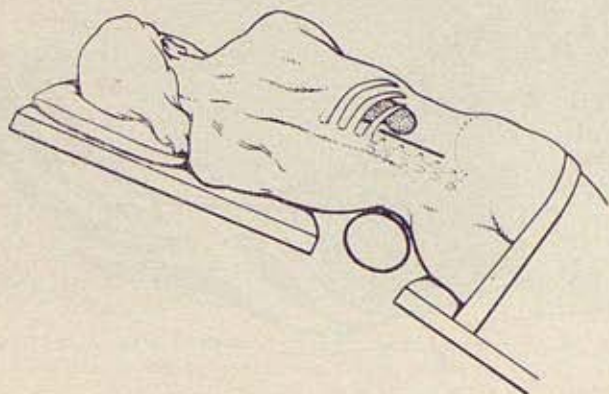


FIG. 1. — Lombotomie verticale avec le patient en position de Murphy, pour les interventions sur le bassinet, les calices, l'uretère lombaire.

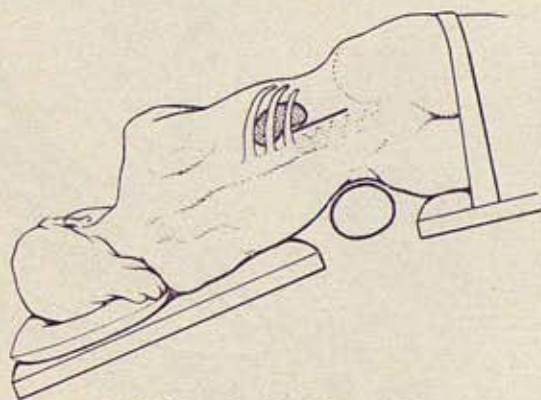


FIG. 2. — Lombotomie verticale, le patient étant en Trendelenburg, pour la néphropexie.

en écartant prudemment les nerfs. Laissant même de côté ces complications, la lombotomie habituelle présente, selon Fey, le grand inconvénient de ce que, exposant bien le bord convexe du rein, c'est-à-dire le bord externe, elle en expose mal le bord interne.

C'est, qu'en effet, ce qui importe le plus pour le chirurgien, est de bien exposer le hile rénal, zone stratégique où se situent le bassinet,

l'uretère et le pédicule, mais surtout porte d'entrée du sinus rénal dont la maîtrise est actuellement indispensable à tout bon chirurgien.

Le postopératoire immédiat d'une lombotomie classique est certainement douloureux, et il se prolongera dans le temps sous forme de



FIG. 3. — Coupe schématique.

La flèche indique le chemin à suivre dans la lombotomie verticale postérieure.

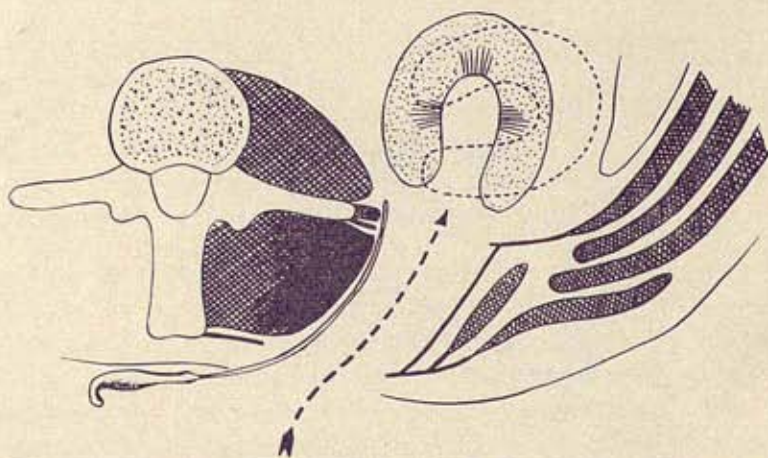


FIG. 4. — Coupe schématique. Une fois réclinés la masse sacrolombaire et le carré des lombes, on bascule le rein et le hile rénal s'offre perpendiculairement à l'opérateur.

malaises persistants, ce qui n'arrive pas après la lombotomie verticale postérieure.

