

Article original

Chirurgie du prolapsus : cœlioscopie ou voie basse ?

Surgical management of pelvic organ prolapse in women: Laparoscopic or vaginal sacrocolpopexy?

G. Descargues^{a,*}, P. Collard^{a,b}, P. Grise^b

^a Centre de pelvipérinéologie, clinique Saint-Hilaire, 2, place Saint-Hilaire, 76000 Rouen, France

^b Service d'urologie, CHU Charles-Nicolle, 1, rue de Germont, 76000 Rouen, France

Reçu le 11 février 2008 ; accepté le 28 mai 2008

Disponible sur Internet le 26 septembre 2008

Résumé

Objectif. – Comparer la tolérance et l'efficacité des abordages cœlioscopique et vaginal dans le traitement complet du prolapsus avec prise en charge systématique des trois compartiments et renfort prothétique.

Patientes et méthodes. – Étude rétrospective de 154 patientes opérées d'un prolapsus comportant au moins une atteinte du troisième degré sur l'un des compartiments. La chirurgie voie haute était réalisée par cœlioscopie avec hystérectomie subtotale, double prothèse synthétique fixée au promontoire et douglassectomie. La chirurgie voie basse était réalisée avec hystérectomie, colpopérinéorrhaphie antérieure à l'aide d'une prothèse biologique fixée par voie transobturatrice, sacrospinofixation unilatérale et colpopérinéorrhaphie postérieure. Le suivi a été effectué à six mois, puis tous les ans.

Résultats. – La technique cœlioscopique nécessite un temps opératoire plus important, mais permet des suites plus courtes. La découverte de trois carcinomes conforte l'idée de l'intérêt d'une chirurgie utérine radicale chez ces patientes. La tolérance des prothèses par voie cœlioscopique est bonne. Les prothèses biologiques, mises en place par voie vaginale, offrent les mêmes avantages. Les résultats anatomiques, à moyen terme (30 mois), semblent plus favorables à la voie cœlioscopique qu'à la voie vaginale, ainsi que les résultats fonctionnels, mais ceux-ci restent à mieux évaluer.

Discussion et conclusion. – Les deux voies d'abord doivent coexister, idéalement sans se concurrencer mais plutôt en se complétant, car le taux global de récurrences nécessitant un complément chirurgical, n'excède pas 2 %. Il est donc important que les chirurgiens du prolapsus aient une formation complète cœlioscopique et vaginale.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objective. – To compare the safety and the efficacy of the laparoscopic and vaginal technique for the surgical management of pelvic organ prolapse, with systematic support of the three compartments and prosthetic reinforcements.

Patients and methods. – Retrospective study of 154 patients presenting a stage 3 or 4 prolapse on one of the three compartments. Laparoscopic procedures were performed with subtotal hysterectomy, double synthetic prosthesis attached to promontory, and douglassectomy. Vaginal procedures were performed with vaginal hysterectomy, anterior colporrhaphy with a hammock using porcine skin collagen implant fixed by transobturator passages, unilateral sacral colpopexy and posterior colporrhaphy. Monitoring was performed at six months and then annually.

Results. – The laparoscopic technique requires a more important operating time, but a shorter hospitalization. The discovery of three carcinoma reinforces the idea of the interest of uterine radical surgery in these patients. The tolerance of prostheses by laparoscopy is safe. The biological prostheses, introduced vaginally, offer the same advantages. The anatomical results in the medium term (30 months) seem more favorable to laparoscopy than transvaginal approach, as well as functional results but they still need to be better evaluated.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : drdescargues@hotmail.com (G. Descargues).

Discussion and conclusion. – The two techniques must coexist, ideally without competing with each other but rather complementarily, as the overall rate of recurrence, requiring additional procedure does not exceed 2%. It is therefore important that surgeons, who support prolapse, have a good comprehensive training of the laparoscopic and vaginal techniques.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Prolapsus génital ; Étude comparative ; Technique chirurgicale ; Promontofixation ; Chirurgie vaginale

Keywords: Pelvic organ prolapse; Comparative study; Surgical procedure; Sacrocolpopexy; Transvaginal surgery

1. Introduction

Le prolapsus est une pathologie très fréquente, puisque le risque pour une femme de subir une intervention, pour le traitement d'un trouble de la statique pelvienne, est environ de 10 % pour une espérance de vie de 80 ans [1]. Les données épidémiologiques soulignent l'importance de la qualité du traitement chirurgical initial car, jusqu'à présent, environ 30 % de ces patientes sont opérées plusieurs fois [2,3].

