



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Cœlioscopie monotrocart versus micro-cœlioscopie dans la chirurgie annexielle bénigne : résultats d'une étude pilote non randomisée

Single-port versus mini-laparoscopy in benign adnexal surgery: Results of a not randomized pilot study

V. Peretti^{a,*}, E. Chereau^d, E. Lambaudie^c, F. Greco^b, M. Butarelli^c, C. Jauffret^c,
S. Rua-Ribeiro^c, G. Houvenaeghel^c

^a Centre hospitalier de Salon-de-Provence, 207, avenue Julien-Fabre, 13300 Salon-de-Provence, France

^b CHU Nord, chemin des Bourrely, 13015 Marseille, France

^c Institut Paoli-Calmettes, 232, boulevard Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

^d Hôpital Saint-Joseph, 26, boulevard Louvain, 13285 Marseille cedex 08, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 26 novembre 2015

Accepté le 5 août 2016

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Cœlioscopie
Monotrocart
Micro-cœlioscopie
Annexectomie
Chirurgie annexielle

Keywords:

Laparoscopy
Monotrocart
Micro-laparoscopy
Oophorectomy
Adnexal surgery

R É S U M É

Objectif. – Réaliser une étude préliminaire comparant les douleurs postopératoires et les complications per- et postopératoires entre la micro-cœlioscopie et la cœlioscopie monotrocart en chirurgie annexielle non carcinologique.

Méthodes. – Toutes les patientes devant bénéficier d'une chirurgie annexielle bénigne ont été incluses de façon prospective de février à mai 2014. Les pressions d'insufflation, l'infiltration des orifices de trocart par un anesthésique local, la prescription d'antalgiques postopératoire ont été standardisés. Les complications per- et postopératoire, le type et la durée d'hospitalisation ainsi que l'EVA et la consommation d'antalgique ont été relevés.

Résultats. – Neuf patientes ont été incluses sans le groupe monotrocart versus 7 dans le groupe micro-cœlioscopie. Il n'y avait pas de différence concernant les complications per- et postopératoires, sur le type et la durée d'hospitalisation, ainsi que sur la satisfaction cosmétique. Il existait cependant une différence significative concernant l'EVA à j2 (2,15 vs 4,08, $p = 0,04$) et la consommation d'antalgiques à j0 ($p = 0,04$), j1 ($p = 0,04$), j2 ($p = 0,02$) et j3 ($p = 0,01$), au bénéfice de la micro-cœlioscopie.

Discussion et conclusion. – Malgré un effectif de patientes faible, la micro-cœlioscopie semble présenter un avantage significatif sur la cœlioscopie monotrocart concernant les douleurs postopératoires en chirurgie annexielle bénigne.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objective. – Carry out a preliminary study comparing postoperative pain and intraoperative and postoperative complications between micro-laparoscopy and laparoscopic monotrocart non-oncological adnexal surgery.

Methods. – All patients who should benefit from a benign adnexal surgery were included prospectively from February to May 2014. The insufflation pressure, infiltration of trocar holes with a local anesthetic, postoperative analgesics were prescribed standardized. Operative and postoperative complications, type and length of hospital stay as well as EVA and analgesic consumption were recorded.

Results. – Nine patients were included in monotrocart group versus 7 in the micro-laparoscopy group. There were no differences in operative and postoperative complications, the type and length of hospital stay, as well as cosmetics satisfaction. However, there was a significant difference in the VAS to D2

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : veronique.peretti@hotmail.fr (V. Peretti).

(2.15 vs. 4.08, $P = 0.04$) and analgesic consumption at D0 ($P = 0.04$), D1 ($P = 0.04$), D2 ($P = 0.02$) and D3 ($P = 0.01$), for the benefit of micro-laparoscopy.

Discussion and conclusion. – Despite an enrollment of patients low, micro-laparoscopy appears to have a significant advantage over the monotrocart laparoscopy for postoperative pain in benign adnexal surgery.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La faisabilité et la sécurité de la cœlioscopie dans bon nombre d'indications chirurgicales, et notamment dans la chirurgie annexielle non carcinologique n'est plus à démontrer [1,2]. Elle présente en plus d'un avantage cosmétique évident des avantages non négligeables en matière de douleur, durée d'hospitalisation et de morbidité postopératoire.

Plusieurs « variantes » techniques de cœlioscopie ont été développées : la cœlioscopie traditionnelle (trocart de 5 à 12 mm), la micro-cœlioscopie (trocart de 3 mm) et la cœlioscopie monotrocart (orifice cutané unique avec introduction de plusieurs instruments au sein du trocart unique).