Avec quelques variantes, la lombotomie verticale postérieure fut réalisée, après Simon, par Péan, Ollier, Bruns, Richer, et plus récemment par Darget, et leurs incisions s'approchent plus ou moins du

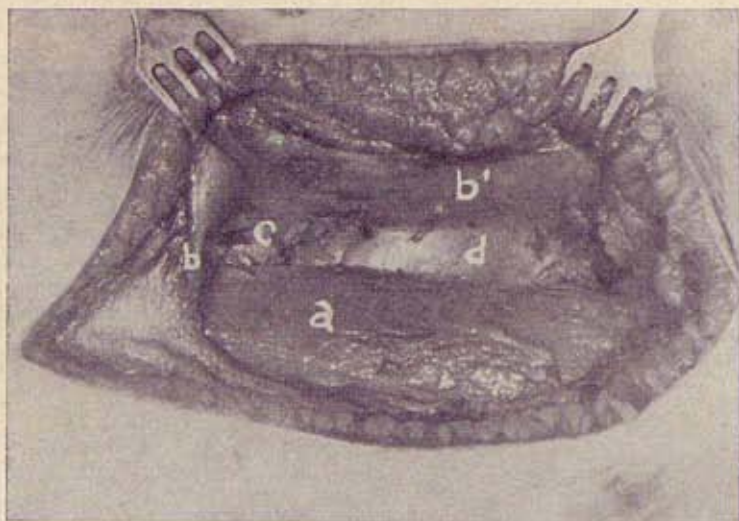


FIG. 5. — Photographie opératoire. On a incisé la peau; *a*) masse musculaire sacro-lombaire; *b*) et *b'*) aponévrose du grand dorsal incisée et réclinée vers le haut par les écarteurs à griffes; *c*) douzième côte; *d*) aponévrose du transverse.

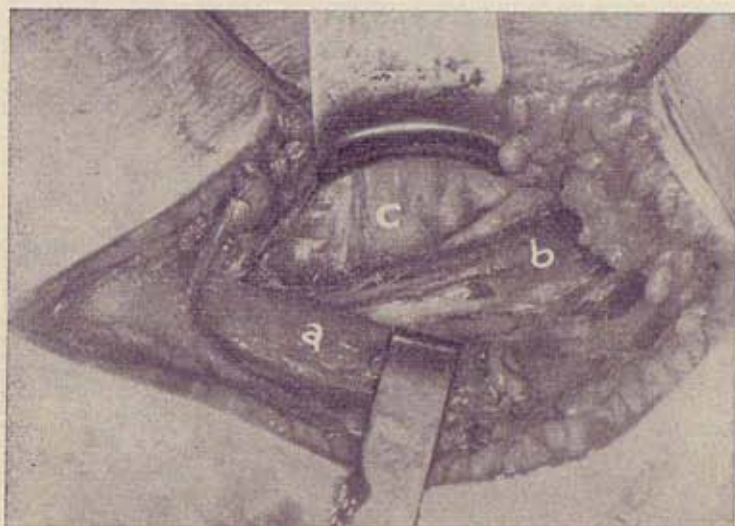


FIG. 6. — *a*) Masse sacro-lombaire réclinée vers le bas par un écarteur de Farabeuf; *b*) muscle carré des lombes à découvert après section de l'aponévrose du transverse; celle-ci, conjointement à celle du grand dorsal, est repoussée vers le haut par l'écarteur de Roux.

