



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations pour la pratique clinique

Les techniques de préservation nerveuse dans la chirurgie de l'endométriose profonde pour prévenir les séquelles fonctionnelles urinaires et digestives : modalités techniques et résultats. RPC Endométriose CNGOF-HAS

Nerve sparing techniques in deep endometriosis surgery to prevent urinary or digestive functional disorders: Techniques and results: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines

B. Rabischong*, R. Botchorishvili, N. Bourdel, S. Curinier, S. Campagne-Loiseau, J.L. Pouly, M. Canis

Service de gynécologie-obstétrique et reproduction humaine, CHU d'Estaing, 1, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Préservation nerveuse
Endométriose
Nerfs pelviens

RÉSUMÉ

Objectifs. – Évaluer la faisabilité et les résultats fonctionnels urinaires et digestifs des techniques de préservation nerveuse dans la chirurgie de l'endométriose.

Méthodes. – Une recherche bibliographique sur la base de données medline/pubmed en utilisant des mots clés spécifiques (nerve sparing, endometriosis, pelvic nerves) a permis d'identifier sept publications parmi une cinquantaine dont l'objet étaient de décrire la faisabilité, les techniques et les résultats fonctionnels de la préservation nerveuse dans cette indication. Parmi elles, on dénombre : 2 études rétrospectives non comparatives, 3 études prospectives non randomisées, une méta-analyse et une revue de la littérature.

Résultats. – La préservation nerveuse nécessite une parfaite connaissance de l'anatomie du système nerveux autonome pelvien. La voie coelioscopique est privilégiée par les différents auteurs. La faisabilité de cette technique semble démontrée malgré certaines limites dans les différentes études et en fonction de l'extension rétropéritonéale des lésions. Lorsqu'elle est faisable, elle est susceptible d'améliorer significativement la fonction mictionnelle postopératoire (rétention urinaire) comparativement à une technique conventionnelle. Il n'est pas observé pas différence en ce qui concerne la fonction digestive.

Conclusions. – La préservation nerveuse dans cette indication est une technique dont la faisabilité est démontrée sous réserve de la topographie et de l'extension de la maladie. En l'absence d'envahissement ou d'engainement des nerfs autonomes pelviens par l'endométriose, cette technique améliore la fonction mictionnelle postopératoire (NP3). Au cours de la chirurgie pelvienne pour endométriose, il est recommandé d'identifier et préserver les nerfs autonomes pelviens chaque fois que cela est possible (Grade C).

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : brabischong@chu-clermontferrand.fr (B. Rabischong).

A B S T R A C T

Keywords:
Nerve sparing
Endometriosis
Pelvic nerves

Objectives. – To evaluate the feasibility and functional urinary and digestive results of nerve sparing techniques in endometriosis surgery.

Methods. – A research on the medline/pubmed database using specific keywords (nerve sparing, endometriosis, pelvic nerves) identified 7 publications among about 50 whose purpose was to describe the feasibility, the techniques and the functional results of nerve preservation in this indication. Among them there are: 2 uncontrolled retrospective studies, 3 prospective non-randomized studies, a meta-analysis and a review of the literature.

Results. – Nerve preservation requires a perfect knowledge of the anatomy of the pelvic autonomic system. The laparoscopic approach is preferred by the different authors due to its anatomical advantage. The feasibility of this technique seems to be demonstrated despite certain limitations in the different studies and depending of the retroperitoneal extension of the lesions. When feasible, it is likely to significantly improve postoperative urinary function (urinary retention) compared to a conventional technique. It is observed no difference regarding digestive function.

Conclusions. – Nerve sparing in this indication is a technique the feasibility of which has been demonstrated and is subject to the topography and extent of the disease. In the absence of invasion or entrapment of pelvic autonomic nerves by endometriosis, this technique improves postoperative voiding function (NP3). During pelvic surgery for endometriosis, it is recommended to identify and preserve autonomic pelvic nerves whenever possible (Grade C).

