



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Revue générale

Adhérences postopératoires et leur prévention en chirurgie gynécologique : I. Ce qu'il faut savoir

Postoperative abdominal adhesions and their prevention in gynaecological surgery: I. What should you know?

A. Audebert^{a,*}, E. Darai^b, J.-L. Bénifla^c, C. Yazbeck^{d,e}, H. Déchaud^f, A. Wattiez^g, A. Crowe^h, J.-L. Poulyⁱ

^a Service d'endoscopie gynécologique, polyclinique de Bordeaux, 145, rue du Tondu, 33000 Bordeaux, France

^b Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, université Pierre-et-Marie-Curie Paris-6, hôpital Tenon, Assistance publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^c Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Trousseau, 26, avenue du Docteur-Netter, 75012 Paris, France

^d Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital Bichat Claude-Bernard, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

^e Inserm U1018, centre de recherche en épidémiologie et sante des populations (CESP), 94805 Villejuif, France

^f Service de gynécologie-obstétrique, département de médecine et biologie de la reproduction, CHU Arnaud-de-Villeneuve, 371, avenue du Doyen-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

^g Institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif (IRCAD-EITS), hôpitaux universitaires de Strasbourg, BP 426, 67091 Strasbourg cedex, France

^h Corvus Communications Limited, On Track, Limes Lane, Buxted, TN22 4PB, Royaume-Uni

ⁱ Unité de FIV, pôle gynécologie obstétrique et reproduction humaine, CHU d'Estaing, 1, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 5 avril 2011

Accepté le 2 septembre 2011

Disponible sur Internet le 29 novembre 2011

Mots clés :

Français

Adhérences

Adhésiolyse

Gynécologie

Chirurgie

Prévention

RÉSUMÉ

Les adhérences constituent la complication la plus fréquente de la chirurgie abdominopelvienne et entraînent d'importants problèmes à court et long termes, comme infertilité, douleurs pelviennes chroniques et risque d'occlusions intestinales tout au long de la vie. Elles compliquent également toute intervention ultérieure avec un risque accru de morbi-mortalité. Leurs conséquences sont importantes non seulement en termes de qualité de vie, mais également de coûts sociaux et de dépenses de santé. Malgré les progrès des techniques chirurgicales, notamment le recours à la coelioscopie, l'impact sur les dépenses de santé des complications liées aux adhérences n'a pas évolué au cours des dernières années. L'adhésiolyse reste le principal traitement mais avec un risque fréquent de récurrence des adhérences. L'ampleur du problème posé par les adhérences a été longtemps sous-estimée. Cependant, il existe un nombre croissant d'arguments en faveur de mesures permettant de réduire l'impact des adhérences. S'ajoutant aux améliorations des techniques chirurgicales, les nouvelles stratégies de réduction des adhérences et les nouveaux agents anti-adhérentiels offrent une possibilité réaliste de diminuer la formation des adhérences et de limiter l'impact sur les patientes. Cet article est le premier d'une publication en deux volets offrant une vue d'ensemble exhaustive des données sur les adhérences qui a pour objectif de permettre au chirurgien gynécologue de mieux appréhender les adhérences, leur processus de développement et leurs conséquences pour les patientes et pour les systèmes de santé. Dans le second article, nous passons en revue les différentes stratégies visant à réduire l'impact des adhérences et à améliorer les résultats chirurgicaux.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Adhesions are the most frequent complications of abdominopelvic surgery, causing important short- and long-term problems, including infertility, chronic pelvic pain and a lifetime risk of small bowel obstruction. They also complicate future surgery with increased morbidity and mortality risk. They pose serious quality of life issues for many patients with associated social and healthcare costs. Despite advances in surgical techniques, including laparoscopy, the healthcare burden of adhesion-related complications has not changed in recent years. Adhesiolysis remains the main treatment although

Keywords:

Anglais

Adhesions

Adhesiolysis

Gynaecology

Surgery

Prevention

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : audebert@alienor.fr (A. Audebert).

adhesions reform in many patients. The extent of the problem of adhesions has been underestimated by surgeons and the health authorities. There is rising evidence however that surgeons can take important steps to reduce the impact of adhesions. As well as improvements in surgical technique, developments in adhesion-reduction strategies and new agents offer a realistic possibility of reducing adhesion formation and improving outcomes for patients. This paper is the first of a two-part publication providing a comprehensive overview of the evidence on adhesions to allow gynaecological surgeons to be best informed on adhesions, their development, impact on patients, health systems and surgical outcomes. In the second paper we review the various strategies to reduce the impact of adhesions and improve surgical outcomes to assist fellow surgeons in France to consider the adoption of adhesion reduction strategies in their own practice.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Après une chirurgie gynécologique, entre 60 et 90 % des patientes développent des adhérences [1]. Bien que les adhérences ne semblent pas constituer un problème majeur chez la plupart des patientes, leurs conséquences à court et long termes sont importantes pour un grand nombre d'entre elles, avec notamment des problèmes d'infertilité et, tout au long de la vie, un risque d'occlusion du grêle qui peut occasionner une morbidité importante, des coûts élevés et même une mortalité non négligeable. Les adhérences postopératoires compliquent également les interventions futures avec un risque de lésions digestives.