L'abord monotrocart serait associé à des douleurs postopératoires immédiates moins importantes par rapport à la cœlioscopie traditionnelle dans la chirurgie annexielle bénigne [3] et pour les hystérectomies totales [4].

Par ailleurs, la micro-cœlioscopie, comparée à la cœlioscopie traditionnelle, serait associée à des douleurs postopératoires moins importantes les 24 premières heures [5], une durée d'hospitalisation plus courte [6] et une satisfaction cosmétique supérieure [7].

Les études prospectives ou rétrospectives comparant la micro-cœlioscopie à la cœlioscopie monotrocart sont peu nombreuses en chirurgie gynécologique [8], et aucune donnée n'est disponible concernant la chirurgie annexielle bénigne.

Dans le domaine de la cancérologie gynécologique, la chirurgie annexielle fait partie des procédures fréquemment réalisées, du fait de l'indication d'annexectomie bilatérale prophylactique chez les patientes présentant un sur-risque de développer un cancer de l'ovaire [2].

Nous avons voulu évaluer et comparer ces deux techniques chirurgicales pour la chirurgie annexielle non carcinologique (micro-cœlioscopie versus cœlioscopie monotrocart).

Nous avons donc réalisé une étude préliminaire prospective intitulée « ANTATROC » à l'institut Paoli-Calmettes (IPC) sur un échantillon de 16 patientes, visant à comparer ces deux techniques et à évaluer leur faisabilité dans la chirurgie annexielle non carcinologique.

Le critère de jugement principal était la douleur et la consommation d'antalgiques pendant la première semaine de la période postopératoire, puis lors de la consultation postopératoire.

Les critères de jugement secondaire étaient les complications peropératoires (durée opératoire, pertes sanguines, transfusion, ajout de trocart, laparotomie). Par ailleurs, la satisfaction de la patiente sur le plan cosmétique était évaluée à la consultation postopératoire.

2. Méthodes

Toutes les patientes hospitalisées dans le service, devant bénéficier d'une chirurgie annexielle (annexectomie uni ou bilatérale, fimbriectomie, kystectomie intrapéritonéale) par voie cœlioscopique de type monotrocart ou micro-cœlioscopie et répondant aux critères d'inclusion étaient éligibles.

2.1. Critères d'inclusion

Les patientes présentant les caractéristiques suivantes étaient incluses :

- âge ≥ 18 ans ;
- indice de performance OMS 1 ou 2 ;
- patiente capable de lire, d'écrire et de comprendre le français ;
- affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale ;
- obtention du consentement éclairé écrit, signé et daté.

2.2. Critères de non inclusion

Les patientes étaient récusées dans les cas suivants :

- patiente présentant une contre-indication à la cœlioscopie ;
- patiente présentant des antécédents documentés de troubles cognitifs ou psychiatriques ;
- patiente ne pouvant pas être suivi pour des raisons familiales, sociales, géographiques ;
- patiente privée de liberté par décision de justice ou administrative ;
- participation à un autre essai clinique thérapeutique chirurgical interférant avec l'évaluation du critère principal.

Le protocole de l'étude a été validé par le Département de la recherche clinique et de l'innovation de l'IPC et a été déclarée à la CNIL (n° 1855260 v 0).

Les chirurgiens réalisant la chirurgie gynécologique pelvienne au sein du centre IPC ont donné leur accord pour participer à cette étude. Les patientes devant bénéficier d'une chirurgie annexielle par voie cœlioscopique étaient programmées pour une cœlioscopie monotrocart ou micro-cœlioscopique à la discrétion du chirurgien.

L'abord monotrocart était réalisé avec le dispositif Gelpoint® (Applied medical) en transombilical. Pour la micro-cœlioscopie, le trocart d'optique de 10 mm était placé en sus-, sous- ou transombilical, deux trocart de 3 mm étaient placés en fosse iliaque droite et en fosse iliaque gauche.

À l'entrée dans le service, la veille de l'intervention chirurgicale dans le cas de l'hospitalisation traditionnelle ou le matin de l'intervention dans le cas de la chirurgie ambulatoire, les patientes éligibles recevaient une information orale et écrite relative à l'intérêt et au déroulement de l'étude et étaient incluses après signature du consentement éclairé le cas échéant (Annexe 1).

Avant la chirurgie, la check-list préopératoire précisait la participation de la patiente au protocole ANTATROC, rappelait la pression d'insufflation maximale limitée à 12 mmHg et l'infiltration du(des) orifice(s) de trocart(s) par un anesthésique local (NAROPINE®).

Les données peropératoires recueillies étaient :

- le type d'incision pratiquée avec le diamètre et la localisation des trocart ;
- la présence d'adhérences nécessitant une adhésiolyse ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696175>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696175>

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