Gynécologie Obstétrique & Fertilité 41 (2013) 80–84

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Article original

Faut-il conserver l'utérus lors de la cure de prolapsus ? Réflexions à partir des résultats anatomo-pathologiques

Is hysterectomy required during vaginal reconstructive pelvic surgery? About histopathological results

A. Mansoor [a], S. Campagne [a], C. Cornou [a], N. Goujon [b], S. Cerisier [a], D. Savary [a,c], G. Chene [a,d,*]

[a] *Département de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier Paul-Ardier, 63340 Issoire, France*
[b] *Laboratoire d'analyse SIPATH, La Pardieu, 63000 Clermont-Ferrand, France*
[c] *Département de gynécologie-obstétrique, hôpital Estaing, CHU de Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France*
[d] *Département de gynécologie-obstétrique, hôpital Nord, CHU de Saint-Étienne, 2, avenue Albert-Raimond, 42000 Saint-Étienne, France*

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 8 mai 2012
Accepté le 14 décembre 2012
Disponible sur Internet le 4 février 2013

Mots clés :
Hystérectomie
Annexectomie
Prolapsus
Prothèse

RÉSUMÉ

Objectifs. – Évaluer la prévalence des pathologies utérines et annexielles sur les pièces opératoires d'hystérectomie au cours d'une chirurgie pour prolapsus urogénital par voie vaginale.
Patientes et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective continue de 152 patientes, opérées entre avril 2001 et janvier 2006 d'une cure de prolapsus par voie vaginale avec hystérectomie concomitante, annexectomie éventuelle et interposition de matériel prothétique. Un bilan échographique préopératoire était systématiquement réalisé. Les pièces opératoires (utérus et annexes) bénéficiaient d'une analyse anatomo-pathologique.
Résultats. – Cent trente-six dossiers ont été analysés avec un suivi moyen de 10 mois. Des lésions précancéreuses et cancéreuses, non visualisées lors de l'échographie préopératoire ou sur le frottis cervical, ont été découvertes au niveau cervical et endométrial : 2 (1,4 %) dysplasie endocervicale, 1 (0,7 %) cancer épidermoïde du col, 10 (7,35 %) hyperplasies endométriales complexes sans atypies, 7 (5,1 %) hyperplasies endométriales complexes avec atypies dont 2 (1,4 %) adénocarcinomes endométrioïdes de l'endomètre. Les annexes étaient exemptes de lésions malignes. Le taux d'exposition de prothèse était de 2,9 % (quatre cas).
Discussion et conclusion. – Le taux important de lésions cancéreuses et précancéreuses cervicales et utérines de découverte fortuite pourrait inciter, soit à ne pas abandonner la pratique de l'hystérectomie, soit à évaluer l'endomètre par hystéroscopie et curetage biopsique en cas de conservation utérine.
© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords:
Hysterectomy
Adnexectomie
Prolapse
Mesh

ABSTRACT

Objectives. – To evaluate the rate of pre-cancerous and cancerous endometrial lesions in hysterectomy during vaginal reconstructive pelvic surgery.
Patients and methods. – In this retrospective and continuous study, a vaginal procedure including reconstructive pelvic surgery with vaginal mesh, hysterectomy and adnexectomy was performed in 152 patients between April 2001 and January 2006. An ultrasonography evaluation was done before surgery. A histopathological analysis of uterus, ovaries and tubes was also performed.
Results. – In the analysis of 136 cases, precancerous and cancerous lesions have been diagnosed while ultrasonography or cervical smear were normal: 2 (1.4%) endocervical dysplasia, 1 (0.7%) cervical epidermoid carcinoma, 10 (7.35%) endometrial complex non-atypical hyperplasia, 7 (5.1%) endometrial atypical hyperplasia and 2 (1.4%) endometrioid endometrial carcinoma. There was not any cancerous lesions in tubes or ovaries. At 10 months, mesh exposure was low at 2.9% (four cases).

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : chenegautier@yahoo.fr (G. Chene).

1297-9589/$ – see front matter © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2012.12.004

Discussion and conclusion. – The important rate of cancerous and precancerous lesions raise the question of hysterectomy or hysteroscopy and endometrial biopsy in case of uterine preservation during a vaginal reconstructive pelvic surgery.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'hystérectomie, premier temps de la cure classique de prolapsus est remise en cause sur la base d'arguments conceptuels et d'observations épidémiologiques. De plus, ce débat est ravivé depuis l'utilisation de matériels prothétiques par la constatation d'une augmentation des expositions prothétiques en cas d'hystérectomie associée [1].

De l'hystérectomie systématique à la conservation de principe, sommes-nous passés d'une attitude dogmatique à une autre ou bien s'agit-il d'une évolution rationnelle ? Nous discutons cette question à la lumière des résultats histopathologiques des pièces d'hystérectomie d'une série continue de cure chirurgicale de prolapsus urogénital par voie vaginale.