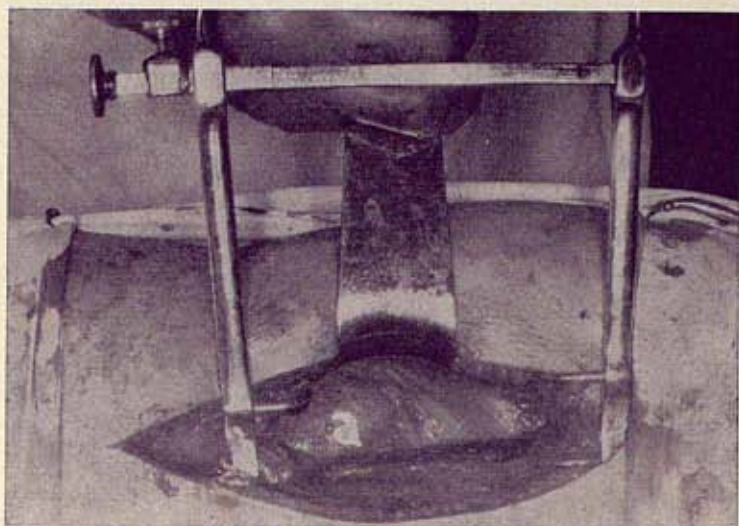


FIG. 7. — Placement de l'écarteur de Gosset:
a) le rein, après section du feuillet rétro-rénal.

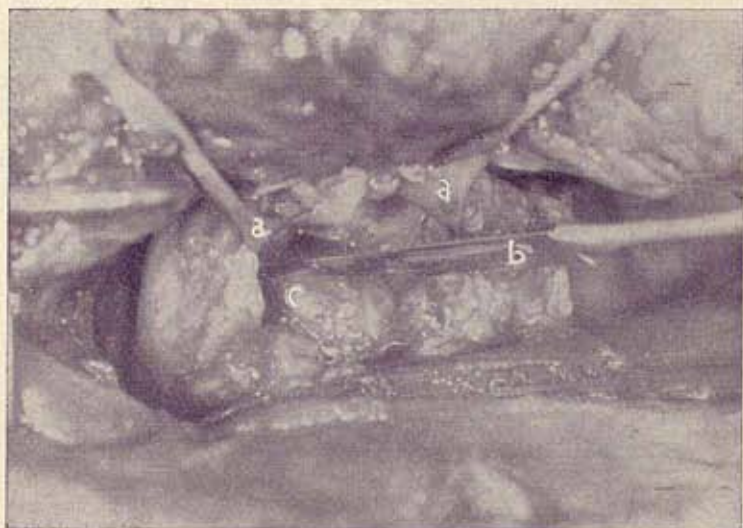


FIG. 8.

a) et a') Ecarteurs de sinus rénal refoulant le bord interne et postérieur du rein;
b) bistouri incisant transversalement le bassinnet en sa portion intrasinusale pour
l'extraction d'un calcul pyélique.

bord externe de la masse sacrolombaire avec prolongements vers l'avant.

Si l'on suit la technique de Simon, sitôt sectionnées les aponévroses du grand dorsal et celle du transverse, il faut dissocier verticalement le muscle carré des lombes. Ce dernier, selon notre expérience, limite beaucoup le champ opératoire, mais surtout il complique la lombotomie en ce qu'invariablement se produit le déchirement de bon nombre de fibres musculaires de ce muscle.

La *technique* que nous suivons est la suivante :

Malade en décubitus latéral avec support lombaire modérément élevé et table d'opération à l'horizontale, position qu'on maintiendra jusqu'au moment d'atteindre la loge rénale.

