Progrès en urologie (2013) **23**, 1482—1488

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

ARTICLE ORIGINAL

Impact de l'indice de masse corporelle sur les résultats de la promontofixation robot-assistée : étude comparative rétrospective

Influence of body mass index on the outcomes of robotic-assisted laparoscopic: A comparative retrospective study

D. Menzella*, T. Thubert, M. Joubert, B. Lauratet, P. Kouchner, J.-P. Lefranc

Service de chirurgie générale viscérale endocrinienne et gynécologique, groupe hospitalier La Pitié-Salpétrière, AP—HP, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France

Reçu le 2 août 2013 ; accepté le 29 août 2013

MOTS CLÉS
Prolapsus génital ;
Obésité ;
Chirurgie robot-assistée ;
Promontofixation ;
Laparoscopie

Résumé
But. — L'augmentation conjointe de l'incidence des patientes ayant recours à une chirurgie du prolapsus et de l'obésité nous oblige à évaluer l'impact de l'indice de masse corporelle (IMC) sur les techniques chirurgicales utilisées pour traiter un prolapsus génital. Le but de notre étude était de rechercher un impact de l'IMC sur la technique de promontofixation robot-assistée (PMFR).
Matériels. — Étude rétrospective comparative monocentrique d'une cohorte de 56 femmes opérées d'une PMFR entre 2009 et 2013. Les patientes étaient réparties en 3 groupes selon leur IMC (kg/m^2) : IMC < 25 ($n = 28$) ; 25 ≤ IMC < 30 ($n = 16$) ; IMC ≥ 30 ($n = 12$). Les paramètres opératoires, résultats et complications à court terme ont été évalués selon l'IMC.
Résultats. — L'IMC était de 22,5 kg/m^2 dans le groupe 1, 26,1 kg/m^2 dans le groupe 2 et 31,6 kg/m^2 dans le groupe 3 ($p < 0{,}001$). La durée opératoire était respectivement dans le groupe 1, 2 et 3 de 250 minutes (130—380), 230 minutes (150—410) et 255 minutes (170—370) ($p = 0{,}689$). La durée du séjour hospitalier était de 4 jours dans les 3 groupes ($p = 0{,}562$). Seule une laparo-conversion dans le groupe 3 a été rapportée ($p = 0{,}214$). Le taux de complications était similaire avec respectivement 3/28, 0/16 et 0/12 dans les groupes 1, 2 et 3. Les résultats anatomiques à

* Auteur correspondant.
Adresses e-mail : del.menzella@gmail.com, del.menzella@hotmail.fr (D. Menzella).

1166-7087/$ — see front matter © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.08.327

court terme étaient identiques dans les 3 groupes avec une correction anatomique satisfaisante (ICS POP-Q < 2) dans 100 % des cas.
Conclusion. — Dans cette courte série, nous avons observé un taux similaire de complications et une durée opératoire similaire quel que soit l'IMC.
Niveau de preuve. — Niveau 4.
© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Pelvic organ prolapse;
Obesity;
Robot-assisted surgery;
Sacrocolpopexy;
Laparoscopy