© 2018 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Définitions et introduction

Le « nerve sparing » est défini comme la préservation chirurgicale du système nerveux autonome pelvien, en particulier lors des procédures d'exérèse radicale. Ce concept fut pensé il y a plusieurs dizaines d'années par des auteurs Japonais (Okabayashi) pour la chirurgie du cancer du col et l'hystérectomie élargie. Son objectif était de réduire la morbidité mictionnelle classiquement observée à l'époque au décours de cette chirurgie en rapport avec de potentielles lésions de l'innervation autonome. Il a été introduit en occident à la fin dans les années 1990 suite aux premières publications internationales faites par les élèves [1,2] des premiers auteurs qui ne parlaient ni n'écrivaient l'Anglais.

Les techniques chirurgicales de « nerve sparing » lors de la réalisation de l'hystérectomie élargie ont depuis sensiblement évolué notamment avec l'apport de la laparoscopie [3] et sont aujourd'hui relativement bien codifiées [4,5] aussi bien par laparotomie que par laparoscopie. Les avantages postopératoires pour les patientes semblent également se démontrer vis-à-vis des fonctions mictionnelles, digestives voir sexuelles à travers des études de fort niveau de preuve (NP1) [6–8].

Plus récemment, l'idée de cette préservation nerveuse a été proposée pour la chirurgie de l'endométriose profonde [9–11]. Toutefois, il faut d'emblée souligner les conditions de dissection différentes dans cette pathologie. En effet dans la chirurgie du cancer, il n'y a pas d'atteinte des espaces rétro-péritonéaux renfermant cette innervation et le chirurgien est donc confronté à une anatomie « normale ». À l'inverse, dans l'endométriose profonde, il existe des phénomènes de rétraction sous-péritonéale qui modifient de façon importante cette anatomie avec la possibilité de rapports anatomiques extrêmement intimes entre les lésions à traiter et les nerfs. Aussi, les techniques de préservation en oncologie n'apparaissent pas transposables de prime abord dans l'endométriose.

L'objectif ici est donc de répondre à plusieurs questions qui peuvent être posées au sujet du « nerve sparing » et la chirurgie de l'endométriose profonde : est-ce faisable ? Existe-t-il une technique standardisée? Existe-t-il un intérêt fonctionnel pour les patientes?

2. Méthodologie

Au-delà des articles ou ouvrages princeps concernant l'anatomie des nerfs pelviens ou du nerve sparing en oncologie gynécologique, une recherche bibliographique sur le moteur medline/pubmed a été réalisée en utilisant les mots clés : « nerve sparing », « pelvic nerves » et « endometriosis ». Il existe un nombre de références encore limité à ce jour et en croisant ces différents mots il existe un peu plus de cinquante articles (vs plus de cent cinquante pour l'hystérectomie élargie). Parmi eux, les publications dont l'objet est d'évaluer la faisabilité et les résultats fonctionnels sont au nombre de 7 : deux études rétrospectives non comparative de NP4 [9,11], trois études prospectives comparatives non randomisées de NP2 [10,12,13], une méta-analyse de NP1 [14] et une revue de la littérature [15]. On citera également une étude prospective randomisée de NP1 [16] comparant la laparotomie à la laparoscopie dans les dysfonctions urinaires après résection colorectale mais où le « nerve sparing » n'est qu'un paramètre d'évaluation secondaire.

3. Anatomie de l'innervation autonome pelvienne

Sa connaissance est le prérequis indispensable pour une bonne compréhension des principes techniques de la préservation nerveuse et une analyse critique des données de la littérature. Nous rappellerons à ce titre les bases anatomiques de cette innervation. Le lecteur pourra les approfondir par la lecture d'ouvrages de référence ou d'articles spécifiques [17–22] ou la visualisation de présentations avec une iconographie spécifique à ce sujet [23].

D'un point de vue topographique, il convient d'insister sur la description anatomique de la fosse pararectale, qui contient la majeure partie des nerfs autonomes, faite par les auteurs Japonais [17] et utilisée dans la plupart des publications. On y distingue les deux sous-espaces d'Okabayashi et de Latzko. Le premier est situé entre médialement le ligament utéro-sacré et latéralement l'uretère rétro ligamentaire. Dans la chirurgie de l'endométriose recto-vaginale et des ligaments utéro-sacrés, son ouverture constitue un des premiers temps de l'intervention après le repérage de l'uretère avant de poursuivre en direction du septum

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926264>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926264>

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