

## PRATIQUES ET TENDANCES

# Amélioration des conditions opératoires lors d'une réparation laparoscopique des prolapsus des organes pelviens par double promontofixation prothétique

## Improvement of operative conditions during a laparoscopic prosthetic sacral colpopexy for pelvic organ prolapse repair

G. Bader<sup>\*</sup>, A. Fauconnier

Département de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, centre hospitalier intercommunal de Poissy, 10, rue du Champ-Gaillard, 78303 Poissy, France

Reçu le 8 janvier 2009 ; accepté le 4 août 2009

Disponible sur Internet le 19 septembre 2009

### Résumé

Actuellement, le choix de l'approche chirurgicale et de la technique de réparation des prolapsus des organes pelviens repose sur l'expérience et les habitudes du chirurgien aux dépens des caractéristiques des patientes. La promontofixation laparoscopique offre une réparation globale du prolapsus, une faible morbidité et des résultats anatomiques et fonctionnels satisfaisants. Cette technique requiert des chirurgiens expérimentés et des conditions opératoires optimales. Afin d'améliorer la faisabilité de la promontofixation coelioscopique, nous proposons une stratégie opératoire standardisée et simplifiée permettant d'optimiser les conditions de cette procédure complexe.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

Actually, the choice of surgical approach for pelvic organ prolapse repair depends more on surgeon experience rather than patients characteristics. Laparoscopic sacral colpopexy seems to offer complete repair, low morbidity and satisfactory anatomic and functional results. This technique requires specially trained and experienced surgeons and optimal operative conditions. To improve feasibility of laparoscopic sacral colpopexy, we propose a simplified operative strategy to optimise this complex procedure.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Mots clés :** Prolapsus des organes pelviens ; Réparation ; Promontofixation laparoscopique ; Faisabilité ; Stratégie opératoire simplifiée

**Keywords :** Pelvic organ prolapse; Repair; Laparoscopic sacral colpopexy; Feasibility; Simplified operative strategy

## I. INTRODUCTION

La réparation coelioscopique des prolapsus des organes pelviens a débuté au début des années 1990 [1–3]. Initialement, la coelioscopie était une simple reproduction des techniques utilisées en laparotomie. Avec l'évolution des équipements et l'expérience des chirurgiens, la technique a connu un

<sup>\*</sup> Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [gbader@chi-poissy-st-germain.fr](mailto:gbader@chi-poissy-st-germain.fr) (G. Bader).

développement considérable et tend à améliorer la performance de la réparation par l'accès à des espaces inaccessibles en chirurgie ouverte. La coelioscopie permet en effet de fixer la plaque postérieure sur les releveurs de l'anus (RA) et de la déployer latéralement, geste non réalisable par laparotomie.

Comparée à la laparotomie, la coeliochirurgie se caractérise par des durées d'hospitalisation et de convalescence relativement courtes et par une réduction des complications intra- et postopératoires [4]. Bien qu'il n'existe pas d'essai contrôlé randomisé démontrant la supériorité de la double promontofixation prothétique indirecte (DPFPI) par voie coelioscopique par rapport à la voie laparotomique en termes d'innocuité et d'efficacité, les résultats anatomiques et fonctionnels semblent satisfaisants et durables sur l'ensemble des séries publiées, et la morbidité relativement faible [5,6]. Ces données expliquent l'essor de la DPFPI par voie coelioscopique, qui est en passe de devenir le *gold-standard*. Les contraintes majeures sont la durée opératoire et l'entraînement des chirurgiens. L'application rigoureuse des principes et des détails techniques est la garantie d'une sécurité optimale et de la qualité des résultats fonctionnels et anatomiques. Dans l'objectif d'améliorer la faisabilité de la promontofixation coelioscopique, nous proposons une stratégie opératoire standardisée et simplifiée permettant d'optimiser les conditions de cette procédure complexe.