L'incision verticale est faite à quelque trois ou quatre travers de doigt des apophyses épineuses, en pleine masse sacrolombaire ; elle s'étend depuis le bord supérieur de la douzième côte jusqu'à près de la crête iliaque, traversant les plans suivants : peau, tissu cellulaire sous-cutané et aponévrose du grand dorsal, laquelle est décollée de la masse sacrolombaire à laquelle elle est unie par de rares tractus de tissu conjonctif très lâche, et refoulant le bord externe de ce muscle vers la ligne spinale médiane. S'offre alors à la vue de l'opérateur le feuillet postérieur de l'aponévrose du transverse, de couleur nacrée, et qu'on incise en pleine masse du muscle carré des lombes ; on écarte vers l'arrière la lèvre supérieure ou externe de ce feuillet, mettant ainsi à découvert le muscle carré des lombes dont le bord externe est repoussé vers le bas, en même temps qu'on écarte le douzième nerf intercostal et l'abdominogénital. Incision du feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse, fort peu consistant en général, et intimement uni au fascia rétro-rénal. On place alors un écarteur automatique de Gosset, et s'il s'agit de lithiase on met le malade en position de Murphy, car de cette manière le rein descend de quelques centimètres et facilite l'accès au hile ; au contraire, s'il s'agit de néphropexie, on place le malade en Trendelenburg forcé, afin que le rein et sa loge se situent par action de la pesanteur en leur position normale anatomique, position en laquelle on fixera l'organe.

Si on veut obtenir un plus vaste champ opératoire, il faut inciser le ligament costolombaire de Henle.

Une fois à l'intérieur de la loge rénale et en cas d'extraction de calcul caliciel ou pyélique, on met à découvert la face postérieure du bassinnet, manœuvre facilitée par le refoulement vers l'abdomen du bord externe du rein, lequel bascule de sorte que sa face interne, soit le hile rénal, s'offre perpendiculairement à l'opérateur.

Pour l'extraction des calculs pyéliqués intrarénaux ou caliciels, l'emploi d'écarteurs de sinus rénal devient indispensable; tout en fixant le rein, ils l'attirent vers l'opérateur et mettent le sinus à découvert.

La fermeture se fait en deux plans. Le premier est celui de l'aponévrose du transverse, dont on suture seulement le feuillet postérieur, le plus résistant, s'appliquant à éviter tout particulièrement d'emprisonner dans la suture le douzième nerf costal ou l'abdominogénital; pour l'éviter, on ne doit pas suturer l'aponévrose au niveau de l'angle costolombaire. Le deuxième plan correspond à l'aponévrose du grand dorsal. Si le patient est très obèse, on suture la graisse sous-cutanée, afin d'affronter les bords cutanés. Fermeture de la peau.

Dans deux cas, il fut nécessaire d'agrandir le champ opératoire, ce qui s'obtient facilement en prolongeant vers l'avant les extrémités de l'incision, qui devient une incision en volet. Par cette voie, on peut aussi réséquer la douzième côte, bien que jamais nous n'ayons dû y avoir recours.

Le drainage de la loge rénale se fait par une contre-incision en utilisant la méthode d'aspiration de Redon. Si l'incision du bassinot ou des calices a été intrasinusal, on peut se dispenser de tout type de drainage puisqu'il ne se produit aucune perte d'urine.

Lorsque le patient est très obèse, on facilite l'accès et la vue du hile rénal en procédant à l'extraction de la graisse qui recouvre la face postérieure du rein ainsi que de la graisse parapéritonéale.

Comme ladite lombotomie n'est pas douloureuse et qu'il n'y a pas possibilité d'éventration, on permet à l'opéré de quitter le lit et de déambuler au cours des vingt-quatre premières heures.

En général, les opérés quittent la clinique sept jours après l'opération, d'assez nombreux même le font entre le quatrième et le sixième jour.

Dans nos cinquante premiers cas, furent choisis pour cette voie d'accès les malades maigres, mais ultérieurement nous ne fîmes aucune discrimination. Onze patients dépassaient les cent kilos.

Les avantages obtenus par cette voie sont les suivants :

- on ne sectionne aucune fibre musculaire, seulement les plans aponévrotiques;
- aucune section nerveuse, ni le douzième nerf intercostal ni l'abdominogénital;
- elle conduit directement au bassinot et au sinus rénal, permettant la chirurgie rénale dite *in situ*, avec tous ses avantages;
- le temps d'hospitalisation et de convalescence est écourté.

