



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue de la littérature

Volume utérin et hystérectomie vaginale : intérêt et limites de l'hystérectomie vaginale



Uterine volume and vaginal hysterectomy: Interest and limits of uterine morcellation

J. Dubuisson ^{a,*}, N. Veit-Rubin ^b^a Service de gynécologie, unité de chirurgie gynécologique, hôpitaux universitaires de Genève, 30, boulevard de la Cluse, 1205 Genève, Suisse^b Department of urogynaecology, St. Mary's Hospital, Imperial College London, Royaume-Uni

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 23 novembre 2015

Accepté le 11 janvier 2016

Disponible sur Internet le 7 mars 2016

Mots clés :

Hystérectomie vaginale

Morcellement

Gros utérus

RÉSUMÉ

La voie abdominale est souvent privilégiée en cas d'hystérectomie pour gros utérus ou en cas d'accès vaginal étroit. Pourtant, les techniques classiques de morcellement utérin permettent de répondre efficacement aux difficultés techniques d'extraction par voie vaginale. Les techniques de réduction du volume utérin réalisées au cours des hystérectomies vaginales n'augmentent pas la morbidité du geste opératoire et le taux de complications semble indépendant du poids utérin. Les avantages par rapport à la voie laparotomique restent ceux inhérents à la voie vaginale : avantage esthétique, diminution de la douleur postopératoire, réduction de la durée d'hospitalisation et de la convalescence, baisse de la morbidité périopératoire. En comparaison avec la voie vaginale, la durée opératoire et le coût hospitalier sont significativement augmentés en cas d'hystérectomie coelioscopique pour gros utérus, même si le taux de complications, notamment le risque hémorragique, semble être le même. La connaissance et la maîtrise des techniques de morcellement utérin sont indispensables à la réalisation des hystérectomies vaginales en cas de gros utérus ou en cas de filière génitale étroite. Elles doivent continuer à être enseignées, diffusées et régulièrement utilisées dans le but de promouvoir la voie vaginale et d'élargir ses indications aux dépens de la voie abdominale.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Abdominal hysterectomy remains the preferred approach for large uteri or in case of narrow vaginal access. However, the traditional morcellation techniques allow safe and efficient extraction when choosing the vaginal route. Uterine volume reductive techniques do not increase perioperative morbidity thus complications do not seem to be linked to uterine size. There are numerous advantages of the vaginal route in comparison with laparotomy, such as aesthetic benefits, decreased postoperative pain, reduced hospital stay and recovery as well as decreased perioperative morbidity. Compared to laparoscopy, surgical outcomes and blood loss of the vaginal approach of a large uterus seem to be similar. Nevertheless, laparoscopic hysterectomy is associated with longer operative time and significant increase in hospital cost. Hence, a thorough knowledge and mastery of uterine morcellation techniques are essential when performing vaginal hysterectomy for large uteri or when the vagina is narrow. They must therefore continue to be taught, spread and regularly used in order to stretch the indications for vaginal hysterectomy in favour of an abdominal approach.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords:

Vaginal hysterectomy

Morcellation

Large uterus

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean.dubuisson@hcuge.ch (J. Dubuisson).

1. Introduction

Les techniques de morcellement utérin ont été décrites afin de faciliter l'extraction de l'utérus lors des hystérectomies réalisées par voie vaginale. Elles sont utilisées en cas de filière génitale étroite ou, le plus souvent, en cas d'utérus volumineux. Les gros utérus se définissent dans la littérature comme des utérus en général polymyomateux dont le poids est supérieur à 250 ou 280 g. La proportion d'hystérectomies pour gros utérus varie entre 20 % et plus de 40 % selon les séries, ce qui représente plusieurs milliers de cas par an en France [1,2].

La laparotomie est restée pendant une très longue période la voie d'abord privilégiée pour la prise en charge des gros utérus. Les recommandations des sociétés savantes, et notamment celles du Collège américain d'obstétrique et de gynécologie (ACOG), préconisaient jusqu'en 2009 l'utilisation préférentielle de la voie laparotomique en cas d'utérus pesant plus de 280 grammes, de nulliparité, de bassin rétréci ou d'accès vaginal réduit [3]. Pourtant, la voie vaginale est possible dans chacun de ces cas si les patientes sont sélectionnées de façon rigoureuse et si l'on utilise les techniques de morcellement utérin adaptées.

Plusieurs de ces techniques ont été décrites dès la fin du 19^e siècle au cours des hystérectomies vaginales par Doyen, Segond ou Péan, mais leur diffusion a été limitée en raison de l'avènement de la voie abdominale au début du 20^e siècle, en lien avec les progrès de l'anesthésie et l'utilisation régulière des antibiotiques. Les techniques de réduction du volume utérin ont ensuite connu un regain d'intérêt dans les années 1970 avec la « redécouverte » de la voie vaginale, notamment sous l'impulsion de Daniel Dargent en France [4]. La voie vaginale s'est alors imposée comme une voie d'abord peu invasive par rapport à la laparotomie, avec de nombreux avantages mis en évidence dans plusieurs grandes séries comparatives, et ce même en cas de gros utérus : absence d'incision pariétale, diminution de la douleur postopératoire, raccourcissement de la durée d'hospitalisation et de la période de convalescence, baisse de la morbidité périopératoire [5].

L'objectif de cette revue de la littérature est de déterminer quelles sont les limites de l'hystérectomie vaginale et de définir la place des techniques de morcellement utérin.