Par ailleurs, il est important de se rappeler qu'une récurrence des adhérences se produit chez la plupart des patientes (estimée à 55–100 %, moyenne 85 %), quelle que soit la méthode d'adhésiolyse utilisée et le type d'adhérence lysée [2].

Malgré les progrès des techniques chirurgicales, le retentissement des complications liées aux adhérences à la fois sur les patientes et en termes de dépenses de santé n'a pas évolué au cours des dernières années [3]. Bien que la coelioscopie ait été souvent considérée comme moins adhésiogène et entraînant moins d'adhérences de novo que la laparotomie, le taux comparatif de complications des adhérences suite à une chirurgie gynécologique par laparotomie ou par coelioscopie est similaire pour la plupart des interventions [3].

En 2007, un groupe d'experts de la Société européenne d'endoscopie gynécologique (ESGE) a publié des propositions de consensus concernant les adhérences postopératoires et leur prévention en chirurgie gynécologique [4,5]. Malgré ces propositions, il est manifeste que les adhérences restent un problème plutôt sous-estimé en France. Les auteurs ont donc décidé d'actualiser ces propositions lors de deux articles. Celui-ci comprend une revue actualisée pour situer les enjeux. Le second concernera la prise en charge thérapeutique eu égard aux études les plus récentes.

2. Développement et physiopathologie des adhérences

Les adhérences sont des accolements anormaux entre des tissus ou organes, qui se forment le plus souvent à la suite d'un traumatisme du péritoine. Le traumatisme peut être soit lié à une affection inflammatoire, telle qu'une endométriose ou une infection, soit directement imputable à la chirurgie. Les principaux traumatismes chirurgicaux sont dus à une inflammation, une ischémie, une irritation par des corps étrangers, une dessiccation des tissus, une lésion thermique (cautérisation ou diathermie), une infection, une exposition au contenu de l'intestin ou à la simple manipulation des tissus [6]. Le sang augmente également la formation d'adhérences [7].

Les adhérences peuvent être soit des adhérences primaires de novo qui apparaissent sur le site opératoire ou sur d'autres sites préalablement exempts d'adhérences, soit des adhérences secondaires qui se sont reformées sur le site de l'adhésiolyse.

Le péritoine est la membrane séreuse la plus étendue de l'organisme. Si la monocouche de cellules mésothéliales est

extrêmement sensible aux lésions, elle possède également des propriétés uniques de cicatrisation, à la condition qu'aucun événement ne vienne diminuer l'activité fibrinolytique et augmenter le stress oxydatif.

Bien que la pathogénie de la formation des adhérences soit un phénomène plurifactoriel complexe, sa compréhension est un élément crucial des stratégies de prévention des adhérences. Les adhérences commencent à se former dès l'apparition du traumatisme péritonéal au cours de l'intervention. Ceci déclenche alors une cascade de réactions inflammatoires entraînant la libération de différents éléments tels que le fibrinogène, les macrophages et les fibroblastes. Une matrice de fibrine se développe ensuite sur les surfaces lésées de la plaie. Dans les trois jours suivant la chirurgie et dans le cadre du processus de cicatrisation normal, elle finit par former un pont entre les surfaces tissulaires adjacentes. Des facteurs fibrinolytiques produits localement sont alors libérés, lesquels pourront dégrader tout ou partie de ce pont de fibrine en permettant au processus de cicatrisation de s'effectuer normalement. Cependant, un traumatisme tissulaire chirurgical, le sang, une infection, une ischémie ou une hypoxie peuvent restreindre cette fibrinolyse et entraîner alors la migration de fibroblastes et d'autres cellules par l'intermédiaire du pont de fibrine formé, laquelle générera la formation d'une adhérence au cinquième jour postopératoire [4,8].

Au cours d'une chirurgie coelioscopique, le pneumopéritoine au CO₂ peut également induire des effets indésirables incluant hypercapnie, acidose, hypoxie, hypothermie, dessiccation et autre agression des cellules mésothéliales, effets qui stimulent l'expression de différents facteurs, comme le *vascular endothelial growth factor* (VEGF) et les dérivés oxygénés qui agissent comme amplificateurs de la formation d'adhérences [5,9].

La relation hormones et adhérences est un sujet particulièrement mal connu que nous omettrons volontairement dans cet article.

Si l'étendue et la sévérité peuvent varier dans le temps en fonction des vaisseaux sanguins et des fibres nerveuses qui se développeront au sein de l'adhérence, sa formation débute pendant la chirurgie et elle est déterminée dans les trois à cinq jours suivant l'intervention [4]. Compte tenu de cette physiopathologie de la cicatrisation péritonéale, il paraît rationnel que la stratégie de réduction du risque adhésif soit axée sur des mesures à prendre durant l'intervention, ainsi qu'au cours des premiers jours suivant l'intervention. Il n'existe aucune donnée sur des moyens secondaires à ces périodes.

3. Épidémiologie des adhérences intra-abdominales

Une connaissance approfondie de l'épidémiologie et de l'impact significatif des adhérences abdominopelviques a été acquise au cours des dix dernières années grâce, entre autres, au travail du groupe Surgical and Clinical Adhesions Research (SCAR) [3,10]. La première étude menée par ce groupe chez 8489 femmes ayant subi une intervention chirurgicale gynécologique par laparotomie sans antécédents de chirurgie au cours des cinq années précédentes a montré qu'au cours des dix années suivant l'acte chirurgical, plus

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950000>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950000>

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