



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



Traitement chirurgical du prolapsus par promontofixation par laparotomie. Principes techniques et résultats

Surgical treatment of prolapse using laparoscopic promontofixation: Technical principles and results

L. Wagner^a, F. Macia^b, V. Delmas^c,
F. Haab^d, P. Costa^{a,*}

^a Service d'urologie, hôpital Carémeau, CHU de Nîmes, université Montpellier-I, place du Pr-R.-Debré, 30029 Nîmes cedex 9, France

^b Service de gynécologie, hôpital Carémeau, CHU de Nîmes, université Montpellier-I, place du Pr-R.-Debré, 30029 Nîmes cedex 9, France

^c Service d'urologie, hôpital Bichat, université Paris-Descartes, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

^d Service d'urologie, hôpital Tenon, UPMC Paris-6, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

Reçu le 21 septembre 2009 ; accepté le 21 septembre 2009
Disponible sur Internet le 21 octobre 2009

MOTS CLÉS

Prolapsus ;
Promontofixation ;
Laparotomie

Résumé La promontofixation est la technique de référence pour le traitement des prolapsus par voie abdominale. Il en existe des variantes selon la voie d'abord, le nombre des prothèses mises en place, l'étendue de la dissection, la fixation de la prothèse, l'association à d'autres gestes. La technique utilisée actuellement est celle décrite par Scali. Les bases de l'intervention reposent sur la dissection intervésico et rectovaginale qui expose les zones de faiblesse des fascias responsables du prolapsus. Elle doit être complétée par un renforcement avec des prothèses synthétiques étalées à toute la dissection.

Technique. – Le plus souvent par voie de Pfannenstiel, le ligament vertébral antérieur est exposé au niveau du promontoire ; après incision péritonéale, dissection intervésicovaginale et rectovaginale ; fixation d'une prothèse sur le vagin en avant, sur les muscles élévateurs et les ligaments utérosacrés en arrière ; péritonisation soigneuse pour limiter les risques d'occlusion.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierre.costa@chu-nimes.fr (P. Costa).



KEYWORDS

Cystocele;
Sacrofixation;
Laparotomy

Résultats. – Les résultats des études publiées sont anciens, souvent rétrospectifs. Globalement, le taux de récurrence est de 10% (entre 74 et 98%) et la récurrence survient dans 95% des cas dans les deux ans. Les expositions de prothèses, les infections (spondylodiscites), les occlusions sont rares. Par comparaison avec la voie vaginale, les résultats sont meilleurs en termes de récurrence, de dyspareunie. Mais la laparotomie a comme inconvénient une hospitalisation plus longue, des douleurs postopératoires, une cicatrice, un risque d'éventration, une moins bonne dissection de la partie basse du prolapsus. Elle a des contre-indications : l'insuffisance respiratoire, l'obésité morbide, l'abdomen multi-opéré, l'ascite, les anévrismes aorto-iliaques.
© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary Abdominal sacrofixation is the gold standard for the treatment of the prolapse. There are many ways to do it: technical, meshes, dissection, fixation of the mesh, associated procedures. Laparotomy is the classical procedure for sacrofixation. The basis of sacrofixation is to dissect the weak vesicovaginal and rectovaginal fascias and to replace with meshes spread out on the entire dissected surface.

Procedure. – Suprapubic abdominal incision, dissection of the anterior vertebral ligament on the right of the promontory, dissection of the vesicovaginal and rectovaginal spaces; meshes are fixed anteriorly on the vagina, posteriorly on the levator ani and uterosacral ligaments. The peritoneum on the meshes is carefully closed to avoid later ileus.

Results. – Redux is globally 10% (74–98%); the redux occur in the two years. Meshes exposure, spondylodiscitis, ileus are uncommon. In comparison with the vaginal procedures, there is less redux, less dyspareunia. But the drawbacks are postoperative pains, scars, eventration, low dissection difficult and some contraindications to the abdominal sacrofixation: respiratory insufficiency, morbid obesity, multi-operated abdomen, ascitis, aortoiliac aneurysms.
© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

Les premières descriptions des cures de prolapsus par voie abdominale datent de la fin du XIX^e siècle avec Kutner en 1890. Ce n'est qu'à partir des années 1957 qu'Ameline et Hugier décrivent une technique associant une prothèse assurant l'amarrage de l'utérus en avant à l'ogive pubienne et en arrière au ligament vertébral antérieur (promontofixation) associé à une douglassectomie [1].

Les échecs au niveau de l'étage antérieur (récidives sous forme de cystocèle) ont amené l'école de Broca à la pose d'un hamac sous-vésical en matériel synthétique. Il s'agissait initialement de grands hamacs pelviens tendus depuis la symphyse pubienne jusqu'à la paroi postérieure du bassin soutenant vessie, utérus et rectum. Scali a progressivement modifié la technique en réalisant une promontofixation du col utérin et du vagin, en utilisant une ou deux prothèses synthétiques sous-vésicales et une prothèse prérectale [2]. Ce n'est qu'à partir de 1994 que la même technique a été développée par voie laparoscopique [3].

Bien que le principe de base de la promontofixation soit représenté par la suspension de l'utérus sur le ligament vertébral antérieur du promontoire à l'aide de matériel prothétique, de nombreuses variantes techniques se sont développées. Aujourd'hui sont regroupées sous ce terme plusieurs variantes :

- par la voie d'abord : laparotomie, coelioscopie, voire avec l'assistance de la robotique ;

- par la mise en place d'une seule prothèse sous-vésicale fixée au niveau de la paroi vaginale antérieure et de l'isthme utérin, s'il n'y a pas de prolapsus de l'étage postérieur ;
- par la profondeur ou la largeur de la dissection. Notamment au niveau rectovaginale, celle-ci peut descendre jusqu'aux muscles élévateurs de l'anus, jusqu'aux ligaments utérosacrés, ou simplement jusqu'à avoir une surface libre pour poser la prothèse ;
- par la fixation ou non de la prothèse dans les espaces de dissection : certaines équipes proposent de ne pas fixer la prothèse au vagin, d'autres mettent systématiquement des points d'amarrages (fils non résorbables essentiellement) ;
- par l'association systématique ou non à d'autres gestes chirurgicaux : traitement d'une incontinence urinaire d'effort par bandelette sous-urétrale, voire par cervicocystopexie, réalisation d'une hystérectomie totale ou subtotale, d'une myorraphie des élévateurs de l'anus ou d'un cloisonnement de la poche recto-utérine (douglassectomie).

Bases de la promontofixation

La survenue d'un prolapsus est la conséquence de l'insuffisance des moyens de fixation et de soutien des viscères pelviens. Ces moyens utilisent des systèmes dynamiques (les muscles) et statiques (les ligaments et les fascias). Le rôle des muscles est tout à fait essentiel et la dénervation résulte

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3825912>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3825912>

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