

Article original

Suspension du fond du vagin par bandelette transobturatrice postérieure

Vaginal vault suspension by posterior transobturator sling

G. Mellier*, W. Gertych, G. Lamblin, P. Chabert, P. Mathevet

Service de gynécologie, hôpital Édouard-Herriot, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France

Reçu le 23 février 2007 ; accepté le 11 mai 2007

Disponible sur internet le 14 juin 2007

Résumé

Objectif. – Étude de faisabilité et de sécurité d'une nouvelle procédure chirurgicale de suspension du fond vaginal par une bandelette de polypropylène placée dans la cloison rectovaginale par voie transobturatrice postérieure.

Patientes et méthodes. – Étude longitudinale, de mars 2002 à janvier 2006, des patientes opérées selon cette technique. Le suivi postopératoire comportait un interrogatoire et un examen clinique à deux, six et 12 mois puis tous les ans. Le suivi minimal requis était de 12 mois en janvier 2007.

Résultats. – Soixante-dix-huit patientes ont été incluses. En peropératoire, nous avons déploré trois cas de complication hémorragique ne nécessitant pas de transfusion sanguine et avec des suites postopératoires simples. La durée d'hospitalisation a été en moyenne de cinq jours (trois-neuf jours). Le suivi moyen est de 20,36 mois (12–48 mois). Nous avons observé six cas d'échec dans le compartiment médian (8 %) et deux cas de récurrence antérieure (2 %). Il n'y a eu aucune récurrence dans le compartiment postérieur. Une dyspareunie modérée est notée dans 13 % des cas, handicapante chez deux patientes. Nous n'avons observé aucune érosion.

Discussion et conclusion. – L'analyse de notre expérience montre que la suspension de la voûte vaginale par voie transobturatrice postérieure est une procédure simple et sûre. Cette étude nous permet de constater une bonne efficacité à moyen terme, dont la poursuite devrait confirmer les résultats à long terme.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objective. – A study on the feasibility and safety of a new surgical procedure of vaginal vault suspension using a polypropylene mesh placed in the uterovaginal septum by a posterior transobturator approach.

Patients and methods. – Longitudinal study from March 2002 to January 2006 of patients treated by this new surgical procedure. Postoperative visits, including an interview and a physical examination were made at two, six and 12 months and annually thereafter. The minimal required follow-up time was 12 months up to January 2007.

Results. – Seventy-eight patients were included. Three cases of intraoperative bleeding occurred. In these cases no transfusion was required and no complications were observed later on. The mean hospital stay was five days (range 3–9). The mean follow-up time was 20.36 months (range 12–48). Six recurrences were observed in the medial compartment (8%) and two anterior recurrences (2%). There was no recurrence in the posterior compartment. New-onset moderate dyspareunia was noted in 13% of the cases and a severe in two cases. No erosion occurred.

Discussion and conclusion. – The analysis of our experience shows that vaginal vault suspension by posterior transobturator approach is a safe and simple procedure, and demonstrates its median efficacy. Further, this study should confirm these results over the long-term follow-up.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Prolapsus génital ; Bandelette transobturatrice postérieure ; Richter ; Promontofixation ; IVS postérieure

Keywords: Genital prolapse; Posterior transobturator sling; Richter; Sacral colpopexy; Posterior IVS

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : georges.mellier@chu-lyon.fr (G. Mellier).

1. Introduction

Le prolapsus du fond du vagin est un désordre anatomique toujours difficile à traiter. Il peut être observé dans différentes situations cliniques.

Une faiblesse du complexe ligamentaire sacrocardinal peut se produire chez les patientes hystérectomisées (jusqu'à 45 %) [1]. Le vagin se retourne en doigt de gant avec une élytrocèle par retournement.

Dans d'autres circonstances, la cloison rectovaginale se dédouble et il se produit une élytrocèle par glissement ou une rectocèle haute.

Enfin, il peut s'agir d'une absence de fixité du fond vaginal chez des patientes dont l'utérus présente une hystérocèle sévère de degré 3 et 4 [2].

