

Article original

## Évaluation IRM des chirurgies du prolapsus MRI evaluation of surgical pelvic floor repair

M. Boukerrou<sup>a,\*</sup>, P. Mesdagh<sup>b</sup>, H. Yahi<sup>a</sup>, G. Crépin<sup>a</sup>, Y. Robert<sup>b</sup>, M. Cosson<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Pôle de chirurgie gynécologique, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille, France

<sup>b</sup> Service de radiologie, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille, France

Reçu le 3 mars 2006 ; accepté le 13 juillet 2006

Disponible sur internet le 17 octobre 2006

### Résumé

**Objectif.** – Nous avons voulu mettre en évidence les différences en terme de restitution anatomique opposables à la voie abdominale et à la voie vaginale dans le traitement chirurgical du prolapsus génital. Nous avons comparé les résultats anatomiques à court terme des sacropexies, sacrospinofixations et suspensions paravaginales.

**Patientes et méthodes.** – L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a permis d'obtenir une comparaison reproductible et objective de la localisation des différents organes pelviens. Quarante-trois patientes ont bénéficié d'une évaluation IRM en pré- et postopératoire selon la position des organes par rapport à la ligne sous-pubosacrocoecyenne. Nous avons noté cystocèle, hystérocele ou élytrocele lorsque la vessie, le col utérin, ou le cul-de-sac de Douglas descendait sous cette ligne lors d'efforts de poussée. Nous avons mesuré les modifications de longueur et d'inclinaison latérale et antéropostérieure du vagin.

**Résultats.** – Après la cure chirurgicale on note que l'ensemble des organes pelviens est retrouvé au-dessus de la ligne de référence IRM. En revanche, les vessies sont situées significativement moins hautes après cure de prolapsus par voie vaginale. On ne retrouve pas de différence en ce qui concerne la localisation du fond vaginal en postopératoire. Les longueurs et axes vaginaux sont comparables en pré- et postopératoires.

**Discussion et conclusion.** – Dans notre étude, la correction anatomique des prolapsus par voie abdominale ou par voie vaginale est comparable et satisfaisante à court terme, et la voie vaginale n'est pas responsable de diminution de la longueur ou de réorientation vaginale. Bien standardisée et évaluée à plus long terme, l'IRM pourra représenter une aide objective et reproductible à la stadification des prolapsus.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

**Objective.** – To bring to the fore the differences in terms of anatomical restoration between the abdominal and vaginal approach of pelvic floor repair. We compared the short-term anatomical results of the sacropexy and the sacrospinous fixation and paravaginal repair.

**Patients and methods.** – Magnetic Resonance Imagery (MRI) allowed us to obtain a reproducible and objective comparison of location of the various pelvic organs. Forty-three patients benefited from a MRI a pre- and postoperative evaluation according to the position of organs with regard to the pubo-coecygeal line. We noted cystocele, hysterocele or enterocele when the bladder, the uterine cervix, or the Douglas' cul-de-sac came under this line during efforts of push. We measured length modifications and lateral and anteroposterior vaginal axis.

**Results.** – After the surgery, we noted that all pelvic organs were found above the reference line. On the other hand, bladders are significantly situated less high after vaginal pelvic floor repair. There is no postoperative difference as regards of the vaginal wall location. The lengths and vaginal axis are comparable in pre- and postoperative evaluation.

**Discussion and conclusion.** – In our study, the anatomical results of pelvic floor repair performed by vaginal or abdominal route are short-term comparable and the vaginal approach is not responsible for decrease of length or vaginal reorientation. Standardized and longer term evaluated, the MRI can represent an objective and reproducible help to the staging of pelvic floor dysfunction.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** IRM ; Prolapsus ; Évaluation anatomique

**Keywords:** MRI; Prolapse; Anatomic results

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [m-boukerrou@chru-lille.fr](mailto:m-boukerrou@chru-lille.fr) (M. Boukerrou).

## 1. Introduction

L'intérêt de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour l'évaluation des prolapsus génitaux est maintenant reconnu [1,2]. Certains soulignent l'utilité des clichés postopératoires permettant d'objectiver la disparition des lésions préexistantes [3]. Peu de publications se sont pourtant penchées sur la place de l'IRM dans l'évaluation comparative des modifications anatomiques entraînées par les cures chirurgicales de prolapsus. Une étude randomisée comparant la prise en charge comparative des prolapsus génitaux, par des interventions chirurgicales réalisées par voie basse ou par voie haute à distance de l'intervention [4], a pourtant mis en évidence des résultats significativement moins favorables après cure chirurgicale par voie basse. Plusieurs publications ont également montré les résultats moyens des cures de prolapsus par voie basse au long cours [5–7] avec un grand nombre de récurrences partielles ou totales allant jusqu'à 48 % à dix ans. L'analyse des études rétrospectives concernant les cures de prolapsus souligne les résultats globalement plus satisfaisants publiés après les promontofixations par laparotomie [8–10]. Les cures de prolapsus par voie basse ont par ailleurs été accusées d'être source de modifications de l'axe vaginal. Celui-ci serait exagérément orienté vers l'avant cas de correction par sacropexie par rapport aux sacrospinofixations [11]. La chirurgie par voie vaginale réduirait la longueur du vagin et les sacrospinofixations unilatérales seraient responsables de latéralisations. Nous avons voulu comparer les résultats anatomiques à court terme apportés par les cures chirurgicales de prolapsus par voie haute avec sacropexie et par voie basse avec sacrospinofixation et suspension paravaginale. Cette comparaison a été réalisée par IRM, ce qui a permis d'obtenir une comparaison reproductible et objective de la localisation des différents organes pelviens en postopératoire.

