

Article original

Traitement chirurgical du prolapsus du quatrième âge. À propos d'une série continue de 43 cas

Surgical treatment for genital prolapse in the very elderly: A continuous series of 43 patients

G. Rathat^{a,*}, C. Yazbeck^b, M. Ebrard^b, J. Guglielminotti^d,
I. Levin^c, P. Madelenat^b

^a Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Arnaud-de-Villeneuve, CHU ADV, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34000 Montpellier cedex 5, France

^b Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bichat-Claude-Bernard, AP-HP, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

^c Department of gynecology, Lis Maternity Hospital, Tel-Aviv Sourasky Medical Center, 6, Weizman street, 62349 Tel-Aviv, Israël

^d Service d'anesthésie-réanimation, hôpital Bichat-Claude-Bernard, AP-HP, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

Reçu le 25 mai 2008 ; accepté le 2 juin 2008

Disponible sur Internet le 22 juillet 2008

Résumé

Objectifs. – Évaluation de la prise en charge chirurgicale du prolapsus génital chez les patientes âgées de 75 ans, et plus.

Patients et méthodes. – Série rétrospective continue de 43 patientes opérées pour prolapsus génital entre mars 2001 et octobre 2006. Étude de la morbi-mortalité, des résultats anatomiques, et évaluation du retentissement uro-proctologique. Dix-neuf patientes (44 %) ont pu être interrogées sur leur qualité de vie et leur satisfaction, à distance de l'intervention par un examinateur indépendant.

Résultats. – La morbidité générale secondaire à cette prise en charge chirurgicale est faible et la mortalité nulle. La durée moyenne de séjour est de cinq jours. Les résultats anatomiques sont bons, sans conséquences néfastes sur la sphère uro-proctologique. Deux grandes options chirurgicales ont été comparés : les interventions avec occlusion vaginale (colpohystérectomie vaginale) (23 cas, 53,5 %) et les techniques conservant la perméabilité vaginale (20 cas, 46,5 %). Les résultats et la morbidité secondaire à court terme sont équivalents dans ces deux techniques. Lors de l'évaluation à distance, 79 % des patientes estiment que leur intervention a amélioré leur qualité de vie.

Discussion et conclusion. – La prise en charge chirurgicale par voie vaginale des prolapsus chez les patientes, âgées de plus de 75 ans, semble être une option thérapeutique raisonnable. L'évaluation postopératoire montre un bon résultat anatomique et fonctionnel dans la grande majorité des cas.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objectives. – To evaluate surgical treatment for genital prolapse in patients over the age of 75.

Patients and methods. – This is a continuous retrospective series of 43 patients operated for genital prolapse between March 2001 and October 2006. Surgical outcomes in terms of anatomical correction as well as urological and proctological results were analyzed. Morbidity and mortality studies were carried out. A satisfaction and quality of life assessment was carried out among 19 patients (44%) by an independent researcher at a distance from the intervention.

Results. – Morbidity attributable to the surgery was minimal, with no cases of mortality. Mean hospital stay was five days. Anatomical correction was good without troubling urological or proctological consequences. Two surgical options were compared: surgery with vaginal occlusion in 23 patients (53.5%) and vaginal conserving surgery in 20 patients (46.5%). Surgical outcomes and morbidity were equivalent in the two groups. Seventy-nine percent of patients surveyed at a distance from the interventions estimated that the procedure had improved their quality of life.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gauthier12@gmail.com (G. Rathat).

Discussion and conclusion. – Surgical treatment for genital prolapse in the very elderly population is a reasonable therapeutic option. Postoperative evaluation demonstrates good anatomical as well as functional results in the majority of cases.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Prolapsus génital ; Chirurgie ; Patiente âgée

Keywords: Uterine prolapses; Vaginal prolapse; Surgery; Aged patient

1. Introduction

En 2000, 8 % de la population française avait plus de 75 ans et les femmes représentaient deux tiers de cette catégorie d'âge. Les projections démographiques actuelles prévoient qu'entre 1995 et 2040, cette population devrait augmenter de 240 % [1]. Or les principaux facteurs de risque du prolapsus génital sont connus : accouchements par voie vaginale, surpoids et âge avancé. Ainsi, on estime qu'à l'âge de 80 ans, 7 % des femmes auront été opérées d'un prolapsus [2]. Traditionnellement, deux types de prise en charge sont possibles : la chirurgie ou le pessaire. La chirurgie du prolapsus peut être réalisée par voie abdominale ou par voie vaginale, en utilisant des tissus autologues ou du matériel prothétique, en excluant ou en conservant la perméabilité vaginale. Historiquement, le traitement par pessaire était proposé aux patientes refusant la chirurgie ou à celles dont les co-morbidités incitaient à renoncer à l'acte chirurgical. Les progrès de l'anesthésiologie et le bon état général habituel de ces patientes âgées permettent aujourd'hui plus qu'avant d'envisager leur prise en charge chirurgicale.