## 2. PRINCIPES TECHNIQUES ET RAPPEL ANATOMIQUE

- La technique de DPFPI coelioscopique requiert une maîtrise de la coeliochirurgie avancée et une connaissance de l'anatomie pelvienne.
- Les patientes âgées, obèses et/ou présentant une comorbidité associée sévère doivent être loyalement informée de la balance bénéfice risque de la coeliochirurgie avancée et éventuellement opérées par voie vaginale.
- L'exposition est essentielle d'où l'importance des aides opératoires et des équipements utilisés
- L'irrigation est déconseillée afin d'éviter l'œdème tissulaire entravant l'exposition. Elle peut être remplacée par l'introduction d'une compresse non résorbable facilitant l'aspiration.
- Réparation globale (Fig. 1) des prolapsus des organes pelviens (POP) par une suspension au ligament vertébral commun antérieur [7] permettant de restaurer un axe vaginal quasi-physiologique lorsque la tension n'est pas excessive et de corriger le prolapsus de l'étage moyen [8]. L'interposition prothétique antérieure permet de corriger la cystocèle [8,9]. L'intérêt d'une interposition prothétique basse postérieure n'est pas formellement démontré. Cependant, ce geste est fortement suggéré en raison des échecs par récurrences postérieures des PF par laparotomie. En coelioscopie, la non-interposition prothétique postérieure a également conduit à un taux inacceptable de récurrences postérieures [10].
- La zone de sécurité présacrée (Fig. 2) doit être identifiée et la dissection des tissus réalisée de façon prudente par refoulement afin d'épargner les structures vasculonerveuses et l'uretère droit.
- La dissection de l'espace rectovaginal (Fig. 8) implique une connaissance anatomique permettant l'identification des ailerons vaginaux prolongeant les bord latéraux du vagin, des méso et des fascias du septum rectovaginal [11]. Cette dissection doit également préserver les structures nerveuses [12,13].
- La dissection coelioscopique de l'espace vésicovaginal est différente de celle réalisée par voie vaginale. En effet, par voie vaginale, la perforation latérale du fascia endopelvien crée une communication entre l'espace médian vésicovaginal et l'espace de Retzius. Par voie coelioscopique, l'espace vésico-utérin puis vésicovaginal est disséqué sur la ligne médiane jusqu'au col vésical. Latéralement, cette dissection est limitée par deux lames triangulaires de tissu conjonctif graisseux et vasculaire, insérées sur le bord latéral de la paroi vaginale antérieure et convergeant vers la ligne médiane à l'approche du col vésical et de l'uretère (Fig. 3). Ces structures correspondent à la partie basse des piliers internes de la vessie traversés par la portion terminale de l'uretère pelvien, les nerfs à destinée vésicale du plexus hypogastrique inférieur, et les veines du plexus vésicovaginal [13]. Contrairement à la

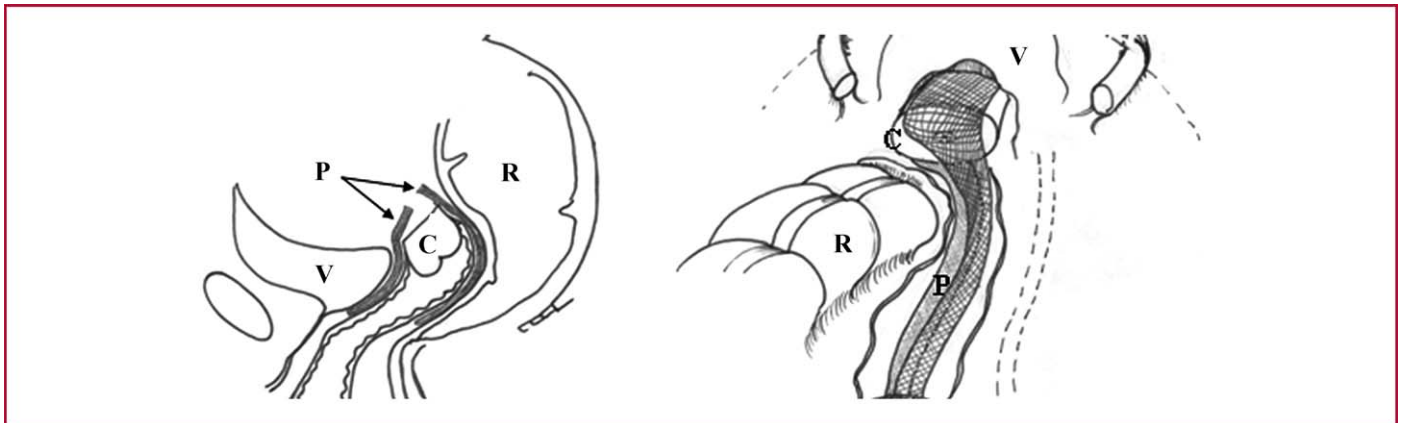


Fig. 1. Double promontofixation prothétique indirecte, réparation globale. V : vessie ; C : col utérin ; R : rectum ; P : plaques synthétiques.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949914>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949914>

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