Trois types d'intervention sont proposés pour traiter ces désordres. La sacrospinofixation selon Richter est l'intervention de référence par la voie vaginale. Elle a un taux de succès qui peut aller jusqu'à 97 % [3]. La promontofixation peut être réalisée par laparotomie ou cœlioscopie. Elle est efficace dans 80–100 % des cas [4,5]. La fixation par bandelette synthétique mise en place par la voie transglutéale (*posterior, intravaginal slingplasty* [IVS]) est la plus récente avec de bons résultats puisque son taux de récurrence ne dépasse pas 5 % [6].

Nous proposons une nouvelle procédure chirurgicale qui consiste à suspendre le fond vaginal par une bandelette de polypropylène placée dans la portion haute de la cloison rectovaginale par la voie transobturatrice postérieure à l'aide d'aiguilles hélicoïdales (Fig. 1). Il s'agit d'une étude préliminaire de faisabilité, de sécurité et de suivi à moyen terme.

2. Patientes et méthodes

Nous avons effectué une étude longitudinale des patientes opérées entre mars 2002 et janvier 2006 selon cette procédure chirurgicale dans le service de gynécologie de l'hôpital Édouard-Herriot à Lyon (France). Nous avons dénommé cette technique : Tension-free-Obturator-Vault suspension (TOV)



Fig. 1. Bandelette de polypropylène tricôté et aiguilles hélicoïdales.

par analogie avec les autres interventions effectuées en *tension-free*.

2.1. Technique réalisée

La stabilisation du fond vaginal par la voie obturatrice postérieure est effectuée en cas de prolapsus du dôme vaginal. Elle peut également faire suite à une hystérectomie et/ou un traitement d'une cystocèle. Il est possible de la réaliser avec conservation de l'utérus. La procédure pourra être associée au traitement d'une rectocèle moyenne ou basse par plicature prérectale et périnéomyorrhaphie.

2.1.1. Premier temps : ouverture et dissection vaginale

La colpotomie médiane longitudinale intéresse le tiers supérieur du vagin ou le cul-de-sac de Douglas en arrière de l'utérus en cas de conservation de celui-ci. Les berges du vagin sont saisies dans des pinces à lambeau. La dissection supérieure est faite avec isolement du sac d'élytrocèle lorsque celle-ci est présente ou de la face antérieure de l'ampoule rectale en cas de rectocèle haute. Le sac péritonéal est ouvert, disséqué le plus haut possible puis fermé par une bourse.

Les fosses pararectales sont ouvertes en introduisant les ciseaux entre le vagin et le rectum. Ce plan étant bien individualisé, on progresse en profondeur vers l'épine sciatique. La voie est la même que pour la spinofixation selon Richter, mais avec une dissection plus limitée. On peut vérifier, si nécessaire, avec une valve étroite que le passage est bien dans le bon plan entre rectum en dedans et muscle releveur en dehors (Fig. 2). La seule descente de l'index jusqu'à l'épine sciatique suffit pour palper les muscles releveurs et le relief de l'épine en profondeur.

2.1.2. Deuxième temps : passage des aiguilles et mise en place de la bandelette

L'index de la main droite palpe l'ischion et, au-dessus, une zone fibreuse correspondant à l'insertion basse du muscle adducteur. Le point d'entrée est situé en amont dans la partie externe du trou obturateur. Ce point est dans le pli entre la

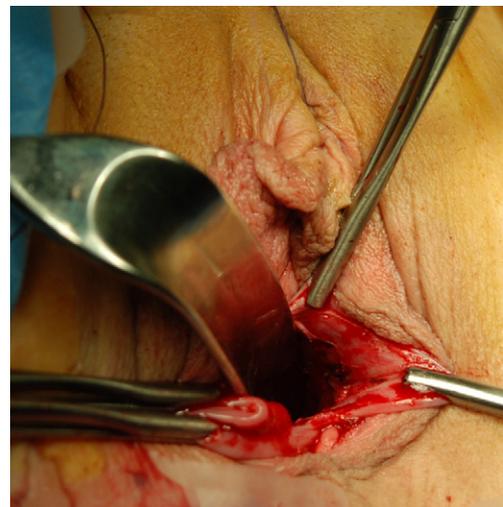


Fig. 2. Ouverture de la fosse pararectale gauche.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950808>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950808>

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