Summary
Objective. — The aim of our study was to assess the impact of body mass index (BMI) on a robot-assisted laparoscopic sacrocolpopexy (RALS) to treat genital prolapse.
Methodology. — The study focused on a group of 56 women who went through a robot-assisted laparoscopic sacrocolpopexy (RALS) between 2009 and 2013. Patients were divided into 3 groups according to their BMI (kg/m^2): BMI < 25 (n = 28), 25 ≤ BMI < 30 (n = 16), BMI ≥ 30 (n = 12). The operating parameters, results and short-term complications were analysed according to the patients' BMI.
Results. — The median BMI was 22.5 kg/m^2 in group 1, 26.1 kg/m^2 in group 2, and 31.6 kg/m^2 in group 3 (P < 0.001). The operation time was respectively 250 minutes (130—380), 230 minutes (150—410) and 255 minutes (170—370), for groups 1, 2 and 3 (P = 0.689). The 3 groups spent 4 days in the hospital (P = 0.562). Only one laparotomy in group 3 was reported (P = 0.214). The rate of early complications was similar in groups 1, 2 and 3 with 3/28, 0/16 and 0/12 respectively. Anatomical short-term results were identical in the 3 groups with a satisfactory anatomical correction in 100% of all cases (ICS POP-Q < 2).
Conclusion. — In this small group, we observed that the BMI had no impact neither on the operation time nor on the rate of complication.
© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le prolapsus génital est une pathologie fréquente qui affecte 30 % des femmes avec un pic d'incidence à 60 ans [1]. Actuellement, près de 6 % des femmes de plus de 40 ans ont un prolapsus symptomatique [1]. En France et aux États-Unis, le risque de subir au cours de sa vie une intervention pour prolapsus ou incontinence urinaire est de 9 à 11 %. Selon les estimations, aux États-Unis, le nombre de patientes ayant recours à une chirurgie du prolapsus au cours de leur vie devrait augmenter de 47,2 % passant de 166 000 en 2010 à 245 970 en 2050 [2]. La promontofixation est l'un des traitements chirurgicaux de référence du prolapsus. Celle-ci peut être réalisée par laparotomie, par voie cœlioscopique ou par voie robot-assistée. En France, une récente enquête menée en 2009 a montré qu'en 12 ans, la prévalence de l'obésité est passée de 8,5 % à 14,5 % avec une part plus importante chez les femmes (15,1 %) que chez les hommes (13,9 %). De plus, l'augmentation relative de la prévalence de l'obésité entre 1997 et 2009 est plus importante chez la femme (+81,9 %) que chez l'homme (+57,9 %) [3]. Aux États-Unis, la prévalence de l'obésité dépasse les 30 % dans la population générale. Après ajustement selon le sexe, 64,1 % des femmes ont un IMC dépassant les 25 kg/m^2 [4]. À ce jour, seules quelques études se sont intéressées à l'impact de l'obésité sur la chirurgie du prolapsus. L'étude de Bradley en 2008 a évalué la promontofixation par laparotomie chez les obèses montrant un taux de complications, des résultats anatomiques et fonctionnels identiques chez les patientes obèses et d'IMC normal. Seul le temps opératoire était plus long (188,9 min vs 169,3 min) (p = 0,02) [5]. Plus récemment, en 2012, une étude a montré que l'obésité n'avait pas d'impact sur la promontofixation par cœlioscopie en termes de taux de complication global, et de résultats anatomiques et fonctionnels [6]. Parmi les difficultés techniques de la promontofixation par cœlioscopie figurent : la suture des prothèses aux différentes structures, la dissection des releveurs et du promontoire. La chirurgie robot-assistée est une technique plus récente dont les principaux avantages sont la vision 3D haute définition, la liberté de mouvement à 360° et une plus grande précision dans les gestes minutieux. Les avantages susdécrits pourraient permettre une réalisation plus aisée de la promontofixation que la cœlioscopie. À ce jour, aucune étude ne s'est focalisée sur l'impact de l'IMC sur la voie robot-assistée. Le but de notre étude est donc d'évaluer l'impact de l'IMC sur la technique de promontofixation robot-assistée.

Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique réalisée dans un centre hospitalo-universitaire portant sur 56 patientes ayant bénéficié d'une promontofixation par cœlioscopie robot-assistée entre 2009 et 2013. Les patientes étaient réparties en 3 groupes selon leur IMC (kg/m^2) : groupe 1 : IMC < 25 (n = 28), groupe 2 : 25 ≤ IMC < 30 (n = 16), groupe 3 : IMC ≥ 30 (n = 12). Pour chaque patiente, les données suivantes étaient recueillies : IMC, âge, parité, statut hormonal, antécédent d'hystérectomie, antécédent de traitement médical du prolapsus, antécédent de traitement chirurgical du prolapsus. Les caractéristiques de leur prolapsus étaient décrites selon la classification Pelvic Organ Prolapse-Quantification de l'International Continence

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/6155122

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/6155122

Daneshyari.com