Nous avons étudié les conséquences sur la morbidité et la mortalité, ainsi que les résultats anatomiques et fonctionnels de la chirurgie du prolapsus chez les patientes du quatrième âge.

2. Patientes et méthodes

2.1. Patientes

Quarante-trois patientes, âgées de 75 ans ou plus, ont été opérées dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard, entre mars 2001 et octobre 2006, pour prolapsus génital. L'âge moyen des patientes au moment de l'intervention était de 80 ans ($80,53 \pm 3,98$ [75–92]), la parité de 2,80 ($\pm 2,29$) [0–12]. La morbidité préopératoire de ces patientes a été évaluée par le score ASA [3]. Six patientes étaient ASA I, 24 patientes souffraient d'une maladie systémique non invalidante (ASA II), dix patientes d'une pathologie invalidant les fonctions vitales (ASA III). Dans trois dossiers, l'absence de données sur les antécédents des patientes ne nous a pas permis d'évaluer leur morbidité générale. Les principales co-morbidités médicales étaient : l'hypertension artérielle ($n = 23$, 57,5 %), le diabète ($n = 5$, 12,5 %), les troubles respiratoires ($n = 5$, 12,5 %), à l'origine d'un score ASA moyen à 2,1 ([0,63]/1–3). La classification utilisée pour la description des prolapsus est celle de Baden et al. [4]. Dans ce groupe de patientes très âgées, on remarque que les altérations des étages antérieur et moyen sont majoritairement de grade élevé : 74 % des cystocèles et 57 % des hystéroptoses sont de grade 3 et 4. Les rectocèles sont majoritairement de grade 1

(pour 38 % des patientes). Une incontinence urinaire d'effort était présente chez 17 patientes (soit 46 %, du fait de six données manquantes).

2.2. Méthodes

2.2.1. Méthodes chirurgicales

Ces patientes ont toujours été opérées par voie vaginale : soit en oblitérant la cavité vaginale (chirurgie oblitérante (CO), groupe 1), soit en la conservant (chirurgie conservant la perméabilité vaginale (CPV), groupe 2). La colpohystérectomie vaginale selon Rouhier [5] était réservée aux patientes ayant renoncé définitivement à toute activité sexuelle vaginale (CO, $n = 23$) (Tableau 1). Dans le cas contraire (CPV, $n = 20$), l'étage antérieur fut traité soit par une plicature sous uréthro-vésicale ($n = 5$, 25 % des patientes de ce groupe), soit par la mise en place d'une prothèse sous-vésicale transobturatrice ($n = 11$, 55 % des patientes de ce groupe). Dans quatre cas, aucun geste n'a été réalisé sur cet étage. Pour l'étage moyen, huit sacrospinofixations (40 % des patientes de ce groupe) ont été pratiquées, et, dans 12 cas, aucune correction n'a été portée à l'étage moyen. Treize patientes du groupe CPV ont bénéficié d'une correction de l'étage postérieur, selon les modalités suivantes : une cure isolée d'élytrocèle, et 12 myorrhaphies des releveurs dont cinq associées à une plicature du fascia prérectal (Tableau 1). Sept bandelettes sous-urétrales (BSU) ont été associées aux CPV et dix aux CO. La presque totalité de ces

Tableau 1
Techniques chirurgicales

CPV		$n = 20$	%
Étage antérieur	PSU	5	25
	HSV	11	55
Étage moyen	SSF	8	40
	Hystérectomie	9	45
	Utérus laissé en place	6	30
Étage postérieur	Cure d'élytrocèle	1	5
	MRA	5	25
	MRA + PPR	7	35
BSU		7	35
CO		$n = 23$	%
Hystérectomie		21	91
Cure d'élytrocèle		4	17
MRA		10	43,5
BSU		10	43,5

PSU : plicature sous urétrale (*sub-urethral plication*) ; HSV : Hamac sous vésical (*cystocele repair with mesh*) ; SSF : sacrospinofixation (*sacro-spinous-fixation*) ; PPR : plicature prérectal (*pre-rectal fascia plication*) ; MRA : myorrhaphie des releveurs de l'anus (*Levator Anii Plication*).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950283>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950283>

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