



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Article original

Résultats fonctionnels et qualité de vie après double promontofixation coelioscopique pour la cure du prolapsus génital

Functional results and quality of life of laparoscopic promontofixation in the cure of genital prolapse

C. Bui, M. Ballester, E. Chéreau, E. Guillo, E. Darai*

Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Tenon, Assistance publique des hôpitaux de Paris, université Pierre-et-Marie-Curie Paris 6, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 27 mars 2010

Accepté le 9 juin 2010

Disponible sur Internet le 22 septembre 2010

Mots clés :

Prolapsus génital

Chirurgie

Cœlioscopie

Promontofixation

Qualité de vie

RÉSUMÉ

Objectifs. – Évaluer la faisabilité et la morbidité de la double promontofixation coelioscopique pour la cure du prolapsus génital.

Patientes et méthode. – Cent une patientes présentant un prolapsus génital de grade supérieur ou égal à 2 (POPQ classification) opérées par coelioscopie entre 2001 et 2009. Les complications per-, postopératoires et la satisfaction des patientes ont été évaluées. La qualité de vie a été estimée à l'aide des versions françaises des questionnaires Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI 20), Pelvic Floor Impact Questionnaire (PISQ 7) et Pelvic Organ Prolaps/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ 12).

Résultats. – La durée opératoire moyenne était de 196 mn (en incluant 83 % d'hystérectomies). Le taux de complications peropératoires était de 7 % dont deux plaies vésicales, une plaie rectale et 4 % de laparoconversions. Le taux de complication postopératoire était de 16 % dont les trois-quarts correspondaient à des rétentions d'urine. Deux hématomes pelviens ont été observés. Le taux de complication à distance était de 3 % (une exposition de prothèse, une spondylodiscite et des douleurs pelviennes persistantes nécessitant une ablation de matériel). Avec un suivi moyen de 30,7 mois, 81 % des patientes se déclaraient satisfaites de l'intervention. En intention de traitement, le taux de satisfaction n'était que de 67,3 %. Une amélioration de la qualité de vie a été observée en utilisant les questionnaires PFDI 20 ($p < 0,0001$), PFIQ 7 ($p < 0,0001$) et PISQ 12 ($p < 0,001$).

Discussion et conclusion. – Nos résultats confirment la faisabilité et l'amélioration de la qualité de vie après double promontofixation coelioscopique mais soulignent également l'existence d'une morbidité non négligeable.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – To evaluate the feasibility and morbidity of laparoscopic promontofixation in the cure of genital prolapse.

Patients and method. – From March 2001 to January 2009, 101 patients with genital prolapse of grade greater than or equal to 2 (POPQ classification) were operated by laparoscopy. Complications per and postoperative as well as patient satisfaction were assessed. Quality of life was evaluated using the questionnaires Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI 20), Pelvic Floor Impact Questionnaire (PISQ 7) and Pelvic Organ Prolaps/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ 12).

Results. – The mean operative time was 196 min including the time for hysterectomy done in 83% of cases. The peroperative complication rate was 7% including two bladder and one rectal injuries and 4% of laparoconversion. The postoperative complication rate was 16% corresponding to 3/4 of retention of urine. Two pelvic hematomas were observed. The distance complication rate was 3% corresponding to a vaginal erosion, a spondylodiscitis and a case of persistent pelvic pain requiring removal of material. With

Keywords:

Genital prolapse

Surgery

Laparoscopy

Promontofixation

Quality of life

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : emile.darai@tnn.aphp.fr, emile.darai@libertysurf.fr (E. Darai).

a mean follow-up of 30.7 months, 81% patients declared themselves satisfied with the intervention. In intention to treat, the satisfaction rate was only 67.3%. A significant improvement in quality of life was observed using the questionnaire PFDI 20 ($p < 0.0001$), PFIQ 7 ($p < 0.0001$) et PISQ 12 ($p < 0.001$).

Discussion and conclusion. – Our results confirm the feasibility of the laparoscopic promontofixation with a quality of life improvement but also highlights the existence of significant morbidity requiring further trials for the choice of surgical approach for the treatment of genital prolapse.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le prolapsus génital affecte 30 % des femmes avec un pic d'incidence à 60 ans [1–3]. Il représente un problème de santé publique avec le vieillissement de la population puisqu'on estime que le risque cumulé d'être opéré pour un prolapsus génital à l'âge de 80 ans est de 11 % [4].

Pour les stades avancés du prolapsus génital, seule la chirurgie permet un traitement optimal des troubles anatomiques. Ce traitement chirurgical peut être réalisé par différentes voies d'abord : vaginale, laparotomie, ou coelioscopie [5–7]. La voie vaginale présente l'avantage d'une morbidité plus faible que la voie laparotomique [8]. Cependant, les résultats de la cure de prolapsus par voie vaginale n'utilisant pas de matériel prothétique ou des matériaux résorbables sont défavorables du fait d'un taux élevé de récurrence [5,8]. Ceci explique le développement de techniques chirurgicales par voie vaginale utilisant des prothèses synthétiques montrant une amélioration des résultats anatomiques à moyen terme mais au prix d'un taux important d'érosion et d'exposition du matériel prothétique remettant en cause leur utilisation [9–12].