## 2. Patientes et méthodes

Quarante-quatre patientes présentant un prolapsus génital symptomatique nécessitant une correction chirurgicale ont bénéficié d'une IRM en préopératoire puis en postopératoire, quatre mois après l'intervention. La cure chirurgicale a toujours été réalisée par le même opérateur entraîné aux différentes techniques. Nous avons exclu de cette étude une patiente qui a récidivé rapidement sous la forme d'une élytrocèle diagnostiquée cliniquement en consultation postopératoire, pour pouvoir analyser les correspondances IRM, dans un premier temps, avec les résultats cliniques considérés comme normaux. Les 43 patientes étudiées étaient toutes évaluées avec un résultat clinique satisfaisant. Les indications des voies d'abord dépendent de l'âge de la patiente dans notre équipe, les patientes jeunes (moins de 50 ans) bénéficiant dans la grande majorité des cas d'une promontofixation. Pour les patientes de plus de 60 ans, la voie basse est préférée. Pour celles entre 50 et 60 ans, la décision est prise en fonction des constatations cliniques prenant notamment en compte l'indice de masse corporelle (IMC). L'âge moyen des patientes est de 59,9 ans. Parmi les patientes, 76,7 % étaient ménopausées lors de l'intervention. Toutes

avaient accouché au moins une fois par voie basse. Quinze patientes ont bénéficié d'une cure de prolapsus par laparotomie associant toujours hystérectomie subtotale, mise en place d'une prothèse synthétique antérieure et d'une prothèse postérieure avec promontofixation au ligament prévertébral. Seize ont bénéficié d'une cure de prolapsus complète par voie vaginale associant une hystérectomie vaginale avec suspension paravaginale (*paravaginal repair* ou plastron vaginal) et croisement des ligaments utérosacrés rétrosymphysaires selon le procédé de Campbell, suivie dans tous les cas d'une suspension du fond vaginal selon la technique de Richter et d'une myorrhaphie des élévateurs. Douze patientes ont bénéficié d'une cure de prolapsus par voie basse pour prolapsus posthystérectomie associant une suspension du fond vaginal selon Richter et myorrhaphie des élévateurs, sans suspension paravaginale. Chez deux d'entre elles, l'utérus était encore présent mais le prolapsus était partiel. Une hystérectomie a alors été réalisée au cours de l'intervention. Ce groupe a été intitulé voie basse incomplète puisqu'aucun geste de cure de cystocèle n'était associé. Ces trois groupes étaient comparables en terme d'incontinence urinaire et d'antécédents chirurgicaux.

Nous avons utilisé une IRM de 1 ou 1,5 Tesla (Siemens Germany ; Magnetom Expert ou Vision) avec antenne de corps en réseau phasé (*phased array*). La patiente était installée en décubitus latéral, vessie en semi-réplétion. L'ampoule rectale était opacifiée par 180 ml de gel hydrique d'échographie. On n'effectuait pas de balisage vaginal. Pour l'étude dynamique, des séquences rapides étaient réalisées (18 secondes) en pondération T2 (écho de gradient T2 Truefisp) lors de manœuvres d'apnée, de poussée abdominale et de contraction périnéale, dans les trois plans de l'espace. Pour l'étude statique et musculaire, on réalisait des séquences complémentaires plus longues (deux minutes 59 secondes) en Turbo Spin Echo T2.

L'évaluation IRM des prolapsus génitaux a été utilisée en pré- et en postopératoire : l'étude était effectuée par mesure de la position des organes par rapport à une ligne de référence (Fig. 1). Cette ligne est définie comme joignant le bord postéro-inférieur de la symphyse pubienne au milieu de l'articulation sacrococcygienne (ligne sous-pubosacrococcygienne ou LSPSC). La classification IRM était la suivante : il était noté une cystocèle, une hystérocele ou une élytrocèle lorsque la vessie, le col utérin ou le cul-de-sac de Douglas descendait sous la ligne LSPSC lors d'un effort de poussée.

D'autres mesures réalisées en pré- et postopératoire permettaient d'appréhender les modifications de longueur et d'inclinaison du vagin :

- la longueur vaginale totale est mesurée sur la coupe sagittale, de l'apex à la vulve en contraction périnéale ;
- l'inclinaison latérale du vagin est mesurée sur la coupe frontale entre l'axe du vagin et la verticale. Une inclinaison à gauche était cotée en négatif et en positif à droite ;
- l'inclinaison antéropostérieure du vagin mesurée sur la coupe sagittale en apnée entre l'axe du vagin et l'horizontale. Cet angle était coté négatif sous l'horizontale et positif au-dessus.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949760>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949760>

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