2. Patientes et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective d'une série continue unicentrique de 152 patientes, opérées entre avril 2001 et janvier 2006 au centre hospitalier d'Issoire, d'une cure de prolapsus urogénital par voie vaginale associant systématiquement une hystérectomie, un renforcement par prothèse de polypropylène et une culdoplastie de type Mc Call interposant les ligaments utérosacrés entre le fond vaginal et la prothèse [2]. La prothèse était découpée selon un patron pré-défini ajusté sur chaque patiente. Deux larges bras latéraux étaient glissés dans les fosses paravésicales et un bras postérieur d'environ 5 cm était glissé dans un espace sous-péritonéal aménagé sous la partie haute de la vessie, la prothèse étant amarrée à l'insertion des pubococcygiens en avant, les bras restant libres (Fig. 1). La colpotomie en T inversé était utilisée pour la mise en place de la prothèse suivi d'une résection des angles vaginaux peu vascularisés entre la colpotomie médiane antérieure et fundique. Une colpectomie économe en préservant le fascia était réalisée pour recouvrir la prothèse avec une double couche de fascia bien vascularisé. L'annexectomie bilatérale par voie vaginale était également discutée avec chaque patiente et pouvait être associée. Une bandelette sous-uréthrale type TVT ou TOT était mise en place en fonction de la symptomatologie et du bilan urodynamique préopératoire.

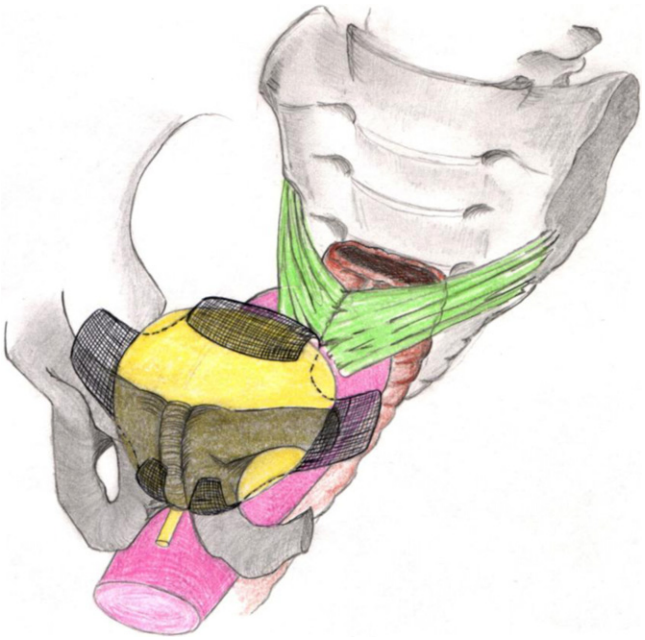

Fig. 1. Schéma de la prothèse inter-vésicovaginale non fixée.

Toutes les patientes avaient bénéficié d'un bilan préopératoire comprenant un interrogatoire standardisé à la recherche des signes fonctionnels urinaires, un examen clinique uro-gynécologique complet avec stadification de la statique pelvienne, un bilan urodynamique, une échographie pelvienne (endovaginale ou abdominale, mesure de l'épaisseur de l'endomètre, étude morphologique et estimation du volume utérin) et la vérification d'un frottis cervico-vaginal récent inférieur à 12 mois (dans le cas contraire, réalisation d'un nouveau frottis de dépistage).

3. Résultats

L'analyse a été réalisée sur 136 dossiers, avec un suivi moyen de 10 mois. Treize dossiers incomplets n'étaient pas exploitables. Trois patientes ont été perdues de vue. L'âge moyen était de 66 ans (41–85). Toutes les patientes avaient bénéficié d'une hystérectomie par voie vaginale selon la même technique.

Cent trente-quatre patientes ont eu une prothèse antérieure inter-vésicovaginale dite « libre » avec des bras latéraux dans les fosses paravésicales et un bras postérieur sous-péritonéale sous vésicale, 2 patientes ont eu en plus une prothèse postérieure inter-rectovaginale.

L'annexectomie a été bilatérale chez 74,2 % (101/136) et unilatérale chez 5,1 % (7/136) des patientes pour inaccessibilité de l'autre annexe. Elle a été jugée difficile mais réalisée chez 13,9 % (19/136) des patientes ; 13,2 % (18/136) n'ont pas eu d'annexectomie pour raison technique. Par ailleurs, 7,3 % (10/136) n'ont pas eu d'annexectomie soit par choix de la patiente soit car celle-ci était non ménopausée.

Les analyses anatomo-pathologiques retrouvaient les lésions suivantes (Tableaux 1–3) :

- au niveau cervical :
  - (2,9 %) lésions précancéreuses cervicales : 2 (1,4 %) dysplasies cervicales de bas grade (patientes p10 et p11) et 2 (1,4 %) dysplasies endocervicales (patientes p3 et p12). Les frottis préopératoires étaient normaux chez les deux patientes p3 et p12 avec dysplasies endocervicales et chez l'une des deux présentant une dysplasie cervicale de bas grade (patiente p11). En revanche, le frottis retrouvait une lésion LSIL chez la patiente p10,
  - 1 (0,7 %) cancer épidermoïde endocervical de 2,5 cm en hauteur. Cette patiente (p13) présentait une dysplasie cervicale de bas grade au frottis préopératoire. Cette dysplasie, CIN 1, avait été confirmée lors des biopsies dirigées par colposcopie en consultation préopératoire mais la zone jonctionnelle n'avait pas été prélevée ;
- au niveau endométrial :
  - 10 (7,35 %) hyperplasies endométriales complexes sans atypies. Ces cas ne seront pas davantage décrits (cf. discussion),
  - 7 (5,4 %) hyperplasies endométriales complexes avec atypies (patientes p1, p3, p4, p5, p7, p8 et p9),

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3948992

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3948992

Daneshyari.com