



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



Traitement chirurgical du prolapsus par promontofixation coelioscopique. Techniques et résultats

Surgical treatment of prolapse using coelioscopic promontofixation:
Techniques and results

L. Wagner^a, L. Boileau^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 ;
Coelioscopie

Résumé La promontofixation laparoscopique s'est imposée comme le traitement de choix du prolapsus de la femme jeune. Cette technique associe les avantages de la voie abdominale avec une technique mini-invasive. La technique est celle de toute laparoscopie sur le pelvis en ce qui concerne l'installation et les différents temps sont ceux de la voie ouverte, facilitée par le pneumopéritoine et la pneumo-dissection et par la vision endoscopique. Les prothèses de polypropylène sont placées dans les espaces recto- et vésicovaginaux et fixées au promontoire. Une péritonisation soigneuse est faite. Les résultats montrent un taux de succès de plus de 90%. Les récurrences sont principalement des cystocèles. Les expositions de prothèses sont rapportées en moyenne de 3,4% (2,7 à 9%). La prothèse postérieure est discutée : elle ne doit pas être systématique en l'absence de rectocèle et s'il n'y a pas de colposuspension associée. La fixation des prothèses se fait en avant sur le vagin juste au-dessus du trigone et sur l'isthme utérin, en arrière sur les muscles élévateurs sans trop comprimer le rectum et le centre tendineux et ce, uniquement par voie haute. La fixation se fait par des fils non-résorbables. Parmi toutes les différentes prothèses utilisées la préférence va vers les matériaux de type I de la classification d'Amid. Les études comparatives avec la promontofixation par voie ouverte ou

* Auteur correspondant.

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

la voie vaginale montrent que la coelioscopie donne un temps opératoire plus long mais une hospitalisation plus courte avec un résultat anatomique aussi si ce n'est plus satisfaisant. Les complications spécifiques sont les plaies vésicales, rectales, vasculaires au promontoire. En postopératoires, les érosions vaginales qui peuvent survenir tardivement, les spondylodiscites, les troubles colorectaux le plus souvent transitoires. Le taux moyen de troubles sexuels serait de 7,8 % (0 à 47 %). La promontofixation peut être assistée par robot mais les résultats préliminaires ne sont pas différents de ceux de la promontofixation par laparotomie ou coelioscopie avec un coût supérieur.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Cystocele;
Sacrococcolpopexy;
Laparoscopy

Summary The laparoscopic sacrococcolpopexy is the preferred procedure for the young woman. The procedure is that used for pelvic laparoscopy. The steps are identical as during open sacrococcolpopexy, with the advantages of pneumodissection and better vision. The success rate is more than 90% and redux is mostly cystocele. Mesh erosion is reported in 2,7 to 9%. The indication for a posterior mesh is recommended if there is a rectocele or if a colposuspension at the same time. The fixation of the mesh must be posteriorly on the central tendon of perineum and the levator ani with a non resorbable stitches. The best mesh is type I in Amid classification. The comparative studies with open sacrococcolpopexy and sacrospinifixation show an advantage for pain and hospital stay, but greater operative time for identical results. In preliminary results, the robotic abdominal sacrococcolpopexy give the same results with a greater cost.

© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

La promontofixation laparoscopique s'est imposée en quelques années comme le traitement de choix du prolapsus de la femme jeune. Les premières descriptions de promontofixation coelioscopique datent de 1994 [1]. La technique laparoscopique reproduit les mêmes temps opératoires que ceux réalisés par laparotomie avec une moindre morbidité pariétale. Elle offre une meilleure vision grâce au grossissement optique et un net avantage pour la dissection des espaces sous-péritonéaux grâce au pneumopéritoine. Cela facilite grandement la mise en place des prothèses notamment postérieure, inter-rectovaginale.

Cette technique associe en théorie les avantages de la voie abdominale (réparation durable), de la réparation vaginale (morbidité réduite) et bénéficie depuis peu du développement de la chirurgie assistée par un robot.

Les résultats rapportés dans la plupart des séries manquent cependant de recul et ne permettent pas une évaluation précise de la stabilité de la réparation dans le temps et de la tolérance à plus long terme du matériel prothétique implanté.

Technique de double promontofixation avec conservation utérine

Nous décrivons la technique que nous préconisons

Installation

La patiente est en décubitus dorsal et en position gynécologique, installation en double équipe, jambes légèrement fléchies. Elle est installée les fesses au ras de la table afin de faciliter la mobilisation utérine lors de l'intervention d'une valve vaginale. Les deux bras sont installés le long du corps,

la patiente est sondée stérilement, la colonne vidéo est positionnée entre les jambes. Des matelas en gel siliconé sont placés au niveau des points de pression (coudes, genoux); ils ont un rôle protecteur, mais ils empêchent aussi la mobilisation de la patiente malgré le Trendelenburg. Un Trendelenburg marqué (30°) est effectué dès que la patiente est endormie; durant le temps de l'installation (badigeonnage, pose des champs) le grêle réintègre la cavité abdominale et libère ainsi la poche recto-utérine (cul-de-sac de Douglas).

Intervention

Incision péri-ombilicale et réalisation d'une *open* coelioscopie pour mise en place du premier trocart de 10 mm de diamètre sous contrôle de la vue. Vérification des paramètres de sécurité, puis insufflation progressive. La pression maximale intra-abdominale est de 12 mmHg. Fixation du trocart de 10 mm de diamètre ombilical pour l'optique 0°, puis mise en place de trois trocarts supplémentaires: deux trocarts de 5 mm au-dessus et en dedans des épines iliaques antérosupérieures, à environ deux travers de doigt de celles-ci et un trocart de 10 mm à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne.

Exposition et dissection du promontoire

Fixation percutanée de l'utérus et parfois de la boucle sigmoïdienne avec une aiguille droite. L'intestin grêle est refoulé si nécessaire par un brassage du grêle et/ou une libération du bas fond cæcal. On obtient ainsi une exposition parfaite du pelvis autorisant le début de l'intervention en toute sécurité. On peut débiter l'incision péritonéale sur le promontoire, l'aide tend le péritoine pariétal comme une tente et après incision la pneumo-dissection se fait seule. Il faut réaliser une hémostase soignée à la bipolaire du tissu cellulograisieux, prendre ensuite contact avec le promontoire et le préparer. On réalise ensuite une incision de la racine droite du mésorectum en direction du ligament

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3825913>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3825913>

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