



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Chirurgie robotique du cancer de l'endomètre chez la patiente obèse

Robotic surgery in endometrial cancer: Feasibility in obese patients

H. Planque^{a,*}, S. Martin-Françoise^a, J. Lequesne^b, J.F. Le Brun^a

^aService de chirurgie oncologique, centre de lutte contre le cancer François-Baclesse, 3, avenue du Général-Harris, 14000 Caen, France

^bService de recherche clinique, centre de lutte contre le cancer François-Baclesse, 3, avenue du Général-Harris, 14000 Caen, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 20 septembre 2017

Mots clés :

Coelioscopie robot-assistée
Cancer de l'endomètre
Obésité

Keywords:

Robotic surgery
Endometrial cancer
Obesity

RÉSUMÉ

Objectif. – La chirurgie mini-invasive tient une place prépondérante en gynécologie. L'utilisation de la coelioscopie robot-assistée (CRA) est controversée. Notre objectif était d'évaluer la faisabilité de la CRA chez des patientes obèses atteintes d'un cancer de l'endomètre.

Méthode. – Cette étude incluait rétrospectivement les patientes opérées par CRA entre mars 2013 et mai 2016. Les patientes obèses, ayant un indice de masse corporelle (IMC) > 30 kg/m² étaient comparées au groupe des patientes non obèses (IMC < 30 kg/m²). Notre critère de jugement principal était la durée opératoire sur console robot. Les critères secondaires étaient la durée opératoire totale, la durée de séjour, les complications per- et postopératoires.

Résultats. – Soixante-dix-sept patientes étaient incluses pour l'analyse. La médiane de la durée opératoire sur console était de 110 minutes [21–341], sans différence entre les groupes ($p = 0,60$). Il n'y avait pas de différence pour la durée opératoire totale ($p = 0,50$). La médiane de durée de séjour était de 3 jours ($p = 0,92$). Dix patientes ont présenté des complications postopératoires. Une patiente a eu une laparoconversion (1,3 %). Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pour les complications postopératoires selon la classification Clavien-Dindo ($p = 1$).

Conclusion. – Notre étude ne montrait pas de différence en termes de temps opératoire, ni de complications per- et postopératoires, ni de durée de séjour des patientes obèses opérées en CRA. Ces résultats sont en faveur de l'utilisation de la CRA pour le traitement chirurgical des cancers de l'endomètre chez la femme obèse.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – Minimally invasive surgery is a technique frequently used in gynecologic surgery. The robot-assisted surgery is a recent approach, and the benefits are not yet proven. The objective of this study was to evaluate the feasibility to use robot-assisted surgery for obese patient with endometrial cancer.

Methods. – All patients undergoing a robotic surgery for uterus malignant indication between March 2013 and May 2016 in our center were retrospectively included. Patients were divided in two groups, according to their body mass index (BMI). The group with BMI < 30 kg/m² was the reference for this comparative study. The main criteria was the robot operative time. The other criteria were total operating time, hospital stay and intraoperative and postoperative complications.

Results. – Seventy-seven patients met inclusion criteria for analysis. The median robot operative time was 110 minutes for all patients [21–341], without difference between the five groups ($P = 0.60$). There was no difference for the total operative time ($P = 0.50$). The median hospital stay was 3 days ($P = 0.92$). There were ten intraoperative complications. One patient had a conversion (1.3%). There was no statistical difference for postoperative complications ($P = 1$).

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : planque.helene@gmail.com (H. Planque), MARSA@baclesse.unicancer.fr (S. Martin-Françoise), j.lequesne@baclesse.unicancer.fr (J. Lequesne), jf.lebrun@baclesse.unicancer.fr (J.F. Le Brun).

<https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.07.002>

2468-7189/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Conclusion. – Our study found few differences in the surgical management by laparoscopic robot-assisted between obese and non obese women. Robot-assisted surgery seems to be feasible for uterine cancer treatment of obese patients. Prospective and randomized studies are needed to assess the benefit of the robotic surgery.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Selon l'étude épidémiologique Obépi publiée en 2016, 25,3 % des françaises sont en surpoids et 15,6 % sont obèses [1]. L'obésité de classe III (IMC > 40 kg/m²) touche 1,5 % des femmes [1]. Les conséquences de l'obésité en termes de santé publique sont bien connues, de par une augmentation de la morbidité mais également de la mortalité, et ceci influence la prise en charge périopératoire et anesthésique des patientes [1,2]. Les complications postopératoires sont plus fréquentes, avec une majoration du risque thromboembolique, des complications infectieuses et des troubles de cicatrisation [3,4]. L'obésité est un facteur de risque de cancer [5]. On estime que 8,6 % des cancers chez la femme seraient liés au surpoids et à l'obésité [5]. Un lien de causalité est admis entre obésité, statut hormonal et cancer de l'endomètre de type endométrioïde ; le sur-risque du cancer de l'endomètre chez les patientes obèses est deux à trois fois plus élevé que chez les patientes de poids normal [3]. De plus, le taux de mortalité est plus important dans cette catégorie de population [3].