Actuellement, la place et les indications respectives de l'approche cœlioscopique ou vaginale dépendent plus des habitudes et des convictions du chirurgien que des dégâts anatomiques et des caractéristiques de la patiente. Ce, même s'il semble évident que le risque de complications est peut-être sous-estimé et sera, à l'avenir, le facteur essentiel de choix de la méthode chirurgicale.

Afin d'essayer de faire progresser la réflexion sur le choix de la voie d'abord, nous avons comparé les abords cœlioscopique et vaginal, dans le traitement complet du prolapsus, avec prise en charge systématique des trois compartiments et renfort prothétique, à l'aide d'une étude rétrospective, en étudiant la faisabilité, la morbidité et les résultats, à court et moyen terme.

2. Patientes et méthodes

Pendant une période de trois ans, de janvier 2003 à décembre 2005, 154 patientes ont été opérées, par un opérateur en secteur non universitaire, d'un prolapsus symptomatique comportant au moins une atteinte du troisième degré, selon la classification ICS [4], sur l'un des trois compartiments.

L'évaluation préopératoire a systématiquement comporté un interrogatoire spécifique avec étude sur le retentissement fonctionnel urinaire, sexuel et digestif, un double examen clinique urogynécologique en position gynécologique en poussée maximale, un frottis cervicovaginal, une échographie pelvienne et un bilan urodynamique.

Le choix stratégique opératoire a été fondé sur le principe de la prise en charge systématique des trois compartiments avec, en particulier, un renfort prothétique du compartiment antérieur, associé à une hystérectomie, en absence de projet de grossesse.

La chirurgie voie haute a été réalisée par cœlioscopie avec une hystérectomie subtotale, associée à une annexectomie bilatérale en cas de ménopause, la mise en place d'une double prothèse synthétique de polyester type Mersuture® (Ethicon™), antérieure et postérieure, fixée au promontoire et une douglasectomie. La chirurgie voie basse a comporté une colpohystérectomie avec une colpopérinéorrhaphie antérieure à

l'aide d'une prothèse biologique de collagène réticulé Pelvicol® (Bard) fixée par voie transobturatrice comme précédemment décrit par les auteurs [5], une sacrospinofixation unilatérale selon Richter et une colpopérinéorrhaphie postérieure par une myorrhaphie.

En cas d'incontinence urinaire d'effort, patente ou masquée, une prise en charge par une bandelette sous-urétrale TOT in-out I-Stop® (CL-Medical) a été réalisée au cours du même temps opératoire.

Un sondage urinaire par sonde Foley a été mis en place au début de chaque procédure et maintenu 24 à 48 heures. Une antibioprophylaxie peropératoire (céfazoline 2 g) a systématiquement été administrée.

Les patientes recevaient comme consigne de se reposer pendant deux semaines, avec une reprise de travail éventuelle à quatre semaines, et de reprendre l'activité sportive et sexuelle à six semaines.

Le suivi a été réalisé à six semaines, six mois, puis tous les ans. À chaque visite, un interrogatoire spécifique détaillé a été réalisé, en particulier sur le retentissement fonctionnel urinaire, sexuel et digestif, ainsi qu'un examen clinique urogynécologique en position gynécologique en poussée maximale.

Les résultats anatomiques ont été définis comme optimaux en cas de stade inférieur ou égal à 1 et satisfaisants en cas de stade 2 non symptomatique. Les échecs ont été définis par la récurrence d'un prolapsus symptomatique et/ou de degré supérieur ou égal à 3.

3. Résultats

L'analyse des résultats, avec un suivi minimum de 12 mois, a pu être réalisée auprès de 154 patientes, avec une moyenne de suivi de 30,3 mois. La moyenne d'âge était de 64 ans ($\pm 10,6$). Onze patientes avaient déjà bénéficié d'une chirurgie pour prolapsus (7,1 %) et 23 avaient subi une hystérectomie (14,9 %).

Quatre-vingt-onze patientes ont bénéficié d'un traitement cœlioscopique et 63 d'un traitement par voie vaginale. Les caractéristiques précises de ces deux sous-populations sont rapportées dans le **Tableau 1**. Il faut noter qu'il existe des différences significatives entre les caractéristiques des deux sous-populations avec sensiblement des patientes plus âgées, avec plus d'antécédents chirurgicaux et des prolapsus plus importants dans le sous-groupe de la voie vaginale.

Le temps opératoire moyen a été de 150 minutes (de 80 à 210), supérieur pour la voie cœlioscopique. En revanche, la durée d'hospitalisation moyenne de 3,4 jours (de deux à huit jours) a été supérieure pour la voie vaginale.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950183>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950183>

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