Peut-être, l'un des principaux avantages de cette voie est que l'on peut très facilement réintervenir. Dans deux cas de récurrence lithiasique où l'on était intervenu par lombotomie verticale, la réintervention fut extraordinairement facile.

Si le malade n'est pas excessivement obèse, les manœuvres sont faciles. Les calculs contenus dans les calices sont directement visibles dès la bascule du rein et l'ouverture du bassinot ou de l'infundibulum caliciel.

Indications. Entre autres : lithiase pyélique, calicelle, urétérale lombaire; néphropexies uni- ou bilatérales; néphrostomies; kystes simples; hydronéphrose par vaisseau anormal; néphrectomie pour rein atrophique; splanchnicectomie; sympathectomie. Chez dix-huit malades, la lombotomie fut bilatérale en un seul temps opératoire, soit trois cas pour néphropexie et quinze cas pour lithiase rénale bilatérale. La tolérance fut toujours bonne.

Statistique. En tout, 366 malades furent opérés par cette voie et pour les causes suivantes :

Lithiase pyélique	219
Lithiase pyélocalicelle multiple	18
Lithiase calicelle	40
Lithiase de l'uretère lombaire	16
Néphropexies uni- ou bilatérales	20
Néphrostomies	16
Kyste solitaire rénal	7
Polykystose	4
Néphrectomies	8
Splanchnicectomies	5
Sympathectomies lombaires	3
Thrombo-endarterectomie de la rénale	1
Sections d'un vaisseau polaire	9
Total	366

Complications.

Epanchements séreux ou hématomes sous-cutanés. Cinq cas au total et qui obligèrent à une réouverture partielle de la plaie. Tous chez des patients très obèses. Ils guérirent sans séquelles.

Ce nombre réduit d'épanchements séreux est dû à ce que l'opéré, se couchant sur sa plaie, la comprime sur le matelas, les espaces morts disparaissant. Aucune infection ni désunion des plans profonds.

Eventrations. Aucun cas.

Altérations sensorielles ou motrices de la paroi. Trois cas d'anesthésie transitoire de la région ilio-inguinale, deux cas de paralysie permanente des muscles obliques. Ces complications furent occasionnées par la préhension des nerfs au moment de la suture de l'aponévrose du transverse au niveau de l'angle costolombaire.

D'après notre expérience, nous considérons que cette voie d'accès est très supérieure à la lombotomie classique. Pratiquement exempte de complications ou de séquelles, elle doit entrer dans la pratique courante.

Si au début, manquant d'expérience, cette voie peut paraître difficile ou que semble petit le champ opératoire, avec la pratique, ces inconvénients présumés disparaissent, et le chirurgien se rend bientôt compte qu'il s'agit d'une voie plus chirurgicale que la traumatisante lombotomie oblique, et surtout qu'en définitive elle est beaucoup plus bénéfique pour le patient.

RÉSUMÉ

Une pratique de 366 cas nous permet de préciser les avantages de la lombotomie verticale postérieure en chirurgie rénale.

Cette voie d'accès au rein est plus chirurgicale que la lombotomie oblique classique. Elle évite beaucoup des inconvénients de cette dernière. Les difficultés du début surmontées, on en appréciera les avantages pour le patient.

La lombotomie postérieure mérite d'entrer dans la pratique courante.

José Maria Gil-Vernet
529, Avenida del Generalísimo Franco
Barcelona 8 (Espagne)

SUMMARY

Vertical posterior lumbotomy.

Experience on 366 patients allows us to point out the advantages of vertical posterior lumbotomy in renal surgery.

This way of approach to the kidney is more surgical than the classical oblique lumbotomy. It avoids many inconveniences of the latter. Once one has overcome the beginner's difficulties, one will appreciate the advantages to the patient.

Posterior lumbotomy deserves to become common practice.

Transl.: J.V. Mandel (London)