

Article original

Pelvipérinéoscopie. Étude préliminaire de faisabilité sur cadavre

Pelviperineoscopy. Preliminary study of feasibility on cadavers

A. Lazard^a, J.-P. Estrade^a, A. Agostini^{a,*}, B. Blanc^a, V. Di Marino^b

^a Département de gynécologie-obstétrique, hôpital de La Conception, 147, boulevard Baille, 13385 Marseille cedex 05, France

^b Laboratoire d'anatomie, faculté de médecine de la Timone (secteur Centre), 27, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille cedex 05, France

Reçu le 10 avril 2007 ; accepté le 3 juillet 2007

Disponible sur internet le 14 août 2007

Résumé

Objectif. – L'abord classique du périnée pour le traitement du prolapsus par voie vaginale est probablement responsable du risque d'exposition des prothèses et d'une convalescence plus longue. Pour ces raisons, il nous a paru intéressant d'étudier un abord endoscopique du pelvis par voie périnéale.

Patientes et méthode. – Étude de faisabilité sur cadavre. La procédure était la suivante : ouverture de l'espace pararectal par dissection digitale première après incision au niveau de la fourchette vulvaire. Introduction d'un trocart optique au niveau de l'incision périnéale ; dissection de l'espace pararectal avec l'optique et le CO₂ ; individualisation des différents éléments ; installation d'un trocart transobturateur et d'un trocart transglutéal ; dissection de la cloison rectovaginale, mise en évidence du ligament sacroscliatique et du pédicule pudendal. Les variables mesurées étaient les incidents opératoires, la création d'une cavité de dissection, la dissection de la cloison rectovaginale, la mise en évidence du ligament sacroscliatique et du pédicule pudendal.

Résultats. – Sur les quatre cadavres étudiés, nous avons pu réaliser une dissection de la cloison rectovaginale dans tous les cas. Sur les huit fosses pararectales, dans tous les cas nous avons pu réaliser une cavité de dissection et ouvrir la cloison rectovaginale. La mise en évidence du ligament sacroscliatique et du pédicule pudendal a été réalisable dans six cas sur huit. Sont survenues une plaie rectale, deux plaies vaginales et une plaie du pédicule pudendal.

Discussion et conclusion. – Cet abord endoscopique permet dans la majorité des cas de mettre en évidence les structures nécessaires à la réalisation d'une spinofixation vaginale ou la pose de prothèse postérieure en évitant une colpotomie et une exposition traumatique. Les incidents sont probablement dus à notre inexpérience et devraient disparaître dans le temps. La pelvipérinéoscopie est un abord endoscopique du périnée qui mérite d'être évalué.

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

Objective. – The traditional access of perineum for the treatment of the pelvic organ prolapse by vaginal route is probably responsible for the risk of mesh exposure and a longer convalescence. So, endoscopic access to perineum needs to be evaluated.

Patients and methods. – Feasibility study on cadavers. Details of the procedure: opening of the pararectal space by digital dissection first after incision on the level of the posterior commissure. Introduction of an optical trocar to the level of the perineum incision; dissection of pararectal space with optics and CO₂; individualization of the various elements; installation of a transobturator trocar and a transgluteal trocar; dissection of the rectovaginal septum and visualization of the sacroscliatous ligament and pudendal nerve. The measured variables were: operational incidents, possibility of creation of working space, dissection of the rectovaginal septum; finally, visualization of the sacroscliatous ligament and pudendal pedicle.

Results. – On the 4 studied cadavers, we could carry out a dissection of pelvirectal space in all the cases. On the 8 pararectal fosses, in all the cases we could carry out a cavity of dissection and to open the recto vaginal septum, visualization of the sacroscliatous ligament and pudendal pedicle was possible in 6 cases out of 8. There were one rectal injury, two vaginal injuries and one lesion of the pudendal pedicle.

* Auteur correspondant.

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

Discussion and conclusion. – This endoscopic access allows in the majority of cases to see the structures necessary to the realization of a vaginal sacrospinofixation or the installation of posterior mesh without a colpotomy and a traumatic exposure. The incidents are probably due to our inexperience and should disappear in time. The pelvi-perineoscopy is an endoscopic access of perineum which should be evaluated.