1.1. Bilan préopératoire

Toute hystérectomie vaginale effectuée chez une patiente présentant un volumineux utérus nécessite la réalisation d'un bilan préopératoire précis dont l'objectif est d'anticiper les difficultés opératoires. Il permet ainsi :

- d'évaluer le volume de l'utérus et sa mobilité dans le bassin ;
- de déterminer l'épaisseur de l'endomètre ;
- de rechercher une pathologie annexielle associée ;
- de rechercher des signes d'endométriose pelvienne profonde.

L'évaluation du volume de l'utérus et de sa mobilité dans le bassin s'appuie tout d'abord sur un examen clinique minutieux. Outre l'estimation de la longueur et de la largeur du corps utérin, le toucher vaginal permet l'évaluation de la mobilité de l'utérus dans l'axe antéro-postérieur et latéral. Cet élément paraît essentiel dans la sélection des patientes qui pourront bénéficier d'une chirurgie par voie vaginale. Il se combine à l'évaluation du bassin osseux et de la compliance du vagin. Les tests de traction cervicale permettant l'évaluation de la descente de l'utérus sont actuellement pratiquement plus utilisés car ils sont très peu prédictifs de la réussite technique du geste opératoire. Il semblerait que ce test soit plus utile sous anesthésie générale, où le degré de descente de l'utérus est amélioré par le relâchement musculaire, notamment périméal.

La réalisation d'une échographie pelvienne permet de mesurer le volume utérin, son axe antéro-postérieur et sa largeur, ainsi que le siège et la localisation des éventuels myomes. La longueur du col peut aussi être une information intéressante pour les premiers temps de l'hystérectomie vaginale. Sheth et al. a mesuré le volume utérin échographique préopératoire de 380 patientes devant bénéficier d'une hystérectomie vaginale pour une pathologie utérine bénigne [6]. Il a ainsi pu déterminer une valeur seuil de 300 cm³ pour laquelle l'hystérectomie nécessitait un chirurgien vaginaliste expérimenté en raison des difficultés opératoires rencontrées. L'épaisseur de l'endomètre est également déterminée par l'échographie pelvienne. Il est indispensable d'écarter tout risque néoplasique, d'autant plus qu'un morcellement utérin sera envisagé. Il faut s'attarder à rechercher les différents facteurs de risque de cancer de l'endomètre ainsi que les antécédents familiaux orientant vers une histoire familiale de cancers gynécologiques. Des biopsies endométriales devraient être systématiquement réalisées au moindre doute. Les sarcomes utérins restent une entité à part en raison de leur potentiel beaucoup plus agressif et évolutif que les adénocarcinomes. Ces tumeurs ne doivent plus être considérées comme exceptionnelles. L'intérêt des biopsies endométriales dans ce cas est très discuté car la plupart des sarcomes n'a pas de développement endocavitaire. Certains léiomyosarcomes présentent par ailleurs une imagerie similaire à celle des léiomyomes et le diagnostic ne peut être fait qu'à l'examen histologique définitif. On estime que seuls 15 à 35 % des léiomyosarcomes sont diagnostiqués en préopératoire [7]. L'impact du morcellement utérin en cas de sarcome a été très peu étudié mais les patientes ayant eu une morcellement pourraient présenter un taux de récurrence à trois mois significativement plus élevé (3,66 % contre 8,82 %, $p = 0,25$) [8].

L'échographie pelvienne permet également de s'assurer de l'absence de masse annexielle, dont le traitement se fera par voie abdominale (cœlioscopie ou laparotomie).

La place de l'IRM pelvienne reste encore à définir. Elle peut être utile pour la caractérisation des utérus géants, notamment en cas de compression pelvienne pouvant entraîner une dilatation urétérale. L'étude des séquences fonctionnelles en cas de masse utérine (prise de contraste et diffusion tissulaire) est également un élément pouvant orienter vers une pathologie néoplasique.

L'IRM pelvienne trouve également une indication en cas de suspicion clinique et anamnesticque d'endométriose pelvienne ou en cas de masse annexielle complexe.

1.2. Indications du morcellement utérin par voie vaginale

Les techniques de réduction du volume utérin sont utilisées pour permettre l'extraction de l'utérus en cas d'utérus volumineux et/ou de filière génitale étroite. Même en cas de volume utérin modéré, un accès vaginal limité peut amener le chirurgien à morceler l'utérus. À l'inverse, en cas de vagin particulièrement compliant, certains gros utérus ne nécessitent aucune technique de morcellement pour leur extraction. Dans la série de Unger et al., le taux de morcellement est de 10 % pour les utérus pesant moins de 200 grammes et de 80 % pour les utérus pesant de 200 à 700 grammes [9]. Pour Sheth et al., au-delà de 400 cm³, un morcellement utérin était toujours nécessaire [6]. Ces résultats confirment les travaux de Mazdisnian et al. qui retrouvent un taux de morcellement utérin de 100 % en cas d'utérus pesant plus de 300 grammes [10].

La réalisation d'une hystérectomie vaginale pour gros utérus nécessite une connaissance et une maîtrise parfaite de ces techniques. La décision de morcellement est en général prise en peropératoire, même si l'on sait qu'au-delà d'un certain volume, le morcellement utérin est toujours nécessaire. Certaines circonstances peropératoires posent l'indication de morcellement utérin :

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948964>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948964>

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