



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Facteurs influençant la durée opératoire de la kystectomie ovarienne par accès endoscopique unique



Influencing factors on surgical duration of ovarian cystectomy by single-port access

S. Poizac, N. Ménager, C. Tourette, A. Gnisci, J.-P. Estrade, A. Agostini*

Service de gynécologie obstétrique, hôpital de la Conception, université Aix-Marseille-II, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

Reçu le 7 février 2014 ; avis du comité de lecture le 9 juin 2014 ; définitivement accepté le 18 juin 2014
Disponible sur Internet le 22 juillet 2014

MOTS CLÉS

Accès endoscopique unique ;
Cœlioscopie ;
Kystectomie ovarienne ;
Endométriose

Résumé

But. – Évaluer les facteurs influençant la durée opératoire dans les kystectomies ovariennes par accès endoscopique unique (AEU).

Patientes et méthodes. – Étude observationnelle monocentrique de juin 2010 à septembre 2012. Les patientes sélectionnées étaient des patientes avec une indication de kystectomie ovarienne par cœlioscopie. Les procédures ont été réalisées par AEU avec le système LESS®. Les facteurs étudiés étaient l'IMC de la patiente, la nature histologique et la taille du kyste.

Résultats. – Nous avons réalisé 54 kystectomies chez 49 patientes. Cinquante-trois kystectomies ont été réalisées complètement par AEU. Les kystes de nature endométriosique avaient une durée opératoire statistiquement plus longue que les kystes dermoïdes ou séreux-mucineux ($p=0,003$). Les cas de kystectomies supérieurs à 60 minutes étaient significativement plus nombreux dans le groupe endométriose ($p=0,005$). Il n'y avait pas de corrélation retrouvée entre la durée opératoire et l'IMC de la patiente ($p=0,5$) ou la taille du kyste ($p=0,9$).

Conclusion. – La nature du kyste était dans notre étude le seul facteur limitant la durée de la kystectomie par AEU. Des études plus conséquentes sont nécessaires afin d'étudier les facteurs pouvant limiter un geste par AEU.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aubert.agostini@ap-hm.fr (A. Agostini).

KEYWORDS

Single-port access (SPA);
Laparoendoscopic single-site surgery (LESS);
Ovarian cystectomy;
Endometriosis

Summary

Objectives. – To evaluate the factors influencing the operative duration of ovarian cystectomy by single-port access (SPA).

Materials and methods. – Observational monocentric study from June 2010 to September 2012. Inclusive patients were patients with an indication of ovarian cystectomy may be done by laparoscopy. The procedures were performed by the SPA system LESS®. Factors evaluated were BMI of the patient, histological nature and size of the cyst.

Results. – We performed 54 cystectomy in 49 patients. SPA surgery was successfully completed in 53 patients. The median operative time was statistically longer for endometriotic cysts than dermoid cysts or serous-mucinous cysts ($P=0.003$). Cases exceeding 60 minutes were significantly higher in the endometriosis group ($P=0.005$). There wasn't correlation found between the BMI of the patient and operative time ($P=0.5$). The operating time wasn't increased according to the size of the cyst ($P=0.9$).

Conclusion. – Endometriotic cysts nature appears to be the only limiting factor of cystectomy by SPA. Further studies are needed to evaluate the factors that may limit the SPA actions.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La coelioscopie classique est aujourd'hui la technique de référence dans de nombreuses indications chirurgicales étant donné les nombreux avantages qu'elle procure par rapport à la laparotomie [1]. De nouvelles techniques se sont développées ces dernières années afin d'être le moins invasif possible. Les deux principales techniques sont l'accès par les cavités naturelles (NOTES) et l'accès endoscopique pariétal unique [2–5]. Cette dernière technique a été évaluée dans différentes spécialités chirurgicales. La réalisation de cholécystectomie, appendicectomie ou néphrectomie a été rapportée en chirurgie pédiatrique, viscérale et urologique [6–9]. En chirurgie gynécologique, plusieurs équipes ont étudié la faisabilité de l'accès endoscopique unique (AEU) pour le traitement de pathologies annexielles, les kystectomies, les hystérectomies, les myomectomies et en cancérologie [10–12]. Ces premiers travaux montrent que l'utilisation d'un AEU est faisable pour plusieurs procédures chirurgicales en gynécologie [13,14]. La diffusion de cette technique est encore limitée en raison des contraintes liées à la perte de la triangulation et la diminution du degré de liberté nécessaire entre les instruments pour réaliser correctement les différents gestes chirurgicaux.

Les facteurs influençant et limitant la réalisation de gestes par AEU n'ont pas encore été étudiés. L'étude de ces facteurs pourrait permettre de mieux orienter les indications de chirurgie par AEU, de diminuer les risques d'échec et les allongements de durée opératoire.

L'objectif de notre travail était de mettre en évidence les facteurs influençant la durée opératoire dans les kystectomies ovariennes par AEU.

Patientes et méthodes

Il s'agissait d'une étude observationnelle, réalisée de juin 2010 à septembre 2012 dans le service de gynécologie obstétrique, hôpital de la Conception, Marseille. Cette étude a obtenu l'accord du comité de protection des personnes. Toutes les patientes ont reçu une information et un consentement a été obtenu avant l'intervention. Les critères d'inclusion étaient : indication de kystectomie ovarienne

pouvant a priori être réalisée par coelioscopie. Il s'agissait de patientes majeures, capable de comprendre l'information donnée, ayant donné leur consentement.

Technique chirurgicale

Trois chirurgiens expérimentés du service ont réalisé ces interventions. Nous avons utilisé le système LESS® (Laparoendoscopic Single-Site Surgery, Olympus®, Hamburg, Allemagne). L'accès pariétal se faisait par une incision transombilicale de type *open* coelioscopie. L'incision était d'environ 3 cm. Le système d'accès est constitué par un manchon souple avec un anneau semi-rigide à son extrémité inférieure qui est introduit grâce à un inserteur dans la cavité abdominale. L'extrémité supérieure est constituée d'un plateau coulissant comprenant les trois orifices d'entrée (Triport® LESS Olympus), ce plateau contient deux accès permettant l'insufflation. L'étanchéité du système est obtenue en faisant coulisser au maximum le plateau contre la paroi. Il est ensuite fixé par deux hémi-bagues bloquantes à sa base. L'excès du manchon est coupé. Les orifices d'entrée permettent d'utiliser des instruments de diamètre 5 mm pour deux orifices, et 12 mm pour le troisième orifice. Le pneumopéritoine a été obtenu par insufflation de CO₂ à la pression de 12 mmHg. La vision intra-abdominale a été obtenue par un endoscope de 5 mm à 30°. Les instruments utilisés étaient des instruments droits de tailles égales, utilisés en coelioscopie classique. Pour la réalisation de la coagulation et de la section, nous avons utilisé des pinces bipolaires et des ciseaux monopolaires.

La procédure réalisée était la kystectomie ovarienne intra-péritonéale. La technique était celle classiquement utilisée par coelioscopie. Un tuteur intra-utérin a parfois été utilisé pour faciliter l'exposition. Le retrait des pièces était effectué à l'aide d'un sac. La fermeture de l'*open* coelioscopie était réalisée par des points au Vicryl 1® et la fermeture cutanée par des points inversant au Monocryl 3/0®.

Pour les patientes qui présentaient un endométriose, nous avons inclus uniquement les patientes chez qui il était prévu uniquement une kystectomie avec éventuelle adhésiolyse et destruction des lésions superficielles

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272266>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272266>

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