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Endoscopie ; Prolapsus ; Chirurgie vaginale

Keywords: Endoscopy; Prolapse; Vaginal surgery

1. Introduction

Le traitement du prolapsus génital est réalisé soit par voie haute, soit par voie vaginale. Pour la voie haute, le traitement de référence est la promontofixation qui est réalisable par cœlioscopie [1]. Le traitement par voie vaginale est beaucoup moins standardisé. Il existe de multiples interventions corrigeant l'un des trois étages ou des techniques nouvelles utilisant des matériaux prothétiques. La seule intervention de référence dans la voie vaginale est la sacrospinofixation [1]. L'utilisation des matériaux prothétiques serait justifiée par un meilleur résultat que celui des interventions classiques, bien qu'à ce jour aucune étude comparative n'ait confirmé cet avantage. Cependant, les séries rapportées avec ces matériaux prothétiques montrent des résultats très encourageants [2]. Pour l'étage postérieur, les matériaux prothétiques utilisent généralement un amarrage au ligament sacroscliatique. Les problèmes de l'abord vaginal dans le traitement du prolapsus sont de deux ordres : la nécessité d'un abord important pour réaliser un accès au ligament sacroscliatique et le risque d'exposition des matériaux prothétiques. La réalisation d'une sacrospinofixation impose une large colpotomie et une exposition parfois traumatisante. Il en résulte une cicatrice vaginale importante et une convalescence parfois longue. Les deux principaux risques de l'exposition des matériaux prothétiques sont l'abord vaginal et l'incision en regard du matériel posé. Pour toutes ces raisons, il nous est apparu intéressant de tenter d'aborder le périnée postérieur par un abord endoscopique afin d'accéder au ligament sacroscliatique à distance du vagin et de limiter les incisions nécessaires.

2. Patientes et méthode

2.1. Caractéristiques

Il s'agit d'une étude de faisabilité sur cadavre. Cette étude préliminaire, réalisée dans le laboratoire d'anatomie de la Timone, faculté de médecine de Marseille, a été menée sur quatre cadavres.

La préparation des cadavres a été réalisée par injection intracarotidienne de Winckler avant la procédure de dissection. Aucun ne présentait de prolapsus génital à l'examen clinique. La réalisation de la procédure a été réalisée par un seul opérateur (A.L.) sous la direction d'un opérateur expérimenté (J.-P.E., A.A. ou V.D.M.).

2.2. Procédure de dissection

La procédure est réalisée en position gynécologique classique pour la chirurgie vaginale.

Une incision transversale au niveau de la fourchette vulvaire sur 1 cm est pratiquée. Après ouverture de la cloison rectovaginale à travers le noyau fibreux central du périnée, nous effectuons dans un premier temps un décollement digital du *fascia rectovaginalis*. La dissection digitale est poussée latéralement dans les fosses pararectales en direction des épines sciatiques. Un trocart de type *open laparoscopy* est ensuite mis en place. L'insufflation se fait au CO₂ avec une pression de 12 mmHg. Est ensuite introduit l'optique 0° de 10 mm. L'espace graisseux situé entre les muscles releveurs de l'anus latéralement, le vagin et le rectum médialement et le cul-de-sac de Douglas cranialement, s'ouvre à l'aide de l'insufflation du gaz CO₂ (12 mmHg) et de la progression de l'optique vers l'épine sciatique. Il est nécessaire de décoller la graisse de l'espace pelvisous-péritonéal en refoulant le rectum vers le milieu à l'aide de l'optique. La mise en place des trocarts opérateurs n'a lieu qu'une fois seulement après avoir bien individualisé le vagin du rectum et médialisé le rectum du plancher des muscles releveurs. Un trocart opérateur de 5 mm est mis en place en position transglutéale à 3 cm de la marge anale sous contrôle visuel. Un trocart transglutéal est introduit avec une orientation médiale, dorsale et crâniale sur un sujet en position gynécologique. Après passage de l'espace graisseux sans résistance (il n'existe pas de plan musculaire superficiel et moyen au niveau du périnée postérieur), le passage du muscle puborectal sous contrôle visuel offre une certaine résistance classiquement comparable à celle connue lors de la mise en place de trocarts opérateurs en laparoscopie. Il est possible de positionner un deuxième trocart de 5 mm en transobturateur, à hauteur de l'orifice urétral sous contrôle visuel. Ce trocart est mis en place sous contrôle optique, avec incision cutanée au niveau du sillon génitocrural, puis insertion du trocart dans la partie médiane basse du cadre obturateur afin de ne pas léser le pédicule vasculaire. L'axe de pénétration est vers le bas et celle-ci se fait médialement. Ce trocart offre cependant moins de degrés de liberté (cadre obturateur), mais reste indispensable à une dissection de la fosse pararectale en profondeur. Les trajets anatomiques de ces trocarts ont déjà été étudiés dans la littérature puisque leur insertion s'inspire des voies transobturatrice et transglutéale utilisées pour la mise en place de prothèse pelvienne par voie mini-invasive [4,5]. Ces trocarts permettent de disséquer plus finement afin de créer une cavité de dissection et d'accéder au ligament sacroscliatique (Fig. 1). Après la pose de ces trocarts, est également réalisée une dis-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948141>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948141>

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