Ces dernières années, les techniques opératoires en chirurgie gynécologique ont beaucoup évoluées. Aujourd'hui, la coelioscopie s'impose comme la technique chirurgicale de référence, notamment en cancérologie [6,7]. En 2005, la Food and Drug Administration (FDA) approuve l'utilisation de la coelioscopie robot-assistée (CRA) en chirurgie gynécologique [7]. Les premières études ont montré ses avantages par rapport à la laparotomie et sa faisabilité dans la prise en charge des pathologies bénignes comme malignes [7–9]. Son intérêt par rapport à la coelioscopie est toujours controversé [9,10]. Néanmoins, cette technique pourrait être un atout pour la chirurgie complexe, notamment en cancérologie, et chez les patientes obèses.

L'objectif de notre étude était d'évaluer, au sein de notre centre, la faisabilité et l'intérêt de la prise en charge chirurgicale par CRA des patientes obèses, traitées pour un cancer de l'endomètre.

2. Méthode

2.1. Description de l'étude

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et comparative, incluant les patientes ayant un cancer de l'endomètre, traitées par CRA entre mars 2013 et mai 2016 au centre François-Baclesse de Caen. Seules les patientes bénéficiant d'une hystérectomie, avec ou sans curage, avec ou sans omentectomie étaient retenues pour l'analyse. Les patientes prises en charge pour stadification opératoire secondaire, récidive, ou tout autre geste opératoire étaient exclues. Deux groupes ont été comparés ; les patientes non obèses (groupe I), considérées comme groupe de référence et dont l'IMC était inférieur à 30 kg/m², et les patientes obèses (groupe II) avec un IMC > 30 kg/m².

Les données démographiques et cliniques ont été recueillies grâce au dossier médical et paramédical informatique. Nous avons recueilli tout élément concernant les antécédents, les événements opératoires mentionnés sur le compte rendu opératoire et anesthésique, ainsi que les complications postopératoires survenues après l'intervention et jusqu'à la dernière consultation en date. Les durées d'intervention ont été recueillies grâce à la fiche

d'intervention. La durée opératoire sur console robot était définie comme la durée entre le moment d'installation du chirurgien à la console jusqu'à l'exsufflation du pneumopéritoine. Le temps lié au changement d'arrimage du robot au cours d'une intervention n'était pas décompté, car les données étaient manquantes. La durée totale de l'intervention était définie comme la durée entre l'incision et la suture cutanée. La durée de séjour était définie comme le nombre de jours d'hospitalisation à partir du jour de l'intervention. Une analyse en sous-groupes selon le type de geste chirurgical a été effectuée. Nous avons comparé, pour le critère de jugement principal et les principaux critères de jugement secondaires, les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie seule (groupe A), les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie associée à un curage iliaque (groupe B), et les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie associée à un curage iliaque et lomboaortique avec omentectomie (groupe C).

2.2. Technique chirurgicale

Les chirurgiens du centre utilisaient la coelioscopie traditionnelle de manière courante et ont été formés à la chirurgie robotique. La première utilisation du robot Da Vinci, génération SI dans le service, a eu lieu en février 2013. Le pneumopéritoine était créé selon la technique d'open coelioscopie. La disposition des instruments se faisait selon le modèle usuel, avec le positionnement de 5 trocarts. La position du Trendelenburg était fixée à 20 degrés. Les interventions chirurgicales réalisées étaient des hystérectomies totales extrafasciales, associées ou non à un curage iliaque et/ou lomboaortique et omentectomie, selon les recommandations en fonction du stade FIGO préopératoire. En cas de curage lomboaortique et d'omentectomie associés au temps pelvien, le robot était positionné deux fois. L'arrimage du robot était réalisé par le chirurgien et l'infirmière de bloc opératoire, puis le chirurgien rejoignait la console.

2.3. Critères de jugement

Notre critère de jugement principal était la durée opératoire sur la console robot. Les critères de jugement secondaires étaient la durée opératoire totale, la durée de séjour, les complications peropératoires, dont le taux de conversion, ainsi que les complications postopératoires classées selon la classification de Clavien-Dindo [11].

2.4. Analyse statistique

Les caractéristiques de la population et les temps opératoires ont été décrits à l'aide d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives. Les variables quantitatives, n'étant pas gaussiennes selon le test de Shapiro Wilk, ont été décrites à l'aide de la médiane et de l'étendue. Le test de Kruskal-Wallis et le test exact de Fisher ont été utilisés pour mettre en évidence une différence statistique significative entre les groupes. Pour les variables qualitatives binaires, une régression logistique a été réalisée avec pour modalité de référence celles du groupe des patientes non obèses (groupe I). Le seuil de significativité statistique était fixé à 5 %, pour chaque test et l'intervalle de confiance correspondant.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10224583>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10224583>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)