La promontofixation par laparotomie utilisant des bandelettes synthétiques non résorbables est restée pendant des décennies la technique de référence avec un taux de succès à dix ans évalué à 85 % [13]. Ces résultats sont obtenus au prix d'une laparotomie qui associe une morbidité non négligeable surtout chez les patientes âgées ou présentant des facteurs de comorbidité. La promontofixation par coelioscopie est une alternative à la laparotomie en diminuant la morbidité postopératoire mais reste de réalisation difficile expliquant une durée opératoire plus longue avec un risque accru de complications notamment chez les patientes âgées [7]. De plus, il n'existe pas de consensus sur la technique opératoire coelioscopique quant aux sites de fixation des bandelettes (sur les releveurs de l'anus ou sur le massif cervical) conduisant à une multitude de variantes chirurgicales rendant difficile la comparaison des résultats fonctionnels. Outre les résultats anatomiques, l'évaluation de la qualité de vie est un critère majeur de jugement d'une technique chirurgicale. Peu d'études ont évalué la qualité de vie après chirurgie du prolapsus génital et la majorité d'entre elles concernait la chirurgie par voie vaginale [14–19].

De ce fait, l'objectif de cette étude rétrospective est d'évaluer les complications per- et postopératoire, les résultats fonctionnels et la qualité de vie après la cure de prolapsus génital par double promontofixation coelioscopique.

2. Patientes et méthode

De mars 2001 à janvier 2009, nous avons évalué rétrospectivement les patientes opérées par double promontofixation coelioscopique d'un prolapsus génital dans le service de gynécologie de l'hôpital Tenon. Seules les patientes présentant un prolapsus de stade supérieur ou égal à 2 sur un des étages pelviens ont été incluses. Durant cette période, 323 patientes ont été opérées d'un prolapsus génital dont 101 par double promontofixation coelioscopique correspondant à la population de notre étude, 130 par voie vaginale avec utilisation d'une prothèse totale

biologique et 92 ont eu une sacrospinofixation associée ou non à une prothèse antérieure de type biologique ou synthétique.

Toutes les femmes ont eu un examen pelvien pour évaluer le stade du prolapsus génital en utilisant la terminologie de l'International Continence Society (ICS) : le POPQ [20]. Le grade maximal du prolapsus a été mesuré au cours d'une manœuvre de Valsalva. La recherche de troubles urinaires a été effectuée par un bilan urodynamique (BUD).

2.1. Technique chirurgicale

Au cours de notre étude des prothèses de Mersylène® non prédécoupées ont été utilisées de 2001 à 2005 puis de Parietex après 2005. Toutes les patientes ont été opérées sous anesthésie générale. Une prophylaxie des troubles thromboemboliques a été faite et commencée la veille de l'intervention par des héparines de bas poids moléculaire. Une antibioprofylaxie par des céphalosporines de deuxième génération était faite en début d'intervention.

Dans un premier temps, après insufflation, un abord coelioscopique était fait par incision péri-ombilicale pour l'endoscope. Trois trocarts opérateurs étaient posés sous contrôle de la vue dont deux de 5 mm en fosses iliaques et un de 15 mm en suspubien médian. Après exploration de la cavité abdominale, en fonction de l'importance de la boucle sigmoïde, cette dernière était fixée en fosse iliaque gauche à l'aide d'un fil transpariétal. Une hystérectomie subtotal avec annexectomie bilatérale étaient effectuées chez les patientes ménopausées. Au cours de l'hystérectomie, le clivage vésicovaginal était étendu jusqu'à l'union du tiers inférieur tiers moyen du vagin et le canal cervical était fermé par un ou deux points de fils résorbable. L'extraction de l'utérus et des annexes était faite à l'aide d'un morcellateur électrique soit immédiatement à la fin de l'hystérectomie subtotal soit en fin d'intervention après avoir réalisé la péritonisation viscérale.

Le deuxième temps opératoire commençait par le clivage rectovaginal aidé par une valve malléable introduite par voie vaginale. Le clivage d'abord médian jusqu'au tiers inférieur du vagin postérieur est secondairement étendu latéralement bilatéralement jusqu'à visualisation de l'aponévrose du muscle releveur de l'anus. L'ouverture du péritoine viscéral en regard du promontoire est faite jusqu'à visualisation du ligament prévertébral antérieur. L'incision péritonéale est prolongée en bas jusqu'à rejoindre l'incision faite pour le clivage rectovaginal. La prothèse postérieure est posée dans un premier temps par des points de fils non résorbables ou à l'aide d'agrafes. La prothèse est ensuite fixée sur la face postérieure du massif cervical. La prothèse antérieure est fixée sur la paroi vaginale par trois points de fils non résorbables puis secondairement au massif cervical. La péritonisation viscérale est débutée avant fixation des deux prothèses au promontoire. Les prothèses sont fixées sans tension excessive au promontoire par des fils ou des agrafes. Enfin, la péritonisation viscérale est finalisée. En fin d'intervention, une instillation en intra-abdominale de ropivacaïne est faite précédant la fermeture des incisions des trocarts par des fils non résorbables.

Une cure d'incontinence par bandelette sous-urétrale et voie transobturatrice était faite en fonction des données de l'examen clinique et du BUD.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948783>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948783>

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